



Jugendhilfe und Suchthilfe –
gemeinsam für den
Kinderschutz!

Fragen und Diskussionen –
aus der Praxis für die Praxis

Eine Arbeitsgruppen-Dokumentation

Forum Sucht Bd. 53

ISSN 0942-2382

Der gemeinsamen Arbeitsgruppe ging eine Fachtagung des Landesjugendamtes und der Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) im Mai 2016 voraus. Interessierte Fachkräfte tauschten sich im Anschluss daran im Rahmen einer regelmäßigen Arbeitsgruppe zu den Stolpersteinen und auch den Gelingensfaktoren in der Zusammenarbeit aus. Die Vertreter*innen der Jugend- und Suchthilfe haben so die Grundlagen dieser Dokumentation gelegt. Dafür unseren ganz herzlichen Dank!

Mitwirkende

Christine Angsmann, Jugendamt Stadt Ahlen; Monika Feist-Ortmanns, IKJ Mainz, Ralf Figge, Bethel regional; Nadja Gaßmann, LWL-Landesjugendamt Westfalen, Münster; Marion Hölscher, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster; Heidi Knapp, LWL-Landesjugendamt Westfalen, Münster; Tobias Koenen, Beratungsstelle für Suchtfragen, Caritasverband Kleve e.V.; Lioba Krüger-Rosenke, AWO Suchtberatung Coesfeld; Kirsten Makel, LWL-Heilpädagogisches Kinderheim Hamm; Thorsten Rahner, SKM – Kath. Verband für soziale Dienste im Kreisdekanat Warendorf e.V.; Friedrich Schmidt, Sozialpsychiatrischer Dienst, Stadt Hagen; Ursula Scholzen, Caritasverband für den Kreis Gütersloh; Frank Schulte-Derne, LWL-Koordinationsstelle Sucht, Münster; Kirstin Weinholz-Grothe, Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, PariSozial, Lübbecke

Mit dem Begriff Eltern sind hier immer die Personensorgeberechtigten gemeint oder aber die Personen, bei denen die Kinder und / oder Jugendlichen leben.

Die Veröffentlichung darf nur für nicht kommerzielle Zwecke kopiert und verbreitet werden, unter der Bedingung, dass die Quelle angegeben wird. Der Herausgeber bittet die Nutzer*innen der Publikation, ihn über jede (auch auszugsweise) Verbreitung / Veröffentlichung zu informieren.

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Str. 25 – 27, 48145 Münster
www.lwl.org, kswl@lwl.org

Titelbild: „Auf der Süntelbuche“, SPLG Schutzinseln.
Gestaltung: Anne Kettler, Druckerei Kettler, Bönen

1. Auflage

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe

ISSN 0942-2382

Münster, 2020

Hinweis für die Zitierung der Veröffentlichung:

LWL-Landesjugendamt, Schulen und Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2020): Jugendhilfe und Suchthilfe gemeinsam für den Kinderschutz. Fragen und Diskussionen – aus der Praxis für die Praxis. Eine Arbeitsgruppen-Dokumentation. Münster: Forum Sucht Band 53

Haftungsausschluss

Die vorliegende Dokumentation fasst einen moderierten Arbeitsgruppenprozess zusammen. Es werden ausschließlich ausgewählte Praxisfragen illustriert, es erfolgt keine vollständige wissenschaftliche Aufarbeitung der grundsätzlich zugrundeliegenden Thematik. Aufgrund möglicher veränderter gesetzlicher Rahmenbedingungen (z.B. Datenschutzanforderungen) kann der Herausgeber keine Gewähr für die Aktualität, Korrektheit, Vollständigkeit und Qualität der bereitgestellten Informationen geben. Es wird keine juristische Verantwortung sowie Haftung in irgendeiner Form für fehlerhafte Angaben und daraus entstandenen Folgen vom Herausgeber übernommen. Für die Inhalte von den in dieser Publikation abgedruckten Internetseiten sind ausschließlich die Betreibenden der jeweiligen Internetseiten verantwortlich. Der Herausgeber hat keinen Einfluss auf Gestaltung und Inhalte fremder Internetseiten. Der Herausgeber distanziert sich daher von allen fremden Inhalten. Zum Zeitpunkt der Verwendung waren keine illegalen Inhalte auf den Webseiten vorhanden.

Jugendhilfe und Suchthilfe –
gemeinsam für den
Kinderschutz!

Fragen und Diskussionen –
aus der Praxis für die Praxis

Eine Arbeitsgruppen-Dokumentation

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einführung	9
1.1. Kinderschutz in suchtbelasteten Familien – ein vielschichtiges Thema.	9
1.2. Ziele und Zielgruppen dieser Dokumentation	14
2. Begriffsklärung	16
3. Zusammenarbeit auf struktureller Ebene	24
3.1. Beteiligte im Netzwerk.	24
3.2. Argumente für den Aufbau und die Pflege systemübergreifender Zusammenarbeit	25
3.3. Stolpersteine aus dem Weg räumen.	27
3.4. Kooperationsvereinbarung	29
4. Zusammenarbeit in der konkreten Fallarbeit.	30
4.1. Übersicht zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen	30
4.2. Eine gemeinsame Haltung finden.	31
4.3. Gemeinsame Gefährdungseinschätzung bei (möglichen) Abhängigkeitserkrankungen	36
5. Schutzpläne.	44
5.1. Qualitätsrahmen für Schutzpläne	44
5.2. Verteilung von Aufgaben und Aufträgen	46
5.3. Dokumentation	48
5.4. Mit Eltern sprechen	50
5.5. Bewusster Einbezug von Vätern	51
5.6. Finanzierung von Angeboten für abhängige Eltern/teile und deren Kinder	52
6. Fallbeispiele	55
7. (weiterführende) Literatur – und Linkliste	73
Anhang	79

Vorwort

Zusammen gehen - ein Vorwort

Zehn Fachleute aus der freien und öffentlichen Jugendhilfe sowie der Sucht- und Drogenhilfe aus Westfalen-Lippe - begleitet und „umsorgt“ von drei Kolleginnen und einem Kollegen des LWL-Landesjugendamtes und dessen Referat, der LWL-Koordinationsstelle Sucht - hatten im Mai 2016 auf die Frage: „Willst Du mit mir gehen?“ mit „Ja!“, „Klar!“ oder „Unbedingt!“ geantwortet.

Wir entschieden uns, ein gutes Stück eines kollegialen Weges gemeinsam zu gehen, um aus den fachlich verschiedenen Perspektiven den Kinderschutz und suchtkranke Eltern in den Blick zu nehmen.

Dieser gemeinsame Weg stellte sich trotz manch steileren Anstieges, z.B. beim Thema Gefährdungseinschätzungen und trotz Gabelungen, z.B. bei Begriffsklärungen, als letztlich sehr lohnenswert heraus.

Gerade die Kombination aus dem repräsentierten Expertenwissen und der tatsächlich erlebten Familien- und Jugendhilfe- bzw. Suchthilfepraxis, war Herausforderung und Gewinn.

Da aufgrund der unterschiedlichen Traditionen und Aufträge der Fachbereiche auch unterschiedliche Haltungen und Sichtweisen auf ein und denselben Sachverhalt deutlich wurden, bestand für das jeweilige Gegenüber die Möglichkeit, einen Perspektivwechsel vorzunehmen, was die eigene Haltung nachhaltig beeinflusste.

Hieran wurde aber auch deutlich, dass sich die Jugend- bzw. Familienhilfe und Suchthilfe, wenn sie ihren Fokus gemeinsam auf den Kinderschutz legen, von gewohnter Routine verabschieden und Zeit in Kooperation investieren müssen. Und Zeit ist - wie überall - auch in der sozialen Arbeit ein wertvolles, weil knappes, Gut - gerade dann, wenn Helfeträger ihre meist dünne Personaldecke sowie ihre Refinanzierung im Blick behalten müssen.

Die Erfahrung in der gemeinsamen Erarbeitung dieser Dokumentation verdeutlichte uns aber, dass die Zeit in Zusammenarbeit hervorragend investiert war, da die gemeinsame Beschäftigung mit dem Thema eine inhaltliche Bereicherung war, die den Arbeitsaufwand aufwog und sogar übertraf. So wurde ein Weg gebahnt, der letztlich für beide leichter zu gehen war und somit die Zusammenarbeit für den Kinderschutz ebnete.

Diese Erfahrung sollte auch zukünftige „Weggemeinschaften“ vor Ort motivieren, sich aufzumachen, um am Ende gemeinsam mehr zu haben als nur jeder Dienst für sich alleine.

Darüber hinaus ist nicht zu vergessen, dass der Dokumentation ein präventiver Geist innewohnt. Suchtkranke Menschen stammen häufig auch aus Familien, in denen kein gesunder Umgang - sofern man von diesem sprechen kann - mit Suchtmitteln vorgelebt wurde. Wird dieser Teufelskreis durchbrochen, ermöglicht man den Familien und explizit den Kindern eine bessere Lebensqualität und Zukunft.

Ebenfalls wollen (und können!) suchtkranke Eltern gute Eltern sein und bedürfen dafür manchmal eine gewisse Zeit der gemeinsamen Unterstützung von Jugend- bzw. Familienhilfe und Suchthilfe.

Je mehr wir uns in der Arbeitsgruppe mit dem Thema beschäftigten, desto mehr neue Themen und Fragen sowie pragmatische Lösungsansätze entwickelten sich, wie z.B. die Frage, ob die Einrichtung eines eigenen Fachdienstes geboten sei oder die Psychosoziale Begleitung von substituierten Eltern immer mit einem Kinder- und Jugendhilfeangebot gekoppelt werden sollte.

Im Grunde glauben wir, dass eine möglichst durchlässige Kooperation im Sinne eines Höchstmaßes an Transparenz und Partizipation für die Kinder, Eltern sowie für die Jugend- bzw. Familien- und Suchthilfe zielführend sein werden. Diese gemeinsame Aufgabe mit den unterschiedlichen Ansprüchen wie Notwendigkeiten der Fachdienste in eine Form gießen zu wollen, z.B. in Form einer Kooperationsvereinbarung, wäre für eine strukturierte Zusammenarbeit ein sehr guter Schritt.

Die Entwicklung der Dokumentation war für uns ein wichtiger Impuls, welcher uns motivierte, uns auch nach der Fertigstellung weiter mit dem Thema vor Ort, in unseren Diensten, Einrichtungen und unterschiedlichen Funktionen zu beschäftigen und in dieser Weise diese Dokumentation ganz praktisch aufzugreifen.

Uns ist klar, dass die vorliegende Handreichung nur ein Anfang sein kann und der Dialog von Sucht- und Jugend- bzw. Familienhilfe noch in vielschichtiger Weise fortgeführt werden muss, aber die Dokumentation unserer Arbeit soll Ihnen Mut machen, sich gemeinsam für den Kinderschutz stark zu machen, denn der Weg wird sich lohnen.

Die Mitglieder unserer Arbeitsgruppe würden – glaube ich - auf die Frage: „Willst Du mit mir gehen?“ heute auch noch antworten: „Immer wieder – sehr gerne sogar!“

Unser Dank gilt an dieser Stelle besonders den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe: Marion Hölscher, Heidi Knapp, Frank Schulte-Derne und Nadja Gaßmann für die Vorüberlegungen, Sitzungsplanungen, Moderation und Zusammenfassung sowie Niederschrift unserer Arbeitsergebnisse in der nun vorliegenden Dokumentation.

Für die Arbeitsgruppe

Thorsten Rahner

1. Einführung

1.1. Kinderschutz in suchtbelasteten Familien – ein vielschichtiges Thema

„Kinderschutz in suchtbelasteten Familien“ ist ein äußerst vielschichtiges Arbeitsfeld.

Zu Beginn der gemeinsamen Arbeit stellte sich schnell heraus, dass das Thema dieser Arbeitsgruppen-Dokumentation zunächst eingegrenzt werden musste. Es wurde gemeinsam festgehalten welche Zielsetzung verfolgt wird und für welche Zielgruppe diese Publikation ist (s. Kapitel 1.2). Im weiteren Text werden wir für eine bessere Lesbarkeit nur noch von Dokumentation sprechen; gemeint ist damit immer die Arbeitsgruppen-Dokumentation

Welche (weiteren) Bereiche in der Diskussion über die Zielsetzung und Zielgruppe angesprochen wurden, soll nachfolgend kurz angerissen werden:

Die Arbeitshilfe „Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung“ herausgegeben von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA wurde bereits 2015 publiziert. Darin wird ein konkreter, erprobter und strukturierter Prozess zur systematischen Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung dargestellt.

Die Arbeitsgruppe hat sich darauf verständigt, mit der vorliegenden Dokumentation kein paralleles Instrument zu entwickeln, sondern konkrete Fragestellungen und praktische Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag der Jugend- und Suchthilfe zu dokumentieren, um dadurch anderen Fachkräften, die im Arbeitsfeld „Kinderschutz in suchtbelasteten Familien“ arbeiten, eine Orientierung, Denkanstöße und Ideen zu geben.

Die Zielgruppe der „Familien mit Suchtbelastungen“ ist eine sehr heterogene Gruppe.

Mögliche Gefährdungssituationen können z. B. durch die (Ursprungs-)Familie, das soziale Umfeld oder das Ausmaß der (Begleit-)Erkrankungen beeinflusst sein. Auch protektive Faktoren wie z. B. Kontakte zum Hilfesystem und Resilienz müssen mitbedacht werden.

Und obwohl der Anteil der Familien in prekären Lebensverhältnissen in den Hilfesystemen hoch ist, existieren Abhängigkeitserkrankungen in allen gesellschaftlichen Schichten.

Dies gilt insbesondere für den Gebrauch bzw. Missbrauch von Alkohol und Medikamenten.

In einer begrenzten Dokumentation wie dieser kann daher nicht der Anspruch gelten umfassend alle Lebenswirklichkeiten und Herausforderungen der Zielgruppe darzustellen. Die Dokumentation beschränkt sich auf Fallbeispiele aus der konkreten Praxis der Beteiligten.

Diskutiert wurden in der Arbeitsgruppe auch bereits existierende Kooperationsvereinbarungen. Diese beziehen sich vor allem auf substituierte Eltern und Eltern mit Abhängigkeiten von illegalen Drogen:

In Deutschland erhalten knapp 80.000 erwachsene Opiatabhängige eine Substitutionsbehandlung.

Nach Hochrechnungen des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahr 2018 sind 41.000 Erwachsene abhängig von Kokain, eine Amphetaminabhängigkeit liegt bei 103.000 Personen vor (DHS Jahrbuch Sucht, 2020).

Etwas mehr als ein Drittel der Drogenabhängigen hat Kinder, geschätzt kann man von 40 – 50.000 Kindern drogenabhängiger Eltern/-teile ausgehen.

Zwischen 30 und 40 % der substituierten Drogenabhängigen leben mit ihren Kindern im eigenen Haushalt. Die Fremdplatzierungsquote dieser Kinder liegt bei 30 % (Lenz, 2009)

Auf den weitaus größeren Anteil von betroffenen Familien treffen diese Vereinbarungen aber oft nicht zu:

Von einer Alkoholabhängigkeit sind rd. 1,6 Mio. Erwachsene betroffen. Missbräuchlich konsumieren ca. 1,4 Mio. Erwachsene Alkohol. Abhängig von Medikamenten, insbesondere Benzodiazepinen, sind 1,5 – 1,9 Mio. Erwachsene (DHS Jahrbuch Sucht, 2020).

75% der alkoholabhängigen Frauen und 63% der alkoholabhängigen Männer haben wenigstens ein Kind. Der Anteil der fremdplatzierten Kinder liegt bei 13,3 % (Lenz, 2009).

Für Familien in denen missbräuchlicher oder abhängiger Konsum von Alkohol oder Medikamenten (oder auch abhängige Verhaltensweisen wie z.B. Glücksspielsucht) vorherrschen ist eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Jugend- und der Suchthilfe also noch immer eher die Ausnahme als die Regel.

Die Arbeitsgruppe möchte dafür werben, Kooperationsvereinbarungen nicht an der Substanz, sondern an den möglichen Auswirkungen der Erkrankung(en) der Eltern zu formulieren.

Diese Dokumentation möchte darüber hinaus die Aufmerksamkeit auch auf riskanten Konsum richten. Auswirkungen auf das gesunde Aufwachsen von Kindern hat nicht nur eine Abhängigkeitserkrankung. Bereits riskante Konsummuster können zu Gefährdungssituationen führen.

Dabei sollten auch auf den ersten Blick Sucht-unabhängige Gefahrensituationen berücksichtigt werden. Beim Thema häusliche Gewalt z. B. spielt der Alkoholkonsum oftmals eine große Rolle. Bei einigen Gewalttaten wie Körperverletzung stehen bspw. ein gutes Viertel der Täter unter dem Einfluss von Alkohol (Friedemann, Rettenberger, 2019).

Daher sollte in Fällen von häuslicher Gewalt immer auch nach der Rolle von Alkohol oder anderen aggressionsfördernden Rauschmitteln gefragt werden.

Das Thema „Alkohol / Drogen in der Schwangerschaft“ wird in dieser Dokumentation (fast) ausgelassen, obwohl es selbstverständlich von immenser Bedeutung ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) als häufigste Ursache für eine geistige Behinderung in der westlichen Welt aus. In Deutschland werden jährlich 2.000 Kinder mit einem sogenannten Vollbild FAS geboren (Feldmann, 2006). Dass das Thema in dieser Dokumentation nicht fokussiert wurde, liegt einzig daran, dass es in der Praxis der an der Arbeitsgruppe beteiligten Fachkräfte zur Zeit der Entstehung der Dokumentation keine Fallbeispiele und demnach auch keine Hürden in der Kooperation zwischen den Hilfesystemen gab.

Wichtige Hinweise zum Fetalen Alkoholsyndrom gibt z. B. die Leitlinie FASD – Fetales Alkoholsyndrom Diagnostik (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>).

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, in die Kooperation zwischen der Jugend- und Suchthilfe bereits Schwangere einzubeziehen.

Auch die **Kooperation mit Familiengerichten** wurde in der Arbeitsgruppe (beinahe) nicht thematisiert. Es besteht allerdings Einigkeit darin, dass die Zusammenarbeit mit Blick auf den Informationsaustausch gestärkt werden sollte. Das Wissen um Möglichkeiten richterlicher Anordnungen / Auflagen sollte in der Praxis erweitert werden.

Über das Themenfeld **Datenschutz und Schweigepflicht** wurde in der Arbeitsgruppe ausgiebig diskutiert. Gleichwohl wurde entschieden, diesen Bereich in der Dokumentation nicht zu behandeln. Die Diskussionsverläufe zeigten, dass der Rahmen dieser Dokumentation damit gesprengt würde, zumal die Einbindung von (externen) Datenschutzbeauftragten elementarer Bestandteil jeder Kooperationsvereinbarung ist.

Die Notwendigkeit des „Zusammengehens“ der Jugend- und Suchthilfe wurde im Rahmen der Arbeitsgruppe weniger diskutiert, als untermauert. Ein Inei-

ndergreifen der Hilfen ist unumgänglich, dies wird auch auf der politischen Ebene unterstrichen:

In Deutschland hat sich das Leistungsvolumen des Sozial- und Gesundheitswesens in den letzten Jahrzehnten enorm ausgeweitet, was zu einer anhaltenden Spezialisierung sowie zu einer erheblichen Ausdifferenzierung der leistungserbringenden Organisationen geführt hat. Das bedeutet gleichzeitig eine starke Ausdifferenzierung unterschiedlicher Kostenträger des Sozialversicherungssystems und anderer Hilfeanbieter und eine außerordentliche Komplexität bis hin zur Intransparenz, der oft nicht ausreichend aufeinander abgestimmten Leistungen.

Die zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung führt zur Ausbildung bereichsspezifischer Rationalitäten und Präferenzen, die sich dysfunktional auf die Ziele des Gesamtsystems auswirken können und eine Vernetzung aller Akteure deutlich erschwert (Abschlussbericht „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in NRW“, 2000).

Abgestimmte, besser zugängliche und vernetzte Hilfen auf lokaler Ebene sind notwendig, um die Situation von Familien mit Suchterkrankungen zu verbessern. Insgesamt schränkt die sektorale Betrachtung der Hilfebereiche eine ausreichende Vernetzung der Akteure ein.

Praxis, Forschung und Politik sind sich einig, dass strukturelle Arbeit zwischen Organisationen und verhaltensbezogene Angebote für sucht- und anders psychisch belastete Familien wichtig sind und ausgebaut werden müssen: Einerseits, um (ggf. generationsübergreifendes) Leid in Familien zu mindern, andererseits auch aus gesamtgesellschaftlichem Interesse, denn Suchtprävention und Frühintervention beugen späteren, weitaus höheren Folgekosten vor. Doch seit Jahrzehnten ist es nicht gelungen, Lösungen zur Steuerung und Finanzierung der notwendigen Maßnahmen zu finden, es fehlt an flächendeckenden Konzepten und dabei konsequentem abgestimmten Handeln.

Mit Beschluss des Bundestags im Juni 2017 bildete sich die bundesweite Arbeitsgruppe „Kinder psychisch und suchtkranker Eltern (AG KPKE)“ mit dem Ziel, „einvernehmlich Vorschläge zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil psychisch erkrankt ist, zu entwickeln“ (s.a.: www.ag-kpke.de). Es liegen mittlerweile drei umfangreiche Expertisen mit einer Beschreibung der Ist-Situation aus den Bereichen „Gute Praxis“, „Forschung“ und „Recht“ vor (ebd.).

Darüber hinaus hat die AG KPKE dem Deutschen Bundestag im Dezember 2019 insgesamt 19 Empfehlungen übermittelt. Diese betreffen den Auf- und Ausbau von Angeboten, die Zugänglichkeit präventiver Leistungen, Familienorientierung, Verbesserung des Ineinandergreifens von Hilfs- und Unterstüt-

zungsangeboten und die verbesserte Verzahnung von Hilfesystemen (www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/).

Grundsätzlich hat Kooperation einen hohen Stellenwert, wird aber gleichzeitig oftmals als unbefriedigend, spannungsgeladen und konflikthaft beschrieben. Kooperation stellt unbenommen hohe Anforderungen an die beteiligten Institutionen und Mitarbeiter*innen. Wichtige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Miteinander-gehen sind vertrauensvolle Beziehungen, gegenseitige Akzeptanz, eine Verankerung der gemeinsamen Aktivitäten und gemeinsame Fallbesprechungen. Vor allem bei interdisziplinären Fallbesprechungen wird deutlich, dass Fachkräfte durchaus unterschiedliche Perspektiven oder auch Haltungen haben.

Das Thema „Haltung“ zu Familien mit Suchtproblematiken wurde in der gemeinsamen Arbeit (kontrovers) diskutiert. Dass Haltung sehr viel mit individuellen (privaten und beruflichen) Erfahrungen, der eigenen Sozialisation und dem eigenen Umfeld zu tun hat, machte die Auseinandersetzung mit dem Thema an einigen Stellen sehr schwierig – und dennoch lohnenswert.

Die Arbeitsgruppe empfiehlt, regelmäßig über das Thema Haltungen zu verschiedenen Fallkonstellationen innerhalb der Einrichtung und auch mit den am Fall beteiligten Institutionen ins Gespräch zu kommen. Haltung kann man natürlich nicht auferlegen, trotzdem ist die Arbeitsgruppe der Ansicht, dass es eine einrichtungsspezifische Haltung geben sollte damit a) die Adressat*innen Fachkräfte nicht gegeneinander ausspielen können, b) Fachkräfte Handlungssicherheit erhalten und c) Qualitätskriterien entsprechend konzipiert und umgesetzt werden können.

Auch die Frage „welche Maßnahmen bei einer Kindeswohlgefährdung hilfreich sein können“ nahm in der Arbeitsgruppe viel Raum ein. Insgesamt darf das Thema Sucht bei der Gefährdungseinschätzung und evtl. Maßnahmen zum Schutz des Kindes natürlich nicht ausgeklammert werden.

Zwischen einer „Inobhutnahme“ und „keiner Maßnahme“ liegen viele weitere Optionen, die -aus finanziellen Gründen, aufgrund von Unsicherheiten/Unwissenheit, Ängsten oder auch wegen Zeitdrucks - nicht immer ausgeschöpft werden können.

Für den Schutz von Kindern in suchtbelasteten Familien empfiehlt die Arbeitsgruppe individuelle (kleinschrittige) Maßnahmen – bestenfalls in interdisziplinären Fallbesprechungen gemeinsam erarbeitet. Gleichzeitig wird empfohlen den vorhandenen Handlungsspielraum differenzierter zu betrachten und zu nutzen.

1.2. Ziele und Zielgruppen dieser Dokumentation

Bei Kindern aus Familien mit Suchtbelastungen handelt es sich – wie dargestellt – keinesfalls um eine kleine Randgruppe, sondern um eine substantielle Gruppe junger Menschen, die ein deutlich erhöhtes Entwicklungsrisiko aufweist. Die gesunde Entwicklung von Kindern abhängigkeiterkrankter Eltern ist ein prioritäres Thema, sowohl für die Jugendhilfe als auch für die Suchthilfe.

Diese Aufgabe ist nur im Miteinander-gehen zu bewältigen!

Der Fokus der Arbeitsgruppe lag auf der Diskussion praktischer Fragen zur Kooperation zwischen der Jugend- und Suchthilfe: Wie kann hier eine vertrauensvolle Zusammenarbeit ent- und bestehen, welche rechtlichen Hürden sind zu beachten, wieso „ticken“ die Fachkräfte des jeweils anderen Hilfesystems anders und was macht gelungene Kooperation aus?

Die Dokumentation möchte Fachkräfte dazu einladen, miteinander ins Gespräch zu kommen und die jeweilige Haltung gegenüber abhängigkeitskranken bzw. missbräuchlich konsumierenden Eltern zu diskutieren, denn immer sind in den Fallkonstellationen Kinder und Jugendliche mit betroffen. Genau das greift der Titel dieser Publikation auf: Jugendhilfe und Suchthilfe – gemeinsam für Kinderschutz!

Diese Dokumentation soll:

- Fachkräften, die im Arbeitsfeld „Kinderschutz in suchtblasteten Familien“ tätig sind eine Orientierung, Denkanstöße und Ideen geben, insbesondere durch Diskussionsergebnisse zu konkreten Fragestellungen und durch die dokumentierten praktischen Erfahrungen aus dem Arbeitsalltag der Jugend- und Suchthilfe
- Haltungen generell zum Konsumverhalten und zum Umgang mit Betroffenen zur Diskussion stellen
- dazu motivieren, Kooperationen in der Diskussion mit dem anderen Hilfesystem zu entwickeln und vorhandene Kooperationen zu leben und zu stärken
- ermutigen, die Arbeit mit Familien, in denen Suchtprobleme vorhanden sind, gemeinsam anzugehen, die Fachkompetenz des jeweils anderen Hilfesystems anzuerkennen und zu nutzen.

Darüber hinaus soll diese Dokumentation dazu beitragen, die sektorale Betrachtung der Hilfesysteme transparenter und durchgängiger zu gestalten.

Zielgruppe

Diese Dokumentation richtet sich an alle, die mit abhängigkeitskranken bzw. missbräuchlich konsumierenden Eltern und / oder ihren Kindern zusammenarbeiten.

Die Arbeitsgruppe vertritt die Auffassung, dass erfolgreiche Kooperationen in Teams entwickelt werden müssen und in interdisziplinären Gesprächen sowie der gemeinsamen Arbeit entstehen. Deshalb wird nicht zwischen Leitungs- und Praxisebene unterschieden, obwohl auch Themen angesprochen werden, die i. d. R. dem Aufgabenbereich von Leiter*innen zuzuordnen sind.

2. Begriffsklärung

Eine einheitliche Verwendung von Begriffen ist wichtig, besonders dann, wenn Fach- und Leitungskräfte multiprofessionell und / oder hilfesystemübergreifend zusammenarbeiten. Die Arbeitsgruppe hat sich auf die hier dargelegten Definitionen für folgende Begriffe verständigt:

Kooperation ist eine verbindliche Abmachung, bei der alle Beteiligten zwar generell ihre Selbstständigkeit behaupten, sich jedoch für bestimmte Leistungen im Zusammenwirken mit Dritten verbindlich festlegen (Blosser-Reisen in Schmidt, 2012).

Hier ist die interdisziplinäre Kooperation gemeint, die auf Augenhöhe und bei gegenseitiger Anerkennung der fachlichen Autonomie ausgerichtet ist. Miteinander zu kooperieren heißt hier nicht, Verantwortung abzugeben, sondern weitere Verantwortung und zusätzliche Kompetenzen einzuholen.

Kooperation auf struktureller Ebene

... beschreibt die Art der Verbindungen zwischen Institutionen im Hinblick auf die gemeinsame Zielgruppe und entsprechende gemeinsame Aufgabenwahrnehmung. Die Zusammenarbeit kann beispielsweise fehlen, informell geschehen oder über eine Kooperationsvereinbarung formal abgesichert sein. Schriftliche Vereinbarungen geben Leitungs- und Fachkräften Handlungssicherheit. Sie bieten den Akteuren mehr Verbindlichkeit und Unabhängigkeit vom Engagement Einzelner:

Beispiele für Inhalte, die zwischen den Partnern auszuhandeln sind:

- Erklärter Wille / Eigenverpflichtung (i. d. R. rechtlich nicht einklagbar)
- Gemeinsame Ziele
- Gemeinsame Haltungen (oder Kenntnis unterschiedlicher Haltungen)
- Aufgabenbeschreibung
- Ablauf gemeinsamer Prozesse
- Verhalten im Konfliktfall

Die Verantwortung zur Entwicklung solcher interinstitutionellen Vereinbarungen liegt bei der Leitung, i. d. R. unter Einbeziehung der Fachkräfteebene.

Eine fortgeschrittene Form der strukturellen Kooperation sind beispielsweise eine gemeinsame Bedarfsanalyse und entsprechende Maßnahmenplanung sowie deren Umsetzung.

Tipp

Akteure, die vor Ort eine Kooperationsvereinbarung schließen möchten, können sich an Arbeitshilfen und

Beispielen aus anderen Städten orientieren, z.B.:

Krisenhilfe e.V. Bochum und Jugendamt Bochum (2018): Kooperationsvereinbarung, September 2018

Jugendamt Münster: Handlungsempfehlungen zum Kinderschutz für drogenabhängige Schwangere und Eltern mit Erziehungsverantwortung in Münster

Generelle Informationen und hilfreiche Hinweise gibt die Arbeitshilfe von Bella Donna:

Bella Donna (2015): Arbeitshilfe. Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung. Essen

- ➔ Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendämter) sind gem. § 81 SGB VIII zur strukturellen Zusammenarbeit mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet. Ein gesetzliches Pendant im SGB V, das z.B. Psychiatrien für Kinder und Jugendliche bzw. Eltern zur Zusammenarbeit verpflichtet, existiert hingegen nicht.

Kooperation auf operativer bzw. fallbezogener Ebene

Die adressat*innenbezogene Zusammenarbeit setzt auf praktischer Ebene um, was strukturell vereinbart wurde. Es handelt sich um Leistungen von einem Träger an die gemeinsame Zielgruppe und / oder eine (Komplex-) Leistung von mindestens zwei Trägern an die gemeinsame Zielgruppe. Beispiele:

- Fallbesprechungen
- Hilfeplangespräch im Jugendamt unter Beteiligung der Eltern, Fachkraft der Suchthilfe, Leistungserbringenden der Jugendhilfe sowie Fachkraft im Jugendamt
- (Gruppen-) Angebote für Kinder aus Familien mit einer Abhängigkeitsproblematik

Die Verantwortung für die fallbezogene Zusammenarbeit liegt bei den jeweiligen Fachkräften.

Kinderschutz

In dieser Dokumentation wird der Begriff „Kinderschutz“ in Verbindung mit §8a SGB VIII im engeren Sinne verwendet: Es geht um den Umgang mit gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung. Im Anschluss können sich Hilfen zur Erziehung im Sinne der §§ 27 ff SGB VIII ergeben.

Präventive Angebote und andere Angebote der Gesundheitsförderung sind in diesem Zusammenhang nicht gemeint. Dennoch hat sich die Arbeitsgruppe bewusst für den Begriff „Kinderschutz“ – und nicht dem der Kindeswohlgefährdung – entschieden.

Tipp:

Zum Kinderschutz nach § 8a SGB VIII gibt es beschriebene fachliche Standards. In diesem Zusammenhang möchten wir insbesondere auf folgende Publikationen hinweisen:

LVR-Landesjugendamt Rheinland (Hrsg.): Gelingensfaktoren bei der Wahrnehmung des Schutzauftrages gem. § 8 a SGB VIII – Eine Orientierungshilfe für Jugendämter (2015), eine überarbeitete Neuauflage erscheint noch 2020

LWL Landesjugendamt Westfalen und LVR-Landesjugendamt Rheinland (Hrsg.): Grundsätze und Maßstäbe zur Bewertung der Qualifikation einer insoweit erfahrenen Fachkraft – Eine Orientierungshilfe für Jugendämter (2014) eine überarbeitete Neuauflage erscheint noch 2020

Gesetzestexte zum Nachlesen:

§ 8a SGB VIII konkretisiert den im Grundgesetz verankerten **Schutzauftrag** und klärt, welche Schritte bei Bekanntwerden einer (möglichen) Kindeswohlgefährdung verbindlich im **Jugendamt** einzuhalten sind und wie die **Träger der freien Jugendhilfe** in die Wahrnehmung des Schutzauftrags einzubinden sind.

§ 8a Abs. 4 SGB VIII sieht für in der Jugendhilfe tätige Personen, die gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung wahrnehmen, die Beratung durch eine **insoweit erfahrene Fachkraft** vor.

§ 8b Abs. 1 SGB VIII eröffnet auch Personen, die im beruflichen Kontakt mit Kindern und Jugendlichen stehen, einen solchen Rechtsanspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.

Institutionelles Schutzkonzept

... ist ein träger- bzw. einrichtungsbezogenes Konzept zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefahr. Institutionelle Schutzkonzepte haben bspw. folgende Bestandteile:

- Leitbild
- Verhaltenskodex
- Fortbildungen
- Supervision
- Möglichkeiten und Instrumente der Gefährdungseinschätzung
- Partizipation
- Präventionsangebote
- Beschwerdeverfahren

- Notfallplan
- Kooperation

(Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, 2018)

Individuelles Schutzkonzept = Schutzplan

Ein Schutzplan ist eine zeitlich befristete, individualisierte Maßnahme zum Schutz für ein betroffenes Kind bzw. einen betroffenen Jugendlichen. Es handelt sich um „eine konkrete Anforderung an das Verhalten der Eltern, um ihre Kinder vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen“ - im Sinne des § 8a SGB VIII und des § 1666 BGB (LWL-Landesjugendamt, Schutzkonzepte in der Hilfeplanung, 2013). Es gibt jedoch keine gesetzliche Verankerung für einen Schutzplan. Deshalb kann dieser nur mit Zustimmung der Eltern eingerichtet werden.

Ein Schutzplan besteht in der Regel aus drei Elementen:

1. Hilfen: Wer leistet welche Unterstützung?
2. Kontrolle: Was muss geschehen, damit der Schutz des Kindes bzw. des Jugendlichen hergestellt ist? Wie und in welcher Frequenz wird überprüft und damit sichergestellt, dass die Maßnahmen umgesetzt werden und greifen?
3. Konsequenzen: Was wird unternommen, wenn vereinbarte Maßnahmen nicht umgesetzt werden bzw. nicht greifen?

Siehe zu diesem Thema auch Kapitel 5.

Anmerkung: In vielen Veröffentlichungen wird der Begriff „Schutzkonzept“ sowohl für institutionelle als auch individuelle Konzepte genutzt. Eine Differenzierung der Begriffe greift Missverständnissen vor. In der vorliegenden Dokumentation wird für die individuellen Schutzkonzepte, die für jedes Familiensetting unterschiedlich sind, ausschließlich die Begrifflichkeit „Schutzplan“ verwendet.

Inobhutnahme

Die Inobhutnahme eines Kindes oder eines Jugendlichen ist im § 42 SGB VIII geregelt.

Eine Inobhutnahme ist eine Maßnahme der Jugendämter zum Schutz von Kindern und Jugendlichen, die sich in einer **akuten** Krise oder **dringenden** Gefahr befinden.

Das Jugendamt ist danach berechtigt und verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn

1. das Kind oder der Jugendliche um Obhut bittet oder
2. eine dringende Gefahr für das Wohl des Kindes oder des Jugendlichen die Inobhutnahme erfordert.

Eine Inobhutnahme hat das Ziel, die Betroffenen in einer sicheren Umgebung vorübergehend aufzunehmen und neben der unmittelbaren Hilfe im Fall einer Krise eine weitere sichere Perspektive für das Kind oder den Jugendlichen zu schaffen.

Kinder und Jugendliche müssen in Obhut genommen werden, wenn sie in Ihrem Umfeld nicht ausreichend geschützt werden können und von einer massiven Gefährdung des Kindeswohls auszugehen ist. Gründe für eine Inobhutnahme können unterschiedlichste Formen von Kindeswohlgefährdung sein, wie sexuelle oder körperliche Gewalt, massive Vernachlässigung und Verwahrlosung, oder auch bei Suchtmittelkonsum der Eltern, wenn durch die Auswirkungen des Konsums der ausreichende Kinderschutz nicht mehr gewährleistet werden kann.

Hilfeplanverfahren

Das Hilfeplanverfahren bezeichnet die konkrete methodische Umsetzung des Hilfeplanungsprozesses im Jugendamt (Qualitätsmaßstäbe und Gewichtungsfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, 2015).

Die Jugendämter sind für die Gewährung von individuellen Hilfen zur Erziehung und für die Hilfeplanung zuständig.

Die entscheidende Stellschraube für die Steuerung der Hilfen im Einzelfall gemäß §§ 27 ff., 35a und 41 SGB VIII ist die Qualität der Hilfeplanung.

Der Hilfeplan ist das Protokoll des Hilfeplangesprächs und das Instrument zur Steuerung einer länger- oder langfristigen Leistung der Jugendhilfe im Einzelfall. Er dokumentiert die Ziele der Hilfe und Maßnahmen zu deren Erreichung und dient der Koordinierung aller, die an der Hilfe beteiligt sind.

- Die Erstellung liegt in der Verantwortung der Fachkraft im Jugendamt, denn diese hat auch die Steuerungsverantwortung für diese Hilfe
- Die Grundlagen sind in § 36 SGB VIII geregelt
- Erstellt wird der Hilfeplan seitens des Jugendamtes in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten im Hilfeplanverfahren

Beteiligte Personen am Hilfeplanverfahren sind:

- Die Personensorgeberechtigten (Eltern, Vormund und/oder Pfleger
- das Kind bzw. der Jugendliche
- der Hilfeform entsprechend die beteiligten Personen und Institutionen, z.B. Leistungserbringer, Pflegeeltern
- nach Bedarf Personen und Institutionen, die dem Kind oder Jugendlichen be- oder vertraut sind, wie z.B. Lehrer*innen, Suchtberatungsstelle, Ärzte, etc..

Eltern und Kinder / Jugendliche haben darüber hinaus das Recht, sich von einem Beistand begleiten zu lassen. Jeder Hilfeplan wird zwischen ein bis vier Mal jährlich (meistens halbjährlich) sowie zum Ende der vorgesehenen Dauer durch ein erneutes Gespräch aller Beteiligten auf das Erreichen der Ziele hin überprüft. Hierbei wird auch festgestellt, ob eine Fortdauer der Hilfe notwendig ist.

Tipp:

Zur Vertiefung zum Thema Hilfeplanung verweisen wir auf folgende Veröffentlichung:

Empfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter (Hrsg): Qualitätsmaßstäbe und Gelingensfaktoren für die Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII, 2015

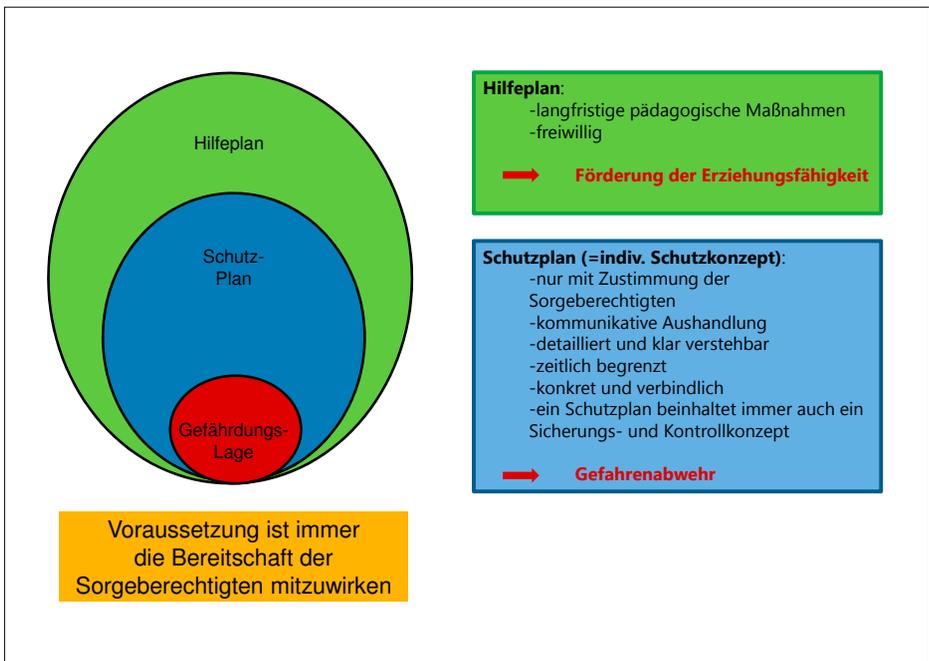


Abb.1: Unterscheidung zwischen Hilfeplan und individuellem Schutzkonzept / Schutzplan

Zentraler Aspekt der Diskussionen der Arbeitsgruppe war die Haltung der Fachkräfte. In der Fachdiskussion ist der Begriff Haltung oft nicht klar von ähnlichen Begriffen wie Identität oder Selbstverständnis abgegrenzt und lädt dazu ein, ihn mit einer Reihe von „Wunschgehalten“ zu füllen (Behr, 2010). In dieser Dokumentation ist das Folgende gemeint:

Haltung:

Im Duden wird Haltung als „innere (Grund-)Einstellung, die jemandes Denken und Handeln prägt“ oder auch „das Verhalten oder Auftreten, das durch eine bestimmte innere Einstellung / Verfassung hervorgerufen wird“ beschrieben. Diese innere (Grund-) Haltung bildet somit das Fundament der Persönlichkeit, den Boden, auf dem sich jeder Mensch bewegt. Daraus abgeleitet speist sich die fachliche Haltung aus handlungsleitenden Einstellungen gegenüber Menschen, Situationen, Phänomenen und Arbeitsprozessen. Sie basiert auf persönlichen Überzeugungen, theoretischem Wissen und praktischer Erfahrung und macht einen wichtigen Teil der eigenen Professionalität aus, da sie als innerer Kompass dient, der im Arbeitsalltag die erforderliche Orientierung gibt, um Entscheidungen treffen zu können.

Unter (Grund-)Haltungen sind Einstellungen gegenüber Menschen, Situationen und Arbeitsprozessen zu verstehen, die für das weitere Vorgehen ebenso handlungsleitend sind, wie theoretische Vorannahmen. Sie bilden den Rahmen für die Verwendung der (sozialpädagogischen) Methoden, die ohne diese eher „Techniken“ wären. (Herwig-Lempp und Schwabe, 2002)¹.

Anregung der Arbeitsgruppe zur präzisen Formulierung der Thematik:

Als Teil des Themenkomplexes „Kinder psychisch kranker Eltern“ ist bereits die Formulierung des Themas in der Literatur und in Projektbeschreibungen häufig unpräzise. Oft findet sich die Bezeichnung „Kinder psychisch kranker Eltern und Suchtkranker“. Die Verbindung mit ‚und‘ unterstellt, eine Suchterkrankung sei keine psychische Erkrankung. Abhängigkeiten sind jedoch seit 1968 als Erkrankung anerkannt, entsprechend im medizinischen Klassifikationssystem der ICD²-10 im Kapitel „F: psychische und Verhaltensstörungen“ aufgeführt.

-
- 1 Professionelle Haltung in der sozialen Arbeit – ein Definitionsversuch, IB Niedersachsen
 - 2 Die englische Abkürzung ICD steht für ‚Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme‘ – hier die weiterentwickelte Fassung 10. In ihr werden – weltweit anerkannt – sämtliche Krankheiten mit einem Buchstaben- und Zahlencode verschlüsselt, z.B. J.00 für Erkältungsschnupfen. Von der ICD ist die ICF zu unterscheiden. Letztere beschreibt die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe eines Menschen und ist um ein Vielfaches komplexer in der Diagnostik.

Einzelne Substanzabhängigkeiten sind damit seelische Störungen wie auch Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen oder Schizophrenie.

Um Stigmatisierungen zu vermeiden, regt die Arbeitsgruppe an, statt der Verbindung mit ‚und‘ die Formulierung mit ‚darunter‘ zu verwenden oder die Überschrift ‚Kinder von Eltern mit Abhängigkeitserkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen‘ zu wählen.

Auf diese Weise wird dem Eindruck vorgebeugt, Abhängigkeiten seien keine seelischen Erkrankungen, zumindest keine „normalen“, sondern hätten z.B. etwas mit Willensschwäche oder eigener Schuld zu tun.

3. Zusammenarbeit auf struktureller Ebene

3.1. Beteiligte im Netzwerk

Das Thema Kinderschutz gemeinsam anzugehen bedeutet auch, die Grundlagen für eine gute Zusammenarbeit von Beginn an zu festigen. Am besten geschieht dies in der Form einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung. Darin wird definiert, welche Ziele verfolgt werden, welche Aufgaben bestehen und welche Aufträge jeder Beteiligte hat.

Die Partner*innen für Vereinbarungen zum Kinderschutz in suchtblasteten Familien sind vor allem in der Jugend-, Sucht- und Gesundheitshilfe zu finden:

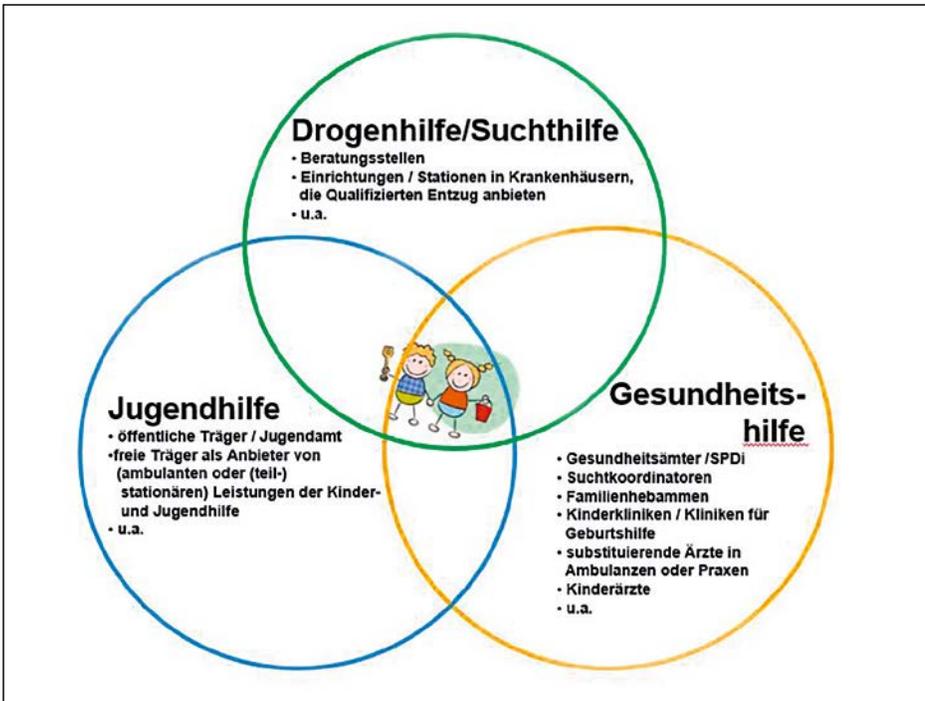


Abb.2: Schnittmengen zwischen der Jugendhilfe, Suchthilfe und Gesundheitshilfe

Weitere Institutionen, die man abhängig von der Situation vor Ort im Blick haben sollte:

- Familiengerichte, Polizei und Ordnungsbehörden
- aus dem Bereich Gesundheit: gesetzliche Betreuer*innen, Psycholog*innen / Psychiater*innen, Hausarzt*innen, Gynäkolog*innen

- aus der Suchthilfe: niedrigschwellige Hilfeangebote (Konsumräume, Kontaktcafe, etc.), ambulant betreutes Wohnen
- Träger der Rentenversicherung, Krankenkassen und der Grundversicherung wie Sozialhilfe
- Schuldnerberatung, allg. soziale Beratung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Erziehungsberatung
- Wohnungslosenhilfe
- Schulen, Kindergärten und Kindertagesstätten
- Arbeitsverwaltung, auch Arbeitsagenturen, Jobcenter und Betriebe

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe (Jugendämter) sind gem. § 81 SGB VIII zur strukturellen Kooperation mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen verpflichtet.

Darüber hinaus kommt dem Jugendamt mit seinem gesetzlichen Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung eine besondere Rolle zu, dennoch sind alle beteiligten Partner für eine gelingende Zusammenarbeit im Interesse der Kinder gleichbedeutend.

Es empfiehlt sich, möglichst alle relevanten Akteure einzubeziehen. Die Praxis zeigt aber auch, dass es nicht zielführend ist, lediglich möglichst viele Partner auf einer formellen Ebene einzuladen, ohne die inhaltliche Ausgestaltung in den Vordergrund zu stellen. Solche rein formalen Vereinbarungen bergen das Risiko, den Boden der Zusammenarbeit zu „verbrennen“, weil Missverständnisse und Enttäuschungen vorprogrammiert sind. Bei einem erneuten Einstieg in die Entwicklung einer Vereinbarung müssten dann zunächst die negativen Erfahrungen aus dem Weg geräumt werden.

In der Praxis ergeben sich in der gemeinsamen Arbeit immer wieder auch rechtliche Fragen. Daher kann es hilfreich sein, auch eine*n Jurist*in zu bestimmten Fragestellungen einzubeziehen. Der Einbezug der / des Datenschutzbeauftragten sollte elementarer Bestandteil bei der Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung sein.

3.2. Argumente für den Aufbau und die Pflege systemübergreifender Zusammenarbeit

Kooperation trägt zu Synergie-Effekten und gut abgestimmten, zielführenden Maßnahmen und Interventionen bei. Erfahrungsgemäß führt die strukturierte Zusammenarbeit ebenso zu einer besseren gegenseitigen Verständigung zwischen den Hilfesystemen.

Beispiele für den Nutzen systemübergreifender Zusammenarbeit:

- Ansprechpartner*innen und Zuständigkeiten sind klar geregelt
- der schnelle Informationsfluss ist gewährleistet
- spart langfristig Zeit
- Kinderschutz wird auf mehrere Schultern verteilt, damit ist das Kind oder der Jugendliche mehr im Blick
- Transparenz wird hergestellt: Wie arbeitet Jugendhilfe? Wie arbeitet Suchthilfe?
- Handlungssicherheit für die Mitarbeitenden
- kollegiales und professionalisiertes Miteinander
- Synergien durch gemeinsame Angebote
- Ressourcenbündelung
- Absprachen zum Kinderschutz werden vereinfacht
- bessere Herangehensweise für die Familie und für das Kind bzw. die / den Jugendliche/n
- ineinandergreifende Hilfeplanung
- Image der Institution
- Mitarbeiterschutz (Handlungssicherheit für die Fachkräfte und auch Fürsorge gegenüber Mitarbeitenden)
- gesetzliche Verpflichtung aus dem SGB VIII

Zusammengefasst investieren Institutionen personelle Ressourcen, um adäquat auf komplexe Problemlagen in Familien eingehen zu können und dabei die Interessen der Eltern und ihrer Kinder zu wahren. Häufig geht es dabei um Gratwanderungen zwischen dem Schutz für das Kind und dem Eingriff in das Familienleben. Daher ist die multiprofessionelle Sicht unabdingbar. Es braucht eine verantwortliche Institution, die Grundlagen von Entscheidungen mit anderen rückkoppelt, um diese schwierige Aufgabe gut meistern zu können. Ziel ist es dabei, dass betroffene Familien möglichst früh und freiwillig Unterstützung annehmen bzw. Kindeswohlgefährdungen so früh wie möglich zu registrieren und abzuwenden – möglichst gemeinsam mit den Sorgeberechtigten. Wo dies nicht möglich ist, auch ohne sie.

Diese Investition in personelle Ressourcen verringert auf der individuellen Ebene Leid in Familien und spart auf gesellschaftlicher Ebene Geld, denn eskalierte Fälle sind um ein Vielfaches teurer als Prävention und Frühintervention. Sie bietet auch Schutz vor möglichen unangemessenen oder willkürlichen Entscheidungen von einzelnen Institutionen.

Aus diesen Gründen darf die Erfüllung dieser Aufgabe in einer Kommune nicht in Abhängigkeit von Finanzierungsmöglichkeiten gestellt werden.

3.3. Stolpersteine aus dem Weg räumen

Beim Aufbau und der Pflege der (vor allem systemübergreifenden) Zusammenarbeit kann es zu Schwierigkeiten kommen. Beispielhaft werden einige dieser „Stolpersteine“ und ein möglicher Umgang mit diesen beschrieben.

Ich möchte aktiv werden, meine Führungskraft aber nicht: Was kann ich tun?

Unter Berücksichtigung der o. g. Argumente für einen verbesserten bzw. einzuführenden kooperativen Kinderschutz kann eine eigene Strategieentwicklung sinnvoll sein. Beispielhaft könnte eine solche Strategie wie folgt aussehen:

- Erfahrungen im Aufbau dieses Arbeitsfeldes aus Veröffentlichungen und anderen Einrichtungen einholen. Welche Erfolgsfaktoren lassen sich ggf. auf die eigene Institution übertragen?
- Klarheit über die eigenen Ressourcen und die der Einrichtung schaffen
- Unterstützung im Team suchen: Wer teilt Ihr Anliegen und Ihr Engagement?
- Bedingungen einer erfolgreichen Implementierung eines kooperativen Kinderschutzes darstellen (personelle und zeitliche Ressourcen, Arbeitspakete)
- Vorstellung des Themas im Team
- Gespräch mit der Leitung
- Selbstschutz: Es kann passieren, dass man mit seinem Vorhaben, geeignete Maßnahmen zum Kinderschutz zu installieren, an (externe) Grenzen stößt. Für diesen Fall ist es wichtig das Thema rechtzeitig (erneut) an die Leitung zu delegieren. Die schriftliche Dokumentation hierzu ist erforderlich, auch zur eigenen Entlastung. Eine Wiedervorlage zu einem späteren Zeitpunkt sollte im Blick behalten werden.

Wenn es nicht die Leitung, sondern die gewünschte Partnerinstitution ist, die nicht aktiv werden möchte:

- gemeinsame Veranstaltung mit Fachkräften durchführen
- Haltung: Bis zu einem gewissen Punkt können unterschiedliche Haltungen und Arbeitsweisen berücksichtigt und nach Möglichkeit aufgearbeitet werden, insgesamt sind aber die fachlichen sowie juristischen Grundlagen der Kooperation in den Vordergrund zu stellen.
- auf der Hierarchieebene nach oben gehen
- jemanden zur Vermittlung hinzuziehen und / oder Moderation in den Prozess einbinden
- statistische Zahlen umrechnen und auf konkrete (Schätz-) Zahlen in der eigenen Kommune übertragen
- sich vor Beginn der Aushandlung einer Kooperationsvereinbarung da-

rauf einstellen, dass es sich dabei um einen längeren (und sehr wichtigen) Prozess handelt, der mitunter mehrere Jahre dauern kann

Wir verfügen auf dem Papier über eine Vereinbarung, aber sie lebt nicht - und jetzt?

- regelmäßige Arbeitsbesprechungen, die mit attraktiven Inhalten gefüllt sind, z. B. (anonymisierte) Fallbesprechungen
- Kooperation evaluieren – auf welcher Ebene bzw. welchen Ebenen liegen die Knackpunkte, die eine Zusammenarbeit erschweren? Solch eine Evaluation könnte über die Auswertung von Dokumentationen oder Befragungen der Beteiligten geschehen, ggf. unter Zuhilfenahme einer externen Moderation
- Respektieren der Rahmenbedingungen der Partner
- interne Wissensstände aktualisieren, in (Qualitätsmanagement-)Strukturen einfließen lassen
- Leitung um „Re-Animation“ bitten
- interne Fachaustausche zur Überprüfung der Kooperationsvereinbarung
- gegenseitige Information der Jugend- und Suchthilfe: Was können wir voneinander lernen? Wie können wir uns gegenseitig nützen und unterstützen?
- regelmäßiger Informationsaustausch
- Information über die Vereinbarung an jeden neuen Mitarbeitenden geben
- Hospitation im jeweils anderen Arbeitsbereich, insbesondere für neue Mitarbeitende
- regelmäßig wiederkehrende Vorstellung der Kooperationsvereinbarung im Rahmen der Dienstbesprechung (mind. einmal pro Jahr)

Wie gelingt es, die Motivation der Beteiligten aufrecht zu halten?

- regelmäßige Treffen (inhaltlich und methodisch gut vorbereitet)
- regelmäßige Vorträge zu aktuellen Themen der Jugend- und Suchthilfe können ein Benefit für die Teilnehmenden sein
- großer Imagegewinn
- den (auch wirtschaftlichen) Gewinn benennen
- Motivation ist Führungsaufgabe (aber keine Einbahnstraße!), auch motivierte Mitarbeitende können sich aktiv einbringen
- pädagogische Bedarfe decken, z.B. gemeinsames Gruppenangebot umsetzen
- systemübergreifenden Austausch ermöglichen

3.4 Kooperationsvereinbarung

Nach Einführung des § 8a SGB VIII im Jahr 2005 wurden zwischen freien und öffentlichen Trägern i. d. R. Kooperationsvereinbarungen zu zentralen Fragen der Zuständigkeit getroffen. Eine kurze Internetrecherche liefert viele Beispiele für entsprechende Vorlagen, z.B.:

- Kinderschutzordner, Dresden
- Kooperation im Kinderschutz, Karlsruhe
- Kooperationsvereinbarung Krisenhilfe e.V. Bochum und Jugendamt Bochum
- Rahmenvereinbarung zum Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe nach §§ 8a Abs. 4 und 72a Abs. 2 und Abs. 4 SGB VIII, Hamburg (siehe Linkliste)

Für eine gute kollegiale Zusammenarbeit ist es bedeutsam,

- eine wertschätzende Kommunikationskultur zu pflegen,
- sich an vereinbarte Regeln bzw. Verfahrensabläufe zu halten,
- Respekt gegenüber anderen Sichtweisen und Beurteilungskriterien zu haben,
- einen Prozess der Verständigung zu führen, mit dem Ziel, Vorurteile und Rollenmuster aufzulösen,
- jeweilige (System-) Grenzen und Unterschiede zu respektieren und
- klare Zuständigkeiten zu vereinbaren.

Die Beteiligten verpflichten sich in ihrer unterschiedlichen Ausrichtung dazu, ihren eigenständigen Auftrag entsprechend ihrer fachlichen Standards zu leisten. Im Sinne einer gelingenden Kooperation verpflichten sie sich zudem, die entstandenen Schnittstellen gemeinsam zu gestalten und auch zu pflegen. Die Pflege dieser Kooperationsbeziehungen kann auf der Grundlage der o. g. „Eckpfeiler“ sicher gelingen. Um tatsächlich „am Ball zu bleiben“ ist es aber von allen Seiten erforderlich, beharrlich zu bleiben, wenn es um die getroffenen Vereinbarungen geht und darum, diese auch in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und ggf. auch neu zu justieren.

Kooperationsvereinbarungen sollten auch möglichst frühzeitig die Hilfen des jeweils anderen Systems zugänglich und damit die Hilfesysteme durchlässiger machen. Es kann bspw. vereinbart werden, dass die Fachkräfte des Jugendamtes losgelöst von der Art der Hilfeleistung suchtkranke Eltern motivieren und unterstützen einen Termin in der Suchtberatung zu vereinbaren.

4. Zusammenarbeit in der konkreten Fallarbeit

Das vorangegangene Kapitel beschreibt die Zusammenarbeit der Hilfesysteme zunächst „unter sich“. Dieses Kapitel widmet sich Aspekten, die für die (auch hilfesystemübergreifende) Zusammenarbeit mit Adressat*innen grundlegend sind: mit zielgruppenspezifischen Angeboten für Eltern und junge Menschen sowie Möglichkeiten der Finanzierung, Handlungsfragen, Kriterien zur Einschätzung von Kindeswohlgefährdung speziell in suchtbelasteten Familiensystemen, Aufgabenverteilung und deren Dokumentation sowie Gesprächsführung.

4.1. Übersicht zu zielgruppenspezifischen Maßnahmen

Maßnahmen, die sich als Angebote an Einzelne oder Familien richten, sollten zielgruppenspezifisch ausgerichtet sein.

Universelle Maßnahmen, also Gesundheitsförderung, richtet sich an breite Bevölkerungsgruppen, häufig mit dem Ziel der Infovermittlung zu psychosozialen Themen und Motivation, bei Bedarf Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Selektive Maßnahmen richten sich mit dem Ziel der Prävention speziell an Risikogruppen, also Bevölkerungsgruppen, bei denen aufgrund spezieller Lebensbedingungen statistisch gesehen eine höhere Verletzlichkeit z.B. für seelische Erkrankungen oder Exklusion anzunehmen ist. Solche Risikofaktoren sind beispielsweise ein niedriger sozioökonomischer Status, Aufwachsen in Familien mit erkranktem Elternteil oder Gewalterfahrungen.

Indizierte Maßnahmen erreichen Personen, die in ihrem Verhalten auffällig geworden sind.

Die folgende Abbildung zeigt Beispiele für zielgruppenspezifische Maßnahmen:

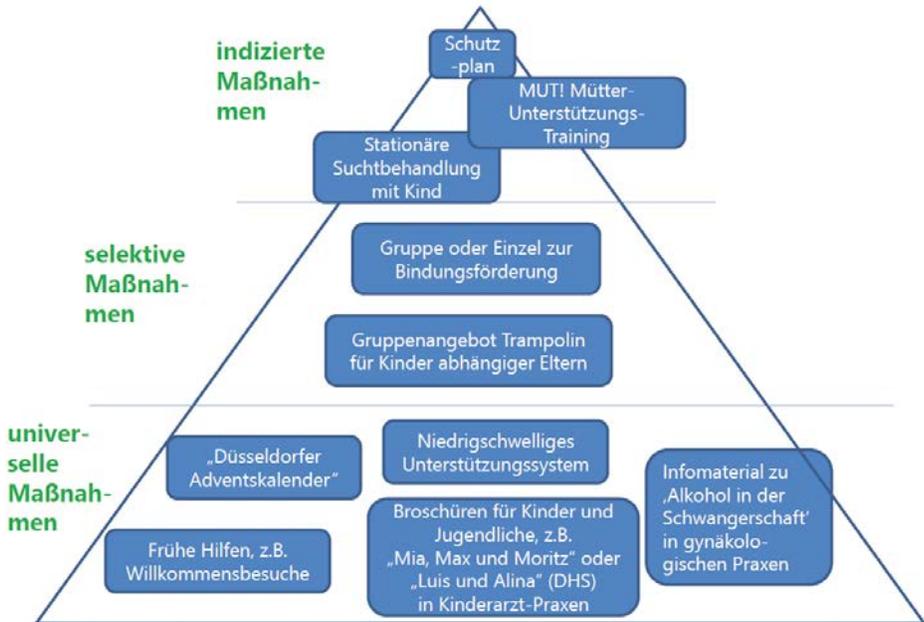


Abb.3: Beispiele für zielgruppenspezifische Maßnahmen

Bei einer Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse ist es sinnvoll, die Angebote in der eigenen Kommune auch dahingehend zu prüfen, ob / inwieweit alle Bedarfe bzw. Zielgruppen abgedeckt sind.

Es existieren einige Internetseiten, die Übersichten zu Angeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern vorhalten, darunter z.B. die der „Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern“, hier nach Postleitzahlen geordnet und ebenfalls mit Ideenbörse und Veranstaltungshinweisen (<http://bag-kipe.de>) Weitere Internetseiten listet die Expertise „Gute Praxis“ (Schmenger, Schmutz, 2019) auf.

4.2 Eine gemeinsame Haltung finden

Eindeutige Feststellungen einer Kindeswohlgefährdung kommen deutlich seltener vor als Grenzfälle. Beurteilungen sind häufig unter Zeitdruck und in einer emotional hochaufgeladenen Atmosphäre zu fällen. Es liegt daher auf der Hand, hilfesystemübergreifende Grundsatzdiskussionen möglichst fallunabhängig und in Ruhe zu führen.

Als Vorbereitung für solche Gespräche kann eine Selbstreflexion hilfreich sein, z.B. zu der Frage, inwieweit sich eigene private und berufliche Erfahrungen mit Menschen, die Rauschmittel konsumieren, generalisieren lassen.

Die jeweilige **persönliche und institutionelle Haltung** spielt bei der Beurteilung einer möglichen Kindeswohlgefährdung und beim Umgang mit Familien eine gravierende Rolle. Ein gemeinsames Reflektieren der Kooperationspartner ist also notwendig, denn eine institutionelle Haltung kann weder verordnet werden, noch bleibt die persönliche Haltung im Tun verborgen. Schon deshalb sollten Haltungen und ggf. Zuschreibungen bewusst und ausgesprochen sein.

Die folgenden Fragen und Behauptungen sowie die entsprechenden Haltungen aus der Arbeitsgruppe sollen als Anregung dienen, mit Kooperationspartnern (idealerweise gemeinsame) Haltungen zu entwickeln:

Sind legale Drogen ungefährlicher als illegale?

Nein.

Jeder legalen oder illegalen Droge wohnt ihre eigene Ambivalenz aus erwünschten Wirkungen und kurz- bzw. längerfristigen Risiken inne. Risiken des Konsums von Rauschmitteln liegen auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene. Bei illegalen Drogen kommt das Risiko kriminellen Handelns und damit verbundener Strafverfolgung hinzu, ebenso wie mit dem Kauf der Substanz verbundene Unsicherheit über den Wirkstoffgehalt und ggf. giftige Beimischungen.

Neben Risiken, die Konsument*innen für ihre eigene körperliche, seelische und soziale Gesundheit eingehen, bestehen Risiken für das Umfeld, z. B. Passivrauchen. Alkohol senkt die Hemmschwelle für Gewaltanwendung. Entsprechend verschärft Alkohol z. B. Situationen von Partnerschaftsgewalt.

„Die“ gefährlichste Droge gibt es also nicht, denn zum individuellen Risikopektrum einer Substanz kommen die individuellen Risiko- und Schutzfaktoren einer Person hinzu (ebenfalls auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene).

Schaut man jedoch allein auf den gesamtgesellschaftlichen Schaden, den eine Substanz auslöst, also z. B. auf die Zahl der Toten, Behandlungskosten und Schäden Unbeteiligter, sind Alkohol und Tabak die Spitzenreiter (DHS Jahrbuch Sucht, 2020).

Hinweis:

Ausführliche Informationen zum Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren finden Sie in Kap. 3 der kostenfreien Broschüre „Suchtprävention in der Heimerziehung, Handbuch zum Umgang mit legalen und illegalen Drogen, Medien und Ernährung“, DHS/Wirth, 2017.

Eltern, die abhängig sind und ihre Kinder gefährden – das hat nichts mit fehlender Liebe zu tun.

Ja.

Die individuelle Fähigkeit, innige Beziehungen aufzubauen und zu halten, hängt davon ab, welche eigenen kindlichen Bindungserfahrungen die betref-

fende Person gemacht hat und inwieweit ggf. aufgetretene Störungen in der Persönlichkeitsentwicklung aufgearbeitet werden konnten.

Abhängige Menschen tragen keine Schuld an ihrer Erkrankung. Sie tragen jedoch – in dem ihnen möglichen Maß – Verantwortung, an ihrer Lebenssituation etwas zu verändern, ggf. mit Unterstützung. Ebenso große Verantwortung, dass Abhängigkeit vermieden und Menschen mit einer Abhängigkeits- oder anderen psychischen Erkrankung ihre Lebenssituation verändern können, tragen auch Politik und Gesellschaft (ausreichende Behandlungsmöglichkeiten, Chancengerechtigkeit in der schulischen Ausbildung, faire Bezahlung von Arbeit usw.).

Sollte eine Fachkraft, die eine/n potentielle/n Klient*in als unsympathisch und verantwortungslos empfindet, die Betreuung besser ausschlagen?

Jein.

Zur Verdeutlichung nachfolgend ein Beispiel: Eine Fachkraft empfindet es moralisch nicht tragbar und verantwortungslos, dass eine Mutter vier Kinder von vier Vätern hat, und bereits während ihrer Schwangerschaften ihren Substanzkonsum nicht immer im Griff hatte und die Kinder vernachlässigte. Sie sieht das Leid der Kinder und ist wütend auf die Mutter.

Aggression ist in der Arbeit mit psychosozial schwer belasteten Menschen nichts Ungewöhnliches, sie wird jedoch nicht immer als „passend“ zur Sozialarbeit wahrgenommen und daher von Fachkräften häufig verdrängt. Es ist wichtig, sich als Fachkraft Ärger zuzugestehen, sich diesen bewusst zu machen und ggf. mit Kolleg*innen zu reflektieren. So können Fachkräfte Doppelbotschaften vermeiden (z. B. in der oben geschilderten Situation aggressive Gefühle spüren, und dennoch lächelnd ein Arbeitsbündnis anbieten) und eine ehrliche Beziehungsgestaltung fördern.

Aus einer bestehenden Abhängigkeit resultiert nicht automatisch eine Kindeswohlgefährdung – ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen.

Stimmt. Eine Abhängigkeit ist eine psychische Störung. Bei der Prüfung einer möglichen Kindeswohlgefährdung müssen die *Auswirkungen* dieser Erkrankung geprüft werden, ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen.

- Beispiel Depression: Gelingt es der Mutter trotz Antriebslosigkeit, die Bedürfnisse ihres Kindes wahrzunehmen und in ausreichendem Maße darauf einzugehen oder kann sie über viele Stunden des Tages das Bett nicht verlassen?
- Beispiel Schizophrenie: Ist der Vater so gut auf Medikamente eingestellt, dass die Symptomatik unauffällig ist oder verleugnet er die Erkrankung und hat Verfolgungsgedanken?

- Beispiel Abhängigkeit: Ein Elternteil trinkt abends täglich mindestens eine Flasche Wein. Ist das Kind dennoch ausreichend geschützt, weil dieser Elternteil (oder andere Bezugspersonen) den Alltagsanforderungen nachkommt oder nicht (unregelmäßiger Kitabesuch, unzureichende Versorgung, übermäßige Aggression)?

Diese Haltung ist auch für Fachkräfte im Umgang mit ihren Adressat*innen hilfreich. Es geht nicht um ein Ringen um bestehenden Konsum, sondern ob es Eltern gelingt, die Auswirkungen des Konsums auf ihr Kind in einem vertretbar geringen Ausmaß zu halten.

Darüber hinaus fördert diese Haltung eine Entstigmatisierung von Abhängigkeitserkrankungen.

Insofern rechtfertigt die Kenntnis einer Abhängigkeit keinen Rückschluss auf eine Kindeswohlgefährdung, wohl aber, zu prüfen, ob es Anzeichen von risikanten Auswirkungen des Konsumverhaltens auf das Kind gibt.

„Kein Rückfall, sonst wird das Kind in Obhut genommen“:

Stellt diese Bedingung eine geeignete Intervention dar?

Nein.

Generell sind Auflagen an Eltern durch das Jugendamt nicht rechtskonform – dies ist Gerichten vorbehalten (Radewagen et al., 2011). Doch unabhängig davon lässt sich fragen, ob dieses Vorgehen angemessen oder sogar hilfreich wäre. Ein Argument dafür könnte beispielsweise sein: Durch die Aufforderung gelingt es Eltern, abstinent zu leben, dadurch ist das Kind automatisch vor den Auswirkungen des Konsums geschützt.

Dagegen sprechen folgende Argumente:

- Möglicherweise liegen die Gefährdungsmomente nicht ausschließlich in den Auswirkungen des Konsums, sondern (auch, oder mehr) in den Auswirkungen einer / mehrerer weiterer schwerwiegender psychischer Erkrankungen, z. B. Borderline. Selbst wenn der Elternteil der Auflage also nachkäme, wäre das Kind dennoch nicht vor impulsiven Handlungen oder Aggressionen geschützt. Angenommen, die erzwungene Abstinenz würde gelingen, würden sich im ungünstigsten Fall die Institutionen beruhigt abwenden, während die eigentlichen Gefährdungsmomente nach wie vor bestehen.
- Wenn das Jugendamt jedoch zu der Einschätzung käme, das Konsumverhalten sei so massiv, dass das Kind allein dadurch in Gefahr ist (etwa aufgrund Dauerkonsum mit stark sedierender Wirkung), muss direkt das Familiengericht angerufen werden. Es liegt in der Natur von Abhängigkeitserkrankungen das Konsumverhalten nicht steuern zu können. Insofern können / kann sich die / der betroffene Eltern/teil zwar ehrlich vornehmen und tief wünschen, abstinent zu leben, doch ob die Umsetzung gelingt, bleibt dann unsicher.

- Die Bedingung „kein Rückfall“³ beinhaltet das Risiko³, dass Eltern/teile dennoch eingetretene Rückfälle - aus Angst vor dramatischer Konsequenz – verheimlichen (müssen). Sprachlosigkeit und Beschäftigung mit Vertuschen des Rückfalls behindern die Reflexion und Möglichkeiten der Strategieänderung und damit die Zielerreichung, dass das Kind in ausreichender Sicherheit aufwachsen kann.

Insgesamt ist es also als günstiger zu betrachten, wenn Eltern/teile eigene Strategien wählen um die Gefährdungsmomente für ihr Kind beseitigen zu können. Ein Beispiel dafür könnte sein: „Ich nehme an einem Anti-Gewalt-Training teil, um Aggressionen nicht mehr gegen mein Kind zu richten. Ich werde lernen, aggressive Impulse frühzeitig zu spüren, und in diesen Fällen die Wohnung zu verlassen. Ich bringe eine Bescheinigung einer Suchtberatungsstelle bei, über die Reflexion der Vor- und Nachteile meines Alkoholkonsums (Inhalte schweigepflichtig)“.

Oder: „In Anwesenheit meines Kindes gelingt es mir, nicht zu konsumieren und aufmerksam auf mein Kind zu reagieren, es zu versorgen (drei Mahlzeiten/Tag, Zähneputzen usw.), und Gefahren von ihm fernzuhalten (Substanzen unerschaffbar fürs Kind usw.)“.

Wenn Eltern illegale Drogen konsumieren, stellt schon der illegale Status der Substanz/en eine Gefährdung des Kindeswohls dar.

Nein.

Bei einer Gefährdungseinschätzung spielt der Legalitätsstatus der Rauschmittel keine Rolle, sondern die individuellen Auswirkungen des Konsums auf das Kind. Dabei sind beispielsweise folgende Einschätzungen von Belang:

- Wirkungen und Risiken der Substanz sowie das individuelle Konsummuster (Häufigkeit und Dosierung)
- Konsum in bzw. ohne Anwesenheit des Kindes
- Aufbewahrung der Substanzen zum Schutz des Kindes
- Fernhalten oder Aussetzen des Kindes von riskanten Orten oder Menschen

Die Illegalität von Substanzen besonders hervorzuheben, würde das Risiko der Auswirkungen legaler Drogen wie Medikamente oder Alkohol für Kinder relativieren, und Konsument*innen illegaler Drogen zusätzlich stigmatisieren. Straftaten zu verfolgen, ist Aufgabe der Polizei, nicht der Jugend- oder Suchthilfe.

Nach einer Inobhutnahme und Rückkehr des Kindes in die Familie, sollten die Sorgeberechtigten weiterführende Angebote erhalten.

Ja.

Bei einer Abhängigkeitserkrankung handelt es sich um eine chronische Erkrankung

3 Besonders bei Schweigepflichtentbindung der Suchthilfe gegenüber dem Jugendamt

kung. Die Bedingungen, die zu einer Inobhutnahme geführt haben, können daher, z. B. durch einen Rückfall bedingt, wieder auftreten. Da die Inobhutnahme i. d. R. auch den Einstieg in die Hilfeplanung darstellt, sollte dieser Aspekt bei der Maßnahmenplanung bereits über eine mögliche Rückführung hinaus mitgedacht werden. Eine Inobhutnahme kann insofern auch als Chance in den (Konsum-)Ausstieg der Eltern verstanden werden.

Nach der Rückführung des Kindes in die Familie ist immer die Frage zu beantworten, welche Unterstützungsangebote notwendig sind, damit Eltern und Kinder langfristig zusammenleben können und der Schutz der Kinder und Jugendlichen gesichert ist.

In der Arbeit mit abhängigen Eltern ist grundsätzlich die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe zu empfehlen.

4.3. Gemeinsame Gefährdungseinschätzung bei (möglichen) Abhängigkeitserkrankungen

Das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) regelt in § 4 Absatz 1, dass die unter den Ziffern 1 bis 7 genannten Berufsgruppen, wenn ihnen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden, befugt sind, das Jugendamt zu informieren, soweit sie dies zur Abwendung der Gefährdung für erforderlich halten.

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)

§ 4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden

1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung,
3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie
4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist,
5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,
6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen oder

7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen

in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

(2) Die Personen nach Absatz 1 haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Fachkräfte aus Suchtberatungsstellen haben immer einen Anspruch auf eine Beratung nach § 8b SGB VIII:

§ 8b SGB VIII Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

(1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.

(2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger, haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien

1. zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt sowie
2. zu Verfahren der Beteiligung von Kindern und Jugendlichen an strukturellen Entscheidungen in der Einrichtung sowie zu Beschwerdeverfahren in persönlichen Angelegenheiten.

Die Arbeitsgruppe hat sich intensiv mit Fragen von Gefährdungseinschätzungen auseinandersetzt. Neben der eindeutigen Gesetzeslage wurden immer wieder auch unterschiedliche Fälle anonymisiert diskutiert.

Wie in Kapitel 4.2 dargestellt, weist das bloße Vorliegen einer Abhängigkeit nicht linear auf eine Kindeswohlgefährdung hin. Bei der Prüfung einer möglichen Gefährdung stellen Fachkräfte (bestenfalls interdisziplinär) unterschiedliche Informationen und Einschätzungen zusammen:

- a) Risikoeinschätzung einer Lebenssituation bezogen auf Kindeswohlgefährdung anhand evaluierter Instrumente
- b) Einschätzung zum Vorliegen bzw. zum Ausmaß einer Abhängigkeit und / oder anderer psychischer Erkrankungen
- c) Risikofaktoren: individuelle Auswirkungen des Konsumverhaltens auf die Ausübung der elterlichen Sorge
- d) Schutzfaktoren: Wer oder was hat positiven Einfluss auf das Kindeswohl?

Letztlich spielt es keine Rolle, ob Gefährdungsmomente bei der elterlichen Sorge auf einen Substanzkonsum zurückzuführen sind oder nicht. Es geht darum, ob es den Sorgeberechtigten gelingt, die das Kind gefährdenden Auswirkungen des Substanzkonsums bzw. anderer Umstände abzustellen. Falls eine akute Gefährdung vorliegt, prüfen die Fachkräfte des Jugendamtes auch, ob sie das Kind in Obhut nehmen müssen oder ob es den Eltern mit Unterstützung (z. B. durch einen Schutzplan) gelingen kann, die Gefährdung abzuwenden.

Im Folgenden werden die Prüfkriterien a) bis d) näher erläutert:

- a) Risikoeinschätzung einer Lebenssituation bezogen auf Kindeswohlgefährdung anhand evaluierter Instrumente:

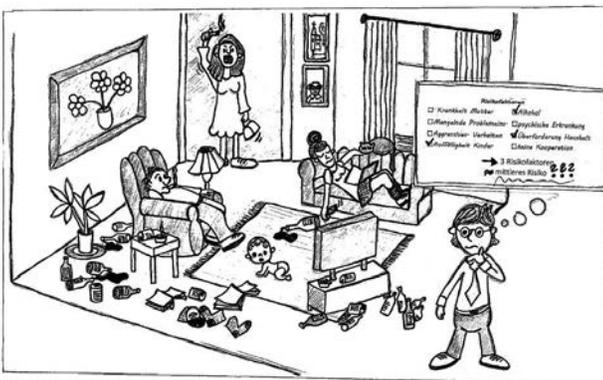


Abb.4: Das Bedürfnis nach Orientierung ist nachvollziehbar, Checklisten erfreuen sich großer Beliebtheit. Im Kinderschutz sollten Checklisten nur ergänzende Instrumente zur Risikoeinschätzung von komplexen Lebenslagen sein.

Grundsätzlich und unabhängig von der Symptomatik empfiehlt die Arbeitsgruppe, dass sich Fachkräfte zur o. g. Prüfung einer Kindeswohlgefährdung an evaluierten Instrumenten z. B. das Diagnoseinstrument Kindeswohlgefährdung der Stadt Stuttgart⁴ orientieren.

Beispiele für Oberthemen in diesen Checklisten sind - ausgehend von der Bedürfnispyramide nach Maslow - Grundversorgung (Ernährung, Körperpflege / Kleidung), Familiensituation (Einkommen, Arbeits- und Wohnsituation), Entwicklungs- und Erziehungssituation.

Die einschlägigen Kommentierungen zu den gesetzlichen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 1666 BGB) machen die Unbestimmtheit des Gefährdungsbegriffs, und damit die Aufgaben der unterschiedlichen Kooperationspartner deutlich:

Es geht bei der Feststellung einer Kindeswohlgefährdung grundsätzlich um die **fachliche Bewertung** beobachtbarer, für das Leben und die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen relevanter Sachverhalte und Lebensumstände bezüglich

- **möglicher Schädigungen**, welche die Kinder und Jugendlichen in ihrer weiteren Entwicklung aufgrund dieser Lebensumstände erfahren könnten;
- der **Erheblichkeit** der Gefährdungsmomente (Intensität, Häufigkeit und Dauer des schädigenden Einflusses) bzw. der Erheblichkeit des erwarteten Schadens;
- des Grades der **Wahrscheinlichkeit** eines Schadenseintritts (Beurteilung zukünftiger Einflüsse, vor denen das Kind / der Jugendliche zu schützen ist – zurückliegende Ereignisse sind allenfalls Indizien für diese **Prognose**.).

Es handelt sich also bei der Einschätzung und Bewertung der Lebenssituation des Kindes bzw. des Jugendlichen um eine (zwangsläufig hypothetische) Prognose bezüglich angenommener bzw. befürchteter negativer Entwicklungen der/s Minderjährigen. Es liegt auf der Hand, dass solche Prognosen nur selten eindeutig ausfallen können, und darin liegt die Schwierigkeit und hohe Verantwortung der beteiligten Akteur*innen. Dies gilt besonders auch bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung als Auswirkung riskanter Konsummuster.

§ 8a SGB VIII schreibt eine individuelle Risikoeinschätzung im Zusammenwir-

4 Kinderschutzbogen der Stadt Stuttgart, s.a. Kindler, H./Reich, W.: Einschätzung von Gefährdungsrisiken am Beispiel der weiterentwickelten Version des Kinderschutzbogens, in: Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (Hrsg.): Kinderschutz gemeinsam gestalten: § 8 a SGB VIII – Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe, Berlin (2007)

ken mehrerer Fachkräfte vor. Gerade bei einer (möglichen) Abhängigkeit und anderen psychischen Erkrankungen ist eine gemeinsame Einschätzung nicht nur sinnvoll, sondern auch geboten, damit jede Fachdisziplin ihre Kenntnisse, Wissensbestände und Blickwinkel zur Beurteilung von komplexen Lebenssituationen einbringen kann. Neben dem Wissen der Jugendhilfe ist im Falle von (möglichen) Abhängigkeitserkrankungen das spezifische Wissen der Suchthilfe, ggf. auch der Psychiatrie von Nöten, um eine bestmögliche Risikoeinschätzung vornehmen zu können.

Falls Fachkräften der Suchthilfe im spezifischen Fall keine Schweigepflichtentbindung der betroffenen Sorgeberechtigten vorliegt, müssen sie bei der Beteiligung an solchen Risikoeinschätzungen eine rechtliche Güterabwägung vornehmen: Sozialdatenschutz (KKG / DSGVO / BGB) vs. Kinderschutz (§ 8a SGB VIII).

b) Einschätzung zum Vorliegen bzw. zum Ausmaß einer Abhängigkeit und / oder anderer psychischer Erkrankungen

Sowohl im Gespräch mit den/m betroffenen Eltern/teil als auch im gemeinsamen Fachgespräch ist eine Einschätzung sinnvoll, ob bzw. in welchem Ausmaß die sechs Kriterien der **ICD-10 zur Diagnose einer Abhängigkeit** zutreffen: In der ICD-10 sind „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter F. 10-19 im Kapitel V (psychische Erkrankungen) aufgeführt. Im Folgenden sind die sechs Kriterien verkürzt dargestellt. Für die Diagnose „Abhängigkeit“ müssen mindestens drei der Kriterien über mindestens sechs Monate zutreffen. Die Kriterien gelten für alle auf die Psyche wirkenden Substanzen.

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, die Substanz zu konsumieren,
2. verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch (Beginn, Beendigung oder Menge des Konsums),
3. ein körperliches Entzugssyndrom, wenn die Substanz reduziert oder abgesetzt wird,
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Substanzeffekten,
5. Einengung auf den Substanzgebrauch, was an der Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessenbereiche wegen des Substanzgebrauchs deutlich wird,
6. anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutig schädlicher Folgen.

Eine medizinische Diagnose zum (nicht) Vorliegen einer Abhängigkeit zu stel-

len, obliegt Ärzt*innen und ergänzt die in der Regel umfangreiche psychosoziale Diagnostik.

c) Risikofaktoren: individuelle Auswirkungen des Konsumverhaltens auf die Ausübung der elterlichen Sorge

Über die allgemeinen Instrumente zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung und zum Ausmaß des riskanten Substanzkonsums hinaus, sollten Auswirkungen des Konsumverhaltens auf die Fähigkeit zur Ausübung der elterlichen Sorge gesammelt werden.

Beispiele für **Risikofaktoren**:

- weitere psychische Erkrankung/en, die mit der Abhängigkeit i. d. R. in Wechselwirkung stehen und damit weitere Auswirkungen auf die Fähigkeit haben, die elterliche Sorge ausfüllen zu können
- (wiederholte) Teilnahme am Straßenverkehr unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Drogen
- Mitnahme von Kindern an gefährdende Orte wie z. B. die offene Szene
- Kinder erleben den / die Eltern/teil im Vollrausch
- unzureichendes Reaktionsvermögen (z. B. verminderte Reaktion auf das Kind durch die Wirkung der Substanz oder andere Umstände, falls dies nachgewiesen (häufiger) geschieht, sollte es bei der Risikoeinschätzung berücksichtigt werden)
- Kinder werden (z. B. während die Substanz beschafft wird) bei fremden oder unzuverlässigen Menschen in Obhut gelassen
- die Mutter hat während der Schwangerschaft konsumiert
- starke Stimmungsschwankungen
- neigen, kann auch der Konsum aggressionsfördernder Substanzen wie Alkohol oder Amphetamin einen Risikofaktor darstellen⁵.

d) Schutzfaktoren: Wer oder was hat positiven Einfluss auf das Kindeswohl?

Risikofaktoren sind immer **Schutzfaktoren** gegenüberzustellen:

- Das Kind hat eine / weitere verbindliche erwachsene Bezugsperson/en, die seelisch ausreichend stabil ist / sind und das Kind schützt/en – je mehr abgedeckte Zeit, umso besser.

5 Das Bundeskriminalamt führt eine Statistik zum Anteil der Tatverdächtigen unter Alkoholeinfluss. Dieser Anteil bewegt sich bei Vergewaltigung / sexueller Nötigung, einfacher / schwerer Körperverletzung bis hin zu Totschlag zwischen einem knappen und einem guten Viertel. Bei sexueller Gewalt gegen Kinder beträgt dieser Anteil 6% (Friedemann, Rettenberger, 2019)

- Es gibt Bezugspersonen, die einspringen können, wenn die Eltern emotional und / oder körperlich ausfallen.
- Bei älteren Kindern: Eltern/teil erlaubt/en dem Kind, über die Erkrankung zu sprechen.
- Dies kann für das Kind entlastend sein, nicht mit einem Familiengeheimnis leben zu müssen und ggf. auch die Erfahrung zu machen, dass andere Kinder in ähnlichen Situationen leben und es nicht alleine „auf dieser Welt“ mit seinem Erlebten ist.
- Eltern/teil haben/hat ein Risikobewusstsein bzgl. der Situation für ihr Kind und werden/wird aktiv, um diese Risiken zu senken.
- Das Kind besucht regelmäßig die Kita / Schule / oder andere öffentliche Einrichtungen.
- Eltern/teil ist / sind bereit, Unterstützungsangebote für sich und das Kind anzunehmen, z. B.
 - o fortlaufende Begleitung durch eine Fachkraft der Suchthilfe,
 - o fortlaufende Begleitung durch eine Familienhebamme,
 - o ambulante Psychotherapie,
 - o familientherapeutische Angebote,
 - o Beratungsreihe zu einem spezifischen Thema in einer psychosozialen Beratungsstelle,
 - o ambulante medizinische Reha in einer Suchtberatungsstelle,
 - o stationäre medizinische Reha in einer Fachklinik, idealerweise in Begleitung des Kindes (i. d. R. drei bis sechs Monate),
 - o Selbsthilfegruppe,
 - o Gruppenangebot für das Kind zur Förderung einer konstruktiven Verarbeitung der Erkrankung der/s Eltern/teils sowie zur Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen,
 - o bei Bedarf, Angebot für Eltern/teil mit kleineren Kindern: Gruppenangebot zur Förderung der Bindung zwischen Elternteil/en und Kind.

Umgang mit dem Ergebnis der Gefährdungseinschätzung

Führt das Ergebnis der Gefährdungseinschätzung dazu, dass gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen, muss das weitere Vorgehen unter Berücksichtigung der anzunehmenden Gefährdung geplant und durchgeführt werden. Es ist zu entscheiden, ob das Familiengericht bei akuter Gefahr direkt anzurufen ist oder den Sorgeberechtigten die Entwicklung eines Schutzplans angeboten werden kann. Ein Schutzplan kommt dann in Frage, wenn sich aus der Gesamtschau der Schutz- und Risikofaktoren Strategien ableiten lassen, die einen ausreichenden Schutz des Kindes sicherstellen.

Für beide Maßnahmen sollte die Begründung zusammenfassend die Auswir-

kungen der elterlichen Abhängigkeit (und ggf. weiterer psychischer Erkrankungen) auf das Kind darstellen und darüber hinaus die Abwägung der Risiko- und Schutzfaktoren aufzeigen.

Wie in Kapitel 2 dargestellt, enthält der Schutzplan weiter die Rubriken „Hilfe“ und „Kontrolle“ und „Konsequenzen“ – also die Beantwortung der Fragen, wozu sich einerseits Eltern/teile und andererseits Vertreter*innen von Institutionen verpflichten, damit das Kind sicher ist.

Dabei sollten Adressat*innen nach Möglichkeit die Strategien zur Zielerreichung selbst festlegen. Dazu gehört auch die Entscheidung zum weiteren Umgang mit legalen wie illegalen Drogen. Es empfiehlt sich dabei, schon zu Beginn einen Stufenplan zu entwickeln: Falls die Strategien aus ‚Plan A‘ nicht ausreichend greifen, wie sollen die Strategien aus ‚Plan B‘ aussehen?

Eltern sind umfassend über Unterstützungsleistungen für sich und ihr Kind zu informieren, z.B. Förderung in einem sozialpädiatrischen Zentrum, Logopädie, anlassbezogene FAS-Diagnostik oder Beispiele die unter d) „Schutzfaktoren“ aufgelistet sind.

Fachkräfte sollten mit Eltern/teilen abwägen, welche spezifischen Angebote das Kind in seiner Entwicklung am besten fördern. Auf diese Weise lassen sich Strategien ableiten, wie die Auswirkungen des Konsums vermieden werden können.

5. Schutzpläne

5.1. Qualitätsrahmen für Schutzpläne

Interventionen durch und mit Schutzplänen sind an keiner Stelle im SGB VIII explizit vorgesehen. Es gibt keine juristische Grundlage dafür. Insofern kann ein Schutzplan auch als eine Methode verstanden werden. Voraussetzung ist immer die Zustimmung der Eltern.

Der Schutzplan kennzeichnet im Rahmen einer Hilfe zur Erziehung (und auch im Falle, dass eine solche Hilfe nicht zustande kommt) eine konkrete Anforderung an die Eltern, um ihre Kinder vor Gefahren für ihr Wohl (im Sinne der § 8a SGB VIII und § 1666 BGB) zu schützen. Solche konkreten Anforderungen an das Verhalten der Eltern lassen sich nur aus konkreten Gefährdungsmerkmalen herleiten und können keinesfalls allgemeine Erziehungsanforderungen sein. Es geht ausschließlich um Gefährdungsrisiken.

Ein Schutzplan enthält in der Regel drei wichtige Elemente:

1. **Hilfen:** Schutz ohne Hilfe ist nicht denkbar. Die Hilfen werden im multiprofessionellem Team unter Beteiligung der / des Eltern/teils vereinbart und dienen dazu, die unmittelbare Gefährdung des Kindes abzuwenden. Sie sind verbindlich und terminiert. Darüber hinaus sind die Hilfen konkret Fachkräften / Institutionen zugeordnet (Prozessverantwortliche), die die / den Eltern/teil bei der Umsetzung unterstützen.
2. **Kontrolle:** Die Hilfen im Schutzplan sind verbindlich festgelegt und terminiert. Um den Prozess planvoll im Blick behalten zu können, zu reflektieren und ggf. steuernd einzugreifen, wird die Umsetzung der Hilfemaßnahmen von den Prozessverantwortlichen regelmäßig kontrolliert.
3. **Konsequenzen:** Um den Schutz des Kindes sicherstellen zu können, müssen bereits bei der Vereinbarung des Schutzplanes Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Vereinbarung getroffen werden.

Ein Schutzplan schreibt Pflichten (aller Seiten: Adressat*in, Jugendamt, Leistungserbringer) vor. Die vom Jugendamt gewährte Leistung ist die eine Seite des Schutzes, das Verhalten der Eltern die andere Seite. Insofern hat der Schutzplan etwas Zwei- bzw. Dreidimensionales. Im Zuge der Hilfe und Intervention sozialer Dienste werden den Eltern Vorschläge gemacht und verbindliche Absprachen getroffen, wie sie – mit externer Unterstützung – die Gefährdung des Kindes abstellen und die Erziehung, den Umgang, die Versorgung und das Zusammenleben mit ihren Kindern gestalten können.

Diese Maßgaben werden von den Helfer*innen stetig entsprechend des Schutzplans auf Einhaltung und Fortentwicklung hin kontrolliert. Diese Kontrolle gewährleistet den größtmöglichen Schutz des Kindes oder Jugendlichen und signalisiert den Eltern zugleich, dass die Helfer*innen an positiven Entwicklungen auch tatsächlich interessiert sind und dass ein Unterschreiten der definierten basalen Versorgungsleistungen im Interesse des Kindes oder des Jugendlichen nicht hingenommen werden kann.

Im Rahmen des Schutzplans wird definiert, welche Handlungen von wem zu erwarten sind. Erst dann kann – quasi als Abschluss einer solchen Vereinbarung – festgelegt werden, welche Kontrollmodalitäten (Kontrollplan) Bestandteil des Schutzkonzeptes sein sollen. Ein Kontrollplan ohne das Bestehen eines definierten und transparent gestalteten Schutzplans wäre ohne fachliche Legitimation, da es ohne nachvollziehbare fachlich begründete Grundlage keine Maßstäbe gäbe, mit denen man das Ergebnis der Kontrolle bewerten könnte. Eine solche Kontrolle wäre gleichbedeutend mit Willkür (LWL-Landesjugendamt Westfalen, Ideen und Konzepte, Heft 51).

Vor diesem Hintergrund sollten für die Umsetzung von Schutzplänen als Qualitätsmerkmale gelten, (Ergebnis der Projektgruppe bestehend aus Prof. Dr. Reinhard Schone, FH Münster, Mike Lenkenhoff, FH Münster, Christinas Adams und Heidi Knapp, LWL Landesjugendamt), dass

1. die Gefährdungsrisiken, auf die sich die Schutzaufgaben beziehen, konkret benannt werden;
2. eine gemeinsame Risiko- und Gefährdungseinschätzung von Jugendamt und Eltern (und weiteren Beteiligten, z.B. freie Träger, Suchthilfe) (im Sinne der §§ 8a SGB VIII und 1666 BGB) vorgenommen und eine Kongruenz der Problemsichten angestrebt wird;
3. die im Schutzplan verankerten Hilfen sich an dem Ziel der Gefährdungsvermeidung bzw. Gefährdungsabwehr orientieren und sich damit die Kontrollaufträge auf genau definierte, abgrenzbare Bereiche beschränken;
4. Konsequenzen aus der Nicht-Einhaltung von vereinbarten Hilfen allen beteiligten Akteuren klar sind;
5. die Verankerung von Schutzplänen explizit begründet und in besonderer Weise kollegialer Beratung (oder vergleichbar strukturierter Beratungsprozesse) und Kontrolle unterzogen wird;
6. der Schutzplan eine gesonderte (explizite) Stellung im Hilfeplan, neben dem Hilfeplan (oder unabhängig von einem Hilfeplan), einnimmt und sich die Hilfe-Maßnahmen ggf. in das realisierte Hilfesetting eingliedern;
7. den / dem Eltern/teil die unterschiedliche Bedeutung und Dynamik von Hilfemaßnahmen und Kontrollaktivitäten im Prozess der Leistungserbringung verdeutlicht wird (Aufklärung, Transparenz);

8. die / der Eltern/teil ein Mindestmaß an Bereitschaft zur Mitarbeit zeigt/en und sowohl die Hilfelemente als auch die Kontrollelemente des Schutzplanes so weit wie möglich gemeinsam mit den / dem Eltern/teil geplant werden;
9. die Durchführung des Schutzplans zeitlich terminiert wird und ggf. Vereinbarungen über Reduzierungen der Kontrolle im Verlauf der Hilfe getroffen werden;
10. die beteiligten freien Träger und andere Beteiligte ein klares und transparentes Mandat hinsichtlich ihrer Schutz- und Kontrolltätigkeit erhalten und sich selbst in dieser Hinsicht permanenter Kontrolle unterziehen lassen (Berichtspflichten, kollegiale Beratung/Kontrolle);
11. auch die beteiligten Fachkräfte sich an der Erfüllung spezifischer Schutzaufgaben für die Kinder verbindlich beteiligen (eigene Pflichten übernehmen);
12. alle Aktivitäten im Rahmen des Schutzplans strengen Begründungs- und Dokumentationspflichten unterliegen (Welche Gefährdungslage? Welche Vereinbarungen? Welche Kontrollmodalitäten? Welche Konsequenzen? Welche Dauer? etc.).

Tipp

Zur weiteren Vertiefung mit dem Thema verweisen wir auf folgende Veröffentlichung:

LWL Landesjugendamt Westfalen (Hrsg.): **Schutzkonzepte in der Hilfeplanung**, Forschungsbericht, 2013 ⁶.

5.2. Verteilung von Aufgaben und Aufträgen

Die Zusammenarbeit der Kooperationspartner beruht grundsätzlich auf den Prinzipien der vertrauensvollen Zusammenarbeit, der Freiwilligkeit und der Partizipation. Jeweils spezifische Aufträge, Ziele und gesetzliche Rahmenbedingungen müssen berücksichtigt und gegenseitig akzeptiert sein. Selbstverständlich nimmt jeder Kooperationspartner seine Handlungen in eigener Verantwortung wahr.

Im Rahmen der Zusammenarbeit sollten Aufgaben und Aufträge konkret mit einer Zuständigkeit versehen sein, um sicherzustellen, dass der Verfahrensablauf nicht verzögert wird und auch um Fachkräften Handlungssicherheit zu geben. Der Verfahrensablauf setzt eine fallunabhängige Vereinbarung voraus („so arbeiten wir zusammen ...“).

⁶ Wie in Kapitel 2 dargestellt werden die individuellen Schutzkonzepte in dieser Arbeitsgruppen-Dokumentation als Schutzplan bezeichnet. Die hier empfohlene Veröffentlichung befasst sich ebenfalls mit individuellen (nicht institutionellen) Schutzkonzepten.

Es empfiehlt sich, den Verfahrensablauf in einem Prozesschart / Flussdiagramm grafisch festzuhalten. Das ermöglicht einen schnellen Überblick und vermeidet zeitliche Verzögerungen sowie Handlungsunsicherheiten der Fachkräfte.

Beispiele für Prozesscharts / Flussdiagramme finden sich im Kinderschutzordner der Stadt Dresden oder auch in der Kooperationsvereinbarung der Krisenhilfe e.V. Bochum mit dem Jugendamt Bochum. Ein weiteres Beispiel findet sich in den Arbeitshilfen für Fachkräfte des ASD der Stadt Karlsruhe (s. Linkliste).

Nachfolgend wird ein exemplarischer Verfahrensablauf beschrieben:

- Innerhalb der Suchtberatung wird in einer Familie eine Kindeswohlgefährdung vermutet. Die **Ersteinschätzung** erfolgt durch die Fachkraft der Suchtberatung. Neben der Reflektion im eigenen Team der Suchtberatung kann eine **insoweit erfahrene (Kinderschutz-)Fachkraft** für die anonymisierte Beratung in Anspruch genommen werden (§8b SGB VIII). Bei dem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung erfolgt durch die Suchtberatung unmittelbar eine Information an die Eltern mit der Aufforderung innerhalb eines festgeschriebenen Zeitraums (zum Beispiel 2 Tage) Kontakt zum Jugendamt aufzunehmen. Auch kann die Suchtberatung das Angebot machen, den Termin beim Jugendamt gemeinsam mit den Eltern wahrzunehmen.
- Nach Kontaktaufnahme der Eltern zum Jugendamt nimmt die fallzuständige Fachkraft wiederum Kontakt zur Suchtberatungsstelle auf, um gemeinsame weitere Schritte und Kooperationen zu besprechen.
- **Meldung beim Jugendamt** Die Suchtberatung bekommt keine Nachricht vom Jugendamt und kann davon ausgehen, dass sich die Eltern nicht beim Jugendamt gemeldet haben. Sie nimmt selber den Kontakt zum Jugendamt auf.
- Das Zusammenwirken unterschiedlichster Berufsgruppen und Institutionen (hier Jugendamt und Suchtberatung) ist vom Gesetzgeber gewollt und dient dazu, ein möglichst genaues Bild von potentiellen Gefährdungssituationen zu erlangen. Das Jugendamt koordiniert kurzfristig eine **Fallbesprechung** mit allen beteiligten Kooperationspartnern und holt alle erforderlichen Anhaltspunkte ein.
- Bei einem **unbegründeten Verdacht beendet das Jugendamt die Meldung** und dokumentiert dies entsprechend. Die betreuende Einrichtung (Suchtberatung) wird kurzfristig informiert und dokumentiert das Ergebnis ebenfalls.
- Wird nach der Risikoeinschätzung eine Kindeswohlgefährdung verneint, prüft das Jugendamt automatisch ob **andere Hilfebedarfe** im Rahmen der §§ 27 ff SGB VIII vorliegen. Die betreuende Einrichtung (Suchtberatung) wird darüber informiert.

- Bei einem **Dissens** bzgl. der Einschätzung der Kindeswohlgefährdung zwischen Jugendamt und betreuender Einrichtung (Suchtberatung) ist die jeweils nächsthöhere Ebene einzuschalten.
- Sollte der Dissens fortbestehen obliegt dem Jugendamt die **Entscheidung im Einzelfall** (Fallverantwortung). Sind die Anhaltspunkte gewichtig, beruft das Jugendamt eine erneute Fallbesprechung ein und konkretisiert weitere Maßnahmen. Bei einer akuten Gefährdung ist der Schutz unmittelbar durch das Jugendamt sicherzustellen.

5.3. Dokumentation

Fallbezogene Dokumentation von Prozessen in der sozialen Arbeit ist generell notwendig. Klarheit, Eindeutigkeit und Verbindlichkeit sind von großer Wichtigkeit für alle Beteiligten. Auch, und vielleicht insbesondere, beim Kindeswohl können Fehleinschätzungen gravierende Folgen haben und sind mit hohen Risiken für die betroffenen Kinder und Jugendlichen verbunden. Für die an der Kooperation bzw. am Schutzauftrag Beteiligten kann eine mangelhafte Dokumentation (als verbindlicher Standard) u.U. auch zivil- und strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.

Die Dokumentation sollte daher:

- Personen, Zeiten, Orte und Umstände möglichst genau festhalten,
- Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen,
- getroffene Entscheidungen (auch für Dritte) nachvollziehbar begründen,
- zugrundeliegende Annahmen (Hypothesen) als handlungsleitende Ausgangspunkte deutlich machen,
- zwischen Wahrnehmung, Beobachtung, objektiven Fakten, Interpretationen und handlungsauslösenden Bewertungen klar trennen.
- (vgl. Notfallordner Kinderschutz Landkreis Vogtland, Jugendamt Plauen).

Dokumentation erfüllt aber nicht nur den Zweck „für Dritte“ gerichtsfest zu dokumentieren, sondern

- gibt den Fachkräften Selbstsicherheit im Hinblick auf das eigene Handeln,
- bietet die Chance dieses auch selbst zu hinterfragen
- schafft Transparenz gegenüber allen Beteiligten und
- vereinfacht die (zwischenzeitliche) Anfertigung von Berichten und Stellungnahmen.

Für eine einheitliche Dokumentation verwenden die meisten Jugendämter und auch viele freie Träger Einschätzungsbögen, Checklisten bzw. Manuale (Beispiele in der Linkliste). Diese Instrumente dienen u.a. dazu Fakten und Informationen zu objektivieren und schriftlich festzuhalten, zu vervollständigen und auch in einem Gesamtkontext zu interpretieren.

Auf Grundlage der Dokumentation können Stellungnahmen bspw. an Gerichte weitergegeben oder Beobachtungen als Gesprächsgrundlage z. B. im Kontakt mit den Eltern genutzt werden.

Wahrnehmungen werden also konkretisiert, müssen aber hierzu wie oben beschrieben verbindlich dokumentiert werden.

Bei einer gelungenen Kooperation wissen die beteiligten Institutionen um die Instrumente der anderen Einrichtung, teilweise wird auch vereinbart, dieselben Instrumente zu verwenden. Dies hat den Vorteil, eine gemeinsame einheitliche Grundlage für gemeinsame Risikoschätzungen zu haben, besonders wenn es um unterschiedliche Bewertungen von Lebenssituationen geht. Eine gemeinsame standardisierte Dokumentation ist bestenfalls Bestandteil der Kooperationsvereinbarung und trägt maßgeblich zur Transparenz bei. Allerdings gibt es in den Hilfesystemen teilweise unterschiedliche (ausführliche) Anforderungen an die Dokumentation. Im Rahmen der Möglichkeiten sollten diese „harmonisiert“ werden.

Anmerkung:

Derartige Dokumentationen sind besonders dann notwendig, wenn der Träger der Suchthilfe zu dem fachlichen Ergebnis kommt, dass eine Kindeswohlgefährdung im Sinne von § 8a SGBVIII vorliegt und Schritte, wie zum Beispiel die Anrufung des Familiengerichts notwendig sind - das Jugendamt aber zu einer anderen Einschätzung kommt („Bleiben Sie in der Familie, ein Eingriff in das elterliche Sorgerecht ist nicht begründet...“).

Dann sollte dem Jugendamt schriftlich mitgeteilt werden, dass man die Einschätzung nicht teilt und zu einer anderen Risikoeinschätzung gekommen ist. Wie in Kapitel 5.2 dargestellt macht es Sinn für diese Situation ein konkretes Verfahren zu beschreiben (z.B. Einbeziehung der jeweils nächsthöheren Ebene für eine Entscheidung). Ohne eine weitere Einigung liegt die Entscheidung über das Vorgehen im Einzelfall dann beim Jugendamt.

Grundsätzlich kann aber jede Institution und auch jede Einzelperson ein familiengerichtliches Verfahren bei einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls anregen (§§ 151 ff. FamFG).

Das Gericht entscheidet dann, ob es dem nachgeht (§ 24 FamFG) - es wird gem. §§ 159 ff. FamFG das Kind, die Eltern und das Jugendamt anhören, wenn es ein Verfahren einleitet.

Bei einer Anregung sollten die Gründe und auch auf die fachlich abweichende Haltung zu der des Jugendamtes immer dargestellt werden.

5.4. Mit Eltern sprechen

Gespräche mit riskant konsumierenden Eltern sind von unterschiedlichen Themenschwerpunkten und Zielen geprägt. Während die Fachkräfte der Jugendhilfe den Schutz und den Umgang mit dem Kind fokussieren, richtet sich der Blick der Fachkräfte der Suchthilfe auf die Reflexion und Veränderung des Konsumverhaltens. Dennoch sind die Gesprächsschwerpunkte selbstverständlich eng miteinander verknüpft. Fachkräfte denken jeweils den anderen Schwerpunkt mit und ziehen mit ihren Adressat*innen Verbindungen. Bei Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung finden idealerweise auch gemeinsame (Hilfeplan-)Gespräche statt. Altersentsprechend sind auch Kinder und Jugendliche in Gespräche einzubeziehen.

Das nachfolgende Schaubild veranschaulicht die unterschiedlichen Ziele und Inhalte der Gespräche mit Eltern:



Abb. 5: Darstellung der unterschiedlichen Ziele und Inhalte der Gespräche mit Eltern

Bei Gesprächen über Veränderungsprozesse ist das Beratungskonzept ‚Motivational Interviewing‘ (MI) zu empfehlen (Miller, Rollnick, 2015). In vielen systematischen Übersichtsarbeiten hat sich die Wirksamkeit dieses Konzeptes

gezeigt. Ein zentraler Ansatz im MI ist das Herausarbeiten und der Umgang mit Ambivalenz: Was spricht für eine Verhaltensänderung? Was aber auch dagegen? Die Anerkennung und bewusste Auseinandersetzung mit Ambivalenz fördert die Motivation auf dem Weg zu positiver Veränderung.

Therapeutische Ziele und Prinzipien im MI:

- > Ziele und Wertvorstellungen erkunden
- > Hoffnung und Selbstvertrauen wecken
- > Diskrepanzen herausarbeiten (Unterschiede zwischen der derzeitigen Situation und dem persönlichen Ziel)
- > Veränderungsplan entwickeln
- > Veränderungsprozesse unterstützen

Konkrete Vorschläge für ein Eltern-Gespräch sind im Anhang.

5.5. Bewusster Einbezug von Vätern

Der Zusammenhang zwischen einem problematischen Substanzkonsum und einer Vaterschaft wurde 2016 von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW und dem Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg erörtert.

Die Arbeitsgruppe hat sich mit diesem Abschlussbericht auseinandergesetzt und einige zentrale Aspekte im Folgenden aufgegriffen:

Geht es um die Elternschaft bei Konsumierenden von Alkohol und anderen Drogen bzw. um Kinder oder Jugendlichen aus suchtblasteten Familien, richtete sich der Fokus lange Zeit fast ausschließlich auf Frauen bzw. Mütter. Es scheint weiterhin so zu sein, dass sich das Bewusstsein für die Vaterschaft von Klienten im Drogenhilfesystem noch nicht etabliert hat – und Mütter nach wie vor deutlich sichtbarer als Väter sind. Das Jugendamt misstraut deutlich stärker alleinerziehenden Vätern mit einer Drogenproblematik. Auch was eine Kindeswohlgefährdung betrifft, werden Väter intensiver kontrolliert. Ihnen werden weniger Kompetenzen als Väter zugetraut, als dies bei drogenabhängigen Müttern der Fall ist. In der Konsequenz werden, wenn es um die Verantwortung für die Kinder bzw. Jugendlichen geht, eher Mütter als Väter in Hilfeprozesse einbezogen.

Väter müssen von Beginn an als eigenständige Akteure pro-aktiv in den Hilfeprozess einbezogen werden, um das Risiko einer Gefährdung des Kindeswohls durch frühzeitige Unterstützung zu verringern. Sie sollten

in die Beurteilung des familiären Risikos mit einbezogen werden. Väterliches Engagement, Erziehungsbeteiligung und ein zugewandtes Familienleben sollten dabei gefördert werden. Erwartungen an Väter sollten verständlich, nachdrücklich, eindeutig und klar formuliert werden und zugleich müssen auch Maßnahmen bei Nicht-Erfüllung transparent dargestellt werden.

In der Suchthilfepraxis kann es hilfreich sein, folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Männer werden in ihrer Vaterrolle angesprochen
- Zusammenhänge zwischen der Vaterrolle und dem Substanzkonsum werden bearbeitet (z.B. eigener Anspruch, Überforderung)
- Angebote für Väter werden konzipiert, umgesetzt und implementiert
- subjektive Vaterschaftskonzepte sollen thematisiert und reflektiert werden
- Väter erhalten Hilfestellung bei der Umsetzung hinsichtlich ihrer Rolle in der Familie.

Es soll bedacht werden, dass eine Vaterschaft für einige drogenkonsumierende Männer durchaus eine Motivation zur Konsumreduktion bis hin zur Drogenfreiheit sein kann. Folgende Aspekte sollten daher in den Blick genommen werden:

- Stabilisierung des Substanzkonsums (Substitution ohne Beikonsum), Konsumreduktion
- Stabilisierung der psychischen, psychosozialen und ökonomischen Situation der Väter
- Unterstützung beim Ausstieg aus der Drogenbindung, Förderung von Abstinenz

5.6. Finanzierung von Angeboten für abhängige Eltern/teile und deren Kinder

Kinder psychisch erkrankter (darunter abhängiger) Eltern tragen im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein deutlich erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Damit gehören diese Kinder und Jugendlichen zur klassischen Zielgruppe der selektiven Prävention, d.h. gezielte Prävention für spezifische Risikogruppen. Idealerweise setzen die Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen an:

- Strukturelle Maßnahmen wie z. B. Diskussion von Haltungen, Kooperationsabsprachen zwischen Trägern verschiedener Hilfesysteme, Fachtagungen, Öffentlichkeitsarbeit
- Verhaltensbezogene Maßnahmen
- a) für betroffene Eltern, z. B. Einzel- oder Gruppenangebote zur Förderung der Bindung

- b) für deren Kinder in unterschiedlichen Altersstufen z. B. Patenprojekte oder Gruppenangebote, bspw. Trampolin

Sowohl die Sucht- als auch die Jugendhilfe können Maßnahmen und Angebote zugunsten dieser Zielgruppen umsetzen. Im Sinne der gegenseitigen Kompetenzerweiterung sind auch Tandem-Angebote sinnvoll.

Die derzeit umgesetzten Angebote sind im Vergleich zum Bedarf äußerst gering. Das liegt sicherlich auch am fehlenden Rechtsanspruch und damit der freiwilligen Finanzierung durch mögliche Leistungsträger wie z.B. die Gesetzlichen Krankenkassen (SGB V) oder das Jugendamt (SBG VIII). Seit vielen Jahren sehen Wissenschaft und Praxis die Notwendigkeit, Familien mit Suchtproblematiken spezifisch zu unterstützen und ihre Resilienz zu fördern. Bislang ist es der Politik noch nicht gelungen, eine Rechtsgrundlage und Finanzierungsmöglichkeiten bereit zu stellen. Auf Initiative des Bundesverbandes für Erziehungshilfe (AFET) und weiterer Akteure hat der Deutsche Bundestag eine Expertengruppe eingesetzt, die inhaltliche und finanzielle Voraussetzungen zur Überwindung der Schnittstellenproblematik geprüft hat (AG KPKE, 2017 - 2019).

Bis es auf Grundlage dieser Ergebnisse (hoffentlich) eine solide Finanzierungsmöglichkeit gibt, bleiben Träger darauf angewiesen, individuelle Lösungen i. d. R. über „Klinkenputzen“ und damit Einzelanträge zur Projektfinanzierung zu finden.

Zur Finanzierung von **verhaltensbezogenen Maßnahmen** sind i. d. R. Gesetzliche Krankenkassen oder Jugendämter erste Ansprechstellen.

Gesetzliche Krankenkassen sind nach dem Präventionsgesetz verpflichtet, präventive Maßnahmen umzusetzen. Träger können unter Bezug auf § 20 SGB V mit Gesetzlichen Krankenkassen in Kontakt treten und einen Antrag auf Finanzierung von Angeboten für betroffene Kinder / Jugendliche und / oder für Fortbildungen spezifischer Multiplikator*innen-Gruppen stellen. Der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen hat im „Leitfaden Prävention“, Kapitel 4 explizit auf diese Möglichkeit hingewiesen:

Krankenkassen fördern daher spezielle präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Zielgruppe Kinder suchtkranker bzw. psychisch erkrankter Eltern, die darauf zielen, die Resilienz der Kinder zu stärken, z. B. im Rahmen von Spielgruppen, Gesprächsangeboten, Einzelberatungen sowie erlebnispädagogischen Angeboten. Bei allen Aktivitäten sollte die Bildung verlässlicher und tragfähiger Beziehungen im Vordergrund stehen. Es sollte darauf hingewirkt werden, dass die von Sucht- oder anderen psychischen Problemen betroffenen Eltern selbst therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen. Im Verweigerungsfall ist dies jedoch kein Hinderungsgrund für die Durchführung der an die Kinder gerichteten gesundheitsförderlichen und

präventiven Maßnahmen. Krankenkassen können ferner die Qualifizierung der pädagogischen Fachkräfte in Kitas und Schulen zur Resilienzstärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien durch die Förderung entsprechender Fortbildungen unterstützen“ (GKV Spitzenverband 2017, S. 41).

Der Link zu den einzelnen Kapiteln des Leitfadens Prävention sowie nähere Informationen zum Antragsverfahren findet sich in der Linkliste.

Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Fachgruppe „Prävention und Gesundheitsförderung / Prüfstelle“ in Bochum bietet Institutionen aus NRW Unterstützung bei der Erarbeitung solch eines Antrags an. Die Internetseite „Prävention NRW. Gesundheit und Lebensqualität“ stellt vielfältige Informationen zur Verfügung, wie Beispiele für einen Umsetzungs- und Finanzierungsplan (s. Linkliste).

Bei der Entscheidung für spezifische verhaltensbezogene Maßnahmen empfiehlt es sich, auf evaluierte Projekte zurückzugreifen (grüne Liste, s. Linkliste) oder bei der Entwicklung eigener Ansätze die Prinzipien der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (2013) zu berücksichtigen.

Das Förderprogramm „GKV-Bündnis für Gesundheit“ bietet Kommunen bis zu 110.000 Euro Unterstützung für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen. Zielgruppen dieser Maßnahme sind explizit auch Kinder und Jugendliche aus psychisch-, darunter suchtbelasteten Familien. Eine finanzielle Förderung kann bis zu vier Jahre erfolgen, allerdings muss die Kommune eine Eigenleistung von bis zu 30 % selbst einbringen (s. Linkliste).

Die Rechtsexpertise „Ist Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern“ (Meysen, et al., 2019) zeigt die aktuellen Finanzierungsmöglichkeiten über die unterschiedlichen Hilfesysteme bzw. Sozialgesetzbücher auf.

6 Fallbeispiele

Nachfolgend werden fünf Fallbeispiele beschrieben, die ausdrücklich keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die komplexen Fälle im Kinderschutz sind kaum in einigen Sätzen darzustellen, da zu Beginn immer eine umfangreiche Informations-Einholung der Lebenssituation steht. Die Darstellung der umfassenden Familienbeziehungen, der Einbezug von Schule, Kita, Verwandten und Nachbarn gehört ebenso dazu wie das Einschätzen ob bzw. in welchem Ausmaß eine Suchterkrankung vorliegt (bestenfalls in Kooperation mit den Fachkräften der Suchthilfe). Dennoch sind die -teils stark gekürzten- Fallbeispiele der Arbeitsgruppe sehr wichtig; sie dienen häufig als Diskussionsgrundlage für die unterschiedlichen Themen dieser Dokumentation.

Mit den Fallbeispielen soll auf verschiedene besondere Aspekte hingewiesen werden, die zu Beginn des Fallbeispiels benannt werden. Zur Risikoeinschätzung wird außerdem auf Kapitel 4.3 verwiesen.

Fallbeispiel 1:

Mit dem folgenden Fallbeispiel soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass in einer Situation der Kindeswohlgefährdung auch nahestehende Verwandte (hier der leibliche Vater) eingezogen werden können. Die Gefährdungseinschätzung sollte immer für jedes Kind einzeln vorgenommen werden.

Frau A (36 Jahre alt) lebt zusammen mit ihrem Lebensgefährten (29 Jahre alt) und den zwei Kindern aus ihrer geschiedenen Ehe (7 Jahre und 11 Jahre). Frau A hat keine Berufsausbildung und geht auch keiner Arbeit nach. Auch ihr Freund, gelernter Maurer, ist arbeitslos. Die Familie lebt von ALG II. Frau A verbringt den größten Teil des Tages vor ihrem Laptop und / oder Handy und kauft über die finanziellen Verhältnisse hinaus Kleidung ein. Ihr Freund schläft tagsüber, weil er sich abends mit seinen Freunden trifft, um feiern zu gehen. Er und seine Freunde konsumieren täglich Amphetamine. Seit einiger Zeit konsumiert Frau A. ebenfalls mit. Der Konsum von beiden nimmt zu. Durch den Konsum kommt es immer wieder dazu, dass beide Kinder vor Schulbeginn unversorgt sind, da die Eltern bis in den späten Nachmittag schlafen. Sie stehen dann morgens alleine auf und machen sich Frühstück bevor sie zur Schule gehen. Nahrungsmittel sind nicht immer in ausreichendem Maß zur Verfügung, so dass die Kinder ohne Essen aus dem Haus gehen müssen. Kind 1 besucht die örtliche Sekundarschule, Kind 2 geht zur Grundschule. Kind 1 bringt Kind 2 morgens zur Grundschule und fährt dann mit dem Fahrrad zur Sekundarschule. Nach der Schule (Ganztagsschulen) holt Kind 1 Kind 2 wieder ab und begleitet es zurück nach Hause.

Dort verbringen die Kinder die meiste Zeit in ihren Zimmern und spielen an ihrer Konsole oder ihrem Handy. Ihre Mutter ist meistens zu Hause, kümmert sich aber kaum um die Kinder. Gegen Abend nimmt Frau A. den Kindern die elektronischen Geräte weg, um dafür zu sorgen, dass sie ausreichend schlafen. Hierbei kommt es immer wieder zu verbalen Auseinandersetzungen und Handgreiflichkeiten. Der Lebensgefährte von Frau A. fühlt sich nicht verantwortlich für die Kinder. Manchmal bestellt Frau A. ihren Kindern ein Abendessen, manchmal machen sie sich selber ein Brot, manchmal essen sie auch einfach eine Tüte Chips oder gar nichts. Es kommt auch vor, dass Frau A. mit ihrem Lebensgefährten ein paar Tage verreist und die Kinder alleine lässt.

Der geschiedene Mann von Frau A. versucht seine Kinder häufiger als jedes zweite Wochenende zu sich zu nehmen, dies wird ihm aber von Frau A. oft verweigert. Frau A. ist mit der monatlichen Unterhaltszahlung ihres Ex-Mannes nicht zufrieden und versucht zusätzliches Geld von ihrem Ex-Mann zu bekommen, indem sie ihm die Kinder vorenthält. Für die Kinder ist dies schwierig auszuhalten, da sie gerne bei ihrem Vater sind.

Frau A. und ihr Lebensgefährte sind hoch verschuldet. Jeden Tag liegen Mahnungen und Rechnungen im Briefkasten, die aber gar nicht mehr geöffnet werden.

Kind 2 wirkt auf seine Lehrerin sehr auffällig, hat gelegentlich blaue Flecken und zeigt delinquentes Verhalten, stiehlt z. B. die Schulbrote von Klassenkameraden und reagiert oft sehr aggressiv auf Ansprachen durch Kinder und Lehrer. Nachdem die Lehrerin von Kind 2 mehrfach vergeblich versucht hat mit Frau A. zu sprechen kontaktiert sie die schulinterne Sozialarbeiterin. Diese hat zuvor als Kinderschutzfachkraft im Jugendamt gearbeitet und macht eine Meldung an das Jugendamt, nachdem Gespräche mit der Mutter vergeblich gesucht wurden. Der Vater hat die Bitte um Unterstützung an die Schule zurückgemeldet.

An der Aufstellung der Schutzpläne für die Kinder 1 und 2 waren folgende Personen beteiligt:

- zuständiger Mitarbeiter des Jugendamtes
- zuständiger Mitarbeiter des Fachdienstes (freier Träger der Jugendhilfe)
- Schulsozialarbeiterin
- Mitarbeiter der Suchtberatung (Schuldnerberatung inkludiert)
- Frau A.
- Lebensgefährte von Frau A.
- Ex-Mann von Frau A.

Stadt XY

Datum: _____

Fachbereich Jugend und Familie

AZ: _____

-Kommunaler Sozialdienst-

Zuständige Fachkraft:

Schutzplan, § 8a SGB VIII

Für:

Name, Vorname: **Kind 1** _____

Geburtsdatum: _____

Sorgeberechtigte: Frau A und ihr Ex-Mann _____

Beginn des Schutzplans: _____

Überprüfung des Schutzplans: monatlich _____

Beendigung des Schutzplans: in vier Monaten _____

Fachdienst / _____

Fachkraft: _____

Hinzuziehung zusätzlicher Hilfen:

x Angehörige

Nachbarn / Freunde

Kita / Kiga

x Schule

Kinderklinik

Hausarzt

Gefährdungseinschätzung:

Was ist gefährdet?	Fakten:	Genauere Beschreibung
Körperliche Gesundheit	Regelmäßige Verpflegung mit Nahrungsmitteln ist nicht gewährleistet.	Es wird von der Mutter nicht sichergestellt, dass immer ausreichend Lebensmittel zur Verfügung stehen. Kind 1 ist i. d. R. bei der Zubereitung auf sich allein gestellt. Die Mutter entzieht sich den unterbreiteten Gesprächsangeboten.
Seelische Gesundheit	Kind 1 erfährt keine emotionale Zuwendung der Mutter Kind 1 ist hinsichtlich der Versorgung auf sich allein gestellt und ggf. überfordert	Die Kinder und die Mutter leben quasi nebeneinander her. Die Mutter interessiert sich in den gemeinsamen Zeiten Zuhause nicht und kümmert sich nicht. Die dauerhafte Nutzung elektronischer Geräte der Kinder in der Freizeit stellt alle Beteiligten „ruhig“. Jeden Abend eskaliert die Situation bei der Wegnahme der Geräte. Die Mutter verreist mit dem Lebensgefährten kurzzeitig immer wieder und lässt die Kinder alleine zurück.

Stadt XY

Datum: _____

Fachbereich Jugend und Familie

AZ: _____

-Kommunaler Sozialdienst-

Zuständige Fachkraft:

Schutzplan, § 8a SGB VIII

Für:

Name, Vorname: **Kind 2** _____

Geburtsdatum: _____

Sorgeberechtigte: Frau A und ihr Ex-Mann _____

Beginn des Schutzplans: _____

Überprüfung des Schutzplans: monatlich _____

Beendigung des Schutzplans: in vier Monaten _____

Fachdienst / _____

Fachkraft: _____

Hinzuziehung zusätzlicher Hilfen:

x Angehörige

Nachbarn / Freunde

Kita / Kiga

x Schule

Kinderklinik

Hausarzt

Gefährdungseinschätzung:

Was ist gefährdet?	Fakten:	Genauere Beschreibung
Körperliche Gesundheit von Kind 2	Regelmäßige Verpflegung mit Nahrungsmitteln ist nicht gewährleistet. Lehrerin registriert blaue Flecken bei Kind 2	Es wird von der Mutter nicht sichergestellt, dass immer ausreichend Lebensmittel zur Verfügung stehen. Auch Kind 2 ist i. d. R. bei der Zubereitung auf sich allein gestellt. Es kommt auch vor, dass Kind 2 in der Schule Lebensmittel stiehlt. Die Lehrerin registriert blaue Flecken bei Kind 2 ohne das Zustandekommen aber genau einschätzen zu können. Die Mutter entzieht sich den unterbreiteten Gesprächsangeboten.
Seelische Gesundheit von Kind 2	Kind 2 erfährt keine emotionale Zuwendung der Mutter Kind 2 ist hinsichtlich der Versorgung auf sich allein gestellt und ggf. überfordert	Die Kinder und die Mutter leben quasi nebeneinander her. Die Mutter interessiert sich in den gemeinsamen Zeiten Zuhause nicht und kümmert sich nicht. Die dauerhafte Nutzung elektronischer Geräte der Kinder in der Freizeit stellt alle Beteiligten „ruhig“. Jeden Abend

Was ist gefährdet?	Fakten:	Genauere Beschreibung
	Kind 2 zeigt auffälliges aggressives Verhalten in der Schule.	eskaliert die Situation bei der Wegnahme der Geräte. Die Mutter verweist mit dem Lebensgefährten kurzzeitig immer wieder und lässt die Kinder alleine zurück.

Vereinbarungen zur Wiederherstellung des Kindeswohls

Ziel	Was	Wer	Wie wird das erreicht	Unterstützung durch Fachdienst	Kontrolle durch	Wann / Was	Konsequenzen bei Nichteinhaltung	Bemerkungen
angemessene Ernährung sicherstellen	Ernährungsplan erstellen und einhalten	Mutter	Einkaufsliste, Ernährungsplan, Unterstützung bei der Vorbereitung der Schulpflegung, Budgetplanung	Begleitung	Schulsozialarbeit	Täglich im Kontext Schule erfragen.	Es ist zu prüfen inwieweit der Umfang der Sorgeberechtigung durch den Vater ausgeweitet werden kann. // Inobhutnahme	
Aufsichtspflicht wird wahrgenommen	Kinder werden nicht alleine gelassen z. B. bei Reisen	Mutter, Vater	Bei Abwesenheit der Mutter ist die Betreuung anderweitig sicherzustellen. Vorrangig durch den Vater.	Begleitung bei Absprachen durch den Fachdienst	Fachdienst	wöchentlich	Es ist zu prüfen inwieweit der Umfang der Sorgeberechtigung durch den Vater ausgeweitet werden kann. // Inobhutnahme	
Erziehungskompetenz der Mutter stärken	Teilnahme am Mutterunterstützungstraining (MUT), oder vergleichbar	Mutter	Kursanmeldung über die Drogenberatung, regelmäßige Teilnahme.	Erläuterung zum Programm ggf. Unterstützung bei der Anmeldung	Fachdienst	11 Termine a 2 Stunden - wöchentlich	Erneute Anmeldung, ggf. Begleitung durch den Fachdienst	
Verschuldungssituation klären	weiterführende Hilfen unterbreitet	Mutter, Lebensgefährte	Schuldnerberatung	Begleitung zum Erstgespräch	Fachdienst	wöchentlich	Ggf. Einrichtung einer rechtlichen Betreuung	
Punktlichkeit (Versorgung der Kinder) der Mutter	Hilfen inkl. Konsumreduktions-, Selbstkontroll-, u. Ausstiegsangebot werden gemacht.	Mutter, Lebensgefährte	Drogenberatung	Vermittlung in die Hilfeangebote	Fachdienst	wöchentlich	Punktlichkeit ohne Angebote einzuhalten => begleitende Motivationsarbeit	

Generell verpflichten sich alle Beteiligten, bei Eintreten von Änderungen unverzüglich die Fachkraft zu informieren

(Ort, Datum)

(Unterschrift Sorgeberechtigte)

(Unterschrift JA)

(Unterschriften Leistungserbringer)

Fallbeispiel 2:

Dieses Fallbeispiel soll zum einen darstellen, dass es in einem Schutzplan explizit um die Wiederherstellung des Kindeswohles für das betroffene Kind geht und ein Schutzplan strikt abzugrenzen ist von einem Hilfeplan. Maßnahmen des Schutzplanes dienen ausschließlich dem Schutz des Kindes. Konsequenzen bei Nichteinhaltung der vereinbarten Maßnahme sind wichtiger Bestandteil des Schutzplanes. Auch hierbei ist immer der Schutz des betroffenen Kindes im Fokus zu behalten.

Was darüber hinaus im Schutzplan vereinbart werden sollte und eine Auswahl unterschiedlicher Maßnahmen zur Wiederherstellung des Kindeswohls wird am Beispiel von Familie B erläutert:

Frau B. (geb. 1984) ist Mutter von vier Kindern (drei Väter). Sie lebt mit ihren Kindern und ihrem Lebensgefährten in einem Haushalt. Kind 1 (15 Jahre), Kind 2 (14 Jahre), Kind 3 (9 Jahre) und Kind 4 (8 Jahre) sind alle verhaltensauffällig. Kind 3 und Kind 4 besuchen eine Förderschule.

Kind 1 leidet an Diabetes Typ I und muss regelmäßig den Blutzuckerwert messen sowie entsprechend Insulin spritzen. Sie wurde bereits zwei Mal (lebensbedroht) ins Krankenhaus eingeliefert, weil die medizinische Versorgung zu Hause nicht gewährleistet ist. Frau B. hat sich bisher geweigert eine Diabetes-Schulung zu besuchen.

Der Haushalt wird eher grenzwertig geführt, in der Wohnung ist es schmutzig und unordentlich.

Bei Frau B. wird Alkoholkonsum vermutet, evtl. auch andere Drogenprobleme, sie scheint zumindest eine Impulskontrollstörung zu haben und verhalte sich psychisch auffällig.

Entgegen der Einschätzung von Frau B., die vermutet, dass ihre Kinder 3 und 4 in der Förderschule gemobbt werden, sehen die Lehrkräfte der Kinder keine Probleme in der Schule.

Frau B. besucht mit Kind 1 nur sehr unregelmäßig den Arzt und scheint bei allen Kindern erziehungsschwach zu sein.

Die Kindsväter haben nur sehr unregelmäßigen Kontakt zu ihren Kindern.

Es gibt zwei Großmütter, die sich um ihre Enkel (Kind 1 und Kind 4) kümmern.

Die Kontakte zu den Großmüttern werden von der Mutter gesteuert. Bei Konflikten trägt Frau B. diese auch durch Kontaktverbote zu den Großmüttern aus.

Das Jugendamt wurde seitens des Krankenhauses nach der ersten Einlieferung von Kind 1 über eine potentielle Kindeswohlgefährdung informiert. Ein Schutzplan, der pro Woche 12 Stunden Betreuung vorsieht, wurde eingerichtet.

Nach der zweiten Einlieferung ins Krankenhaus wurde festgestellt, dass die im Schutzplan definierten Maßnahmen nicht ausreichen bzw. nicht zielführend sind.

Empfänger des Schutzplanes ist Kind 1. Es ist deutlich zu formulieren worin die Gefährdung besteht und wie diese aufgehoben werden kann. Ziel des Schutzplanes ist also ausschließlich der Schutz von Kind 1.

Wichtig: Es handelt sich bei den in der Tabelle ersichtlichen Maßnahmen zu Punkt 1 nicht um Maßnahmen, die parallel durchgeführt werden sollen, sondern um alternative Beispiele (die ggf. auch aufeinander aufbauen können).

Maßnahmen, die für die im Fall benannte Familie sicherlich sinnvoll sind, wie bspw. die Abklärung der psychischen Gesundheit der Mutter oder eine Verbesserung der Haushaltsführung / Hygiene, gehören nicht in den Schutzplan. Sie können – wenn die Mutter zustimmt - im Rahmen eines Hilfeplans (Hilfe zur Erziehung) angeboten werden.

Die mögliche Abhängigkeitserkrankung von Frau B. ist im Schutzplan für Kind 1 nicht relevant. Ebenso ist der Einbezug der Geschwister im Schutzplan nicht angezeigt.

An der Aufstellung des Schutzplanes für Kind 1 waren folgende Personen beteiligt:

- zuständiger Mitarbeiter des Jugendamtes
- zuständiger Mitarbeiter des Fachdienstes (freier Träger der Jugendhilfe)
- Diabetes – Nanny
- Mitarbeiter eines Betreuungsvereins
- Frau B
- Kind 1
- Großmutter von Kind 1

Stadt XY

Datum: _____

Fachbereich Jugend und Familie

AZ: _____

-Kommunaler Sozialdienst-

Zuständige Fachkraft:

Schutzplan, § 8a SGB VIII

Für:

Name, Vorname: **Kind 1** _____

Geburtsdatum: _____

Sorgeberechtigte: Frau B. _____

Beginn des Schutzplans: _____

Überprüfung des Schutzplans: wöchentlich _____

Beendigung des Schutzplans: frühestens nach 6 Monaten _____

Fachdienst / _____

Fachkraft: _____

Hinzuziehung zusätzlicher Hilfen:

X Angehörige: Oma

Nachbarn / Freunde

Kita / Kiga

X Diabetes-Nanny

X Kinderklinik

X Hausarzt

Gefährdungseinschätzung:

Was ist gefährdet?	Fakten:	Genauere Beschreibung
Körperliche Gesundheit	Diabetes-Erkrankung Medizinische Versorgung ist nicht adäquat gewährleistet	- innerhalb der letzten 3 Monate 2malige Einlieferung ins Krankenhaus (lebensbedroht) - keine regelmäßige Blutzucker-Überprüfung - Insulingabe nicht regelmäßig und nicht adäquat - keine angemessene Ernährung

Vereinbarungen zur Wiederherstellung des Kindeswohls

Ziel	Was	Wer	Wie wird das erreicht:	Unterstützung durch Fachdienst	Kontrolle durch	Kontrolle: Wann / Was	Konsequenzen bei Nichterhaltung	Bemerkungen
Stabiler Blutzucker-Spiegel und adäquate Insulingabe	Behandlungspflege	Diabetes-Nanny	Tägliche Hausbesuche	Aufklärung, Beratung der Mutter	Fachdienst	wöchentlich anhand des Test-Datenspeichers	2 Mal tägliche Hausbesuche	Es handelt sich hier um Beispiele für Maßnahmen, die natürlich nicht alle parallel umgesetzt werden sollen!
	Verantwortung f.d. Erkrankung übernehmen	Kind 1 und Mutter	Diabetes-Schulung	Unterstützung bei Anmeldung zum Kurs	Fachdienst	Nach dem nächsten möglichen Kurs	Zum nächsten Kurs anmelden und begleiten	
	Verantwortung für Erkrankung übernehmen	Kind 1	Selbsthilfe-Gruppe, Zustimmung der Mutter	Information und Anmeldung bei Selbsthilfegruppe	Fachdienst	wöchentliche Nachfrage bei SH-Gruppe	Begleitung zur SH-Gruppe	
	Verantwortung für Erkrankung übernehmen	Kind 1	Amb. Med. Reha, Zustimmung Mutter	Antrag an Krankenkasse	Fachdienst	Während der Reha wöchentlich	Stationäre Reha-Maßnahme	
	Angehörige einbeziehen	Oma	Familienpflege	Antrag, Information und Aufklärung	Fachdienst	wöchentlich	Unterstützung für die Großmutter	
angemessene Ernährung sicherstellen	Externe Übernahme der Gesundheitsfürsorge	Betreuer	Vormundschaft für Gesundheitsfürsorge	Antrag, Information und Aufklärung	Fachdienst	wöchentlich	Betreuungsgericht	
	Vereinfachung der Medikation	Kind 1	z.B. Insulinpumpe, Zustimmung der Mutter (u. des Kindes)	Prüfung von Alternativen, Information und Aufklärung, ggf. Beantragung	Fachdienst	sobald wie möglich	Erneute Überprüfung von Alternativen in 6 Monaten	
	Ernährungsplan erstellen und einhalten	Mutter / Oma	Kurs Ernährungsberatung	Anmeldung, gemeinsames Erstellen eines Plans, Einkaufsliste, Begleitung	Fachdienst	wöchentlich	Nächster Kurs / Verpflegung in der Schule organisieren	

Generell verpflichten sich alle Beteiligten, bei Eintreten von Änderungen unverzüglich die Fachkraft zu informieren

(Ort, Datum)

(Unterschrift Sorgeberechtigte)

(Unterschrift JA)

(Unterschrift Leistungserbringer)

Fallbeispiel 3:

In Fallbeispiel 3 wird verdeutlicht, dass regelmäßiger Drogenkonsum nicht zwingend mit einer Kindeswohlgefährdung einhergeht. Hervorgehoben wird die Zusammenarbeit zwischen der Sucht- und der Jugendhilfe. Das Jugendamt holt in diesem Fallbeispiel die Expertise der Suchthilfe ein und handelt in enger Zusammenarbeit mit dieser.

Frau C. (41 Jahre) ist alleinerziehende Mutter zweier Söhne (9 und 15 Jahre alt). Aufgrund der Meldung einer Nachbarin, Frau C. würde auf dem Balkon Cannabis rauchen, wurde das Jugendamt eingeschaltet. Der Mitarbeiter des ASD vereinbarte mit Frau C. einen Termin in der örtlichen Drogenberatungsstelle, um zu klären, ob der Cannabiskonsum eine Gefährdung für die Kinder darstellt. Frau C. lässt sich freiwillig auf den Termin bei der Drogenberatung ein. Dort berichtet Frau C. über die Situation: Sie konsumiere regelmäßig mittags und abends Cannabis (pro Tag ½ g) und zwar aufgrund starker Rückenschmerzen und aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten, die sie daran hinderten, die Hausaufgaben ihrer Kinder zu betreuen. Sie sei in ihrem Tagesgeschäft zwar eingeschränkt, habe sich aber mit vielen Pausen und Unterstützung von außen gut organisiert.

Die Joints rauche Frau C. um die Schmerzen zu lindern und um ruhiger und konzentrierter zu sein und damit ihre Kinder gut versorgen zu können. Lt. ärztlicher Berichte ist die Rückenerkrankung chronisch und austherapiert.

Der 9jährige Sohn hat ADHS, das medikamentös behandelt wird. Er geht zur Grundschule und hat einen großen Freundeskreis. Aufgrund des ADHS wurde vor einigen Jahren für ein Jahr eine Erziehungsbeistandschaft eingerichtet, die mittlerweile aber nicht mehr notwendig ist. Während dieser Zeit war der Cannabiskonsum der Mutter nicht bekannt.

Der 15jährige Sohn besucht die Hauptschule. Er spielt Fußball im Sportverein und hat ebenfalls viele Freunde. Frau C. selber hat eine sehr gute Freundin, die sie unterstützt, wenn es Frau C. aufgrund des Rückenleidens nicht gut genug geht, um z. B. einzukaufen. Die Familie hat einen geregelten Tagesablauf. Der Vater der Kinder ist schwer drogenabhängig, in der Familie aber nicht präsent. Frau C. erhält SGB II Leistungen und Kindergeld. Sie ist nicht berufstätig.

Weniger der Konsum selber, als mehr die Aufbewahrung des Cannabis in der Wohnung und auch die negative Vorbildrolle aufgrund der Illegalität des Besitzes stellen zwar eine Gefährdung für die Söhne dar, Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung, die einen Schutzplan notwendig machen würden, liegen aber nicht vor.

Notwendig ist hier ein Hilfeangebot für die Familie, z. B. im Rahmen der Familienhilfe. Das Rollenvorbild der Mutter sollte thematisiert werden, ergänzende

Hilfen für die Mutter (Erwerbsunfähigkeitsrente, Eingliederungshilfe) beantragt und medizinische Unterstützung (z.B. Medikamente, Schmerztherapeut, evtl. Cannabis auf Rezept) eingeholt werden. Auch alternative Konsumformen (z.B. THC-Tropfen) könnten geprüft werden. Des Weiteren könnte die Gefährdung durch die Substanz z. B. durch Verschluss des Cannabis verhindert werden. Für die Kinder könnten Ansprechpartner installiert werden und ggf. Gruppenangebote vorgehalten werden.

Hervorzuheben ist in diesem Beispiel die sehr gute Zusammenarbeit zwischen der Jugend- und der Suchthilfe. Der Mitarbeitende des ASD greift vor Beurteilung des Sachverhaltes auf die Expertise der Drogenhilfe zurück und kann so den Cannabiskonsum als funktionalen Konsum zur Schmerzlinderung bewerten.

In der Region, aus der dieses Fallbeispiel kommt, wurde Frau C. wie folgt durch die örtliche Drogenberatungsstelle in enger Kooperation mit dem Jugendamt weiter begleitet:

Zunächst hat es ein Erstgespräch bzgl. der Lagerung und des Rollenvorbilds der Mutter gegeben. Für das Jugendamt war wichtig zu wissen, ob eine Abhängigkeit vorliegt. Dazu wurde mit Einwilligung von Frau C über ein Jahr lang die Toleranzentwicklung durch Urinproben überprüft. Es wurde keine Dosissteigerung festgestellt. Parallel dazu wurden Termine beim Psychiater wahrgenommen, bei denen sich herausstellte, dass Frau C. in der Kindheit Missbrauchserfahrungen gemacht hatte. Der Psychiater diagnostizierte Erwachsenen-ADHS. Cannabis wurde Frau C. auf Rezept verschrieben. Damals noch über eine Ausnahmegenehmigung über die Bundesopiatstelle.

Frau C. war auch in psychotherapeutischer Behandlung, was zunächst schwierig war, weil viele Psychotherapeuten nicht mit noch konsumierenden Patienten arbeiten (können).

Die Kinder nahmen an einem Gruppenangebot für Kinder aus mit Sucht belasteten Familien teil, dort wurden Module aus Trampolin umgesetzt.

Fallbeispiel 4:

Das folgende Fallbeispiel will verdeutlichen, dass auch ein Schutzplan nicht immer die richtige Wahl ist. Hier ist das Kind in einer Mutter-Kind-Einrichtung vor Kindeswohlgefährdung geschützt. Sobald diese Einrichtung verlassen wird, kann der Schutz des Kindes auch durch einen Schutzplan nicht sichergestellt werden. Die angemessene Maßnahme wäre dann die Inobhutnahme des Kindes in einer Bereitschaftspflegefamilie.

Die 32jährige Frau D. hat sich während ihrer Schwangerschaft an das zuständige Jugendamt gewandt und um Beratung gebeten. Frau D. führt eine sehr konflikthafte Beziehung zum Vater (22 Jahre) des Babys. Es ist ihre 6. Schwangerschaft und die vierte Geburt. Ihr erstes Kind hat Frau D. mit 14 Jahren entbunden. Diese Tochter lebt bei der Mutter von Frau D. Ein 10jähriger Sohn und eine 8jährige Tochter sind in anderen Städten in Pflegefamilien untergebracht. Frau D. hat eine gesetzliche rechtliche Betreuerin für alle Lebensbereiche. Es liegt ein Gutachten vor, nach dem Frau D. chronische Psychosen und Schizophrenie diagnostiziert werden. Gefährdungshinweise liegen nach diesem Gutachten derzeit nicht vor. Das letzte familienpsychologische Gutachten ist ca. 8 Jahre alt und wurde erstellt, als die jetzt 8jährige Tochter und der 10jährige Sohn in die Pflegefamilien kamen. Frau D. konsumiert regelmäßig Alkohol und Cannabis und ist auch nicht motiviert dies zu ändern. Auch während der Schwangerschaft gab es bereits zwei dokumentierte Fälle mit einem Blutalkoholspiegel von über 2 Promille, ebenso Polizeieinsätze in der Wohnung aufgrund von Streitigkeiten mit dem Lebensgefährten.

Frau D. leidet seit 2017 nach einem Verkehrsunfall unter starken Schmerzen. Sowohl die Betreuung als auch die Unterstützung durch das ambulant betreute Wohnen sind beim gleichen Träger angesiedelt. Frau D. erhält eine Erwerbsunfähigkeitsrente (Grundsicherung).

Die gesetzliche Betreuerin ist in das derzeitige Verfahren nicht eingebunden. Sie hat in einem Gespräch vor der Geburt über Frau D. gesagt „der würde ich mein Kind nicht einmal eine halbe Stunde anvertrauen“.

Der Kontakt zum Gynäkologen von Frau D. ging vom Jugendamt aus. Er berichtet, dass Frau D. von ca. 20 vereinbarten Terminen zwei wahrgenommen habe, sie sei sehr unzuverlässig. Die Schwangerschaft sei unauffällig, Mutter und Kind wohlauf.

In einem ersten Gespräch (vor der Geburt) zwischen dem Betreuer des ambulant betreuten Wohnens, dem ASD und Frau D. machte Frau D. deutlich, dass sie unter keinen Umständen in eine Mutter-Kind-Einrichtung möchte, auch das Angebot einer Familienhebamme hat sie abgelehnt. Es wurde vereinbart, dass Frau D. regelmäßigen Alkohol- und Drogentests zustimmt, dass sie den Konsum so gering wie möglich hält und mit der SPFH kooperiert. Sie hat zugestimmt Abstand vom Vater des Babys zu halten, sollte dieser sich gefährdend

verhalten und in einem solchen Fall unmittelbar Kontakt zur Polizei, zum Jugendamt oder dem Amtsgericht zu suchen.

Für den Fall, dass Frau D. sich nicht an diese Vereinbarung hält, wurde festgehalten, dass eine Mitteilung an das Familiengericht erfolgt.

Nach Einschätzung des ASD schien eine ambulante Betreuung zum Schutz des noch ungeborenen Kindes nicht auszureichen, deshalb wurde das Familiengericht informiert. Der Richter empfahl eine stationäre Unterbringung nicht vor der Geburt. Geplant war die Unterbringung des Säuglings in einer Bereitschaftspflegefamilie.

Über die Geburt des Babys wurde das Jugendamt durch die Klinik informiert. Die elterliche Sorge lag nicht bei der Mutter, worüber die Mutter nicht informiert war und entsprechend aufgebracht reagierte. Eine Pflegefamilie für das Neugeborene stand bereit, beim ersten Gespräch nach der Entbindung mit Frau D. und deren Mutter wurde aber deutlich, dass Frau D. ihr Kind unter keinen Umständen in die Pflegefamilie zu geben bereit war. Nachdem die Mutter von Frau D. sich bereit erklärt hatte, die Sorge für das Baby zu übernehmen wurde vereinbart, dass Frau D. und ihr neugeborener Sohn sobald wie möglich in eine stationäre Mutter-Kind-Einrichtung gehen. Bis dahin unterstützt die Großmutter Frau D. und übernimmt die Verantwortung für das Baby. Die Großmutter hat zugestimmt, das Jugendamt zu informieren, wenn die adäquate Versorgung des Säuglings nicht mehr gewährleistet ist oder Frau D. wieder Alkohol / Drogen konsumiert. Frau D. hat sich bereit erklärt das Angebot der stationären Mutter-Kind-Einrichtung anzunehmen. Bis zu dem Zeitpunkt der Aufnahme in die Einrichtung kooperiere sie mit der Familienhebamme und entbindet diese von ihrer Schweigepflicht.

Frau D. und ihr neugeborener Sohn gingen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus in den Haushalt der Großmutter. Es stellte sich heraus, dass Frau D. während des Krankenhausaufenthaltes Alkohol konsumiert hatte. Davon wusste offenbar auch die Großmutter, hat dies aber entgegen der Vereinbarung, nicht ans Jugendamt weitergegeben. Heute kann sich Frau D. zusammen mit der zuständigen Mitarbeiterin des ASD eine Mutter-Kind-Einrichtung ansehen, ob Frau D. diese Hilfe tatsächlich annimmt ist noch unklar.

Es war sehr schwierig eine Einrichtung zu finden, da generell Platzmangel herrscht und zusätzlich, weil Frau D. keine Medikamente mehr nimmt. Die psychische Erkrankung kann derzeit nicht eingeschätzt werden und wird nicht ärztlich behandelt. Erneut besteht die Befürchtung, dass ambulante Maßnahmen nicht ausreichen das Kindeswohl sicherzustellen.

Konkret ist aus den genannten Fakten keine Kindeswohlgefährdung zu benennen. Die nicht behandelte Schizophrenie und auch die Suchtproblematik begründen aber eine Gefährdungslage.

Hier sollte kurzfristig ein Fachgespräch mit allen, die mit Frau D. betraut sind, vereinbart werden. Eine Sicherstellung des Kindeswohls scheint über einen Schutzplan nicht gewährleistet werden zu können.

Es wird empfohlen, zunächst ein aktuelles medizinisches Gutachten für eine fundierte Diagnostik anzufordern. Auch die Erziehungsfähigkeit von Frau D. sollte aktuell begutachtet werden. Das ist auch vor dem Hintergrund wichtig, als dass ein Schutzplan nur installiert werden kann, wenn Frau D. erziehungsfähig ist.

Frau D. geht (laut ihrer Aussage) freiwillig in die Mutter-Kind-Einrichtung, d. h. dort wäre der Schutz des Säuglings sichergestellt. Während des Aufenthalts in der Mutter-Kind-Einrichtung sollte auch die psychiatrische Versorgung von Frau D. gewährleistet sein. Ob bereits zu diesem Zeitpunkt eine Meldung an das Familiengericht erfolgen sollte, sollte mit der Leitung der Mutter-Kind-Einrichtung diskutiert werden.

Sollte Frau D. sich weigern in die Mutter-Kind-Einrichtung zu gehen bzw. zu bleiben, sollte umgehend das Gericht eingeschaltet werden und der Säugling in der Bereitschaftspflegefamilie in Obhut genommen werden.

Fallbeispiel 5:

Das Fallbeispiel 5 zeigt den hohen Leidensdruck in einer Familie mit einem suchterkrankten Elternteil auf das gesamte Familiensystem. Gleichzeitig soll verdeutlicht werden, dass Hilfen für suchtbelastete Familien keine „Einbahnstraße“ hin zum Jugendamt sind, sondern eine gegenseitige Akzeptanz von Expertise notwendig ist. Hilfesysteme weisen Grenzen auf. Anders als beim Schutz gefährdeter Kinder, ist die Mitwirkung und das Einverständnis der Familie nötig.

Familie E. lebt mit zwei Kindern im Grundschulalter (8 und 9 Jahre) in einer Reihenhaussiedlung einer Kleinstadt. Herr E. ist 43 Jahre alt, er arbeitet als Postbote und ist Alkoholiker. Frau E. (38 Jahre alt) versucht mit allen Mitteln seine Abhängigkeit und daraus resultierende Versäumnisse und Fehler zu decken. So sorgt sie beispielsweise dafür, dass Herr E. morgens rechtzeitig aufsteht oder übernimmt die Auslieferung der Post für ihn, wenn es nicht gelingt Herrn E. rechtzeitig zu wecken. Herr E. kümmert sich weder um den Haushalt noch um die Kinder. Nach der Arbeit setzt er sich ins Wohnzimmer vor den Fernseher und trinkt bis er einschläft und letztlich von seiner Frau ins Bett gebracht wird. Der Alkoholkonsum verschlingt einen großen Teil des monatlichen Einkommens, Frau E. geht daher am Vormittag im Kindergarten und spätabends in Büroräumen putzen. Sie versteckt ihr Einkommen und begleicht daraus die monatlich anfallenden Kosten. Gespart wird am Essen und an Kleidung, Urlaub kennt Familie E. nicht. Kommen unangemeldet Freunde zu Besuch, verleugnet Frau E. ihren Mann und versteckt ihn im Schlafzimmer. Einladungen nimmt Frau E. gar nicht mehr an. Da Frau E. völlig überlastet und angespannt ist, gibt es in letzter Zeit aber kaum noch Besuche oder Einladungen. Freunden gegenüber leugnet sie, dass etwas in der Familie nicht stimmt und beteuert, dass es ihnen allen sehr gut gehe.

Die leeren Alkoholflaschen bringt Frau E. auf dem Weg zum Putzen heimlich in Glascontainer. Ist Herr E. nicht selbst in der Lage sich Alkohol zu besorgen, holt Frau E. Schnaps aus einem Supermarkt der Nachbarstadt. Sie räumt hinter ihm her und versorgt ihn so gut es geht.

Die Kinder haben gelernt ihrem Vater aus dem Weg zu gehen, wenn er betrunken ist. Ihnen wurde von Frau E. gesagt, dass sie darüber weder in der Schule noch mit Freunden sprechen dürfen. Frau E. hat den Eindruck, dass die Kinder Angst vor ihrem Vater haben, gewalttätig wird er bislang weder gegenüber den Kindern noch gegenüber seiner Frau.

Die Schulleiterin der besuchten Grundschule macht eine Meldung an das Jugendamt, weil die Kinder morgens oft zu spät, sehr müde und ohne Frühstück zur Schule kommen. Frau E. öffnet sich der Fachkraft im Jugendamt bei einem persönlichen Gespräch und berichtet von ihren Sorgen. Nach der Einholung weiterer Informationen und einer Gefährdungseinschätzung ist klar, dass eine Kindeswohlgefährdung nicht vorliegt.

In Deutschland leben ca 2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren mit alkoholkranken Eltern zusammen. Insgesamt schätzt die Bundesdrogenbeauftragte die Zahl der von Sucht im Elternhaus betroffenen Kinder auf drei Millionen, geht aber von einer hohen Dunkelziffer aus. Kinder aus suchtbelasteten Familien sind die größte bekannte Risikogruppe für eine spätere eigene Suchterkrankung und tragen eine Reihe weiterer Gesundheitsrisiken (NACOA, 2019). In diesem Fallbeispiel wird sehr deutlich, dass Abhängigkeit eine Krankheit darstellt, die sich massiv negativ auf die Familie auswirkt und einen hohen Leidensdruck erzeugt.

Kooperationsvereinbarungen zwischen dem Jugendamt und der Suchthilfe zielen häufig darauf ab, Kindeswohlgefährdungen abzuwenden und ggf. mit Schutzplänen oder anderen Maßnahmen das Wohl der Kinder zu schützen. Familie E. leidet sehr unter der Suchterkrankung des Vaters, eine Kindeswohlgefährdung, die einen Schutzplan bzw. die Anrufung des Familiengerichtes notwendig machen würde, liegt nicht vor.

Ein Eingreifen des Staates gegen den Willen der Sorgeberechtigten ist hier also nicht angezeigt. Dennoch sollte Frau E. motiviert werden, Unterstützung für sich und die Kinder in Anspruch zu nehmen.

Beispiele (Kontaktaufnahmen zu anderen Institutionen natürlich nur mit vorliegender Schweigepflichtentbindung):

- Die zuständige Fachkraft im Jugendamt könnte einen gemeinsamen Termin mit der Suchthilfe und (Herrn und) Frau E. koordinieren. Bestenfalls erklärt Herr E. sich bereit, die Beratung der Suchthilfe in Anspruch zu nehmen. Für Frau E. wären flankierende Beratungsangebote der Suchthilfe sinnvoll. Hilfreich für die Kinder ist ein Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Maßnahmen der Frühintervention sollten er- und vermittelt werden.
- Unterstützend oder zunächst alternativ könnte der Sozialpsychiatrische Dienst der Stadt involviert werden und Familie E. zu Hause besuchen, um weitere mögliche Hilfeangebote zu koordinieren und die Familie zu begleiten.
- Als niedrigschwelliges Angebot der Jugendhilfe käme die Erziehungsberatung in Frage. Ob Hilfen zur Erziehung wie z.B. eine Sozialpädagogische Familienhilfe geeignet sind, wäre zu besprechen und zu prüfen. Ebenfalls wäre zu prüfen, ob bei den auffälligen Kindern eine Diagnostik potentieller seelischer Erkrankungen sinnvoll ist, und entsprechend ggf. eine kinder-jugend-psychotherapeutische Behandlung notwendig ist. Falls die Kinder (als erste Leistungsvoraussetzung) seelisch erkrankt sind, könnte auch der Rechtsanspruch auf eine Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII in Frage kommen, z.B. aus der Leistungsgruppe Soziale Teilhabe.

- Vielleicht wäre auch eine Mutter-Kind-Kur hilfreich, damit Frau E. in Ruhe und mit Abstand ihre Familiensituation überdenken und Lösungswege zur Verbesserung entwickeln kann.
- Frau E. könnte unterstützt werden, ergänzend oder alternativ zu den o.g. Leistungen eine ambulante Psychotherapie in Anspruch zu nehmen (SGB V).

Dafür ist es natürlich notwendig, dass die verschiedenen Akteure auch über Leistungen anderer Träger (zumindest summarisch) Bescheid wissen. Bestenfalls sind auch Fälle wie der von Familie E. in den Kooperationsvereinbarungen mitgedacht und verankert. Dadurch würde die Versäulung der Hilfesysteme durchlässiger und transparenter gestaltet und Hilfen könnten frühzeitiger greifen (und ggf. hohe Folgekosten vermeiden).

7. (weiterführende) Literatur – und Linkliste

Literaturliste:

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (Hrsg.): Familie * Kind * Sucht – Kooperationsvereinbarung. Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg (2010)

Blosser-Reisen, L.: Wege zur Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen in der Altenarbeit, in: diess. (Hrsg.): Altern: Integration sozialer und gesundheitlicher Hilfen. Bern (1977)

Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung (Hrsg.): Prinzipien guter Prävention und Gesundheitsförderung. Leitbild der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2013)

Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (Hrsg.): Unterstützung für Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Leuchtturmprojekte (2019)

DESTATIS: Armutsgefährdung 2018 in Bayern am geringsten, in Bremen am höchsten. Pressemitteilung Nr. 282 vom 25. Juli 2019 (2019)

Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Drucksache: 18/12780, Antrag „Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern“ vom 20.06.2017 (2017)

Deutscher Bundestag: Antrag der Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern. Drucksache 18/12780. 18. Wahlperiode (2017)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V. (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2020 (2020)

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e.V., Wirth, Nadja (Hrsg.): Suchtprävention in der Heimerziehung. Handbuch zum Umgang mit legalen wie illegalen Drogen, Medien und Ernährung (2017)

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V., Nationales Zentrum Frühe Hilfen und Informationszentrum Kindesmisshandlung / Kindesvernachlässigung (Hrsg.): Datenschutz bei frühen Hilfen. Praxiswissen Kompakt (2013)

Deutsches Jugendinstitut e. V. (Hrsg.): Kinder in den ersten drei Jahren, Qualifikationsanforderungen an Frühpädagogische Fachkräfte, Eine Expertise der Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF), Anna Behr (2010)

Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg – Start gGmbH: Kinderschutz im Land Brandenburg. Kooperation im Kinderschutz: Jugendhilfe und Gesundheit. In Aktuell 8 (2014)

Fachverband für Drogen- und Suchthilfe e.V. (Hrsg.): Abhängigkeitskranke Mütter und Väter in der Suchthilfe – Eine Handreichung. In fdr+texte Nr. 11, 2. Aufl. (2016)

Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld, Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit NRW (2000)

Feldmann, R.: Psychopathologie von FASD bei Kindern und Jugendlichen. In: Bergmann/Spohr/Dudenhausen, J.W (Hrsg.) Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München (2006)

Friedemann, Stanley F., Rettenberger, Martin: Delikte unter Alkoholeinfluss. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2019. Hamm (2019)

GKV-Spitzenverband (Hrsg.): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Fassung August 2018. Münster (2018)

Hessische Landesstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg): Eckpunkte zur Schnittstellenarbeit von Suchthilfe und Jugendhilfe in unterschiedlichen Kontexten aus dem Blickwinkel des § 8a SGB VIII (2008)

Hinze, Klaus, Jost, Annemarie (Hrsg.): Kindeswohl in alkoholbelasteten Familien als Aufgabe der Jugendhilfe (2006)

Institut für soziale Arbeit, Münster e.V. (Hrsg.): Die Kinderschutzfachkraft – eine zentrale Akteurin im Kinderschutz (2014)

Klatetzki, Thomas: Potentiell gefährliche Wirklichkeiten – Teil 2. Über Risikomanagement, Verantwortung und Angst in der Kinder- und Jugendhilfe. In ZKJ Kindschaftsrecht und Jugendhilfe. 12.2017, S. 451 ff (2017)

Klein, Michael: Kinder suchtkranker Eltern - Fakten, Risiken, Lösungen. In: Familiengeheimnisse - wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden. Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.). (2003)

Kunkel, Peter-Christian: Datenschutz im Jugendamt, 2018. In ZKJ Kindschaftsrecht und Jugendhilfe, 9/10 2018, S. 355ff (2018)

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht, BELLA DONNA (Hrsg.): Arbeitshilfe - Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung (2015)

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht, BELLA DONNA und Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (Hrsg.): Problematischer Substanzkonsum und Vaterschaft. Abschlussbericht (2016)

Landkreis Vogtland, Jugendamt Plauen, Netzwerke für Kinderschutz Sachsen: Notfallorder 5.1, Handeln bei akuter Kindeswohlgefährdung (2019)

Lenz, Albert: Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Ressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht (2009)

LWL-Landesjugendamt Westfalen (Hrsg.): Schutzkonzepte in der Hilfeplanung. Ideen & Konzepte. Heft 51 (2013)

LWL-Landesjugendamt Westfalen und LVR-Landesjugendamt Rheinland (Hrsg.): Grundsätze und Maßstäbe zur Bewertung der Qualifikation einer insoweit erfahrenen Fachkraft – Eine Orientierungshilfe für Jugendämter (2014)

LVR-Landesjugendamt (Hrsg.): Gelingensfaktoren bei der Wahrnehmung des Schutzauftrages gem. § 8 a SGB VIII – Eine Orientierungshilfe für Jugendämter (2015)

LVR-Landesjugendamt: KipE Rheinland – Hilfen für Kinder psychisch erkrankter Eltern in neun Modellregionen im Rheinland. Dokumentation der Abschlussstagung zum LVR-Förderprogramm am 22. Mai 2014 (2015)

Miller, W., Rollnick St.: Motivierende Gesprächsführung. Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch (2015)

Radewagen, C. et al.: Basiswissen Datenschutz – Ist gute Arbeit trotz Schweigepflicht möglich? Hannover (2011)

Rummel, Ch., Lehner, B., Kepp, J.: Daten, Zahlen, Fakten. In: DHS: Jahrbuch Sucht 2019. Pabst Verlag. Lengerich (2019)

Schimke, Hans-Jürgen: Der Schutzauftrag nach § 8a SGB VIII von Kindern und der Vertrauensschutz – eine Zerreißprobe für Umgangsbegleiter? In Handbuch Begleiteter Umgang, Bundesanzeiger Verlag, 2. Aufl. (2011)

Schmenger, Sarah, Schmutz, Elisabeth, Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz (Hrsg.): Expertise. Überblick über Angebote, Initiativen und Unterstützungsmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem psychisch erkrankten oder suchterkrankten Elternteil (2019)

SOCLES, International Centre for Socio-legal Studies (Hrsg) im Auftrag des AFET Bundesverband für Erziehungshilfen: Rechtsexpertise. Ist-Analyse zu Hilfe und Versorgung in Familien mit Kindern psychisch kranker Eltern (2019)

Sozialrecht aktuell 03/2013: Jugendhilferecht. Drogenabhängigkeit des Sorgeberechtigten allein für Inobhutnahme nicht ausreichend. OLG Dresden, Urt. Vo. 01.04.2016, 2 OLG 21 Ss 835/15, Vorinstanz LG Leipzig, Urt. Vo. 12.08.2015, 9 Ns 603 Js 32283/12, S 167 (2016)

Stadt Bochum: Kooperationsvereinbarung zwischen der Stadt Bochum, Jugendamt und der Jugend- und Drogenberatung, Krisenhilfe e.V. Bochum (2018)

Stadt Dresden, Netzwerk für Kinderschutz, Arbeitsgruppe Kindeswohl: Dresdener Kinderschutzordnung (2013)

Stadt Karlsruhe (Hrsg.): Kooperation im Kinderschutz. Standards und Grundsätze des Sozialen Dienstes (2018)

Stadt Mannheim (Hrsg.): Kooperationsvereinbarung. „Suchtmittelabhängigkeit und Schwangerschaft / Elternschaft“ zwischen den Trägern der Suchthilfe und der Jugendhilfe in Mannheim (2014)

Stadt Mannheim (Hrsg.): II-Das Elterngespräch bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Arbeitshilfe für pädagogische Fachkräfte in Tageseinrichtungen für Kinder (2019)

Stadt Münster (Hrsg.): Handlungsempfehlungen zum Kinderschutz für drogenabhängige Schwangere und Eltern mit Erziehungsverantwortung in Münster (2010)

Linkliste:

Allgemein:

Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern, Geschäftsstelle AFET (als große Initiative im Auftrag des Bundestages)

www.ag-kpke.de

Abschlussbericht, Expertisen „Gute Praxis“, „Recht“ und „Forschung“

<https://www.ag-kpke.de/arbeitsgruppe/berichte-und-expertisen/>

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder psychisch erkrankter Eltern:

<http://bag-kipe.de>

Dachverband Gemeindepsychiatrie / Themen und Schwerpunkte / Kinder psychisch erkrankter Eltern

<https://www.dvgp.org/themen-engagement/kinder-psychisch-erkrankter-eltern.html>

Fetale Alkoholspektrumstörungen, FASD - Diagnostik

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/022-025.html>

Interaktive Karte, Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern

<http://kinder.mapcms.de/>

NACOA – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V.

www.nacoa.de

Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (2018):

Schutzkonzepte / Leitbild

<https://beauftragter-missbrauch.de/praevention/schutzkonzepte/>

Wesentliche Regelungen des ICD-10

<https://www.kbv.de/html/1867.php>

Kooperationsvereinbarungen / hilfreiche Dokumente:

GVS, Elternschaft und Sucht – Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte:
www.eltern-sucht.de

Kooperationsvereinbarung Stadt Bochum / Krisenhilfe e.V.

(Präsentationen des Fachtages und Kooperationsvereinbarung inkl. Konzept)

[https://www.bochum.de/C125708500379A31/vwContentByKey/W2B4SEV8393BOCMDE/\\$FILE/PraesentationenundKooperationsvereinbarunginklusiveKonzept.pdf](https://www.bochum.de/C125708500379A31/vwContentByKey/W2B4SEV8393BOCMDE/$FILE/PraesentationenundKooperationsvereinbarunginklusiveKonzept.pdf)

Kinderschutzordner, Stadt Dresden

<https://www.dresden.de/de/leben/kinder/kinderschutz/fachkraefte/kinderschutzordner.php>

Infomaterial zur Kooperation im Kinderschutz, Stadt Karlsruhe

<https://www.karlsruhe.de/b3/soziales/hilfsangebote/kinderschutz/infomaterial.de>

NACOA / Infos für Profis / Jugendhilfe -> Hilfreiche Dokumente, u. A. verschiedene Kooperationsvereinbarungen zum Download

<https://nacoa.de/infos-f%C3%BCr-profis/informationen-f%C3%BCr-profis-jugend%C3%A4mtern-und-jugendhilfe>

Netzwerk Kinderschutz Landkreis Mansfeld-Südharz

<https://www.netzwerk-kinderschutz-msh.de>

Rahmenvertrag, Stadt Hamburg

<https://www.hamburg.de/contentblob/119002/746e0a403c5bd6ebdb36c2c8116055ab/data/rahmenvereinbarung.pdf>

Weitere Materialien und Informationen, Stadt Hamburg

<http://www.hamburg.de/kinderschutz/fachkraefte/3741546/start/>

Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung, Jugendring Gelsenkirchen

http://www.jugendring-gelsenkirchen.de/mediapool/136/1360264/data/Kindeswohl_140213.pdf

Beobachtungsbogen, Recklinghausener Modell

https://www.recklinghausen.de/Inhalte/Startseite/Familie_Bildung/Dokumente/Beobachtungsbogen%20Kinderschutz.pdf

Dokumentationsmaterialien

Dokumentationsbogen des Hohenlohekreises

<https://www.hohenlohekreis.de/fileadmin/Dateien/Dateien/Landratsamt/3658-e31f1819e5b5fec0b62abd2a0591644b.pdf>

Zeitschrift Kindergarten heute

<https://www.herder.de/-/media/files/zeitschriften/kg/downloads/kindergarten-heute-f-48-2018-2-download-kopiervorlage-fuer-die-dokumentation-bei-verdacht-auf-kindeswohl-gefaehrung.pdf>

Dokumentationsformular bei Kindeswohlgefährdung in Schulen, Thüringen
https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.thueringen.de%2Fmam%2Fth2%2Fschulaemter%2Fsuedthueringen%2Fsps_verlaufsdokumentation_kindeswohlgefaehrung.doc

Positionspapier LWL-Landesjugendamt, Hilfen zur Erziehung:
https://www.lwl-landesjugendamt.de/media/filer_public/3d/3a/3d3a6e36-7d48-43e4-bc24-d84b9521d3be/positionspapier_110815_end.pdf

Notfallordner Kinderschutz, Vogtlandkreis
<https://www.vogtlandkreis.de/index.php?object=tx%7C2752.2&ModID=10&FID=2752.1337.1>

Projekte / Finanzierung

GKV-Spitzenverband (2017): Leitfaden Prävention, Kapitel 4: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten
https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention_2018_barrierefrei.pdf

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp

GKV Bündnis für Gesundheit
<https://www.gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir-in-den-laendern/>

evaluierte Projekte, Grüne Liste – CTC Datenbank empfohlener Präventionsprogramme
www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information

Landeszentrum Gesundheit NRW, Bochum
www.lzg.nrw.de

Prinzipien guter Prävention, Bundesverband Prävention und Gesundheitsförderung
https://www.bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Prinzipien_guter_Praevention_und_Gesundheitsfoerderung.pdf

Gespräche mit Eltern

Gespräche im Kontext Kinderschutz, Kinderschutzordner Dresden, Kapitel 4.8
https://www.dresden.de/media/pdf/jugend/kinderschutz/4.8_Gespraechе_im_Kontext_Kinderschutz_Mai_2013.pdf

Gesprächsstrategien aus der Handlungsanleitung zur Sicherung des Kindeswohls – Landkreis Mansfeld-Südharz
https://www.netzwerk-kinderschutz-msh.de/_media/A_02_FachWissen/InfoMaterialien/KWG-AH-MSH/8a_AH-3-02_ElternGespraechе.pdf

Anhang

Diese beispielhaften Schweigepflichtsentbindungen sind aus der Vereinbarung des Jugendamtes der Stadt Bochum mit der Krisenhilfe e.V. Bochum. Herzlichen Dank für die freundliche Genehmigung, diese abdrucken zu dürfen.



Entbindung von der Schweigepflicht

Nachfolgende Schule / Institution/en / Ärzte

sowie der Soziale Dienst des Jugendamtes Bochum

werden von ihrer Schweigepflicht entbunden, damit ein gegenseitiger Austausch an erforderlichen Informationen stattfinden kann.

- betreffend das Kind / die Kinder _____

Bochum, den _____

Mutter _____

Vater _____

Hilfempänger/in _____

Vormund/Pfänger/in _____

*Die folgenden Auszüge sind dem Kinderschutzordner der Stadt Dresden entnommen. Wir bedanken uns bei den Autor*innen sowie der Stadt Dresden für die freundliche Genehmigung, diese Auszüge sowie die entsprechenden Materialien abdrucken zu dürfen.*

Die richtigen Worte bei Verdacht auf Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuelle Gewalt zu finden, stellt eine besondere Herausforderung zum einem für Sie als Fachkraft und zum anderen für die Eltern als Konfrontierte dar. Das Elterngespräch dient dazu, Lösungen für das Kind/den Jugendlichen in Einvernehmen mit den Eltern zu entwickeln und um ein konstruktiv, wertschätzendes Gespräch führen zu können.

Sie sollten auf eine Atmosphäre der Offenheit und des Vertrauens achten, d. h. sprechen Sie nie in der Öffentlichkeit mit Eltern über Probleme ihrer Kinder/Jugendlichen bzw. in der Familie, sondern gehen Sie in einen gesonderten Besprechungsraum, wo Sie ungestört miteinander ins Gespräch kommen können. Vergegenwärtigen Sie sich, dass Ihr Gegenüber nicht ihr Gegner ist, d. h. respektieren Sie die Person in ihrer Andersartigkeit und mit ihren individuellen Bedürfnissen. Erst auf dieser Grundlage können die inhaltlichen Fragen, kann die Problem- und Konfliktbewältigung angegangen werden.

Machen Sie sich bewusst, dass die meisten Eltern ihren Kinder nichts Böses wollen, sie aber durch ihre eigene Lebensgeschichte unter Umständen nicht das Vermögen haben bzw. besitzen in der Erziehung, Pflege und Versorgung des Kindes alles richtig zu machen. Niemand ist perfekt. Haben Sie nicht nur auf die Schwächen ein Auge, sondern insbesondere darauf, was den Eltern alles gut gelingt und sprechen Sie den Eltern hierfür ein Lob aus. Beachten Sie die „fünf zu drei“ Regel, d. h. artikulieren Sie sich im Gespräch häufiger positiv als negativ. Legen Sie ihr Augenmerk auf kurze und verständliche Erklärungen und vermeiden Sie in der Kommunikation Fremdwörter sowie Fachausdrücke. Drücken Sie sich klar gegenüber Ihrem Gesprächspartner aus, d. h. einfaches, klares und genaues Deutsch. Verwenden Sie Ich-Botschaften und stellen Sie Ihre Besorgnis um das Kind/den Jugendlichen in den Vordergrund. Sprechen Sie Probleme genau und konkret an und nehmen Sie die Gefühle der Eltern ernst.

Gehen Sie davon aus, dass Eltern bzw. Familien grundsätzlich in der Lage sind und über Ressourcen verfügen, um mit Ihrer Unterstützung eine Lösung zu finden. Bedenken Sie, dass ein Besuch in der Einrichtung für manche Eltern schon ein großer Schritt sein kann. Manche Eltern haben ein anderes Zeitmanagement, Ordnungsbild, Wertesystem und eine ganz eigene Weltsicht, die mit Ihren Vorstellungen kollidieren können. Deswegen vereinbaren Sie im Gespräch lieber kleinere Schritte, die als Zielstellung für die Eltern erreichbar sind.

Konstruktive Elterngespräche

Grundhaltung⁷

Balance zwischen Empathie und Distanz

Verstehen, aber nicht einverstanden sein, Haltung klar vermitteln

Wertfreie Herangehensweise, d.h. klare sachliche Beschreibung der Beobachtungen

Keine Anschuldigungen, keine Vorwürfe

Wertschätzung, vertrauensvoller Ansatz

Eltern haben die prinzipiellen Fähigkeiten für den Umgang mit ihrem Kind

Offenheit für Persepektivwechsel

Not der Eltern wahrnehmen und anerkennen

Transparenz

Eigene Handlungsschritte nachvollziehbar darstellen, Grenzen aufzeigen

Grundlagen der Gesprächsführung

In Gesprächen gibt es mehrere Ebenen, deren Unterscheidung wichtig ist, um das eigene Gesprächsverhalten und das des Gegenübers besser einordnen und begreifen zu können. Eines der bekanntesten Modelle zur Differenzierung ist das Kommunikationsquadrat von Friedemann Schulz von Thun, in dem er vier Aspekte einer Nachricht bzw. Botschaft unterscheidet⁸:

Sachinhalt (oder: Worüber ich informiere)

Selbstkundgabe (oder: Was ich von mir selbst kundgebe)

Beziehung (oder: Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen)

Appell (oder: Wozu ich dich veranlassen möchte)

In jedem Gespräch sind sowohl sachliche Informationen als auch Beziehungsbotschaften enthalten. Beachten Sie folgende Gesprächsregeln:

Gespräche vorbereiten, Gesprächsleitfaden nutzen

Schwierige Gespräche sollten gut vorbereitet werden. Nehmen Sie sich Zeit für die Begrüßung, den Hauptteil, den Gesprächsabschluss und die Nachbereitung.

Rollenklärung

eigene Gefühle im Vorfeld reflektieren, eigene Grenzen und Möglichkeiten kennen

Ich-Botschaften

Ich-Botschaften sind weniger anklagend als Du-Botschaften.

„Mir ist aufgefallen, dass ...“, „Ich bin besorgt um ...“

7 nach Landeshauptstadt Dresden: Handlungsempfehlung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. 2. überarbeitete Auflage 2011 (in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus)

8 vgl. Schulz von Thun, Friedemann: Miteinander Reden 1. Störungen und Klärungen. Reinbek bei Hamburg 1981, S. 25–30

Offene Fragen (keine Warum-Fragen, keine Suggestivfragen)

Fragen offen, positiv, wertfrei und verständlich formulieren.

Setting/Atmosphäre

Achten Sie auf die Rahmenbedingungen des Gesprächs! (nicht zwischen Tür und Angel)

Aktives Zuhören

Sorgen und Ängste der Eltern wahrnehmen und verstehen, „spiegeln“

Türöffner, Ankoppeln, „Pacen“

Erscheinen der Eltern wertschätzen, Angleichen an Gesprächspartner

Lösungsorientierung

Bleiben Sie nicht auf das Problem fokussiert, helfen Sie den Eltern auf die Lösungsseite.

Klären, ob man für eigenen Schutz sorgen muss Dokumentation klären

Konkrete Gesprächsbausteine⁹

Die Gründe für das Gespräch klar benennen und Sorge formulieren

„ich bin in Sorge um Ihr Kind, weil ich beobachtet habe, dass...“

Verdacht klar benennen/Aufzeigen von Konsequenzen

„Ich vermute, dass...“

„Ich bin verpflichtet zu handeln, so dass ich mir keine Sorgen um das Kind mehr machen muss...“

Haltung der Eltern dazu erfragen

„Wie sehen Sie das?“

Herausarbeitung des Unterschiedes in der Wahrnehmung

Ich verstehe, was Sie meinen, ich sehe das etwas anders/ich vermute eher, dass...“

Gemeinsames Ziel annehmen: Schutz und gute Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes

„Sie wollen, dass es Ihrem Kind gut geht, dies ist auch mein Anliegen.“

Entpathologisieren: Kinder sind herausfordernd

„Es gibt viele Eltern, die hin und wieder an ihre Grenzen stoßen.“

Verantwortung klar vermitteln

„Es ist trotzdem wichtig, dass Sie in solchen Momenten die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen.“

„Es ist Ihre Aufgabe als Mutter/Vater für das körperliche und seelische Wohl des Kindes zu sorgen.“

Ressourcen abfragen und gemeinsam Ideen für Verbesserung der Situation entwickeln

⁹ nach Landeshauptstadt Dresden: Handlungsempfehlung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. 2. überarbeitete Auflage 2011

„Wie sahen schöne gemeinsame Zeiten aus? Steht Ihnen jemand zur Seite?“

Hilfsmöglichkeiten aufzeigen und Kontaktdaten mitgeben bzw. Kontakt vermitteln

„In Ihrem Fall kann ich mir gut vorstellen, dass Ihnen ... hilft.“

Bedürfnisse des Kindes gemeinsam reflektieren

„Können Sie sich vorstellen, was Ihr Kind jetzt brauchen könnte?“

Klare schriftliche Vereinbarung über das weitere Vorgehen

„Wir haben jetzt vereinbart, dass Sie am ... das nächste Mal zu mir kommen und dass Sie bis dahin ... machen.“

Hinweis: Schätzen Sie ein, ob die Eltern kooperativ („Bereitschaft“) und ausreichend kompetent („Fähigkeit“) sind, um die Kindeswohlgefährdung abzuwenden. Wenn die Eltern nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, zu kooperieren, um den Schutz des Kindes zu gewährleisten, sind weitere Schritte notwendig, über die Sie die Eltern informieren sollten.

Der Dresdner Kinderschutzorder ist ein Resultat der Zusammenarbeit verschiedener am Kinderschutz aktiv beteiligter Projekte und Institutionen in Dresden und wurde durch die AG Kindeswohl im Netzwerk für Kinderschutz erstellt. Gefördert durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend sowie die Bundesinitiative Frühe Hilfen richtet er sich an Fachkräfte aus Dresden, die mit Kindern, Jugendlichen, Müttern, Vätern und Familien in unterschiedlichsten Kontexten arbeiten.

Die Auszüge stammen aus dem Kinderschutzordner in der Fassung aus dem Jahr 2011. Der Kinderschutzordner (2. überarbeitete Auflage, 2019) ist im Internet unter www.dresden.de/kinderschutz frei downloadbar.

Die folgende Tabelle ist aus den „Handlungsempfehlungen zum Kinderschutz für drogenabhängige Schwangere und Eltern mit Erziehungsverantwortung in Münster“. Wir bedanken uns bei den Autor*innen und der Stadt Münster für die freundliche Genehmigung, diese abdrucken zu dürfen.

Risiken für den Verlauf der Schwangerschaft und kindliche Risiken

	Im Schwangerschaftsverlauf	Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft	Während und nach der Geburt	langfristig
Mischkonsum	<ul style="list-style-type: none"> - je nach Einzelsubstanz - angeborene Fehlbildungen - erhöhte Abortrate - Frühgeburtlichkeit - Wachstumsstörungen - intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> - Wachstumsstörungen - Enzephalopathie - vorzeitige Wehen - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand - schwere und lang anhaltende Entzugssymptome je nach Einzelsubstanzen 	<ul style="list-style-type: none"> - je nach Einzelsubstanz - angeborene Fehlbildungen - erhöhte Infektanfälligkeit - Entwicklungsverzögerung - Lernstörungen - plötzlicher Kindstod - ggf. Folgen der geburtshilflichen Komplikationen
Heroin	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Abortrate - Frühgeburtlichkeit - Wachstumsstörungen - durch Beimischung Gefahr von Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wachstumsstörungen - Enzephalopathie - vorzeitige Wehen - vorzeitige Plazentalösung - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungsstörungen u. Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand nach der Geburt - Entzugssyndrom des Neugeborenen - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen - ggf. Folgen der geburtshilflichen Komplikationen
Substitutionsmittel (Methadon, L-Polamidon, Buprenorphin)	<ul style="list-style-type: none"> - (fraglich) Frühgeburtlichkeit - (fraglich) Wachstumsstörungen - akute Entzugssymptome (BUP) 	<ul style="list-style-type: none"> - Wachstumsstörungen - Enzephalopathie - vorzeitige Wehen - vorzeitige Plazentalösung - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> - Entzugssymptome beim Neugeborenen - Perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen - ggf. Folgen der geburtshilflichen Komplikationen
Kokain	<ul style="list-style-type: none"> - Wachstumsretardierung - Enzephalopathie - vorzeitige Wehen - vorzeitige Plazentalösung - Früh- und Fehlgeburten - intrauteriner Kindstod - Fehlbildungen (Herz, Gehirn, Harn- und Geschlechtsorgane) 	<ul style="list-style-type: none"> -- keine bekannten Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> - ggf. Folgen der Fehlbildungen - Verstärkung von Opiatentzugssymptomen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Folgen der Fehlbildungen - Entwicklungsrückstände

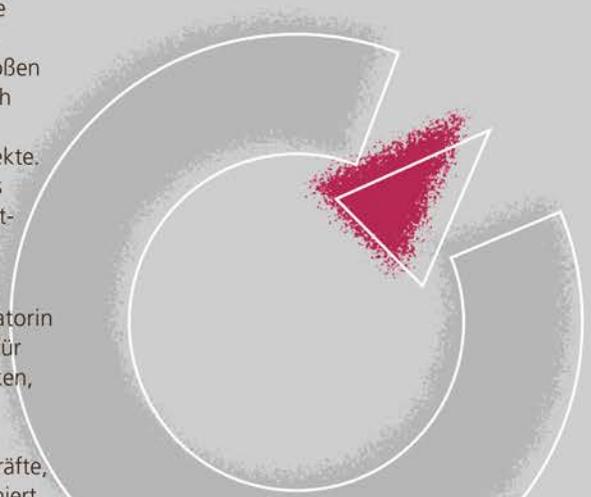
	Im Schwangerschaftsverlauf	Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft	Während und nach der Geburt	langfristig
Benzodiazepine	<ul style="list-style-type: none"> - Wachstumsretardierung - Enzephalopathie - Fehlbildungen (Herz) 	<ul style="list-style-type: none"> - Krampfanfälle - vorzeitige Wehen - intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> - Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand - Entzugssymptome - deutliche Verstärkung von Opiatentzugssymptomen - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	
Alkohol	<p>Alkohol ist Ursache für die häufigste vermeidbare angeborene Fehlbildung, das Fetal Alcohol Disorder Syndrome (FADS) mit u. a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fehlbildungen Herz - Fehlbildungen im Gesichtsbereich - Wachstumsretardierung - neurologische Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Krampfanfälle - vorzeitige Wehen - intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> - ggf. Folgen der angeborenen Fehlbildungen - geringer Saugreflex, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - neurologische Entwicklungsstörungen - Minderwuchs - Stigmatisierung durch Gesichtsfehlbildungen - Lernstörungen
Nikotin	<ul style="list-style-type: none"> - Wachstumsretardierung - Fehl-, Frühgeburten 	<ul style="list-style-type: none"> - keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Komplikationsrate - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht - Verstärkung von Opiatentzugssymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> - plötzlicher Kindstod - allergische Erkrankungen - Atemwegserkrankungen
Cannabis, Haschisch, Marihuana	<ul style="list-style-type: none"> - Gefahren wie bei Nikotin zu werten 	<ul style="list-style-type: none"> - keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> - erhöhte Komplikationsrate - perinatale Morbidität und Mortalität erhöht - Verstärkung von Opiatentzugssymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gedächtnisstörungen - Lernstörungen
Ecstasy, Speed, Amphetamine	<ul style="list-style-type: none"> - neurologische Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> - keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkung von Opiatentzugssymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> - Lern- und Gedächtnisstörungen

(Quelle: Manuela Nagel, Jan-Peter Siedentopf. „Schwangerschaft – Sucht – Hilfe. Ein Leitfaden zum Casemanagement“. Berlin (2006))

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 30.000 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

48133 Münster

Tel.: +49 251 591-3267

Fax: +49 251 591-5484

E-Mail: kswl@lwl.org