



[schulterchluss]

für Kinder & Jugendliche in suchtblasteten Familien
Impulse aus dem bayernweiten Kooperationsprojekt

Leitfaden

für die Moderation der
[schulterchluss]-
Kooperationsseminare

Impressum

Herausgeber:

Prop e.V. – Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie
& Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.

Autor & Redaktion:

Marco Stürmer, Prop e.V.

Ein besonderer Dank für die konstruktiven Kommentierungen und hilfreichen redaktionellen Ergänzungen geht an:

Elisabeth Seifert, Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.
Rupert Duerdoth, Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.
Bärbel Würdinger, Prop e.V.
Annette Reiners, Zentrum Bayern Familie und Soziales

Schlussredaktion:

Katharina Reintjes, Text – Redaktion – Korrektur, katharina.reintjes@entux.de

Gestaltung:

GrafikDesign Rosmanitz, www.rosmanitz.de

München, 1. Auflage 2019

© 2019 by

Prop e.V. – Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie &
Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V.
www.prop-ev.de
www.bayern.jugendschutz.de

Förderhinweis:

Diese Publikation wurde gefördert mit Mitteln des Bayerischen Staatsministeriums für
Gesundheit und Pflege.

Inhalt

1	VORWORT	7
2	EINFÜHRUNG IN SEMINARINHALTE & SEMINARGESTALTUNG	10
2.1	6 inhaltliche Perspektiven	10
2.1.1	Perspektive: Frühidentifikation & Frühintervention	10
2.1.2	Perspektive: Kinder im Blick	10
2.1.3	Perspektive: Familie im Blick	11
2.1.4	Perspektive: Risiko	11
2.1.5	Perspektive: Lernendes System	11
2.1.6	Perspektive: Balance zwischen Theorie & Praxis	11
2.2	10 Leitfragen für die Schulterschluss-Kooperationsseminare	12
2.3	Die Zielgruppe der Schulterschluss-Kooperationsseminare	12
2.4	Die inhaltliche Seminarstruktur	14
3	DAS WARM UP: ERFAHRUNGEN, HALTUNGEN & ERWARTUNGEN AUSTAUSCHEN	16
3.1	[Methode] Das Meinungssoziogramm	17
3.2	[Methode] Das Paarinterview	17
3.3	[Methode] Die Assoziationsübung	18
4	[MODUL 1] KINDERSCHUTZ UND KINDESWOHL IN FAMILIEN MIT SUCHTKRANKEN ELTERN – RECHTLICHE GRUNDLAGEN	19
4.1	Ausgangslage, Wissensstand & Zielsetzungen	20
4.2	[Methode] Professionelle Haltung & professioneller Auftrag	21
4.3	Die Kinder- und Jugendhilfe	22
4.3.1	Rechtliche Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe	22
4.3.2	Kinderschutz und Staatliches Wächteramt	23
4.3.3	Familiengerichtliche Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung	24
4.3.4	Inobhutnahme bei dringender Gefahr (§ 42 SGB VIII)	24
4.3.5	Vertrauensschutz und Schweigepflicht in der Kinder- und Jugendhilfe	24

4.4	Ausgewählte Leistungen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe	25
4.4.1	Hilfen zur Erziehung	25
4.4.2	Wahrnehmung des Schutzauftrages in der Kinder- und Jugendhilfe	26
4.4.3	Beratungsansprüche im Kinderschutz (§ 8b Abs. 1 SGB VIII; § 4 Abs. 2 KKG)	27
4.5	Suchterkrankungen	29
4.5.1	Die diagnostischen Klassifikationssysteme	30
4.5.2	Professionelle Haltungen in der Suchtbehandlung	33
4.6	Suchthilfesystem & rechtliche Grundlagen	34
4.6.1	Das Hilfesystem im Überblick	34
4.6.2	[Methode] Regionales Hilfesystem und potentielle Kooperationspartner	36
4.6.3	[Fallbearbeitung] – Familie mit Suchtproblemen	37
4.6.4	Ergänzende Informationen zur Gefährdungseinschätzung: Gewichtige Anhaltspunkte	38
4.6.5	Einschätzung der Problemlösekompetenz der Eltern	40
4.7	[Zusammenfassung] – Kooperationsmöglichkeiten	40
5	[MODUL 2] LEBENSLAGEN VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT SUCHTKRANKEN ELTERN – BESONDERE RISIKEN	41
5.1	Ausgangslage, Wissensstand & inhaltliche Zielsetzungen	42
5.2	Kinder aus suchtblasteten Familien: Epidemiologie	43
5.2.1	Quantitative Schätzungen	43
5.2.2	Daten aus Perspektive der Suchthilfe	45
5.2.3	Daten aus Perspektive der Jugendhilfe	45
5.2.4	Familien mit unbehandelter Suchtproblematik	45
5.3	Familiäre Transmission & erhöhte Entwicklungsrisiken	46
5.3.1	Familiäre Transmission	46
5.3.2	Erhöhte Entwicklungsrisiken: Trinkverhalten und Substanzkonsum	47
5.3.3	Erhöhte Entwicklungsrisiken: Abhängigkeitserkrankungen & psychische Störungen	47
5.4	[Fallbearbeitung 2] Familie mit Suchtproblemen	49
5.5	[Methode] Filmsequenzen „Gefühlswelt der Kinder“	50
5.6	Familiäre Erfahrungen von Kindern suchtkranker Eltern	50
5.6.1	Widrige Kindheitserfahrungen in dysfunktionalen Familien	50
5.6.2	Rollenverhalten und häufige Erfahrungen von Kindern mit suchtkranken Eltern	50
5.7	[Methode] Schlussfolgerungen für die Arbeit mit suchtblasteten Familien	52

5.8	Familiäre Konstellationen & erhöhte Entwicklungsrisiken	52
5.9	Entwicklungschancen: Resilienz	53
5.9.1	Individuelle Resilienz & Familienresilienz	54
5.9.2	Ressourcenverstärker	54
6	[MODUL 3] INFORMATIONEN FÜR DIE ARBEIT MIT SUCHTKRANKEN ELTERN: ELTERNROLLE & ELTERNVERANTWORTUNG	56
6.1	Ausgangslage, Wissensstand & inhaltliche Zielsetzungen	57
6.2	Begrüßung und Einstieg in Tag 2	58
6.3	[Fallbearbeitung 3] – Erkennen von Suchtstörungen	58
6.4	Suchtstörungen: Früherkennungsmöglichkeiten & Indikation	59
6.4.1	Screening-Fragebögen als Möglichkeit der Früherkennung	59
6.4.2	Ambulante oder stationäre Behandlung? Indikationskriterien	60
6.5	Die besondere Situation suchtkranker Eltern	61
6.5.1	[Methode] Abwehrmechanismen von Suchtpatienten	61
6.5.2	„Mein Kind hat nichts gemerkt ...“: Psychologische Hintergründe der Abwehrmechanismen suchtkranker Eltern	62
6.6	Motivationsstrategien für suchtbelastete Eltern	62
6.6.1	Handlungs- und Motivationsstrategien	62
6.6.2	[Methode] Transtheoretisches Modell der Veränderung	63
6.6.3	Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung nutzen	65
6.6.4	Transparenz als Strategie? Abbau von Zugangshürden und Befürchtungen suchtbelasteter Eltern	65
6.7	Fordern & Fördern: Sicherstellung der Basisversorgung und Förderung der Elternrolle	66
6.7.1	Sicherstellung der Basisversorgung	66
6.7.2	Veränderungsbereitschaft & Inanspruchnahme von Hilfen durch die Eltern	67
6.7.3	Was können Eltern tun?	67
6.8	[Methode] Kooperation mit den Eltern	68
6.9	Prävention und Intervention	68
6.9.1	Präventionsprogramme: Inhalte & Reichweite	68
6.9.2	Empfehlungen zu spezifischen Präventions- und Interventionsangeboten	69
6.9.3	Präventions- und Interventionsprogramme aus der Praxis – eine Auswahl	70
6.9.3.1	MUT! Mütterunterstützungstraining – Ein Programm zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger substituierter Mütter	70

6.9.3.2	Trampolin – Ressourcenorientiertes Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien	70
6.9.3.3	Projekt Kinderleicht – Unterstützung und Beratung für Kinder und Jugendliche aus Familien mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen	71
6.9.3.4	Projekt Kiasu – Spezielle Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien	71
6.9.3.5	SAFE®-Spezial – Bindungsbasiertes Elterstraining im Rahmen der Geburt	72
6.9.3.6	SHIFT-Elterstraining	72
6.9.3.7	„Mama denk' an mich“ – ein interdisziplinäres Versorgungsprojekt für Crystal-abhängige Eltern und deren Kinder	72
6.9.3.8	FREUNDE – AufbauSeminar „Elternsüchte – Kindernöte“	72
6.10	Spezielle Aspekte bei Drogenkonsum und -abhängigkeit	73
6.10.1	[Exkurs] Wirkungsweisen psychoaktiver Substanzen	73
6.10.2	[Exkurs] Betäubungsmittelrecht (BtMG) – Die strafrechtliche Seite	75
6.10.3	[Exkurs] Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit	75
7	[MODUL 4] KOOPERATION ZWISCHEN JUGEND- UND SUCHTHILFE	76
7.1	Ausgangslage, Wissensstand und Zielsetzungen	77
7.2	[Methode] Handlungsoptionen in der Sucht- und Jugendhilfe	78
7.2.1	[Mögliche Ergebnisse] Kategorie „Probleme“	78
7.2.2	[Mögliche Ergebnisse] Kategorie „Kompetenzen“	79
7.2.3	[Mögliche Ergebnisse] Kategorie „Chancen“	79
7.3	Wie gelingt gute Kooperation?	80
7.3.1	[Methode] Kooperation in der Gruppe	80
7.3.1.1	[Methode] Das runde Dreieck	80
7.3.1.2	[Methode] Steine/Knöpfe	80
7.3.2	Etablierung tragfähiger Kooperationsnetzwerke	80
7.3.2.1	Fachliche Anforderungen & Kooperationsklima	81
7.3.2.2	Konkretisierung der Zielsetzungen	81
7.3.2.3	[Methode] Kooperation initiieren	82
7.3.2.4	Anforderungen auf der strukturell-institutionellen Ebene	82
7.3.2.5	Empfehlungen für die Ausarbeitung von Kooperationsvereinbarungen	82
7.4	Seminarabschluss	83
7.4.1	Analyse regionaler Angebots- und Kooperationsstrukturen	83
7.4.2	Abschluss mit [Methode]	85
8	QUELLENVERZEICHNIS	86
9	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	92
10	TABELLENVERZEICHNIS	93

1 Vorwort

Der vorliegende Leitfaden zur Durchführung themenspezifischer Kooperationsseminare für Fachkräfte aus der Jugendhilfe und der Suchthilfe im Kontext suchtblasteter Familien wurde im Rahmen des Projektes [schulterschluss] für Kinder aus suchtblasteten Familien entwickelt und im Rahmen von 35 bayernweiten Kooperationsseminaren evaluiert und eingesetzt.

In einer tragfähigen Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe besteht eine wichtige Grundvoraussetzung, um die komplexen Anforderungen in der Arbeit mit suchtblasteten Familien professionell lösen zu können.

Mit dieser Arbeitshilfe möchten wir Kolleginnen und Kollegen aus der Jugendhilfe und der Suchthilfe ermutigen, tragfähige regionale Netzwerke und Kooperationen zu entwickeln. Zielsetzung ist es, durch eine Optimierung der Zusammenarbeit der relevanten Akteure aus Jugendhilfe und Suchthilfe adäquate Angebote für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien zu implementieren.

Konkret bündelt der Leitfaden Informationen und interaktive Methoden für die Moderation und Durchführung eines 2-tägigen Kooperationsseminars. Auf dieser Basis konnten in den teilnehmenden 35 Projektregionen über 250 Ideen für die Handlungsfelder

1. Thematische Sensibilisierung und Vernetzung
2. Prävention und Implementierung von Gruppenangeboten
3. Einzelfallbezogene Kooperation

entwickelt werden. Die Erfahrungen aus der Projektphase zeigen, dass ein fachliches Kennenlernen, die Auseinandersetzung mit den professionellen Haltungen des jeweils anderen Hilfesystems sowie gute Kenntnisse der Angebote und Arbeitsweisen in Jugendhilfe und Suchthilfe unverzichtbar für die Gestaltung kooperativer Beziehungen sind.

Das Projekt [schulterschluss] wurde in den Jahren 2016 bis 2019 im Rahmen des *Bayerischen Präventionsplans* mit Beschluss des *Bayerischen Landtags* umgesetzt. Das Projekt wurde vom *Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege* initiiert, finanziell gefördert und im „Schulterschluss“ mit dem *Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales* realisiert.

Für die Projektkoordination in Bayern zeichnen sich mit der *Aktion Jugendschutz, Landesarbeitsstelle Bayern e.V. (AJ)* und dem Suchthilfeträger *Prop e.V. – Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie (Prop)* zwei Träger verantwortlich, die sowohl die erforderliche inhaltliche Expertise als auch eine gute bayernweite Vernetzung zur Jugendhilfe, zur Suchtprävention sowie zur Suchthilfe mitbringen.

Die operative Projektdurchführung wurde von *Prop* übernommen.

Ein besonderer Dank für ihr konstruktives Engagement, ihre hohe Flexibilität und ihre fachliche Expertise gilt den Moderatorinnen und Moderatoren *Carolin Minksz & Carsten Gahlen, Siegfried Gift & Sebastian Reisinger, Christina Binder & Rene Spilner, Karin Rothhuber & Heribert Holzinger, Karin Mußner & Simone Groher & Ludwig Binder* sowie *Petra Helsper & Bärbel Würding*.

Eine ausführliche Projektbeschreibung und die Zusammenfassung der zentralen Projektergebnisse finden sich im Abschlussbericht: [schulterschluss] – Für suchtbelastete Familien. Impulse für die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe. Erfahrungen und Empfehlungen aus den Projektphasen I+II.





Aktion Jugendschutz,
Landesarbeitsstelle
Bayern e.V.



gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales

2 Einführung in Seminarinhalte & Seminargestaltung

Der vorliegende Leitfaden zur Seminargestaltung gliedert sich in vier ausführliche Themenmodule, die an dem Projektvorbild „Schulterchluss Baden-Württemberg“ orientiert sind (Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., 2013). In jedem Themenmodul werden informative Parts mit interaktiven Methoden kombiniert. Ergänzend hierzu finden sich eine Reihe konkreter Moderationshinweise.

Der Leitfaden wurde bewusst nicht als Manual angelegt, sondern als informatives themenspezifisches Fundament. Er soll Expertinnen und Experten in der Moderation auch im Sinne einer Materialsammlung unterstützen. Dementsprechend wurde eine inhaltliche Vorauswahl getroffen, die immer durch die fachliche Expertise des Moderationsteams zu ergänzen ist.

Für die Moderation der Schulterchluss-Kooperationsseminare ist ein Moderationsteam mit jeweils einer Expertin/einem Experten aus der Jugend- bzw. der Suchthilfe empfehlenswert.

2.1 6 inhaltliche Perspektiven

Zur Einführung in das Kooperationsseminar sollte das Moderationsteam die Thematik „Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien“ aus (sechs) grundsätzlichen Perspektiven beleuchten, sodass eine erste inhaltliche Orientierung für die

beiden Seminartage entsteht. Ergänzt werden diese unterschiedlichen Perspektiven durch eine Reihe sogenannter „Leitfragen“. In den durchgeführten Kooperationsseminaren hat sich dieses Vorgehen zum Einstieg bewährt.

2.1.1 Perspektive: Frühidentifikation & Frühintervention

Im Rahmen der Kooperationsseminare sollen Hilfen und Unterstützungsangebote nicht nur für suchbelastete Familien, in denen bereits Kindeswohlgefährdungen vorliegen, diskutiert werden. Ein ausschließlicher Fokus auf diese besonders problembelasteten Familien würde dazu führen, dass jene Kinder durch das Netz des Betrachters fallen, bei denen zwar keine Kindeswohlgefährdung gegeben ist, die aber trotzdem deutlichen psychosozialen Belastungen ausgesetzt sind. Auch oder gerade für diese Zielgruppe sind Präventions- und Unterstützungsangebote sinnvoll und zielführend. Deshalb sollen Handlungsmöglichkeiten für eine Früherkennung und Frühintervention thematisiert werden, damit die spezifischen Entwicklungsrisiken für die Kinder minimiert und Kindeswohlgefährdungen letztlich verhindert werden können.

2.1.2 Perspektive: Kinder im Blick

Häufig stehen insbesondere die Erwachsenen (Eltern) im Blickfeld der Hilfesysteme. Vor diesem

Hintergrund sollen die Seminare dafür sensibilisieren, verstärkt auch die Kinder und deren Situation in den Blick zu nehmen. In den Kooperationsseminaren bietet sich hierzu immer wieder die Möglichkeit, dass die Teilnehmenden z. B. im Rahmen der verschiedenen Fallarbeiten, die Perspektive der Kinder einnehmen und ihre professionellen Wahrnehmungen aus dem Blickwinkel der Kinder reflektieren können.

2.1.3 Perspektive: Familie im Blick

Aufgrund der unterschiedlichen Handlungsaufträge konzentrieren sich Kolleginnen und Kollegen aus der Suchthilfe möglicherweise stärker auf den abhängigen Klienten und Kolleginnen und Kollegen aus der Jugendhilfe hingegen mehr auf die Kinder oder eine möglicherweise drohende Kindeswohlgefährdung. Hier möchte das Seminar dazu motivieren, die gesamte Familie in den Blick zu nehmen und zu einem früheren Zeitpunkt gemeinsam zu handeln. Diese Bündelung der fachlichen Kompetenzen soll die Handlungsoptionen erhöhen und zu einer gemeinsamen Gestaltung der Hilfen für die betroffenen Kinder und ihre Familien führen.

2.1.4 Perspektive: Risiko

Eine Suchterkrankung in der Familie führt immer zu spezifischen Belastungen für die Familienmitglieder. Gerade für die Kinder stellt die Suchterkrankung der Eltern/eines Elternteils ein erhöhtes Entwicklungsrisiko dar. Aber nicht in jeder suchtbelasteten Familie liegt automatisch eine Kindeswohlgefährdung vor. Das Seminar soll gemeinsam mit den Teilnehmenden Handlungsoptionen für

eine Risikoeinschätzung erarbeiten und dabei auch die Hilfesystem-spezifischen Verantwortlichkeiten berücksichtigen. Priorität hat der Schutz der Kinder.

2.1.5 Perspektive: Lernendes System

Die Teilnehmenden sollen von der Fachlichkeit und den Kompetenzen der Kolleginnen und Kollegen aus „dem anderen Hilfesystem“ profitieren und gemeinsam Lösungen mit regionaler Passung entwickeln. Während des Kooperationsseminars sollen weder Ideallösungen geschult, noch spezifische Projekte zwingend eingeführt werden. Vielmehr sollen die Kooperationsseminare dazu motivieren, orientiert am regionalen Status Quo, gemeinsame Strategien zur Verbesserung der Situation suchtkranker Kinder in der Stadt/im Landkreis zu entwickeln und die Kooperationsbeziehungen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe zu überprüfen.

2.1.6 Perspektive: Balance zwischen Theorie & Praxis

Je mehr Austausch an konkreten Praxis- und Fallbeispielen stattfindet, desto mehr können die Theorieteile in den Hintergrund treten. Aber nicht für alle Fragestellungen müssen immer von Grund auf neue Inhalte in der Gruppe erarbeitet werden. Deshalb ist es wichtig, auch Best-Practice-Beispiele und wissenschaftliche Erkenntnisse jeweils dort zu nutzen, wo es bereits valide Ergebnisse gibt. Ziel der Seminare ist hier, Strategien mit bestätigter Wirksamkeit zu fördern und auf unwirksame Maßnahmen hinzuweisen, um diese zu vermeiden.

2.2 10 Leitfragen für die Schulterchluss-Kooperationsseminare

Ergänzend zu den sechs grundsätzlichen Perspektiven, die in den Kooperationsseminaren berücksichtigt werden sollen, dienen nachfolgende Leitfragen als weitere Orientierungshilfe für die Teilnehmenden:

1. Wie äußert sich die Suchtbelastung in einer Familie, insbesondere für die Kinder?
2. Welche besonderen Entwicklungsrisiken resultieren aus den Suchtproblemen der Eltern für die Kinder?
3. Wann führt elterliche Sucht zu einer Kindeswohlgefährdung?
4. Wie kann eine valide Gefährdungseinschätzung gelingen?
5. Welche Bedarfe ergeben sich daraus?
6. Welche Präventionsangebote gibt es in Deutschland für diese Zielgruppe?
7. Wie können Eltern motiviert werden, frühzeitig Präventions- und Unterstützungsangebote anzunehmen?
8. Was kann die Jugendhilfe anbieten? Was kann die Suchthilfe anbieten? Wie gut ist die Passung der bestehenden Angebote?
9. Analyse der bisherigen Kooperation: Welche Maßnahmen funktionieren gut und werden angenommen? Welche Maßnahmen fehlen?

10. Wo gibt es Optimierungsbedarfe in den Versorgungsstrukturen?

2.3 Die Zielgruppe der Schulterchluss-Kooperationsseminare

Die Frage, welche Institutionen und Dienste für die Seminarteilnahme ausgewählt und eingeladen werden sollen, sollte abhängig von der konkreten regionalen Versorgungssituation und der konkreten Zielsetzung des Seminars entschieden werden: So kann beispielweise die Teilnahme von Kolleginnen und Kollegen mit wirtschaftlicher Kompetenz und/oder Leitungsbefugnissen erforderlich sein, um bestimmte Entscheidungen treffen zu können. Dies kann aber auch dazu führen, dass dadurch finanzielle Aspekte zu stark dominieren und kreative Prozesse den finanziellen Möglichkeiten untergeordnet werden. Letztlich sind solche Abstimmungen gemeinsam mit den regionalen Organisatoren der Kooperationsseminare zu treffen.

Trotzdem sollen in diesem Kontext einige Argumente vorgestellt werden, die zur Auswahl der verschiedenen Fachdienste im Rahmen der bisherigen Kooperationsseminare geführt haben: Maßgeblich waren Überlegungen dazu, welche Fachkräfte und Fachdienste der Jugendhilfe und Suchthilfe grundsätzlich im Rahmen einer fallbezogenen Kooperation zusammenarbeiten würden und welche Dienste für die Implementierung neuer Angebote wichtig wären.

Im Bereich der Jugendhilfe gilt dies insbesondere für die Allgemeinen Sozialen Dienste (aufgrund der Fallverantwortung ist eine Teilnahme unverzichtbar), die Koordinierenden Kinderschutzstel-

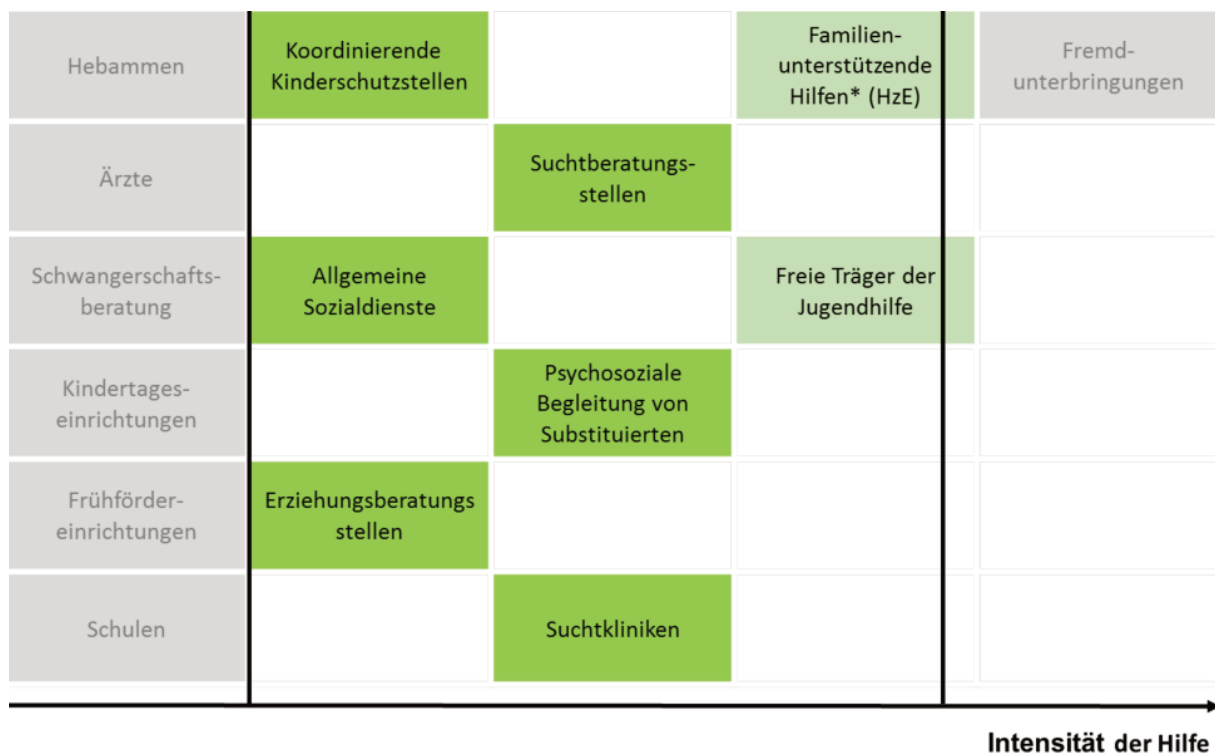
len (auch aufgrund des Netzwerkaspektes), die Erziehungsberatungsstellen sowie die Träger familienunterstützender Hilfen.

Auf Seiten der Suchthilfe stehen die Suchtberatungsstellen im Mittelpunkt (auch hier erscheint uns die Teilnahme unverzichtbar), weiterhin Einrichtungen, die eine psychosoziale Begleitung substituierter Patienten oder Eingliederungsmaßnahmen im Suchtbereich anbieten sowie Suchtkliniken (sowohl im Bereich der Akutbehandlung als auch im Bereich der Rehabilitation).

Weitere Dienste wurden nicht explizit eingeladen, weil eine zu große Heterogenität im Teilnehmer-

feld die Arbeitsfähigkeit der Seminargruppe beeinträchtigen könnte. Mitarbeitende so genannter assoziierter Dienste (Kindertageseinrichtungen, Jugendsozialarbeit an Schulen, Schwangerschaftsberatung) oder auch niedergelassene Ärzte und Hebammen bilden aufgrund ihres Kontaktes zu den Kindern und Jugendlichen ebenfalls eine wichtige Zielgruppe, die unserer Auffassung nach aber erst im Anschluss an die Kooperationsseminare durch konkrete Angebote (die im Rahmen der Seminare entwickelt werden sollen) einbezogen werden. Die Abbildung 1 zeigt die anvisierte Teilnehmerstruktur in der Übersicht, grau hinterlegt die so genannten assoziierten Dienste.

Abbildung 1: Anvisierte Zielgruppe der Schulterchluss-Kooperationsseminare



2.4 Die inhaltliche Seminarstruktur

(orientiert an Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V, 2013) ist ein Zeitfenster für ein „ausführliches Warm Up“ vorgeschaltet.

Abbildung 2 zeigt die inhaltliche Seminarstruktur in der Übersicht. Den vier thematischen Modulen

Abbildung 2: Themenmodule der Kooperationsseminare

Module	Inhalte	
WARM UP	Ausführliches Kennenlernen; Erfahrungen, Haltungen und Erwartungen austauschen	Seminartag 1
MODUL 1	Kinderschutz und Kindeswohl in Familien mit suchtkranken Eltern - Rechtliche Grundlagen	
MODUL 2	Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Eltern - Besondere Risiken	
MODUL 3	Informationen für die Arbeit mit suchtkranken Eltern - Elternrolle & Elternverantwortung	Seminartag 2
MODUL 4	Gelingende Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe	

Moderationshinweis 1

Zeitplanung

Die vorgegebenen (theoretischen) Inhalte für die Module 1 bis 4 erfordern einen jeweils unterschiedlichen Zeitaufwand, unter anderem deshalb, weil diese durch die Moderation an die Ergebnisse der Gruppenarbeiten und an den Kenntnisstand der Seminarteilnehmenden angepasst werden müssen. Für die Moderation ist es deshalb wichtig, eine flexible **Zeitplanung** vorzunehmen und eigene Schwerpunkte zu setzen. Maßgeblich sollte immer sein, dass die Gruppe ausreichend Zeit erhält, **Kooperationsmöglichkeiten** zwischen Jugend- und Suchthilfe für ihren Landkreis zu entwickeln und auszuarbeiten.

Die Seminartage sollten um 9:00 Uhr beginnen und nicht länger als bis 17:00 dauern. Ausreichende Pausen sowie eine längere Mittagspause sollten in Absprache mit den Teilnehmenden eingeplant werden.

3 Das Warm Up: Erfahrungen, Haltungen & Erwartungen austauschen

Nahezu alle im Rahmen der Projektphase I durchgeführten Kooperationsseminare verdeutlichen, dass ein ausführliches persönliches und fachliches Kennenlernen der regionalen Akteure aus Jugendhilfe und Suchthilfe empfehlenswert, letztlich sogar unerlässlich ist. Auch in kleineren kreisfreien Städten und Landkreisen kennen sich die Teilnehmenden häufig nicht persönlich und Kenntnisse zum Angebotsportfolio und der fachlichen Herangehensweise (beides wird im [Modul 1] später noch ausführlich thematisiert) des jeweils anderen Hilfesystems sind nur in begrenzter Form vorhanden. Möglicherweise bestehen dafür generalisierte

Vorstellungen, mitunter sogar Befindlichkeiten hinsichtlich des anderen Hilfesystems.

Um eine konstruktive und transparente Seminaratmosphäre zu schaffen, sollte deshalb ausreichend Zeit (ca. 60 Minuten) für das persönliche Kennenlernen der Teilnehmenden inklusive einer Vorstellung der Eckdaten und Zielsetzungen von [schulterschluss] eingeplant werden (siehe Abbildung 2). Die Methoden [Meinungssoziogramm], [Paarinterview] und [Assoziationsübung] sind hierbei optional zu betrachten.

Abbildung 3: Warm Up (Ablauf)

Warm Up: Ablauf
Vorstellung (Referentinnen/-en, Projekt)
Meinungssoziogramm
alternativ
Paarinterview
alternativ
Assoziationsübung
zusätzlich Erwartungsblitzlicht

3.1 [Methode] Das Meinungssoziogramm

[Zielsetzung]

Das Meinungssoziogramm verfolgt insbesondere die Zielsetzungen, dass sich die Teilnehmenden gegenseitig kennenlernen und potentielle Vorurteile, Bedenken und unrealistische Erwartungshaltungen gegenüber der jeweils anderen Profession identifizieren und thematisieren.

[Vorgehen]

Je nach Frageform stellen sich die Teilnehmenden hierzu in entsprechenden Gruppen zusammen oder verteilen sich entlang einer gedachten Linie im Raum. Möglich wäre auch, eine Skala von 1 bis 10 oder aber eine Skala mit zwei Polen mit Kreppband auf dem Fußboden anzubringen.

Besonders wichtig ist es, die Übung zu einem konstruktiven Abschluss zu führen und eine gute Arbeitsatmosphäre herzustellen. Ein abschließendes Erwartungsblitzlicht ist deshalb ebenso empfehlenswert.

Nachfolgende Fragen sind beispielhaft und können durch eigene Fragestellungen ergänzt werden:

- In welcher Einrichtung/Abteilung arbeiten Sie?
Was sind die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit?
➔ Aufstellung in Gruppen, Jugendhilfe vs. Suchthilfe
- Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie in Ihrem aktuellen Tätigkeitsfeld?
➔ Aufstellung entlang einer gedachten Linie, kurze vs. lange Berufserfahrung
- Wie oft haben Sie mit suchtkranken Eltern zu tun?

- ➔ Frage an die Teilnehmenden, die häufig mit suchtkranken Eltern zu tun haben: Was hat sich bewährt?
- Haben Sie schon einmal mit Kooperationspartnern aus der Jugendhilfe/Suchthilfe zusammengearbeitet? Wie empfanden Sie diese Zusammenarbeit?
- ➔ Aufstellung entlang einer gedachten Linie mit den beiden Polen „bereits Erfahrungen – bisher keine Erfahrungen“ (Vertiefung bei Teilnehmenden, die bereits über Kooperationserfahrungen verfügen: In welchem Kontext konnten Sie diese Erfahrungen machen? Was waren Ihrer Erfahrung nach die Vor- bzw. Nachteile?).
- Wer von Ihnen denkt, dass es in der Arbeit mit suchtkranken Eltern vor allem darum geht, den Eltern (zum Schutz der Kinder) die Gefährdungen und Konsequenzen zu verdeutlichen? Wer von Ihnen denkt, dass Verständnis und Einfühlungsvermögen (Empathie) die richtigen Wege sind, um die Kinder zu schützen?
- ➔ Aufstellung entlang einer gedachten Linie mit den beiden Polen „Konsequenzen – Empathie“.
- Wie gut kennen Sie die Arbeitsweisen der Jugendhilfe/der Suchthilfe?
➔ Aufstellung entlang einer gedachten Linie mit den beiden Polen „kaum – sehr gut“.

3.2 [Methode] Das Paarinterview

[Zielsetzung]

Die Methode „Paarinterview“ eignet sich vor allem zum besseren Kennenlernen der Teilnehmenden untereinander und bietet ebenfalls die Möglich-

keit, Erwartungen zu sammeln und potentielle Vorbehalte zu erkennen bzw. zu benennen.

[Vorgehen]

Jeweils zwei Teilnehmende interviewen sich zunächst gegenseitig, danach folgt die Vorstellung des Interviewpartners/der Interviewpartnerin im Plenum. Auch für das Paarinterview können die Fragen vorgegeben werden, eine Auswahl findet sich in der nachfolgenden Zusammenstellung:

1. Wie heißen Sie? Wie möchten Sie genannt werden?
2. Ein Highlight in der letzten Zeit war für Sie ...
3. Was nervt Sie manchmal?
4. Was machen Sie gerne? Was sind Ihre Interessen außerhalb der Arbeit?
5. Ihr Lieblingsgenussmittel ist ...
6. Ihre schönste/schlimmste Erfahrung in der Arbeit mit suchtbelasteten Familien war?
7. Ihre Erfahrungen mit Kooperationen waren bisher...
8. Abschlussfrage: Was ist der Grund für Ihre Teilnahme an dem Seminar heute?

3.3 [Methode] Die Assoziationsübung

[Zielsetzung]

Diese Methode unterstützt einen schnellen und direkten thematischen Einstieg, erlaubt das Sammeln von Standpunkten und gibt den Gruppen-

teilnehmenden die Möglichkeit, sich besser kennenzulernen.

[Vorgehen]

Die Teilnehmenden assoziieren zu thematisch relevanten Fachbegriffen wie z. B. „Sucht“ oder „Kindeswohl“ und notieren prägnante Stichworte auf Karteikarten.

Das Moderationsteam sammelt die Assoziationskarten und sortiert diese auf Stellwänden. Abschließend kann ein Erwartungsblitzlicht durchgeführt werden.

[MODUL 1]

Kinderschutz und Kindeswohl
in Familien mit suchtkranken Eltern
– Rechtliche Grundlagen –

4 [MODUL 1] Kinderschutz und Kindeswohl in Familien mit suchtkranken Eltern – Rechtliche Grundlagen –

4.1 Ausgangslage, Wissensstand & Zielsetzungen

Grundsätzlich sollten die rechtlichen Grundlagen im eigenen Arbeitsfeld, aber auch diejenigen für die Zusammenarbeit von Jugendhilfe- und Suchthilfe den Teilnehmenden bekannt sein. In der Praxis ergeben sich allerdings trotzdem immer wieder offene Fragen, Unsicherheiten und Informationsbedarfe. Im [Modul 1] besteht deshalb ausreichend Raum, diesbezügliche Klärungen zu diskutieren: Zunächst durch die gegenseitige Vorstellung der Arbeitsbereiche durch die Teilnehmenden und bei Bedarf ergänzt durch inhaltliche Folien, präsentiert durch das Moderationsteam.

Mit der Durchführung von [Modul 1] sollte das Moderationsteam eine inhaltliche Basis für die weiteren Module legen und den Kenntnisstand der Teilnehmenden insoweit harmonisieren, dass ein Kompetenzaustausch im weiteren Seminarverlauf erfolgen kann. Besonders relevant sind ...

- die Anregung zu einem intensiven fachlichen Austausch der Fachkräfte,
- die Klärung rechtlicher Fragestellungen in der Jugendhilfe,
- Informationen zum Jugendhilfesystem,
- die wechselseitige Klärung der professionellen Haltung und des professionellen Auftrags,
- Informationen zum Suchthilfesystem,
- sowie die Stärkung der Handlungssicherheit der Fachkräfte in der Gefährdungseinschätzung.

Nachstehende Abbildung 4 zeigt den Ablaufplan für [Modul 1]. Bei der Konzeption wurde darauf geachtet, interaktive Parts (Methoden) ergänzend zu der theoretischen Vermittlung (Input) einzubauen.

Abbildung 4: Modul 1 (Ablauf)

Ablauf	Thematische Inhalte
Methode	Professionelle Haltung und professioneller Auftrag
Input	Rechtliche Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe
Input	Kinder- und Jugendhilfe
Input	Suchterkrankungen
Input	Suchthilfesystem & rechtliche Grundlagen
Methode	Regionales Hilfesystem & potentielle Kooperationspartner
Fallarbeits	Familie mit Suchtproblemen – Gefährdungseinschätzung
Input	Informationen für eine Gefährdungseinschätzung

4.2 [Methode] Professionelle Haltung & professioneller Auftrag

[Zielsetzung]

Anknüpfend an das Kennenlernen im Warm Up soll mit dieser Übung die wechselseitige Klärung der professionellen Haltung und des professionellen Auftrags vertieft werden. Anhand der Vertiefungsfragen reflektieren die Teilnehmenden zunächst in Kleingruppen über ihr eigenes Arbeitsfeld und stellen die Ergebnisse dann im Plenum vor.

[Vorgehen]

Die Teilnehmenden bilden Kleingruppen (max. 4 – 6 Personen) nach Arbeitsfeld und Zugehörigkeit zum jeweiligen Hilfesystem (Jugendhilfe vs. Suchthilfe). Für die Bearbeitung in Kleingruppen und die Ergebniszusammenfassung sind jeweils etwa 30 Minuten einzuplanen. Alle Gruppen bearbeiten die gleichen nachstehenden Vertiefungsfragen und fassen die Ergebnisse auf Moderationskarten zusammen:

- Worin sehen Sie Ihr Ziel in der Arbeit mit suchtkranken Eltern?
- Worin liegt ihr Auftrag? Welche gesetzlichen Grundlagen sind dabei für Sie wichtig?
- Welche Haltung hat sich dabei bewährt?
- Welches Vorgehen hat sich dabei bewährt?

Die Ergebnisse werden anschließend allen Teilnehmenden präsentiert. Das Moderationsteam sammelt die Ergebnisse unter Verwendung der Kategorien „persönliche Ziele, professioneller Auftrag und gesetzliche Grundlagen, Haltung sowie Vorgehen“ an einer Pinnwand. Dieses Vorgehen kann auch zu einem erwünschten Nebeneffekt führen: Die Teilnehmenden aus der Jugendhilfe und die Teilnehmenden aus der Suchthilfe verständigen sich auch innerhalb ihrer jeweiligen Fachgruppe noch einmal hinsichtlich ihres professionellen Auftrags.

Moderationshinweis 2

Inhaltliche Redundanzen vermeiden

Die nachfolgenden Inhalte „a) zu den rechtlichen Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe, b) zur Kinder- und Jugendhilfe, c) zu Suchterkrankungen sowie d) zur Suchthilfe“ bilden grundsätzliche Informationen zu den Fragestellungen der vorangegangenen „[Methode] – Professionelle Haltung & professioneller Auftrag“ ab.

Bei ausführlicher und intensiver Bearbeitung der Fragestellungen können diese Inhalte weniger ausführlich abgehandelt oder mit dem Hinweis auf ein Skript übersprungen werden, um Redundanzen zu vermeiden. Gleiches gilt bei sehr erfahrenen Teilnehmenden.

Die Seminargestaltung sollte so angelegt werden, dass sich die Akteure beider Hilfesysteme wechselseitig über ihr fachliches Vorgehen informieren und die Angebotsstrukturen von Jugendhilfe und Suchthilfe in der Region deutlich werden.

4.3 Die Kinder- und Jugendhilfe

4.3.1 Rechtliche Grundlagen in der Kinder- und Jugendhilfe

Das Achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII) umfasst die bundesgesetzlichen Regelungen in Deutschland, die den Handlungsauftrag und dessen Umsetzung der Kinder- und Jugendhilfe betreffen. Als grund-

legende Rechtsvorschrift bestimmt der § 1 SGB VIII für junge Menschen ihr Recht auf Erziehung und Persönlichkeitsentwicklung, verdeutlicht die Verantwortung von Eltern gegenüber ihren Kindern, benennt das staatliche Wächteramt und verweist auf die Aufgaben der Jugendhilfe.

§ 1 SGB VIII

- (1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.
- (2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
- (3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere
 1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Tabelle 1: Ausgewählte, rechtliche Grundlagen in der Kinder- & Jugendhilfe

Gesetz	Definitionen, Vorgaben, Handlungspflichten	§§, Artikel
Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)	<ul style="list-style-type: none"> Wächteramt des Staates Pflege und Erziehung der Kinder sind das Recht und die zuvörderst obliegende Pflicht der Eltern 	Art. 6 GG
Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)	<ul style="list-style-type: none"> Gerichtliche Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung 	§ 1666 BGB
Bundeskinderschutzgesetz –Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (BKisSchG)	<ul style="list-style-type: none"> seit 2012 in Kraft bezieht erstmals Mitarbeiter von Suchtberatungsstellen in den Kinderschutz mit ein 	Art. 1-3
Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)	<ul style="list-style-type: none"> erweitert den Kreis der Berufsgruppen (z. B. um Ärzte und Suchtberater), die Anspruch auf eine Beratung durch eine Insoweit-erfahrene-Fachkraft bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung besitzen ermöglicht den genannten Berufsgruppen eine Datenweitergabe in pseudonymisierter Form 	§ 4 KKG
Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) Kinder- und Jugendhilfe	<ul style="list-style-type: none"> Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung Hilfen zur Erziehung Inobhutnahme 	§ 8a & 8b SGB VIII §§ 27ff SGB VIII § 42 SGB VIII
Strafgesetzbuch (StGB)	<ul style="list-style-type: none"> Schweigepflicht 	§ 203 StGB

Neben den Vorschriften des achten Sozialgesetzbuches (SGB VIII) finden sich weitere Definitionen, Vorgaben und Handlungsverpflichtungen für die Kinder- und Jugendhilfe im Grundgesetz (GG), im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), im Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG), im Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) sowie im Hinblick auf die Schweigepflicht im Strafgesetzbuch (StGB). Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die wichtigsten Rechtsvorschriften.

4.3.2 Kinderschutz und Staatliches Wächteramt

Aus Art. 6 GG und § 1 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 SGB VIII leitet sich neben dem Elternrecht das so genannte staatliche Wächteramt für die Träger der öffentlichen Jugendhilfe ab, das gemeinsam mit dem Fa-

miliengericht mit der Wahrnehmung der Aufgaben zum Schutz von jungen Menschen betraut ist. Dabei ist das Jugendamt für die Einschätzung von Gefährdungssituationen und für die Hilfestellung gegenüber den Eltern und ihren Kindern zuständig; dem Familiengericht obliegen im Konfliktfall die Entscheidungen, die die elterliche Sorge berühren.

Selbst wenn also das Jugendamt mit seinen Kooperationspartnern, wie beispielsweise der Suchthilfe, eine Gesamtverantwortung vereinbart, verbleibt die Zuständigkeit und Verantwortung zur Sicherung des Kindeswohles bei der öffentlichen Jugendhilfe (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, Familie und Frauen, 2012).

4.3.3 Familiengerichtliche Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung

Das Bürgerliche Gesetzbuch benennt im § 1666 Abs. 1 BGB familiengerichtliche Maßnahmen, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl oder das Vermögen eines Kindes gefährdet sind. Für das Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung müssen hierbei immer zwei Voraussetzungen erfüllt sein:

1. die bereits beschriebene Gefährdung des Kindes (körperliche Vernachlässigung, seelische Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, seelische Misshandlung, sexuelle Gewalt) und
2. Eltern, die nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden

Welche Maßnahmen infrage kommen, um das Kindeswohl sicherzustellen, entscheidet das Familiengericht in eigener Zuständigkeit.

4.3.4 Inobhutnahme bei dringender Gefahr (§ 42 SGB VIII)

Als eine Inobhutnahme bei dringender Gefahr für das Kindeswohl im Sinne des § 42 SGB VIII wird die kurzfristige, vorläufige Unterbringung eines Kindes durch das Jugendamt definiert (§ 8a Abs. 2 Satz 2 SGB VIII iVm § 42 SGB VIII). Eine dringende Gefahr liegt vor, wenn der Eintritt eines erheblichen Schadens unmittelbar bevorsteht und die Schutzmaßnahme somit keinen Aufschub duldet.

In den Fällen, in denen eine Inobhutnahme notwendig ist und durchgeführt wird, die Eltern ihr jedoch widersprechen, muss umgehend eine familiengerichtliche Entscheidung herbeigeführt bzw. nachgeholt werden (Zentrum Bayern Familie

und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2007).

Maßnahmen zur Trennung des Kindes von der elterlichen Familie sind nur zulässig, wenn der bestehenden Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden kann (§ 1666a Abs.1 BGB).

Weiterführende Hinweise finden sich in den Fachlichen Empfehlungen zur Inobhutnahme gemäß § 42 SGB VIII des Bayerischen Landesjugendamtes (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2007).

4.3.5 Vertrauensschutz und Schweigepflicht in der Kinder- und Jugendhilfe

Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe unterliegen hinsichtlich der Informationen, die ihnen von Klienten im Rahmen der persönlichen und erzieherischen Hilfe anvertraut wurden, dem besonderen Vertrauens- bzw. Datenschutz (§ 65 SGB VIII) und der strafrechtlich bewehrten Schweigepflicht (§ 203 StGB). Eine Informationsweitergabe, z. B. im Rahmen einer Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle, ist deshalb ohne eine Schweigepflichtentbindung nur möglich, wenn ein rechtfertigender Notstand nach § 34 StGB vorliegt. Ein rechtfertigender Notstand ist dann gegeben, wenn eine gegenwärtige Gefahr für ein höherwertiges Rechtsgut (z. B. Kindeswohlgefährdung) besteht und die Gefahr nicht anderweitig abgewendet werden kann (Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., 2016; Landeshauptstadt München, 2007).

4.4 Ausgewählte Leistungen und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe

Das Leistungsportfolio der Kinder- und Jugendhilfe, das in kommunaler Verantwortung zur Unterstützung von Familien bereitgestellt wird, ist äußerst vielschichtig. Neben den Angeboten der Jugendarbeit, des erzieherischen Kinder- und Jugendschutzes, den allgemeinen Beratungsangeboten, Angeboten zur Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen, Hilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, Hilfe für junge Volljährige und Nachbetreuungsangebote, finden sich auch die Hilfen zur Erziehung gemäß § 27 ff. SGB VIII.

4.4.1 Hilfen zur Erziehung

Eltern und andere Personensorgeberechtigte haben einen Rechtsanspruch auf Hilfe zur Erziehung, wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist (§ 27 SGB VIII). Wel-

che Art der Hilfe notwendig und geeignet ist, richtet sich dabei nach dem Bedarf im Einzelfall, den das Jugendamt mittels sozialpädagogischer Diagnose feststellt. In Abstimmung mit den jungen Menschen, Personenberechtigten und gegebenenfalls weiteren Personen, entscheidet das örtliche Jugendamt, welche Hilfestellung sinnvoll und erforderlich ist.

In den §§ 27ff SGB VIII werden acht verschiedene, aber gleichwertige Arten der Hilfen benannt. Darüber hinaus können andere Hilfeformen entwickelt werden, sofern sie dem Einzelfall besonders gerecht werden. Je nachdem welche und in welcher Intensität Unterstützungs- und Hilfebedarfe vorliegen, reichen die Hilfen zur Erziehung (siehe Tabelle 2) von ambulanten Angeboten (z. B. Erziehungsberatung), über familienergänzende Hilfen (Tagesgruppe) bis hin zu stationären familienersetzenden Hilfen (z. B. Heimerziehung).

Tabelle 2: Hilfen zur Erziehung (§§ 27ff SGB VIII)

Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27ff SGB VIII		
Familienunterstützende Hilfen:	Familienergänzende Hilfen:	Familienersetzende Hilfen:
<ul style="list-style-type: none"> • § 28 Erziehungsberatung • § 29 Soziale Gruppenarbeit • § 30 Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer • § 31 Sozialpädagogische Familienhilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • § 32 Erziehung in einer Tagesgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • § 33 Vollzeitpflege • § 34 Heimerziehung, betreute Wohnform und • § 35 Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung

4.4.2 Wahrnehmung des Schutzauftrages in der Kinder- und Jugendhilfe

Der § 8a SGB VIII konkretisiert für die Jugendhilfe die Umsetzung des Schutzauftrags (siehe Kapitel 4.3.1. Kinderschutz und Wächteramt), sowohl hinsichtlich des fachlichen Vorgehens bei Anhaltspunkten für Kindeswohlgefährdung als auch in der Zusammenarbeit der beteiligten Akteure:

Demnach sollen alle Träger und Einrichtungen, die Aufgaben nach dem SGB VIII erfüllen, ihren Schutzauftrag eigenständig wahrnehmen, sobald ihnen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung bekannt werden. Als fachliche Standards im Vorgehen gelten, dass das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte und unter Einbeziehung des jungen Menschen und seiner Eltern (soweit dies nicht dem Schutz entgegensteht) eingeschätzt und bei der Familie auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt wird. An der Gefährdungseinschätzung muss mindestens eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend beteiligt sein (zur Qualifikation der insoweit erfahrenen Fachkraft siehe: Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2012). Das Jugendamt muss informiert werden (→ Gefährdungsmittelung), wenn eigene Maßnahmen nicht ausreichen, um die Gefährdung abzuwenden (§ 8a Abs. 4 SGB VIII).

Als leitendes Ziel für diese Handlungspflichten ist das frühzeitige Erkennen und Abwenden von Gefährdungen, auch durch die Träger der freien Jugendhilfe, zu verstehen. In diesem Sinne sind die Jugendämter aufgefordert, mit den Trägern der freien Jugendhilfe schriftliche Vereinbarungen abzuschließen, die die fachlich gebotenen Standards bei Verdachtsmomenten auf Kindeswohlgefähr-

dung sicherstellen. Die Gesamtverantwortung für die Umsetzung des Schutzauftrags und die Sicherstellung des Kindeswohls verbleibt bei den Jugendämtern als „letzterverantwortliche Gewährleistungsträger“ und kann nicht delegiert werden (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2012).

Die bereits oben skizzierten Handlungsschritte der Jugendhilfe im Rahmen des Schutzauftrages lassen sich detaillierter beschreiben:

1. **Mitteilung an den Vorgesetzten & kollegiale**

Beratung: Nimmt eine Fachkraft gewichtige Anhaltspunkte (siehe hierzu auch die Übersicht unter 4.6.4) für eine Kindeswohlgefährdung wahr, ist zunächst der direkte Vorgesetzte zu informieren. Lässt sich im Rahmen der kollegialen Beratung die Vermutung eines Gefährdungsrisikos nicht völlig ausschließen, sieht der Gesetzgeber vor, dass die Situation im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte formell eingeschätzt wird (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2012).

2. **„Mehraugenprinzip“ – Formelle Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte und unter Einbeziehung des jungen Menschen und seiner Eltern:**

Es ist konkret festzuhalten, welche Fachkräfte (namentlich) bzw. welche Organisationseinheiten bei der Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu beteiligen sind. Des Weiteren sind die Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten ebenso wie die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen unbedingt in den Prozess miteinzubeziehen. Kann der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen aufgrund der Einbeziehung der Erziehungs- und Personensorgeberechtigten nicht gewährleistet werden, ist davon abzusehen (§ 8a Abs. 1 Satz 2

SGB VIII). In der Würdigung der Gesamtsituation muss entschieden werden, inwieweit es erforderlich ist, sich einen „unmittelbaren Eindruck vom Minderjährigen und von dessen persönlicher Umgebung zu verschaffen“ (ebd.).

3. Prüfung inwieweit Hilfen zur Abwendung des Gefährdungsrisikos erforderlich sind: Führt die formelle Einschätzung des Gefährdungsrisikos zu der Einschätzung, dass für die Abwendung der Gefährdung spezifische Hilfemaßnahmen erforderlich sind, muss auf die Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten hingewirkt werden, dass diese die Unterstützungsmaßnahmen annehmen. Dies gilt entsprechend für weitere Maßnahmen z. B. im Bereich der Gesundheitshilfe oder nach dem Gewaltschutzgesetz (ebd.).

4. Weitergehende Maßnahmen im Sinne eines umfassenden Schutzkonzeptes: Kann durch diese Maßnahmen die Gefährdung nicht abgewendet werden oder „sind die Erziehungs- oder Personensorgeberechtigten nicht in der Lage oder bereit, diese in Anspruch zu nehmen“, ist das zuständige Jugendamt umgehend zu informieren. Das Jugendamt leitet dann weitergehende Maßnahmen (z. B. Einschaltung anderer zuständiger Stellen, Inobhutnahme, Anrufung des Familiengerichts) im Sinne eines umfassenden Schutzkonzepts in die Wege (ebd.).

5. Schriftliche Dokumentation: Alle Ergebnisse und Verfahrensschritte müssen schriftlich und nachvollziehbar dokumentiert werden (ebd.).

Insgesamt resultieren aus diesen Regelungen für alle Fachkräfte der Jugendhilfe, die in einer einzelfallbezogenen Kooperation zusammenarbeiten, eine Reihe spezifischer Anforderungen:

- a) Das Erkennen von Gefährdungen anhand von Indikatoren.
- b) Die Gefährdungseinschätzung unter Einbeziehung der Eltern und Kinder.
- c) Die Entwicklung einer gemeinsamen Problemsicht mit den Eltern.
- d) Die Auswahl geeigneter Hilfen und Maßnahmen zum Kinderschutz.

4.4.3 Beratungsansprüche im Kinderschutz (§ 8b Abs. 1 SGB VIII; § 4 Abs. 2 KKG)

Mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) 2012 hat der Gesetzgeber sowohl den Beratungskontext der insoweit erfahrenen Fachkräfte als auch die Gruppen, die Anspruch auf die fachliche Beratung zur Gefährdungseinschätzung haben, erweitert.

So können sich alle Personen, die außerhalb der Jugendhilfe im beruflichen Kontakt mit jungen Menschen sind, von insoweit erfahrenen Fachkräften bei der Einschätzung von wahrgenommenen Anhaltspunkten einer Kindeswohlgefährdung beraten lassen (§ 8b Abs. 1 SGB VIII).

Die in § 4 Abs. 1 KKG genannten Berufsgeheimnisträger, wie beispielsweise Beraterinnen oder Berater für Suchtfragen, haben ebenfalls diesen Beratungsanspruch gegenüber dem öffentlichen Träger der Jugendhilfe (§ 4 Abs. 1 KKG). Sie sind jedoch gleichermaßen wie die Fachkräfte der Jugendhilfe aufgefordert, mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation zu erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inan-

spruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird (§ 4 Abs. 1 KKG). Erhärten sich die Anhaltspunkte für eine Misshandlung, Vernachlässigung oder einen sexuellen Missbrauch eines Kindes oder Jugendlichen sind sie verpflichtet, diese unter Übermittlung der erforderlichen personenbezogenen Daten unverzüglich dem Jugendamt mitzuteilen (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 2012).

Die Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft wird von den fallführenden Fachkräften bzw. von den anspruchsberechtigten Personengruppen initiiert.

Die vorrangige Funktion der insoweit erfahrenen Fachkräfte ist die methodisch-strukturelle Qualifizierung der Gefährdungseinschätzung im Einzelfall, inklusive der Prüfung, ob weitere Informationen erhoben werden müssen, ob und wie die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der bzw. die Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden können, welche Ressourcen in der Familie oder deren Umfeld zum Schutz des Kindeswohls zur Verfügung stehen etc. Dieser diagnostische Auftrag ersetzt nicht die Anamnese und Diagnose durch die fallzuständige Fachkraft, sondern ist ergänzend als zusätzliche fall- und hierarchieunabhängige Expertise zu verstehen. Auf der Grundlage der qualifizierten Gefährdungseinschätzung berät die insoweit erfahrene Fachkraft die anfragende Person hinsichtlich deren weiterer notwendiger Schritte zum Schutz des Kindeswohls (Reiners & Krüger, 2013). Werden Nichtfachkräfte beraten, ist deren fachlicher Kenntnisstand zu berücksichtigen und die Beratung entsprechend zu gestalten.

Voraussetzung für eine gelingende fachliche Beratung und Begleitung im Kinderschutz durch insoweit erfahrene Fachkräfte ist, dass

- das Beratungsangebot bedarfsgerecht und rechtzeitig zur Verfügung steht und
- den anspruchsberechtigten Akteuren die Aufgaben, Kontaktwege und -daten der jeweiligen insoweit erfahrenen Fachkraft bekannt sind.

4.5 Suchterkrankungen

Sucht ist eine chronisch-rezidivierende Erkrankung. Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung wird auf eine Wechselwirkung von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (vgl. Abbildung 5) zurückgeführt. Die Suchtentstehung wird hierbei als ein dynamischer Prozess verstanden, der mehrdimensional im Beziehungsfeld der Faktoren Droge, Person und soziales Umfeld stattfindet. Im Laufe einer Suchtentstehung lassen sich verschiedene Stadien (Genuss, Konsum, Gewohnheit, Missbrauch, Abhängigkeit) erkennen, diese werden aber weder linear noch zwangsläufig durchlaufen. Die Entwicklung einer Suchterkrankung ist grundsätzlich abhängig von der individuellen Vulnerabilität des Menschen (Grosshans & Mann 2012).

Aktuelle epidemiologische Daten zur Verbreitung riskanter Konsummuster und substanzbezogener Störungen werden von der Deutschen Hauptstelle

für Suchtfragen im jährlich erscheinenden „Jahrbuch Sucht“ veröffentlicht.

In der Beratung und Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Suchterkrankungen spielen vor allem die Hauptdiagnosen Alkohol, Cannabinoide und Opioide eine quantitativ wichtige Rolle. Im Bereich der verhaltensbezogenen Störungen trifft dies auf das Pathologische Glücksspielen zu. Seit kurzem erfasst die deutsche Suchthilfestatistik auch Exzessive Mediennutzung als weitere Hauptdiagnose (Dauber et al., 2018; siehe auch Tabelle 3). Da es sich um ein sehr heterogenes Störungsbild handelt und der aktuelle Forschungsstand eine Neuaufnahme als Diagnose in die ICD-11 nicht erlaubt, empfiehlt die „WHO-Arbeitsgruppe zu Zwangs- und verwandten Störungen (...) kein Äquivalent zur Forschungsdiagnose Internet Gaming Disorder des DSM-5“ aufzunehmen (ebd.).

Abbildung 5: Das bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung

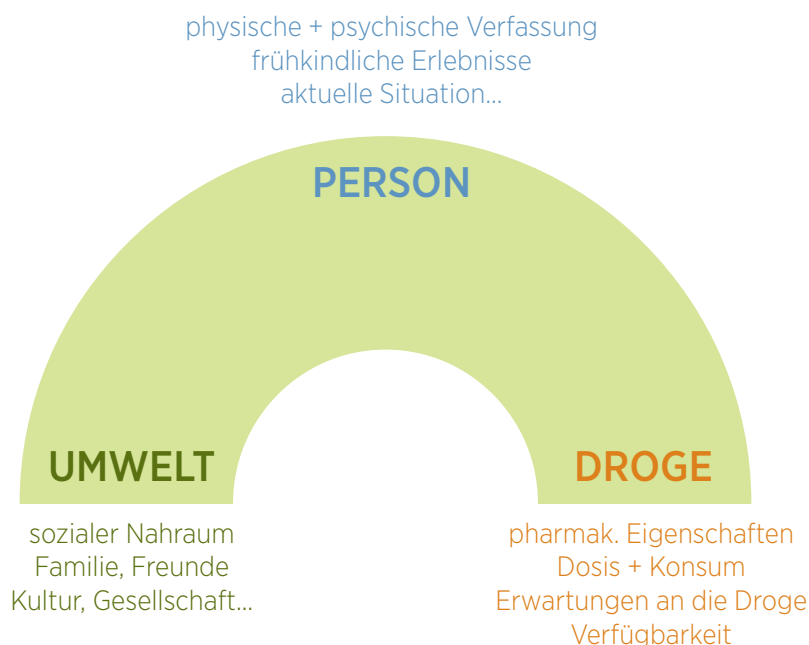


Tabelle 3: Deutsche Suchthilfestatistik: Ausgewählte Hauptdiagnosen 2017

Anteil der Behandlungen im Jahr 2017		
Hauptdiagnose	ambulanter Bereich	stationärer Bereich
Alkohol	48,3 %	66,5 %
Cannabinoide	18,4 %	9,2 %
Opioide	13,0 %	4,8 %
Stimulantien	6,1 %	6,6 %
Pathologisches Glücksspiel	5,9 %	4,1 %
Exzessive Mediennutzung	0,8 %	0,3 %

Für den Konsum von Alkohol wurden vom wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen Grenzwerte definiert: Demnach liegt die Schwelle für einen risikoarmen Konsum bei maximal 12 Gramm reinen Alkohols pro Tag für Frauen und für Männer bei maximal 24 Gramm pro Tag (also etwa 0,5 – 0,6 Liter Bier oder 0,25 – 0,3 Liter Wein mit einem durchschnittlichen Alkoholgehalt; für Frauen entsprechend die halbe Menge). Zudem sollte an mindestens zwei Tagen pro Woche kein Alkohol konsumiert werden (Seitz & Bühringer, 2010). Für weitere Substanzen wurden bisher keine Grenzwerte definiert.

4.5.1 Die diagnostischen Klassifikationssysteme

Für die Diagnose einer Suchterkrankung stehen im klinischen und/oder wissenschaftlichen Bereich zwei maßgebliche Klassifikationssysteme zur Verfügung:

1. ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; WHO (Dilling, Mombour & Schmidt, 2013)
2. DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association (Falkai, Wittchen & Döpfner, 2014)

Die beiden Klassifikationssysteme verwenden unterschiedliche Begriffe für ein Konsumverhalten, das nicht die Diagnosekriterien einer Abhängigkeit erfüllt, aber bereits zu körperlichen, psychischen oder sozialen Beeinträchtigungen führt: Die ICD-10 verwendet hierfür den Begriff des **schädlichen Gebrauchs** (ICD-10). Im DSM-4 wurde ein vergleichbares Konsumverhalten mit dem Begriff des **Missbrauchs** (DSM-4) beschrieben.

Der Begriff der **Abhängigkeit** wurde bereits 1964 offiziell von der WHO eingeführt und sollte den Begriff der Sucht ersetzen. Beide Begriffe, Sucht und Abhängigkeit, werden häufig noch immer synonym verwendet. Entzugssyndrome mit Toleranzsteigerungen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren und eine Zentrierung des Denkens gelten als deutliche Hinweise für eine Abhängigkeitserkrankung. Mit der aktuellen Version des DSM-5 wurde eine dimensionale Betrachtungsweise eingeführt und die bisherigen Störungsbilder Missbrauch und Abhängigkeit wurden in dem gemeinsamen Störungsbild der **Substanzgebrauchsstörung** zusammengefasst (Batra et al., 2016).

ICD-10

In Deutschland ist die Verwendung der ICD-10 üblich. Derzeit befindet sich das Klassifikationssystem in Überarbeitung, ein Entwurf zur ICD-11 liegt bereits vor. Konzeptionell wird mit der ICD-10 eine kategoriale Diagnostik vorgenommen und zwischen den Begriffen schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit unterschieden (vgl. Abbildung 6).

Pathologisches Glücksspielen wird in der ICD-10 als Störung der Impulskontrolle (F63.0) klassifiziert: Das Störungsbild beschreibt ein wiederholtes, episodenhaftes Glücksspiel über einen längeren Zeitraum, das die Lebensführung des betroffenen Patienten beherrscht und „zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt“ (ebd.).

Abbildung 6: Kriterien einer Abhängigkeit in der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2013)

Für die Diagnose einer Abhängigkeit müssen nach ICD-10 mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gleichzeitig erfüllt gewesen sein:

1. starkes, oft unüberwindbares Verlangen, die Substanz einzunehmen
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft)
3. körperliche Entzugssymptome
4. benötigen immer größerer Mengen, damit die gewünschte Wirkung eintritt
5. fortschreitende Vernachlässigung anderer Verpflichtungen, Aktivitäten, Vergnügen oder Interessen (das Verlangen nach der Droge wird zum Lebensmittelpunkt)
6. fortdauernder Gebrauch der Substanz(en) wider besseres Wissen und trotz eintretender schädlicher Folgen.

DSM-5

Für die dimensionale Diagnostik einer Substanzgebrauchsstörung benennt der DSM-5 elf Kriterien. Eine Diagnose wird vergeben, wenn zwei dieser

Kriterien in den letzten 12 Monaten vorlagen, der Schweregrad der Störung kann anhand der Anzahl der vorliegenden Kriterien noch weiter spezifiziert werden:

Abbildung 7: Kriterien einer Substanzgebrauchsstörung im DSM-5 (Falkai, Wittchen & Döpfner, 2014)

Für die Diagnose einer Substanzgebrauchsstörung im DSM-5 müssen zwei der nachfolgenden elf Kriterien innerhalb von 12 Monaten auftreten:	
1.	wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt
2.	wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann
3.	fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme
4.	Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis
5.	Entzugssymptome oder deren Linderung beziehungsweise Vermeidung durch Substanzkonsum
6.	Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant
7.	anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren
8.	hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen
9.	Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums
10.	fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme
11.	Craving, das starke Verlangen nach der Substanz
Diagnose der Schwere der Störung anhand der Merkmalsanzahl	
	2 – 3 Kriterien: milde Störung
	4 – 5 Kriterien: moderate Störung
	mindestens 6 Kriterien: schwere Störung

4.5.2 Professionelle Haltungen in der Suchtbehandlung

Eine zeitgemäße Suchtbehandlung orientierte sich in den letzten Jahren immer weniger an bestimmten ideologischen Grundhaltungen, dafür zunehmend stärker an evidenzbasierten Behandlungsprinzipien und -leitlinien. Damit verbunden ist ein deutlich erkennbarer Wandel in professionellen Haltungen und Paradigmen: Abhängige werden nicht mehr als willensschwach stigmatisiert und das tradierte Leidensdruck-Paradigma wird zusehends abgelöst von einem modernen Motivations-Paradigma. Dadurch ersetzen niedrigschwellige Zugangswege zunehmend ein hochschwelliges, motivationsprüfendes Hilfesystem. Abstinenz, lange Zeit das einzige zu priorisierende Behandlungsziel, wird ergänzt durch Strategien und Angebote der Risikominimierung und Konsumreduktion (Kiefer, 2011).

In diesem Kontext gelten Therapie- und Abstinenz-motivation nicht mehr als Voraussetzung für eine Suchtbehandlung, sondern werden zu einem wichtigen Bestandteil der Therapie. Auch damit verschwinden motivationsprüfende Hürden zunehmend (Lindenmeyer, 2012).

4.6 Suchthilfesystem & rechtliche Grundlagen

4.6.1 Das Hilfesystem im Überblick

Nachfolgende Übersicht der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen zeigt die verschiedenen Handlungsfelder von der Akutbehandlung über die Betreuung und Beratung bis hin zur Förderung der

Teilhabe und ambulanter und stationärer Behandlung, nennt die jeweiligen Leistungserbringer, die Hilfeleistungen sowie die relevanten Gesetze (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2010; vgl. Abbildung 8: Suchthilfesystem):

Abbildung 8: Suchthilfesystem

Akutbehandlung		
Leistungserbringer/Hilfe	Kurzbeschreibung	§§
Niedergelassene Ärzte	Früherkennung & Frühintervention	SGB V
Psychotherapeuten Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie		SGB V
Psychiatrische Institutsambulanzen		SGB V
Allgemeinkrankenhäuser	Entzugsbehandlungen/Entgiftungen	SGB V
Psychiatrische Kliniken	Qualifizierte Entzugsbehandlung Behandlung für Abhängigkeitskranke mit psychiatrischer Zusatzstörung	SGB V

Betreuung & Beratung [Suchthilfe]		
Leistungserbringer/Hilfe	Kurzbeschreibung	§§
Niedrigschwellige Hilfeangebote	Streetwork, Kontaktläden, Konsumräume	freiwillige staatliche Leistungen
Suchtberatungs- und Behandlungsstellen	zentrale Anlaufstellen, Beratung & Infor- mation, Weitervermittlung, ambulante Rehabilitation	Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst
Übergangseinrichtungen	vollstationäres Angebot; Ziel ist die Ver- mittlung in ein geeignetes Folgeangebot (medizinische Rehabilitation, Betreute Wohnheime, Betreutes Einzelwohnen)	SGB XII

Betreuung & Beratung [Gesundheitliche Versorgung]		
Leistungserbringer/Hilfe	Kurzbeschreibung	§§
Gesundheitsämter	Leistungen im Rahmen der sozialmedizinischen Aufgaben	Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst
Sozialpsychiatrische Dienste	vorsorgende und nachgehende Hilfen, Kriseninterventionen	Gesetze für den öffentlichen Gesundheitsdienst
Soziale Dienste in Krankenhäusern	Information über und Motivation zu wei- terführenden Hilfsmaßnahmen	SGB V

Abbildung 8: Suchthilfesystem

Betreuung & Beratung [Soziale Sicherung]		
Leistungserbringer/Hilfe	Kurzbeschreibung	§§
Betriebliche Suchtkrankenhilfe	Schwerpunkt: betriebsbezogenes Interventionsprogramm	Normen zu Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit
Beratung durch Rehabilitationsträger	Information, Beratung und Motivation zur Behandlung	SGB IX

Förderung der Teilhabe		
Leistungserbringer/Hilfe	Kurzbeschreibung	§§
Soziale Rehabilitation	Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit, zur gesellschaftlichen Teilhabe	SGB XII
Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote	Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für Patienten in unterschiedlichen Konsum- und Substitutionsphasen	SGB II, SGB III, SGB VI, SGB XII
Selbsthilfe	Gruppengespräche, Hilfe zur Selbsthilfe	

Behandlung		
Leistungserbringer/Hilfe	Kurzbeschreibung	§§
Qualifizierte Entzugseinrichtungen	Entgiftungsbehandlung mit zusätzlichen motivierenden & psychosozialen Angeboten	SGB V
Ambulante Entwöhnung	in Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, Tageskliniken	SGB VI
Stationäre Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation	Fachkliniken mit dem Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit	SGB VI
Adaptionseinrichtungen	Realitätsorientierte Anschlussphase an die stationäre Reha	SGB VI

Ergänzend soll an dieser Stelle auf das Handlungsfeld der Suchtprävention hingewiesen werden: Professionelle Suchtprävention gliedert sich in universelle Präventionsmaßnahmen (für die gesamte Bevölkerung), selektive Präventionsmaßnahmen (für bestimmte Bevölkerungsgruppen, die Risikofaktoren aufweisen, wie z. B. Kinder suchtkranker Eltern) sowie in indizierte Präventionsmaßnahmen

(für Zielgruppen, die bereits ein bestimmtes Risikoverhalten zeigen, wie z. B. jugendliche Cannabiskonsumenten). Präventive Aufgaben werden in Deutschland von einer Vielzahl unterschiedlicher Institutionen durchgeführt, insbesondere aus den Bereichen der Suchthilfe, der Gesundheitsförderung und des erzieherischen Jugendschutzes.

4.6.2 [Methode] Regionales Hilfesystem und potentielle Kooperationspartner

[Zielsetzung]

Zum Abschluss der wechselseitigen Informationen über wichtige Aspekte beider Hilfesysteme ist es wichtig, diese zu regionalisieren und die tatsächlichen Strukturen im jeweiligen Einzugsgebiet und weitere potentielle Kooperationspartner zu benennen.

[Vorgehen]

Gemeinsam mit den Teilnehmenden werden

- die relevanten Jugendhilfeeinrichtungen und -angebote,
- die relevanten Suchthilfeeinrichtungen
- sowie wichtige Kooperationspartner

in der Region gesammelt und auf einer Flipchart notiert. In den Kooperationsseminaren während der Projektphase erwies sich die Flipchart als außerordentlich wichtig. Durch die Visualisierung der regionalen Angebote entstand oftmals ein zusätzlicher Kooperationsimpuls, da häufig die Angebotspalette vielfältiger war, als von den Teilnehmenden angenommen.

4.6.3 [Fallbearbeitung] - Familie mit Suchtproblemen

Moderationshinweis 3

Fallbearbeitung

Der vorgestellte Fall soll als Grundlage für unterschiedliche fachliche Fragestellungen dienen, die sich in der Arbeit mit suchtbelasteten Familien und in der Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe ergeben können. Im Laufe des 2-tägigen Seminars können anhand des Falles folgende Themenbereiche als Arbeitsaufträge behandelt werden.

- Arbeitsauftrag 1: Gefährdungseinschätzung (siehe 4.6.3)
- Arbeitsauftrag 2: Suchtkranke Eltern, belastete Kinder (siehe 5.4)
- Arbeitsauftrag 3: Erkennen von Suchtstörungen (siehe 6.3)

Bewusst wurde auf die Darstellung einer besonders schwierigen Fallkonstellation ebenso wie auf sehr detaillierte und ausführliche Schilderungen der familiären Situation verzichtet. Einerseits um zu gewährleisten, dass sich die Fallarbeit am Arbeitsalltag und nicht an besonders außergewöhnlichen Schilderungen orientiert. Andererseits sollen die Teilnehmenden weniger einen vorgegebenen Fall lösen, als vielmehr ihre eigenen „fachlichen und diagnostischen Kompetenzen“ mit den anderen Teilnehmenden austauschen, diskutieren und schulen. Auch hier sollen immer Optimierungsmöglichkeiten durch eine Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe mitgedacht werden.

Um Redundanzen zu vermeiden, ist zu beachten, dass sich im Anschluss an die Arbeitsaufträge Folien finden, die theoretischen Input zu den Fragestellungen liefern:

- Arbeitsauftrag 1: Gefährdungseinschätzung (Theorie siehe 4.6.4)
- Arbeitsauftrag 2: Suchtkranke Eltern, belastete Kinder (Theorie siehe 5.6)
- Arbeitsauftrag 3: Erkennen von Suchtstörungen (Theorie siehe 6.4)

Die Fallschilderung kann auch als fingiertes Telefongespräch zwischen den Moderatoren bzw. Moderatorinnen eingeführt werden.

[Falldarstellung]

Frau Z., Mitarbeiterin beim Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), betreut aktuell eine Familie mit zwei Kindern (3-jähriges Mädchen, 7-jähriger Junge). Über den Vater ist bekannt, dass er gelegentlich zu übermäßigem Alkoholkonsum neigt. Als sich sowohl die Schule als auch die Kindertageseinrichtung beim ASD melden, weil auch die Mutter anscheinend ähnliche Probleme habe und öfter nach Alkohol rieche, entwickelt sich eine neue Situation.

Im Rahmen der Gefährdungseinschätzung ergeben sich für Frau Z. verschiedene Fragen im Hinblick auf eine mögliche Suchtproblematik in der Familie.

Sie nimmt deshalb telefonischen Kontakt zur regionalen Suchtberatungsstelle auf.

Mit Herrn T. (Suchttherapeut) vereinbart sie einen Termin zum anonymisierten Austausch.

[Arbeitsauftrag 1] – Gefährdungseinschätzung

Für die Bearbeitung der Fragestellungen bilden die Teilnehmenden gemischte Gruppen mit jeweils Teilnehmenden aus der Jugendhilfe und der Suchthilfe. Die Auswertung der Fragestellungen erfolgt gemeinsam im Plenum.

1. Was sind grundsätzliche Kriterien für eine Gefährdungseinschätzung?
2. Wie sollte eine Gefährdungseinschätzung ablaufen? Welche Fachkräfte sollten beteiligt werden?
3. Wie kann der Prozess einer Gefährdungseinschätzung mit den relevanten Kooperationspartnern organisiert werden?
4. Welche Hürden birgt eine Gefährdungseinschätzung in Kooperation? Wie können diese überwunden werden?

4.6.4 Ergänzende Informationen zur Gefährdungseinschätzung: Gewichtige Anhaltspunkte

Auslöser der Wahrnehmung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII sind „gewichtige Anhaltspunkte“ für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen.

Als Gefährdung des Kindeswohls lassen sich grundsätzlich folgende Erscheinungsformen un-

terscheiden: „körperliche und seelische Vernachlässigung, seelische Misshandlung, körperliche Misshandlung und sexuelle Gewalt“ (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2012). Gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung sind dementsprechend Hinweise oder Informationen über Handlungen gegen Kinder und Jugendliche oder Lebensumstände, die das leibliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder des Jugendlichen gefährden, unabhängig davon, ob sie durch eine missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes oder Jugendlichen, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten bestehen (vgl. hierzu auch § 1666 BGB).

Anhaltspunkte für eine Gefährdungssituation sind „im Erleben und Handeln des jungen Menschen zu suchen“ (ebd.). Wohnsituation, familiäre Situation, elterliches Erziehungsverhalten, die Entwicklungsförderung, traumatisierende Lebensereignisse sowie das soziale Umfeld sind weitere wichtige Aspekte, die altersspezifisch betrachtet werden müssen. Behinderungen und (chronische Erkrankungen) der Kinder sind ebenso zu berücksichtigen. Mit Blick auf die Personensorge- und Erziehungsberechtigten sind deren Fähigkeit und Be-

reitschaft zur Problemeinsicht, Mitwirkung sowie deren Motivation, Hilfe anzunehmen von entscheidender Bedeutung (ebd.). In Abbildung 9 sind die

vom Bayerischen Landesjugendhilfeausschuss (2012) kategorisierten wesentlichen Anhaltspunkte für eine Gefährdungseinschätzung dargestellt:

Abbildung 9: Anhaltspunkte für eine Gefährdungseinschätzung (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2012)

Anhaltspunkte in der Grundversorgung des jungen Menschen:

- Verletzungen des jungen Menschen sind nicht plausibel erklärbar oder selbst zugefügt
- Ärztliche Untersuchungen und Behandlungen des jungen Menschen werden nicht oder nur sporadisch wahrgenommen
- Der junge Mensch bekommt nicht genug zu trinken und/oder zu essen
- Die Körperpflege des jungen Menschen ist unzureichend
- Die Bekleidung des jungen Menschen lässt zu wünschen übrig
- Die Aufsicht über den jungen Menschen ist unzureichend
- Der junge Mensch hält sich an jugendgefährdenden Orten oder unbekanntem Aufenthaltsort auf
- Der junge Mensch hat kein Dach über dem Kopf
- Der junge Mensch verfügt über keine geeignete Schlafstelle

Anhaltspunkte in der Familiensituation:

- Das Einkommen der Familie reicht nicht
- Finanzielle Altlasten sind vorhanden
- Der Zustand der Wohnung ist besorgniserregend
- Mindestens ein Elternteil ist psychisch krank oder suchtkrank
- Mindestens ein Elternteil ist aufgrund einer chronischen Krankheit oder Behinderung gehandicapt
- Das Erziehungsverhalten mindestens eines Elternteils schädigt den jungen Menschen
- Gefährdungen können von den Eltern nicht selbst abgewendet werden, bzw. es mangelt an der Problemeinsicht der Eltern
- Es mangelt an Kooperationsbereitschaft; Absprachen werden von den Eltern nicht eingehalten, Hilfen nicht angenommen

Anhaltspunkte in der Entwicklungssituation des jungen Menschen:

- Der körperliche Entwicklungsstand des jungen Menschen weicht von dem für sein Lebensalter typischen Zustand ab
- Krankheiten des jungen Menschen häufen sich
- Es gibt Anzeichen psychischer Störungen des jungen Menschen
- Es besteht die Gefahr einer Suchterkrankung des jungen Menschen und / oder die Gesundheit gefährdende Substanzen werden zugeführt
- Dem jungen Menschen fällt es schwer, Regeln und Grenzen zu beachten
- Mit oder in Kindertagesstätte, Schule, Ausbildungs- oder Arbeitsstelle gibt es starke Konflikte

Anhaltspunkte in der Erziehungssituation:

- Die Familienkonstellation birgt Risiken
- In der Familie dominieren aggressive Verhaltensweisen
- Risikofaktoren in der Biographie der Eltern wirken nach
- Frühere Lebensereignisse belasten immer noch die Biographie des jungen Menschen
- Die Familie ist sozial und / oder kulturell isoliert
- Der Umgang mit extremistischen weltanschaulichen Gruppierungen gibt Anlass zur Sorge

Für die Einschätzung der Anhaltspunkte hinsichtlich ihrer Wichtigkeit bzw. der Schutzbedürftigkeit des Kindes sind das Alter, der Entwicklungsstand und der aktuelle gesundheitliche Zustand des jungen Menschen maßgeblich zu beurteilen. Je jünger das Kind, desto höher ist das Gefährdungsrisiko einzuschätzen, ebenso wie bei bereits vorhandenen Entwicklungsverzögerungen, bei chronischer Krankheit oder einer Behinderung. Eine hilfreiche Orientierung hierfür können die altersspezifischen Konkretisierungen in den Sozialpädagogischen Diagnosetabellen des Bayerischen Landesjugendamtes bieten (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2013).

Auch im Rahmen des Münchner Hilfenetzwerkes für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern wurden vergleichbare Aspekte zusammengestellt, die bei einer Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls zu berücksichtigen sind. Auf die Notwendigkeit die Gefährdungseinschätzung prozessbegleitend, fortlaufend und gemeinsam durch alle beteiligten Institutionen auf Basis der Interaktion zwischen Eltern und Kindern vorzunehmen, wird an dieser Stelle noch einmal explizit hingewiesen (Landeshauptstadt München, 2007).

4.6.5 Einschätzung der Problemlösekompetenz der Eltern

Für eine umfassende Einschätzung der Gefährdungslage besitzt die Problemlösekompetenz der Eltern eine wichtige Aussagekraft. Nach § 1666 BGB ist bei Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung immer auch zu prüfen, ob die Eltern gewillt und in der Lage sind, die Gefährdung, ggfs. unter Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten, abzuwenden. Arenz-Greiving & Kober (2007)

schlagen deshalb vor, die Problemlösekompetenz der Eltern anhand folgender Aspekte zu analysieren:

1. Problemakzeptanz: Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem?
2. Problemkongruenz: Stimmen die Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstruktion überein?
2. Hilfeakzeptanz: Können die Eltern Hilfe annehmen, auch für längere Zeit? Welche Hilfen und Unterstützung nehmen die Eltern an?

Ferner zu berücksichtigen sind die grundsätzliche Qualität der Erziehungskompetenz der Sorgeberechtigten sowie mit Blick auf das Kind dessen Selbsthilfekompetenz ("Resilienz") und seine Fähigkeit, Hilfe zu holen (Arenz-Greiving & Kober, 2007).

4.7 [Zusammenfassung] – Kooperationsmöglichkeiten

Zum Abschluss von [Modul 1] fasst das Moderationsteam die bisherigen Ergebnisse anhand der nachfolgenden Leitfragen zusammen und sammelt mit den Teilnehmenden kurz Ansatzpunkte für Kooperationen zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe und ggfs. erste Ideen für die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungssituation. Die Ergebnisse werden auf einer FlipChart gesammelt:

1. Woraus ergeben sich Schnittpunkte für die Zusammenarbeit?
2. Wo finden sich im Gesetz und in den Zielsetzungen Schnittpunkte für eine Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe?

[MODUL 2]

Lebenslagen von Kindern und
Jugendlichen mit suchtkranken Eltern
– Besondere Risiken –

5 [MODUL 2] Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Eltern – Besondere Risiken –

5.1 Ausgangslage, Wissensstand & inhaltliche Zielsetzungen

Inhaltliche Zielsetzung im [Modul 2] ist es, den Wissensstand der Teilnehmenden hinsichtlich der besonderen Belastungen von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien auf einen ähnlichen Kenntnisstand zu bringen und für diese Thematik zu sensibilisieren (Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., 2015). Insgesamt sollen die Teilnehmenden nach Abschluss von [Modul 2] über ausreichend spezifisches Wissen verfügen, um auch als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in ihrer Region wirken zu können.

Elterliches Suchtverhalten gilt als ein großer Risikofaktor für eine problematische Entwicklung der Kinder und steigert dementsprechend auch das Risiko für das Eintreten einer Kindeswohlgefährdung. Bei etwa 40 % der Kinder und Jugendlichen, bei denen ein Bedarf auf Hilfe zur Erziehung festgestellt wurde, liegt eine Suchtproblematik in der Familie vor (Hintze & Jost, 2005). Etwa ein Drittel der betroffenen Kinder entwickelt selbst gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter: häufig psychische oder psychosomatische Problematiken mit der Tendenz zur Chronifizierung, wie z. B. Suchterkrankungen (Lachner & Wittchen, 1997).

Die Zielsetzungen im [Modul 2] sollen einerseits durch die Vermittlung des aktuellen Wissen-

stands, andererseits durch den wechselseitigen Erfahrungs- und Kompetenzaustausch der teilnehmenden Fachkräfte aus Jugend- und Suchthilfe erarbeitet werden:

- Vermittlung von spezifischen Kenntnissen zur Lebenslage von Kindern aus suchtbelasteten Familien
- Befähigung der Fachkräfte, Suchtprobleme in Familien zu erkennen
- respektive: Befähigung der Fachkräfte, die daraus resultierenden besonderen Belastungen für die Kinder und Jugendlichen zu erkennen
- Einleitung und Unterstützung spezifischer präventiver Maßnahmen

Nachstehende Abbildung 10 zeigt den Ablaufplan für [Modul 2]. Trotz der Notwendigkeit, vielfältige, spezifische Informationen zu vermitteln, besteht eine ausgewogene Balance aus interaktiven Parts (Methoden) und theoretischer Vermittlung (Input).

Abbildung 10: Modul 2 (Ablauf)

Input	Kinder aus suchtbelasteten Familien: Epidemiologie
Input	Familiäre Transmission & Entwicklungsrisiken
[Fallarbeit]	Suchtkranke Eltern, belastete Kinder
[Methode]	Filmsequenz: Gefühlswelt der Kinder
Input	Familiäre Erfahrungen von Kindern suchtkranker Eltern
Reflektion	Schlussfolgerungen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familien
Input	Familiäre Konstellationen & erhöhte Entwicklungsrisiken
Input	Entwicklungschancen

5.2 Kinder aus suchtbelasteten Familien: Epidemiologie

5.2.1 Quantitative Schätzungen

Wie viele Kinder und Jugendliche in Deutschland während ihres Aufwachsens mit elterlichen Suchtproblemen konfrontiert sind, lässt sich grob nur anhand entsprechender Indikatoren hochrechnen: Ältere epidemiologische Schätzungen für Deutschland gehen davon aus, dass etwa jedes siebte Kind zeitweise und etwa jedes zwölfte Kind dauerhaft mit einem Elternteil mit alkoholbezogener Störung zusammenlebt (Lachner & Wittchen, 1997). Vor diesem Hintergrund wären ca. 2,65 Millionen Kinder von einer elterlichen Alkoholerkrankung betroffen (Klein, Ferrari & Kürschner, 2003). Aktuellere Schätzungen der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogenabhängigkeit belaufen sich auf Grundlage einer breiteren Altersgruppe auf ca. fünf bis sechs Millionen betroffene Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (EMCDDA, 2008). Im Bereich Illegalen Drogen wird davon ausgegangen, dass ca.

60.000 Kinder mit einem opiatabhängigen Elternteil zusammenleben bzw. zumindest phasenweise lebten (NACOA, 2006). Daten bzw. entsprechende Schätzungen für weitere illegale Substanzen – von besonderem Interesse wären hier Daten im Kontext des Gebrauchs von Stimulanzien (Amphetamine- und Methamphetamine) oder Cannabinoiden – liegen für Deutschland nicht vor (Klein, Thomasius & Mösgen, 2017). Mit Blick auf verhaltensbezogene Störungen schätzen die Autoren, dass etwa 37.500 bis 150.000 Kinder von Pathologischen Glückspielern in Deutschland aufwachsen (vgl. Tabelle 4).

Künftig rücken möglicherweise auch Kinder, deren Eltern exzessiv Computerspiele nutzen, in den Blickpunkt.

Tabelle 4: Quantitative Schätzungen: Kinder & Jugendliche in suchtblasteten Familien (Übersicht erstellt auf Basis von Klein, Thomasius & Moesgen, 2017)

Diagnose/Kriterium		Fam. Situation	Schätzung	Quelle
Alkohol	Missbrauch Abhängigkeit	Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, mit einem Elternteil zusammenlebend	2,65 Mio	Klein, 2005 > Lachner & Wittchen, 1997
	Alkoholbezogene Probleme	unter 20 Jahre, mit einem Elternteil zusammenlebend	5 - 6 Mio	EMCDDA, 2008
	Riskanter Alkoholkonsum	mit einem Elternteil zusammenlebend	6,6 Mio	Klein, Thomasius & Moesgen 2017 > GEDA Studie RKI, 2016
	Rauschtrinken	mit einem Elternteil zusammenlebend	4,2 Mio	Klein, Thomasius & Moesgen 2017 > GEDA Studie RKI, 2016
Illegale Drogen	Opiatabhängigkeit	Kind von opioidabhängigen Eltern, teilweise zusammenlebend	60.000	NACOA, 2006
	weitere Substanzen	---	keine Daten	---
Verhaltenssüchte	Pathologisches Glücksspiel (PG)	Kind von Eltern mit Diagnose PG...	37.500 - 150.000	Klein, Thomasius & Moesgen 2017 > DHS 2013, Erbas et al. 2012

Tabelle 5: Klienten in der ambulanten Suchtberatung mit eigenen Kindern (Braun, Brand & Künzel, 2016)

Hauptdiagnose	Zahl der eigenen Kinder						Gesamt		
	keins	eins	zwei	drei	mehr	Mittelwert *	Absolut	Prozent	
F10 Alkohol	82,4 %	9,7 %	6,0 %	1,3 %	0,6 %	1,6	68026	50,4 %	
F11 Opioide	82,6 %	10,0 %	5,2 %	1,4 %	0,8 %	1,7	18907	14,0 %	
F12 Cannabinoide	90,0 %	6,2 %	2,8 %	0,6 %	0,3 %	1,6	22659	16,8 %	
F13 Sedativa/ Hypnotika	81,8 %	12,0 %	4,5 %	1,2 %	0,4 %	1,5	1121	0,8 %	
F14 Kokain	78,4 %	11,6 %	6,8 %	2,2 %	1,0 %	1,7	3110	2,3 %	
F15 Stimulanzien	83,1 %	10,5 %	4,5 %	1,3 %	0,6 %	1,6	9272	6,9 %	
F16 Halluzinogene	87,7 %	7,4 %	4,9 %			1,4	81	0,1 %	
F17 Tabak	84,2 %	8,5 %	5,9 %	1,4 %		1,5	1096	0,8 %	
F18 Flüchtige Lösungsmittel	93,8 %	6,3 %				1,0	32	0,0 %	
F19 And. psychotrope Substanzen	85,0 %	8,6 %	4,2 %	1,0 %	1,2 %	1,8	985	0,7 %	
F50 Essstörungen	84,9 %	8,3 %	4,7 %	1,5 %	0,6 %	1,7	1405	1,0 %	
F63 Pathologisches Spielen	77,6 %	11,9 %	8,0 %	1,8 %	0,7 %	1,6	8409	6,2 %	
Gesamt - mit Hauptdiagnose	Absolut	112701	12683	7224	1725	770	1,6	135103	96,2 %
	Prozent	83,4 %	9,4 %	5,3 %	1,3 %	0,6 %			
ohne HD - Polytoxikomanie	87,5 %	7,8 %	2,9 %	0,7 %	1,1 %	1,7	729	0,5 %	
ohne HD - riskanter Konsum	90,1 %	5,3 %	3,8 %	0,4 %	0,3 %	1,7	1177	0,8 %	
ohne HD - sonstige Gründe	83,2 %	9,5 %	5,3 %	1,5 %	0,5 %	1,6	3399	2,4 %	
Gesamt	Absolut	117227	13126	7470	1787	798	1,6	140408	100,0 %
	Prozent	83,5 %	9,3 %	5,3 %	1,3 %	0,6 %		100,0 %	

© 2016 IFT Institut für Therapieforschung, München

Unbekannt: 23,5%

5.2.2 Daten aus Perspektive der Suchthilfe

Daten der deutschen Suchthilfestatistik aus dem Jahr 2015 zeigen, dass im ambulanten Bereich bei etwa 16 Prozent der dokumentierten Beratungen, Eltern mit ihren eigenen, minderjährigen Kindern im eigenen Haushalt zusammenleben (vgl. Tabelle 5; Braun, Brand & Künzel, 2016).

Für die Interpretation dieser Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen: So liegt bei etwa einem Viertel (23,5 %) der dokumentierten Beratungen und Betreuungen keine Angabe dahingehend vor, ob Kinder im Haushalt leben. Weiterhin erfolgt grundsätzlich eine Fall- und keine Personendokumentation, so dass es hier zu Mehrfachzählungen kommen kann.

5.2.3 Daten aus Perspektive der Jugendhilfe

Die Autoren Hintze und Jost (2005) wählten für ihre fallanalytische Studie die Perspektive des Jugendamtes. Analysiert wurden insgesamt 435 Fälle, in denen eine Maßnahme der Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 ff SGB VIII bewilligt wurde. Die Ergebnisse verdeutlichen eine hohe Überschneidung zwischen erzieherischen Schwierigkeiten und Suchtbelastung der Eltern: in 38,6 % der Fälle fanden die Autoren deutliche Hinweise auf eine Suchtproblematik in der Familie und bei weiteren 5,3 % der Fälle zumindest fragliche Hinweise auf eine Suchtproblematik. Besonders auffällig in der Untersuchung ist zudem die Feststellung, dass die Kontaktvermittlungen an das Jugendamt nur in etwa einem Prozent der Fälle durch Einrichtungen der Suchthilfe erfolgten.

Daten zu Fremdunterbringungsquoten bei Kindern aus suchtblasteten Familien zeigen für Kinder drogenabhängiger, nicht substituierter Eltern mit

61,9 % den höchsten Anteil an Fremdunterbringungen, für drogenabhängige, substituierte Eltern lag der Anteil bei 29,0 %, bei alkoholabhängigen Eltern bei 13,3 % und für FAS-Kinder alkoholabhängiger Mütter bei 78 % (Übersicht bei Klein, 2010).

5.2.4 Familien mit unbehandelter Suchtproblematik

Unter allen Kindern und Jugendlichen aus suchtblasteten Familien stellen wahrscheinlich Kinder unbehandelter Suchtkranker mit etwa 1,3 Millionen Betroffenen die größte Gruppe dar (Klein, Ferrari & Kürschner, 2003). Einige Autoren vertreten die Auffassung, dass gerade diese Kinder ein besonders hohes Risiko tragen, da sie häufig über ihre gesamte Kindheit und Jugend der familiären Suchtblastung ausgesetzt sind. Forschungsergebnisse zeigen, dass Kinder unbehandelter Eltern im Vergleich zu Kindern mit behandelten Eltern einem stärkeren und längeren Expositionsrisiko ausgesetzt sind. Kinder, deren Eltern frühzeitig erfolgreich behandelt wurden und alkoholabstinent lebten, wiesen eine positivere psychosoziale Entwicklung auf (Klein & Quinten, 2002). Eine Behandlungsaufnahme des betroffenen Elternteils/der betroffenen Eltern wäre demnach als eine positive Ressource im Familiensystem zu bewerten (Klein, Ferrari & Kürschner, 2003).

Zur differentiellen Gefährdung von Kindern unbehandelter und behandelter Alkoholabhängiger bestehen jedoch auch konträre Auffassungen: So wird konträr zur obigen Argumentation eine Behandlungsaufnahme als Indiz für eine stärkere Belastung durch die Abhängigkeitserkrankung bewertet. Dementsprechend wären die Kinder in diesen Familien häufiger mit negativen Krankheitsverläufen konfrontiert.

5.3 Familiäre Transmission & erhöhte Entwicklungsrisiken

5.3.1 Familiäre Transmission

Der Begriff der familiären Transmission beschreibt die familiäre Weitergabe psychischer Störungen, insbesondere von Suchterkrankungen, zwischen den Generationen.

In der Modellvorstellung geht die Forschung von Transmissionswegen aus, die aus einem Zusammenspiel aus genetischen Risiken und familiären Stressoren entstehen. Verwiesen wird auf das bio-psycho-soziale Modell, das auch für Entstehung und Aufrechterhaltung einer Suchterkrankung im Allgemeinen herangezogen wird (Lieb, 2005).

Klein (2015b) hat für Kinder aus suchtblasteten Familien spezifische Transmissionswege im bio-psycho-sozialen Modell kategorisiert (vgl. Abbildung 11).

In verschiedenen Studien konnte zudem eine Reihe von Faktoren nachgewiesen werden, die das Trans-

missionsrisiko erhöhen (Zusammenfassung bei Klein, 2015b). Demnach steigt das Transmissionsrisiko

- mit der Dauer und Intensität der Exposition des Kindes zur elterlichen Suchtblastung,
- mit der Schwere der elterlichen psychischen Störung,
- mit gegebener genetischer Vulnerabilität,
- je jünger die Kinder sind,
- je geringer die Stressbewältigungskompetenzen/Resilienzen des Kindes sind,
- je mehr erkrankte Modellpersonen (vor allem Verwandte) im Umfeld des Kindes leben (→ protektive Wirkung gesunder Umfeldpersonen),
- je häufiger die Kinder intermittierende Lebensereignisse erleben (z. B. Inhaftierung eines Elternteils),
- je größer der Mangel an elterlicher Kompetenz (z. B. Einfühlsamkeit, Wärme, sichere Bindung) ist.

Abbildung 11: Transmissionswege im bio-psycho-sozialen Modell (Klein, 2015b)

biologisch/genetisch	psychologisch	sozial
z. B. Söhne alkoholabhängiger Väter/Großväter > erhöhtes Risiko: <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholreagibilität, • Stressdämpfungseffekt (Schuckit, 1996, 2003; Schuckit & Smith, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> • niedriger Selbstwert • Impulsivität • Traumatisierung • Modelllernen 	<ul style="list-style-type: none"> • Marginalisierung • Exklusionseffekte • Peer-Druck

**5.3.2 Erhöhte Entwicklungsrisiken:
Trinkverhalten und Substanzkonsum**

Einige Studien untersuchten die Entwicklung des Trinkverhaltens und des Drogenkonsums von Kindern aus suchtbelasteten Familien: Barnow et al. (2001) konnten zeigen, dass Jugendliche mit alkoholkranken Eltern im Vergleich zu Jugendlichen ohne alkoholranke Eltern etwa dreimal so häufig ein problematisches Trinkverhalten zeigen. Weitere Befunde ergaben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit

- a) für einen früheren Beginn des Substanzkonsums (Waldron et al., 2014),
- b) für das Erleben der ersten Rauscherfahrung zu einem früheren Zeitpunkt (Wong et al., 2006),
- c) oder für ein vermehrtes „Binge-Drinking“ (Weitzmann et al., 2000) (zusammenfassend bei Klein, Thomasius & Mösgen 2017).

**5.3.3 Erhöhte Entwicklungsrisiken:
Abhängigkeitserkrankungen &
psychische Störungen**

Erhöhte Entwicklungsrisiken konnten bei Kindern aus suchtbelasteten Familien auch für Abhängigkeitserkrankungen und psychische Störungen be-

legt werden: Etwa ein Drittel (bis zwei Fünftel) der Kinder alkoholabhängiger Eltern entwickelt wahrscheinlich selbst eine substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung (Sher, 1991; Windle & Searles, 1990; Klein, 2005; Zobel, 2006 zit. nach Klein, 2015a). Weiterhin erkrankt etwa jedes dritte Kind aus einer suchtbelasteten Familie im Laufe seines Lebens selbst an einer psychischen Störung. Überschneidungen zwischen beiden Gruppen, im Sinne einer komorbiden Krankheitsentwicklung, sind möglich. (Lachner & Wittchen, 1997). Tabelle 6 zeigt die erhöhten Entwicklungsrisiken (angegeben als Odds Ratio (OR)) der Kinder in Abhängigkeit davon, ob Vater, Mutter oder beide Elternteile von einer Alkoholabhängigkeit betroffen sind (ebd.). Demnach ist das Risiko selbst eine Drogenabhängigkeit zu entwickeln, für Kinder, deren beide Elternteile alkoholabhängig sind, im Vergleich zu Kindern ohne suchtbelastete Eltern, um das fast 17-fache erhöht.

Die Tabelle 7 zeigt weitere, aktuelle Befunde für erhöhte Entwicklungsrisiken hinsichtlich substanzbezogener, externalisierender (z. B. ADHS) und internalisierender (z. B. Depression) Störungsbilder sowie für Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 6: Relative Entwicklungsrisiken für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien (Lachner & Wittchen, Münchner EDSP-Studie)

Elternteil Alkoholdiagnose	Jugendliche (n=3.021) Diagnose	OR
Vater	Alkoholabhängigkeit	2.64
Mutter		4.45
Beide		11.24
Vater	Drogenabhängigkeit	4.13
Mutter		7.79
Beide		16,68
Vater	Essstörung	2.12
Mutter		2.95
Beide		2.87

Tabelle 7: Erhöhte Entwicklungsrisiken: Substanzbezogene und psychische Störungen

Erhöhtes Risiko für		Hintergrund	Quelle
Substanzbezog. Störungen	AUD (OR=2,4)	Greifswalder Familienstudie (n=310) (Alkoholdiagnose Eltern) keine Unterschiede im Vergleich zu Kindern ohne Suchtbelastung in der Familie hinsichtlich, Trinkmenge, Rauschtrinken, aber seltener regelmäßiger wöchentlicher Konsum	Ulrich et al., 2010
Externalisierende Störungen	ADHS	Drogenabhängigkeit (Eltern) genetischer Effekt, Adoptionsstudie, Schweden	Kendler et al., 2017
	ADHS, Störungen des Sozialverhaltens; antisoziale Persönlichkeitsstörung (OR=1,7-2,7)	Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Eltern)	Marmorstein et al., 2009
Internalisierende Störungen	Depression (OR=1,69)	Alkohol- und Drogenabhängigkeit (Eltern) Kanada (n=6268)	Fuller-Thomson et al., 2013
	Affektive Störung (OR=2,3)	Alkoholdiagnose Eltern	Ulrich et al., 2010
Persönlichkeitsstörungen	Cluster B (OR=2,2)	Alkoholdiagnose Eltern	Ulrich et al., 2010

Klein (2010) formuliert eine so genannte Drittelregel. Hiernach entwickelt etwa jeweils ein Drittel der Kinder

- a) gravierende Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter mit der Tendenz zu Chronifizierung.
- b) leichte bis mittelschwere, oftmals vorübergehende Störungsbilder.
- c) keine relevanten Probleme oder bleibt sogar psychisch gesund und stabil.

Kritische Anmerkungen zu einer vorschnellen Verallgemeinerung dieser Befunde mit möglicherweise negativen Folgen für die Kinder (Stigmatisierung) hat Sher bereits 1997 formuliert. Der Autor verweist unter anderem auf die Komplexität der Fragestellung insbesondere im Hinblick auf die große Heterogenität von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und deren unterschiedliche familiäre Konstellationen und Lebensumstände.

5.4 [Fallbearbeitung 2] Familie mit Suchtproblemen

[Falldarstellung, siehe auch 4.6.3]

Frau Z., Mitarbeiterin beim Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), betreut aktuell eine Familie mit zwei Kindern (3-jähriges Mädchen, 7-jähriger Junge). Über den Vater ist bekannt, dass er gelegentlich zu übermäßigem Alkoholkonsum neigt. Als sich sowohl die Schule als auch die Kindertageseinrichtung beim ASD melden, weil auch die Mutter anscheinend ähnliche Probleme habe und öfter nach Alkohol rieche, entwickelt sich eine neue Situation.

Im Rahmen der Gefährdungseinschätzung ergeben sich für Frau Z. verschiedene Fragen im Hinblick auf eine mögliche Suchtproblematik in der Familie.

Sie nimmt deshalb telefonischen Kontakt zur regionalen Suchtberatungsstelle auf.

Mit Herrn T. (Suchttherapeut) vereinbart sie einen Termin zum anonymisierten Austausch.

[Arbeitsauftrag 2] –

Suchtkranke Eltern, belastete Kinder

Für die Bearbeitung der Fragestellungen bilden die Teilnehmenden gemischte Gruppen (Jugendhilfe und Suchthilfe).

1. An welchen Verhaltensweisen lässt sich erkennen, ob und wie stark (die beiden) Kinder durch die Suchtproblematik der Eltern belastet sind?
2. Lassen sich aus dem Verhalten der Kinder Hinweise ableiten, die als typisch für Kinder von suchtkranken Eltern gelten?
3. Wann sollten Klienten in der Suchtberatung auf das Thema Elternschaft angesprochen werden?

Die Auswertung sollte gemeinsam im Plenum erfolgen. Zu beachten ist hierbei insbesondere, dass in Frage 1 die Belastungen der Kinder beschrieben werden sollen, zunächst einmal unabhängig von ihrer Ursache. Frage 2 zielt letztlich auf die Bewältigungsstrategien der Kinder ab. In der dritten Frage geht es vor allem darum, ob es einen optimalen Zeitpunkt gibt, grundsätzlich sollten die Eltern immer auf ihre Elternrolle angesprochen werden.

5.5 [Methode] Filmsequenzen „Gefühlswelt der Kinder“

[Zielsetzung]

Für die Entwicklung von Ideen und Angeboten zur Verbesserung der Versorgungssituation von Kindern aus suchtbelasteten Familien kann es sehr hilfreich sein, die Betroffenenperspektive einzunehmen. Für das Seminar ist es deshalb wichtig, dass auch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien zu Wort kommen. Dafür empfiehlt es sich, kurze Filmsequenzen zu zeigen, in denen betroffene Kinder ihre Situation und ihr Erleben schildern.

[Vorgehen]

Anhand der gezeigten Filmsequenzen sollen sich die Teilnehmenden in die Gefühlswelt eines Kindes mit suchtkranken Eltern hineinversetzen und dabei für sich folgende Fragen kurz schriftlich beantworten:

- Was erfahren Sie?
- Was erleben Sie?
- Was fühlen Sie?

Die gemeinsame Auswertung erfolgt anschließend zusammen mit allen Seminarteilnehmenden im Plenum.

Eine ausführliche Übersicht zu Filmbeiträgen hat NACOA Deutschland zusammengestellt (www.nacoa.de). Möglichkeiten zum Kauf, zur Ausleihe und zum Stream thematisch relevanter Filmbeiträge (z. B. „Liebe und Hass“ oder „Zoey“) finden sich auf den Internetseiten des Medienprojektes Wuppertal (www.medienprojekt-wuppertal.de).

5.6 Familiäre Erfahrungen von Kindern suchtkranker Eltern

5.6.1 Widrige Kindheitserfahrungen in dysfunktionalen Familien

Dube et al. (2001) konnten belegen, dass elterlicher Alkoholmissbrauch einen hohen Risikofaktor für das Erleben widriger Kindheitserfahrungen (adverse childhood experiences), wie z. B.

- (1) Emotionaler Missbrauch
- (2) Körperliche Misshandlung
- (3) Sexueller Missbrauch
- (4) Emotionale Vernachlässigung
- (5) Körperliche Vernachlässigung
- (6) Geschlagene Mutter
- (7) Elterliche Komorbidität
- (8) Elterliche Trennung und Scheidung
- (9) Elternteil im Strafvollzug

darstellt. Im Vergleich zu Kindern aus Familien ohne elterlichen Alkoholmissbrauch lag die Wahrscheinlichkeit, widrige Kindheitserfahrungen zu erleben, für Kinder aus suchtbelasteten Familien in der Untersuchung um das 2- bis 13-fache höher. Ein weiterer Befund zeigt, dass etwa jedes dritte Kind in einer alkoholbelasteten Familie als Opfer oder als Zeuge regelmäßig physische Gewalt erfährt (Klein, 2009).

5.6.2 Rollenverhalten und häufige Erfahrungen von Kindern mit suchtkranken Eltern

Der Begriff der Parentifizierung stammt aus der Familientherapie und umschreibt eine Umkehr sozialer Rollen zwischen Kindern und ihren Eltern: Die Kinder übernehmen bereits sehr früh elterliche Aufgaben in der Familie, sorgen sich z. B. um ihre jüngeren Geschwister und übernehmen die

Elternrolle. Durch diese Rollenkehr sind die Möglichkeiten für ein kindgerechtes Aufwachsen und Erleben stark eingeschränkt (Klein, 2008).

Die Kinder sind häufigem Stress ausgesetzt und leiden besonders unter der Volatilität des elterlichen Verhaltens. Diese starken Schwankungen und die extreme Varianz des elterlichen Verhaltens entstehen auch in Abhängigkeit vom Intoxikationsgrad der Eltern.

Die Kinder erleben weiterhin Instabilität, eine Unberechenbarkeit des elterlichen Handelns verbunden mit dem Gefühl, keinen sicheren Ort zu haben. Es entsteht ein Gefühl der Unkontrollierbarkeit der Situation.

Die Kinder erfahren häufiger

- Gewalt, sowohl als Opfer wie auch als Zeuge
- Misshandlungen und Missbrauch

- Vernachlässigung gekoppelt mit emotionaler Interessenslosigkeit
- Verlusterlebnisse,
- sowie Diskontinuitäten, Isolation und Tabuisierung (ebd.)

Das Phänomen der Parentifizierung lässt sich durch weitere typische Verhaltensweisen und die Übernahme spezifischer Rollenmuster (vgl. Abbildung 12) beschreiben. Diese Rollen sind als Bewältigungsstrategie zu bewerten und sind eine wichtige Ressource im Rahmen der Unterstützung der Kinder (Zusammenfassung bei Klein, 2010):

- Sie übernehmen, häufig in unangemessener Weise, Aufgaben für die Familie.
- Sie neigen dazu, alle Schuld auf sich zu laden.
- Sie versorgen und verteidigen ihre Eltern.
- Sie helfen, das (Sucht-)Problem der Eltern zu vertuschen.

Abbildung 12: Übersicht: Rollen in suchtbelasteten Familien (Übersicht aus Klein, 2010)

Rollen in suchtbelasteten Familien				
Wegscheider (1988)	Black (1988)	Ackermann (1987)	Lambrou (1990)	Jakob (1991)
Held	Verantwortungsbe- wußtes Kind	Macher	Macher	Elterkind Partnerersatz Vorzeigekind
Sündenbock	Ausagierendes Kind	Sündenbock	Sündenbock	Schwarzes Schaf
Verlorenes Kind	Fügsames Kind	Schweiger	Unsichtbares Kind	
Clown	Friedensstifter	Maskottchen	Maskottchen	Nesthäckchen
		Chamäleon	Chamäleon	
		Der Übererwachsene/ Distanzierte/ Unverletzte		Das kranke Kind (Klein, 2003)

5.7 [Methode] Schlussfolgerungen für die Arbeit mit suchtblasteten Familien

[Zielsetzung]

Zum Abschluss des Themenfeldes „Familiäre Erfahrungen von Kindern suchtkranker Eltern“ sollen die vermittelten Informationen sowie die Erfahrungen aus den Filmbeiträgen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Arbeit mit dieser Zielgruppe reflektiert werden.

[Vorgehen]

Anhand nachstehender Fragen initiiert das Moderationsteam einen Erfahrungsaustausch im Plenum und sammelt und sortiert die Beiträge.

1. Was bedeuten diese Erfahrungen für die Arbeit mit suchtblasteten Familien?
2. Welche Schwierigkeiten ergeben sich daraus?
3. Welche Ressourcen können genutzt werden?
4. Welche Unterstützung brauchen die Kinder?
5. Wer kann diese Unterstützung leisten?

5.8 Familiäre Konstellationen & erhöhte Entwicklungsrisiken

Bestimmte familiäre Konstellationen beeinflussen die Entwicklungsrisiken für betroffene Kinder:

- Quantität und Qualität der Exposition: Je länger (Quantität) und je intensiver (Qualität) eine Exposition des Kindes zum Suchtverhalten der Eltern besteht, umso höher das Risiko.
- Symptomträger der Suchterkrankung: Das größte Risiko besteht, wenn beide Elternteile betroffen sind. Bei einer betroffenen Mutter liegt das Risiko höher im Vergleich zu Familien,

in denen ausschließlich der Vater betroffen ist. In alleinerziehenden Familien mit Suchtblastung liegen die Entwicklungsrisiken für die Kinder wiederum höher.

- Anzahl der Geschwister: Einzelkinder in suchtblasteten Familien haben in der Regel ein höheres Risiko als Geschwisterkinder.
- Beginn der Suchterkrankung in der Familie: Die Entwicklungsrisiken sind für Kinder, die bereits seit ihrer frühen Kindheit mit suchtkranken Eltern leben höher, im Vergleich zu Kindern, die erst später ab der mittleren oder späten Kindheit in einer suchtblasteten Familie aufwachsen.
- Anzahl negativer Lebensereignisse: Kommt es im Krankheitsverlauf der Eltern zu einer hohen Anzahl negativer Lebensereignisse (Unfälle, Verletzungen, Suizidversuche, Inhaftierungen) ist dies wiederum mit höheren Entwicklungsrisiken assoziiert (Klein, 2017).

Jordan (2010) hat auf der Basis von Untersuchungen von Lieb (2005) und Zobel (2006) Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit bei Kindern aus suchtblasteten Familien zusammengefasst (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Risikofaktoren von Kindern aus suchtbelasteten Familien (zusammengestellt auf Basis von Jordan, 2010)

Risikofaktoren	
... in der Umwelt des Kindes	... in der Konstitution des Kindes
<ul style="list-style-type: none"> • Alkoholeffekte beim abhängigen Elternteil (Stimmungsschwankungen) • Familieneffekte (erhebliche Ehekonflikte, finanzielle Sorgen) • Modelllernerffekte • instabile und unzuverlässige Familienatmosphäre • geringe emotionale Bindung in der Familie • mangelnde Unterstützung und Kontrolle durch die Eltern („poor monitoring“) • elterliche Komorbidität • Abhängigkeit beider Elternteile • Erfahrung von Misshandlung, Vernachlässigung, sexuellen Übergriffen in Kindheit und Jugend • Alkohol und Drogenkonsum in der Peergroup 	<ul style="list-style-type: none"> • schwieriges Temperament als Kleinkind • impulsives Temperament • geringe physiologische und subjektive Reaktion nach Alkoholkonsum • erhöhte Stressdämpfung nach Alkoholkonsum

5.9 Entwicklungschancen: Resilienz

Das Zusammenspiel von Risikofaktoren und Schutzfaktoren bestimmt die Vulnerabilität und ist letztlich mitentscheidend für das individuelle Entwicklungsrisiko eines Kindes. Als zentrale Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung gelten ein hohes Kohärenzgefühl (Wahrnehmung einer stimmigen Verbundenheit zwischen sich selbst und der Umwelt), dispositioneller Optimismus („es wird schon alles gut gehen“) sowie allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (zit. nach Jordan, 2010).

Trotz widriger Sozialisationsbedingungen zeigt etwa ein Drittel der Kinder aus suchtbelasteten Familien weitestgehend gesunde Entwicklungsverläufe, ohne dass gravierende Schwierigkeiten oder Erkrankungen eintreten. Gerade in der Gruppe dieser resilienten Kinder lassen sich Faktoren identifizieren, die die Kinder schützen. In der Forschung konnten nachfolgende protektive Faktoren in der Umwelt und in der Konstitution der Kinder (vgl. Tabelle 9) ermittelt werden.

Tabelle 9: Protektive Faktoren von Kindern aus suchtbelasteten Familien (Übersicht auf Basis von Jordan, 2010)

Protektive Faktoren ...	
... in der Umwelt des Kindes	... in der Konstitution des Kindes
<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung familiärer Rituale • emotionale Beziehungen zum nicht-trinkenden Elternteil u/o anderen Personen • soziale Netzwerke außerhalb der Kernfamilie • geringe Exposition gegenüber den elterlichen Suchtproblemen • geringe Exposition gegenüber elterlichen Auseinandersetzungen 	<ul style="list-style-type: none"> • positive Lebenseinstellung, • angemessene Bewältigungsstrategien, • geringe Erwartungen von positiven Alkoholeffekten • soziale Kompetenz • hohe Stressresistenz • gute Anpassungsfähigkeit • Gefühl, in der eigenen Umwelt wirksam handeln zu können

5.9.1 Individuelle Resilienz & Familienresilienz

Bereits Mitte der 1990er Jahre haben Wolin und Wolin (1995) sieben grundsätzliche, individuelle Resilienzfaktoren beschrieben:

1. **Ahnung, Wissen, Einsicht:** z. B. dass mit der drogenabhängigen Mutter etwas nicht stimmt
2. **Unabhängigkeit:** z. B. sich von den Stimmungen in der Familie nicht mehr beeinflussen zu lassen
3. **Beziehungsfähigkeit:** z. B. in eigener Initiative Bindungen zu psychisch gesunden und stabilen Menschen aufzubauen
4. **Initiative:** z. B. in Form von sportlichen und sozialen Aktivitäten
5. **Kreativität:** z. B. in Form von künstlerischem Ausdruck

6. **Humor:** z. B. in Form von Ironie und selbstbezogenem Witz als Methode der Distanzierung

7. **Moral:** z. B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Ergänzend zur Förderung dieser Individualresilienz bei den Kindern sollte auch eine Familienresilienz gefördert werden. Eine hohe Familienresilienz begünstigt eine hohe Stressresistenz des gesamten Lebenssystems und kann beispielsweise durch die Einflechtung gesunder und heilsamer Rituale in der Familie gefördert werden (Klein, 2015b).

5.9.2 Ressourcenverstärker

Resilienz lässt sich als eine Ressource der Kinder und Familien begreifen, die durch verschiedene Aspekte und Unterstützungsmaßnahmen verstärkt werden kann:

- Einführen und Ermöglichen gemeinsamer „suchtfreier“ Zeiten und Aktivitäten für die Kinder
- Einführung suchtfreier Familienrituale
- „Buffering Effekt“ durch nicht suchtbelastetes Elternteil
- Geschwisterunterstützung
- Unterstützung durch soziale Netzwerke im Umfeld der Familie
- Positive Lebensereignisse
- Bewältigungserfahrungen und -zuversicht schaffen (Klein, 2015b).

Die genannten „Ressourcenverstärker“ eröffnen zudem Ansatzpunkte und Hinweise für die Ausgestaltung von Unterstützungsmaßnahmen. Als handlungsleitendes Ziel kann gelten: Implementierung eines Unterstützungsnetzwerkes für die Familie, kombiniert aus professionellen Hilfeangeboten und Unterstützungsmöglichkeiten aus dem sozialen Umfeld (Angehörige, Freunde), um die Versorgung der Kinder zu gewährleisten und die Expositionszeiten der Kinder zu reduzieren.

[MODUL 3]

Informationen für die Arbeit
mit suchtkranken Eltern:
Elternrolle & Elternverantwortung

6 [Modul 3] Informationen für die Arbeit mit suchtkranken Eltern: Elternrolle & Elternverantwortung

6.1 Ausgangslage, Wissensstand & Zielsetzungen

Suchtstörungen in der Familie können grundsätzlich die Effizienz von Jugendhilfemaßnahmen deutlich mindern. Gleichwohl sind zu Beginn einer Jugendhilfemaßnahme vorliegende Suchtprobleme der Eltern häufig nicht bekannt. Im komplementären Umfeld der Suchthilfe ergeben sich in der Beratung suchtkranker Eltern zusätzliche Anforderungen durch die Stärkung der Elternschaft sowie durch die gleichzeitige Sicherung des Kindeswohls.

Inhaltliches Ziel in [Modul 3] ist deshalb eine wechselseitige Verbesserung des Wissenstandes und der Kompetenzen in beiden Hilfesystemen:

a) Für die Jugendhilfe soll insbesondere in der frühzeitigen Erkennung von Suchtstörungen ein

Kompetenzzugewinn entstehen. Dabei geht es in erster Linie um die Sensibilisierung für Suchtstörungen und weniger um die Vermittlung einer diagnostischen Kompetenz.

b) Für die Suchthilfe rückt die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Themenfeldern Elternrolle und Elternverantwortung in den Mittelpunkt (Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., 2015).

Abschließend gilt es, mit und für alle Teilnehmenden Strategien für die Arbeit mit suchtkranken Eltern zu entwickeln und Möglichkeiten zu diskutieren, wie die Compliance in dieser Zielgruppe, Hilfen aus der Jugend- und der Suchthilfe anzunehmen, aktiviert werden kann (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13: Modul 3 (Ablauf)

Methode	Begrüßung mit Einstiegsrunde
Fallarbeits	Erkennen von Suchtstörungen
Input	Suchtstörungen: Früherkennungsmöglichkeiten & Intervention
Input & Methode	Sensibilisierung für die besondere Situation suchtkranker Eltern
Input	Motivationsstrategien für suchtkrankelaste Eltern
Methode	Transtheoretisches Modell der Veränderung
Input	Fördern & Fordern: Sicherstellung der Basisversorgung, Förderung der Elternrolle
Methode	Kooperation mit den Eltern
Input	Präventions- und Interventionsangebote
Input	Spezielle Aspekte bei Drogenkonsum & -abhängigkeit

6.2 Begrüßung und Einstieg in Tag 2

[Zielsetzung]

Zum Einstieg in den zweiten Tag ist es empfehlenswert, mit kurzen Einstiegsfragen den vorangegangenen Tag abzuschließen, den „roten Faden“ der übergeordneten Thematik wieder aufzunehmen und die Erwartungen der Teilnehmenden für den zweiten Seminartag zu klären.

[Vorgehen]

Mögliche Fragen können sein:

- Der gestrige Tag: Was war mir gestern besonders wichtig? Was habe ich mitgenommen? Welche Fragen sind noch offen? Was war besonders hilfreich?
- Der kommende/heutige Tag: Was sind meine Erwartungen? Was möchte ich unbedingt klären?

Die kurze Diskussion kann gemeinsam im Plenum erfolgen.

6.3 [Fallbearbeitung 3] Erkennen von Suchtstörungen

[Falldarstellung]

Frau Z., Mitarbeiterin beim Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD), betreut aktuell eine Familie mit zwei Kindern (3-jähriges Mädchen, 7-jähriger Junge). Über den Vater ist bekannt, dass er gelegentlich zu übermäßigem Alkoholkonsum neigt. Als sich sowohl die Schule als auch die Kindertageseinrichtung beim ASD melden, weil auch die Mutter anscheinend ähnliche Probleme habe und öfter nach Alkohol rieche, entwickelt sich eine neue Situation.

Im Rahmen der Gefährdungseinschätzung ergeben sich für Frau Z. verschiedene Fragen im Hinblick auf eine mögliche Suchtproblematik in der Familie.

Sie nimmt deshalb telefonischen Kontakt zur regionalen Suchtberatungsstelle auf.

Mit Herrn T. (Suchttherapeut) vereinbart sie einen Termin zum anonymisierten Austausch.

**[Arbeitsauftrag 3] –
Erkennen von Suchtstörungen**

Für die Bearbeitung der Fragestellungen finden sich Teilnehmende aus der Jugendhilfe und der Suchthilfe in gemischten Gruppen zusammen. So kann bereits in den Kleingruppen ein wechselseitiger fachlicher Austausch stattfinden.

Anschließend erfolgt die Auswertung, mit der Vorstellung der Ergebnisse aus den einzelnen Gruppen, gemeinsam im Plenum.

1. Welche Informationen sind erforderlich, um die Suchtproblematik der Eltern einschätzen zu können?
2. Wie kann ich das Thema ansprechen?
3. Wie kann man die Mutter und die Familie ggfs. für eine Zusammenarbeit motivieren?

**6.4 Suchtstörungen: Früh-
erkennungsmöglichkeiten
& Indikation**

**6.4.1 Screening-Fragebögen als Möglichkeit
der Früherkennung**

Grundsätzlich können Screening-Fragebögen Hinweise auf das Vorliegen einer substanzbezogenen Störung geben, aber keine ausführliche Diagnostik (siehe 4.5.1) ersetzen. Entwickelt und evaluiert wurden diese Kurzfragebögen für die Frühintervention in der medizinischen Basisversorgung. Mittlerweile werden diese Fragebogeninstrumente aber auch in anderen Bereichen eingesetzt. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2016) empfiehlt in ihren aktuellen S3-Leitlinien für das Screening von alkoholbezogenen Problemen den Screening-Test AUDIT oder dessen Kurzform AUDIT C (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: AUDIT & AUDIT-C: Screening-Tests

AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, De la Fuente, Saunders & Grant, 1992)	AUDIT-C (Bradley K-E. et al., (2007))
10 Fragen zu Trinkmenge, Trinkfrequenz sowie zu gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen des Trinkens	Kurzform des AUDIT, der ausschließlich die 3 Fragen zum Alkoholkonsum beinhaltet
Weitere Informationen zur Früherkennung sowie die Fragebögen AUDIT und AUDIT C finden sich auf der Internetpräsenz der Bundesärztekammer (http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/suchtmedizin/alkohol/frueherkennung-und-diagnose/)	

6.4.2 Ambulante oder stationäre Behandlung? Indikationskriterien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger haben in der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 Kriterien für die Entscheidung

zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen abgestimmt, die bei einer Indikationsstellung einbezogen werden sollten (Deutsche Rentenversicherung, 2001). Die nachfolgende Tabelle 10 veranschaulicht die wichtigsten Aspekte in der Gegenüberstellung:

Tabelle 10: Indikationskriterien ambulant vs. stationär

Indikationskriterien: Ambulante vs. stationäre Rehabilitation	
ambulante Reha	stationäre Reha
<ul style="list-style-type: none"> Störungsausprägung lässt positive Prognose für eine amb. Behandlung zu; eine stationäre Behandlung ist nicht (mehr) erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> schwere Störungsausprägung führt zu negativer Prognose für eine ambulante Reha
<ul style="list-style-type: none"> stabilisierende Funktion des soz. Umfelds 	<ul style="list-style-type: none"> Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld ist erforderlich
<ul style="list-style-type: none"> Herausnahme aus dem bisherigen sozialen Umfeld ist nicht erforderlich 	<ul style="list-style-type: none"> keine stabilisierende Funktion des sozialen Umfeldes
<ul style="list-style-type: none"> ausreichende berufliche Integration Reintegration in das Berufsleben wird durch eine wohnortnahe Reha unterstützt 	<ul style="list-style-type: none"> keine berufliche Integration, Bedarf an spezifischen Leistungen zur Vorbereitung der beruflichen Integration
<ul style="list-style-type: none"> stabile Wohnsituation ist vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> keine stabile Wohnsituation
<ul style="list-style-type: none"> Fähigkeit zur ambulanten Reha vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> keine ausreichenden Fähigkeiten für eine ambulante Reha
<ul style="list-style-type: none"> Pat. ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben 	<ul style="list-style-type: none"> Pat. ist nicht bereit oder in der Lage, im Kontext der ambulanten Behandlung abstinent zu leben
<ul style="list-style-type: none"> amb. Reha ist grundsätzlich auch bei langen, intensiven Krankheitsverläufen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> langer und intensiver Suchtverlauf als eine Ursache für die vorher genannten Kriterien
<ul style="list-style-type: none"> ausreichende Mobilität, Erreichbarkeit der Einrichtung in 45 Min. 	

(erstellt auf Basis Deutsche Rentenversicherung, 2001)

6.5 Die besondere Situation suchtkranker Eltern

Die eigene Suchterkrankung kann dazu führen, dass es den Eltern nicht hinreichend gelingt, die Situation ihrer Kinder als defizitär zu bewerten und ein ausreichendes kritisches Bewusstsein für deren besondere Belastungen zu entwickeln. Erforderliche Unterstützungsbedarfe der Kinder können dann übersehen oder verdrängt werden. In konsumreduzierten oder abstinenten Phasen können Scham und Schuldgefühle zu Versuchen der „Wiedergutmachung“ führen, mit ebenfalls negativen Folgen für die Kinder.

Die Auswirkungen einer Suchterkrankung auf die soziale Situation und die psychische und körperliche Verfassung eines Menschen können erheblich sein. Häufig ist die Abhängigkeitserkrankung chronifiziert und nicht durch eine einmalige Behandlung zu überwinden. Trotzdem sind Lebensbedingungen suchtkranker Menschen sehr unterschiedlich und nicht „jede Suchterkrankung dominiert ein Familiensystem in gleicher Weise“ (Sucht Schweiz, 2014).

Auch suchtkranke Eltern wollen gute Eltern sein, dafür ist es erforderlich, sie für die besonderen Belastungen ihrer Kinder zu sensibilisieren: Aus Scham, Schuldgefühlen oder zum Selbstschutz werden Suchtprobleme häufig lange verleugnet und es wird die Auffassung vertreten, dass ihre Kinder die Suchtproblematik nicht bemerken (siehe auch 6.5.2) oder zumindest nicht als problematisch wahrnehmen würden (ebd.).

6.5.1 [Methode] Abwehrmechanismen von Suchtpatienten

[Zielsetzung]

Suchtkranke Eltern entwickeln Scham- und Schuldgefühle häufig in doppelter Hinsicht: zunächst aufgrund ihrer Suchterkrankung, zusätzlich aber auch aufgrund der Auswirkungen der Suchterkrankung auf ihre Elternrolle. Nachfolgendes Rollenspiel zu typischen Abwehrmechanismen von Suchtpatienten kann sehr hilfreich sein, sich in die Rolle von suchtkranken Eltern hineinzuversetzen und ermöglicht zudem das Üben von Strategien zum Umgang mit Widerstand.

[Vorgehen]

Eine Teilnehmerin oder ein Teilnehmer aus dem Seminar übernimmt die Rolle der Suchtpatientin bzw. des Suchtpatienten. Weitere Teilnehmende übernehmen die „Rollen“ unterschiedlicher Abwehrmechanismen, wie z. B. Verdrängung, Verleugnung, Rationalisierung, Rechtfertigung, etc. Die übrigen Seminarteilnehmenden agieren als Partnerin/Partner, Kinder, Freunde und Beraterin/Berater und versuchen, die Suchtpatientin/den Suchtpatienten auf ihr/sein mögliches Suchtproblem und mögliche Verhaltensänderungen anzusprechen. Die „Abwehrmechanismen“ übernehmen die Antworten darauf.

Die Auswertung und Reflexion erfolgen anschließend gemeinsam in der Gruppe.

6.5.2 „Mein Kind hat nichts gemerkt ...“:

Psychologische Hintergründe der Abwehrmechanismen suchtkranker Eltern

Auf ihr Suchtverhalten und dessen Auswirkungen auf die Elternrolle reagieren suchtkranke Eltern häufig mit der Aussage „Mein Kind hat ja nichts gemerkt ...“. Klein (2015b) bewertet dies als eine typische Wirklichkeitskonstruktion suchtkranker Eltern: Psychologisch reagieren die Eltern mit einer „selbstwertdienlichen Attribution“ auf ihre Scham- und Schuldgefühle. In Verhaltensweisen wie Abwehr, Verleugnung, Verdrängung und Aggression finden sich dann typische Reaktionen der Eltern. Diese stehen häufig im Zusammenhang mit einer „mangelnden Selbstreflexion“ und einer „übertriebenen Ich-Syntonie“.

6.6 Motivationsstrategien für suchtbelastete Eltern

6.6.1 Handlungs- und Motivationsstrategien

Die Erziehungsfähigkeit der Eltern steht in engem Zusammenhang mit dem Verlauf der Abhängigkeitserkrankung. Dementsprechend sollte auch der Handlungsrahmen der Hilfemaßnahmen im Hinblick auf den Verlauf der Suchtstörung abgestimmt werden. Grundsätzlich gelten Suchtkranke als ausgesprochen schwer erreichbare Zielgruppe. Dies trifft wahrscheinlich noch in einem weitaus höheren Maße auf suchtkranke Eltern zu, wenn es darum geht, familienbezogene Unterstützungsmaßnahmen zu installieren. Bereits die Motivation zur Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt stellt häufig eine große Herausforderung dar.

Für die Konzeption von Versorgungsangeboten sind dementsprechend

- a) spezifische Handlungsstrategien, um die Zielgruppe überhaupt zu erreichen, sowie
- b) spezifische Motivationsstrategien, um die Teilnahmebereitschaft und Compliance in der Zielgruppe zu erhöhen, zu berücksichtigen.

In verschiedenen Publikationen (z. B. Sucht Schweiz, 2014) und Untersuchungen (Arenz-Greiving & Kober, 2007) wurden hierfür zentrale Handlungsfelder genannt, die für die konzeptionelle Gestaltung von Unterstützungsangeboten für die Zielgruppe genutzt werden sollten (vgl. Abbildung 15).

Insbesondere die Reflexion der Elternrolle sollte im Beratungsprozess unterstützt werden: Einerseits ist es hierbei wichtig, auch Anteilnahme an den Schuldgefühlen und Ängsten (z. B. Verlust des Sorgerechts) der Eltern zu zeigen. Auf der anderen Seite gilt es aber auch, ein elterliches Bewusstsein für den problematischen Einfluss ihrer Suchterkrankung auf ihre Kinder und die Gesamtfamilie zu schaffen und zu fördern. Durch diese Offenheit und Transparenz kann eine therapeutische Beziehung entstehen, auf deren Grundlage Eltern in ihrer Elternrolle gestützt und gestärkt werden können und gleichermaßen das Kindeswohl im Blick bleibt (ebd.).

Abbildung 15: Handlungs- und Motivationsstrategien

Handlungsstrategien ▶ um die Zielgruppe zu erreichen	Motivationsstrategien ▶ um Teilnahmebereitschaft und Compliance in der Zielgruppe zu steigern
<p>Öffentlichkeitsarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • aufgrund der Schwierigkeiten, die Zielgruppe zu erreichen. • Eltern müssen Kenntnis von den Angeboten erhalten. > Schwierig, wenn noch kein Kontakt zum Hilfesystem besteht (z. B. bei unauffälligen Fällen des elterlichen Alkoholmissbrauchs). <p>Gesellschaftliche Sensibilisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimierung der Stigmatisierung von Suchtpatienten <p>Kooperation und Vernetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindungen zwischen den verschiedenen Unterstützungsnetzwerken (Suchthilfe, Jugendhilfe etc.) schließen 	<ul style="list-style-type: none"> • Elternrolle im therapeutischen Prozess thematisieren • Prinzipien der Kurzintervention/Motivierenden Gesprächsführung nutzen • Befürchtungen durch gezielte Informationen abbauen

(Zusammenstellung basierend auf Arenz-Greiving & Kober, 2007; Sucht Schweiz, 2014)

6.6.2 [Methode] Transtheoretisches Modell der Veränderung

Das transtheoretische Modell der Veränderung nach Prochaska und Di Clemente (1982) ist in der Suchthilfe weit verbreitet. Hintergrund ist die modellhafte Vorstellung, wonach Menschen im Rahmen einer Verhaltensänderung unterschiedliche Stadien durchlaufen. Von besonderem Interesse in der Suchthilfe ist vor allem die Vorstellung, dass in den unterschiedlichen Veränderungsstadien eines Patienten auch jeweils unterschiedliche Interventionsstrategien hilfreich und unterstützend sein können. Dadurch ergeben sich wiederum hilfreiche Hinweise für das beraterische oder therapeutische Handeln (vgl. Abbildung 16).

[Zielsetzung]

In der nachfolgenden Übung soll dieses Modell

nun auf suchtkranke Eltern übertragen werden, um Motivationsstrategien zu entwickeln, die bei den Eltern sowohl auf eine Veränderung ihres Suchtverhaltens als auch auf ihr Erziehungsverhalten abzielen.

[Vorgehen]

Die Übung findet in gemischten Kleingruppen statt. Nach kurzer Einführung in das Modell sollen die Teilnehmenden anhand von Verhaltensweisen suchtkranker Eltern aus ihrer beruflichen Praxis diese unterschiedlichen Veränderungsphasen zuordnen. Im nächsten Schritt erarbeiten die Teilnehmenden Interventionsstrategien, die sich an den jeweiligen Veränderungsphasen orientieren.

1. Wie können suchtkranke Eltern motiviert werden, ihr Suchtverhalten zu verändern?
2. Wie kann zu einer Veränderungsbereitschaft im elterlichen Verhalten motiviert werden?

Abbildung 16: TTM-Veränderungsstadien und Interventionen

Veränderungsstadien	Merkmale	Mögliche Intervention
Absichtslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • stabiles Problemverhalten • keine Änderungsmotivation erkennbar • keine aktive Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten • Aspekte des Problemverhaltens werden positiv wahrgenommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Informieren • persönliches Risiko rückmelden • Abwägen der persönlichen Vor- und Nachteile des Verhaltens • Handlungsalternativen sammeln • Aufmerksamkeit auf das Problemverhalten lenken • Verhaltensautomatismen bewusst machen
Absichtsbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Problemverhalten noch vorhanden • unkonkrete Veränderungsmotivation besteht • Suche nach Möglichkeiten zur Verhaltensänderung 	<ul style="list-style-type: none"> • Pro und Contra von Verhaltensalternativen abwägen • positiven Nutzen einer Verhaltensänderung einschätzen und betonen lassen • Optionen zur Verhaltensänderung identifizieren • persönliche Fähigkeit zur Verhaltensänderung einschätzen lassen
Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • konkrete Veränderungsmotivation vorhanden • erste Versuche der Verhaltensänderung • neues Verhalten wird erprobt und hinterfragt 	<ul style="list-style-type: none"> • konkrete Planung der Verhaltensänderung entwerfen lassen • mögliche Hindernisse besprechen, Lösungen suchen • erste Erprobung in unkritischen Situationen • Neueinschätzung der Fähigkeiten zur Verhaltensänderung • Unterstützung
Handlung	<ul style="list-style-type: none"> • konsequente Umsetzung neuer Verhaltensweisen • neues Verhalten wird zur Gewohnheit aufgebaut • Bedeutung des Problemverhaltens nimmt ab 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfolge rückmelden, Verstärkung • Schutz der Ressourcen, Überforderung vermeiden • positive Veränderungen erkennen und loben • Zielanpassung • Ressourcenanpassung • Fokus auf Regelmäßigkeit und Gefahrensituationen lenken
Aufrechterhaltung	<ul style="list-style-type: none"> • neues Verhalten ist alltäglich geworden • Risikosituationen müssen beachtet werden • persönliche Identifikation mit dem neuen Verhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • weitere Bestärkung • Hinterfragen des Rückfallrisikos • Rückfallstrategien besprechen

Abbildung 17: FRAMES (Akronym): Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung & suchtkranke Eltern

Prinzip	Intervention	Intervention übertragen auf suchtbelastete Eltern
FEEDBACK	Durch das Konsumverhalten erfahrene Probleme ansprechen	Durch das Konsumverhalten verursachte Belastungen für die Kinder besprechen. Rückmeldung auf das wahrgenommene Erziehungsverhalten geben.
RESPONSIBILITY	Selbstverantwortung stärken	Eltern in ihrer Elternrolle stärken
ADVICE	Ausdrücklicher Rat, den Konsum zu reduzieren	Empfehlung, ein Unterstützungsangebot als Familie anzunehmen
MENU of OPTIONS	Handlungsalternativen, Beratungs- und Therapiemöglichkeiten aufzeigen	Auswahl an Unterstützungsoptionen aus der Sucht- und der Jugendhilfe für die Familien aufzeigen
EMPATHY	Empathische Grundhaltung in der Gesprächsführung	
SELF-EFFICACY	Selbstwirksamkeit stärken	

6.6.3 Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung nutzen

Die Motivierende Gesprächsführung nach Millner & Rollnick ist ein in der Suchthilfe weit verbreiteter Beratungs- und Behandlungsansatz, der sich durch die Verwendung spezifischer Prinzipien (z. B. Empathie) gezielt mit der Motivation von Klienten zur Verhaltensänderung beschäftigt. Das Akronym FRAMES benennt sechs dieser Prinzipien (Miller & Sanchez, 1994). Die Abbildung 17 fasst die Prinzipien zusammen und zeigt Möglichkeiten der Übertragung auf die Beratung von suchbelasteten Familien.

6.6.4 Transparenz als Strategie? Abbau von Zugangshürden und Befürchtungen suchbelasteter Eltern

In unterschiedlichen Themenfeldern können sich aufgrund von Fehlwahrnehmungen und man-

gelnder Sensibilisierung („mein Kind hat nichts gemerkt...“), unsachgemäßen oder falschen Informationen („ist das Jugendamt mal eingeschaltet, kann man als Eltern nichts mehr machen“) oder Mythenbildungen („das Jugendamt will nur die Kinder wegnehmen“) Befürchtungen auf Seiten der Eltern aufbauen. Diese Befürchtungen werden häufig zu unüberwindbaren Hürden und verhindern, dass eine objektive und sachdienliche Auseinandersetzung mit der Problematik (Erkennen des Hilfebedarfs, Inanspruchnahme von Hilfeangeboten, etc ...) in den Familien stattfinden kann. Im Beratungsprozess kann es deshalb hilfreich sein, durch gezielte Informationen Transparenz zu schaffen und über diese Strategie Hürden und Befürchtungen auszuräumen (vgl. Abbildung 18).

Abbildung 18: Transparenz als Motivationsstrategie

Themenfeld	Transparenz schaffen, insbesondere ...	Informationen
Besondere Belastungen für die Kinder in suchtbelasteten Familien	... über die Auswirkungen der Suchterkrankung im und auf den Lebensalltag der Kinder.	
rechtliche Grundlagen der Kindeswohlgefährdung	... für die Gefährdungsabwendung. Hierfür stellen elterliche Kooperationsbereitschaft und Kompetenz („nicht gewillt oder nicht in der Lage“) entscheidende Kriterien dar.	Mitwirkung und die Inanspruchnahme von Unterstützung seitens der Eltern ist deshalb ein wichtiger Schritt, um Fremdunterbringungen der Kinder zu vermeiden.
Unterstützungsangebote der Jugend- und Suchthilfe	... für die Entlastung, die Unterstützungsangebote auf Seiten der Kinder schaffen können. ... für die unterschiedlichen Möglichkeiten, die zur Stärkung der Elternrolle/Erziehungskompetenz, im Rahmen der Erziehungsberatung genutzt werden können. ... für die differenzierten Möglichkeiten einer Suchtbehandlung.	Kenntnis unterschiedlicher Handlungsoptionen stärkt das Gefühl eigenständige Entscheidungen zu treffen; dies wiederum trägt zur Erhöhung der Veränderungsmotivation bei.

6.7 Fordern & Fördern: Sicherstellung der Basisversorgung und Förderung der Elternrolle

Für einen Handlungsrahmen in der Arbeit mit suchtbelasteten Familien sind unterschiedliche Dimensionen zu berücksichtigen: die Sicherstellung der Basisversorgung der Kinder, die Veränderungsbereitschaft der Eltern im Hinblick auf ihre Suchterkrankung, die Bereitschaft und Fähigkeit der Eltern, Hilfe und Unterstützung anzunehmen.

6.7.1 Sicherstellung der Basisversorgung

Zur Sicherstellung der Basisversorgung des Kindes haben die Autoren Arenz-Greiving & Kober (2007), angelehnt an die vielfach verwendeten

Leitlinien des „Büros Kinder drogenabhängiger Eltern“ (KDO, Amsterdam), wichtige grundlegende Aspekte einer Basisversorgung zusammengestellt, die nachfolgend zitiert werden:

- Vorhandensein eines Wohnraums mit Beheizung sowie Wasser- und Stromversorgung
- Vorhandensein von hygienischen Wohnverhältnissen (z. B. keine extremen Verschmutzungen, wie Schimmel, Kot, Erbrochenes, Müll)
- Absicherung des Lebensunterhaltes
- Absicherung der ärztlichen Versorgung, z. B. Einhaltung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfterminen, Arztbesuche bei Erkrankungen und Befolgen ärztlicher Anordnungen
- Vorhandensein einer festen kontinuierlichen Bezugsperson für das Kind
- Strukturierter Alltag zur regelmäßigen täglichen Versorgung des Kindes: Verlässlicher und geregelter Tag-Nacht-Rhythmus für das Kind
- Regelmäßige, ausreichende und altersgemäße

- Ernährung und Körperhygiene
- Vorhandensein von entsprechender, witterungsgerechter Bekleidung
 - Gewährleistung der Aufsichtspflicht
 - Gewährleistung einer ausreichenden pädagogischen Förderung, Erziehung und emotionalen Zuwendung (z. B. Bereithaltung von Spielmaterial)
 - Nutzung tagesstrukturierender Angebote: Kindergarten, Tagesstätten, Hort, Absicherung des Schulalltags

6.7.2 Veränderungsbereitschaft & Inanspruchnahme von Hilfen durch die Eltern

Das Münchner Hilfenetzwerk rückt ergänzend zu den oben angeführten Kriterien die zweite Dimension Veränderungsbereitschaft und Inanspruchnahme von Hilfen durch die Eltern stärker in den Mittelpunkt. Die nachfolgend zitierten Kriterien sind dabei nicht als Zugangsvoraussetzung in das Hilfesystem, sondern als zentrale Inhalte und Zielsetzungen im Beratungsprozess mit den Eltern zu verstehen:

- ausreichendes Problembewusstsein der Eltern
- Bereitschaft zur Behandlung der Drogen-/Alkoholabhängigkeit
- Inanspruchnahme von Hilfen durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen
- kinder- und jugendärztliche Versorgung (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Arztbesuche bei Erkrankungen und Einhaltung der ärztlichen Verordnungen) und gegebenenfalls von entwicklungsfördernden Maßnahmen
- Inanspruchnahme der erforderlichen Hilfen für Schwangere
- angemessener Umgang mit einer eventuellen Behinderung des Kindes durch die Eltern und

- Ausschöpfung aller bestehenden Kompensationsmöglichkeiten
- Bereitschaft zur Annahme tagesstrukturierender Angebote (gegebenenfalls außerhäusliche Kinderbetreuung) und/oder von Erziehungshilfen

Als eine grundlegende Regel gilt, je jünger das Kind, desto dringlicher ist die Sicherstellung der Basiskriterien (Landeshauptstadt München, 2007).

6.7.3 Was können Eltern tun?

Klein (2014) argumentiert, dass eine idealtypische Übernahme der Elternrolle bedeuten würde, dass betroffene Eltern

- a) „mit der Sucht aufhören“, ein gutes Vorbild werden (durch Selbstheilungsprozesse oder durch Inanspruchnahme professioneller Hilfe, ...)
- b) ihr Bindungsverhalten verbessern („continuously loving and caring person“)
- c) und die eigene Elternkompetenz z. B. durch ein Erziehungskompetenztraining verbessern.

Dies gelingt leider nicht immer und ist sicherlich auch für nicht-suchtbelastete Eltern nicht immer realistisch. Aber suchtbelastete Eltern können Fortschritte machen und Regeln einhalten, die bereits zu einer erheblichen Verbesserung der Situation der Kinder führen können:

- sich nicht vor den Kindern betrinken/kein Substanzkonsum vor den Kindern (geringe Exposition)
- stabiler und berechenbarer werden, auch bei Fortbestehen der Suchterkrankung
- Familienrituale aufrechterhalten oder einführen, um damit die familiäre Atmosphäre zu verbessern
- den Kindern die Krankheit erklären, verständlich

- und begreifbar machen (Psychoedukation)
- sich kümmern, ohne übermäßig zu verwöhnen

Das ausschließliche Unterbreiten von Angeboten ist in manchen Fällen nicht zielführend, sondern eine gewisse Verpflichtung der Eltern zur Verantwortungsübernahme kann angezeigt sein.

6.8 [Methode] Kooperation mit den Eltern

[Zielsetzung]

Zielsetzung der Gruppenarbeit ist es, Möglichkeiten zu diskutieren, Eltern gleichermaßen sowohl hinsichtlich ihrer Suchtproblematik als auch hinsichtlich ihrer Elternverantwortung zu beraten und das Familiensystem insgesamt stärker in den Blick zu nehmen. Die Teilnehmenden sollen dabei über die Systemgrenzen hinwegdenken und diskutieren, ab wann eine fallbezogene Kooperation notwendig wird. Das Moderationsteam kann diese Methode weiterhin nutzen, um erste Impulse für das Handlungsfeld „einzelne fallbezogene Kooperation“ herauszuarbeiten.

[Vorgehen]

Für die Übung ist es erforderlich, dass sich die Kleingruppen aus Kolleginnen und Kollegen sowohl aus der Sucht- als auch der Jugendhilfe zusammensetzen. Die Auswertung der Fragestellungen erfolgt dann gemeinsam im Plenum.

1. Wie können im Setting der Suchtberatung Themen wie Kindeswohl, Elternrolle, Erziehungskompetenzen und Erziehungsverhalten bearbeitet werden? Wie kann, wo muss mit dem Jugendamt zusammengearbeitet werden? Wie ist aufgrund der Schweigepflicht zu verfahren?
2. Wie kann in der Jugendhilfe die Suchtproble-

matik der Eltern bearbeitet werden? Wie kann und wann sollte mit der Suchtberatung kooperiert werden? Wie bekomme ich als Mitarbeiter Sicherheit, dass trotz bestehender Sucht das Kindeswohl nicht gefährdet ist?

6.9 Prävention und Intervention

6.9.1 Präventionsprogramme: Inhalte & Reichweite

In einer bundesweiten Bestandsaufnahme konnten Ruths et al. (2013) ermitteln, dass vor allem Kinder aus suchtbelasteten Familien zwischen 8 und 12 Jahren mit präventiven Gruppenangeboten erreicht werden, deren Eltern sich bereits in Beratung oder Behandlung befanden. Sowohl für jüngere als auch für ältere Kinder und Jugendliche konstatieren die Autoren hingegen einen Mangel an adäquaten Angeboten.

Insbesondere in „unbehandelten Familien“ fehlt möglicherweise eine ausreichende Sensibilisierung für die Auswirkungen der elterlichen Suchtproblematik auf die Kinder, so dass gerade diese Gruppe den größten Entwicklungsrisiken ausgesetzt sein könnte. Werden Familien erreicht, geschieht dies interessanterweise – und dies stützt die Idee des Schulterchluss-Projektes in besonderer Weise – überwiegend über bestehende Hilfenetzwerke. Diese Hilfenetzwerke erwiesen sich bei näherer Betrachtung häufig mehr als informelle und seltener als fest institutionalisierte Hilfenetzwerke.

Die Autoren konnten inhaltlich vor allem eher suchtspezifische Programme mit bewährten

spielpädagogischen Methoden identifizieren. Häufig mangelt es an Programmteilen mit altersgerechter Psychoedukation zur Erkrankung der Eltern. Gerade dieses erkrankungsspezifische Wissen wäre aber notwendigerweise zu vermitteln, da es hilfreich ist, die auf Seiten der Kinder häufig bestehenden Schuldgefühle abzubauen. Ein inhaltliches Fehlen von Trainingsanteilen zum Erlernen konkreter Verhaltens- und Bewältigungsstrategien für Alltagssituationen wurde im Rahmen der Studie ebenfalls moniert. (ebd.).

Die Autoren bewerten deshalb Kooperationen und Netzwerke als eine zentrale Voraussetzung für die Erreichbarkeit der Zielgruppe und empfehlen präventive Programme mit folgenden Inhalten:

- a) altersgerechte Psychoedukation
- b) Vermittlung konkreter Verhaltens- und Bewältigungsstrategien

c) Rollenspiele zum konkreten Einüben von entlastenden Verhaltensstrategien

Zudem sprechen sich die Autoren für zeitlich begrenzte Programme mit einer festen manualisierten Ablaufstruktur aus (ebd.).

6.9.2 Empfehlungen zu spezifischen Präventions- und Interventionsangeboten

Klein (2006) hat eine Übersicht vorgelegt, die notwendige Anforderungen für die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und Interventionsmöglichkeiten für Kinder aus suchtbelasteten Familien zusammenfasst. Im Ergebnis werden kombinierte Maßnahmen aus den Bereichen Familientherapie, Motivational Interviewing und Case-Management empfohlen (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Maßnahmen für suchtbelastete Familien (Klein, 2006)

Maßnahmen für suchtbelastete Familien in der Übersicht (Klein, 2006)		
personenorientiert	strukturorientiert	Fachkräfte
<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen • Begleitende Elternarbeit • Freizeitpädagogische Maßnahmen • Familienorientierte Arbeit • Einzelfallhilfe/Fallarbeit mit betroffenen Kindern • Psychotherapie • Selbsthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der selektiven und Schwerpunktprävention • Verstärkung niedrigschwelliger Zugänge • Vernetzung der Hilfedienste, insbes. Jugendhilfe, Suchthilfe, medizinische Dienste, in Richtung Case-Management • Verpflichtung der Hilfesysteme zur Dokumentation, Berichterstattung, Kooperation und Frühintervention • Kontinuierliche Qualifikation der Fachkräfte 	<ul style="list-style-type: none"> • umfassende Informationen über die Lebenswelt von Kindern suchtkranker Eltern in Studium, Aus- & Weiterbildung • Vermittlung spezifischer Handlungskonzepte für Fachkräfte aus Medizin, Psychologie und Sozialer Arbeit • Hilfe und Unterstützung für Kinder von Suchtkranken müssen frühzeitig, umfassend, langfristig, kontinuierlich, niedrigschwellig und ohne negative Stigmatisierung erfolgen. • Kombinierte Maßnahmen aus den Bereichen Familientherapie, Motivational Interviewing & Casemanagement

Auch Arenz-Greiving & Kober (2007) konstatieren, „dass die frühen Kinderjahre eine einmalige Chance zur positiven Beeinflussung der Kindesentwicklung und der Familienunterstützung darstellen.“ Präventive Strategien sollten vor diesem Hintergrund frühzeitig einsetzen, dauerhaft angelegt sein und mit weiteren familienbezogenen Angeboten kombiniert werden bzw. vernetzt sein. Die Maßnahmen sollten individuell auf die Familien zugeschnitten sein und interdisziplinär abgestimmt werden. Prognostisch konstatieren die Autoren eine Tendenz, wonach die Interventionen umso erfolgreicher verlaufen, je mehr Familienmitglieder daran partizipieren. Die Wahrscheinlichkeit einer Belastungsreduktion für die Kinder scheint mit der Dauer der Intervention anzusteigen.

Nimmt das suchtmittelabhängige Familienmitglied nicht teil, gelingt ihm nur in Ausnahmen eine Verhaltensänderung. Grundsätzlich kann ein familienorientiertes Vorgehen also auch für das suchtkranke Elternteil sehr unterstützend wirken, eine individuelle Suchttherapie aber nicht ersetzen. Im Falle von Mehrfachabhängigkeiten und/oder im Kontext von Multiproblemfamilien sollten therapeutische Interventionen zugunsten lebenspraktischer Familienhilfe in den Hintergrund treten (ebd.).

6.9.3 Präventions- und Interventionsprogramme aus der Praxis – eine Auswahl

In den letzten Jahren wurde in Deutschland eine Reihe spezifischer Präventionsprogramme und Interventionen für die Zielgruppe entwickelt. Teilweise sind die Programme wissenschaftlich evaluiert und manualisiert. Nachfolgend ist eine Auswahl dieser Programme, ohne Anspruch auf

Vollständigkeit, zusammengestellt.

6.9.3.1 MUT! Mütterunterstützungstraining – Ein Programm zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger substituierter Mütter

Zielgruppe des Programms sind drogenabhängige Mütter in Substitutionsbehandlung und deren Kinder im Alter von 0 – 6 Jahren.

Inhaltlich sensibilisiert das Programm die Mütter für (früh-)kindliche Bedürfnisse, für das Spektrum ihrer elterlichen Aufgaben und die kindliche Entwicklung. Weitere Zielsetzungen sind die Verantwortungsübernahme für die eigene Suchterkrankung besonders auch im Hinblick auf die Kinder, die Stärkung des mütterlichen Selbstwertgefühls und insgesamt eine Erweiterung der elterlichen Handlungskompetenz.

Methodisch didaktisch finden elf Termine (je 180 Minuten, 9 Gruppensitzungen, 2 Einzeltermine) mit vier bis sechs Müttern statt, kombiniert werden psychoedukative Maßnahmen, körperorientierte Arbeit, Rollenspiele und Möglichkeiten zum lösungsorientierten Erfahrungsaustausch (Römer, Ape & Klein, 2006).

6.9.3.2 Trampolin – Ressourcenorientiertes Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Das suchtspezifische modulare Gruppenangebot „Trampolin“ wurde für acht- bis zwölfjährige Kinder aus suchtbelasteten Familien entwickelt und evaluiert. Die Eltern werden in das Programm miteinbezogen.

Inhaltlich zielt das ressourcenorientierte Gruppenangebot auf eine Belastungsreduktion auf Seiten der Kinder, die Erweiterung der kindlichen Handlungskompetenzen und Kognitionen im Hinblick auf die elterliche Suchterkrankung sowie insbesondere auf eine Unterstützung der Kinder mit positiven Bewältigungsperspektiven. Im Elternmodul sollen die Eltern vor allem für die Gefühle und Bedürfnisse der Kinder sensibilisiert werden.

Methodisch-didaktisch ist das Programm in neun wöchentliche Module (jeweils 90 Minuten) für die Kinder sowie ein Elternmodul (180 Minuten verteilt auf zwei Sitzungen) strukturiert und orientiert sich an Resilienz- und Schutzfaktorenkonzepten (Bröning et al., 2012).

Zur Umsetzung von Trampolin werden Trainerkurse angeboten, zudem liegt ein entsprechendes Manual vor (www.projekt-trampolin.de).

6.9.3.3 Projekt Kinderleicht – Unterstützung und Beratung für Kinder und Jugendliche aus Familien mit psychischen Erkrankungen oder Suchtproblemen

Das Präventions- und Interventionsangebot „Kinderleicht“ basiert auf mehreren Säulen und bietet Familien, die aufgrund einer psychischen Erkrankung und/oder einer Suchterkrankung eines Elternteils besondere Belastungen erfahren, unterschiedliche Unterstützungsangebote an: Einzelberatung für Kinder, Jugendliche und Eltern, Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche, Freizeit- und Kreativangebote für Kinder und Jugendliche sowie im Bedarfsfall die Vermittlung von weiteren Hilfsangeboten. Für assoziierte Berufsgruppen und Multiplikatoren bestehen ebenfalls Beratungs-, Informations- und Schulungsangebote.

Entwickelt und implementiert wurde „Kinderleicht“ 2009 gemeinsam von der Caritas Garmisch-Partenkirchen und der Caritas Tirol als länderübergreifendes INTERREG-Projekt. Mittlerweile wird „Kinderleicht“ an vier Standorten in Oberbayern umgesetzt und weiterentwickelt (www.caritas-nah-am-naechsten.de/fachambulanz-fuer-suchtkranke-garmisch-partenkirchen/cont/35701).

6.9.3.4 Projekt Kiasu – Spezielle Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Unter dem Motto „Gemeinsam Zeit miteinander verbringen“ hat das „Projekt Kiasu“ der Caritas Augsburg Präventions- und Interventionsangebote für suchtbelastete Familien auf unterschiedlichen Ebenen gebündelt und entwickelt.

Kinder und Jugendliche können in moderierten altersgerechten Gruppen (Gruppe für Kinder zwischen 6 und 12 Jahren; Gruppe für Kinder und Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren; jeweils 90 Minuten im 14-tägigen Rhythmus) über ihre Erfahrungen und Sorgen sprechen. Weiterhin sind Einzelgespräche und Online-Beratungen möglich. Verschiedene Freizeitaktivitäten wie Ausflüge, Freizeiten oder das gemeinsame Feiern von Festen ergänzen diese Beratungsangebote. Die Kinder erfahren und erleben Zuverlässigkeit, Akzeptanz, Entlastung, Austausch und positive Bestätigung.

Für Eltern, Angehörige und weitere Bezugspersonen besteht ein Informations- und Beratungsangebot.

Interessierte Fachkräfte und Multiplikatoren erhalten durch Kiasu Beratung und Unterstützung (www.caritas-augsburg.de/hilfeberatung/kiasuprojekt/).

6.9.3.5 SAFE®-Spezial – Bindungsbasiertes Elterntaining im Rahmen der Geburt

Das Programm ist ein Angebot für alle werdenden Eltern mit Suchtproblematik in und um München. Es basiert auf dem bindungsbasierten Elterntaining „SAFE®“ nach Brisch (www-safe-programm.de) und wurde speziell für werdende Eltern mit Suchtproblemen oder besonderen Belastungen gemeinsam mit Condrobs e.V. entwickelt. Ziel ist es, eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind zu fördern. Im Rahmen von „SAFE®-Spezial“ begleitet eine SAFE-Mentorin/ein SAFE-Mentor die zusammenwachsende Familie mit wöchentlichen Hausbesuchen, unterstützt beim Verstehen der Entwicklung des Kindes und hilft den Eltern, die notwendige Feinfühligkeit zu entwickeln, um stimmig auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren (www.condrobs.de).

6.9.3.6 SHIFT-Elterntaining

Das „SHIFT-Elterntaining“ basiert auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und wurde speziell für Eltern entwickelt, die Erfahrungen mit Crystal Meth gemacht haben. Das Training richtet sich an Mütter und Väter von Kindern im Alter bis zu 8 Jahren. In dem Gruppenprogramm erhalten Eltern Unterstützung für das Zusammenleben mit ihrer Familie und in der Erziehung ihres Kindes oder ihrer Kinder. Die Eltern lernen unter anderem,

- die Signale Ihres Kindes besser deuten und darauf reagieren zu können,
- mit schwierigen Erziehungssituationen besser umzugehen,
- wie sie den Herausforderungen, die eine Suchterkrankung mit sich bringt, vor allem für die Familie, begegnen können,
- wie Ihre Familie sie unterstützen kann, ein

drogenfreies Leben zu führen.

SHIFT ist ein gemeinsames Projekt zwischen dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW und lokalen Einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe in Sachsen und Thüringen (www.shift-elterntaining.de).

6.9.3.7 „Mama denk‘ an mich“ – ein interdisziplinäres Versorgungsprojekt für Crystal-abhängige Eltern und deren Kinder

Das interdisziplinäre Projekt des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden zielt darauf ab, drogenabhängigen Müttern und Vätern eine Perspektive auf ein suchtfreies Familienleben zu ermöglichen. Hierzu arbeiten die Kliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, für Kinder- und Jugendmedizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie im Verbund zusammen. Das Projekt bietet den Betroffenen eine Kombination von Behandlungsangeboten aus den Bereichen Geburtshilfe, Neugeborenenmedizin und Suchttherapie (Groß et al, 2018).

6.9.3.8 FREUNDE – Aufbauseminar „Elternsüchte – Kindernöte“

Eine Möglichkeit, die Thematik dort, wo Kinder aufwachsen, wie z. B. in Kindertageseinrichtungen, zu integrieren, bilden spezifische Multiplikatorenschulungen. Das Programm FREUNDE bietet hierzu das Aufbauseminar „Elternsüchte – Kindernöte: Kinder aus suchtblasteten Familien“ an. Grundsätzlich handelt es sich bei dem Programm FREUNDE um ein Programm zur Lebenskompetenzförderung in Kindertageseinrichtungen

mit Basis- und Aufbaueminaren.. In dem eintägigen Aufbauseminar werden Erzieherinnen geschult, die Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien besser einzuschätzen zu können. Sie können ihr Fachwissen und ihre pädagogischen Möglichkeiten spezifisch optimieren, um die betroffenen Kinder und deren Resilienz zu stärken (<https://www.bayern.jugendschutz.de/de/Schwerpunkte/>).

6.10 Spezielle Aspekte bei Drogenkonsum und -abhängigkeit

Im Vergleich zu Kindern von alkoholabhängigen Eltern sind Kinder von drogenabhängigen Eltern (Opiate, Kokain) häufiger außerhalb der Familie fremduntergebracht, erleben häufiger eine Strafverfolgung der Eltern, erfahren häufiger Vernachlässigung und leben häufiger mit nur einem Elternteil zusammen (Hogan, 1998 zit. nach Klein, 2001).

In diesem Kapitel erfolgen deshalb in Form kurzer Exkurse spezifische Anmerkungen zu den Wirkungsweisen der gebräuchlichsten illegalen Drogen (6.10.1), zu betäubungs- und strafrechtlichen Bestimmungen (6.10.2) sowie zur Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit (6.10.3).

6.10.1 [Exkurs] Wirkungsweisen psychoaktiver Substanzen

Informationen zu den unterschiedlichen Wirkungsspektren illegaler Drogen sind eine grundlegende Voraussetzung für die Arbeit mit und in Familien, in denen eine Suchtbelastung aufgrund des problematischen Konsums von Opioiden, Kokain, Amphetaminen, Cannabis oder weiterer illegaler

Substanzen besteht. Kenntnisse zu Konsumpraktiken und Rauschwirkungen sind hilfreich für die frühzeitige Wahrnehmung von Drogenproblemen in der Familie. Die unterschiedlichen Rauschwirkungen, Craving-Symptome oder Entzugerscheinungen beeinflussen die Stressbelastung der Eltern und können die Volatilität des elterlichen Erziehungsverhaltens erheblich steigern.

Abbildung 19 zeigt eine Klassifizierung nach Wirkungsweise gebräuchlicher psychoaktiver Substanzen.

Abbildung 19: Wirkspektren illegaler Drogen



6.10.2 [Exkurs] Betäubungsmittelrecht (BtMG) – Die strafrechtliche Seite

Das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), definiert in den Anlagen 1 – 3, welche Substanzen als Betäubungsmittel eingestuft sind, regelt den Umgang mit und die Verschreibungsmöglichkeiten dieser Betäubungsmittel und benennt im Sinne eines Nebenstrafrechts Straftatbestände im Zusammenhang mit Betäubungsmitteln.

Die Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes greifen nur für Substanzen, die in den Anlagen 1 – 3 des Betäubungsmittelgesetzes aufgeführt sind. Die Anlagen 1 – 3 fungieren dabei als Positivliste.

Ab § 29 ff BtMG werden Straftatbestände und der jeweilige Strafrahmen bestimmt. Grundsätzlich steht jedweder Umgang mit Betäubungsmitteln, ausgenommen des Konsums, unter Strafandrohung. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Sucht- und Jugendhilfe besteht keine Anzeigepflicht, ausgenommen, sie erhalten Kenntnis von geplanten Straftaten, die in § 138 StGB aufgeführt werden. Im Unterschied dazu sind Polizei und Staatsanwaltschaft in Deutschland dazu verpflichtet, ein Ermittlungsverfahren zu eröffnen, wenn sie von einer (möglichen) Straftat Kenntnis erhalten (→ Legalitätsprinzip).

In den §§ 35, 36 BtMG hat der Gesetzgeber für Konsumenten illegaler Drogen die Möglichkeit der Therapie statt Strafe vorgesehen. Unter bestimmten Voraussetzungen, z. B. Begehung der Straftat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit, erlauben diese Vorschriften, dass eine Haftstrafe zugunsten einer Suchtbehandlung ausgesetzt wird.

6.10.3 [Exkurs] Substitutionsbehandlung bei Opioidabhängigkeit

Die Substitutionsbehandlung stellt die häufigste Behandlung einer Opioidabhängigkeit dar. Die wissenschaftlich evaluierte Therapieform kombiniert medizinische (Vergabe des Ersatzstoffes durch einen Arzt, z. B. in niedergelassener Praxis oder in einer Substitutionsambulanz) und psychosoziale Maßnahmen (Alltagsunterstützende Maßnahmen, Hilfe zur Wiedereingliederung) in einem differenzierten, multidisziplinären Behandlungsetting. Abstinenz stellt, im Unterschied zur stationären medizinischen Rehabilitation, keine Voraussetzung für eine Behandlungsaufnahme dar. Vielmehr kann das Erreichen von Abstinenz ein Ergebnis einer positiv verlaufenden Substitution sein (Bundesärztekammer, 2017).

Ergänzend zur medizinisch-pharmakologischen Behandlung (Arztpraxis, Substitutionsambulanz) werden, abhängig von der individuellen Situation des zu Behandelnden, psychosoziale Maßnahmen in unterschiedlichem Umfang und in unterschiedlicher Intensität angeboten

[MODUL 4]

Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe

7 [Modul 4] Kooperation zwischen Jugend- und Suchthilfe

7.1 Ausgangslage, Wissensstand & Zielsetzungen

Sucht ist eine chronische Erkrankung, problematische Krankheitsverläufe mit Rezidiven gehören dementsprechend zum Krankheitsbild. Menschen mit Suchterkrankungen sind häufig mit komplexen Problemlagen konfrontiert, ihre Erkrankung hat in der Regel auch deutliche Auswirkungen auf ihr soziales Umfeld.

Für suchtblastete Familien mit Kindern ist deshalb ein sektorenübergreifendes Fallverständnis erforderlich. Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe ist hierbei die wichtigste Kooperationsbeziehung in der Arbeit mit suchtblasteten Familien. Beide Hilfebereiche benötigen eine gute wechselseitige Kenntnis hinsichtlich des jeweiligen Tätigkeitsauftrags und des jeweiligen Selbstverständnisses. Bezogen auf die gemeinsame Fallarbeit sind klare und verbindliche Vereinbarungen erforderlich, die kontinuierlich weiter entwickelt und fortgeschrieben werden

sollten (Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V., 2013).

In den vorangegangenen Modulen 1 bis 3 wurde durch den wechselseitigen fachlichen Austausch eine entsprechende Wissensbasis gelegt. Im abschließenden [Kooperationsmodul] sollen nun die Anforderungen für eine gelingende Kooperation diskutiert werden. Dabei ist vor allem die Vermittlung von Transparenz über die unterschiedlichen Aufträge und Rechtszusammenhänge von Bedeutung. Bestehende und bisherige Kooperationsstandards sind zu berücksichtigen und ggfs. anzupassen oder abzustimmen. Die Analyse und Fortschreibung des (bisherigen) Konzeptes zum Umgang mit Kindeswohlgefährdungen (verbindliche Verhaltensstandards, Vereinbarungen) kann ebenso eine wichtige Zielsetzung im [Modul 4] sein (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Modul 4 (Ablauf)

Methode & Input	Handlungsoptionen in der Jugend- & Suchthilfe
Methode	Kooperation
Input	Wie gelingt gute Kooperation?
Analyse & Diskussion	Status Quo der Angebote & Kooperationen in der Region
Abschluss	

7.2 [Methode] Handlungsoptionen in der Sucht- und Jugendhilfe

[Zielsetzung]

Zum Einstieg in das Thema Kooperation sollen die Teilnehmenden diskutieren, welche Probleme und welche Chancen sie in einer Kooperation der beiden Hilfesysteme sehen und welche Kompetenzen hierfür auf Seiten der Fachkräfte erforderlich sind. Das Moderationsteam sollte diese Methode nutzen, um gemeinsam mit den Teilnehmenden Synergieeffekte herauszuarbeiten.

[Arbeitsaufträge]

Hierzu werden jeweils gemischte Gruppen gebildet (Jugendhilfe & Suchthilfe), die sich mit den nachfolgenden Fragestellungen auseinandersetzen. Die Teilnehmenden sammeln ihre Ergebnisse auf Karteikarten mit den Kategorien [Probleme], [Chancen] und [Kompetenzen]. Die Auswertung erfolgt anschließend gemeinsam im Plenum, das

Moderationsteam kategorisiert die Beiträge entsprechend.

Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten mit der jeweils anderen Profession zusammen.

1. Welche Bedenken haben Sie? Welche Schwierigkeiten sehen Sie? → [Probleme]
2. Wie könnte die jeweils andere Profession hilfreich sein? Was könnte der Gewinn einer Zusammenarbeit sein? → [Chancen]
3. Welche Grundhaltungen und Kompetenzen erfordert die Arbeit mit suchtbelasteten Familien? → [Kompetenzen]

7.2.1 [Mögliche Ergebnisse] Kategorie „Probleme“

Es bestehen zwischen den Hilfesystemen widersprüchliche Motive und professionelle Haltungen, die zu Problemen in der Kooperation führen können. Abbildung 21 fasst eine Auswahl häufig genannter Motive zusammen:

Abbildung 21: Probleme in der Kooperation

Suchthilfe	Jugendhilfe
<ul style="list-style-type: none"> • Schutz der suchtkranken Person • Angst vor Vertrauensverlust in der therapeutischen Beziehung: Schwierigkeiten, das Thema Kinder und Elternrolle anzusprechen (auch bei Eltern in Suchtbehandlung werden die Kinder möglicherweise nur selten einbezogen) <p style="text-align: right;">(Sucht Schweiz, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz des Kindes • kein Vertrauen in die abhängigen Eltern • Angst vor einer Kindeswohlgefährdung (keine Sicherheit)
<p>In beiden Systemen können grundsätzliche Schwierigkeiten in der überinstitutionellen professionellen Vernetzung bestehen.</p>	

7.2.2 [Mögliche Ergebnisse] Kategorie „Kompetenzen“

Aufgrund der komplexen Handlungsanforderungen in suchtblasteten Familien sind auf Seiten der Fachkräfte spezifische Grundhaltungen und Kompetenzen erforderlich, damit eine sektorenübergreifende Fallarbeit im Sinne eines familienbezogenen Vorgehens gelingen kann. Arenz-Greiving & Kober (2007) konstatieren in ihrer Untersuchung hierzu unterschiedliche Anforderungen an die Fachkräfte:

- eine grundlegende Veränderungsbereitschaft in Bezug auf bisherige Einstellungen und professionelle Haltungen
- die Motivation, über die Grenzen der eigenen Institution hinaus zu denken
- die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, damit Kinder betroffener Eltern als eine wesentliche Zielgruppe mit in das Hilfeangebot einbezogen werden können
- Beratungskompetenzen für unterschiedliche Generationen
- ausgeprägte Konfliktlösekompetenzen, aufgrund häufig divergierender Erwartungshaltungen einzelner Familienmitglieder (ebd.).

Zudem empfehlen die Autoren eine Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Rolle, da möglicherweise aufgrund einer massiven Gefährdung des Kindeswohls gegen den Willen der Eltern gehandelt werden muss. Weiterhin birgt ein familienbezogenes Vorgehen Ambivalenzen in der therapeutischen Beziehung. Einerseits können suchtkranke Eltern nicht ausschließlich als Hilfebedürftige wahrgenommen werden, sondern es gilt, ihnen auch Entscheidungen und Verantwortung für die Kinder zuzutrauen. Andererseits müssen Eltern in gravierenden Fällen auch als Täter ihren Kin-

dern gegenüber angesehen werden, was eine empathische Grundhaltung deutlich erschwert (ebd.).

Ergänzend formuliert Klein (2015b) weitere grundlegende Kompetenzen:

- suchtspezifische Empathie: Besondere Empathie für die Lebenserfahrungen und Verhaltensweisen von Kindern aus suchtblasteten Familien
- Fähigkeit zur Förderung von Motivation, Kompetenzen und Resilienzen
- Umgang mit Ambivalenzen und „Widerstand“
- Auflösung der bzw. Abkehr von nicht evidenzgesicherten Mythen (z. B. bezüglich Rückfall, „Co-Abhängigkeit“).

7.2.3 [Mögliche Ergebnisse] Kategorie „Chancen“

Der Suchthilfeträger Bella Donna (2015) hat seine Erfahrungen mit Kooperationsvereinbarungen im Kontext suchtblasteter Familien in einer empfehlenswerten Publikation zusammengefasst und in diesem Kontext auch die zentralen Vorteile einer klar definierten und vertrauensvollen Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchthilfe benannt:

- Gerade in Krisensituationen wird eine deutlich effektivere und unkompliziertere Zusammenarbeit möglich.
- Eine optimierte Versorgung für die Zielgruppen kann erreicht werden und Verbesserungen im Hilfesystem können implementiert werden.
- Im Hilfeprozess werden die Betrachtung des jeweils professionellen Auftrags beider Seiten (Jugendhilfe und Suchthilfe) und die gegenseitige Ergänzung ermöglicht.
- Das gemeinsame und abgestimmte Vorgehen entlastet die Fachkräfte und kann Überforderungssituationen entgegenwirken.

7.3 Wie gelingt gute Kooperation?

7.3.1 [Methode] Kooperation in der Gruppe

Mit den nachfolgenden Übungen ist ein mehr spielerischer Einstieg in das Thema Kooperation möglich. Beide Methoden erfordern von den Teilnehmenden die Bereitschaft, mit den anderen zu kooperieren, nur dann lassen sich die gestellten Aufgaben effektiv lösen. Für das Kooperationsseminar ist eine der beiden Methoden auszuwählen.

7.3.1.1 [Methode] Das runde Dreieck

[Zielsetzung]

Die Teilnehmenden können mit dieser Methode spielerisch erfahren, dass unterschiedliche Arbeitsaufträge durchaus zu einem komplexen gemeinsamen Ergebnis/Produkt führen können.

[Vorgehensweise]

Die Teilnehmenden bilden zwei gleichgroße Gruppen, idealerweise eine Gruppe mit Fachkräften aus der Jugendhilfe sowie eine Gruppe mit Fachkräften aus der Suchthilfe. In der Mitte des Raumes stehen mindestens zwei Stühle mehr bereit, als es Teilnehmende gibt. Die Gruppe „Jugendhilfe“ erhält den Auftrag „mit allen Stühlen einen Kreis zu bilden“. Die Gruppe „Suchthilfe“ erhält den Auftrag „mit allen Stühlen ein Dreieck zu bilden!“. Nach ca. fünf bis maximal zehn Minuten kann die Methode beendet werden.

Für die Auswertung können folgende Fragen gemeinsam im Plenum reflektiert werden:

- Was war zu beobachten?
- Wie haben sich die Gruppen untereinander verständigt?

- Gab es eine Lösung? Was hat zur Klärung der Situation beigetragen? Was hat eine Einigung verhindert?

Ideales Ergebnis wäre, dass beide Gruppen miteinander kooperieren und als Lösung einen Kreis bilden, der in der Mitte ein Dreieck beinhaltet. Falls es nicht zu einer Lösung gekommen ist, kann das Moderationsteam diese im Rahmen der Reflexion einführen.

7.3.1.2 [Methode] Steine/Knöpfe

[Zielsetzung]

Die Teilnehmenden sollen spielerisch die Erfahrung machen, dass mit einem kooperativen Vorgehen das gewünschte Ziel leichter erreicht werden kann.

[Vorgehen]

Das Moderationsteam bringt für jeden Teilnehmenden vier gleiche Steine/Knöpfe mit. Aus einem Säckchen ziehen die Teilnehmenden dann „blind“ jeweils vier Steine. Im Anschluss entscheidet sich jede/r Teilnehmende, welche Art von Stein/Knopf er/sie sammeln möchte. Ziel ist es, dass alle Teilnehmenden am Ende vier gleiche Steine/Knöpfe haben. Die Teilnehmenden beginnen zu tauschen. Reflektion und Transfer zum Thema Kooperation erfolgen anschließend gemeinsam im Plenum.

7.3.2 Etablierung tragfähiger Kooperationsnetzwerke

In den meisten Fällen müssen für die Knüpfung nachhaltiger Kooperationsnetzwerke bestehende Bedenken der einzelnen Partner ausgeräumt und Unterschiede der kooperierenden Systeme trans-

parent gemacht werden. Insbesondere folgende Aspekte können die Kooperation zwischen Sucht- und Jugendhilfe im Kontext der Arbeit mit suchtbelasteten Familien beeinflussen:

- Die beiden Hilfesysteme basieren auf unterschiedlichen sozialrechtlichen Grundlagen.
- Jugendhilfe und Suchthilfe verfolgen zunächst unterschiedliche Handlungsaufträge, woraus sich auch unterschiedliche Arbeitsweisen und Zielsetzungen ergeben können.
- Diese Unterschiede setzen sich in den Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten sowie deren Grenzen fort (Arenz-Greiving & Kober, 2007).

Als große Belastung wird zudem der hohe zeitliche und personelle Aufwand für die vorbereitenden Abstimmungsprozesse einer Kooperation sowie für die Pflege des Kooperationsnetzwerks empfunden (ebd.; Bella Donna, 2015).

7.3.2.1 Fachliche Anforderungen & Kooperationsklima

Um gravierenden Missverständnissen vorzubeugen, ist ein intensiver Austausch über die Rahmenbedingungen, Arbeitsweisen und professionellen Haltungen der potentiellen Kooperationspartner erforderlich. Dies gilt ebenso hinsichtlich häufig bestehender Ressentiments und Vorbehalte gegenüber dem anderen Hilfesystem, respektive anderen Trägern (ebd.).

Ergänzend zur fachlichen Kompetenz plädieren Arenz-Greiving & Kober (2007) deshalb für die Etablierung einer „Atmosphäre des grundsätzlichen Vertrauens“ und einer „Atmosphäre der Offenheit“ zwischen den Kooperationspartnern, um

sich über potentiell kritische Aspekte, wie z. B. divergierende Arbeitsaufträge und -ansätze, verständigen zu können.

7.3.2.2 Konkretisierung der Zielsetzungen

Eine möglichst konkrete Zielformulierung erleichtert die Abstimmungs- und Kooperationsprozesse. Es sollte ein Bewusstsein dafür entstehen, dass Jugendhilfe und Suchthilfe die gleichen Ziele verfolgen und in Kindern aus suchtbelasteten Familien ein gemeinsamer Arbeitsauftrag besteht. Als zentrale Zielsetzungen können gelten:

1. Die Sensibilisierung der beteiligten Fachkräfte verschiedener Professionen für die besonderen Belastungen von Kindern suchtkranker Eltern.
2. Der Abbau von Informationsdefiziten und potentiellen Ressentiments zwischen den beteiligten Berufsgruppen und Institutionen.
3. Die Etablierung eines Früherkennungssystems zur Identifikation und Intervention in Gefährdungssituationen.
4. Die Abstimmung der verschiedenen Unterstützungsangebote zwischen den kooperierenden Hilfeanbietern.
5. Die transparente Regelung von Zuständigkeiten und Kommunikationswegen für alle beteiligten Akteure (siehe hierzu ausführlich Arenz-Greiving & Kober, 2007).

7.3.2.3 [Methode] Kooperation initiieren

[Zielsetzung]

Mit dieser Methode sollen Kooperationsprozesse auf unterschiedlichen Handlungsebenen angestoßen werden. Ziel hierbei ist, dass die Teilnehmenden ihre Ideen bereits möglichst konkret formulieren, damit daran im Anschluss an das Kooperationsseminar weitergearbeitet werden kann.

[Vorgehen]

Es werden entsprechend der drei zentralen Handlungsfelder Interessengruppen gebildet:

1. Thematische Sensibilisierung und Vernetzung
2. Prävention, insbesondere Implementierung eines Gruppenangebotes
3. Einzelfallbezogene Kooperation

Die Teilnehmenden sollten sich nach ihren Interessen einordnen, bei unterschiedlichen Ideen in einem Handlungsfeld können auch zwei oder mehrere Gruppen zum gleichen Handlungsfeld eingeführt werden. Folgende Arbeitsaufträge werden an die Gruppen vergeben:

1. Beschreiben Sie bitte kurz die Idee/das Projekt, das Sie realisieren möchten.
2. Versuchen Sie bitte die Projektziele zu definieren (Ziele sollen SMART sein: Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch, Terminierbar).
3. Legen Sie bitte die nächsten Schritte fest und versuchen Sie, Verantwortliche für das weitere Vorgehen zu benennen

Die Ergebnisse werden dann jeweils im Plenum vorgestellt.

7.3.2.4 Anforderungen auf der strukturell-institutionellen Ebene

Auch auf der strukturell-institutionellen Ebene

sind idealerweise bereits im Vorfeld verschiedene Weichenstellungen erforderlich:

- Die eindeutige Entscheidung der Leitungsebenen für eine kooperative Zusammenarbeit (im Sinne einer familienorientierten Vorgehensweise).
- Eine abgestimmte fachliche Position sowie die Gewährleistung eines stetigen Informationsaustausches in der einzelfallbezogenen Kooperation.
- Die Bereitstellung finanzieller, zeitlicher und räumlicher Ressourcen sowie das Ermöglichen gezielter Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen.
- Ergänzend sollte eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit stattfinden, die sich insbesondere an assoziierte Dienste (z. B. Kinder- und Frauenärzte, Hebammen, Kindertageseinrichtungen und Schulen richtet (ebd.).

7.3.2.5 Empfehlungen für die Ausarbeitung von Kooperationsvereinbarungen

Kooperationsvereinbarungen bieten eine Möglichkeit, häufig nur auf informeller Ebene der Mitarbeiter getroffene Vereinbarungen zu institutionalisieren und nachhaltiger zu implementieren.

Die Arbeitshilfe „Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung“ (Bella Donna, 2015) vermittelt hierzu hilfreiche Empfehlungen: Als grundlegend wird die Entscheidung aller Beteiligten vorausgesetzt, den hohen Aufwand an Vorarbeiten und Abstimmungsprozessen im Rahmen der Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung betreiben zu wollen. Es ist wenig zielführend, eine bestehende Kooperationsvereinbarung z. B. von einem benachbarten Landkreis zu über-

nehmen, da ein solches Vorgehen dazu führt, dass wichtige und zwingend erforderliche Abstimmungsprozesse nicht durchgeführt werden. Ebenso sollten Kooperationsvereinbarungen nicht im engen zeitlichen Zusammenhang mit akuten Krisensituationen entwickelt werden. Gleich zu Beginn der Abstimmungsprozesse gilt es, ein gemeinsames Verständnis von Kooperation zwischen den Beteiligten zu verhandeln, das unterschiedliche Handlungsregeln und Systemlogiken der Jugendhilfe und der Suchthilfe adäquat berücksichtigt. Nicht gemeint sind damit persönliche, individuelle Haltungen gegenüber dem jeweiligen System. Erforderlich ist es, Unterschiede transparent zu machen, diese konkret zu benennen und auch zu akzeptieren. Je vager Kooperationsvereinbarungen und kooperative Zielsetzungen formuliert werden, desto mehr steigt das Risiko für einen Misserfolg. Verstehen sich lediglich einzelne Mitarbeitende als Kooperationspartner, kann eine Kooperation zwischen Institutionen nur schwer gelingen. Um eine nachhaltige Implementierung einer Kooperationsvereinbarung zu erzielen, sollte

diese so gestaltet sein, dass alle Kooperationspartner profitieren. Mitentscheidend für einen Erfolg ist deshalb auch, den Nutzen der Kooperationsvereinbarung für alle Akteure deutlich sichtbar zu machen (Bella Donna, 2015).

7.4 Seminarabschluss

7.4.1 Analyse regionaler Angebots- und Kooperationsstrukturen

Im Vorfeld der Kooperationsseminare sollte eine Analyse der Angebotssituation für suchtbelastete Familien in der Region durchgeführt werden. Während der Projektphase wurde hierzu ein fragebogenbasiertes Telefoninterview mit der jeweiligen regionalen Schlüsselperson geführt (siehe [schulterchluss]-Abschlussbericht).

Die Ergebnisse dieser Interviews wurden dann für jede Region zusammengefasst, und in die regionalen Folienpräsentationen eingepflegt (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22: Ergebnisfolie, Status Quo-Analyse

Landkreis XY	
Spezifische Angebote für Kinder suchtkranker Eltern und deren Familien	
Allg. Informationen zum Landkreis	
Einwohnerzahl:	
Insoweit erfahrene Fachkraft:	
Spezifische Angebote für Kinder suchtkranker Eltern	
Spezifisches Gruppenangebot für Kinder	
Spezifische Maßnahmen zur Erreichung der Zielgruppe	
Spezifische Netzwerke/Kooperationen/Kooperationsvereinbarungen im Hinblick auf die Zielgruppe	
Perspektivisch geplante spezifische Maßnahmen für die Zielgruppe	
<p>[diese Folie zeigt den Status Quo des jeweiligen Landkreises und wird als Ergebnis der Vorbesprechungen mit dem Landkreis durch die Koordinationsstelle zur Verfügung gestellt]</p>	
Seite 116	[schulterchluss]

Im Seminar kann gemeinsam mit den Teilnehmenden eine Ergänzung dieser Übersicht erfolgen, damit ein möglichst umfassender Überblick zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien in der Region entsteht. Auf dieser Basis kann dann diskutiert werden, welche Angebote noch erforderlich sind. Im Seminarverlauf entwickelte Ideen zur Vernetzung und Optimierung von Versorgungsstrukturen

können an dieser Stelle einfließen. Abbildung 23 fasst noch einmal die wichtigsten Fragestellungen für die abschließende Diskussion zusammen und schlägt einen Arbeitsprozess in Kleingruppen vor, um die Seminarideen zur Verbesserung der Versorgungssituation zu identifizieren und idealerweise auch, um Personen zu benennen, die sich für das weitere Vorgehen verantwortlich zeichnen.

Abbildung 23: Prozessablauf: Weiterentwicklung regionaler Angebote

Status Quo der Angebote & Kooperationen in der Region
• Welche Kooperationen bestehen?
• Welche Kooperationen werden noch benötigt?
• Welche Angebote bestehen?
• Welche Angebote werden noch benötigt?
Bewertung der Angebotssituation für Kinder suchtkranker Eltern in der Region
• Schritt 1: Vorstellung anhand der Status Quo-Analyse, die im Rahmen des Bewerbungsverfahrens durchgeführt wurde.
• Schritt 2: Diskussion und Bewertung in der Gruppe
Formulierung von Optimierungszielen
• Schritt 3: Bildung von interessen geleiteten Kleingruppen zur Erarbeitung von Optimierungsvorschlägen
• Schritt 4: Vorstellung der Ergebnisse im Plenum
• Schritt 5: Verständigung auf gemeinsame Optimierungsziele und Maßnahmen
• Schritt 6: Beginn der konkreten Planung

Moderationshinweis 4

Mit dieser abschließenden Diskussion sollen alle Ideen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur, die im Seminar entwickelt wurden, diskutiert werden. Ziel ist es, eine Übersicht mit den künftig geplanten Maßnahmen zu erhalten und idealerweise auch Verantwortlichkeiten zu benennen. Dem Moderationsteam kommt die Aufgabe zu, die Ergebnisse zusammenfassend zu dokumentieren und für die Übernahme von Zuständigkeiten zu motivieren. Die Ergebnissammlung sollte deshalb an der FlipChart festgehalten werden.

Zum Schluss kann der Abschluss des Seminars auch mit einer gemeinsamen Methode/Übung erfolgen.

7.4.2 Abschluss mit [Methode]

Nach den beiden Seminartagen kann der Seminarabschluss auch „spielerisch“ erfolgen. Neben klassischen Moderationstechniken wie „Blitzlicht“ haben die Moderationsteams häufig folgende Methode verwendet.

[Arbeitsauftrag]

Ein ca. 3 Meter langes Seil wird in leicht welliger Linie auf den Boden gelegt. Zentrale Seminarinhalte werden in chronologischer Reihenfolge entlang des Seils verteilt. Jeder Teilnehmende erhält nun ein Teelicht (symbolisiert „Mir geht ein Licht auf!“), ein kleines Herz (symbolisiert „Dieses Thema ist mir besonders wichtig.“) und einen Stein (symbolisiert „Dieses Thema finde ich besonders schwierig.“). Das Seil wird in leicht welliger Linie auf den Boden gelegt. Die Themenkarten werden in der Reihenfolge des Ablaufes neben das Seil gelegt. Die Teilnehmenden positionieren reihum ihre Materialien und kommentieren ihre Positionierungen kurz.

[Benötigte Materialien: langes Seil (ca. 3 m), Themenkarten (Seminarinhalte), Teelichter, Herzen und Steine, Anzahl an TN-Zahl angepasst]

Idealerweise haben die Teilnehmenden in den beiden Seminartagen konkrete Ideen entwickelt und Aufgaben verteilt, um die Kooperation und Vernetzung zwischen Einrichtungen der Jugendhilfe und der Suchthilfe zu verbessern und dadurch die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien zu optimieren.

Für die Umsetzung dieser innovativen Ideen braucht es oft einen langen Atem und ein beharrliches Vorgehen. Aber es lohnt sich!

8 Quellenverzeichnis

- Arbeitsgemeinschaft der Medizinisch-Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (2016). S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. AWMF-Register Nr.076-001. (Stand: 28.02.2016).
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). Metastudie – Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Babor T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J., Grant, M. (1992). The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization.
- Barnow, S., Lucht, M., Fischer, W., & Freyberger, H.-J. (2001). Trinkverhalten und psychosoziale Belastungen bei Kindern alkoholkranker Eltern (CoAs). Suchttherapie, 2(03), 137 – 142.
- Batra, A., Müller, C. A., Mann, K., & Heinz, A. (2016). Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol. Dtsch Arztebl, 113, 301 – 310.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2012). Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Erkennen und Handeln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. München.
- Bella Donna (2015). Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW. Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und medizinischer Versorgung. Arbeitshilfe. abrufbar unter: http://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Publikationen/Arbeitshilfe_Entwicklung_einer_Kooperationsvereinbarung.pdf. Zugriff am 19.09.2016.
- Bradley, K. A., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Frank, D. and Kivlahan, D. R. (2007), AUDIT C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31, 1208 – 1217.
- Braun, B., Brand, & Künzel, J. (2016). Deutsche Suchthilfestatistik 2015: Tabellenband für ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen, Fachambulanzen und Institutsambulanzen (Typ 3 und 4). Bezugsgruppe: 1 Zugänge Beender ohne Einmalkontakte. © 2016 IFT Institut für Therapieforschung, München.
- Bröning, S., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2012). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern aus Suchtfamilien. PiD – Psychotherapie im Dialog, 13(04), 44 – 48.
- Bundesärztekammer (2017). Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Stand 02. Oktober 2017. Abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf <http://www.bundesaerztekammer.de>. Zugriff am 03.01.2019.
- Dauber, H., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2018). Suchthilfe in Deutschland 2017. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. Abrufbar unter: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2017.pdf. Zugriff am 29.12.2018.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2010). Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven. Abrufbar unter http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/2011_02_28-DHS_Verbundpapier-DIN_neu_2.pdf. Zugriff am 06.09.2016.

Deutsche Rentenversicherung (2001). Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001. Anlage 3. Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen. Abrufbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/265920/publicationFile/62744/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf. Zugriff am 02.10.2019.

Diakonie (2013). Die insoweit erfahrene Fachkraft nach dem Bundeskinderschutzgesetz – Rechtsfragen, Befugnisse und erweiterte Aufgaben. Arbeitshilfe für die praktische Arbeit. Abrufbar unter <https://www.diakonie.de/diakonie-texte/062013-die-insoweit-erfahrene-fachkraft-nach-dem-bundeskinderschutzgesetz/>. Zugriff am 29.12.2018.

Dilling, H., Mombour, W. & M. H. Schmidt (Hrsg.) (2013). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber, 9. überarbeitete Auflage.

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25(12), 1627 – 1640.

Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564 – 572.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA 2008). EMCDDA 2008 selected issue – Drugs and vulnerable groups of young people. abrufbar unter: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/499/EMCDDA_SI08_vulnerable-young_121281.pdf. Zugriff am 30.12.2018.

Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. (fdr). Hrsg. (2016). Abhängigkeitskranke Mütter und Väter in der Suchthilfe. Eine Handreichung. fdr+Texte Nr. 11.

Falkai, P., Wittchen, H.U., Döpfner, M. (2019). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

Fuller-Thomson, E., B. Katz, R., T. Phan, V., P.M. Liddycoat, J., & Brennenstuhl, S. (2013). The long arm of parental addictions: The association with adult children's depression in a population-based study. *Psychiatry Research*, 210(1), 95 – 101.

Groß, C., Hahn, S., Spreer, M., Behrendt, S., Dinger, J., Reichert, J., ... S. Zimmermann, U. (2018). „Mama denk' an mich“ (MAMADAM) – ein multimodales Therapieprogramm für suchtkranke Schwangere, Mütter und Väter im Rahmen der psychiatrischen Institutsambulanz. *SUCHT*, 64(2), 97 – 108.

Grosshans, M. & Mann, K. (2012). Alkohol. In: Batra, A./Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.) (2012): *Praxisbuch Sucht. Therapie und Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Thieme. Stuttgart, New York. S. 73 – 99.

- Hinze, K., & Jost, A. (2005). Kinder aus suchtbelasteten Familien im Kontext von Verfahren zu Hilfen zur Erziehung. *Sucht*, 51(2), 109 – 118.
- Jordan, S. (2010). Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53(4), 340–346.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2016). Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Psychological Medicine*, 46(06), 1301 – 1309.
- Kiefer, F. (2011): Neue Aspekte der Therapie der Alkoholabhängigkeit. Vortrag im Rahmen des DGPPN-Kongresses 2011.
- Klein, M. (2001). Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Forschungsergebnisse und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* (2) 118 – 124.
- Klein, M. (2003). Kinder suchtkranker Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen. Grundsatzreferat. 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, Berlin. Abrufbar unter https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Familiengeheimnisse_031204_Drogenbeauftragte.pdf . Letzter Zugriff: 30.12.2018.
- Klein, M. (2006). Hilfen für Kinder aus alkoholabhängigen Familien. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 38, 9 – 16.
- Klein, M. (2008). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein M. (Hrsg.) *Kinder und Suchtgefahren*. Stuttgart: Schattauer: 114 – 127.
- Klein, M. (2009). Kinder in suchtbelasteten Familien. In: Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U.J. & Riedesser, P. (Hrsg.). *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer, S. 160 – 164.
- Klein, M. (2010). Suchtkranke Eltern – was bedeutet dies für die Kinder? Vortrag und Diskussion. Caritas Innsbruck Interregprojekt „Kinderleicht“. 03. März 2010. Abrufbar unter <https://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Downloads/insbruck020310.pdf>. Zugriff am 02.01.2019.
- Klein, M. (2013). Beteiligungs- und Präventionsmöglichkeiten im Kontext von Gewalt und Suchtmittelkonsum. Vortrag im Rahmen des Fachtags Respektvolle Einrichtung – Umsetzung des § 8b SGB VIII. Oldenburg. Dezember 2013. Abrufbar unter <http://www.win2win-ggmbh.de/downloads/vortrag-prof-klein.pdf>. Zugriff am 16.09.2016.
- Klein, M. (2014). Inklusion und ... Kinder suchtkranker und psychisch kranker Eltern. Vortrag Schulamt für den Kreis Düren, 04. und 11. Februar 2014. Abrufbar unter: http://www.addiction.de/wp-content/uploads/2014/06/Inklusion-und-...-Kinder-suchtkranker-und-psychisch-kranker-Eltern_M.KLein_.pdf. Zugriff am 02.01.2019.
- Klein, M. (2015a). Methamphetaminabhängigkeit und Familie – gibt es ein Problem? Vortrag. 16. Internationaler Kongress für Suchtmedizin 02. bis 04. Juli 2015. München. Abrufbar unter: http://www.addiction.de/wp-content/uploads/2014/06/Vortrag_MKlein_CrystalMeth_Familie__MUC_040715.pdf. Zugriff am 30.12.2018.

- Klein, M. (2015b). Transgenerationale Aspekte von Abhängigkeitserkrankungen. Vortrag im Rahmen des Symposiums zur Eröffnung des Zentrums für Abhängigkeitserkrankungen des Kindes- und Jugendalters Berlin. 06. Mai 2015. Berlin. Abrufbar unter: https://www.vivantes.de/fileadmin/Klinika/KNK/Vortraege_KJPP/Eröffnung_Zentrum_fuer_Abhaengigkeitserkrankungen/04_Klein_Transgenerationale_Aspekte_Abhaengigkeitserkrankungen_01.pdf. Zugriff am 02.01.2019.
- Klein, M. (2017). Kinder suchtkranker Eltern – Entwicklungsrisiken, Psychopathologien und Ressourcen. Vortrag. 19. FASD-Fachtagung. Hamburg, 29. September 2017. Abrufbar unter https://www.addiction.de/wp-content/uploads/2014/06/MKlein_COAs_FASD_Tagung_Hamburg_290917.pdf. Zugriff am 02.01.2019.
- Klein, M. & Quinten, C. (2002). Zur Langzeitentwicklung von Kindern stationär behandelter alkoholabhängiger Eltern. Suchttherapie 3, 233 – 240.
- Klein, M., Ferrari, T. & Kürschner, K. (2003). Kinder (un)behandelter suchtkranker Eltern: Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Forschungsbericht im Auftrag des BMG. Köln. abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Kinder_unbehandelter_suchtkranker_Eltern.pdf. Zugriff am 06.09.2016.
- Klein, M., Thomasius, R. & Mösgen, D. (2017). Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kinder aus suchtbelasteten Familien.
- Lachner G. & Wittchen H.-U. (1997). Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl H & Rockstroh B (Hrsg.) Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Göttingen. Hogrefe 43 – 89.
- Landeshauptstadt München (2007). Referat für Gesundheit und Umwelt. Suchthilfekoordination. Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern. Kooperationsvereinbarung zur Koordination interdisziplinärer Hilfe.
- Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V (2013). Projektausschreibung Schulterchluss. abrufbar unter: http://www.suchtfragen.de/uploads/media/Projektausschreibung_Schulterchluss_01.pdf. Zugriff am 21.02.2016.
- Lenz, A. (2009). Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung. Hrsg.: Sachverständigenkommission des 13. Kinder- und Jugendberichts Juni 2009.
- Lieb, R. (2005) Genetische Disposition und familiärer Kontext. In: Thomasius R, Küstner U (Hrsg.). Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention. Stuttgart. Schattauer 3 – 12.
- Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (2015). Projekt Schulterchluss: 2013 – 2015. Abschlussbericht der Evaluation.
- Lindenmeyer, J. (2012). Motivationstheorien. In: Batra, A./Bilke-Hentsch, O. (Hrsg.) (2012): Praxisbuch Sucht. Therapie und Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Thieme. Stuttgart, New York. S. 29 – 33.
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. Psychological Medicine, 39(01), 149.

- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A., & Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141 – 149.
- Miller, W.R. & Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard, G., and Nathan, P.E., eds. *Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.
- NACOA Deutschland (2006). *Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule*. Berlin.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276 – 288.
- Reiners, A. & Krüger, S. (2013) In: Zentrum Bayern, Familie und Soziales, Bayerisches Landesjugendamt (Hrsg.): *Mitteilungsblatt Nr. 4-5, S. 1-9.*
- Römer, R., Ape, P. & Klein, M. (2006). Mut! Mütter-Unterstützungstraining. Abrufbar unter (<https://www.gesundheitspsychologie.net/index.php/de/datenbanken/praeventionsprogramme-fuer-erwachsene/30-mut-muetter-unterstuetzungs-training>; Zugriff am 24.10.2018).
- Ruths, S., Moesgen, D., Bröning, S., Schauning-Busch, I. I., Klein, M., & Thomasius, R. (2013). Präventive Gruppenangebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien – eine bundesweite Bestandsaufnahme.
- Seitz, H. & Bühringer, G. (2010). Empfehlungen des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS zu Grenzwerten für den Konsum alkoholischer Getränke. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Abrufbar unter: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs_stellungnahmen/Grenzwerte_Alkoholkonsum_Jul10.pdf. Zugriff am 29.12.2018.
- Sher KJ. (1991). *Children of Alcoholics. A Critical Appraisal of Theory and Research*. Chicago. The University of Chicago Press.
- Sher, K. J. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol health and research world*, 21, 247 – 254.
- Sucht Schweiz (2014). Unterstützung für Kinder aus suchtbelasteten Familien: Grundlagen und Interventionsmöglichkeiten. Leitfaden für Fachpersonen im Sozialbereich, in der medizinischen Versorgung, in Tagesstrukturen oder in Schulen. Abrufbar unter: <https://shop.addictionsuisse.ch/de/substanzen-und-verhalten/239-unterstuetzung-fur-kinder-aus-suchtbelasteten-familien-grundlagen-und-interventionsmoeglichkeiten-leitfaden-fur-fachpersonen.html>. Zugriff am 03.02.2019.
- Ulrich, I., Stopsack, M., & Barnow, S. (2010). Risiko-und Resilienzfaktoren von adoleszenten Kindern alkoholkranker Eltern: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie1. *Diskurs Kindheits-und Jugendforschung*, 5(1).
- Waldron, M., Grant, J. D., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Slutske, W. S., Glowinski, A. L., ... Heath, A. C. (2014). Parental separation and early substance involvement: Results from children of alcoholic and cannabis dependent twins. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.010>.
- Weitzman, E. R., & Wechsler, H. (2000). Alcohol use, abuse, and related problems among children of problem drinkers: findings from a national survey of college alcohol use. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(3), 148 – 154.

Wolin, S. and Wolin, S.J. (1995) "Resilience Among Youth Growing Up in Substance Abusing Families", *Pediatric Clinics of North America*, 42:(2) 415 – 429.

Wong, M. M., Nigg, J. T., Zucker, R. A., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E., Jester, J. M., Glass, J. M., ... Adams, K. (2006). Behavioral control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: a prospective study from preschool to adolescence. *Child development*, 77(4), 1016 – 33.

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (2013). Sozialpädagogische Diagnostiktabellen des Bayerischen Landesjugendamtes

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (2012). Fachliche Empfehlungen zur Umsetzung des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII. Beschluss des Landesjugendhilfeausschusses vom 15.03.2006, geänderte Fassung vom 10.07.2012. Abrufbar unter <https://www.blja.bayern.de/service/bibliothek/fachliche-empfehlungen/schutzauftrag8a.php>- Letzter Zugriff am 02.01.2019.

Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt (2007). Fachliche Empfehlungen zur Inobhutnahme gemäß § 42 SGB VIII; Beschluss des Bayerischen Landesjugendhilfeausschusses vom 09. Oktober 2007, geänderter Beschluss vom 21. September 2009. Abrufbar unter <https://www.blja.bayern.de/service/bibliothek/fachliche-empfehlungen/inobhutnahme.php>. Letzter Zugriff: 02.01.2019.

Zobel, M. (2006). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen. 2. überarbeitete Auflage. Hogrefe, Göttingen.

Literaturempfehlungen

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2013). Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Erkennen und Handeln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte.

Zentrum Bayern Familie und Soziales. Bayerisches Landesjugendamt (2010). Schützen – Helfen – Begleiten; Handreichung zur Wahrnehmung des Schutzauftrags der Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anvisierte Zielgruppe der Schulterchluss-Kooperationsseminare	13
Abbildung 2:	Themenmodule der Kooperationsseminare	14
Abbildung 3:	Warm Up (Ablauf)	16
Abbildung 4:	Modul 1 (Ablauf)	20
Abbildung 5:	Das bio-psycho-soziale Modell der Suchtentstehung	29
Abbildung 6:	Kriterien einer Abhängigkeit in der ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2013)	31
Abbildung 7:	Kriterien einer Substanzgebrauchsstörung im DSM-5 (Falkai, Wittchen & Döpfner, 2014)	32
Abbildung 8:	Suchthilfesystem	34/35
Abbildung 9:	Anhaltspunkte für eine Gefährdungseinschätzung (Zentrum Bayern Familie und Soziales – Bayerisches Landesjugendamt, 2012)	39
Abbildung 10:	Modul 2 (Ablauf)	43
Abbildung 11:	Transmissionswege im bio-psycho-sozialen Modell (Klein, 2015b)	46
Abbildung 12:	Übersicht: Rollen in suchtblasteten Familien (Übersicht aus Klein, 2010)	51
Abbildung 13:	Modul 3 (Ablauf)	57
Abbildung 14:	AUDIT & AUDIT-C: Screening-Tests	59
Abbildung 15:	Handlungs- und Motivationsstrategien	63
Abbildung 16:	TTM-Veränderungsstadien und Interventionen	64
Abbildung 17:	FRAMES (Akronym): Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung & suchtkranke Eltern	65
Abbildung 18:	Transparenz als Motivationsstrategie	66
Abbildung 19:	Wirkenspektren illegaler Drogen	74
Abbildung 20 :	Modul 4 (Ablauf)	77
Abbildung 21:	Probleme in der Kooperation	78
Abbildung 22:	Ergebnisfolie, Status Quo-Analyse	83
Abbildung 23:	Prozessablauf: Weiterentwicklung regionaler Angebote	84

10 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausgewählte, rechtliche Grundlagen in der Kinder- & Jugendhilfe	23
Tabelle 2:	Hilfen zur Erziehung (§§ 27ff SGB VIII)	25
Tabelle 3:	Deutsche Suchthilfestatistik: Ausgewählte Hauptdiagnosen 2017	30
Tabelle 4:	Quantitative Schätzungen: Kinder & Jugendliche in suchtbelasteten Familien (Übersicht erstellt auf Basis von Klein, Thomasius & Moesgen, 2017)	44
Tabelle 5:	Klienten in der ambulanten Suchtberatung mit eigenen Kindern (Braun, Brand & Künzel, 2016)	44
Tabelle 6:	Relative Entwicklungsrisiken für Jugendliche in alkoholbelasteten Familien (Lachner & Wittchen, Münchner EDSP-Studie)	47
Tabelle 7:	Erhöhte Entwicklungsrisiken: Substanzbezogene und psychische Störungen	48
Tabelle 8:	Risikofaktoren von Kindern aus suchtbelasteten Familien (zusammengestellt auf Basis von Jordan, 2010)	53
Tabelle 9:	Protektive Faktoren von Kindern aus suchtbelasteten Familien (Übersicht auf Basis von Jordan, 2010)	54
Tabelle 10:	Indikationskriterien ambulant vs. stationär	60
Tabelle 11:	Maßnahmen für suchtbelastete Familien (Klein, 2006)	69

[schulterchluss]

Oder Sie besuchen uns unter:
schulterchluss-bayern.de

gefördert durch
Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit und Pflege



Bayerisches Staatsministerium für
Familie, Arbeit und Soziales