

# **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**

**in Kooperation mit der  
Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)**

Vorwort	Rolf Hüllinghorst
Grußwort: „Familiengeheimnisse“	Marion Caspers-Merk
<b>Einführung</b>	
Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden – Zur Geschichte eines Arbeitsfeldes	Prof. Dr. Jobst Böning
<b>Grundsatzreferate</b>	
Kinder suchtkranker Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen	Prof. Dr. Michael Klein
Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit – Kinder in Alkoholikerfamilien	Ingrid Arenz-Greiving
Im Dunstkreis der Sucht: Was Kinder suchtkranker Eltern stärkt	Prof. Dr. Günther Opp
Schwangerschaft und Sucht	Dr. Regina Rasenack
Den Suchtkreislauf durchbrechen – Betroffenheit und Betroffenen-Kompetenz in der Suchtselbsthilfe	Wiebke Schneider
Suchtkranke Familiensysteme – Einführung in eine komplexe Fragestellung	Dr. Ruthard Stachowske
<b>Praxisberichte</b>	
Von der Kindergruppe zum Kinderprojekt – Möglichkeiten und Grenzen in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften	Dorothee Koch
MAKS, Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken	Katrin Brändle, Helga Dilger
Gruppengespräche für Kinder aus Suchtfamilien	Ulla Hillebrand

Koordinierung und Vernetzung professioneller Hilfen am Beispiel eines Arbeitskreises „Kinder aus Suchtfamilien“	Brigitte Wick
Kinder- und Jugendseminare in der Fachklinik – Annäherungen an (Los-)Lösungen	Claudia Quinten
Leitlinien der praktischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern aus suchtbelasteten Familien	Dr. Reinhardt Mayer
Stärkere Beachtung von elterlichen Suchtproblemen in der pädiatrischen Praxis? Ja – aber!	Dr. Wolf-Rüdiger Horn
Kinder und jugendliche Drogenpatienten aus suchtbelasteten Familien – Neue strategische Modelle in der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sucht- und Jugendhilfe	Dr. Wilfried Huck, Prof. Dr. Renate Schepker
NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien	Henning Mielke
Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen	Petra Erger

## **10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien**

Autorenverzeichnis

Projektliste „Markt der Möglichkeiten“

Impressum

**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**

Vorwort

Grußwort: „Familiengeheimnisse“

Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden – Zur Geschichte eines Arbeitsfeldes

Rolf Hüllinghorst,  
Geschäftsführer der Deutschen  
Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Sie halten den Berichtsband der Tagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“, die auf Anregung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, vom 4. bis 5. Dezember 2003 in Berlin durchgeführt wurde, in den Händen. Bereits seit langer Zeit ist bekannt, dass Kinder suchtkranker Eltern besonders gefährdet sind, selbst wieder eine Abhängigkeit zu entwickeln. Deshalb ist es um so notwendiger, alles zu versuchen, damit der Suchtkreislauf unterbrochen wird.

Während der Fachtagung wurde ein Überblick sowohl über die wissenschaftlichen Erkenntnisse des Arbeitsfeldes als auch über eine ganze Reihe praktischer Ansätze gegeben. Den Großteil dieser Referate und Diskussionsbeiträge können wir in dieser Schrift dokumentieren. Dabei liegt es in der Natur der Sache, dass in einer zweitägigen Tagung nicht alle Aspekte eines Themas umfassend behandelt werden können. Daher sind wir froh, dass wir einige zusätzliche Beiträge und Informationen aufnehmen konnten, damit die Leserinnen und Leser eine Arbeitshilfe erhalten, die sie in ihrer praktischen Arbeit nutzen können.

Wenn wir genauer in das Arbeitsfeld schauen, so können wir zwei unterschiedliche Zielgruppen beschreiben. Auf der einen Seite sind es die Kinder von alkoholkranken Vätern, Müttern oder Eltern, die über viele Jahre unter der „Familienerkrankung Alkohol“ leiden müssen. Sie melden sich selten und dann spät, sie fallen wenig auf. Auf der anderen Seite sind es insbesondere Kinder von drogenabhängigen Müttern, für die vor Ort teilweise umfangreiche Hilfesysteme aufgebaut werden konnten, weil ihre Entwicklung sichtbar gefährdet ist. In den Beiträgen wird das Thema auf beide Zielgruppen hin beschrieben. Es werden die Grundlagen der Arbeit erläutert und die Chancen dargestellt, die in der Arbeit mit Kindern von Suchtkranken liegen. Es wird geschildert, was bisher konkret getan wurde, getan werden kann und in großem Umfang getan werden sollte.

Naturgemäß kommt in einem solchen Berichtsband die Dokumentation der Gespräche, des Austausches von Erfahrungen, zu kurz. Ein Berichtsband kann nicht die Stimmung einer Tagung einfangen. Die Tagung war geprägt von großem Interesse – auch an den Informationsständen im Foyer des Ministeriums, von einem unbedingten Willen nach Information, um die eigene Arbeit beginnen oder verbessern zu können und vor allen Dingen von dem Interesse, Informationen über Finanzierungen und rechtliche Rahmenbedingungen zu erhalten. Vor diesem Hintergrund sind wir dankbar, ein Gutachten von Petra Erger, die am Schlussplenum teilnahm und als Leiterin des Jugendamtes der Stadt Paderborn mit dem Thema sehr

vertraut ist, mit dem Titel „Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen“ abdrucken zu können. Bei der Lektüre dieser Arbeitshilfe wird deutlich, dass es keine Gründe gibt, nicht mit der Arbeit zu beginnen. Sie kann nach dem KJHG abgerechnet werden, wenn die Einrichtung einen entsprechenden Arbeitsschwerpunkt setzen will.

Dieses gilt für alle Arbeitsfelder. Besonders die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe müssen sich die Frage stellen, ob sie sich als Vertreter und Berater der betroffenen Suchtkranken verstehen und allein diese in ihrer Entwicklung unterstützen wollen oder ob sie die Familie insgesamt in den Fokus setzen wollen. Sowohl aus den Berichten der Tagung als auch aus den vorliegenden Suchthilfestatistiken wird deutlich, dass mit großem Erfolg in der Hilfe für Suchtkranke gearbeitet wird. Wir wissen, dass es möglich ist, Suchtkreisläufe zu durchbrechen. Wir wissen aber auch, dass Kinder von Suchtkranken nach wie vor ein besonders hohes Risiko haben, selber abhängig zu werden.

Wenn die Tagung dazu gedient hat, dass dieses Wissen breiter gestreut wurde und dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sich anschließend vorgenommen haben, stärker in diesem Arbeitsfeld tätig zu werden, dann ist das ein erster Schritt. Wenn die „10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien“, die zum Abschluss der Tagung verabschiedet wurden und in diesem Bericht dokumentiert sind, ebenfalls dazu beitragen würden, dass sich mehr Menschen mit mehr Energie dieses Themas annehmen, dann ist sicherlich viel erreicht. Deshalb gilt es nach wie vor, das Thema „Kinder aus Suchtfamilien“ immer wieder in die Öffentlichkeit zu bringen. Es gilt, das Tabu eines Familiengeheimnisses zu durchbrechen und immer wieder darüber zu berichten, dass Abhängigkeit erfolgreich zu behandeln ist. Es gilt aber auch im Bewusstsein zu halten, dass allein eine Veränderung des Lebensstils des betroffenen Elternteils für die Kinder, die jahrelang unter der Abhängigkeit gelitten haben, zu wenig an Unterstützung für die Kinder ist.

Wir bedanken uns bei allen Menschen, die die Tagung zu einem Erfolg haben werden lassen. Bei den Autorinnen und Autoren dieses Berichtsbandes, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen für die Vorbereitung und Durchführung. Wir bedanken uns beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Finanzierung und hoffen, dass dieser Berichtsband ein weiteres Mosaiksteinchen für die Verbesserung der Situation der Kinder aus suchtbelasteten Familien darstellt.

Marion Caspers-Merk,  
Parlamentarische Staatssekretärin  
und Drogenbeauftragte der Bundesregierung



Es hat sich mittlerweile zu einer festen Tradition entwickelt, dass ich zweimal im Jahr Themen in den Mittelpunkt einer Tagung rücke, um sie gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Praxis zu erörtern. Ziel dieser Tagungen ist es, Vorschläge zu erarbeiten, um bestimmte Handlungsfelder in der Suchtkrankenhilfe noch besser, noch effizienter und noch stärker im Interesse der betroffenen Menschen zu gestalten.

Heute und morgen möchte ich gemeinsam mit Ihnen „Geheimnisse“ lüften. Es geht um den Bereich „Familie und Suchterkrankungen“, der noch immer oftmals unter einem Mantel des Schweigens versteckt wird. Ganz besonders geht es uns um die Kinder, die in suchtblasteten Familien aufwachsen. Die Entwicklung dieser Kinder vollzieht sich in der Regel unter erschwerten Bedingungen. Daneben tragen diese Kinder auch ein erhöhtes Risiko, später selbst an einer Suchtmittelabhängigkeit zu erkranken.

Wir haben mittlerweile immer besseres Datenmaterial über den Konsum von Suchtmitteln in unserem Land. Wir sehen aus diesen Zahlen neue Trends im Konsumverhalten. Die Daten zeigen uns insofern auch auf, wo wir unsere Schwerpunkte in der Prävention und der Frühintervention legen sollten, um gesundheitliche, soziale und psychische Schädigungen zu vermeiden.

Und dennoch müssen wir gleichzeitig das Phänomen beklagen, dass unsere Hilfesysteme in der Regel erst nach einer jahrelangen, oft jahrzehntelangen weitgehend unerkannt gebliebenen Entwicklung als Anlaufstelle für suchtkranke Menschen in Anspruch genommen werden. Wenn dann jemand in der Arztpraxis, im Krankenhaus oder in einer Suchtberatungsstelle tatsächlich Hilfe nachfragt, sind häufig schon erhebliche Folgeschäden eingetreten.

Dabei ist es offenkundig, dass die Wege bis zum Auffallen der Suchterkrankung nicht so verschleiert sind, dass die Fingerzeige nicht frühzeitig entdeckt werden könnten. Aber es fehlt uns die Kultur des Hinschauens!



Wir wissen mittlerweile, dass über 2 Millionen Kinder im Alter von bis zu 18 Jahren mit der Suchterkrankung eines oder beider Elternteile leben. Wir wissen auch, dass rund ein Drittel dieser Kinder einer erheblichen Gefahr ausgesetzt ist, selbst suchtkrank zu werden. Wenn wir hier wegschauen, nimmt unsere Gesellschaft billigend in Kauf, dass über 700.000 junge Menschen das gleiche Schicksal erleiden wie ihre Eltern.

Aber wie kommt es, dass diese Entwicklung so lange Zeit verborgen bleibt? Was können wir tun, um frühzeitig die ersten ernsthaften Anzeichen einer solchen Entwicklung wahrzunehmen? Wie können wir diese Kinder und Jugendlichen ermuntern, den Schleier des Geheimnisses um ihr Schicksal zu lüften? Wie können wir Eltern den Schritt erleichtern, Schuld-, Scham- und Versagensgefühle zu überwinden und Hilfe für sich und ihre Kinder anzunehmen?

Wie können wir unsere sozialen und gesundheitlichen Dienste bestärken, frühzeitig diese Problematik anzusprechen, sie nicht zu tabuisieren und auszublenden?

Wie können wir den betroffenen Kindern helfen? Kindern, die Erfahrungen bewältigen müssen, die oftmals uns Erwachsene überfordern – Kindern, die oft jahrelang ein Leben zwischen neuer Hoffnung und wiederkehrender Enttäuschung führen müssen, besonders bei Rückfällen des abhängigen Elternteils, aber auch bei anderen nicht eingehaltenen Versprechen. Kinder mit diesem Erfahrungshorizont entwickeln Gefühle von Verlassenheit, Ablehnung, Verrat und Misstrauen.

Lange Zeit hat die Suchtkrankenhilfe überhaupt das Elternsein von Abhängigen ausgeblendet. Bei Drogenabhängigen wurde das Thema erst sichtbar, als mit dem Beginn der Substitutionsbehandlung substituierte Frauen schwanger wurden. Erst seit Mitte der 80er Jahre haben dann einzelne Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen damit begonnen, sich nicht nur auf die betroffene einzelne Person zu konzentrieren, sondern auch das familiäre Umfeld mit einzubeziehen. Hier wurde dann schnell deutlich, dass die Kinder aus suchtbelasteten Familien besonderer Unterstützung bedürfen. Auch die Eltern müssen gefördert werden, damit es ihnen gelingt, den Kinder trotz der Suchterkrankung ein würdiges und freudiges Aufwachsen in Geborgenheit zu ermöglichen.

Mittlerweile gibt es in Deutschland eine ganze Reihe von Einrichtungen, die sich speziell dieser Problematik annehmen. Es gibt auch eine größer werdende Bereitschaft, das Thema öffentlich zu behandeln.

Es ist deshalb auch sehr erfreulich, dass bei der Vorbereitung dieser Tagung eine große Resonanz bei den angesprochenen Hilfeinrichtungen bestand, die Tagung aktiv mitzugestalten. Sie soll auch dazu nutzen, um neue Kontakte zu knüpfen und sich zu informieren über gut funktionierende Ansätze und Kooperationen mit anderen sozialen und medizinischen Diensten.

Es ist wichtig, dass schon frühzeitig – bereits in der Schwangerenberatung und der Familienhilfe, später im Kindergarten und in der Schule – von den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der sozialen und medizinischen Dienste darauf geachtet wird, die betroffenen Familien zu unterstützen. Es geht dabei darum, Verständnis für die oft schwierige Lebenssituation der betroffenen Kinder und Eltern zu haben und sie nicht zu stigmatisieren.

Allerdings wissen wir, dass wir mit unseren Angeboten noch immer erst einen kleinen Teil von suchtkranken – vor allem alkoholkranken – Menschen erreichen und insofern auch die Situation vieler Kinder unsichtbar bleibt. Hier bedarf es einer größeren Sensibilität des gesellschaftlichen Umfeldes.

### **Was kann die Politik tun?**

Die Politik kann die Rahmenbedingungen beeinflussen, damit eine Suchtentwicklung möglichst vermieden wird. Das betrifft einmal die Einschränkung des Angebotes an Suchtmitteln:

- Wie sie wissen, zeigen die neuen Trends zum frühen und unkritischen Einstieg in den Tabakkonsum, zum binge drinking und Alkopopkonsum bei Jugendlichen, wie notwendig hier entschlossenes Handeln ist.
- Beim Umgang mit illegalen Drogen weist vor allem der zunehmende und exzessive Konsum von Cannabis darauf hin, dass wir unsere Präventionsbemühungen verstärken müssen.

Natürlich müssen auch die gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen wieder ins Lot kommen, Menschen müssen ausreichend Beschäftigung finden, Jugendliche einen Ausbildungsplatz, unsere sozialen Sicherungssysteme müssen für die kommenden Herausforderungen gefestigt werden.

Mit dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“ haben wir eine Grundlage dafür geschaffen, dass wir die Verringerung von Problemen im Zusammenhang mit einer Sucht als Gemeinschaftsaufgabe von Bund, Ländern, Kommunen und Trägern der Hilfe begreifen.

Auch die heutige Veranstaltung ist ein kleiner Mosaikstein in diesem Bemühen.

Ich wünsche uns, dass wir zu einem erfolgreichen Austausch unseres Fachwissens kommen. Ich freue mich auf eine interessante und anregende Tagung, bei der auch das persönliche Kennenlernen nicht zu kurz kommen sollte!

# Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden

Prof. Dr. med. Jobst Böning

Zu Beginn meiner Ausführungen bedanke ich mich recht herzlich bei der Parlamentarischen Staatssekretärin und Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Marion Caspers-Merk, für ihre Initiative, ihre Jahrestagung unter dem Thema „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ durchzuführen. Die überaus große Zahl der Anmeldungen aus den unterschiedlichsten Arbeitszusammenhängen bezeugt das außerordentlich große Interesse am Thema. Der Umfang des Problems – in der Einladung zur Tagung wird von drei Millionen Kindern geschrieben, deren Vater oder/und Mutter suchtkrank sind – schreit förmlich danach, dass etwas passiert. So besteht ein großer Bedarf, mehr über Erfolg versprechende Arbeitsansätze zu erfahren. Es ist nötig,

1. dass all die Arbeitsfelder, die entweder mit Menschen mit Suchtproblemen oder aber mit Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien arbeiten, miteinander ins Gespräch kommen,
2. dass die unterschiedlichen institutionellen Vorgaben – und Einschränkungen – bekannt sind, um den Suchtkreislauf zu durchbrechen.

Immer dann, wenn gesellschaftlich etwas schief läuft, wird der Ruf nach Prävention laut. Sehr häufig geschieht dies, ohne dass die Zielgruppe eindeutig zu definieren ist und ohne ein genau bestimmtes Ziel für die geforderten Interventionen. Kinder von Suchtkranken sind eine klar und deutlich zu benennende Zielgruppe. Sie sind massiv gefährdet, ähnlich wie ihre Eltern oder Elternteile zu reagieren und deshalb sind Interventionen notwendig, um einen wieder in die Sucht führenden Kreislauf zu verhindern.

Wir – die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) – haben uns gefreut, dass wir als Kooperationspartner diese Tagung mit vorbereiten konnten. Dies hat uns vor allem vor dem Hintergrund gefreut, dass die DHS und einige der von ihr vertretenen Mitgliedsverbände eine Reihe von Vorarbeiten und Vorleistungen auf diesem Arbeitsfeld erbracht, Initiativen gestartet und Kompetenzen erworben haben.

### Wie alles anfing...

1977 publizierte Werner Liptow, ein bekannter Hamburger Pädagoge und Guttempler, im Neuland-Verlag eine kleine Broschüre mit dem Titel „Das alkoholbehinderte Kind“ und gründete kurze Zeit später einen entsprechenden Verein, um seine Vorschläge konkret in die Praxis umsetzen zu können. Aber die Zeit war noch nicht reif.

1986 führte der Deutsche Caritasverband, gefördert durch das damalige BMJFFG (Bundesministerium für Jugend, Frauen, Familie und Gesundheit) eine erste Tagung zum Thema

durch. Im Berichtsband beschreibt Jutta Brakhoff, dass nur sehr wenig deutsche Literatur zum Thema vorliege und deshalb „in Ermangelung deutscher Literatur hauptsächlich (ausländische) Arbeiten aus den 60er und 70er Jahren herangezogen“ werden müssten. Von den Autorinnen dieses Sammelbandes hat Ingrid Arenz-Greiving an der Vorbereitung dieser Tagung einen großen Anteil. Sie gab 1990 im Auftrag des Hoheneck- und des Blaukreuz-Verlages die Schrift „Die vergessenen Kinder von Suchtkranken“ heraus und schrieb in der Einleitung u.a.: „In Familien, in denen ein Elternteil oder beide abhängigkeitskrank sind, sind Kinder besonderen seelischen Belastungen ausgesetzt; sie erleiden ein Entwicklungsdefizit, neigen zu abweichendem Verhalten, zu neurotischer und psychosomatischer Symptombildung und sind letztlich selbst in Gefahr, suchtkrank zu werden.“

Das war aber noch lange nicht allgemeiner Kenntnisstand, weder in der Fachöffentlichkeit noch in der breiten Öffentlichkeit. Deshalb erarbeitete die DHS in den Jahren 1992 und 1993 mit Hilfe eines Arbeitskreises von Fachleuten eine Modellkonzeption „Ambulante Arbeit mit Kindern von Suchtkranken“. Das Projekt konnte nie durchgeführt werden, aber die Konzeption verteilte sich auf vielen informellen Wegen und wurde ständig nachgefragt. Jetzt – im Jahr 2004 – startete in Baden-Württemberg ein Projekt, das sich weite Teile dieser Konzeption zu eigen gemacht hat.

1994 führte die DHS vor dem Hintergrund der damaligen Nachfrage ein dreitägiges Seminar durch, in dem praktische Ansätze in der Arbeit mit Kindern von Suchtkranken vorgestellt und diskutiert wurden. Ergebnisse sind in dem Buch „Elternsüchte – Kindernöte; Berichte aus der Praxis“, herausgegeben von Ingrid Arenz-Greiving und Helga Dilger, dokumentiert. Diese Dokumentation ist seinerzeit von der DHS an alle Stadt- und Kreisjugendämter verschickt worden, um darauf hinzuweisen, dass dieses Arbeitsfeld nicht alleine von der Suchtkrankenhilfe abgedeckt werden kann. Die Tagung hatte eine starke Ausstrahlung in die Regionen. Fast alle Landesstellen gegen die Suchtgefahren führten anschließend Tagungen zum Thema „Kinder von Suchtkranken“ durch, die ebenso stark nachgefragt waren wie die heutige Tagung.

Im Rahmen der DHS- Fachkonferenz „Sucht und Familie“ 1992 in Hamburg wurde das Thema „Kinder von Suchtkranken“ ebenso vertieft wie die Situation in Suchtfamilien insgesamt und nahm im 1993 publizierten Berichtsband einen breiten Raum ein. Langsam wurde die Literatur zum Thema umfangreicher, aber die Umsetzung in die Praxis stagnierte nach wie vor. Immer waren es einzelne Personen, die zielgerichtet Projekte durchführten, sich um die Finanzierung bemühten und häufig mehr Energie auf die Finanzierung als auf die Arbeit mit Kindern richten mussten.

Das BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) fördert seit langer Zeit die Organisationen der Suchtselbsthilfe im Rahmen von Projekten. Es waren die Guttempler in Deutschland, die 1995 bis 1997 das Projekt „Den Suchtkreislauf durchbrechen – Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Lebensgemeinschaften“ durchführten. Dabei ging es

insbesondere um die Frage, welche Möglichkeiten innerhalb einer Selbsthilfeorganisation bestehen, das Thema „Kinder von Suchtkranken“ zu anzusprechen. Obwohl die Guttempler zu dieser Arbeit durch diverse Vorarbeiten und ihre eigenen Kindergruppen besonders in der Lage waren, gelang es auch ihnen nicht, das Schweigen in den Selbsthilfegruppen in Bezug auf die eigenen Kinder zu beenden. Aber es war ein weiterer Schritt hin zur Normalität. Die Umsetzungsphase, auch in die anderen Selbsthilfeorganisationen im Suchtbereich, ist noch nicht beendet.

Vom 8. bis zum 10. Dezember 1999 führte die DHS erneut ein Seminar zum Thema durch. In Hagen trafen sich dazu erstmals Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den unterschiedlichsten Arbeitsfeldern mit der eindeutigen Zielsetzung, Kinder von Suchtkranken nicht allein als eine Zielgruppe der Suchtkranken- oder Drogenhilfe zu begreifen, sondern das Thema in weitere Arbeitsfelder zu tragen. Es nahmen teil und referierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, aus Jugendhilfe und Familienhilfe, aus Sozialstationen und dem Allgemeinen Sozialdienst. In Hagen konnte erstmals auch Professor Dr. Michael Klein als Referent erste Ergebnisse seiner Untersuchungen vorstellen. Diese Übersicht möchte ich mit dem Hinweis auf drei neue Produkte der DHS abschließen:

1. Im Rahmen einer Faltblattserie, die zum Besuch einer Beratungsstelle bzw. eines Fachdienstes ermutigt, thematisierten wir ausdrücklich die Situation von Kindern. „Wenn Papa getrunken hat, wird er ganz anders, ich hasse es ...“ ist die Botschaft. Das Faltblatt wird interessierten Stellen kostenlos zur Verfügung gestellt.
2. Im letzten Jahr mit Hilfe der Deutschen Angestellten Krankenkasse erschienen, aber erst heute offiziell vorgestellt: Ein Buch im „Pixi-Format“ mit Grundschulkindern als Zielgruppe „Bitte Hör auf!“. Die Aufforderung ist schlicht: „Sei mutig und sprich mit jemandem, zu dem Du Vertrauen hast“ und die Botschaft lautet: Hilfe (von außen) ist möglich.
3. In diesem Jahr, ebenfalls mit Hilfe der DAK, erschien: „Voll normal“. Dieses so genannte „Hosentascheninfo“ mit der Zielgruppe 4. bis 6. Schuljahr hat heute ebenfalls Premiere. Die Botschaft lautet: Es ist möglich, suchtkranke Eltern gleichzeitig zu hassen und zu lieben – und die Situation ist veränderbar.

### **Was fehlt ...**

All die vorgestellten Bemühungen machen deutlich, dass das Thema „Kinder von Suchtkranken“ immer wieder bearbeitet worden ist. Heute enthält die DHS-Bibliothek knapp 500 Bücher und Aufsätze zum Thema – allein deutsche Literatur. Es gibt unterschiedlichste Ansätze der Hilfe, von der therapeutischen Einzelfallintervention bis hin zur pädagogisch angeleiteten Kindergruppe.

Was es nicht gibt, ist ein durchgängiges Konzept, eine durchgängige Hilfemöglichkeit, die auch noch finanziell abgesichert wäre. Was es auch nicht gibt, ist das Bewusstsein von Eltern, das eigene Suchtverhalten, auch wenn es Vergangenheit ist, mit Kindern zu besprechen, und dass Kinder ein Anrecht darauf haben, davon zu wissen und darüber zu sprechen. Sicherlich ist es bisher auch nur in Ansätzen gelungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in anderen Hilfesystemen davon zu überzeugen, dass Kinder in Suchtfamilien häufig Symptomträger sind. Es muss darum gehen, die Familie als Ganzes zu sehen und generell Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen der Eltern anzubieten. Eine Reihe von Aufgaben steht vor uns und es sind Forderungen, die wir im Sinne der Kinder an Dritte zu stellen haben. Einiges davon wollen wir am Schluss der Veranstaltung in Form von Eckpunkten vorstellen.

Ein Wort zu den Strukturen. In der Planung gingen wir davon aus, dass sich auf dieser Tagung die Arbeitsfelder der Suchtkrankenhilfe und der Jugendhilfe begegnen. Wir sind davon überzeugt, dass es notwendig ist, sich mit der „Welt“ des anderen Hilfesystems auseinander zu setzen, dass miteinander gesprochen werden muss. Wir haben uns mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Bereich der Jugendhilfe gewünscht, um gleichberechtigt und gleichgewichtig zu diskutieren. Ich bin davon überzeugt, dass wir es bei der Arbeit für Kinder aus Familien mit Suchtproblemen wie Eltern halten müssen: Mutter und Vater, Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe sind gemeinsam verantwortlich im Blick auf das Kind.

Und ein Wort zur Fachlichkeit: Wir können es nicht zuletzt am Markt der Möglichkeiten sehen, wie viel Initiative und Initiativen es für unsere Zielgruppe gibt. Dabei werden wir gemeinsam immer wieder genau hinschauen müssen, ob wir die gleiche Zielgruppe meinen. Zu häufig wechselt in Gesprächen der Fokus: Erst sind es die Kinder von Suchtkranken, und dann wird über suchtgefährdete Jugendliche gesprochen – schon ist unsere Zielgruppe wieder aus dem Blickfeld verschwunden. Es geht um einen familienorientierten Ansatz, den unterschiedliche Hilfesysteme aus verschiedenen Blickwinkeln betrachten. Auf der einen Seite mit dem Auftrag „Das Wohl des Kindes zu sehen“ und auf der anderen Seite mit dem Ansatz „Lobby für den Suchtkranken“ zu sein. Wenn die Familie im Mittelpunkt stehen soll, wenn wir das wirklich wollen, dann gilt es auch, eigene Grundsätze zu überdenken und dazu bereit zu sein, sich mit der Kultur anderer Hilfeansätze auseinander zu setzen.

Ich bin auf die Vorträge und Diskussionen gespannt und hoffe, vieles zu erfahren, was uns in unserer Arbeit voran bringt. Nach wie vor befindet sich das Thema Sucht – obwohl wir inzwischen in der Öffentlichkeit einiges erreicht haben, und zumindest den Krankheitsbegriff platzieren konnten – immer noch weitgehend im Dunkelfeld der Öffentlichkeit. Wir haben es immer noch nicht geschafft, eine differenzierte Betrachtungsweise zu erreichen. So lange wir nicht das Phänomen der Suchterkrankung generell aus dem Tabubereich holen, fällt es uns um so schwerer, „Familiengeheimnisse“ zu enttabuisieren und normal zu diskutieren. Ein suchtkranker Vater bleibt ein Vater mit den daraus erwachsenden Verpflichtungen – Abhängigkeit ist janusköpfig.

Deshalb fordere ich Sie bereits an dieser Stelle auf, als Multiplikatoren des Themas und als Multiplikatoren der notwendigen Fachlichkeit zu wirken. Sie werden auch als Multiplikatoren benötigt, um die Finanzierung der Arbeit langfristig zu ermöglichen und zu sichern.

## **Grundsatzreferate**



### **Grundsatzreferate**

Kinder suchtkranker Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen

Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit – Kinder in Alkoholikerfamilien

Im Dunstkreis der Sucht: Was Kinder suchtkranker Eltern stärkt

Schwangerschaft und Sucht

Den Suchtkreislauf durchbrechen – Betroffenheit und Betroffenen-

Kompetenz in der Suchtselbsthilfe

Suchtkranke Familiensysteme – Einführung in eine komplexe Fragestellung

## Kinder suchtkranker Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen

Prof. Dr. Michael Klein

### Zusammenfassung

In Deutschland sind mehr als 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche von der Alkoholstörung eines Elternteils betroffen. Sie unterliegen einem erhöhten Erkrankungsrisiko für Suchtkrankheiten und psychische Störungen und gelten daher zu Recht als die größte Risikogruppe für die Suchtprävention. Neben den vielfältigen negativen Lebenserfahrungen dieser Kinder können die oft vorhandenen Ressourcen für Frühintervention und Prävention sinnvoll genutzt werden. Eine lebensweltorientierte Prävention kann im Kindergarten, der Schule und in der Familie ansetzen.

### Einleitung

Kinder von Suchtkranken gelten als die übersehene Gruppe im familiären Umfeld der Sucht. In der Bundesrepublik Deutschland sind nach aktuellen Untersuchungen (Klein et. al, 2003) 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren betroffen.

### Zahlen zum Thema Kinder von Suchtkranken

In einer Vielzahl von Studien wurde nachgewiesen, dass Alkoholabhängige überzufällig häufig aus Familien stammen, in denen bereits Vater bzw. Mutter oder beide Elternteile abhängig waren. Eine umfassende Studie zur Transmission von Alkoholismus zeigte (Cotton, 1979), dass von knapp 4.000 alkoholabhängigen Personen 30,8% einen abhängigen Elternteil aufwiesen. Männer mit einem abhängigen Vater litten mehr als doppelt so häufig an einer Alkoholabhängigkeit als Männer ohne abhängigen Vater. Als besonders belastet erwiesen sich diejenigen jungen Erwachsenen aus einer suchtbelasteten Familie, bei denen beide Elternteile suchtkrank waren oder bei denen ein suchtkranker Elternteil seine Abhängigkeit nicht erfolgreich bewältigen konnte (Quinten & Klein, 1999). Diese Ergebnisse unterstützen die Annahme, dass es das quantitative und qualitative Ausmaß der Exposition in Bezug auf die elterliche Abhängigkeit ist, das sich pathogen auf die Entwicklung der Mitglieder der nächsten Generation auswirkt. Junge Erwachsene, deren Eltern ihre Abhängigkeit schon lange überwunden haben oder bei denen nur ein Elternteil suchtkrank war, haben eine vergleichsweise bessere Entwicklungsprognose, die sich vielfach gar nicht von der junger Erwachsener aus „normalen“ Familien unterscheidet.

In jeder siebten Familie ist ein Kind zeitweise, in jeder zwölften dauerhaft von der Alkoholstörung eines oder beider Elternteile betroffen. Hinzu kommen schätzungsweise 40.000 bis 60.000 Kinder drogenabhängiger Eltern (Klein, 2003). Kinder von Alkoholikern können als die größte Risikogruppe für die Entwicklung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit angesehen werden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass diese Kinder im Vergleich zu Kindern nicht suchtkranker Eltern ein bis zu sechsfach höheres Risiko haben, selber abhängig zu werden oder Alkohol zu missbrauchen. Belegt ist auch, dass für Kinder in suchtbelaste-

ten Familien das Risiko, an anderen psychischen Störungen (insbesondere Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen) zu erkranken, deutlich – wenn auch nicht so stark wie für Abhängigkeitserkrankungen – erhöht ist. Jedoch ist ausdrücklich nicht davon auszugehen, dass alle Kinder von Alkoholikern eine eigene Abhängigkeit oder andere psychische Störungen entwickeln müssen. Die Gruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien als Ganzes zeigt jedoch zweifelsfrei eine höhere Vulnerabilität gegenüber Verhaltens- und Erlebensstörungen als Kontrollgruppen mit „normalem“ familiärem Hintergrund.

### **Pathogene und protektive Faktoren**

Bei der Transmission von Störungen, also der Weitergabe einer Krankheit von der Elterngeneration auf die Kinder, spielen zahlreiche pathogene und protektive Faktoren eine wichtige verstärkende oder abschwächende Rolle. Dies bedeutet, dass niedrigschwellige, risikominimierende Prävention und Frühintervention die Aussichten auf eine gesunde Entwicklung erhöhen, genauso wie die Untätigkeit der Eltern oder der psychosozialen und medizinischen Helfer die Risiken erhöhen können. So hat sich etwa gezeigt, dass selbst wenn der suchtkranke Elternteil seine Abhängigkeit nicht erfolgreich in den Griff bekommt, alleine schon die Aufrechterhaltung von Transaktionsmustern und –ritualen aus der Zeit vor der Abhängigkeit das Erkrankungsrisiko für die Kinder abschwächt. Neuere Studien belegen, dass vor allem Söhne von Alkoholabhängigen als junge Erwachsene aufgrund genetischer Besonderheiten oft anders auf Alkohol reagieren als Vergleichspersonen, und zwar sowohl subjektiv (d.h. in ihrem eigenen Empfinden) als auch objektiv (d.h. mit physiologischen Parametern).

Ein weiterer wesentlicher Risikofaktor ist in der Familienumwelt der Kinder suchtkranker Eltern zu sehen. Die in diesem Zusammenhang am häufigsten anzutreffende Familienkonstellation, bestehend aus einem alkoholabhängigen Vater und einer nicht suchtkranken, aber co-abhängigen Mutter, bringt entscheidende Veränderungen und Gefahren in der Dynamik der betroffenen Familien mit sich. Die Eltern können oft ihren Pflichten als Erzieher der Kinder nicht mehr in genügendem Maße nachkommen, da der Abhängige in vielen Fällen auf das Suchtmittel fixiert ist und daher die Kinder kaum mehr wahrnimmt. Die suchtbedingten intrafamilialen Veränderungen zeigen Wirkungen hinsichtlich einer negativeren Familienatmosphäre, einer deutlich schwächeren oder stärkeren, d.h. extremeren, Familienkohäsion sowie in Bezug auf die Frustration kindlicher Bedürfnisbefriedigungen (z.B. nach Sicherheit, Verlässlichkeit, Geborgenheit) und die Qualität der Eltern-Kind-Bindungen. Auch die Grenzen in der Familie ändern sich oft dramatisch: Einer schärferen, oft rigiden Abgrenzung nach außen, zur Umwelt, entsprechen diffuse, unklare Grenzen innerhalb der Familie. Kinder übernehmen bisweilen Eltern- oder Partnerrollen, das System gerät in seiner ursprünglichen Ordnung durcheinander, wird im Extremfall auf den Kopf gestellt. Alleinerziehende Suchtkranke stellen eine besondere Risikogruppe dar, da sie einerseits stärker überfordert sein können und andererseits der bisweilen präventive Effekt des nicht suchtkranken Elternteils fehlt.

Von allen Kindern, die in einer alkoholbelasteten Familie aufwachsen, sind – wie eine Studie

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) gezeigt hat – diejenigen besonders gefährdet, bei denen ein Elternteil neben der Alkoholabhängigkeit eine weitere psychische Störung im Sinne einer Komorbidität aufweist oder bei denen das suchtkranke Elternteil dauerhaft unbehandelt geblieben ist (Klein et al., 2003). Auch eine besonders lange Expositionszeit gegenüber der elterlichen Alkoholstörung führt zu stärkeren Belastungen bei den Kindern. Wenn diese der Alkoholabhängigkeit der Eltern länger als vier Jahre exponiert waren, zeigten sie stärkere Selbstwertprobleme, mehr affektiv-depressive Symptome und stärkere parasuizidale Gedanken (Klein et al., 2003).

### Resilienzen

Gerade in jüngster Zeit fokussiert die Forschung auf Kinder, die trotz stressreicher und teilweise traumatisierender Lebenserfahrungen völlig oder weitgehend psychisch gesund geblieben sind. Dem gängigen Störungsmodell, das Kinder aus gestörten Familien in erster Linie ebenfalls als gestört und behandlungsbedürftig ansieht, wird das Resilienz- und Stressresistenzmodell gegenüber gestellt, das Raum für positive Entwicklung lässt. Die stressreiche Lebenssituation wird dabei als eine spezifische Herausforderung („challenge“) begriffen, an die sich bestimmte Kinder besonders gut und flexibel anpassen können. Wolin & Wolin (1995) identifizierten aufgrund klinischer Interviews insgesamt sieben intrapsychische Resilienzen, die vor den Folgen der krankmachenden Familienumwelt schützen können. Unter Resilienz wird eine besonders hohe Stressresistenz bei starker Entwicklungsplastizität verstanden. Es handelt sich also um Kinder, die auf der einen Seite eine hohe Toleranz für stressreiche, widrige Ökologien, und auf der anderen Seite eine gute Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Lebensbedingungen aufweisen. Die sieben Resilienzfaktoren sind wie folgt zu beschreiben:

1. Einsicht, z.B. dass mit dem alkoholabhängigen Vater 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 Sarkasmus und Ironie als Methode der Distanzierung;
7. Moral, z.B. in Form eines von den Eltern unabhängigen stabilen Wertesystems.

Resiliente Kinder haben ein Gefühl für die persönliche Kontrolle ihrer Umwelt (Selbstwirksamkeitserwartung). Diese steht in scharfem Widerspruch zu den Gefühlen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, die bei vielen anderen betroffenen Kindern vorherrschen. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, dass das Kind versteht, dass Schmerz und Leiden in der Familie ungerecht sind und dass es in keinem Falle daran schuld ist. Häufig bringt diese Befreiung vom familiären Denken und Fühlen eine innerfamiliäre Isolation mit sich, die am besten durch Helfer außerhalb der Familie zu überwinden ist.

Ganz allgemein wird die schwierige Situation der Kinder in suchtblasteten Familien bisweilen auch unter dem Blickwinkel einer Entwicklungs herausforderung („challenge-Modell“) betrachtet. Darunter ist zu verstehen, dass die schwierige psychosoziale Ökologie der Suchtfamilie für manche Kinder offenbar eine besonders starke Stimulation darstellt, welche sie unter geeigneten intrapsychischen und interaktionalen Bedingungen zu stabilen, belastbaren und anpassungsfähigen Menschen heranreifen lässt. Es ist jedoch anzumerken, dass nach den Ergebnissen der wenigen vorhandenen Studien meist nicht mehr als ein Drittel der in Suchtfamilien lebenden Kinder Resilienzen in einem solchen Maße entwickeln, dass sie frei von Störungen bleiben. Es ist daher eine der wichtigsten Aufgaben selektiver Präventionsprogramme, gezielte Resilienzförderung für die betroffenen Kinder zu leisten.

### Hauptsymptome

Zu den von betroffenen Kindern insgesamt am häufigsten genannten Erfahrungen gehört die Unberechenbarkeit des elterlichen Verhaltens. Dies bezieht sich verstärkt auf den Alkohol trinkenden, aber auch auf den jeweils anderen – meist als co-abhängig bezeichneten – Elternteil. Versprechungen, Vorsätze, Ankündigungen usw. werden oft nicht eingehalten, aber auch inkonsistentes Belohnungs- und Bestrafungsverhalten herrscht vor. Generell werden sehr viele Ambivalenzerfahrungen und Loyalitätskonflikte berichtet (z.B. manchmal übermäßig verwöhnt und manchmal übermäßig bestraft zu werden; den alkoholabhängigen Elternteil extrem zu verachten und zu hassen, ihn aber auch sehr zu mögen und zu umsorgen; den alkoholabhängigen Elternteil auch im Erwachsenenalter noch kontrollieren zu müssen). In manchen Fällen wurde deutlich, dass Kinder das süchtige Trinken ihrer Eltern auf sich selbst attribuierten, z.B. wegen spezifischer eigener Fehlverhaltensweisen oder – im Extremfall – wegen ihrer bloßen Existenz.

Für Kinder in Suchtfamilien gelten besondere Regeln, z.B. dass Gefühlskontrolle, Rigidität, Schweigen, Verleugnung und Isolation geeignete Problembewältigungsverhaltensweisen sind. Es herrschen auch oft extreme Belastungssituationen vor. Diese sind zusammenfassend dadurch gekennzeichnet, dass

- sie mehr Streit, konflikthafte Auseinandersetzungen und Disharmonie zwischen den Eltern erleben als andere Kinder;
- sie extremeren Stimmungsschwankungen und Unberechenbarkeiten im Elternverhalten ausgesetzt sind;
- sie häufiger in Loyalitätskonflikte zwischen den Elternteilen gebracht werden;
- Verlässlichkeiten und Klarheiten im familiären Ablauf weniger gegeben sind sowie Versprechen eher gebrochen werden;
- sie häufiger Opfer von Misshandlungen (physisch, psychisch, sexuell) und Vernachlässigung werden.

Zu den drohenden Konsequenzen für Kinder aus suchtblasteten Familien sind insbesondere solche Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen zu zählen, die auftreten, wenn Personen keine ausreichende Kontrolle über die eigenen Handlungsfolgen und die Umwelt ausüben

können. Dazu zählen insbesondere negative Selbstwirksamkeitserwartung und erlernte Hilflosigkeit. Beide Phänomene treten auf, wenn ein Individuum zu wenige Erfahrungen erfolgreicher Interaktionen mit seinem Umfeld macht und es seine Handlungsziele überwiegend nicht durchsetzen kann. Es ist jedoch anzumerken, dass viele Symptome für Kinder aus Suchtfamilien nicht spezifisch sind, sondern dass einerseits bei Kindern aus anderen dysfunktionalen Familien ähnliche Konsequenzen möglich sind, und dass andererseits die direkt alkoholbezogenen Vulnerabilitätsfaktoren (z.B. genetisches Risiko) stark mit anderen Variablen (z.B. familiäre Gewalt) interagieren.

### **Direkte und indirekte Auswirkungen elterlicher Suchtstörungen**

Allgemein ist zwischen direkten und indirekten Auswirkungen elterlichen Alkoholmissbrauchs auf die Entwicklung von Kindern zu unterscheiden. Indirekte Auswirkungen sind solche, die in Interaktion mit Umwelt- und Familienvariablen ihre Pathogenität entfalten. Bei den indirekten Auswirkungen ist es nicht der Alkohol, die Droge oder die psychotrope Substanz selbst, welche die Schädigung beim Kind hervorruft, sondern es sind die Begleitumstände und Konsequenzen des Missbrauchs bzw. der Abhängigkeit. Hierzu zählen z.B.

- Instabilität und Unberechenbarkeit des Elternverhaltens;
- häufiger auftretende Formen von Kindesmisshandlung,
  - missbrauch und -vernachlässigung;
- häufigere Trennungen und Scheidungen;
- chronische Konflikte und Streitigkeiten in den Familien;
- ein erhöhtes Ausmaß an physischer und psychischer Gewalt usw.

Im Allgemeinen ist der innerfamiliäre Stress (besonders Duldungs- und Katastrophenstress) deutlich erhöht. Bei den Kindern entwickeln sich Symptome mangelnden Selbstwertgefühls, geringerer Selbstwirksamkeitserwartung und häufig auch Selbsthass und Schuldgefühle (Klein & Zobel, 1997; Zobel, 2000). Zu den möglichen direkten Auswirkungen elterlichen Alkoholmissbrauchs auf Kinder zählen an erster Stelle das fetale Alkoholsyndrom (FAS) und die fetalen Alkoholeffekte, im deutschen Sprachraum auch oft Alkoholembryopathie (AE) genannt. Hinzu kommen Alkoholvergiftungen, die wesentlich häufiger bei Kindern aus suchtbelasteten Familien als bei unbelasteten Kindern auftreten.

### **Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen**

Aus dem gesamten Forschungsstand (z.B. Sher, 1991; Zobel, 2000; Klein, 2001) ist abzuleiten, dass entscheidend für die Pathogenisierung des Kindes in der suchtbelasteten Familie die Dauer, Art und Häufigkeit der Exposition gegenüber den Folgen des süchtigen Verhaltens eines oder beider Elternteile ist. Daher sind dies auch die für Prävention und Intervention bedeutsamsten Aspekte. Im Folgenden werden Ansätze und Leitlinien der Suchtprävention für Kinder von Suchtkranken dargestellt.

Unter präventiven Aspekten erscheint es ratsam, Kindern von Alkoholikern möglichst früh Hilfen bereitzustellen, um eine optimale Entwicklung wahrscheinlicher zu machen bzw.

erste auftretende Störungen schnell zu behandeln. Daher bewegen sich Frühinterventionen für Kinder aus suchtblasteten Familien meist an der Grenzlinie zwischen Primär- und Sekundärprävention. Diese Frühinterventionen umfassen meist die ganze Familie. Dabei müssen auf der einen Seite das vorhandene Risiko und die resultierende Vulnerabilität, auf der anderen Seite die bereits vorhandenen Ressourcen genau erfasst werden, um beide Bereiche in Präventionsplanung und effektive Frühintervention einfließen zu lassen.

Die direkte Arbeit mit Kindern von Suchtkranken hat sich als wichtig und wirksam erwiesen. Dies trifft zum einen auf diejenigen Fälle zu, in denen die Eltern (noch) nicht oder nur ein Elternteil (i.d.R. der Angehörige) bereit sind, Hilfe anzunehmen, zum anderen – als unterstützende Maßnahme –, wenn die Eltern bereits eine Hilfeleistung erhalten. Im Einzelnen ist bei den Hilfeleistungen für Kinder von Suchtkranken zwischen Einzel- und Gruppenarbeit mit den Kindern, begleitender Elternarbeit und freizeitpädagogischen Angeboten zu unterscheiden. Die Arbeit geschieht in der Regel im ambulanten Kontext, kann aber auch in komplexeren Fällen halb- oder vollstationär, vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, erfolgen.

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen.

### **Bereiche der Suchtprävention**

Als Bereiche der Suchtprävention für Kinder aus suchtblasteten Familien kommen in erster Linie diejenigen in Frage, die den natürlichen Lebensraum des Kindes darstellen. Diese sind Elternhaus/Familie, Kindergarten, Schule, Peer-Gruppen und spezielle Interaktionsfelder (wie z.B. Arztpraxen, Krankenhäuser, Felder der offenen Jugendarbeit).

### **Elternhaus und Familie**

Präventive Bemühungen im Bereich des Elternhauses sind zum einen solche, die sich auf die Schwangerschaft, und zum anderen solche, die sich auf die Alkoholerziehung für die Kinder und Jugendlichen beziehen. Da es bisher nicht gelungen ist, die Rate der alkoholembryopathisch geschädigten Neugeborenen erkennbar zu senken, sind hierfür stärkere Anstrengungen notwendig. Dabei sind zum einen (generalpräventiv) jene Ansätze nützlich, die den Pro-Kopf-Alkoholverbrauch der Bevölkerung zu senken versuchen. Dies ist am ehesten durch eine Kombination von nachfragereduzierenden und aufklärenden Maßnahmen zu erreichen. Zum anderen sind spezifische Primärpräventionsbemühungen mit dem Ziel einer Sensibilisierung der Schwangeren und ihres direkten Umfeldes notwendig.

Zum Bereich der Alkoholerziehung gehören Ansätze der Information, der Korrektur irrealer oder dysfunktionaler Wirkungserwartungen, der Stärkung der Ablehnungskompetenz in Verführungssituationen, der Steigerung der alkoholfreien Selbstwirksamkeits- und Sozialkompetenz und der elterlichen Erziehungskompetenz. Die Entwicklung umfassender

Präventionsansätze, vor allem im Sinne des Lebenskompetenzmodells, ist prinzipiell hilfreich. Allerdings besteht auch die Gefahr, dass diese Ansätze sehr global bleiben und wenig problemverhaltensbezogen sind, dass die Suchtmittel als solche also „außen vor“ bleiben und dadurch eine neuerliche Tabuisierung erfahren, nachdem dies bereits im Klima in der suchtbelasteten Familie geschehen sein mag.

### **Kindergarten und Vorschule**

Obwohl fast alle Autoren die Bedeutung möglichst früh ansetzender Prävention betonen, sind kaum valide Ansätze für Präventionsprogramme für Kinder von Suchtkranken im Vorschulalter entwickelt worden. Die Kinder dieser Altersstufen verfügen noch über keine ausreichenden Verbalisierungs- und Strukturierungsfähigkeiten, um für viele Interventionen aufgeschlossen sein zu können. Sie drücken ihre Situation vielmehr in multiplen Symptomen aus, die – weil nur analog – vieldeutig und schwer interpretierbar sind. Zur Diagnostik entsprechender frühkindlicher Probleme schlagen Robinson & Rhoden (1998) folgende Methoden vor: (1) Beobachtung täglicher Verhaltensroutinen, (2) Spielbeobachtungen, (3) Analyse der emotionalen Anpassung und (4) Aufbau einer intensiven Elternbeziehung. Auch sollten in verstärktem Maße Routineelemente, wie z.B. Elternabende oder – noch besser – Elterngespräche, für genauere Beobachtungs- und Verhaltensanalysen genutzt werden. Darüber hinaus sollten Initiativen im Rahmen von Selbsthilfe und Selbstorganisation, etwa unter dem Motto „Eltern helfen Eltern“, gestärkt und gefördert werden, damit auch hier brach liegende Ressourcen entwickelt werden, um die psychische Gesundheit von gefährdeten Kindern zu fördern. Es kann und soll nämlich nicht darum gehen, im Sinne einer Statusdiagnostik alkoholranke und erziehungsunfähige Eltern auszumachen und ihre Kinder dauerhaft der Aufsicht des Jugendamtes zu übergeben, sondern die Chancen familienorientierter und kindgerechter Prävention und Frühintervention zu nutzen, damit maligne Entwicklungen gar nicht erst entstehen. Dass in Einzelfällen eine Fremdplatzierung des Kindes (z.B. Pflegefamilie, Heim) als letzte Lösung übrig bleibt, soll dabei jedoch nicht bestritten werden.

Im Rahmen einer am Lebenskompetenzmodell orientierten Suchtprävention gelten für Kinder im Allgemeinen und für Kinder aus suchtbelasteten Familien im Besonderen folgende Präventionsziele: Seelische Sicherheit, Anerkennung und Bestätigung, Freiraum und Autonomie, realistische und glaubhafte Vorbilder, ausreichende Bewegung, richtige Ernährung, Freundeskreis, Verständnis und Liebe, Phantasie, Träume und Lebensziele.

Neben den alkoholerzieherischen Ansätzen sind auch spielerische Ansätze um die Themen „Alltagsdrogen“ (Medikamente, Süßigkeiten), Medienkonsum und Nikotin mehr als wünschenswert. Auch wenn viele Kinder im Vorschulbereich sich sprachlich noch nicht so reflektiert ausdrücken können, dass deutlich wird, welche Begrifflichkeiten und Schemata sie bzgl. der erwähnten Alltagsdrogen schon entwickelt haben und welche Erfahrungen sie schon gemacht oder beobachtet haben, ist dennoch davon auszugehen, dass diese frühen Lernerfahrungen entwicklungs- und kognitionspsychologisch von hoher Relevanz sind, viel-



leicht sogar gerade wegen des eher affektiven als rationalen Lern- und Erfahrungsklimas.

### **Schule**

Die im Bereich der Schule entwickelten suchtpreventiven Programme sind inzwischen immens in ihrer Zahl und reflektieren allzu oft das problematische Klima der Institution „Schule“: Dieses ist häufig durch Lerndruck und –stress einerseits und zu wenig Freiraum für pädagogisch sinnvolle Interventionen andererseits ausgezeichnet. Sie kranken oft unter einer Zergliederung der suchtpreventiven Angebote in einzelne Schulfächer. Dass aber diese in Wissens-elemente zergliederte Suchtprevention tatsächlich Folgen auf der Verhaltens- und Selbststeuerungsebene der Schüler haben sollte, ist als eher unwahrscheinlich einzustufen, da eine schulische Suchtprevention neben der Vermittlung von Fakten, Informationen und Wissen vor allem affektive und soziale Qualitäten vor dem Hintergrund psychosozialer Unterstützungssysteme, Beziehungskontinuität und Lebenskompetenz aufweisen muss. Das Thema der Kinder in suchtbelasteten Familien spielt hier – wie bei den meisten suchtpreventiven Ansätzen in Schulen – leider überhaupt keine Rolle. Dass aber für die schulische Suchtprevention die Berücksichtigung des familiären Hintergrundes der Schüler von entscheidender Bedeutung ist, unterstreichen zahlreiche Studien. So wurden Kinder aus suchtbelasteten Familien erfolgreich in Methoden des Gefühlsmanagements als präventive Strategie zur besseren Regulierung stark erregender emotionaler Krisen und Konflikte unterwiesen. Darüber hinaus ist es natürlich wichtig, Kinder suchtkranker Eltern in der Schule in ihrer oft verzweifelten Situation zu erkennen, sie behutsam zu unterstützen und ihnen adäquat zu helfen, ohne sie zu stigmatisieren. Dies bringt oft ein hohes Ausmaß an Einzel- und Beratungskontakten zwischen Lehrern und betroffenen Schülern mit sich.

### **Leitlinien für die Prävention für Kinder aus suchtbelasteten Familien**

Die wichtigsten Prinzipien für Hilfen für Kinder von Alkoholabhängigen sind in der Frühzeitigkeit, der Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen. Die Hilfen müssen umfassend, langfristig und kontinuierlich stattfinden. Sie sind zu dokumentieren und zu evaluieren. Die beteiligten Helfer sollten eng zusammenarbeiten. In besonders schwierigen Fällen ist ein konsequentes, engmaschiges Case-Management vorzusehen. Als besonders Erfolg versprechend erscheint ein Modell, das die Vorteile der einzelnen Ansätze verknüpft: Ein familienorientiertes Case-Management mit Elementen des Motivational Interviewing kommt den Bedürfnissen der beteiligten Kinder und ihren Familien am nächsten und sollte daher in der Praxis erprobt und evaluiert werden.

### **Schluss**

Für Kinder von Alkoholikern kann das Risiko einer psychosozialen Schädigung als gesichert gelten. Auch wenn von ihnen ein gewisser Teil eine unauffällige Entwicklung schafft, ist

wenigstens ein Drittel stark beeinträchtigt (Cotton, 1979). Entsprechende Konsequenzen für das Hilfesystem sind naheliegend und zwingend: Darunter sind Frühintervention, Netzwerkarbeit, spezialisierte, zumindest jedoch problemsensibilisierte Hilfeangebote, Verstärkung der Sekundärprävention, Schwerpunktprävention für Risikogruppen und schließlich ressourcen- und lebensfeldorientierte Hilfen zu verstehen. Kinder von Suchtkranken können dabei als die Gruppe mit dem größten Risiko bezüglich einer späteren Suchtentwicklung besonders von gezielten Präventionsmaßnahmen profitieren.

Schließlich ist noch anzumerken, dass sich Hilfen für Kinder und Partner von Alkoholabhängigen in gegenseitiger Abstimmung ergänzen und befruchten sollten. Die Zielgröße heißt dann nämlich: Adäquate Hilfen für die von Sucht belastete Familie, für die einzelnen Mitglieder genauso wie für die Familie als Ganzes. Dies bedeutet aber auch, dass das Kind in der suchtbelasteten Familie ein eigenes Recht auf Unterstützung und Hilfe hat. Auf jeden Fall dürfen die Kinder von Suchtkranken nicht länger vernachlässigt werden, will man verhindern, dass diese, schon in Kindheit und Jugend beginnend, oft ein Leben lang unter den Erfahrungen in der suchtbelasteten Familien leiden.

### Literatur

- Cotton, N.S.: The familial incidence of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* 40 (1979) 89–116.
- Klein, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2 (2001), 118–124.
- Klein, M.: Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven. *Report Psychologie* 28 (2003), 358–371.
- Klein, M., Ferrari, T., Kürschner, K.: Kinder unbehandelter suchtkranker Eltern. Eine Situationsanalyse und mögliche Hilfen. Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin (2003) (Im Internet unter <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F305.pdf> veröffentlicht).
- Klein, M., Zobel, M.: Kinder aus alkoholbelasteten Familien. *Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie* 6 (1997) 133–140.
- Lachner, G., Wittchen, H.U.: Familiär übertragende Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H., Rockstroh, B. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Hogrefe, Göttingen (1997) 43–89.
- Quinten, C., Klein, M.: Langzeitentwicklung von Kindern aus suchtbelasteten Familien – Ergebnisse der Thommener Kinderkatamnese. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.). Suchtbehandlung. Entscheidungen und Notwendigkeiten*. Neuland, Geesthacht (1999) 235–243. (= Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 22).
- Robinson, B.E., Rhoden, J.L.: *Working with children of alcoholics. The practitioner's handbook*. 2nd Edition. Sage, Thousand Oaks (1998).
- Sher, K.J.: *Children of alcoholics. A critical appraisal of theory and research*. University of Chicago Press, Chicago (1991).

Wolin, S., Wolin, S. Resilience among youth growing up in substance-abusing families. *Substance Abuse* (1995), 42: 415–429.

Zobel, M.: *Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen*. Göttingen: Hogrefe (2000)

## Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit – Kinder in Alkoholikerfamilien

Ingrid Arenz-Greiving

### Zusammenfassung

Kinder suchtkranker Eltern werden von klein auf zur Mitwirkung an einem sich zuspitzenden Familiendrama gezwungen. Nur manche reagieren mit sichtbaren Störungen auf die familiäre Situation, die ihnen nicht gut tut. Viele dagegen wirken unauffällig, still, hilfsbereit. Oft sind es erst die erwachsenen Kinder aus Alkoholikerfamilien, die den unausgesprochenen Regeln auf die Spur kommen, die zu ihrem Lebensmotto geworden sind: „Rede nicht! Traue nicht! Fühle nicht!“

Eine Suchtfamilie erlebt große Krisen: Die soziale Isolation wird größer. Finanzielle Probleme beginnen. Der alkoholabhängige Elternteil verliert den Arbeitsplatz, die Beziehung der Eltern verschlechtert sich zusehends. In dem Maße, wie der abhängige Elternteil die Kontrolle über sein Leben verliert, gewinnt er seine Macht und Kontrolle über die Familie. Er steht im Mittelpunkt, bekommt Aufmerksamkeit und Zuwendung, lanciert Regeln, die die anderen einhalten. Doch es ändert sich trotz allem Aufwand nicht viel. Die Familie schreibt sich die Schuld zu und schämt sich auch noch wegen ihrer aggressiven Gefühle.

Die kleinsten (im wahrsten Sinne des Wortes) Mitglieder des Systems Familie sind lange übersehen worden; sie sind auch heute oft noch „zum Schweigen verurteilt“. Da die Suchterkrankung noch immer eine stigmatisierte Krankheit ist, haben die Kinder suchtkranker Eltern zahlreiche Geheimnisse zu hüten. Und es ist nicht unbedingt im Interesse der betroffenen Familien, dass diese Geheimnisse gelüftet werden, denn: „Niemand soll es merken, was bei uns wirklich los ist.“ Die Art und Weise der Eltern-Kind-Interaktion in Familien mit einem Suchtproblem ist wie auch bei anderen seelischen Störungen sehr vielschichtig.

Typisch für die Suchtfamilie ist das massive Verleugnen des Suchtproblems und der zugrunde liegenden Beziehungsprobleme. Konflikte werden vermieden. Verleugnen, Verharmlosen und die Problemursachen nach außen zu schieben scheint oft die einzige Lösung zu sein, um die Situation aushalten zu können. Die Kinder wachsen unter dauerhaftem Stress auf. Wut, Scham, Angst, Demütigungen und Hilflosigkeit prägen das Familienklima. Es herrscht eine ständig gespannte Atmosphäre mit extremen, manchmal minutiösen Stimmungsschwankungen in den negativen Bereichen. Die Kinder lernen, das eigene Verhalten auf die momentane Situation abzustimmen und unter Missachtung ihrer eigenen Gefühle zu reagieren. Zitat: „Ich merke das sofort, wenn der schlechte Laune hat. Es ist irgendwie so sehr in mir drin, ich sehe das schon an der Tür. Ich sehe auch sofort, wenn er getrunken hat. Also das habe ich sehr gut eingeübt.“ (Bernd, 17 Jahre)

Die Familie bewegt sich oft jahrelang zwischen neuer Hoffnung und wiederkehrender Enttäuschung. Besonders bei Rückfällen des abhängigen Elternteils, aber auch bei nicht einge-

haltenen Versprechen, verstärken sich im Kind die Gefühle von Verlassenheit, Ablehnung, Verrat und Misstrauen. Angst, Traurigkeit, Wut, Scham und Schuld sind typische Stimmungen dieser Kinder (vgl. Black, 1988). Die inkonsequente Erziehungshaltung, d.h. ein Wechselsbad zwischen Härte und Verwöhnung, gibt den Kindern die Grunderfahrung, dass sie sich auf ihre Eltern nicht verlassen können. Sie erfahren, dass man Worten (vor allem von Erwachsenen) nicht vertrauen kann. Das einzig Zuverlässige ist die Unzuverlässigkeit!

### **Zerrissen zwischen den Eltern**

Häufige elterliche Streitigkeiten und eheliche Spannungen bringen die Kinder in Konflikte. Sie fühlen sich hin- und hergerissen zwischen den Eltern und können zu keinem von beiden Elternteilen eine wirkliche, emotionale Bindung herstellen. Nicht selten kommt es zur Trennung der Eltern, was von den Kindern wiederum sehr unterschiedlich erlebt wird. Zitat: „Das Schlimmste an der Alkoholabhängigkeit war für mich nicht, dass mein Vater getrunken hat, sondern dass meine Eltern nicht miteinander zurecht kamen ...“ (Gregor, 26 Jahre).

Die Kinder fühlen sich beiden Elternteilen verpflichtet, aber die Aufträge der Eltern laufen z.T. gegeneinander. Zitat: „Da lagen meine Eltern so im Bett, und ich musste in die Mitte rein, und da ging das nun los, der Streit, also wen ich nun am liebsten hätte ... Mit 2 Jahren ... war es so, dass ich mich immer so zwischen den Fronten gefühlt habe, wo ich mich entscheiden musste, so eiskalt, woher kriege ich nun die kleinere Strafe – also die ich für mich verkraftete.“ (Daniela, 26 Jahre)

### **Grenzüberschreitungen und Gewalt**

In Familien mit einem suchtkranken Elternteil kommt es zu einer ständigen Überforderung und damit auch zu unterschiedlichen Gewaltformen. Man kann davon ausgehen, dass in ca. 30% dieser Familien Kinder misshandelt werden. Das ist im Durchschnitt doppelt bis dreifach so viel wie in anderen Familien.

Grenzüberschreitungen sind in einer Suchtfamilie „an der Tagesordnung“. In Familien mit Alkoholproblemen kommt es oft zu emotionalen, körperlichen und sexuellen Grenzüberschreitungen, also zu massiven Verletzungen der Ich-Grenze des Kindes. Durch die Wirkung des Alkohols – wie Abbau von Ängsten und Hemmungen, Black-out, herabgesetzte Schamgrenze, Bagatellisierung des eigenen Verhaltens – ist die Gefahr der sexuellen Gewalt in Suchtfamilien erhöht. Mehr noch als bei körperlicher Gewalt sehen die Kinder oft keine Chance, sich gegen diese Übergriffe zu wehren. Sie spalten ihre Gefühle ab, tun so, als merken sie es nicht. Mit der Zeit empfinden sie Misshandlungen als „normal“ oder „verdient“. Die Kinder fühlen sich fatalerweise mitschuldig, und diese Ausbeutung ist manchmal die einzige Form an Zuwendung, die sie in der Familie erhalten.

### **Familienregeln**

Der Schlüssel für die Probleme von „erwachsenen Kindern“ von Alkoholikern liegt nicht unbedingt darin, was in der Herkunftsfamilie passiert ist, sondern was die Lektion war, die man lernte, was die Regeln waren, nach denen „man lebte“.

**Regeln nach Black, 1988:**

## 1. „Rede nicht!“

Weder innerhalb noch außerhalb der Familie darf über Probleme gesprochen werden. Am besten, man nimmt sie nicht wahr. „Du darfst nach außen hin nicht sagen, was los ist. Musst das immer geheim halten.“ (B., 12 Jahre) Zum Teil werden Schwierigkeiten zugegeben, aber die Ursache dafür wird auf andere projiziert. Der Alkoholmissbrauch wird verleugnet, geheim gehalten und der abhängige Elternteil für sein Verhalten verteidigt. Die Erfahrung, nicht darüber reden zu dürfen, impliziert den Kindern das Gefühl, dass es keine Hilfe und keinen Ausweg gibt.

## 2. „Fühle nicht!“

Das erleichtert das Leben, vermeidet Schmerzen und bürdet den Eltern nicht noch das eigene Leid auf. Dahinter steht aber auch die Ansicht, dass man Gefühlen nur bedingt trauen sollte. Durch das Leugnen der Gefühle wird der Zugang zum emotionalen Erleben verlernt, wodurch auch angenehme Gefühle nicht mehr wahrzunehmen sind oder fremd werden – es sei denn, sie benutzen sie als Maske, um sich dahinter zu verstecken. Für die Kinder heißt das, sie müssen schnell erwachsen werden, viel Verantwortung übernehmen, viel helfen und wenig Anforderungen an die Eltern stellen. Die Forderung an sie lautet: Sei stark, gut, perfekt. Mach immer alles richtig. Mach uns stolz.

## 3. „Traue nicht!“

„Es muss wohl an mir liegen, dass die Eltern ihre Versprechen nicht einhalten – ich bin nicht gut genug. Ich kann mich nicht auf sie verlassen.“ Durch die Botschaft der Familie, dass alles normal sei, und der gegenteiligen Wahrnehmung der Kinder, lernen sie, weder sich noch anderen zu trauen (vgl. Arenz-Greiving 1993). Suchterkrankungen machen Betroffene und Angehörige zu Lügern. Alkoholiker lügen z.B., um ihr Trinken zu vertuschen. Die Partnerinnen bzw. Partner lügen, damit der Betroffene nicht seinen Arbeitsplatz und/oder guten Ruf verliert. Die Kinder lügen, um sich selbst zu schützen. Wenn in einer Familie Lügen „normal“ geworden sind, dann kann man sich auf nichts und niemanden mehr verlassen. Daraus lernen sie: ich bin der einzige Mensch, dem ich trauen kann!

Die Kinder in Suchtfamilien sind gehalten, ihr Verhalten nach diesen Regeln auszurichten. Sie lernen diese Regeln früh und so intensiv, dass dies langfristige Folgen haben wird. Die Regeln werden vom abhängigen Elternteil aufgestellt und entsprechen seinen persönlichen Zielen: den Zugriff auf Alkohol zu garantieren, Schmerzen zu vermeiden und seine Abwehr zu schützen. Diese Regeln, nach denen sich alle Familienmitglieder richten müssen, werden durch Blicke, Gesten und Reaktionen vermittelt, sind unausgesprochen, halten das Familiensystem geschlossen und blockieren die Entwicklung jedes Familienmitgliedes. Der Ausprägungsgrad der einzelnen Regeln ist familienspezifisch. Aus den Familienregeln entstehen persönliche Lektionen, die verinnerlicht werden und auf denen sich das eigene Verhalten aufbaut.

### Die „Rolle“ als Überlebensstrategie

Die Harmonie wird in einer „funktionsfähigen“ Familie als Gleichgewichtszustand angesehen, in dem die verschiedenen Rollen eines jeden Familienmitgliedes zusammenspielen und auch – zumindest teilweise – getauscht werden können, häufig im Zusammenhang mit Anpassungsprozessen an veränderte Lebenssituationen. Für Kinder in Suchtfamilien wird die Rolle als „Überlebensstrategie“ zum festen Bestandteil der Persönlichkeit. An die Rollenträger sind bestimmte Erwartungen, (oft unausgesprochene) Forderungen und Gefühle geknüpft, die z.B. der Suchtkranke nicht mehr selbst erfüllen kann. Dabei werden nicht nur Aufgaben, wie Essen kochen, Geschwister versorgen, Einkäufe erledigen, an die Kinder delegiert. Vielmehr erhalten diese auch Botschaften und Aufgaben von den Erwachsenen wie „Tröste mich!“, „Unterhalte uns!“, „Mach Du uns nicht auch noch Kummer!“, „Leiste etwas, damit wir stolz auf Dich sein können“ etc., das bedeutet, die Kinder sollen sich für das Gefühlsleben der Erwachsenen einsetzen. Selbstverständlich werden diese Aufgaben meist nicht bewusst von den Eltern an die Kinder übertragen, sondern die Appelle werden ohne Worte, durch Blicke und Gesten ausgesendet, die Kinder oft auch wahrnehmen und ausführen.

Ohne fremde Hilfe können die Kinder ihre Rolle meist – auch als Erwachsene – nicht mehr ablegen. Sie sind im Prinzip genauso abhängig von ihrer Rolle wie der Suchtkranke von der Flasche, denn sie haben oft keine andere Verhaltensmöglichkeit kennen gelernt. Wegscheider (1988) und Black beschreiben folgende Rollen, die vor allem von Kindern häufig übernommen werden:

#### 1. Der Familienheld oder die Verantwortungsbewusste

Der Familienheld ist oft das älteste Kind oder Einzelkind. Es übernimmt Aufgaben, die die Eltern nicht mehr oder nur noch ungenügend wahrnehmen. Vor allem wenn die Mutter abhängig ist, fällt der ältesten Tochter die Verantwortung für Haushaltsführung und Erziehung der jüngeren Geschwister zu. Vor allem Mädchen fallen deshalb in ihrer „Überlebensstrategie“ gar nicht auf, weil sie in die weibliche Rollenerwartung als Versorgende, Verständnisvolle und Stützende hineinpassen ... Sie bekommen von der Umwelt oft ein positives Echo („Das ist aber toll, wie Du Deiner Mama schon hilfst!“). Die gefühlsmäßige 'Unterernährung' dieser Kinder bleibt unsichtbar, sie sind stark von Lob und Anerkennung abhängig. Nach außen signalisieren sie: „Bei uns ist alles in Ordnung!“. Diese Kinder sind als Erwachsene geneigt, (unbewusst) bevorzugt einen Suchtkranken zum Partner zu wählen und als Co-Abhängige wieder in die gleichen sich wiederholenden Beziehungsmuster wie ihre Eltern zu geraten.

Positiv in dieser Rolle ist, dass die Kinder unter Umständen Selbstvertrauen, Selbstgenügsamkeit, Beharrlichkeit, soziale Intelligenz im Sinne von Verstehen von Interaktionen und ein besonderes Einfühlungsvermögen entwickeln. In ihrem Streben nach Anerkennung durch Leistung können sie trotz der ganzen Belastungssituation auch sehr gute Schulleistungen erbringen. Diese Rolle kann als Ergebnis eines gelungenen Anpassungsvorgangs

verstanden werden: "...sich früh nur noch auf sich selbst verlassen, stoisch, mit Gleichmut Ereignisse aushalten, auf die sie doch keinen Einfluss haben: Erwachsenen gegenüber auf der Hut sein mit einem feinen Gespür dafür, wann diese aus Schuldgefühlen, Unwissenheit, Konfliktscheu so manipuliert sind, dass ein Kind seinen eigenen Vorteil durchsetzen kann" (Schwoon, 1987). Ein weiteres „Erbe“ dieser Rolle kann Erfolgszwang, Arbeitssucht, keine Zeit für Ruhe und Entspannung und Verantwortungsgefühl für alles sein.

## 2. Das schwarze Schaf oder das ausagierende Kind

Das zweite oder mittlere Kind wird häufig in die Rolle des schwarzen Schafes gedrängt. Es verinnerlicht das Chaos der Familie und lebt es durch auffälliges und „unangemessenes“ Verhalten aus. Damit übernimmt es die Aufgabe, die Familie zu entlasten und lenkt so vom eigentlichen Problem ab. Das Verhalten des Kindes kann von Einnässen, Schulproblemen, früher Schwangerschaft bis hin zu kriminellen Handlungen reichen. Die Motivation besteht darin, dass es versucht, Beachtung, Aufmerksamkeit und Zuneigung zu erlangen. Dieses Kind erscheint häufig als eine zusätzliche Belastung der Familie.

Tatsächlich gelingt es ihm, von der alkoholbedingten Problemlage im Elternhaus abzulenken und die Aufmerksamkeit, wenn auch im negativen Sinne, auf sich zu ziehen. Es leistet somit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung des Gleichgewichtes innerhalb des Familiensystems.

Dieses Kind lebt mit dem Grundtenor: „Ich gehöre nirgends richtig dazu.“ Durch das auffällige Verhalten dieses Kindes besteht jedoch die Chance, dass das „Familiengeheimnis“ gebrochen wird, wenn z.B. im Rahmen einer Erziehungsberatung die Familie in den therapeutischen Prozess miteinbezogen und damit die Suchterkrankung und die gesamte belastete Familiensituation offensichtlich werden kann.

## 3. Das stille, fügsame Kind oder der Träumer

Bei dem „verlorenen“ oder stillen Kind handelt es sich überwiegend um das drittgeborene oder mittlere Kind. Es lebt zurückgezogen, zieht weder positive noch negative Aufmerksamkeit auf sich und bleibt für Eltern und für andere unauffällig. Diese Kinder leben zurückgezogen und sind in der Regel problemlos und „pflegeleicht“ und werden oft gegenüber Außenstehenden für ihr pflegeleichtes Verhalten gelobt. Das Kind in dieser Rolle versucht Konflikte zu vermeiden, akzeptiert die Situation und passt sich ihr still an. Es versucht weder, irgendetwas zu verhindern noch es erträglicher zu machen und entwickelt auch nicht das Bedürfnis, die Verantwortung zu übernehmen. Es zieht sich immer mehr zurück, vermeidet Konflikte und flüchtet in Traumwelten.

Das Grundgefühl dieser fügsamen Kinder ist von Minderwertigkeit und Verlassenheit, von Einsamkeit und Hoffnungslosigkeit geprägt. Sie zeigen wenig Spontaneität und Lebensfreude, erwarten nichts von anderen Menschen und somit wird auch nichts von ihnen erwartet – sie werden oft einfach vergessen. Diese Kinder haben später oft Schwierigkeiten mit der Geschlechtsidentifikation, denn durch die Zurückgezogenheit fehlt die Möglichkeit, mit



anderen in Kontakt zu kommen, auszuprobieren und zu vergleichen. Traumwelten und Phantasiefreunde ersetzen ihnen, was die Realität nicht bieten kann. Sie können sich für Hobbys begeistern, in denen sie sich auch ohne andere Menschen verwirklichen können.

#### 4. Der Clown und Spaßmacher

Der Spaßmacher ist oftmals das letztgeborene Kind; es bringt durch seine lustigen Geschichten die Familie zum Lachen, in der es sonst nichts zu lachen gibt, nimmt dadurch Spannungen und lenkt so von der unterschwellig depressiven Grundstimmung innerhalb der Familie ab. Bewusst oder unbewusst versucht dieses Kind durch seine Späße und Komik das Gefühl zu vermitteln, dass „alles halb so schlimm“ ist. Durch den inneren Zwang, diese Aufgabe auszufüllen, wirkt seine Heiterkeit jedoch häufig aufgesetzt. Obwohl diese Kinder durch die Fähigkeit, für gute Stimmung zu sorgen, recht beliebt sind, erhalten sie doch keine wirkliche Anerkennung.

Diese Kinder fallen zwar oft als hyperaktive Zappelphilippe auf, sind aber sehr sensibel für die familiären Spannungen und leben (scheinbar) relativ spontan. Durch ihren Sinn für Humor und die Lacherfolge heben sie ihr Selbstwertgefühl, dabei finden sie schlecht die Grenze zum Aufhören, wodurch sie manchmal gemieden und einsam werden. Sie bleiben oft emotional gestört und unreif. Wer solche Kinder länger kennt, dem fällt auf, dass sie weder ernst noch richtig traurig sein können. Sie haben ein ausgeprägtes Harmonie- und Anerkennungsbedürfnis.

Allen Rollen gemeinsam ist ein hohes Maß an Unehrllichkeit, Perfektionismus, Verleugnung, Kontrollverhalten und Selbstbezogenheit. Wie ein Kind letztlich auf diese Belastungssituation reagiert und welche Rolle (oder welche Rollenkombination) es wann annimmt, hängt zum Teil von seinem Geschlecht, Alter und dem Reifegrad seines Ichs sowie von seinem allgemeinen intellektuellen Stand ab. Die Übernahme dieser Rollen und Aufgaben beinhaltet sicherlich auch vielfältige positive Erfahrungen, allerdings führen sie zu ungesunden Extremen, wenn dieses Rollenverhalten die einzige Überlebensstrategie bleibt.

#### **Langfristige Folgen und Suchtgefährdungen**

Kinder suchtkranker Eltern entwickeln keine spezifischen Entwicklungsstörungen oder Symptome psychischer Krankheiten – ein Symptom, das als „typisch“ bezeichnet werden könnte, ist das Entwickeln eigener substanzgebundener Abhängigkeiten. Das Spezifische besteht in der bestimmten Dynamik, die hinter den Störungen oder Entwicklungsverzögerungen liegt: in der spezifischen Dynamik, in der Rollenübernahme und den rigiden, um jeden Preis eingehaltenen Regeln.

Die Belastungen aus der Kindheit wirken oft erst im Erwachsenenalter, zwischen 20 und 30 Jahren, als psychische Spätfolgen. Einige Kinder alkoholkranker Eltern wirken als Erwachsene irgendwie „verhangen“, beschwert und belastet (was ja nicht verwunderlich ist), so dass man den Eindruck gewinnt, sie seien in ihrer Jugend zu kurz gekommen oder um ihre

Kindheit betrogen worden. Manche behalten eine Unzulänglichkeit in der Entwicklung einer geschlechtsspezifischen Identität zurück oder haben keine Gelegenheit, eine partnerbezogene Kommunikation zu lernen (Köppl u. Reiners, 1987).

### **Welche Hilfen gibt es?**

Es gibt in Deutschland etwa 40 Selbsthilfegruppen für erwachsene Kinder suchtkranker Eltern und ca. 30–40 professionelle Hilfeangebote für Kinder suchtkranker Eltern. Es ist zu beobachten, dass diese wenigen Angebote eher schlecht angenommen werden. Kinder kommen nur dann in solche Gruppen, wenn zumindest ein Elternteil sie darin unterstützt. Genau an diesem Punkt scheitern oft alle Bemühungen, Kindern aus Suchtfamilien eine wirksame Hilfestellung zu geben, denn die Scham der Eltern verhindert, dass bestehende Angebote für die Kinder angenommen werden.

### **Öffentlichkeit schafft Veränderung**

Tabus wie Sucht sind zu durchbrechen. Das hat die öffentliche Debatte um das Tabu des sexuellen Kindesmissbrauchs deutlich gemacht. Öffentlichkeit schafft Veränderung im allgemeinen Bewusstsein. Politik und Institutionen (z.B. die katholische Kirche) werden dazu bewegt, sich mit dem Thema zu befassen. Die betroffenen Kinder haben bessere Chancen, Hilfe zu erhalten, weil die Sensibilität in der Gesellschaft jetzt in höherem Maße vorhanden ist.

Es darf nicht darum gehen, diese Kinder und Jugendlichen zum „neuen Klientel“ der Suchtkrankenhilfe zu erklären, sondern es geht darum, gerade dieses zu verhindern! Darum müssen sich alle, die mit Kindern und Jugendlichen zu tun haben, mit diesem Thema vertraut machen und jeweils in ihrem Bereich und Arbeitsfeld nach Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe für Kinder suchtkranker Eltern suchen. Denn diese Kinder profitieren von den Bemühungen der Erwachsenen, die ihnen helfen,

- Autonomie und Unabhängigkeit zu entwickeln;
- eine soziale Orientierung zu bekommen und angemessenes Sozialverhalten zu entwickeln;
- grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen;
- tiefe und tragfähige Beziehungen zu entwickeln;
- erfolgreich mit intensiven emotionalen Erfahrungen umzugehen;
- eine positive Auffassung über das Leben zu entwickeln und aufrechtzuerhalten;
- das tägliche Leben und unvorhergesehene Ereignisse zu bewältigen.

(Quelle: [www.rias.de](http://www.rias.de))

Hier sind alle Fachkräfte aus der Kinder-, Jugend- und Suchtkrankenhilfe gefragt, ihren Beitrag zu leisten. Hilfen für Kinder von Suchtkranken müssen frühzeitig, umfassend, langfristig, kontinuierlich, niedrigschwellig und ohne negative Stigmatisierung erfolgen.

### **Literatur:**

Arenz-Greiving, I.: Die vergessenen Kinder – Kinder von Suchtkranken, Wuppertal und Hamm, völlig überarbeitete Neuauflage 1998

- Appel, C.: Kinder alkoholabhängiger Eltern – Ergebnisse der Suchtforschung, Freiburg 1994
- Black, C.: Mir kann das nicht passieren!, Wildberg 1988
- Brakhoff, J. (Hrsg.): Kinder von Suchtkranken – Situation, Prävention, Beratung, Therapie, Freiburg 1987
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Schriftenband 166: Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile, Verlag Kohlhammer 1999
- Klein, Michael: Kinder suchtkranker Eltern, Vortrag zur Fachtagung des BMGS und der DHS „Familiengeheuisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und Kinder leiden“, Berlin 2003
- Köppl, B./Reimers, W.: Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern, Freiburg 1987
- Lambrou, U.: Familienkrankheit Alkoholismus, Reinbek 1990
- Lask, K.: Wir brechen das Schweigen, Wuppertal 1992
- Schwoon, D.R.: Die Kinder von Abhängigen. In: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V., Schriftenreihe zu Suchtfragen, Heft 1; Hamburg 1987
- Teske, K.: Wie erleben Kinder die Alkoholabhängigkeit ihrer Eltern? Eschborn 1994
- Wegscheider, S.: Es gibt doch eine Chance, Wildberg 1988
- Woititz, J.: Um die Kindheit betrogen, München 1990
- Woititz, J.: Sehnsucht nach Liebe und Geborgenheit, München 1991
- Zobel, Martin: Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Entwicklungsrisiken und -chancen, Hogrefe-Verlag GmbH Göttingen 2000
- Zobel, Martin: Wenn Eltern zuviel trinken – Risiken und Chancen für die Kinder; Psychiatrie Verlag

## Im Dunstkreis der Sucht: Was Kinder suchtkranker Eltern stärkt

Prof. Dr. Günther Opp

### Einleitung

Die Lebenswelten der Kinder, die im Dunstkreis von elterlichem Suchtverhalten aufwachsen, sind in vielerlei Hinsicht instabil. Der Alltag in diesen Familien ist häufig ein Chaos. Die Kinder sind oft gezwungen, Verantwortung für das eigene Leben, für Geschwister und für die eigenen Eltern zu übernehmen. Sie müssen sich den Wecker selbst stellen, um pünktlich in die Schule zu kommen, machen sich ihr Frühstück selbst und sorgen für die erkrankten Eltern. Dabei sind die Lebensmilieus nicht selten durch Armut, Unsicherheit, Gewalttätigkeiten, sozialen Abstieg und Trennungserfahrungen charakterisiert. So lange wie möglich wird das Suchtproblem der Eltern nach außen kaschiert. Die Kinder werden eingebunden in rigide familiäre Rollenspiele, suchen einen Platz, der ihnen in diesen Familienspielen zugewiesen wird oder übrig bleibt. Rennert (1993) beschrieb diese Rollenverteilung als Co-Abhängigkeiten in suchtbelasteten Familien. Die betroffenen Familienangehörigen leiden unter dem Suchtverhalten und ermöglichen es gleichzeitig

Suchtverhalten scheint ein virulentes Problem innerhalb bestimmter Familien zu sein. Die deutlich erhöhte Vulnerabilität der Kinder solcher Familien, z.B. was Alkoholmissbrauch betrifft, insbesondere für das männliche Geschlecht, können nicht nur auf genetische Veranlagung zurückgeführt werden (Zobel 2000, 145f.). Die neuere genetische Forschung scheint diesbezüglich sehr viel vorsichtiger zu argumentieren, als dies in der Öffentlichkeit wahrgenommen wird, und distanziert sich von einem trivialen genetischen Determinismus. Auch ein genetisch nachweisbares kindliches Risiko für Gefühls- und Verhaltensstörungen könnte relativ bedeutungslos bleiben, wenn die entsprechenden stimulierenden und auslösenden Umwelterfahrungen ausbleiben (Rutter, Silberg 2002). Es wird vielmehr zunehmend von einer lebenslangen Interaktion zwischen Genen und Erfahrung ausgegangen, die einerseits als phänotypische Erfahrungen die genetischen Grundlagen prägen und andererseits als Ergebnis biographischer Entwicklungsverläufe zentralnervöse Strukturbildungen mitbeeinflusst.

Ich möchte dies verdeutlichen durch eine Gegenüberstellung kindlicher Grundbedürfnisse nach Brazelton und Greenspan (2000) und der Beschreibung psychopathologischer Entwicklungsrisiken nach Rutter (2002). Was Kinder brauchen, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein, lässt sich danach in sieben Punkten zusammenfassen:

- beständige, liebevolle Beziehungen;
- körperliche Unversehrtheit, nach Sicherheit und Regulation;
- Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind;

- entwicklungsgerechte Erfahrungen;
- Grenzen und Strukturen;
- stabile, unterstützende Gemeinschaften und kulturelle Kontinuität und
- die Aussicht auf eine gute Zukunft.

Man könnte diese Bedürfnisse umkehren, um eine Risikofolie für kindliche Entwicklungsrisiken zu entwickeln. Als besonders problematisch werden eingeschätzt:

- dauerhafter Streit und familiärer Konflikt, insbesondere dann, wenn Schuldzuweisungen und fokussierte Negativität auf ein individuelles Kind gerichtet sind;
- das Fehlen kontinuierlicher individueller persönlicher Fürsorge;
- das Fehlen reziproker Kommunikation und reziproken Spiels;
- ein negatives soziales Ethos, die Zugehörigkeit oder der negative Einfluss sozialer Gruppen (z.B. Peergruppe, Schule) in der mit wachsendem Lebensalter breiter werdenden sozialen Lebenswelt.

Wir sind nicht erstaunt, wenn Kinder, die vielfältigen ungünstigen Lebensweltqualitäten ausgesetzt sind, weniger angepasst durchs Leben gehen oder aber auch an den Aufgaben des Lebens scheitern. Aber interessanterweise gilt genau dies nicht für alle Kinder.

### **Resilienz:**

#### **Die Bedeutung von Schutz- und Risikofaktoren für die menschliche Entwicklung**

„Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde“ (Schiffer 1999), so lautet der Titel eines mehrfach aufgelegten Buches. Huckleberry Finn wurde nicht süchtig, obwohl seine Lebensumstände, nach allgemeinem Verständnis, ihn hochgradig gefährdeten. Die Problemfrage dieses Beitrages setzt genau an dieser Stelle an: Was sind die stärkenden Qualitäten von Lebenswelten und die sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen und Eigenschaften, die Menschen helfen, adverse Entwicklungs- und Lebensbedingungen zu überwinden? Anders formuliert, ist das die positiv ausgerichtete Frage, warum es einige Individuen auch unter schwierigsten Lebensbedingungen schaffen, nicht süchtig zu werden, während andere Individuen unter vergleichbaren Bedingungen Suchtverhalten entwickeln und eventuell ihr Leben zerstören. Welche Kompetenzen und Ressourcen brauchen Menschen, um ihr Leben auch unter schwierigen Bedingungen meistern zu können und um sich aus ihrer Abhängigkeit zu lösen? Es gibt in jedem Leben Risiken, risikoverstärkende und schützende Qualitäten. Wir fassen dieses Gegenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren unter dem Begriff der Resilienz, einer Widerstandskraft, über die alle Individuen gegenüber gefährdenden Einflüssen für ihre Entwicklung verfügen, zusammen. Dies lässt sich aus zwei unterschiedlichen Sichtwinkeln beschreiben. Resilienz kann entweder verstanden werden als das Ausbleiben von negativen Entwicklungsabweichungen angesichts signifikanter Risiken oder als gelingende Lebensgestaltung trotz entwicklungsadversiver Lebensumstände.

## Risiko und Resilienz: Forschungsgrundlagen

### 1. Gibt es „unschlagbare“ Kinder?

Im Licht der Ergebnisse der Resilienzforschung kann menschliche Entwicklung in einem dynamischen Zusammenhang betrachtet werden. Danach sind Entwicklungsrisiken nicht einfach neutralisierbar. Sie müssen im Zusammenhang mit den schützenden Faktoren gesehen werden, über die jeder Mensch im Sinne individueller Eigenschaften oder charakterlicher Voraussetzungen verfügt oder die sich als Ressourcen in seinem Lebensumfeld befinden und aktivieren lassen. Es gibt so etwas wie ein biologisches Postulat guter Entwicklung. Allerdings sind auch resiliente Kinder nicht „unschlagbar“ und eine pädagogische oder sozialtherapeutische Fokussierung auf Resilienz impliziert in keiner Weise, dass die Anstrengungen oder Kosten für soziale Hilfe dadurch gesenkt werden könnten. In der Zusammenfassung ihrer Arbeiten unterscheidet Emmy Werner (1997) zwischen protektiven Faktoren im Kind und unterstützenden Lebenswelten.

Zu den protektiven Faktoren im Kind zählen unter anderem ein angenehmes Temperament, die Fähigkeit, sich helfen zu lassen, altersangemessene Kommunikationsfähigkeiten, gut entwickelte Lesefähigkeit, die Fähigkeit, die Aufmerksamkeit zu fokussieren, gute Impulskontrolle, besondere Interessen und Hobbys, positives Selbstkonzept, internale Kontrollüberzeugung und hohe Bildungsaspiration. Zu den unterstützenden Lebenswelten zählen eine umfassende Aufmerksamkeit, die dem Kind vor allem im ersten Lebensjahr zuteil wird, das Vorhandensein zusätzlicher Fürsorgepersonen neben der Mutter, emotionale Unterstützung durch andere Familienangehörige oder Nachbarn, klare Strukturen und Regeln im Haushalt, verfügbare Beratungsangebote (z.B. durch Lehrer), geteilte Werte und ein Sinn für Zusammengehörigkeit.

Resiliente Individuen sind in der Lage, auch hochriskante Lebenswelten durch kognitive Umstrukturierung und effektive Ressourcennutzung bzw. Ressourcenschaffung so zu manipulieren, dass gute Entwicklung stattfinden kann. Diese bereits in der Kindheit beobachtete Resilienz gegenüber chronischen Belastungen in kindlichen Lebenswelten scheint sich über die gesamte Lebensspanne fortzusetzen.

Das Konzept der Resilienz erfährt inzwischen eine erhebliche Erweiterung auf Fragen, wie sich resiliente Menschen mit Krisen und den damit verbundenen Emotionen auseinandersetzen, wie sie im Vergleich mit weniger erfolgreichen Individuen auch angesichts von alltäglichen Problemen aktiv und optimistisch in ihrer Lebensführung bleiben. Gefragt wird vor allem nach kognitiven und emotionalen Regulationsmechanismen durch die sich resiliente Individuen auszeichnen. Von besonderer Bedeutung scheint mir hierbei das Konzept der Salutogenese von Aron Antonovsky zu sein, das ich im Folgenden kurz skizzieren will.

### 2. Die Bedeutung von Vertrauen (Salutogenese)

Antonovsky geht davon aus, dass Stress eine Alltagserfahrung im Rahmen moderner Lebensführung darstellt. Stress versteht er als einen Spannungszustand, der durch wechselseitige Person-Umweltregulationen durch aktive Anpassungsleistungen, Bewältigungskompetenzen und Belastungsregulation (Coping) bearbeitet werden muss. Antonovsky unterscheidet nun zwischen einer pathologischen Fragestellung, warum Menschen krank werden und einer gesundheitsfördernden (salutogenetischen) Fragestellung, warum andere Individuen, die den gleichen Stressbedingungen ausgesetzt sind, gesund bleiben.

Antonovsky geht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum aus. Menschen, die vergleichbaren Stresskonstellationen ausgesetzt waren oder sind, können sich sowohl auf der Seite der Gesundheit wie auch auf der Seite der Krankheit wiederfinden. Die Frage, die er stellt, lautet nun, worin liegt der Kern dieser Widerstandskraft (Resilienz), die es Menschen ermöglicht, auch massiven Stress in ihren Lebenswelten zu verarbeiten, ohne krank zu werden. Die Forschungsarbeiten Antonovskys zeigten, dass nicht etwa generalisierbare Widerstandquellen wie Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität und soziale Unterstützung die wichtigste Rolle bei der Verarbeitung von Stress spielten. Die Antwort auf seine salutogenetische Frage war vielmehr das übergeordnete Konzept eines Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC). Dieser Sinn des Zusammenhangs gibt den Menschen ein Gefühl, dass ihre alltäglichen Lebenserfahrungen einen Sinn oder einen Zusammenhang besitzen, dass die Herausforderungen des Lebens mehr oder weniger vorhersagbar und zu bewältigen sind. Im Grunde genommen geht es um ein, alle Lebensbereiche übergreifendes, dynamisches Gefühl des Vertrauens, dass die Dinge sich so entwickeln werden, wie wir es erwarten und dass wir die Herausforderungen unseres Lebensalltags meistern können.

Das Kohärenzgefühl ist nach Antonovsky (1997, 36) eine globale Orientierung, die ein andauerndes und dynamisches Gefühl des Vertrauens ausdrückt, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.

Diese Komponenten des Kohärenzgefühls korrespondieren mit biographischen Erfahrungen und sicherlich natürlich auch mit den Ressourcen, über die ein Mensch zur Gestaltung seines Lebens verfügen kann. Dabei geht es um

- körperliche Resistenzbedingungen;
- kognitive Ressourcen (Intelligenz, Wissen, Bildung);
- materielle Ressourcen;
- psychosoziale Ressourcen;
- psychische Ressourcen.

Ein starkes Kohärenzgefühl ist ein mentales und emotionales Konstrukt, eine grundsätzliche

Einstellung, mit der wir der Welt begegnen und die uns hilft, die Herausforderungen unseres Alltags zu strukturieren und zu bewältigen. Umgekehrt verbindet sich ein schwaches Kohärenzgefühl mit dem Empfinden einer allgemeinen Demoralisierung, des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit gegenüber den Herausforderungen des Lebens. Ein starkes Kohärenzgefühl hilft dabei, flexible Grenzen zwischen Lebensbereichen, die als marginal eingeschätzt werden, zu Lebensbereichen zu ziehen, die in den Mittelpunkt gestellt, als signifikant eingeschätzt werden, aus denen Kontinuität, Selbstwertgefühl und Identität geschöpft werden können. Stressoren im Leben eines Menschen können im Idealfall, auf der Grundlage eines hohen Kohärenzgefühls, in Stärke verwandelt werden.

In letzter Zeit wurde verstärkt auf Probleme der Resilienzforschung hingewiesen (Luther, Cicchetti, Becker 2000; Laucht 1999). Dabei geht es um Fragen der Terminologie, der Unterschiedlichkeit der erlebten Risiken und der individuellen Kompetenzen resilienter Individuen, die mögliche Instabilität von Resilienz und die Frage, ob es sich um isolierbare schützende Faktoren oder doch eher um komplexere Verarbeitungsprozesse (Interaktionseffekte) handelt, durch die sich Individuen in ihrer Verarbeitung risikoinduzierender Lebenswelten unterscheiden. Diese Fragen haben ihre Berechtigung. Sie mahnen zu einer gewissen Vorsicht gegenüber einer zu optimistischen Interpretation dieser Forschungsergebnisse und einer simplifizierten Umsetzung von Stärkeansätzen in der Praxis der sozialen Arbeit und den Enttäuschungen, die dies implizieren könnte. Grundsätzlich verbinden sich Resilienzansätze mit großem heuristischen Gewinn, mit einer optimistischen Perspektive auf menschliche Potentiale und Entwicklungsmöglichkeiten. Unklar ist, welchen Preis, vielleicht in Bezug auf ihre eigene Beziehungsfähigkeit, resiliente Menschen für ihre Widerstandskraft gegenüber einer Welt, die viele ihrer grundlegenden Erziehungsbedürfnisse unerfüllt ließ, bezahlen?

### **3. Kinder stärken – Resilienz fördern**

Was also sind die Qualitäten individueller Resilienz, die Menschen hilft, ihr Leben auch angesichts hochriskanter Lebenswelten zu meistern? Von einer umfassenden Klärung dieses Rätsels sind wir noch weit entfernt und doch ist es weit mehr als eine psychische Qualität, deren Existenz wir erst erkennen, wenn schwierige Lebenssituationen bereits gemeistert wurden. Resilienz basiert auf Kernfähigkeiten, die im Lebenslauf erlernt und erworben werden können. Im Mittelpunkt stehen die Fähigkeit, Bindungen zu anderen Menschen einzugehen, und die Fähigkeit, einen schützenden inneren psychischen Raum zu entwickeln, der gegenüber adversiven äußeren Einflüssen behauptet werden kann. Hinzu kommen drei unverzichtbare und überlappende charakteristische Eigenschaften resilienter Menschen, die (Coutu 2002, 48) so zusammenfasst:

- eine entschiedene Akzeptanz der Realität;
- ein tiefer, oftmals durch starke Wertüberzeugungen unterfütterter Glaube in den Sinn des Lebens und
- eine unglaubliche Fähigkeit zu improvisieren.

Es gibt gute Gründe für die Annahme, dass sich der Mut und die Entschiedenheit, sich ge-



genüber ungünstigsten Erziehungsmilieus zu behaupten, aus positiven Beziehungserfahrungen mit fürsorglichen Erwachsenen speisen. Ich glaube, dass an dieser Stelle die Lehrerinnen und Lehrer die Bedeutung, die sie für das Leben dieser Kinder haben, systematisch unterschätzen. Das ist in seiner Wirkung für die Lehrer selbst fatal, die zur Aufrechterhaltung ihres pädagogischen Engagements solche Erfolgserfahrungen unabdingbar brauchen. Dies betrifft den oben geschilderten Aspekt von Erziehung als Beziehungshandeln. Schulische Erziehung als Ortshandeln wird insofern bedeutsam, als der Ort der Schule für viele dieser Kinder ein Ort der Struktur und Erwartbarkeit, ein Ort der Zuflucht in einem „Meer von Chaos“ werden kann.

Im Folgenden möchte ich drei Möglichkeiten diskutieren, durch die Resilienz in der Schule gestärkt werden kann. Dabei ist es mir wichtig, dass die diskutierten Aspekte, ich spreche übergreifend von der Schule als fürsorglicher Gemeinschaft, auch im vorschulischen Bereich Anwendung finden können, dass sie teilweise aus Konzeptentwicklungen von Institutionen für Kinder im Vorschulalter inspiriert wurden.

### **Fazit**

Ich habe versucht, die Ergebnisse der Resilienzforschung in Bezug auf Kinder zu diskutieren, die im Dunstkreis elterlichen Suchtverhaltens aufwachsen. Diese Thematik wurde in einem Zusammenhang von Präventionsvorstellungen in schulischen Arbeitszusammenhängen diskutiert unter den Aspekten der Wahrnehmung von Stärken, der Qualität von Schulen als fürsorgliche Gemeinschaften und als Konzept guter Peerkultur. Im Kern geht es dabei, so verstehe ich die Ergebnisse der Resilienzforschung, um qualitativ angereicherte Beziehungsangebote. Das geht über klassische Erziehungsvorstellungen des pädagogischen Bezugs (Nohl) deutlich hinaus. Es geht nämlich nicht nur um die Beziehung zwischen Zögling und Erzieher, sondern in einem modern erweiterten Verständnis des pädagogischen Bezugs auch um die modellhafte Wirkung der Beziehung der Professionellen zueinander und insbesondere um die entwicklungsfördernde Qualität der Peerbeziehungen. Es geht um die Schaffung einer Schule,

- mit der sich die Kinder und Jugendlichen verbunden fühlen (connectedness) und in der auf fürsorgliche Beziehungen geachtet wird (Laursen, 2002);
- in der ihnen Vertrauen entgegengebracht wird;
- in der ihnen Aufmerksamkeit geschenkt wird;
- in der sie Empathie für ihre Sorgen und Nöte erleben;
- in der Erwachsene als Ansprechpartner für sie verfügbar sind;
- in der sie Erfolg und Bestätigung erfahren;
- in der sie respektiert werden;
- in der die Erzieher die Erwartungen, die sie stellen, auch vorleben (Echtheit).

Es geht um Schulkultur im Sinne respektvoller und routinierter Formen des Umgangs mit Konflikten und der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Interessen und Ansprüchen. Es geht aber eben genau auch um Beziehungserfahrungen (Grenzsetzungen), die immer

mehr Kindern in ihren angestammten Lebenswelten vorenthalten werden. Es geht aber auch um die breitere Gestaltung von Lebensbedingungen in der Gemeinde und in der Gesellschaft, die den Kindern entwicklungsgerechte Lernumwelten zur Verfügung stellen, und natürlich geht es um die Sicherstellung eines Kontinuums vielfältiger und flexibler Hilfen für Familien, die ihren Erziehungsaufgaben nicht mehr gewachsen sind, bis hin zu familienersetzenden Maßnahmen. Es geht um eine entschiedene Verbesserung der Kultur des Aufwachsens, die bereits im Zehnten Kinder- und Jugendbericht gefordert worden war. Dies ist die Forderung an die Politik und die Gesellschaft insgesamt.

Ich möchte dem eine Forderung an uns als Bürger anschließen. Der Staat wird die sozialen Aufgaben, die wir ihm in den letzten Jahrzehnten zunehmend überließen, in Zukunft immer weniger übernehmen können. Ich halte mich häufig in den USA auf und hier erlebe ich viel stärker das Gefühl der Verpflichtung, der Gemeinschaft etwas zurückzugeben, andere am eigenen Lebenserfolg teilhaben zu lassen.

Dabei möchte ich insbesondere das „Big Brother/Big Sister-Modell“ erwähnen, welches überaus erfolgreich im Sinne hilfreicher Beziehung (Larson 2002, 10) ist. Bei einer Intensität dreimal im Monat, mit 3–4 Stunden pro Treffen, arbeiten Mentoren mit Jugendlichen, die an deren Stärke glauben, und in diesen Treffen werden ausführlich die Risiken, die in den Lebenswelten liegen, ebenso besprochen wie die Risiken der Jugendlichen selbst. Dieses ehrenamtliche System hat wesentlich mehr Erfolg als das erfolglose Predigen von Werten. Ich neige stark dazu, diese Ergebnisse als Bestätigung von Resilienzvorstellungen zu interpretieren.

#### Literatur:

- Coutu D.L., How resilience works. In: Harvard Business Review. 2002 (May), 46–55
- Heigl-Evers A., Seidler G., Die Alterität des Suchtkranken. In: Heigl-Evers A., Helas I., Vollmer H.C. (Hg.), Eingrenzung und Ausgrenzung. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht 1993
- Laursen E.K., Seven habits of reclaiming relationships. In: Reclaiming Children and Youth. 2002 (11), 10–15
- Luthar S.S., Cicchetti D., Becker B., The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. In: Child Development. 2000 (71), 543–562
- Rennert M., Rollenverteilung in belasteten Familien und die Entdeckung von Co-Abhängigkeit in Familien von Suchtkranken. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Sucht und Familie. Freiburg: Lambertus 1993, 27–35
- Rutter M., Nature, nurture, and development: from evangelism through science toward policy and practice. In: Child Development. 2002 (73), 1–21
- Rutter M., Silberg J., Gene-environment interplay in relation to emotional and behavioral disturbance. In: Annual Review of Psychology. 2002 (annual), 463–491
- Zobel M., Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Göttingen: Hogrefe 2000

## Schwangerschaft und Sucht

Dr. Regina Rasenack

### Zusammenfassung

Drogenabhängigkeit betrifft in Deutschland nur relativ wenige schwangere Frauen. Typisch sind die späte Feststellung der Schwangerschaft, ungünstige soziale Verhältnisse, hohe Raten an Begleitkrankheiten und wenige Vorsorgeuntersuchungen. Die Schwangerschaften drogenabhängiger Mütter sind bedroht durch Fehl-, Früh- und Mangelgeburten und durch das Entzugssyndrom nach der Geburt. Die Chance für ein gesundes Überleben des Kindes kann durch eine kontinuierliche Substitution der Mütter möglichst früh in der Schwangerschaft, interdisziplinäre Betreuung und durch Herstellung eines verlässlichen sozialen Umfeldes verbessert werden.

Alkoholmissbrauch betrifft etwa 10% aller Schwangeren und wird nur sehr selten von der Umgebung erkannt. Das fetale Alkoholsyndrom (FAS) ist eine häufige Ursache für geistige Behinderung. Weitere typische Auswirkungen sind Mangelentwicklung, Gesichtsauffälligkeiten und Verhaltensstörungen. Da es keinen Grenzwert für einen unschädlichen Konsum gibt, sollte jede schwangere Frau informiert und auf die Wichtigkeit der Abstinenz angesprochen werden. Für alkoholabhängige Schwangere muss so schnell wie möglich eine Entwöhnungsbehandlung organisiert werden.

Ein Drittel aller schwangeren Frauen in Deutschland sind Raucherinnen – mit steigender Tendenz. Trotz allgemein bekannter negativer Auswirkungen des Rauchens, wie Früh- und Mangelgeburten, Atemwegserkrankungen, erhöhtem Risiko für plötzlichen Kindstod (SIDS) und Verhaltensstörung (ADHS) bei Kindern von Raucherinnen, schaffen es unter den bisherigen Bedingungen nur 30% der Raucherinnen, abstinent zu werden. Da die Motivation von Frauen, mit dem Rauchen aufzuhören, in einer Schwangerschaft am größten ist, muss diese Zeit unbedingt genutzt werden, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Die Abstinenzrate ist am höchsten, wenn eine Unterstützung von allen Berufsgruppen (Ärzte, Hebammen, Pflegeberufe, Sozialpädagogen) möglichst oft und multimodal (persönliches Gespräch, schriftliches Material, Notfalltelefon) gegeben wird. Die Kompetenz für Suchtmittelmedizin muss bei allen Ärzten gefördert werden, insbesondere bei allen Frauenärzten. Eine Netzwerkbildung zwischen den betreuenden Professionen ist unbedingt notwendig.

### Drogen

Die Abhängigkeit von Opiaten (Heroin, Opium, Morphin, Kodein) ist in Deutschland relativ selten. Typisch bei drogenabhängigen Schwangeren und schädigend für die Entwicklung des Kindes sind die praktisch immer herrschenden chaotischen Lebensumstände mit schlechter Ernährung, ungünstiger Wohnsituation, Beschaffungsstress sowie Beschaffungskriminalität und Prostitution, eine späte Graviditätsdiagnose (Feststellung der Schwangerschaft) mit wenig Vorsorgeuntersuchungen, ein sozial depriviertes Umfeld und Komorbidität, ins-

besondere Infektionen wie Hepatitis B und C, selten HIV, Polytoxikomanie und psychiatrische Krankheiten. Heroin besitzt selbst kein teratogenes (Fehlbildungen erzeugendes) Potenzial (Alroomi 1988, Schardein 2000). Ein akuter Entzug während der Schwangerschaft kann aber zum intrauterinen Fruchttod führen. Häufige Probleme während der Schwangerschaft sind intrauterine Mangelentwicklung in etwa 30% (Rohrmeister 2001), Frühgeburtlichkeit über 20% (Rohrmeister 2001) und neurologische Spätschäden bei Mikrocephalie (abnorme Kleinheit des Kopfes infolge primärer Fehlentwicklung des Gehirnes) des Kindes (17%, Rohrmeister 2001). Nach der Geburt muss man mit dem neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS) rechnen, was bei über 70% der Neugeborenen zu einem therapiebedürftigen Zustand führt. Typische Symptome des NAS sind Atemnotsyndrom, Hyperirritabilität, Zitterigkeit, Durchfälle, Erbrechen und im schlimmsten Falle cerebrale Krampfanfälle. Eine Nachuntersuchung von pränatal exponierten 5- bis 10-jährigen Kindern ergab Verhaltensstörungen im Sinne des Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) bei 67% der im Drogenumfeld verbleibenden im Vergleich zu 37% bei adoptierten Kindern (Ornoy 1999).

Noch seltener ist in der Bundesrepublik die Einnahme von Stimulanzien während der Schwangerschaft (Kokain, Amphetamine). Diese Substanzen verursachen eine generelle Vasokonstriktion (Verengung der Blutgefäße). Daraus resultiert eine Minderperfusion (Verminderung der Durchblutung) auch im Bereich der Plazenta, die verantwortlich ist für das vermehrte Auftreten von Fehlgeburten und intrauterinem Fruchttod. Wie bei Heroin ist ebenfalls die Häufigkeit von Frühgeburten erhöht (72%, Ahmed 1992), ebenso die Rate an mangelentwickelten Kindern und Neugeborenen mit Mikrocephalie. Beobachtet wird eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Fehlbildungen im Urogenital-, Gastrointestinal- und Skelett-System (z. B. Mercado 1989, Chasnoff 1988). Postpartal muss man mit akuten toxischen Symptomen rechnen, das Auftreten von plötzlichem Kindstod (SIDS) wird erhöht gefunden (Eyler 1998).

Bei der Exposition mit Halluzinogenen (Marihuana, LSD, Mescaline, etc.) ist die Auswirkung auf die ungeborenen Kinder kaum zu unterscheiden von den Einflüssen der Tabakabhängigkeit. Bei Cannabisrauchen wird im Blut eine 5-fach höhere CO-Konzentration und 3-fach höhere Teer-Konzentration gefunden. Die perinatale Mortalität (Perinatalperiode = Zeitraum zwischen dem Ende der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Lebenstag nach der Geburt) ist erhöht, bei Kindern nach Halluzinogenexposition wird eine beeinträchtigte Sprach- und Gedächtnisleistung gefunden (Fried 1990). Die Fehlbildungsrate exponierter Kinder ist nicht erhöht.

Zur Behandlung drogenabhängiger Schwangerer ist zunächst eine suffiziente Substitutionsbehandlung notwendig, um die soziale Situation zu verbessern und eine Kooperationsbereitschaft herzustellen. Dringend notwendig ist eine interdisziplinäre Behandlung von Co-Morbiditäten und Komplikationen. Dazu ist eine Betreuung durch ein Netzwerk verschiedener Professionen notwendig. Zur Geburt muss die Schwangere motiviert werden, ein

Perinatologisches Zentrum aufzusuchen, in dem das Neugeborene von erfahrenen Neonatologen behandelt werden kann.

### **Alkohol**

Es wird vermutet, dass 8,4% der Frauen in Deutschland aus medizinischer Sicht starken bzw. riskanten Alkoholkonsum betreiben (Kraus und Bauernfeind 1998). Bei etwa 2,7 Mio. Bundesbürgern besteht ein aktueller Alkoholmissbrauch, das sind 4% der Gesamtbevölkerung (Bundesministerium für Gesundheit 2000), darunter eine zunehmende Zahl von Frauen (Schmidt 1997). Es wird vermutet, dass in Deutschland etwa 1–2% alkoholabhängige Frauen im gebärfähigen Alter sind. Weiterhin trinken nur etwa 20% der Frauen während der Schwangerschaft überhaupt keinen Alkohol (Statistisches Bundesamt 1998, Wiesner 1995). Jedes 300. Neugeborene in Deutschland ist alkoholgeschädigt (Loeser 1995). Der schädigende Einfluss von Alkohol auf die Entwicklung des Kindes ist lange bekannt, das Vollbild mit intrauteriner Mangelentwicklung, Mikrocephalie, Gesichtsfehlbildungen und bleibenden Gehirnentwicklungsstörungen wurde erstmals 1968 von Lemoine unter dem Begriff „fetales Alkoholsyndrom“ (FAS) beschrieben. Die abgeschwächte Variante mit vorwiegend funktionellen Schäden nennt man fetale Alkoholeffekte (FAE). Typisch für die Alkoholem-bryopathie ist eine Reduktion von Gewicht, Länge und Kopfumfang (Jones 1973). Die Häufigkeit des fetalen Alkoholsyndroms bei alkoholabhängigen Schwangeren wird in der neueren Literatur mit etwa 10% angegeben (Abel 1995, 1999). Die Höhe des Risikos korreliert mit dem Schweregrad des Alkoholismus (Majewski 1978). Auch geringere Mengen Alkohol haben einen ungünstigen Effekt auf die geistige Entwicklung des Kindes in utero. Bereits 15g reiner Alkohol pro Tag beeinträchtigt die geistige Entwicklung (Yang 2000). Da eine sichere Grenze nicht angegeben werden kann, ist der beste Rat die komplette Abstinenz während der Schwangerschaft. Auch ein gelegentliches Trinken von größeren Mengen kann zur Einschränkung der ZNS-Entwicklung führen (Nulman 2000).

Frauen mit riskantem Alkoholkonsum haben massive Schuldgefühle und konsumieren möglichst heimlich, deshalb ist aktives Ansprechen von Seiten der Frauenärztinnen und -ärzte sowie Hebammen notwendig. Eine möglichst frühzeitige Diagnose ermöglicht die rechtzeitige Vermittlung von Hilfen und gezielten Angeboten zur Abstinenzförderung.

### **Tabak**

Rauchen ist der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für nicht erfolgreich verlaufende Schwangerschaften (Werler 1985). Außer Nikotin beinhaltet der Tabakrauch noch 4.000 andere toxische Substanzen. Die schwerwiegendsten pränatal auftretenden Schäden werden verursacht durch Gefäß-Kontraktionen, Kohlenmonoxid, Teer, Kadmium und Zyanid. In der Bundesrepublik Deutschland rauchen 35% der Menschen zwischen 18 und 59 Jahren. 39% der Männer, 31% der Frauen (Kraus und Augustin 2001). Der Anteil rauchender Schwangerer ist am höchsten bei den unter 25-jährigen Frauen, er beträgt rund 40%. Unter ledigen und geschiedenen Frauen beträgt der Anteil von Raucherinnen 62%.

Während ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten von vielen Untersuchern gefunden wird

(Risch 1988, Armstrong 1992, Kline 1993), ist die Fehlgeburt rate signifikant erhöht bei objektiviertem (Eingruppierung nach Cotinin-Konzentration im Urin) mütterlichen Rauchen (Ness 1999). In der Mehrzahl der Studien ist kein teratogener Effekt von Tabakrauchern für angeborene Fehlbildungen insgesamt nachweisbar (z. B. Wasserman 1996). Für Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten zeigen jedoch mehrere Untersucher ein erhöhtes Risiko für Kinder von Raucherinnen, zum Teil mit dosisabhängigem Effekt (z. B. Shaw 1996, Kallen 1997). Gut belegt ist ein erhöhtes Risiko für Spaltbildungen, wenn mütterliches Rauchen und bestimmte genetische Faktoren zusammen kommen (Hwang 1995).

Plazenta praevia (atypische Lokalisation der Plazenta mit der Gefahr der vorzeitigen Ablösung) kommt bei Raucherinnen häufiger vor, die Erhöhung wird von verschiedenen Untersuchern, zum Teil mit nachweisbarem Dosis effekt, um 50–60% beschrieben (z. B. Ananth 1996, Castles 1999). Auch die vorzeitige Plazentalösung mit einem hohen Risiko für eine Asphyxie (Atemstillstand infolge Herz-Kreislaufversagens) des Kindes wird bei Raucherinnen häufiger beobachtet (z. B. Raymond 1993, Ananth 1996). Raucherinnen mit vorzeitiger Plazentalösung haben ein 2- bis 3-mal höheres Risiko für perinatalen Kindstod im Vergleich zu Nichtraucherinnen (Kyrklund-Blomberg 2001, Pollack 2000). Piasek fand 2002 in Raucherplazenten doppelt so viel Kadmium wie in Nichtraucherplazenten und damit eine beeinträchtigte Steroidproduktion. Histologische Untersuchungen von Larsen (2002) fanden bei Raucherplazenten eine signifikante Rarifizierung der Villuskapillaren (kleiner Blutgefäße in den Zoten) und damit das Korrelat für die geringere Funktionstüchtigkeit.

Die Geburtsgewichtsreduktion für Kinder rauchender Mütter ist seit Jahrzehnten gut dokumentiert und auch unter Laien bekannt. Kinder von rauchenden Müttern sind im Gesamtkollektiv 200g leichter, dabei kommt es zu einem gut dokumentierten Dosis effekt, das heißt Kinder starker Raucherinnen sind wesentlich leichter als Kinder von schwachen Raucherinnen. Beschrieben wurde dieses Phänomen bereits 1961 von Frazer et al. Das Risiko, ein Mangelkind zu gebären, ist für Raucherinnen doppelt so hoch wie für Nichtraucherinnen; 30–40% der Mangelkinder werden durch Tabakrauchen verursacht. Entgegen der Hoffnung, dass leichtere Kinder einfacher geboren werden können, bieten Kinder von Raucherinnen signifikant schlechtere APGAR- und pH-Werte (APGAR = Punktesystem zur Vitalitätsbeurteilung des Neugeborenen anhand bestimmter Befunde) und müssen häufiger per Kaiserschnitt geboren werden (Habeck 2002). Gelingt es einer Raucherin in der Frühschwangerschaft, das Rauchen aufzugeben, sind kaum noch Gewichtsunterschiede zu verzeichnen (z. B. Rusch 1983, Cliver 1995). Schon 1957 beschrieb Simpson, dass Kinder von Raucherinnen häufig zu früh geboren werden. Insgesamt wird eine 30%ige Risikoerhöhung beschrieben (z. B. Shah und Bracken 2000, Habeck 2002).

Kinder von Raucherinnen haben eine um 30% erhöhte perinatale Mortalität, das heißt, sie sterben zwischen der 24. Schwangerschaftswoche und dem 28. Lebenstag. 10% der perinatalen Mortalität wird durch mütterliches Rauchen verursacht, Literatur dazu findet man z.B. bei Raymond und Mills (1992) und Oncken (2003). Plötzlicher Kindstod (SIDS) wird bei

Kindern von Raucherinnen 2- bis 4-mal so häufig berichtet wie bei Nichtraucherinnen. Dieses Phänomen wird von einer Vielzahl von Untersuchern beschrieben (z. B. Wisborg 2000, Pollack 2000). Erklärt wird dieses durch Beeinträchtigung des autonomen Nervensystems bei kardiorespiratorischen (Herz und Atmung betreffenden) Stresssituationen bei Kindern von Raucherinnen. Inwieweit dabei der pränatale Einfluss im Gegensatz zur postnatalen Rauchbelastung eine Rolle spielt, ist schwer nachweisbar. Hinweise, dass bereits der pränatale Einfluss einen negativen Effekt bietet, zeigte Browne (2000) mit dem Nachweis, dass die Blutdruckregulation bei Lageveränderungen am 2. bis 3. Lebenstag bei Kindern von Raucherinnen beeinträchtigt ist. In die gleiche Richtung deuten Untersuchungen von Oncken (2002) und Sheman (2002), die eine Einschränkung der Variabilität fetaler Herzaktionen abhängig von den mütterlichen Blutnikotin- und -Cotinin-Konzentration nachweisen konnten. Das erhöhte Risiko für plötzlichen Kindstod kann auch durch eine signifikant erhöhte Aufwachschwelle von Kindern rauchender Mütter erklärt werden, wie es Horne (2002) und Chang (2003) gefunden haben.

Atemwegserkrankungen, inklusive Asthma, sind bei Kindern von Raucherinnen deutlich häufiger. Auch hierbei ist kaum die intrauterine von der postpartalen Belastung zu trennen. Literatur hierzu findet man z.B. beim AHA Medical Statement (1994), Nuesslein (1999) und Gilliland (2002). Die Bedeutung des pränatalen Einflusses von Rauchen unterstreichen Untersuchungen von Stick (1996), die bei Messung der Atemvitalfunktionen in den ersten Lebenstagen eine Beeinträchtigung bei Kindern von Raucherinnen feststellten. Gilliland (2002) zeigte schlechtere Lungenfunktionsteste bei Schulkindern von Raucherinnen. Eine erhöhte Asthmafrequenz bei Kindern von nicht stillenden Raucherinnen wies Tang (2002) nach.

Bei Kindern von rauchenden Müttern werden eine Vielzahl von Verhaltensauffälligkeiten und Psychopathologie, inklusive Delinquenz, beschrieben. Insbesondere wird dabei eine Zunahme des Aufmerksamkeitsdefizits-/Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) benannt. Literaturzusammenstellung findet man bei Hellström-Lindahl (2002) und Weitzman et al. (2002). Eine Tabakabhängigkeit entwickelt sich bei Kindern von Raucherinnen bis zu 5-fach häufiger (Kandel 1994, Cornelius 2000, Milberger 1997). Kinder von rauchenden Müttern entwickeln später häufiger Übergewicht, bei 5- bis 7-jährigen Kindern ist Übergewicht 100% häufiger, bei bis zu 33-Jährigen immer noch 50% häufiger (Power und Jefferis 2002, Toschke 2002). Auch Passivrauchen der Mutter bewirkt eine ungünstige Entwicklung des Kindes. Hanke (1999, 2001) und Lindbohm (2002) fanden ein signifikant erhöhtes Frühgeburtenrisiko, wenn Nichtraucherinnen mindestens 7 Stunden pro Tag Tabakrauch ausgesetzt waren. Passivrauchen führt zu histologisch nachweisbaren Plazentaveränderungen, wie Nelson (1999) durch pathologisch-anatomische Untersuchungen nachweisen konnte. Daten von Zhang & Retcliffe (1993), Eskenazi (1995) und Lindbohm (2002) belegen eine Assoziation von Passivrauchen und leichteren Neugeborenen.

### **Raucherentwöhnung aus der Sicht der Geburtshilfe**

Suchtkranke Frauen haben in der Schwangerschaft eine erhöhte Motivation, abstinent zu werden. Sie profitieren von einem Netzwerk der professionellen Hilfe während dieser gesamten Periode. Günstig beeinflusst wird die Abstinenzrate von einer Intervention, die so früh wie möglich einsetzt, fraktioniert über die gesamte Schwangerschaft und Stillzeit erfolgt und möglichst mehrere Komponenten beinhaltet (multimodal). Motivierung und Unterstützung zum Rauchstopp sollte dabei durch häufige Kontakte und durch Personen aus verschiedenen Professionen erfolgen (Ärzte, Pflegepersonal, Hebamme, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter). Eine Einbeziehung von Partnern und Umgebung sowie eine soziale Unterstützung bei Bedarf wirken sich günstig aus. Literatur über Determinanten für Tabakstopp bei Schwangeren findet man bei Klesges (2001), Lu (2001) und Fagerstrom (2002). Schon eine 5-malige persönliche Beratung mit spezieller Literatur für Schwangere erhöht die Abstinenzrate um 30–70%. Berichte darüber bei Dolan-Mullen (1994), Melvin (2000) und McBride (1999). Eine Übersicht über spezielle Schwangerenentwöhnungsprogramme bieten Walsh et al. (2001). Pomerleau (2000) wies darauf hin, dass Raucherentwöhnungsstrategien, die erfolgreich sein wollen, unbedingt Gewichtskontrollmöglichkeiten beinhalten müssen.

Bei starken Raucherinnen ist eine Nikotinersatztherapie hilfreich. In der Schwangerschaft wird der Vorteil von Nikotinersatztherapien im Vergleich zum Weiterräumen allgemein als überwiegend angesehen, allerdings nur in Zusammenhang mit einer Verhaltenstherapie. Eine Übersicht über Nikotinersatztherapie bei Schwangerschaftsentwöhnung mit 340 Referenzen stellten Dempsey & Benowitz 2001 zusammen. Für gynäkologische Praxen hat die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung ein hervorragendes Medienset für die Raucherentwöhnung zusammengestellt. Dieses vorzügliche Hilfsmittel kann von jedem Arzt angefordert werden und sollte unbedingt eingesetzt werden.

### **Literatur:**

- Abel EL: An update on the incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicol Teratol.* 17:437–43, 1995
- Abel EL: What really causes FAS? *Teratology.* 59:4–6. 1999
- Ahmed MS, Spong CY, Mou SM, Mavlik D: A prospective study on cocaine use prior to delivery. *J Matern Fetal Invest.* 213–18, 1992
- Alroomi LG., Davidson J., Evans TJ, Galea P., Howat R.: Maternal narcotic abuse and the newborn. *Arch Dis Child.* 63: 81–3, 1988
- Ananth CV., Savitz DA., Luther ER.: Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. *American Journal of Epidemiology.* 144(9):881–9, 1996
- Anonymous (AHA): Active and passive tobacco exposure: a serious pediatric health problem. A statement from the Committee on Atherosclerosis and Hypertension in Children, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association, *Circulation.*



90(5):2581–90, 1994

Armstrong BG., McDonald AD., Sloan M.: Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. *American Journal of Public Health*. 82(1):85–7, 1992

Browne CA., Colditz PS., Dunster KR.: Infant autonomic function is altered by maternal smoking during pregnancy. *Early Human Development*. 59(3):209–18, 2000

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Band 128, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2000

Castles A., Adams EK., Melvin CL., Kelsch C., Boulton ML.: Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine*. 16(3):208–15, 1999

Chang AB., Wilson SJ., Masters IB., Yuill M., Williams J., Williams G., Hubbard M.: Altered arousal response in infants exposed to cigarette smoke. *Archives of Disease in Childhood*. 88(1):30–3, 2003

Chasnoff IJ., Chisum GM., Kaplan WE.: Maternal cocaine use and genitourinary tract malformations, *Teratology* 37:201–4.

Clive SP., Goldenberg RL., Cutter GR., Hoffman HJ., Davis RO., Nelson KG.: The effect of cigarette smoking on neonatal anthropometric measurements. *Obstetrics & Gynecology*. 85(4):625–30, 1995

Cornelius MD., Leech SL., Goldschmidt L., Day NL.: Prenatal tobacco exposure: is it a risk factor for early tobacco experimentation? *Nicotine & Tobacco Research* 2(1):45–52, 2000

Dempsey DA., Benowitz NL.: Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety*. 24(4):277–322, 2001

Dolan-Mullen P., Ramirez G., Graff JY.: A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 171(5): 1328–34, 1994

Eskenazi B., Prehn AW., Christianson RE.: Passive and active maternal smoking as measured by serum cotinine: the effect on birthweight. *American Journal of Public Health*. 85(3):395–8, 1995

Eyler FD., Behnke M., Conlon M., Woods NS., Wobie K.: Birth outcome from a prospective, matched study of prenatal crack/cocaine use: II. Interactive and dose effects a neurobehavioral assessment. *Pediatrics*, 101:237–41. 1998

Fagerstrom K.: The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. *Drugs*. 62 Suppl. 2:1–9. 2002.

Frazer T., Davis G., Goldstein H., Goldstein I (1961): Cigarette smoking and prematurity: A prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 81, 988–996

Fried PA., Watkinson B.: 36- and 48-months neurobehavioral follow-up of children prenatal exposed to marijuana, cigarettes and alcohol, *Develop Behavioural Paediatrics*. 11:49–58, 1990

Gilliland FD., Li YF., Dubai L., Breanne K., Avon E., McConnell R., Alderman WJ., Peters JM.: Effects of glutathione S-transferase M1, maternal smoking during pregnancy, and environmental tobacco smoke on asthma and wheezing in children. *American Journal of Respiratory & Critical Care Medicine* 166(4):457–63, 2002

Habek D., Cerkez-Habek J., Ivanisevic M., Djelmis J. (2002): Fetal tobacco syndrome and perinatal outcome. *Fetal Diagn. Ther.* 17, 365–371

- Hanke W., Kalinka J., Florek E., Sobala W.: Passive smoking and pregnancy outcome in central Poland. *Human & Experimental Toxicology*. 18(4):265–71, 1999
- Hanke W., Saurel-Cubizolles MJ., Sobala W., Kalinka J.: Employment status of pregnant women in central Poland and the risk of preterm delivery and small-for-gestational-age infants. *European Journal of Public Health*. 11(1):23–8, 2001
- Hellstrom-Lindahl E., Nordberg A.: Smoking during pregnancy: a way to transfer the addiction to the next generation? *Respiration* 69(4):289–93, 2002.
- Horne RS., Ferens D., Watts AM., Vitkovic J., Lacey B., Andrew S., Cranage SM., Chau B., Greaves R., Adamson TM.: Effects of maternal tobacco smoking, sleeping position, and sleep state on arousal in healthy term infants. *Archives of Disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition*. 87(2):F100–5, 2002
- Hwang SJ., Beaty TH., Panny SR., Street NA., Joseph JM., Gordon S., McIntosh I., Francomano CA.: Association study of transforming growth factor alpha (TGF alpha) TaqI polymorphism and oral clefts: indication of gene-environment interaction in a population-based sample of infants with birth defects. *American Journal of Epidemiology*. 141(7):629–36, 1995
- Jones KL., Smith DW.: Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. *Lancet*. 2: 999–1001, 1973
- Kallen K.: Maternal smoking and orofacial clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*. 34(1 ):1 1–6, 1997
- Kandel DB., Wu P., Davies M.: Maternal smoking during pregnancy and smoking by adolescent daughters. *American Journal of Public Health*. 84(9):1407–13, 1994
- Khoury MJ., Gomez-Farias M., Mulinare J.: Does maternal cigarette smoking during pregnancy cause cleft lip and palate in offspring? *American Journal of Diseases of Children*. 143(3):333–7, 1989
- Klesges LM., Johnson KC., Ward KD., Barnard M.: Smoking cessation in pregnant women. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*. 28(2):269–82, 2001
- Kline J., Levin B. Stein Z., Warburton D., Hindin R.: Cigarette smoking and trisomy 21 at amniocentesis. *Genetic Epidemiology*. 10(1):3542, 1993.
- Kraus L., Augustin R.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht* 47, Sonderheft 1, 2001
- Kraus L., Bauernfeindt R.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997. *Sucht*. 44 Sonderheft 1:3–82, 1998
- Kyrklund-Blomberg NB., Gennser G., Cnattingius S.: Placental abruption and perinatal death. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 15(3):290–7, 2001
- Larsen LG., Clausen HV., Jonsson L.: Stereologic examination of placentas from mothers who smoke during pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 86(3):531–7. 2002
- Lemoine P., Harousseau J., Borteyru J., Menuet JC.: Les enfants de parents alcooliques: anomalies observees: a propos des 127 cas. *Quest Med* 8:476–82. 1968
- Lindbohm ML., Sallmen M., Taskinen H.: Effects of exposure to environmental tobacco smoke on reproductive health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 28 Suppl 2:84–96, 2002.
- Loeser H.: *Alkoholembyopathie und Alkoholeffekte*. Gustav Fischer Verlag Stuttgart, 1995

- Lu Y., Tong S., Oldenburg B.: Determinants of smoking and cessation during and after pregnancy. *Health Promotion International*. 1 6(4):355–65, 2001
- Majewski E., Fischbach H., Pfeiffer J., Bierich JR.: Zur Frage der Interruption bei alkoholkranken Frauen. *DMW*. 103~895–8, 1978
- McBride CM., Curry SJ., Lando HA., Pirie PL., Grothaus LC., Nelson JC.: Prevention of relapse in women who quit smoking during pregnancy. *American Journal of Public Health*. 89(5):706–1 1,1999
- Mercado A., Johnson G., Calver D., Sokol RJ.: Cocaine. Pregnancy and postpartum intracerebral hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 73:467–72. 1989
- Melvin CL., Dolan-Mullen P., Windsor RA., Whiteside HP. Jr., Goldenberg RL.: Recommended cessation counselling for pregnant women who smoke: a review of the evidence. *Tobacco Control*. 9 Suppl 3:111804. 2000
- Milberger S., Biederman J., Faraone, Chen L., Jones J.: ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36(1):3744, 1997
- Nelson E., Goubet-Wiemers C., Guo Y., Jodscheit K.: Maternal passive smoking during pregnancy and foetal development toxicity. Part 2: histological changes. *Human and Experimental Toxicology*. 18(4):257–64, 1999
- Ness RB., Grisso JA., Hirschinger N., Markovic N., Shaw LM., Day NL., Kline J.: Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine*. 340(5):333–9, 1999
- Nuesslein TG., Beckers D., Rieger CH.: Cotinine in meconium indicates risk for early respiratory tract infections. *Human & Experimental Toxicology*. 1 8(4):283–90, 1999
- Oncken C., Kranzler H., O'Malley P., Gendreau P., Campbell WA. The effect of cigarette smoking on fetal heart rate characteristics.[comment]. *Obstetrics & Gynecology*. 99 (5Pt 1 >:75 1–5, 2002
- Nulman I., Kennedy D., Rovet J., Wolpin J., Wasson C., Loebstein M., Gladstone J., Levy M., Freed S., Pace-Asciak P., Koren G.: Neurodevelopment of children exposed in utero to maternal binge alcohol consumption: a prospective, controlled study. *The Motherrisk Newsletter, Hospital for Sick Children Toronto* 12:2–3, 2000
- Oncken CA., Henry KM., Campbell WA., Kuhn CM., Slotkin TA., Kranzler HR (2003): Effect of maternal smoking on fetal catecholamine concentrations at birth. *Pediatric Research* 53, 119–124
- Ornoy A., Segall Y., Hamburger B., Greenbaum C.: Increased prevalence of attention, hyperactivity and behavioral disorders among early school age children born to heroin dependent parents. Vortrag auf der 10. Jahreskonferenz des European Network of Teratology Information Services (ENTIS), Madrid 1999
- Piasek M., Laskey JW., Kostial K., Blanusa M.: Assessment of steroid disruption using cultures of whole ovary and/or placenta in rat and in human placental tissue. *Int Arch Occup Environ Health* 75; Suppl. 1, 3644, 2002
- Pollack H., Lantz PM., Frohna JG.: Maternal smoking and adverse birth outcomes among singletons and twins. *American Journal of Public Health*. 90(3):395–400, 2000

- Pomerleau CS., Brouwer RJ., Jones LT.: Weight concerns in women smokers during pregnancy and postpartum. *Addictive Behaviors*. 25(5):759–67, 2000
- Power C., Jefferis BJ.: Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *International Journal of Epidemiology*. 31(2Y):413–9, 2002
- Raymond EG.; Mills JL.: Placental abruption. Maternal risk factors and associated fetal conditions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 72(8):633–9, 1993
- Risch HA., Weiss NS., Clarke EA., Miller AB.: Risk factors for spontaneous abortion and its recurrence. *American Journal of Epidemiology*. 1 28(2):420–30, 1988
- Rohrmeister K., Bernert G., Langer M., Fischer G., Weninger M., Pollak A.: Opiatabhängigkeit in der Schwangerschaft – Konsequenzen für das Neugeborene. *Z Geburtsh Neonatol*. 205: 224–230, 2001
- Rush D., Cassano P.: Relationship of cigarette smoking and social class to birth weight and perinatal mortality among all births in Britain, 5–11 April 1970. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 37(4):249–55, 1983
- Schardin JL.: *Chemically Induced Birth Defects*, 3rd ed. New York: Marcel Dekker, 2000
- Schmidt L.: *Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 1997
- New Zealand Cot Death Study Group. *BMJ*. 307(6915):1312–8, 1993
- Shah NR., Bracken MB.: A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 82(2):465–72, 2000
- Shaw GM., Wasserman CR., Lammer EJ., O'Malley CD., Murray JC., Basart AM., Tolarova MM. Orofacial clefts, parental cigarette smoking, and transforming growth factor-alpha gene variants. *American Journal of Human Genetics*. 58(3):551–61, 1996
- Sherman J., Young A., Sherman MP., Collazo C., Bernert JT.: Prenatal smoking and alterations in newborn heart rate during transition. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 31 (6):680–7, 2002
- Simpson WJ., Linda LA. (1957): A preliminary report in cigarette smoking and the incidence of prematurity. *Am J Obstet Gynecol* 73,808–815
- Stick SM., Burton PR., Gurrin L., Sly PD., LeSouef PN.: Effects of maternal smoking during pregnancy and a family history of asthma on respiratory function in newborn infants. *Lancet*. 348(9034): 10604. 1996
- Tang ML.: Is prevention of childhood asthma possible? Allergens, infections and animals. *Medical Journal of Australia*. 177 Suppl:S75–7, 2002
- Toschke AM., Koletzko B., Slikker W. Jr., Hermann M., von Kries R.: Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy. *European Journal of Pediatrics*. 161(8):445–8, 2002
- Walsh RA., Lowe JB., Hopkins PJ.: Quitting smoking in pregnancy. *Medical Journal of Australia*. 175(6):320–3, 2001
- Wasserman CR., Shaw GM., O'Malley CD., Tolarova MM., Lammer EJ.: Parental cigarette smoking and risk for congenital anomalies of the heart, neural tube, or limb. *Teratology*. 53(4):261–7, 1996
- Weitzman M., Byrd RS., Aligne CA., Moss M.: The effects of tobacco exposure on children's

behavioural and cognitive functioning: implications for clinical and public health policy and future research. *Neurotoxicology & Teratology*. 24(3):397–406, 2002

Werler MM., Pober BR., Holmes LB.: Smoking and pregnancy. *Teratology* 32(3):473–81, 1985

Wiesner G.: Alkoholassoziierte Mortalität. In: Casper W., Wiesner G., Bergmann KE. (Hrsg.). *Mortalität und Todesursachen in Deutschland*. Robert-Koch-Institut Berlin 355–384, RKI-Heft 10/1995

Wisborg K., Kesmodel U., Henriksen TB., Olsen SF., Secher NJ.: A prospective study of smoking during pregnancy and SIDS. *Archives of Disease in Childhood*. 83(3):203–6, 2000

Yang QH., Witkiewicz BB., Olney RS., Liu YC., Davis M., Khoury MJ., Correa A., Erickson JD.: Maternal alcohol consumption and intrauterine growth retardation: a population – based case-control study. *Teratology*. 61:441, 2000

Zhang J., Ratcliffe JM.: Paternal smoking and birthweight in Shanghai. *American Journal of Public Health*. 83(2 ): 207–10. 1993

## Den Suchtkreislauf durchbrechen – Betroffenheit und Betroffenen-Kompetenz in der Suchtselbsthilfe

Wiebke Schneider

Die Angebote der Suchtselbsthilfeorganisationen und -gruppen finden sich überwiegend im Bereich der „legalen Drogen“ und damit im Problemfeld Alkohol. Hilfeangebote richten sich in der Regel sowohl an die Betroffenen als auch an die Partnerinnen bzw. Partner sowie andere Angehörige. Neben den Gruppen gibt es in den traditionellen Selbsthilfe- und Abstinenzverbänden Freizeitangebote, die sich häufig auch an Familien richten, Kinder- und Jugendgruppen mit pädagogischen Angeboten und vereinzelt Kinder- und Jugendfreizeiten.

Suchtselbsthilfe arbeitet lebenswelt- und alltagsorientiert. Ziel ist es, die verschüttete Selbstkompetenz der Betroffenen und Angehörigen wieder zu entdecken und Eigenverantwortlichkeit zu fördern. Alltagsbewältigung ohne Suchtmittel und ohne „co-abhängiges“ Verhalten, konstruktive Konfliktlösung und Neugestaltung von Beziehungen stehen im Vordergrund. Dazu gehören selbstverständlich auch die Rückfall-Prophylaxe und die langfristige Nachsorge. Etwa 30% der (abhängigen) Gruppenteilnehmerinnen und -teilnehmer in der Selbsthilfe finden ihren Weg in ein suchtmittelfreies Leben ohne professionelle Begleitung, allein mit Hilfe der Gruppe.

Lange Zeit bestand eine deutliche Fixierung auf den „Symptomträger“, also das suchtkranke Familienmitglied. Angehörige wurden eher als Stütze für die Abstinenz der Betroffenen als in ihrer eigenen Problematik gesehen. Die Betroffenheit der Kinder suchtkranker (oder suchtgefährdeter) Eltern ist in der Suchtselbsthilfe aus verschiedenen Gründen stark tabuisiert. Durch intensive Auseinandersetzung, nicht zuletzt bedingt durch eine Projektförderung des BMGS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) zu dieser Thematik, ist es gelungen, eine Enttabuisierung zu beginnen und die Betroffenheit der Kinder zu thematisieren. Erst nach dieser „Öffnung“ ist es möglich, Kinder aktiv mit in den Genesungsprozess einzubeziehen. Oftmals ist noch festzustellen, dass Eltern massiv abwehren, wenn es um die Erfahrungen ihrer Kinder im Suchtsystem Familie geht. „Mein Kind hat nichts gemerkt ...“ ist ein Standardsatz, der von betroffenen Eltern geäußert wird. Dahinter stehen Schuld- und Schamgefühle, aber auch oftmals eine verdrängte doppelte Betroffenheit: als Kind suchtkranker Eltern und als suchtkranker Elternteil! Wir stellen in der Suchtselbsthilfe fest, dass ein Großteil der Betroffenen und der Angehörigen selbst aus suchtkranken Familien stammen, diese schmerzhaft Erfahrung aber verdrängt haben. Niemals wollten sie ihren eigenen Kindern das „antun“, was sie selbst leidvoll erleben mussten. Umso bedrückender ist die Erkenntnis, dass sich trotzdem alte Muster wiederholt haben, dass der Suchtkreislauf sich fortgesetzt hat.

Die Chance in der Beschäftigung mit der Thematik liegt darin, eben diesen Suchtkreislauf aufzubrechen. Die Beschäftigung mit der „Familienkrankheit Alkoholismus“ (oder anderer

Abhängigkeitsformen) eröffnet die Chance für Veränderungen im Beziehungs- und Kommunikationssystem Familie. Dabei ist nicht nur die Abstinenz der Eltern für eine positive Entwicklung der Kinder wichtig, sondern auch alltägliche Kommunikations- und Beziehungsformen. Eben hierin liegt die Stärke der Selbsthilfe, langfristig und in Auseinandersetzung mit anderen Betroffenen Alltags-Leben, Einstellungen, Haltungen, Gewohnheiten, Umgangsformen usw. zu verändern und konstruktiver zu gestalten.

Wichtig ist es, die Kinder in ihren Kompetenzen ernst zu nehmen und ihre Erfahrungen während der aktiven Sucht-Zeit nicht zu bagatellisieren, aber auch nicht zu dramatisieren. Aufgabe der Suchtselbsthilfe ist es nicht, therapeutische Maßnahmen bereitzuhalten, auch wenn die Gespräche in Gruppen und die Freizeitaktivitäten durchaus therapeutische Wirkung haben können. Während der Suchtphase wurden soziale Kontakte in der Regel massiv vernachlässigt, Isolation und Sprachlosigkeit waren genauso an der Tagesordnung wie die Abspaltung von Gefühlen („Nichts sagen, nichts sehen, nichts fühlen“). Diese Sprachlosigkeit kann in und mit Gruppen der Selbsthilfe und anderen Angeboten der freiwilligen Hilfen für Suchtkranke und deren Angehörige überwunden werden.

Ebenso wichtig ist aber auch, die Grenzen der Selbsthilfe zu erkennen und bei Bedarf und Notwendigkeit in andere Hilfesysteme zu vermitteln. Daher ist die gegenseitige Kenntnis der Hilfemöglichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder-, Jugend- und Familienhilfen und umgekehrt die Kenntnis der professionellen Bereiche über Arbeitsweisen und Inhalte der Selbsthilfe von besonderer Bedeutung. Persönliche Kontakte auf örtlicher Ebene machen Weiterleitung und Zusammenarbeit möglich und fruchtbar.

Die Nutzung der „Betroffenen-Kompetenz“ hat sich in den vergangenen Jahren auch in professionellen Arbeitsfeldern mehr und mehr durchgesetzt. Für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe ist es von großer Bedeutung zu wissen, „wie das eigentlich so ist, abhängig zu sein“, was in der Familie passiert, welche Tabus und Familiengeheimnisse herrschen und wie diese sich auf Kinder, Eltern und das gesamte Umfeld auswirken. Eine verbindliche Einbeziehung dieser Betroffenen-Kompetenz in Aus- und Fortbildungen in pädagogischen, sozialen, medizinischen und psychiatrischen Arbeitsfeldern wäre wünschenswert. In verschiedenen regionalen Bezügen haben sich in dieser Hinsicht bereits erfreuliche Ansätze entwickelt.

In den weithin angebotenen Fortbildungen für ehrenamtliche Suchtkrankenhelferinnen und -helfer ist die Thematik „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ und „Sucht und Familie“ unumgänglicher Bestandteil.

Eine weitere und verbesserte Einbeziehung der Kinder in die Suchtselbsthilfeangebote steht noch aus. Spannend wird in den kommenden Jahren die Auseinandersetzung mit einem neuen Modell der Gruppenarbeit, den so genannten „Familien-Clubs“. In dieser Gruppenform sind alle Familienangehörigen aktiv eingebunden. Eine weitere Möglichkeit, die bereits erfolgreich in vielen Guttempler-Gesprächsgruppen praktiziert wird, ist die parallele Kin-

derbetreuung während des Gruppenbesuchs der Eltern. Familienseminare, in Zusammenarbeit mit professionellen Kräften, erweitern und bereichern das Angebot ebenso wie Freizeiten für Kinder und Jugendliche, in denen Spaß, Aktivität und Gemeinsamkeiten im Vordergrund stehen.



## Suchtkranke Familiensysteme – Einführung in eine komplexe Problemdarstellung

Dr. Ruthard Stachowske

1993 hat der Verein Jugendhilfe e. V. in Lüneburg die „Therapeutische Gemeinschaft Wilschenbruch“ gegründet. In dieser Einrichtung nehmen Familiensysteme an Therapieprozessen teil. Drogenkranke Eltern haben die Möglichkeit, ihre Lebensentwicklung aufzuarbeiten, parallel dazu wird den Kindern ein eigenständiger stationärer Therapieprozess angeboten, damit sie die Folgen ihrer bisherigen Sozialisation in einem suchtkranken familiären System aufarbeiten können. Über die Entwicklung der praktisch-fachlichen Arbeit hinaus haben wir seit ca. 1990 unsere Arbeit wissenschaftlich begründet.

Daher werde ich über unsere Erfahrung aus der Therapie mit suchtkranken Familiensystemen sprechen – immer vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Erkenntnisse aus verschiedenen Bereichen der Medizin, der Pharmakologie, der verschiedenen Familientherapieschulen usw.

Ich werde einige kurze Thesen vorstellen, um so in das Thema einzuführen. Jede dieser Thesen ist in den entsprechenden fachlichen Disziplinen und den jeweiligen Fachwissenschaften erarbeitet, reflektiert und abgesichert.

Meine Ausführungen beruhen auf folgender grundlegender These: Die Begrifflichkeit „illegale oder legale Drogen“ schafft im Denken und Handeln Grenzen, die aus pharmakologischer Sicht nicht gerechtfertigt sind. Die Einflüsse, die z.B. auf ein ungeborenes Kind in der Schwangerschaft wirken, sind nur auf Grund einer spezifischen Reaktion bestimmter chemisch-pharmazeutischer Substanzen usw. zu erklären. Dabei ist es unwichtig, ob es sich um legale oder illegale Substanzen handelt.

Ich werde daher im Weiteren die Begrifflichkeit „chemisch-pharmazeutische Substanz“ verwenden und meine damit alle bekannten im Sprachgebrauch so genannten legalen oder illegalen Drogen, also Alkohol, die verschiedenen Drogensubstanzen und legale Medikamente. Wichtig ist die Beachtung der substanzspezifischen Wirkungen der einzelnen Substanzen und ihre Interaktionen, weil diese letztendlich den entscheidenden Faktor für die toxische oder teratogene Potenz der Substanz für das ungeborene Leben darstellen.

Darüber hinaus gehe ich in meinen Ausführungen nur von einem „polytoxikomanen Konsummuster“ der verschiedenen Substanzen aus, da dieses in der Praxis die dominante Konsumform ist. Eine monovalente Konsumform, z.B. von Heroin oder Polamidon, ist in der Praxis atypisch, der bekannte hohe Grad an Beikonsum in der Substitutionsmedizin mag hier als ein Beleg gelten. Sicherlich ist es pharmakologisch einfacher, die Wirkung nur einer Substanz, z.B. von

Heroin oder von Cannabis, zu beschreiben – gleichwohl ist diese Perspektive eben aufgrund der Atypik des monovalenten Konsummusters nicht aussagekräftig genug. Die Erklärung eines monovalenten Konsummusters bedeutet vielmehr eine Reduktion des realen Konsumverhaltens auf eine theoretische Annahme, die durch die Praxis der Drogenszene in keiner Weise gerechtfertigt ist. Die Beschreibung der Wirkung einer polytoxikomanen Konsumform auf den Organismus ist ungleich schwieriger, wenn nicht gar unmöglich – da die Interaktion der verschiedenen Substanzen bei einer polytoxikomanen Konsumform tatsächlich schwer nachzuweisen und schwer erklärbar ist. Dieser Umstand führt zu einem zentralen Problem in der familienorientierten Suchtkrankenhilfe – der Tatsache, dass die Einflüsse auf das ungeborene Leben und die zum Teil lebensprägenden Folgen letztendlich nicht bekannt und erforscht sind.

### **These 1**

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Drogenhilfe und Jugendhilfe kann gelingen. Nach vielen Jahren des gemeinsamen Suchens und des Streitens haben das Jugendamt unserer Stadt und unsere therapeutische Einrichtung einen Weg gefunden, mit einer kooperativen Grundhaltung zueinander zu arbeiten. Ich habe die Kompetenz des Lüneburger Jugendamtes im Besonderen und der Jugendämter im Allgemeinen schätzen gelernt – diese Kompetenz der Jugendhilfe bereichert unsere Arbeit in der stationären medizinischen Rehabilitation. Die Suchtkrankenhilfe kann ihre Handlungsmöglichkeiten in den familienorientierten Hilfesystemen durch eine Kooperation mit der Jugendhilfe erweitern.

### **These 2**

Alle bekannten chemisch-pharmazeutischen Substanzen, also die bekannten so genannten legalen und illegalen Drogen, haben eine toxische, d.h. giftige und/oder teratogene, d.h. missbildungsverursachende Potenz. Daraus folgt, dass ungeborene Kinder in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung an Drogensubstanzen partizipieren, mindestens durch die toxischen Einflüsse belastet sind und/oder durch die teratogene Potenz dieser chemisch-pharmazeutischen Substanzen z.T. irreversibel geschädigt sind.

### **These 3**

Die Folgen der Schädigung durch die toxische und teratogene Potenz der chemisch-pharmazeutischen Substanzen werden sowohl unmittelbar als auch zeitversetzt erkennbar. Es ist sehr problematisch, die Rückkopplungsprozesse zwischen den Einflüssen in der Schwangerschaft und besonderen Ereignissen in der Lebensspanne, wie z.B. Entwicklungsverzögerungen, Teilleistungsstörungen und Schulschwierigkeiten, miteinander in Verbindung zu bringen – also Ursache und Wirkung zu verstehen. Hier ist ein schwieriges fachliches Feld neu zu erschließen und systematisch zu bearbeiten.

Es ist z.B. davon auszugehen, dass Auffälligkeiten aus dem Formenkreis von ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitäts-Störung) in direkter Korrelation zu pränatalen Einflüssen im Kontext von Suchterkrankungen stehen. Bei der Alkoholembryopathie ist dieser

Zusammenhang beschrieben, bei der Wirkung anderer chemisch-pharmazeutischer Substanzen haben wir diesen fast ausnahmslos beobachtet.

Eine Anmerkung zur der Komplexität dieser Rückkopplungsprozesse:

In den letzten Jahren haben wir uns im Rahmen eines größeren Forschungsprojektes mit der Entstehung von Suchterkrankungen, insbesondere Drogenabhängigkeiten, beschäftigt. Dabei ist eine sehr eindeutige Verbindung zwischen der Entstehung von Suchterkrankungen und nicht erkannten Zusammenhängen in der Familiengeschichte der Betroffenen erkennbar geworden. Wir haben in eine Tiefe von drei bis fünf Generationen hinein diese Zusammenhänge erkennen und nachweisen können.

### **These 4**

Bisher ist nur in Ansätzen die Wirkung von chemisch-pharmazeutischen Substanzen auf den Organismus des Mannes erforscht worden. Die wenigen Hinweise, die in der Literatur zu finden sind, lassen eindeutig eine Wirkung dahingehend erkennen, dass chemisch-pharmazeutische Substanzen schon in geringen Mengen die männlichen Keimzellen bleibend verändern.

### **These 5**

Die komplexen Störungsbilder durch die toxische oder teratogene Potenz von chemisch-pharmazeutischen Substanzen sind als eigenständiges Krankheitsbild bisher nicht beschrieben und anerkannt worden. Das bedeutet, dass wir es mit z.T. schweren und schwersten Krankheitsbildern zu tun haben, für die von Seiten der Pädiatrie und anderer Disziplinen bisher keine anerkannten Krankheitsdefinitionen erarbeitet wurden.

Anders als bei der Alkoholembryopathie ist die Drogen- und/oder Medikamentenembryopathie bisher nicht als eigenständiges Krankheitsbild definiert. Hier besteht ein dringender Handlungsbedarf in der Forschung, in professionellen Systemen und in der Politik. Es ist für mich nicht zu verstehen, dass es bisher nicht gelungen sein soll, z.B. eine Medikamentenembryopathie zu beschreiben. Es bedarf sicherlich einer eigenständigen Diskussion, welches die Gründe dafür sind, dass diese Definitionsleistung bisher nicht erbracht wurde.

### **These 6**

Im Kontext der Substitutionsmedizin entsteht in aller Regel eine verkannte und schwierige Problematik, wenn bei substituierten schwangeren Frauen und stillenden Müttern ein Beikonsum nachgewiesen wird. In dem Moment des Nachweises von Beikonsum haben alle beteiligten fachlichen Instanzen Kenntnis davon, dass chemisch-pharmazeutische Substanzen im Körper wirken, deren Interaktion nicht abschließend erforscht ist. Ein polytoxikomaner Drogenkonsum im Kontext einer Substitutionsmedizin bei schwangeren und stillenden Müttern bedeutet, dass hier chemisch-pharmazeutische Substanzen im Körper und auf das ungeborene Leben wirken können, die in ihrer Interaktion auch nicht in Ansätzen erforscht sind. Die uns bekannt gewordenen Konsumformen bei polytoxikomanen Drogenabhängig-

keiten im Kontext einer Substitutionsmedizin bei Schwangeren widersprechen allen ärztlichen und pharmazeutischen Regeln.

### **These 7**

Das neonatale Entzugssyndrom ist ein schweres Krankheitsbild, das einer intensiv-medizinischen pädiatrischen Behandlung bedarf. Die deutliche Tendenz, ein neonatales Entzugssyndrom durch den Stillprozess der Mutter zu lindern und/oder zu behandeln, führt dazu, dass drogenkranke Mütter über ihre Muttermilch an der Behandlung des Säuglings beteiligt werden. Wenn bei substituierten Müttern dann noch ein Beikonsum nachgewiesen wird, wird die Muttermilch zu einer chemisch-pharmazeutischen Substanz, deren Wirkspektrum weder bekannt noch definiert ist.

### **These 8**

Das bestehende Rechtssystem weist Lücken auf. Die Rechtsbereiche des Sozialgesetzbuches (SGB) V, des SGB VI und des SGB VIII/KJHG sowie des Elternrechts im BGB regeln nur die Behandlung jeweils einer Klientengruppe, also der Erwachsenen oder der Kinder. Ein gemeinsamer stationärer Therapieprozess von Familiensystemen ist im Gesetz nicht vorgesehen. So ist es nicht möglich, im Rahmen von Prävention mit Familiensystemen z.B. stationäre Therapien durchzuführen, um die Manifestierung schwerer Krankheitsbilder zu verhindern, weil das bestehende Rechtssystem dieses nicht zulässt: Es ist ausschließlich individualzentriert. Darüber hinaus sind diese verschiedenen Rechtsbereiche untereinander nur beschränkt kompatibel. Die wirklichen Kooperationsprobleme zwischen Drogenhilfe und Jugendhilfe werden vor allem durch eine Inkompatibilität der bestehenden Gesetze erklärbar.

### **Literatur:**

Stachowske, R.: Familienorientierte stationäre Drogentherapie. Geesthacht 1994

Stachowske, R.: Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe. Heidelberg 2002

Stauber, M.: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei heroinabhängigen Müttern aus der Universitätsfrauenklinik Berlin Charlottenburg, in: X. Bschor (Hrsg.): Diskussionsberichte Drogen zum FU Workshop v. 6.11.81–7.11. 81 „Sucht und Schwangerschaft“, Heft 6/81, Berlin 1981, S. 6–13

Stachowske, R., Weingart-Jesse, B.: Psychosomatische Aspekte der Suchterkrankung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufes, in: L. Beck, H. G. Bender, V. Freidberg, O. Käser, W. Künzel (Hrsg.): Fachzeitschrift „Der Gynäkologe“ Jahrgang 24, Heft 6, Berlin/Heidelberg 1991, S. 345–349

## **Praxisberichte**

## **Praxisberichte**

Von der Kindergruppe zum Kinderprojekt – Möglichkeiten und Grenzen in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften

MAKS, Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken

Gruppengespräche für Kinder aus Suchtfamilien

Koordinierung und Vernetzung professioneller Hilfen am Beispiel eines Arbeitskreises „Kinder aus Suchtfamilien“

Kinder- und Jugendseminare in der Fachklinik – Annäherungen an (Los-)Lösungen  
Leitlinien der praktischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern aus suchtbelasteten Familien

Stärkere Beachtung von elterlichen Suchtproblemen in der pädiatrischen Praxis? Ja – aber!

Kinder und jugendliche Drogenpatienten aus suchtbelasteten Familien –

Neue strategische Modelle in der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sucht- und Jugendhilfe

NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien

Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen

## **Von der Kindergruppe zum Kinderprojekt – Möglichkeiten und Grenzen in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften**

Dorothee Koch

Im Jahr 2002 entstand das Projekt „Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ in der Abteilung Suchthilfe des Caritasverbandes Euskirchen. Um Ihnen einen Einblick in unsere Arbeit zu geben, möchte ich Ihnen die Entstehung und Entwicklung dieses komplexen Gruppenangebotes und seines regionalen Netzwerkes vorstellen.

### **Einbindung des Projektes**

Die Aufgabengebiete der Abteilung Suchthilfe innerhalb unseres Caritasverbandes gliedern sich primär in drei Hauptbereiche: die Fachstelle für Suchtvorbeugung, die Suchtberatungs- und -behandlungsstelle sowie das „Betreute Wohnen Sucht“.

In unserer Fachstelle für Suchtvorbeugung ist eines unserer Präventionsziele die Schaffung und Erhaltung fördernder Lebens- und Sozialisationsbedingungen für Kinder und Jugendliche, um hier Interventionen zum frühestmöglichen Zeitpunkt realisieren zu können. Wir bieten in unserer Suchtberatungs- und -behandlungsstelle Hilfen für Suchtkranke und Suchtgefährdete und deren Angehörige an. Hierbei verstehen wir nicht nur die Partnerinnen bzw. Partner und Eltern als Angehörige, sondern auch die Kinder. Darüber hinaus haben wir im Rahmen unserer Arbeit mit den Betroffenen festgestellt, dass ein überwiegender Teil unserer Klientel selbst aus einer Suchtfamilie stammt. Bei der biographischen Bearbeitung der Kindheit wurden uns deutlich, wie wichtig die Installation adäquater Hilfeangebote für Kinder aus diesen Familien ist.

In unserem „Betreuten Wohnen“ sind suchtkranke Väter und Mütter, deren Kinder bei den nichtabhängigen Partnerinnen bzw. Partnern leben und die im Rahmen der Besuchsregelungen weiterhin intensiven Kontakt zu ihren Kindern pflegen. Einige kehren über das Betreute Wohnen auch in ihre Familien zurück. Darüber hinaus gibt es interne Verbindungen mit komplementären Angeboten des Trägers, der Selbsthilfe und externen Fachdiensten und Einrichtungen.

Unter all diesen Säulen ist unser heutiges Projekt „Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ als ein Verbindungsglied zu sehen, welches die Tätigkeiten aller Bereiche berührt. Dadurch bekommen wir auch aus all diesen Bereichen Kinder und Jugendliche vermittelt. Es handelt sich um ein Projekt der Vorbeugung im Sinne von Früherkennung und Frühintervention, Enttabuisierung und vernetzter Hilfen.

### Projektverlauf von 1998 bis 2003

#### 1998

Vor fünf Jahren rückte die Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften im Rahmen unserer Tätigkeiten in der Suchtprävention, in der Beratung sowie in der Behandlung zunehmend in den Mittelpunkt. Außerdem gab es in diesem Jahr erste Informationen und Gespräche bezüglich dieser Thematik mit Kolleginnen und Kollegen, den Selbsthilfegruppen und der Fachöffentlichkeit, insbesondere in verschiedenen Arbeitskreisen der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft im Kreisgebiet.

#### 1999

Im Jahre 1999 wurde das Thema „Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern“ systematisch in die obligatorischen Multiplikatorenfortbildungen integriert. Eine Erhebung innerhalb der Selbsthilfegruppen für ein spezielles Angebot betroffener Kinder und Jugendlicher ergab nur einen geringen Bedarf, weil die meisten der dort betroffenen Kinder bereits erwachsen waren. In verschiedenen sozialen Institutionen und unserer Suchtberatungs- und -behandlungsstelle zeigte sich ein Bedarf für eine Kindergruppe im Alter von 8–12 Jahren. Der Aufbau eines solchen Angebotes wurde von allen Beteiligten zunehmend als erforderlich erachtet. Dementsprechend wurde eine erste Konzeption erstellt und eine Spendenaktion initiiert, um die Öffentlichkeit zu gewinnen und die Mitfinanzierung einer „Gruppe für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“ zu erreichen.

#### 2000

Mittels der Spendenaktion gab es eine große Resonanz in der Öffentlichkeit zu diesem Thema. Es konnte die Finanzierung einer Kindergruppe erreicht werden. Nach Vorstellung des Projektes „Kindergruppe“ bei beteiligten Gruppierungen, Institutionen und durch geführte Vorgespräche mit zahlreichen Eltern konnte im März 2000 mit einem wöchentlichen Gruppenangebot, zunächst mit vier Kindern im Alter von 6–10 Jahren, begonnen werden. Bereits nach wenigen Treffen gaben die Kinder ihrer Gruppe den Namen „Regenbogengruppe“. Der Name entstand in Anlehnung an das Kinderbuch „Der Regenbogenfisch“, eine Geschichte, die den Weg eines Außenseiters zu einem Platz in der Gemeinschaft beschreibt. Die Kinder haben mit dem Namen symbolhaft sowohl das Thema „Außenseiterdasein“ als auch „Aufbruch und Hoffnung“ thematisiert.

„Die Regenbogengruppe“ wurde zu Beginn von einer Diplom-Psychologin der Beratungsstelle und einem Diplom-Sozialarbeiter der Fachstelle für Suchtvorbeugung in einem Elternpaar-konzept geleitet und war primär nicht problemorientiert, d.h. sie bot in der Kombination von Spielen und erlebnispädagogischen Aktivitäten einen verbindlichen sozialen Lernraum, in dem wichtige Sozialisierungserfahrungen gemacht werden konnten. Neben der Arbeit mit den Kindern und den Eltern hielten wir in der ersten Jahreshälfte Vorträge in Gremien und führten Informationsabende zum Thema „Sucht als Familienkrankheit“ sowie gezielte Elternansprachen durch. Die Presse wurde regelmäßig mit Pressemitteilungen informiert.



Ab der zweiten Jahreshälfte boten wir offene Aktionstage (z.B. Zirkusworkshop, Bastelnachmittag) für weitere interessierte Kinder an, um die Kontaktaufnahme zur Gruppe zu erleichtern. In vielen Elterngesprächen wurde deutlich, dass es aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen bei den Familien eine große Hemmschwelle gibt, das Gruppenangebot in Anspruch zu nehmen. Hier konnten auch die Eltern und Elternteile, die keine Beratung ihrer Suchtproblematik wollten, ihren Kindern in einem ersten Schritt die Erlaubnis zur Teilnahme an diesem unverbindlichen Angebot geben. Im Durchschnitt nahmen 10 bis 15 Kinder, davon 5 bis 6 kontinuierlich, nur an den offenen Aktionstagen teil. Aufgrund der Erprobung und Erfahrungen im Jahre 2000 wurde die Weiterentwicklung dieses Projektes durch die Finanzierung des Landes Nordrhein-Westfalen als Modellprojekt von 2001 bis 2003 gesichert.

### **2001**

Eine Fachkollegin mit einem festen Stundenkontingent konnte somit für das Kinderprojekt eingestellt werden. Dank dieser personellen Ressource war es möglich, im Jahre 2001 das Gruppenangebot durch intensive Elternarbeit, d.h. alle drei bis fünf Wochen terminierte Gespräche mit den Eltern, zu erweitern. Weiterhin konnten erste Ansätze zum Aufbau von Kooperationen und Vernetzungen mit ebenfalls beteiligten Einrichtungen und Diensten, z.B. dem Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) und der Erziehungsberatungsstelle realisiert werden.

Mittels Statuskonferenzen und Workshops konnten wir im Rahmen der Förderung als Landesmodell ab 2001 unsere Arbeit mit den vier anderen Modellprojekten (in Zusammenarbeit mit dem Forschungsschwerpunkt Sucht der KFH Köln) reflektieren und eine spezielle Dokumentation und Evaluation unserer Tätigkeiten beginnen. An dieser Stelle sehe ich mich heute auch stellvertretend für die anderen Projekte, deren Mitarbeiter zum Teil anwesend sind und die ähnliche Hilfeangebote in ihren Regionen realisiert haben.

### **2002**

Von Herbst 2001 bis Herbst 2002 haben wir über die Aktion „Traurige Helden“ mittels Informationsabenden, Berichterstattungen und Telefonaktionen regional wie überregional eine große Öffentlichkeit und ein großes Interesse an unserer Arbeit hergestellt und eine weitreichende Enttabuisierung des Themas bewirkt. Dafür sind wir ebenso dankbar wie für die Förderung durch Spendengelder aus dieser Aktion. Hiermit konnten weitere Maßnahmen auf- und ausgebaut werden, auf die ich im Folgenden eingehen werde.

Neben den bereits erwähnten offenen Aktionstagen als Angebot für alle Kinder der betroffenen Familien führten wir so genannte geschlossene Aktionstage mit den Kindern der „Regenbogengruppe“ durch – nur mit den Kindern oder mit ihren Eltern und Geschwistern. Außerdem veranstalteten wir Familienwochenenden und -seminare und entwickelten so unser Konzept weiter. Zudem wurde ein „Elterntreff“ parallel zur Kindergruppe eingerichtet. Ende 2002 fand die von uns ausgerichtete Fachtagung „Eltern – Kinder – Sucht, Netzwerk für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften“, statt. Ziel der Fachtagung war es zu informieren, Perspektiven für eine zukünftige Entwicklung aufzuzeigen und einen ersten

Schritt in Richtung einer Vernetzung zu etablieren.

Es ging um die Schaffung von Kooperations- sowie Vernetzungsstrukturen und somit um die Bündelung der unterschiedlichen Kompetenzen und Ressourcen aus den einzelnen Einrichtungen in unserem Kreisgebiet im Sinne einer effektiven Zusammenarbeit für das Kind und einer notwendigen Weiterentwicklung sozialraumnaher Hilfen.

### **2003**

In diesem Jahr haben wir unser Projekt durch weitere Angebotsformen, wie Elterngruppe und Ferienwoche, ergänzt. Zudem ist es uns gelungen, Kinder, die bereits die Kindergruppe verlassen haben, weiterhin in die geschlossenen Aktionstage zu integrieren. Zum Abschluss des Modellprojektes beteiligten wir uns an der Erstellung eines Handlungskonzeptes auf Landesebene und führten eine abschließende Dokumentation und Evaluation des Projektes durch.

Im Rahmen fallspezifischer Zusammenarbeit und dem Aufbau eines ersten runden Tisches zur Thematik im Kreisgebiet entstand nicht nur die Vernetzung mit den verschiedenen Institutionen, sondern es kam zu ersten Verhandlungen über die weitere Finanzierung und Fortsetzung des Projektes. In Kooperation mit der Jugendhilfe wird in der nächsten Sitzung des Jugendhilfeausschusses über eine erste kommunale Zuwendungsfinanzierung für unser Projekt im Jahr 2004 entschieden. Über 2004 hinaus bestehen Überlegungen, das konzeptionelle Hilfeangebot für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften über ein notwendiges Hilfeangebot für Kinder von psychisch Kranken zu erweitern. Hiermit würde in unserer Region erstmalig ein übergreifendes Angebot von Jugend- und Suchthilfe sowie den Hilfen für psychisch Kranke eingerichtet.

### **Die „Regenbogengruppe“**

Bei der Regenbogengruppe handelt es sich um ein präventives Gruppenangebot für Kinder von 7–12 Jahren sowie Angebote für deren Eltern und Familien.

#### **Aktueller Stand**

Derzeit besuchen 6 Mädchen im Alter von 7 bis 13 Jahren aus dem Kreisgebiet Euskirchen die Gruppe. Bis jetzt haben insgesamt 19 Kinder im Alter von 7 bis 13 Jahren an der Gruppe teilgenommen.

#### **Zugangswege zum Angebot**

Wie kommen die Kinder zu uns? Wie erfahren sie von der Gruppe?

- 50% der Kinder kommen über die Beratungsstelle, d.h., dass sich ein Elternteil parallel in Beratung oder Behandlung in unserer Einrichtung befindet bzw. befand oder die ambulante Rehabilitation bei uns begonnen oder bereits abgeschlossen hat.
- 50% der Kinder kommen über andere Wege: Selbsthilfe, Jugendliche, Presse, Frauenhaus, offene Aktionstage.

Voraussetzung für die Gruppenteilnahme ist ein Informationsgespräch mit den Eltern oder einem Elternteil und dem Kind. Dabei wird zum einen das Gruppenkonzept erläutert und zum anderen werden die Erwartungen und Bedenken der Eltern und des Kindes besprochen und welche Entwicklungsschritte dem Kind innerhalb der Gruppe ermöglicht werden sollten – immer auch mit der Frage verbunden, ob es ein geeignetes Angebot für das Kind ist.

#### Bedingungen für eine Teilnahme

Im Gespräch soll vermittelt werden, dass wir den Eltern und dem Kind einen verlässlichen Rahmen anbieten. Dies bedeutet aber auch, dass verbindliche Absprachen mit uns eingehalten werden müssen: Regelmäßige Gruppenteilnahme, Einhaltung der festen Zeitvorgaben, Nachfragen bei Nichterscheinen.

Das Kind entscheidet sich nach fünf „Probeteilnahmen“, ob es die Gruppe weiter besuchen möchte. Dem Kind wird damit ermöglicht, seine Ängste vor der neuen Gruppe zu verlieren, da es sich noch nicht endgültig festlegen muss. Außerdem wird die Eigenverantwortung des Kindes gestärkt, weil es selbst mitentscheidet, was das Beste oder Richtige für es ist.

#### Die einzelnen Phasen der Arbeit in der Regenbogengruppe

Die Regenbogengruppe findet wöchentlich statt und dauert jeweils 90 Minuten. Die Gruppenarbeit lässt sich in verschiedene Phasen aufteilen, wobei die Kindergruppe selbst von einer durchlässigen Struktur geprägt ist:

Die Gruppe beginnt immer mit einer Runde, in der die Kinder mittels „Smilies“ ihre aktuelle Befindlichkeit ausdrücken. Dieses Hilfsmittel hat eine wichtige Funktion, da gerade jüngere Kinder nicht in der Lage sind, ihre Gefühle klar zu artikulieren. Die Smily-Gesichter wurden gemeinsam mit den Kindern erarbeitet. In der Regel schließt sich eine Bewegungsphase an, in der die Kinder oft durch Körpereinsatz Kontakt zu uns und untereinander aufnehmen. Dies können sowohl „Kraft- und Rangelspiele“ oder „Kissenschlachten“ sein, oder auch psychomotorische Bewegungsangebote. Ein gezieltes Kräfteressen, wie z.B. der Zweikampf mit Batakas, hilft den Kindern, auch mit fairen Mitteln und Regeln ihre Aggressionen abzubauen und ein realistisches Bild von ihrer Kraft zu bekommen. Diese Form des „Warming-Up“ hat sich bei den Kindern sehr bewährt, um sich jedes Mal in der Gruppe wieder einzufinden. Diesem ersten Bewegungsteil folgt eine so genannte „Pause“ mit kleinem Imbiss, die zum Gespräch genutzt wird. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass es den Kindern leichter fällt von sich zu erzählen, wenn der Rahmen so zwanglos wie möglich ist. Hier haben die Kinder den Raum für das, was sie gerade beschäftigt, für ihre Fragen und Anliegen. Oft geht es um Ereignisse, die sie in der letzten Woche erlebt haben. Jedes Kind erhält Zeit und Aufmerksamkeit, die es verschieden nutzen kann. Es berichtet über schöne alltägliche Dinge genauso wie über kleine oder große Sorgen.

Mit erstaunlicher Klarheit und Sensibilität gehen die Kinder miteinander um, wenn es um das Thema Sucht in ihrer Familie geht. So gewinnt die scheinbar lockere Gesprächsrunde enorm an Bedeutung, da die Kinder hier erfahren, dass ihnen zugehört wird und dass man

sich für sie interessiert, was wiederum für die Kinder eine große Entlastung darstellt. Das Thema Sucht wird z.B. zum Thema, wenn ein Kind am Wochenende bei dem suchtkranken Vater war (die Eltern sind geschieden) und er sich aufgrund seines Alkoholkonsums nicht mit dem Kind beschäftigt hat. Das Kind erzählt, wie es ihm ergangen ist, und die anderen Kinder erzählen von ihren Erlebnissen, wie ihre Väter auf den Alkohol reagieren und was sie erlebt haben. Der Wechsel zu einem anderen Thema ist oft fließend und die Kinder merken, dass sie in der Gruppe die Möglichkeit haben, über die Sucht des Elternteils zu sprechen – hier wird dieses Tabu aufgehoben, das sie sonst in ihrem Alltag erfahren. Die Kinder äußern jetzt auch oft, wozu sie Lust haben bzw. was sie spielen wollen, z. B. ein Rollenspiel, eine Phantasiereise oder dergleichen.

Im letzten Teil der Gruppenstunde – dem methodischen Arbeiten – bieten wir den Kindern entweder eine strukturierte Arbeit oder die Möglichkeit zum Rollenspiel an. Im Rollenspiel erleben die Kinder die alten festgefahrenen Rollenmuster und beginnen sich zu trauen, etwas Neues auszuprobieren. Je mehr Sicherheit ein Kind in der Gruppe für sich erlebt und seinen Platz in der Gruppe gefunden hat, um so mehr ist es ihm möglich, ungewohnte Rollenmuster zu wagen und zu zeigen.

Diese Struktur ist nicht starr, sondern veränderbar je nach dem Prozess und den Erfahrungen in der Gruppe. Das Arbeiten in der Gruppe erfolgt ressourcen- und prozessorientiert. Darüber hinaus gibt es Aktionstage oder Ausflüge, die ausschließlich für die Kinder der „Regenbogengruppe“ stattfinden. Ziel der Aktionstage ist es, unter anderem intensiver miteinander in Kontakt zu kommen, einen ganzen Tag miteinander zu erleben und einen größeren Gestaltungsraum zu bieten. Diese Tage ermöglichen den Kindern, eine klare Struktur zu erleben mit viel Freiraum für Spiel, Aktion und Gespräch im Miteinander. In diesem Jahr haben wir die Aktionstage auch für Kinder geöffnet, die bereits an der „Regenbogengruppe“ teilnahmen. Dieses Angebot wurde gerne angenommen. So war es uns möglich, sowohl zu den Kindern als auch zu den Eltern den Kontakt aufzufrischen und Rückmeldungen zu erhalten, wie es den Kindern und den Eltern geht und gleichzeitig Ansprechperson zu sein.

### **Worum geht es uns? – Was möchten wir erreichen?**

Schaffung eines sozialen Lernraums zur Förderung der persönlichen und sozialen Entwicklung der Kinder:

- Selbstvertrauen stärken;
- Gefühle wahrnehmen und ausdrücken lernen;
- Stärken und Schwächen erkennen;
- Lernen auf andere einzugehen und zu sich selber zu stehen;
- Kind sein dürfen – können;
- Schritte aus der Entlastung/aus der Überverantwortung;
- Antworten finden auf die Fragen: Was tue ich gern – Was mag ich nicht – Wie kann es mir gut gehen?

Es geht um die Stärkung der Persönlichkeit über Spiele und Aktionen, die

- dem Bewegungsdrang Rechnung tragen,
- die Selbstdarstellung ermöglichen,
- die Lebenswelt der Kinder thematisieren,
- die Rollenklischees aufbrechen,
- die Neugier wecken, Kreativität fördern,
- die Selbst- und Fremdwahrnehmung fördern, und den Kindern Raum geben für ihre Bedürfnisse und Wünsche.

Elternarbeit:

Bei dem Elterntreff, der während der Gruppenstunde der Kinder in unseren Räumen stattfindet, bieten wir den Eltern die Möglichkeit, sich gegenseitig auszutauschen und zu unterstützen. Begleitend zur Kindergruppe gibt es außerdem regelmäßig vor und nach der Gruppe kurze und alle drei bis fünf Wochen längere Gespräche mit den Eltern bzw. Elternteilen. Neben der individuellen Beratung der Eltern findet begleitend zur Regenbogengruppe einmal im Monat die Elterngruppe statt. In der geleiteten Elterngruppe fällt es den Eltern oft leichter, Schwierigkeiten im Kreis von Gleichbetroffenen anzusprechen und dabei festzustellen, dass es anderen ähnlich geht und sie gar nicht so „schlechte“ Eltern sind.

Zudem konnten wir den Eltern bzw. Elternteilen zusätzlich Wochenendseminare, wie z.B. zur Familienaufstellung mit Suchtkranken und deren Angehörigen, anbieten. Bei diesen Angeboten sollen sowohl Bedürfnisse und Fragen hinsichtlich der Kindergruppe geklärt werden, Schuldgefühle der Eltern möglichst abgebaut und ihre Erziehungskompetenz gestärkt werden. Darüber hinaus können aktuelle Informationen ausgetauscht, Anregungen gegeben und die Entwicklungsschritte des Kindes betrachtet werden. Wir verbinden hiermit auch das Ziel, dass wir mit den Eltern im Kontakt bleiben wollen, um so auch an der Entwicklung der Kinder zu Hause teilhaben zu können. Außerdem erhalten die Eltern durch uns einen Einblick in das Gruppengeschehen. Sie erfahren, wie wir die Kinder erleben und welche Bedürfnisse sie zeigen. So können wir mit ihnen besprechen, auf was wir gemeinsam achten können, um dem Kind in seiner jeweiligen Situation weiterzuhelfen. Außerdem kann für jedes Kind individuell geprüft werden, ob andere oder weitere Hilfen erforderlich sind, um gegebenenfalls komplementäre Angebote zu vermitteln. Diese bieten wiederum Entlastung und Unterstützung. Sie ermöglichen auch intensiver mit den Eltern neue Perspektiven zu erarbeiten und schneller in Krisensituationen entsprechende Interventionen anzubieten.

Familienarbeit:

Die von uns durchgeführten Familienfreizeiten in Form von gemeinsamen Aktionstagen, Familienwochenenden oder Familienwoche mit thematischen und erlebnispädagogischen Elementen haben zum Ziel, sich bewusst als Eltern zu erleben.

Elternsein bedeutet sowohl Abgrenzung und Grenzen setzen als auch gemeinsames Erleben, wie beispielsweise:

- miteinander Spaß haben und lachen,
- gemeinsam planen und organisieren,
- voneinander lernen,
- intensiver Austausch,
- sich außerhalb des Alltages etwas Gutes tun und
- Arbeiten an zentralen Themen wie Umgang mit Konflikten.

Aus diesem Grunde ist die Freizeit durch erlebnispädagogische Elemente geprägt. Wir haben Angebote zur Freizeitgestaltung vorbereitet und durchgeführt, die nicht an Leistungen und Erwartungen geknüpft waren. Dadurch, dass Eltern und Kinder sich im gemeinsamen Bewältigen von Aufgaben erleben, wächst Vertrauen zueinander und der Respekt voreinander – wichtige Grundlagen für eine positive Beziehungsgestaltung.

Abschlussgespräch mit den Eltern bzw. einem Elternteil und dem Kind – Verabschiedung in der Gruppe:

Ein Kind verbleibt in der Regel ein bis zwei Jahre in der Gruppe. Die Abschiedsphase erfolgt bei jedem Kind zeitlich und gestalterisch individuell, d. h. prozessorientiert und situationsbedingt werden Dauer und Abschied festgelegt. Neben der Reflexion und dem Thema Abschied und Trennung hat die Loslösung eine bedeutsame Rolle für jedes Kind aus einer suchtbelasteten Lebensgemeinschaft. Durch vielfältige Impulse hat das Kind intensive Phasen erlebt, in denen es seine Persönlichkeit entfalten und erweitern konnte. Für das Kind hatte die Gruppe zunehmend die Bedeutung eines Ortes, an dem es Stabilität und Rückhalt erfuhr und von dem aus es weitere Schritte in seinem jeweiligen Umfeld ausprobieren konnte.

In einem Abschlussgespräch mit den Eltern bzw. einem Elternteil und dem Kind lässt das Kind die Zeit in der Gruppe noch einmal vorüberziehen und zieht ein Fazit: welche Aktivitäten und Spiele am besten gefielen, welche Erinnerungen und positiven Erfahrungen bleiben werden. Es wird besprochen, was die Gruppe für das Kind bedeutet hat, wo es profitieren konnte, welche Entwicklung angeregt wurde bzw. welchen Negativfaktoren entgegengewirkt werden konnte. Wir bestärken das Kind, aufbauend auf den gemachten Erfahrungen der nahen Vergangenheit und greifbaren Gegenwart, den begonnenen Weg weiterzugehen, sein Leben zu gestalten und sich weiterhin an seinen Fähigkeiten und Stärken zu orientieren. Die Verabschiedung in der Regenbogengruppe wird dann terminiert und mit kleinen Ritualen gestaltet. In der Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen sowie Personen und Institutionen aus dem sozialen Umfeld werden zur Förderung der Kinder und deren familiärer Systeme weitere externe und interne Hilfen einbezogen. Diese Angebote bieten den Eltern Entlastung und Unterstützung.

### **Forderungen und Ausblick**

Durch die praktische Zusammenarbeit aller Beteiligten konnten zunehmend auch Irritationen verhindert, Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten verdeutlicht, Aufgabenbereiche geklärt und abgegrenzt, gemeinsame Handlungsstrategien entwickelt und verbindliche

Handlungsspielräume für alle geschaffen werden. Mit der Etablierung all dieser Tätigkeitsmodule und der Bündelung vorhandener Ressourcen in der Jugend- und Suchthilfe sowie dem beginnenden Aufbau eines gut funktionierendes Netzwerkes haben wir bisher alle vorhandenen Möglichkeiten genutzt, um die Schnittstellen unterschiedlicher Strukturen im Hilfesystem zu verdichten. Allerdings zeigen sich hier immer häufiger zeitliche und personelle Engpässe, die notwendige Überweisungen und Formen der Zusammenarbeit erschweren.

Aus diesem Grunde sollte eine Vernetzung von ambulanten Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften als Querschnittsaufgabe von Sucht- und Jugendhilfe wie auch Gesundheits- und Sozialhilfe nicht nur gefordert, sondern auch gefördert werden, denn die Grenzen in den personellen wie finanziellen Ressourcen der einzelnen Institutionen sind nicht nur erreicht, sondern bereits überschritten. Da insbesondere auch unser Projekt bis heute ausschließlich aus Spenden und Eigenmitteln sowie als dreijähriges Modellprojekt mit freiwilligen Landesmitteln finanziert wurde, wäre unseres Erachtens eine Implementierung der Arbeit mit Kindern von suchtkranken und –gefährdeten Eltern als Regelangebot kommunaler Sucht- und Jugendhilfe und eine diesbezügliche leistungsrechtliche Absicherung in der Jugend- und/oder Sozialgesetzgebung erforderlich. Falls die derzeit angekündigten Kürzungen der Zuwendungen des Landes NRW realisiert werden, verlieren wir in unserer Suchthilfe zwei von insgesamt sechseinhalb Planstellen und wir werden unsere Projektarbeit auf die Kindergruppe und eine minimalisierte Elternarbeit beschränken müssen.

## **MAKS – Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken**

Katrin Brändle, Helga Dilger

Sarah ist Frühaufsteherin, ihr Wecker klingelt um 5:30 Uhr. Nach dem Aufstehen wird zuerst einmal die Küche aufgeräumt. Meistens kocht sie das Mittagessen schon vor. Dann richtet Sarah das Frühstück und die Pausenbrote. Anschließend weckt sie Tommy und Oliver und hilft ihnen beim Anziehen. Sind alle fertig, bringt sie Tommy in den Kindergarten und Oliver in die Schule. Sarah ist 12 Jahre alt. Ihre Mutter ist Alkoholikerin.

Seit Oktober kommt sie in unsere Kichererbsengruppe. Tommy geht seit kurzem in unsere Minigruppe und Oliver wurde jetzt in die Löwengruppe integriert.

### **Unsere Arbeit**

MAKS ist ein Kürzel und steht für „Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken“. Unser Träger ist die AGJ (Arbeitsgemeinschaft für Gefährdetenilfe und Jugendschutz), ein Fachverband für Prävention und Rehabilitation. MAKS gibt es seit September 1990 und wurde damals durch Mittel der BfA und Eigenmittel des Trägers gestartet. Aus einer Gruppe mit drei Kindern, die im Herbst 1990 entstand, hat sich ein differenziertes Angebot mit alters- und geschlechtsspezifischen Gruppen entwickelt, in dem derzeit an die 70 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen Geburt und 21 Jahren betreut werden. Als ein ambulantes Angebot für Kinder suchtmittelabhängiger Eltern sind wir offen für alle Kinder, unabhängig vom konsumierten Suchtmittel der Eltern. Die Abstinenz der Eltern ist nicht die zwingende Eintrittskarte für die Kinder. Das heißt konkret, die Eltern konsumieren vielleicht aktuell oder aber leben zum Teil schon länger trocken oder clean. Diese Offenheit hat sich für uns bewährt. Es muss kein Kontaktabbruch geschehen, weil sich der Konsumstatus der Eltern verändert. Wir haben inzwischen die Möglichkeit, unseren Klientinnen und Klienten und vor allem den Kindern ein sehr breites Angebotsspektrum zu unterbreiten.

Gemäß unserer Vorstellung „Hilfe so früh wie möglich“ ist es uns gelungen, bereits während der Schwangerschaft ein Beratungs- und Begleitungsangebot für suchtkranke Frauen zu installieren. Ebenfalls für die Mütter (gerne auch Väter) und ihre noch sehr kleinen Kinder (bis drei) werden von uns Mutter-Kind-Spielgruppen angeboten. Die ambulante Gruppenarbeit ist nach wie vor der Schwerpunkt unserer Einrichtung.

Im Berichtszeitraum 2002 waren insgesamt 73 Kinder bei uns. Bei 41 Kindern bestand die Abhängigkeit der Eltern von Alkohol, bei 31 Kindern von illegalen Drogen und bei einem Kind lag eine massive Essstörung der Mutter vor.

Wichtiger Bestandteil dieser Gruppenarbeit (und auch bei den Einzelkontakten) ist die begleitende Eltern- bzw. Bezugspersonenarbeit in Form von Einzelgesprächen. So geschieht die Kontaktaufnahme zu uns in der Regel telefonisch und durch die Eltern. Ausnahmen stel-



len entweder entsprechende Bezugspersonen (z.B. bei Heimaufenthalt) oder ältere Kinder bzw. Jugendliche dar.

Die Zusammenarbeit und Vernetzung der ortsansässigen Institutionen ist für unsere Arbeit von großer Bedeutung. Wenn diese Kolleginnen und Kollegen von unserem Ansatz und unserer Arbeit angetan oder vielleicht sogar überzeugt sind, werden sie diese natürlich entsprechend anführen, erwähnen, empfehlen, wie auch immer. Wir erfragen immer den Zugangsweg unserer Klientinnen und Klienten.

Wir unterscheiden im Prinzip zwei Zugangsmotivationen. Die eine ist geprägt durch eine so genannte „Problemeinsicht“ und bringt meistens einen bereits in Therapie stehenden Elternteil zu uns. Er oder sie hat die Einsicht, dass die Suchterkrankung nicht nur eigenes Leid bedeutet, sondern auch Auswirkungen auf das soziale Umfeld hat. So kommen oftmals auch scheinbar unproblematische Kinder zu uns. Für diese Kinder ist es wesentlich, ihnen ein ernst gemeintes Angebot zu machen, denn sie sind es – oft bis zur Perfektion – gewöhnt und haben es geübt, alleine (und oftmals eben doch nicht) zurecht zu kommen.

Die andere Möglichkeit des Zuganges erfolgt über die „Auffälligkeit“ des Kindes und hier häufig zunächst über eine Kooperation mit der Jugendhilfe. „Es gibt ein Problem und das soll behoben werden“ – ein recht verständlicher Wunsch der Eltern. Auch hier müssen die Chancen einer zielgruppenspezifischen Arbeit fein herausgearbeitet werden. Spätestens am Ende des ersten Gespräches gilt es dann, die gegenseitigen Erwartungen festzuhalten. Für uns ist folgendes wesentlich und wird in einem Kontrakt festgehalten:

- Bereitschaft, dem Kind „grünes Licht“ zu geben;
- Gewährleistung der regelmäßigen Teilnahme;
- Bereitschaft zu regelmäßigen Elternkontakten;
- Suchtproblematik der Eltern wird nicht bearbeitet;
- Schweigepflichtvereinbarung.

### **Die Gruppenarbeit**

Abschließend möchte ich noch kurz den Ansatz unserer Gruppenarbeit vorstellen bzw. auf eventuelle Stolpersteine eingehen. Das Positive zuerst. Als fördernde Faktoren bezüglich der Gruppenarbeit haben sich bewährt:

- Kontinuität des Angebots und der Bezugspersonen;
- Verlässlichkeit der Struktur;
- Verbindlichkeit von Seiten der Eltern;
- Notwendigkeit des „grünen Lichts“ durch die Eltern, was das Sprechen über ihre Sucht und daraus resultierende Themen und Probleme angeht;
- Sommerfreizeit 1x pro Jahr;
- durchgehende Angebote.

Hemmende Faktoren oder Hindernisse in der Gruppenarbeit können sein:

- Geschwisterkinder in einer Gruppe;
- keine echte Bereitschaft der Eltern, das Schweigegebot gegenüber ihren Kindern aufzuheben.

Wir erleben es sehr häufig, dass Kinder suchtmittelabhängiger Eltern sich sozial isolieren und glauben, die einzigen Kinder mit diesem Schicksal zu sein. Meist glauben sie sogar, selbst schuld zu sein an diesem Schicksal. Hier liegt die Idee des Gruppenangebotes. Mit dem Kontakt zu gleichfalls betroffenen Kindern und der vielleicht daraus resultierenden Beziehung kann unter Anleitung erfahrener Pädagoginnen und Pädagogen ein wirklich „ungesunder Größenwahn“ relativiert werden.

Wie kann man den Erfolg unserer Arbeit messen? Wir erfragen und erfahren die Nachhaltigkeit unseres Angebotes über die Beziehungsfähigkeit. Viele unserer Kinder tauchen als Jugendliche oder als junge Erwachsene wieder bei uns auf. Sei es, dass sie uns besuchen, oder das Bedürfnis haben, wieder ein Gruppenmitglied zu sein. Die Qualität unserer Arbeit wird durch interne und externe Fortbildungen gesichert. Fast alle Mitarbeiterinnen haben eine oder mehrere Zusatzausbildungen. Als persönliche Anforderung würde ich die Fähigkeit der Abgrenzung, die Klärung von Parteilichkeit und eine grundsätzliche Empathiefähigkeit hervorheben. Freude an der Kooperation mit anderen Einrichtungen und keine Berührungängste bei dem leidigen Thema der Geldbeschaffung machen vieles leichter. Stimmt es im Team und sind die Aufgaben klar verteilt, steht einem guten Verlauf eigentlich nicht mehr viel im Wege.

### **Mutter-Kind-Spielgruppe bei MAKs**

Neben dem Gruppenangebot für Kinder suchtkranker Eltern beraten wir auch suchtmittelabhängige schwangere Frauen und Mütter (mit Säuglingen und Kleinkindern). Ein Ziel der Beratung war in den vergangenen Jahren u.a., Frauen mit ihren Säuglingen oder Kleinkindern in bereits bestehende Spielkreise oder Mütterzentren zu vermitteln. Wir machten jedoch fast immer die Erfahrung, dass die Frauen sich in diesen öffentlichen Spielgruppen nicht wohl fühlten. Auf Nachfragen berichteten die Frauen, dass ihnen dort die Möglichkeit fehle, sich über suchtspezifische Fragen auszutauschen, z.B. über Folgen der Sucht für das Kind. So sind wir auf die Idee gekommen, bei MAKs eine Spielgruppe einzurichten. Die Gruppe richtet sich an Mütter (auch Väter sind willkommen) und deren Kinder von 0-3 Jahren. Das Gruppenangebot ist offen für bereits clean bzw. trocken lebende Eltern, sowie aktuell konsumierende Eltern (bzw. mit einem Ersatzstoff substituierte). Die Gruppe findet wöchentlich statt und dauert 1,5 Stunden. Sie ist kostenfrei, damit auch Eltern mit sehr geringem Einkommen das Angebot wahrnehmen können.

#### **Ablauf der Spielgruppe:**

Wir beginnen immer mit demselben Begrüßungslied. Dann hat jede Mutter die Möglichkeit, kurz zu erzählen, wie es ihr gerade mit dem Kind geht (Welche Erlebnisse haben mir letzte Woche mit meinem Kind Spaß gemacht? Was hat mich genervt?). Fester Bestandteil sind

Fingerspiele, die die Kinder und Mütter im Laufe der Zeit gelernt haben, sowie rhythmische einfache Lieder. Für jede Gruppenstunde wird ein besonderes Angebot, das die Sinneswahrnehmung der Kinder fördern soll, von der Gruppenleiterin vorbereitet.

Dies kann z.B. das Befühlen verschiedenster Materialien (Watte, Steine, Nüsse...) sein, oder die Kinder „baden“ in Herbstblättern, hören auf verschiedene Klänge usw. Auch machen wir regelmäßig Babymassage. Manchmal bieten wir auch einfache Bastelarbeiten an. In der Teepause ist Gelegenheit für die Mütter, sich untereinander auszutauschen. Dann machen wir meistens noch ein Fingerspiel oder Spiellied. Beendet wird die Gruppe mit einem Abschiedslied, welches auch immer dasselbe ist, so dass die Kinder erkennen, dass die Gruppenstunde zu Ende ist. Die Kinder genießen es, in dieser Stunde im Mittelpunkt zu stehen, und auch die Mütter fühlen sich wohl und nehmen unser Angebot gerne wahr.

Kurzgefasst bieten wir mit der Spielgruppe  
den **Kindern**

- neue Sinneserfahrungen;
- erste Spielgefährten;
- positive entspannte Begegnungen mit der Mutter;

den **Müttern**

- Kontakte zu anderen Müttern und Kindern in ähnlicher Lebenssituation;
- Anstöße und Spielanregungen im Umgang mit dem Kind;
- Austausch und Klärung von spezifischen Fragen, z.B. zu Ernährung und Einschlafritualen;
- Struktur für den Alltag.

Die meisten Mütter haben wenig Kontakte nach außen. Zu wissen, dass jeden Donnerstagmorgen die Spielgruppe bei MAKS stattfindet, gibt Ihnen Halt im Alltag.

## Gruppengespräche für Kinder aus Suchtfamilien

Ulla Hillebrand

### Wie entstand die Idee zu einer „Gruppe für Kinder aus suchtbelasteten Familien“?

Im Jahr 1999 wandte sich der Kreuzbund Lünen mit der Bitte, eine Gruppe für Kinder aus Suchtfamilien anzubieten, an die „Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritas Verbandes e.V. Lünen“. Bis zum Beginn der 80er Jahre hatte die Erziehungsberatungsstelle mit Alkohol- und Tablettenabhängigen gearbeitet und ihnen bei der Suche nach Therapieplätzen geholfen. Später intensivierte sich unsere Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, die stark von „Suchtfamilien“ und deren Kindern frequentiert wurden. Daraus entstand schließlich die Idee, eine Gruppe für Kinder aus suchtbelasteten Familien ins Leben zu rufen.

Im Frühjahr des Jahres 2001 begannen wir mit der Planung des Projektes mit dem Ziel, die Arbeit mit den betroffenen Kindern in Zukunft an die Beratungsstelle anzubinden. Im Laufe der ersten zwei Planungsjahre standen immer wieder die Kinder im Vordergrund, die keine Lobby hatten und die keinerlei Hilfe bekamen, wohingegen für deren Eltern in Selbsthilfegruppen, Seminaren und Fortbildungen eine Menge an Hilfemöglichkeiten geboten wurden. Es schob sich immer wieder die Frage in den Vordergrund: Wo bleiben die Kinder, wer hilft ihnen aus dieser ausweglosen Situation?

Da die Gruppe nicht ehrenamtlich, sondern von pädagogischen und therapeutischen Fachkräften geführt werden sollte, stellte sich die Frage der Finanzierung. Über den Landschaftsverband Westfalen-Lippe erhielten wir schließlich Mittel für unser Projekt und begannen alle geplanten Schritte nach und nach anzugehen und umzusetzen.

### Wie haben wir die Kinder und Eltern für unser Projekt angesprochen?

Wir haben einen Flyer mit dem Titel „Gruppengespräche für Kinder von Suchtkranken“ entworfen. Inhaltlich griff er folgende Aspekte auf:

1. Als Einstieg wählten wir eine kleine, persönliche Geschichte: „Meine früheste Erinnerung ist, dass mein Vater von der Arbeit nach Hause kam und sofort zum Schnapsschrank ging. Das war sein allabendliches Ritual. Nach dem Essen begann er, extrem zu trinken. Wir mussten still sein, damit er nicht gestört wurde. Er tat so, als wäre es etwas sehr Wichtiges, aber dieser Schweinehund ließ sich nur volllaufen. An vielen Abenden mussten meine Schwester, meine Mutter und ich ihn ins Bett zerren. Ich musste ihm immer die Schuhe und Socken ausziehen. Das Schlimmste aber war, dass niemand in der Familie jemals erwähnte, was wir da taten. Bis ich älter war, glaubte ich, dass dieses Ins-Bett-Schleppen eine ganz normale Sache in jeder Familie ist.“
2. Die Schweigepflicht den Eltern und Kindern gegenüber steht für uns an erster Stelle.
3. Bei uns kannst du über deine Gefühle reden.

4. Du brauchst dich nicht zu schämen, weil deine Mutter oder dein Vater getrunken hat oder noch trinkt.
5. Du kannst deine Angst loswerden.
6. Bei uns kannst du reden und keiner lacht über dich.
7. Du solltest zwischen 10 und 14 Jahre alt sein, wenn Du Dich für unsere Gruppe interessierst.
8. Wir treffen uns 14tägig im Caritashaus in Lünen zu einer Gesprächsrunde (unter pädagogischer Fachleitung), um über unsere Sorgen und Ängste zu reden. Elterngespräche laufen in zeitlichen Abständen.

Dieser Flyer wurde in den unterschiedlichen Selbsthilfegruppen, Erziehungsberatungsstellen und Jugendämtern verteilt. Außerdem wurden in den regionalen Tageszeitungen Berichte über unser Projekt veröffentlicht.

Im November 2001 trafen wir uns mit den Eltern und Kindern zu einem „Kennenlern-Wochenende“ in einer Jugendherberge, um die zukünftigen Vereinbarungen und Absprachen für die Gruppe zu treffen. Für die Kinder galt, dass, wenn sie sich für eine Teilnahme entschieden hatten, sie die schriftlich vereinbarten Termine einhalten mußten. Die Eltern mußten regelmäßig (mind. ein Elternteil) an den Eltern-Gesprächs-Abenden teilnehmen. Für die Kindergruppe standen uns zwei Schulstunden alle zwei Wochen zur Verfügung, die Elterngespräche sollten einmal wöchentlich stattfinden. Wichtig war, dies stellte sich auch schon an diesem ersten Wochenende heraus, unsere immer wieder betonte Schweigepflicht – sowohl den Eltern als auch den Kinder gegenüber, so dass wir eine fröhliche, sehr offene und ehrliche Atmosphäre für alle Beteiligten schaffen konnten. Es entschieden sich 10 Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren für die Gruppe, 5 Mädchen und 5 Jungen. Ein Elternteil mußte jeweils zum Zeitpunkt der Gruppenmaßnahme trocken sein.

Planung der Gruppenstunden:

Für die Kinder-Gruppenstunden haben wir folgendes Konzept zum Stundenaufbau und -verlauf zusammengestellt:

Einleitung:	Warming up (Blitzlicht)
Ziel der Stunde:	Bearbeitung eines bestimmten Themas
Schluss (Ergebnissicherung)	Reflexion mit den Kindern

Ein Gespräch und die Auswertung der Stunde mit einer Kollegin schlossen sich an. Einige Minuten Bewegungsspiele zum Ende der Stunde wurden wichtig zum Abbau von Anspannungen, die in der Stunde entstanden waren. Aufgrund der Gruppenstärke von 10 Kindern wurde eine zweite Kollegin in die Arbeit einbezogen. Wichtig war für uns, in der ersten Stunde die Wünsche und Vorstellungen der Kinder zu fixieren, ihre Stärken und Schwächen zu erfassen und eine Offenheit zu schaffen, mit der wir in der Zukunft weiter arbeiten konnten.

Ziele der Gruppenarbeit:

Die Ziele der Gruppenarbeit waren die Förderung der Kommunikation und Interaktion der Kinder zu ihrer Umwelt, denn diese Fähigkeiten sind durch die „kranken“ Verhältnisse im Elternhaus in den meisten Fällen gestört. Die Kinder sollten Vertrauen zu sich selbst fassen und in der Lage sein, ihre eigene Meinung gegenüber anderen zu vertreten. Sie sollten Vertrauen zu ihren Mitmenschen aufbauen können und lernen, sich auch nach außen zu öffnen. Ebenso wichtig erschien uns der Abbau von körperlichen Berührungängsten und die Verarbeitung von Aggressionen. Gemeinschaft und Gruppengefühl wurden als Positivum erlernt, Schuldgefühle abgebaut und die Spielfähigkeit gefördert.

Im „Blitzlicht“ der Begrüßungsrunde konnten alle Kinder über die negativen und positiven Ereignisse der vergangenen zwei Wochen berichten, die daraus resultierenden Probleme besprechen und in Rollenspielen nachspielen, um die Situation für alle offen und klar zu machen. Wichtig war für uns auch, dass die Kinder lernten, Gefühle zu äußern und zu spüren, sowie Probleme in der Motorik, Reaktionsvermögen, Kommunikationsfähigkeit und Interaktion aufzudecken und zu verbessern. Die Wahrnehmung der eigenen Person und der Mitmenschen war ein wichtiges Thema, wir wollten erreichen, dass die Kinder Vertrauen zu sich selbst, aber auch zu ihren Mitmenschen aufbauen.

### **Durchführung von Kinder- und Elterngruppen**

In den ersten Stunden war für die Kinder immer wieder besonders wichtig, dass die Mitarbeiter unter Schweigepflicht standen und „bestraft“ werden konnten, wenn diese gebrochen werden würde (teilweise hatten die Kinder mit Kollegen von Jugendämtern schlechte Erfahrungen gemacht).

Da in der suchtbelasteten Familie bzw. Lebensgemeinschaft jeder ein „Zuhelfer“ (Co-Abhängiger) ist, übernimmt jedes Mitglied eine wichtige Funktion: Die Familie hat ein „Geheimnis“, es wird nicht untereinander darüber gesprochen, schon gar nicht aber darf etwas nach außen dringen. Über Gefühle – schon gar nicht die eigenen – darf oft nicht gesprochen werden. Durch diese meistens unausgesprochenen Regeln der Familie hatten die Kinder ihre Rollen erlernt und Verantwortung für dieses System übernommen, das ihnen eigentlich nicht entsprach und das sie meistens völlig überforderte.

Sehr problematisch war für die Kinder, aus ihrer selbst gewählten „Traumwelt“ in die Realität zu finden, sich mit ihren unterdrückten und bisher nicht kennen gelernten positiven Gefühlen auseinanderzusetzen und diese auch leben und akzeptieren zu dürfen. Kindern die erlernte Verantwortung für Erwachsene abzunehmen und ihnen deutlich zu machen, dass eigentlich die Erwachsenen die Verantwortung für die Kinder tragen, war ein langwieriger Prozess und nur durch die Unterstützung der anderen Kinder möglich, die sich innerlich schon teilweise von der aufgebürdeten Verantwortung „verabschiedet“ hatten. Erwachsenen zu vertrauen, musste von den Kindern erst langsam und in kleinen Schritten wieder erlernt werden, denn sie haben erfahren, dass ihre Wünsche nach Vertrauen und Glauben

immer wieder missachtet und enttäuscht wurden. Angst in vielen Variationen, Traurigkeit, Wut, Scham und Schuld standen im Vordergrund. Es war für alle sehr mühsam, diese in positive Gefühle umzuwandeln. Schutz, Geborgenheit und die Sicherheit, sich auf andere Menschen, insbesondere auf die Eltern, verlassen zu können, wurden den Kindern nicht gewährt. Dagegen erlebten sie zu Haus oft Inkonsequenz in der Erziehung, d.h. ein Erziehungsrepertoire zwischen Härte und Verwöhnen. Es fehlte den Kindern an Sicherheit und Orientierung für ihr Leben.

In den Elterngesprächen wurde deutlich, dass die Eltern anfangs Probleme damit hatten, wenn ihre Kinder offen auf sie zukamen, ihre Gefühle zeigten, Fragen stellten, aus stillen Kindern im Laufe der Zeit offene und selbstbewusste Kinder wurden. Sie haben jedoch die Elternabende genutzt, um sich ihre Fragen beantworten zu lassen und auch um ihre eigene Problematik aufzuzeigen, die sie in den Selbsthilfegruppen nicht gewagt hatten anzusprechen, da sie sich unter fachmännischer Betreuung nunmehr wohler und angenommener fühlten.

### **Auswertung der Gruppenstunden**

In der Auswertung mit den Kindern wurde deutlich, dass sich für jedes Kind sehr positive Effekte aus dieser gemeinsamen Arbeit ergeben hatten. Alle versicherten uns, mit ihrer alltäglichen Problematik in Familie, Schule und Freizeit nun viel besser umgehen zu können. Eine bestimmte Selbstsicherheit und ein gewachsenes Selbstbewusstsein ermöglichte es den Kindern, in den verschiedenen Lebenssituationen ihre Meinung und ihre eigenen Bedürfnisse zu artikulieren und eventuell sogar durchzusetzen. Auch waren sie in der Lage, das bisher verbotene Thema „Alkohol“ mit Eltern, Geschwistern und Freunden zu besprechen, Fragen zu stellen und somit die Problematik offen zu legen. Sie haben gelernt, die verschiedenen Verhaltensmuster bei anderen Kindern besser einzuschätzen und zu erkennen. Alle Kinder haben in Bezug auf die Fähigkeit, ihre Gefühle zu zeigen, zu leben und zu artikulieren, große Fortschritte gemacht.

Die Kinder hatten alle den Wunsch, dass die Möglichkeit der Gruppenarbeit für alle Kinder in ähnlichen Lebenssituationen angeboten werden sollte. Die 14-Jährigen bedauerten es, nicht zwei oder drei Jahre früher den Zugang zu einer Gruppe gefunden zu haben, da ihnen dadurch eine Menge erspart geblieben wäre. Sie waren aber sehr froh – besonders in Bezug auf das veränderte offene Verhältnis zu ihren Eltern – überhaupt an der Gruppenmaßnahme teilgenommen zu haben.

Das Elterngespräch zum Abschluss war von Dankbarkeit, Fortschritt in der eigenen Entwicklung sowie Offenheit in Bezug auf das Thema – aber besonders den Kindern gegenüber – geprägt. Alle Eltern wünschten sich für die Zukunft weiterhin eine derartige Möglichkeit für die Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass durch meine langjährige Tätigkeit in der Erziehungsberatungsstelle zwei Mädchen aus der Gruppe durch die guten Kontakte zu den Ein-

richtungen in unserem Einzugsbereich schnelle zusätzliche Hilfe in einer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxis bekommen konnten. In einem anderen Fall konnte nach der Entbindung von der Schweigepflicht Kontakt mit dem zuständigen Jugendamt aufgenommen werden, damit das Kind zusätzliche Hilfe erhielt. Die Auswertungen haben uns gezeigt, dass wir ein gelungenes Projekt mit gutem Gefühl unsererseits und Erfolg auf seiten der Eltern und Kinder abgeschlossen hatten.

### **Ausblick**

Bisher verliefen alle Bemühungen um eine gesicherte Finanzierung negativ. Wir sind immer noch auf Spendenmittel angewiesen. Doch wir werden uns nicht entmutigen lassen und weiterhin Gespräche führen und um Unterstützung bitten, um den Kindern aus suchtbelasteten Familien Hilfe in der Verarbeitung ihrer Lebenssituation zu gewähren und ihnen die Chance zu geben, sich zu liebenswerten und offenen Menschen zu entwickeln. Die Kinder, die bisher keine Lobby haben, können sich nicht selber um Hilfe kümmern, also müssen wir als Erwachsene es tun. Ich hoffe, dass wir gemeinsam Lösungsmöglichkeiten finden werden, um ein selbstverständliches Hilfeangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien einzurichten. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen ist aus meiner Sicht in den letzten Jahren sehr positiv verlaufen und alle sind sich einig, dass diese Art der Hilfe für Kinder unter professioneller Leitung notwendig und dringend erforderlich ist.



## **Koordinierung und Vernetzung professioneller Hilfen am Beispiel eines Arbeitskreises „Kinder aus Suchtfamilien“**

Brigitte Wick

### **Entstehung**

Im September 2000 veranstaltete das Blaue Kreuz, Beratungsstelle München, eine Fachtagung zum Thema „Familienmitglied Alkohol“. Ein Referat und eine Videopräsentation von Frau Arenz-Greiving lösten Betroffenheit bei den Anwesenden aus. Daraufhin kam es zur Bildung eines informellen Arbeitskreis. Der Arbeitskreis (AK) traf sich zum ersten Mal im Januar 2001. Die weiteren Treffen folgten in 10- bis 12-wöchigem Abstand. Die Teilnehmenden setzten sich anfangs nur aus Vertreterinnen und Vertretern des ASD (Allgemeiner Sozialdienst) und des Blauen Kreuzes, später auch aus Vertreterinnen und Vertretern der Caritas, der Sozialbürgerhäuser, der Bezirkssozialarbeit und dem kinderpsychiatrischen Zentrum zusammen.

### **Zielsetzung**

Die Anliegen der Teilnehmenden sind – zusammengefasst – als Lobbyarbeit für die Kinder aus Suchtfamilien zu verstehen. Thematisch beschäftigte sich der AK mit der Feststellung des Ist-Zustandes und der Bedarfsermittlung.

### **Ausgangssituation**

Eine statistische Erhebung ergab für München (2000) über 2.300 Kinder in von Alkoholismus betroffenen Familien und 400 Kinder in Drogenfamilien. Das waren allein die Zahlen der Kinder bzw. Eltern, die im Aufgabenbereich des Allgemeinen Sozialdienstes und der Bezirkssozialarbeit auffällig wurden. Die Dunkelziffer der betroffenen Kinder liegt weitaus höher. So wird geschätzt, dass es in etwa jeder zehnten Familie ein Suchtproblem gibt.

Die Teilnehmenden hatten die Erfahrung gemacht, dass die Problematik, die für diese Kinder besteht, wenig im Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Facheinrichtungen verankert ist. Wenn es um die Thematik „Kinder und Sucht“ geht, wird meist automatisch an den Suchtmittelgebrauch der Kinder bzw. dessen Verhinderung gedacht.

### **Ermittlung des Hilfebedarfes**

Die exakte Ermittlung des Hilfebedarfes wäre die Aufgabe einer wissenschaftlichen Studie gewesen. Da diese aber nicht in Aussicht stand, haben wir versucht herauszufinden, wo bereits funktionierende Hilfenetze vorhanden sind und wo es Bedarf gibt. Die Zielgruppen unterschieden wir nach Altersgruppen und nach Störungsgraden. Hierfür nahmen wir eine Einteilung in 3 Gruppen vor:

- Kinder, die traumatisiert sind bzw. bei denen das Kindeswohl bereits massiv gefährdet ist

und Interventionen durch Jugendhilfe/Gericht und u.U. Sorgerechtsbeschränkungen erforderlich sind;

- Kinder, bei denen präventiver Hilfebedarf besteht, um weitere massive Schädigungen zu vermeiden, und deren Eltern bereit sind, für sich und ihre Kinder Hilfen anzunehmen;
- Kinder, die nicht unbedingt negativ auffallen und die eher unterstützende Angebote im Freizeitbereich benötigen.

Die Kontaktaufnahme mit den vorhandenen präventiven Angeboten, wie Präventionszentrum, Schulreferat, stadtteilbezogene Vernetzung der sozialen Hilfen und Suchthilfekoordination, erbrachten das Ergebnis, dass diese Kinder nicht im Blickfeld von Präventionsmaßnahmen stehen (obwohl bekannt ist, dass sie zu einer so genannten Risikogruppe gehören) bis hin zu der Behauptung, dass es sie nicht gibt oder nur so vereinzelt, dass das Angebot spezifischer Maßnahmen unverhältnismäßig sei.

Als Ergebnis entwickelte der Arbeitskreis folgende Forderungen bzw. Zukunftsperspektiven für die Zielgruppe „Kinder aus Suchtfamilien“:

- Intensivierung der Forschung;
- Förderung von Modellprojekten, um geeignete Hilfen zu entwickeln;
- Forcierung der Auseinandersetzung mit dem Thema in der Öffentlichkeit, den Medien und der Politik, Abbau des Tabus durch Anerkennung der Suchtmittelabhängigkeit als Krankheit;
- Implementierung des Themas als festen Bestandteil der Ausbildungsinhalte der verschiedenen Disziplinen;
- verstärkte Zusammenarbeit von Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe;
- Forderung an die Beratungsstellen der ambulanten Suchtkrankenhilfe:
  - stärkere Beachtung des Themas „Suchtkrank-Sein und Eltern-Sein“;
  - grundlegende Kenntnisse des Jugendhilfesystems;
  - Möglichkeiten, Kinder zur Beratung mitzubringen.
- Forderungen an Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, Jugendhilfe:
  - aktive und bewusste Auseinandersetzung mit diesem Thema;
  - Sensibilisierung und Schulung des vorhandenen Fachpersonals;
  - Vermittlung von Fähigkeiten, mit dem Problem umzugehen.
- Einbeziehung weiterer Fachdisziplinen, wie medizinischer Dienst, Familienrichter, Schwangerenberatung, Sozialdienst u.a.;
- Förderung von Sensibilisierung und Wissen durch:
  - Fachtagungen;
  - Broschüren und Infomaterial.
- Einrichtung einer Koordinierungsstelle oder eines „Kinderkoordinators“;
- Bereitstellung von altersspezifischen und ressourcenorientierten Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien.

**Vernetzung**

Innerhalb des Arbeitskreises tauschen wir uns über Erfahrungen und Einzelfälle aus und zeigen uns gegenseitig Hilfemöglichkeiten auf. Wir müssen aber immer wieder feststellen, wie dringend notwendig eine weiterführende Vernetzung wäre.

Ein Fallbeispiel: Eine geschiedene Mutter wendet sich an das Jugendamt und an die Suchtberatungsstelle: ihr Sohn muss sich mit seinem Vater, der das Umgangsrecht hat, am Wochenende bis nachts in der Kneipe aufhalten. Sie trägt dies dem Familienrichter vor, dieser befindet trotz Einspruch des Jugendamtes darüber, dass der Sohn das soziale Umfeld seines Vaters kennen lernen muss. Hier war zum Glück das Kind klüger: es wollte einfach nicht mehr mit dem Vater mitgehen.

Die Vernetzung soll am Beispiel der Vorstellungen des Arbeitskreises vorgestellt werden:

**Beteiligte Gruppen:**

- Suchthilfesystem;
- medizinisches System (ambulant und stationär);
- öffentliche Jugendhilfe und soziale Sicherung;
- freie Träger der Jugendhilfe (z.B. Freizeitangebote);
- Kinderbetreuungseinrichtungen (vorschulisch und schulisch):
- Schule;
- Öffentlichkeit:
- Eltern.

**Ziele:**

- Förderung der Erreichbarkeit und Einbindung der Eltern;
- fachlicher Austausch der jeweiligen Disziplinen untereinander;
- Einbringen der unterschiedlichen Kompetenzen von Suchthilfe, Jugendhilfe, medizinischem System etc.;
- Initiierung geeigneter Fortbildungsangebote für Fachpersonal verschiedener Disziplinen;
- Förderung von Öffentlichkeitsarbeit.

**Methode und Vorgehensweise:**

- Einrichtung eines „Interdisziplinären Arbeits- und Koordinierungskreises für Hilfen für Kinder alkoholkranker Eltern“;
- für den stadtweiten Koordinierungsbedarf Einbindung in bereits vorhandene Systeme oder Arbeitskreise (z.B. Suchthilfekoordination, Referat für Gesundheit und Umwelt);
- Leitung eines solchen Arbeits- und Koordinierungskreises denkbar durch eine eigens eingerichtete Stelle oder auch in Anbindung an vorhandene Stadtteilprojekte (in München z.B. „REGSAM“)

### **Ausgangsbasis bzw. Kontrakt:**

Alle teilnehmenden Einrichtungen haben mit Kindern von alkoholkranken Eltern zu tun und arbeiten im Hinblick auf das Wohl des Kindes zusammen.

### **Aufgaben des Arbeits- und Koordinierungskreises:**

- Erfassung der Angebote der verschiedenen Einrichtungen;
- Feststellung der Defizite und des Bedarfes;
- Initiierung erforderlicher zusätzlicher Hilfen;
- Entwicklung von Methoden und Handreichungen für Fachpersonal,
- Erweiterung der „Suchtcompetenz“ in den mit Kindern befassten Einrichtungen;
- Erweiterung der „Kinderkompetenz“ in den Einrichtungen der Suchthilfe.

Die Arbeit erfolgt einzelfallabhängig und anonym. Bei akuter Kindeswohlgefährdung oder bereits eingetretener Entwicklungsschädigung greifen die vorhandenen Systeme, allerdings unter der Maßgabe einer besseren Vernetzung von Sucht-, Jugendhilfe und anderen Disziplinen.

### **Beispiele:**

Als nachahmenswertes Beispiel für Vernetzung sei hier die Kooperationsvereinbarung für den Drogenbereich genannt. Unter der Überschrift „Interdisziplinäres Hilfenetzwerk für drogenabhängige/substituierte Schwangere, Mütter, Väter und deren Kinder“ ist es in mühevoller Kleinarbeit gelungen, über 30 verschiedene Einrichtungen, die mit der Drogenproblematik in irgendeiner Weise befasst sind, für gemeinsame Aussagen und Vereinbarungen zu gewinnen. Der Inhalt der Vereinbarung besteht aus: Problemdefinition, Zielvorgaben, Sicherstellung der Basisversorgung, Rahmenbedingungen, Kooperationswillen- und umsetzung, z.B. dem Round-Table-Verfahren.

Ein weiteres konkretes Beispiel ist die Durchführung einer jährlichen Wochenendfreizeit unter Federführung des Blauen Kreuzes, die für Kinder von Klienten aus Suchtberatungsstellen und Betreuten des Allgemeinen Sozialdienstes angeboten wird.

### **Schluss**

Im Lauf der Arbeit des AKs ist zu beobachten, dass sich die Existenz dieses Arbeitskreises herumspricht und vermehrt Fragen zur Zusammenarbeit oder nach Information an die einzelnen Mitglieder gerichtet werden. Ich bin sicher, dass es stimmt: Das Bild vom Stein, der ins Wasser fällt und immer weitere Kreise zieht. Wir spüren, dass wir etwas tun können und dass es Wirkung zeigt.

## Kinder- und Jugendseminare in der Fachklinik – Annäherungen an (Los-)Lösungen

Claudia Quinten

Seit 1984 bieten die Kliniken Daun-Thommener Höhe im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung für die Kinder abhängiger Mütter oder Väter die Teilnahme an einem Kinder- oder Jugendseminar an. Die Folgen einer suchtblasteten Sozialisation für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind heute hinreichend bekannt, damals hatten wir mit dem Aufgreifen dieser Thematik Neuland betreten. Eine 1998/99 durchgeführte so genannte „Thommener Kinderkatamnese“ in Zusammenarbeit mit Herrn Prof. Dr. Michael Klein von der Fachhochschule Köln bestätigte unsere klinische Erfahrung, dass in Folge einer suchtmittelbedingt gestörten Familienatmosphäre, inadäquatem Elternverhalten sowie Erfahrungen von körperlicher und psychischer Gewalt ein Viertel der befragten jungen Erwachsenen eigene psychische Probleme in Form von Suchtmittelmissbrauch, mangelndem Selbstwertgefühl, Ängsten, Depressionen, Essstörungen etc. angaben. Wenn beide Elternteile suchtkrank waren, wurden mehr intrafamiliale Konflikte und daraus resultierende Beschwerden angegeben. Kinder dauerhaft rückfälliger Eltern wiesen die höchste Problembelastung auf. Gelang es dem abhängigen Elternteil, abstinent zu bleiben, beschrieben etwa 80% der Befragten eine starke Verbesserung und Harmonisierung des Familienlebens nach der Therapie.

Unser Angebot der Kinder- und Jugendseminare richtet sich als Wochenendseminar an zwei verschiedene Altersgruppen: an Kinder im Alter von 5 bis 12 Jahren und an Jugendliche im Alter von 13 bis 17 Jahren. Im Vorfeld des Seminars treffen wir zunächst einmal auf Motivationsprobleme. Die Anmeldung der Patienten zu diesem Seminar erfolgt nach Vortrag vor der Gesamtpatientenschaft entweder durch Eigeninitiative des Patienten oder durch Empfehlung des Bezugstherapeuten. Mit Ansprache der Thematik wird bereits deutlich, dass abhängige Eltern häufig aufgrund eigener Scham- und Schuldgefühle oder erheblicher Bagatellisierungs- und Verleugnungstendenzen davon ausgehen, dass ihre Kinder von der Suchtentwicklung nichts oder kaum etwas mitbekommen hätten oder aus Angst vor einer möglichen Konfrontation mit ihrem Fehlverhalten sich um die Wahrnehmung dieses Angebotes nicht bemühen. Demgegenüber steht jedoch auch eine Gruppe von abhängigen Müttern und Vätern, die bereits über ein hohes Problembewusstsein bezüglich ihrer Elterndefizite und Verantwortlichkeiten verfügen und sich durch die Seminarteilnahme einen Gewinn für ihre Kinder wünschen. Problematisch sind für uns die Konstellationen, wenn im Rahmen eines aktuellen Trennungs- oder Scheidungsverfahrens ein Machtkampf der Partner um die Kinder beginnt, der dann auch über das Seminar ausgetragen werden soll.

### **Zielsetzungen der Kinder- und Jugendseminare**

Unsere therapeutischen Zielsetzungen in der Arbeit mit den Generationen sind sehr adressatenspezifisch.

#### Kinderbezogene Zielsetzungen:

Ganz im Vordergrund steht die Aufhebung des Tabus, über Sucht zu sprechen. Dies geschieht über suchtbezogene Informationsvermittlung an die Kinder durch die Seminarleiter und die beteiligten Eltern, durch das Mitteilen von Erfahrungen, Wahrnehmungen, Ängsten und Unsicherheiten. Die Kinder erleben oft erstmals eine Peer-Group von gleichermaßen Betroffenen und das Gefühl des Verstanden-Werdens. Spezifischere Zielsetzungen bestehen in der Klärung des Beziehungswunsches des Kindes oder Jugendlichen gegenüber dem abhängigen und auch nicht abhängigen Elternteil, in dem Abbau von Schuldgefühlen, in der kritischen Reflexion bisheriger Verantwortungsübernahmen mit dem Ziel der Reduktion, verbunden mit der Ermutigung zur Abgrenzung, zum Kind-Sein und zur Verwirklichung eigener Lebensbereiche und der Loslösung aus einer krankmachenden Rolle.

#### Elternbezogene Zielsetzungen:

Unsere elternbezogenen Zielsetzungen sind primär ausgerichtet auf die Sensibilisierung für die Auswirkungen der eigenen Suchtentwicklung und Lebensgestaltung auf die Kinder, damit verbunden die Wahrnehmung der Betroffenheit und ggf. auch von Entwicklungsdefiziten der eigenen Kinder und eine Stärkung des Einfühlungsvermögens in die Kindposition. Da es im Suchtverlauf fast immer zu einer defizitär ausgeübten Eltern- oder Erziehungskompetenz kommt, spielen die Reflexion der Elternrolle und die Entwicklung alternativer Elternkompetenzen eine zentrale Rolle. Häufige Problemkonstellationen sind Mütter, die nicht „Mütter“, sondern „beste Freundin“ sein wollen, Väter, die nicht „Väter“, sondern ein weiteres Kind in der Familie darstellen, Eltern, die aus ihrem Kind einen Partnerersatz machen, Männer, die ihr mangelndes Selbstwertgefühl durch despotische Tyrannei kompensieren, und vieles mehr.

Im Rahmen des gemeinsamen Seminar-Wochenendes ist es von zentraler Bedeutung, eine gemeinsame Ebene des Spielens, Nachdenkens und Austauschs miteinander zu entwickeln, die keinen der Beteiligten überfordert. Zentrale therapeutische Zielsetzungen sind deshalb die sensible Moderation der Eltern-Kind-Interaktionen, die Gewinnung diagnostischer Informationen bezüglich der Situation des Kindes, die Unterstützung des Kindes bzw. Jugendlichen in seiner Suche nach Informationen, Antworten oder Beziehungsklärung und die anschließende Beratung der Eltern bezüglich der Veränderung dysfunktionaler Rollenverteilungen, wahrgenommener Entwicklungsdefizite des Kindes oder Inanspruchnahme weiterer professioneller Hilfen. Methodisch arbeiten wir mit kleinen Spielen, geleiteten Meditationen, dem Aufmalen des Erlebten und Bildbesprechungen, Skulpturarbeit, sportlichen Wettkampfspielen, Gesprächsrunden etc.

### **Finanzierungs- und Kooperationswege**

Die Durchführung eines Kinder- und Jugendseminars mit der gesamten Familie im Rahmen eines Wochenendseminars hat leider in der Pflegesatzberechnung der Klinik keine Berücksichtigung gefunden. Es besteht die Möglichkeit für die Patienten, dieses Seminar analog einem Angehörigenseminar abzurechnen, in der Form, dass die Reise- und Übernachtungskosten für eine erwachsene Person erstattet werden. Um den Familien eine Beteiligung ohne größere finanzielle Zumutungen zu ermöglichen, organisieren wir seitens der Klinik Übernachtungsmöglichkeiten und freie Verpflegung für die Kinder im Haus. Aus unserer Sicht ist es wünschenswert, dass dieses so bedeutsame Behandlungsangebot auch seitens der zuständigen Kosten- und Leistungsträger anerkannt und mitfinanziert wird.

Entwicklungsbedarf sehen wir ganz eindeutig in einer besseren Vernetzung der Angebote von Sucht- und Jugendhilfe. Der Untertitel meines Beitrags lautet „Annäherungen an (Los-) Lösungen“ – dies impliziert unsere alltägliche Gewissheit, dass unsere familienbezogene Arbeit sehr oft nur der besagte „Tropfen auf dem heißen Stein“ sein kann, ein erster Anfang, eine Annäherung in Richtung Lösungssuche oder auch Loslösungssuche. Als Einrichtung der stationären Entwöhnungsbehandlung betreuen wir Patienten aus ganz Deutschland. Es gibt gewachsene, gute Kontakte mit den vorbetreuenden Suchtberatungsstellen, die meist auch im Anschluss die poststationäre Nachsorge bzw. ambulante Weiterbehandlung übernehmen. Im Zuge der aktuellen politischen Entwicklung sind jedoch auch diese Beratungsstellen von zunehmender Personalverknappung, strukturellen Umverteilungen und Sparzwängen betroffen. Die so dringend indizierte flächendeckende Verankerung von Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien gerät heute mehr denn je in Gefahr, „hinten runter zu fallen“. Unser größtes Manko in der Arbeit mit den betroffenen Familien ist zurzeit, dass wir keine gezielten Empfehlungen zur weiteren Betreuung vor Ort aussprechen können. Wir hüten uns vor schnellen Pathologisierungen der Kinder bzw. Jugendlichen, eher selten empfehlen wir psychotherapeutische Maßnahmen, sinnvoller halten wir die Einbindung in Peer-Groups, erlebnispädagogische Aktivitäten, Selbsthilfegruppen für Jugendliche, im Bedarfsfall auch familientherapeutische Kontakte. Die zentrale Frage lautet in jedem Einzelfall: Welche Angebote gibt es für die Familie bzw. die Kinder vor Ort?

Diese Tagung stellt einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar, weil hier aus fachlicher Sicht Bedarf für kindgerechte Maßnahmen aufgezeigt wird, bestehende Projekte bekannt gemacht werden und Maßnahmen zur regionalen Transparenz und Vernetzung gefördert werden.

## **Leitlinien der praktischen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern aus suchtblasteten Familien**

Dr. Reinhardt Mayer

Die wichtigsten Prinzipien für die Hilfen von Kindern und Jugendlichen sind in der Frühzeitigkeit, Dauerhaftigkeit und Vernetztheit der Maßnahmen in Bezug auf andere familienbezogene Hilfen zu sehen.

Wenn nun Hilfen und Unterstützung zum Wohle der Kinder und ihren Eltern umgesetzt werden, so steht man immer wieder vor drei entscheidenden Fragen:

### **1. Wie können die Kinder und Jugendlichen erreicht und wie kann die Motivation der Eltern gesichert werden, damit eine kontinuierliche Arbeit gewährleistet wird?**

Festzustellen war bisher leider immer wieder, dass zwar viel bekannt ist über die mögliche Therapiebedürftigkeit der Kinder und Jugendlichen, das Fehlen einer kontinuierlichen Akzeptanz bei den betroffenen Familien jedoch immer wieder beklagt werden muss, so dass Projekte ihre Arbeit gefährdet sehen oder wieder einstellen müssen. Dies bedeutet, dass – wie in der Suchthilfe generell – auch im Arbeitsfeld „Kinder von Suchtkranken“ gilt: ohne Motivation geht nichts. Dies bedeutet aber auch, dass klare Zielvorstellungen und geeignete Hilfeangebote existieren müssen.

### **2. Wie kann die Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und Eltern in das bestehende Verbundsystem in der Sucht- bzw. Jugendhilfe integriert werden?**

Dass die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen besonders unter suchtpreventiven Gesichtspunkten einen zentralen Stellenwert bekommen muss, das wird von den meisten Suchtexperten und politischen Verantwortlichen bejaht. Jedoch wird gleichzeitig immer wieder auf die steigenden Anforderungen in den herkömmlichen Aufgabenbereichen der Suchthilfe verwiesen (chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige, suchtkranke ältere Menschen usw.). Da muss dann die Arbeit mit den Kindern leider hinten anstehen, außerdem sind oft die räumlichen Voraussetzungen auch nicht günstig. Ähnliches passiert auch in der Jugendhilfe, auch hier sind durch Mittelkürzungen und steigende Anforderungen keine Kapazitäten für neue Aufgaben zu eröffnen. Wenn alle das „Zuviel an Anderem“ beklagen, wo haben die Kinder dann ihren Platz?

### **3. Wie kann die Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen finanziell gesichert werden? Wer ist für die Finanzierung zuständig?**

Gerade unter den Zwängen der restriktiven Sparpolitik der letzten Jahre im Sozial- und Ge-



sundheitsbereich erscheint es meist unmöglich, für eine neue Problemgruppe unter den Kindern und Jugendlichen eine Lobby zu finden. Zwar ist es hin und wieder gelungen und gelingt auch weiterhin, kurz- oder mittelfristig Finanzierungsmöglichkeiten zu etablieren. Jedoch schwebt das Damokles-Schwert des plötzlichen Endes dann über der Arbeit: was geschieht anschließend mit den Kindern? Unter diesen äußeren Bedingungen kann diese schwierige, belastende Arbeit nicht verantwortlich geleistet werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter brauchen ebenso wie die einbezogenen Familien Sicherheit und Perspektive.

### **Leitlinien für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern**

Im Hinblick auf die Leitlinien für die Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Eltern der Familien Suchtkranker möchte ich fünf Bereiche ausführen, die in der Planung und Durchführung berücksichtigt werden müssen:

#### 1. Diagnose und Angebotsstruktur

Wie kann festgestellt werden, welches Kind Unterstützung und Hilfe braucht, und wie kann festgestellt werden, welche Hilfe indiziert ist? Können die Angebote generell präventiver Art sein oder müssen spezielle Interventionen erfolgen?

#### 2. Kind- und Altersgemäßheit

Welche Art von Hilfen können Kinder in einem bestimmten Alter und bei einem bestimmten Entwicklungs- bzw. Problemstand überhaupt annehmen? Denn: wenn Kinder eine Hilfe annehmen, dann heißt es noch nicht, dass diese auch wirksam ist im Sinne einer Förderung von Autonomie und Selbstsicherheit, sondern es kann einfach auch nur bedeuten, dass die Kinder sich gut anpassen können.

#### 3. Lebensweltorientierung

Wer kann in welcher Institution welchen Beitrag für die Kinder leisten? Hier geht es darum, die verschiedenen Lebenswelten der Kinder miteinander zu vernetzen und eine möglichst „natürliche“ Entwicklungswelt für die Kinder zu bewahren, bevor „Sonderprogramme“ etabliert werden.

#### 4. Zielperspektive

Welche Phantasien haben wir als Experten darüber, wie suchtkranke Eltern ihre Kinder erziehen, was sie „besser“ machen sollten? Was scheinen die Kinder aus unserer Sicht zu brauchen? Was haben sie vielleicht, was wir nicht haben? Hier ist insbesondere die Frage der Parteilichkeit und das sozialpolitische Engagement angesprochen, dass wir nicht eine Problemgruppe ob ihrer Defizite und der Bedrohung für soziale Folgekosten wertend und vorurteilsbesetzt abqualifizieren, sondern in Achtung und Akzeptanz des „Anders-Seins“ soziale und persönliche Entwicklung anregen.

#### 5. Werteorientierung

Welche Voraussetzungen und Maßstäbe haben wir eigentlich im Blick auf eine „richtige Er-

ziehung"? Angesichts eines weitreichenden Wertewandels in unserer Gesellschaft und in Anbetracht einer Pluralität von Lebensentwürfen bleibt letztlich auch die Frage offen, wie viel süchtiges Verhalten, neben depressivem, verrücktem, resigniertem, kritischem, prosozialem Verhalten usw. wir in unserer Gesellschaft allgemein fördern sollen bzw. unter welchen Gesichtspunkten letztlich ein Verhalten als sozial störend und auffällig definiert wird.

### **Voraussetzungen der Arbeit**

Wer Impulse zur Veränderung in einer Familie mit Suchtproblemen geben möchte, muss zuerst Respekt lernen: Respekt vor den Fähigkeiten in dieser Familie und jedem einzelnen Familienmitglied gegenüber. Und es gilt herauszufinden, welche Funktion „Sucht“ in dieser Familie und für die einzelnen Familienmitglieder hat, und vielleicht gemeinsam mit der Familie zu entdecken, dass diese Funktion auch mit anderen Mitteln erfüllt werden kann.

Kinder und Jugendliche aus Familien mit Suchtproblemen profitieren von einem pädagogischen Angebot, das

- allen Kindern Raum gibt, kindgemäße altersentsprechende Bedürfnisse auszuleben;
- stabile Gruppen mit festen Bezugspersonen bereitstellt und gesunde Beziehungen unterstützt;
- wenn erforderlich, einen strukturierten Rahmen, verlässliche Regeln, Grenzen und Rituale vorgibt;
- hilft, Selbstwahrnehmung, insbesondere Körperwahrnehmung, Empathiefähigkeit und Selbstsicherheit zu entwickeln;
- die emotionale und kreative Ausdrucksfähigkeit unterstützt;
- Verhalten allgemein nicht als eine Störung, sondern als eine (subjektiv) sinnvolle Anpassung an soziale Gegebenheiten versteht.

Die Besonderheiten der von unserer Arbeitsgruppe entwickelten pädagogisch-präventiven Gruppenarbeit lassen sich wie folgt zusammenfassen:

#### 1. Formale Merkmale

Institutionell:

- Selbsthilfe in Kooperation mit einer freien Praxis für Heilpädagogik und Psychotherapie

Finanziell:

- Schnittstelle Selbsthilfe, Jugendhilfe, Gesundheitsprävention, Eigenbeteiligung

#### 2. Inhaltliche Merkmale

Methodische Fundierung:

- Heilpädagogisches Konzept mit systemischer Sichtweise

Familienorientierung bzw. Elternarbeit:

- Integration von Arbeit mit Kindern und Bezugspersonen

Gruppenstruktur:

- stabile homogene Gruppe mit festem Bezugsrahmen

Beziehungsgestaltung:

- konsequente fordernde Interaktionen

Gruppenleitung:

- jeweils Leiter-Paar als Modell-Eltern

Individuelle Ziele:

- kein Gruppenprogramm, sondern passende Förderung für die einzelnen Kinder bzw. Familien

### **Schluss**

Für Kinder von Suchtkranken kann das Risiko einer psychosozialen Schädigung als gesichert gelten. Auch wenn von ihnen ein gewisser Teil eine unauffällige Entwicklung schafft, ist wenigstens ein Drittel stark beeinträchtigt. Entsprechende Konsequenzen für das Hilfesystem scheinen naheliegend und zwingend. Darunter sind Frühinterventionen, Netzwerkarbeit zwischen Sucht- und Jugendhilfe sowie spezialisierte, zumindest jedoch problemsensibilisierte Hilfeangebote mit ressourcen- und lebensfeldorientierter Ausrichtung zu verstehen. Kinder aus suchtbelasteten Familien können dabei als die Gruppe mit dem größten Risiko bezüglich einer späteren Suchtentwicklung besonders von gezielten Präventionsmaßnahmen profitieren.

Schließlich ist ausdrücklich anzumerken, dass sich Hilfen für Kinder und Eltern in gegenseitiger Abstimmung ergänzen und befruchten sollten. Die Zielgröße heißt dann nämlich: adäquate Hilfen für die von einer Sucht belasteten Familie, für die einzelnen Mitglieder genauso wie für die Familie als Ganzes. Auf jeden Fall dürfen die Kinder nicht länger vernachlässigt werden, will man verhindern, dass sie schon in Kindheit und Jugend beginnend oft ein Leben lang unter den Erfahrungen in der suchtbelasteten Familie leiden.

## **Stärkere Beachtung von elterlichen Suchtproblemen in der pädiatrischen Praxis? Ja – aber!**

Dr. Wolf-Rüdiger Horn

### **Einleitung**

Als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt habe ich am Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ aus verschiedenen Gründen ein besonderes Interesse: In meinem beruflichen Werdegang war ich einige Jahre in der Suchttherapie tätig, danach habe ich in einem sozialpädiatrischen Zentrum ein spezielles, systemisch geleitetes Augenmerk auf Kinder aus „Alkoholismusfamilien“ gerichtet, seit vielen Jahren versuche ich als Suchtbeauftragter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte meine Kolleginnen und Kollegen zu einer verstärkten Beachtung von suchtmittelinduzierten Problemen zu motivieren.

### **Was ist für mich am Thema „Kinder suchtkranker Eltern“ nicht ganz unproblematisch?**

Ab Mitte der 80er Jahre fanden Kinder sucht-, vor allem alkoholkranker Eltern zunehmend als Zielgruppe Beachtung. Vor allem in der Suchthilfe wurden gleichzeitig mit der Übernahme familien- und systemtherapeutischer Modelle Vorstellungen der „Children of Alcoholics“ (COA)-Bewegung aus den USA übernommen und adaptiert. Schon bald wurden bei aller Anerkennung der Berechtigung dieses Anliegens auch kritische Stimmen laut und warnten vor oft holzschnitthaftem Denken in Opfer-Täter-Modellen und vor monokausalen Zuschreibungen sowie der oft mitschwingenden moralischen Entrüstung, die allerdings auch als durchaus motivierend erlebt wurde.

Im Bereich der medizinischen Versorgung wurde die unscharfe Definition der Zielgruppe bemängelt, es gibt auch keine eigene nosologische Entität in der medizinischen Nomenklatur. Außerdem wurden sowohl von Medizinern als auch von Sozialwissenschaftlern schon früh die Gefahren von Stigmatisierung und oft unnötiger Medikalisierung beschrieben. In ähnlicher Weise äußerte sich übrigens auch im Juni 2002 die Drogen- und Suchtkommission beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in ihrer „Stellungnahme zur Verbesserung der Suchtprävention“. Sie sieht es als nicht unproblematisch an, „Hochrisikogruppen“, wie z. B. Personen mit suchtkranken Elternteilen, die ein erhöhtes Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung aufweisen, als besondere Zielgruppe der Suchtprävention hervorzuheben, und führt aus: „Eine größere Aufmerksamkeit für die Problematik in Einrichtungen oder Institutionen, in denen es allgemein um Entwicklungsförderung geht, ist einer 'Sonderbehandlung' im suchtpreventiven Kontext, die mit der Gefahr einer Stigmatisierung verbunden ist, vorzuziehen.“ Das dürfte auch für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung in kinder- und jugendärztlichen Praxen zutreffen.

Obwohl Emmy Werner schon 1986 veröffentlichte, dass im Rahmen ihrer prospektiv-longitudinalen Studie zur psychosozialen Entwicklung von Kindern auf der Hawaii-Insel Kauai

eine ganze Reihe von Kindern alkoholkranker Eltern sich völlig normal entwickelte, wurde diese Tatsache der „Resilienz“ bei wahrscheinlich einem Drittel aller Betroffenen erst viel später wieder aufgegriffen, z. B. im „Challenge Model“ von Wolin & Wolin 1995. Dieses Thema wird im Hinblick auf die Erweiterung von Ressourcen und sozialem Kapital bei der Beschäftigung mit der Problematik noch zu sehr vernachlässigt. Sucht entsteht in Familien vorwiegend dann, wenn nicht genügend protektive Faktoren vorhanden sind, quasi als Brennpunkt psychosozialer Fehlentwicklungen; in der COA-Bewegung wird für mein Empfinden die „Droge“ oft überbetont.

Ein weitere Frage ist für mich: Welche „Sucht“ ist eigentlich gemeint? Von der Entstehungsgeschichte her sind wohl überwiegend die Abhängigkeit von Alkohol und auch illegalen Drogen gemeint. Wenn wir aber Suchtmittelgebrauch in seinem Risiko für die Entwicklung von Kindern betrachten, können wir als Ärzte in der medizinischen Primärversorgung nicht die Rolle der Nikotinabhängigkeit ignorieren, besonders dann nicht, wenn eine Komorbidität mit verschiedenen psychischen Störungen und/oder gleichzeitiger Missbrauch anderer psychoaktiver Substanzen vorliegen. Aber schon bei geringer Nikotinabhängigkeit werden Kinder sehr oft Tabakrauch ausgesetzt und „leiden“ ohne Zweifel, vor allem an ihrer körperlichen Unversehrtheit. Überhaupt nicht erfasst sind bisher die möglichen Auswirkungen elterlicher, in diesem Fall wohl überwiegend mütterlicher Medikamentenabhängigkeit.

### **Was nehmen wir Kinder- und Jugendärzte an suchtmittelinduzierten Problemen in Klinik und Praxis wahr?**

Ohne Anspruch auf epidemiologische Exaktheit sehen Kinder- und Jugendärzte in zunehmender Häufigkeit folgende Probleme in ihren Praxen im Zusammenhang mit Suchtmittelgebrauch, -missbrauch oder -abhängigkeit ihrer Eltern:

- ganz selten (erheblich weniger als einmal im Jahr): Alkoholembryopathie, plötzlicher Säuglingstod im Zusammenhang mit Rauchen in der Schwangerschaft und postnatal, früher auch Gliedmaßenfehlbildungen beim Abusus bestimmter Medikamente;
- ebenfalls relativ selten: durch die Geburtsklinik oder soziale Dienste avisierte Kinder drogenabhängiger Eltern mit je nach lokaler Gegebenheit mehr oder wenig guter Einbindung in ein Hilfenetz nach der stationären Entlassung;
- eher selten fallen fetale Alkoholeffekte auf;
- ebenfalls selten finden sich Hinweise auf Verwahrlosung, Gewalt, Missbrauch, schwere psychische Störungen der Eltern; dann ist sehr oft Alkohol im Spiel. Danach kann dann gezielt gefragt und externe Hilfe gesucht werden;
- selten (ein- bis mehrmals pro Jahr): zeigen sich bei Eltern schon am Morgen „Alkoholfahne“ oder Hinweise auf Medikamentenmissbrauch (Sprache!), dann sind behutsame Ansprache und Hilfeangebote sinnvoll; die Verwendung von Screening-Fragebögen erscheint wenig praktikabel;
- schon etwas häufiger (mehrmals pro Jahr): unklare kindliche Ängste, Schlafstörungen, rezidivierende Kopf- und Bauchschmerzen als Hinweise auf elterlichen Streit, der nicht

- selten mit übermäßigem Alkoholkonsum einhergehen kann;
- immer wieder einmal, insbesondere bei völlig unerwarteter Trennung der Eltern: von länger bestehenden, gut verborgenen Problemen mit Suchtmitteln wird berichtet;
- auch erfahren wir immer wieder von Eltern, dass jemand „in Kur“ war, die Kinder sind aber bisher trotz der familiären Suchtprobleme völlig ungestört aufgewachsen (Resilienz);
- mehrfach jährlich, also gar nicht so selten: Mangelgeburten bzw. vermindertes Geburtsgewicht, frühkindliche expansive Verhaltensprobleme nach Nikotin (meistens plus Alkohol) in der Schwangerschaft;
- täglich: tabakrauchimprägnierte Kinder mit gehäuften obstruktiven Bronchitiden, Asthmaanfällen, Mittelohrentzündungen aus Familien mit hohem Tabakkonsum in Gegenwart der Kinder.

### **Womit haben wir Schwierigkeiten in Klinik und Praxis?**

Trotz häufiger „Ermahnungen“ aus dem Public-Health-Sektor, niedergelassene Ärzte mögen sich mehr in den Bereichen Früherkennung und Frühintervention von Suchtmittelproblemen engagieren, gibt es sowohl auf der Seite der Ärzte als auch der der Patienten eine erhebliche Schwelle, den Konsum von Alkohol und illegalen Drogen anzusprechen. Am ehesten kann noch über den Konsum von Tabak geredet werden. Viele Jahrzehnte war das ein Thema, das nur angesprochen wurde, wenn erhebliche körperliche Symptome förmlich darauf „stießen“. Und das ist gerade bei jungen Eltern und bei Jugendlichen äußerst selten der Fall. Routinemäßiges Fragen ohne Hinweise erscheint inopportun und löst Abwehr und vielfach auch Reaktanz aus, die die Arzt-Patient/Eltern-Beziehung beeinträchtigen und Veränderungsschritte blockieren kann. Bei der Ansprache von Suchtmittelthemen entsteht zudem sehr oft eine Gratwanderung zwischen medizinisch-psychosozialer Notwendigkeit, den Schutz von Kindern betreffend, und der Angst vor sozialer Kontrolle, besonders auch bei sozial benachteiligten Familien. Zusätzliche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Weitergabe von Daten: Wann ist „Gefahr im Verzuge“ und kann die Schweigepflicht verletzt werden? Schließlich hapert es sehr oft an der passenden Kommunikation: sie sollte motivierend, nicht schuldzuweisend, und dann noch Vertrauen und Selbstwirksamkeit fördernd sein. Statt partnerschaftlichem Umgang überwiegt aber in der Praxis immer noch paternalistisches Verhalten.

### **Was gelingt uns zunehmend in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung, Hilfen und Kooperation sowie Eintreten für die Belange von Kindern (child advocacy)?**

Indirekt oder suchtmittelunspezifisch wirken in den Bereich Suchtprävention hinein: die Aktivierung von Ressourcen und die Förderung von Selbstwirksamkeit beim Umgang mit alltäglichen Gesundheitsproblemen (Ernährung, Schlafen, Befindlichkeitsstörungen u. a.). Viele Kinder- und Jugendärzte verwenden in ihrer täglichen Arbeit psychoedukative Elemente, z.B. aus Programmen des „Positive Parenting“ wie Triple P, oder führen eigene Elterntrainings durch (Penthin), sie begleiten aufmerksam die Entwicklung von Kindern in Kindergarten und Schule, arbeiten an Gesundheitsförderungsprogrammen wie „Klasse 2000“ und in lokalen „Arbeitsgemeinschaften Gesundheitsförderung“ mit. Dabei ist ihnen sehr oft

bewusst, dass gängige Vorstellungen, wie das Risikofaktorenmodell, durch Konzepte der Salutogenese und der Resilienz ergänzt werden müssen.

Im Bereich Hilfen und Kooperation gibt es viel versprechende Ansätze, den Informationsfluss zwischen Schwangerenvorsorge, Geburtseinrichtungen und postnataler Versorgung zu verbessern, also Klinik, Hebamme, Pädiater und Hausarzt der Eltern besser zu vernetzen. Kinder- und Jugendärzte arbeiten daran, ihre „Antennen“ zu verfeinern und Belastungen und Probleme früh zu erkennen: soziale Benachteiligung, Depression, Stress, Gewalt, Suchtmittelmissbrauch, aber auch Belastungen durch chronisch kranke oder schwer verhaltensauffällige Kinder. Es gilt dann, Hilfen anzubieten oder extern zu erschließen (Hausarzt der Eltern, Suchtberatungsstelle, Psychiater, Jugendhilfe oder Drogenhilfe).

Schwerpunkt pädiatrischer Arbeit ist zweifelsohne die Verhaltensprävention, die aber unbedingt ergänzt gehört durch das Eintreten pädiatrischer Einzelpersonen und Organisationen für Veränderungen politischer, ökonomischer (Preise, Werbung!) und soziokultureller Einflussfaktoren.

#### **Was ist mein Fazit?**

Schädlicher Suchtmittelkonsum ist nur einer unter mehreren die Entwicklung von Kindern potenziell beeinträchtigenden Faktoren in Familien, die es in unseren Praxen besser zu erkennen gilt.

Anders als in der Suchthilfe, wo die Droge der Ausgangspunkt von Interventionen ist, steht in pädiatrischen Praxen die Förderung von Ressourcen und von Resilienz im Mittelpunkt. Die Kooperation der verschiedenen Hilfesysteme muss unter Einbeziehung der Kinder- und Jugendärzte verbessert werden. Dabei muss ihren Bedenken Rechnung getragen werden (z. B. Datenschutzprobleme, Schutz vor Stigmatisierung, Barrieren der Risikokommunikation). Sucht in Familien ist eine Gemeinschaftsaufgabe. Besonders gefordert ist gerade in Deutschland die Politik auf verschiedenen Ebenen.

## **Kinder und jugendliche Drogenpatienten aus suchtblasteten Familien – Neue strategische Modelle in der Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sucht- und Jugendhilfe**

Dr. Wilfried Huck, Prof. Dr. Renate Schepker

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist es begrüßenswert, dass das Problemfeld „Kinder aus suchtblasteten Familien“ wieder verstärkt in das öffentliche Bewusstsein gerückt wird.

Folgende Fallvignette ist für unseren jugendpsychiatrischen Alltag typisch: David ist 16 Jahre alt und befindet sich zum zweiten Mal in der Station für Qualifizierten Entzug („Stoff-Wechsel“) des Westfälischen Instituts Hamm, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Seine Mutter war längere Zeit alkoholkrank. Nach einer stationären Behandlung befindet sie sich weiterhin in ambulanter Betreuung wegen traumatischer Erlebnisse in ihrer Kindheit und Ehe, die in der Zwischenzeit geschieden ist. Zum Vater hat D. seit Jahren keinen Kontakt mehr. Sein Bruder hat ebenfalls Drogenprobleme. Er befindet sich im Rahmen der Jugendhilfe in einem Auslandsprojekt. Es gibt mehrere „Familiengeheimnisse“: Die Großmutter war selbst früher Alkoholikerin, worüber in der Familie nie offen aus Angst vor „Nestbeschmutzung“ gesprochen wurde, ebenso wenig wie über die Gewalterlebnisse in der Familie und den sexuellen Missbrauch der Mutter durch deren Vater. D. hat nach der Trennung der Eltern eine besondere Rolle für die Mutter eingenommen, indem er zum „Partner-substitut“ wurde. Seinen „Ausbruchversuch“ aus dieser „Verclinchung“ versuchte er über die Drogen zu erreichen, was jedoch ein misslungener Autonomieversuch war. Ziele der Behandlung waren:

- Rückkehr zur einweisenden WG nach erfolgreicher Entgiftung;
- Integration in die Schule;
- Abstand zum delinquenten und Drogen-Milieu;
- Erreichung einer Stabilität, um „Nein“ sagen zu können;
- Entscheidung für eine ambulante oder stationäre Therapie mit Einsicht in die spezifischen Drogenmuster sowie familiären Sucht- und Rückfallprozesse.

### **Allgemeine Darstellung der aktuellen Situation im Drogenbereich**

Folgende aktuelle Trends finden wir z.Zt. auf unseren Stationen, die mit Drogenklienten arbeiten, vor:

- Mehr jüngere Klienten: Es werden uns immer jüngere Klienten mit einem Altersdurchschnitt von 15 Jahren (vor 5 Jahren: 17 Jahre) vorgestellt.
- Es besteht ein deutlicher Trend zur Polytoxikomanie und zum Konsum von Partydrogen, wie Ecstasy, Amphetamine, Halluzinogene. Dies entspricht in etwa den Erfahrungen und



Berichten des Institutes für Therapieforschung und der Drogensprechstunde der Uniklinik in Hamburg (Thomasius 2003).

- Anamnestisch bestand wenig Kontakt zu Angeboten an vorbeugenden Maßnahmen und Ausstiegshilfen für suchtgefährdete Kinder.
- Die Konsummuster und Folgeschäden (Schepker 2003) werden in der Breite gefährlicher, was auf dem Hintergrund typischer anamnestischer Angaben verständlich wird: Polytoxikomanie, Hepatitis, eskalierendes Problemverhalten mit Impulsivität, Aggressivität, Frustrationsintoleranz, Aufmerksamkeitsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen auf dem Hintergrund sexueller und körperlicher Gewalt, Defizite bei sozial-adaptiven Funktionen, die bis in die frühe Kindheit verfolgt werden können.
- Radikalere Lebensstile: mit häufigem Vorkommen frühzeitiger Erfahrungen von Ausschluss aus wichtigen sozialen Systeme, wie Familie und Schule, sowie von notfallbedingten Aufnahmen auf einer Intensivstation aufgrund von Intoxikationen, Arrest oder Jugendgefängnis, Suizidalität bis hin zu Todeserfahrungen wichtiger Szene-„Kumpels“. Unter der Hülle eines radikalisierten Individualismus wird aber auch ein hochgradig instabiles Selbstbewusstsein kompensiert. Durch die richtigen „Konsumsignale“ versucht man die Bestätigung der Gleichaltrigen oder der eigenen Szene zu erhalten.
- Anstieg der Klienten, die aus Jugendhilfeeinrichtungen kommen, durch Wegfall der Familie bzw. anderer relevanter Bezugspersonen. Es zeigen sich z.T. massive Bindungs- und Beziehungsprobleme.
- Zunahme der Komorbidität am Beispiel Sucht und Psychose in Kombination mit anderen Suchtformen wie PC- und Internetsucht und damit Flucht in virtuelle Scheinwelten.
- Erhebliche Traumatisierungen im Sinne einer posttraumatischen Belastungs- oder Anpassungsstörung in der Vorgeschichte. Die Funktion der Drogen besteht in ihrer „narkotisierenden und anästhetisierenden“ Wirkung, um die traumatischen Erlebnisse und Kränkungen (Mobbing-Erfahrungen, Hänseleien) zu verdrängen.
- Oft mangelnde Elternkompetenz mit erheblicher „parentaler Hilflosigkeit“ (Pleyer 2003).
- Zunahme des Anteils der Eltern mit eigenem Drogenhintergrund (20–30%, Huck 1987).

### **Kinder aus Suchtfamilien**

Bei Kindern aus Suchtfamilien stellen wir einen hohen Anteil an Todesfällen sowie chronischen und psychischen Erkrankungen bei den Eltern und Geschwistern fest. Von 64 Patientinnen und Patienten stellten wir 2003 6 Todesfälle eines Elternteils, 13 Suchterkrankungen, davon 3 mit einer Drogenabhängigkeit, 2 Suchterkrankungen auf der Geschwisterebene und 3 psychische Erkrankungen (langjährige Depressionen) eines Elternteils fest.

In den Familien mit suchtkranken Eltern findet sich überzufällig häufig:

- „fetal programming“: Schwangerschaftsstress (ständiger Streit und Gewalterfahrungen), der die motorische und geistige Entwicklung von Kindern verzögert und „Spuren“ im Gehirn des Ungeborenen hinterlässt. Pränataler Stress beeinträchtigt dauerhaft die Stressregulation des Körpers. Dies ist eine mögliche Ursache für das Hyperkinetische Syndrom,

das bei Klienten mit Drogenproblemen häufig in der Vorgeschichte berichtet wird. Eine weitere mögliche Komplikation und Ursache für Hirnreifungsstörungen ist ein fetales Drogenentzugssyndrom bei drogenabhängigen Müttern.

- Radikalisierung des Lebensstils mit Bindungsstörungen, mangelnder „Haltefunktion“ durch die Eltern und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit.
- Ausgeprägte „parentale Hilflosigkeit“ (Pleyer 2003) mit (z.T. durch Substanzkonsum induzierten oder verstärkten) aggressiven Impulsdurchbrüchen der Eltern gegenüber ihren Kindern, aber auch Gewalt der Kinder gegen ihre Eltern. Elternmisshandlung wird in erstaunlichem Maße – aus Scham und dem Gefühl versagt zu haben – tabuisiert.
- Vielfältige Traumatisierungen (körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen), was zu einer chronischen Ausschüttung von Neurohormonen (Stresshormonen), wie Adrenalin, Dopamin, Cortisol, Endorphinen und Vasopressin, und Verschiebung der neuronalen Aktivitäten und erhöhter Stressreagibilität führt. Dies hinterlässt „Spuren“ im Körpergedächtnis und „stärkt“ jene Nervenbahnen und „Nutzungsmuster“, die Angst und Verunsicherung speichern (Hüther 2002).
- Bei der Trennung der Eltern kommt es häufig zu langjährigen Kämpfen um das Sorge- und Umgangsrecht und damit zur Entfremdung des anderen Elternteils, Manipulationen, erheblichen Loyalitätskonflikten, Aufrechterhaltung der nahehelichen Schuldprojektionen sowie Instrumentalisierung des Kindes, um eigene Verlustängste zu reduzieren und um Hass- und Rachegefühle dem früheren Partner gegenüber ausleben zu können. Dadurch werden die inneren und äußeren Bilder von dem anderen Elternteil erheblich manipuliert bzw. zerstört. In den Familientherapien werden erhebliche Verbitterungen, meist auf der Ebene der Großeltern, deutlich, wenn sie über viele Jahre aufopferungsvoll und ohne „Gegenleistungen“ und Wertschätzung die Enkelkinder betreut haben. Es kann aber auch das Gegenteil der Fall sein: plötzliche, für die Kinder unerklärliche Kontaktabbrüche, etwa durch das Weglaufen der Mutter von zu Hause mit realen Bildern oder Legendenbildungen etwa dergestalt, die Mutter gehe der Drogenprostitution nach.
- In vielen Familien mit suchtkranken Eltern lassen sich transgenerationale Suchtmuster erkennen: Kommunikationsmuster wie „einmal so – immer so“ führen zu einem Gefühl der Aussichtslosigkeit. In den Gesprächen werden erhebliche Wahrnehmungseinschränkungen und kognitive Verzerrungen durch ständige „double-binds“ deutlich, da in „Suchtfamilien“ Vernachlässigung, Inkonsistenz, Gewalt, Missbrauch u. ä. viel häufiger als in anderen Familien zu beobachten sind. Ein genetischer Faktor kommt bei den Kindern hinzu. ADHS als Zeichen der Alkoholembryopathie prädisponiert wiederum für Sucht.
- In Familien mit suchtkranken Eltern kumulieren häufig viele Belastungsfaktoren aus der jugendpsychiatrischen Risikoforschung (Farke 2003).

### **Arbeit mit Suchtfamilien**

Die Arbeit mit Suchtfamilien setzt die Beschäftigung mit den Verhältnissen voraus, wie die individuelle, familiäre und gesellschaftliche Situation von Kindern von suchtkranken Eltern und jugendlichen Drogenpatienten heute beschaffen ist. Dazu gehören neue Trends, neue Verhaltensweisen, die spezifischen Funktionen von Suchtmitteln, phasenspezifische Krisen-

situationen, familiäres und sonstiges Umfeld, transaktionale Muster, transgenerationale Muster und Regeln, Enttraditionalisierung und kulturelle Pluralisierung der Gesellschaft der Postmoderne mit enormer Zunahme an Komplexität (Huck 1987).

**Fallvignette: Amelie, 16 Jahre alt:**

An diesem Beispiel soll verdeutlicht werden, welchen therapeutischen und pädagogischen Strategien im Umgang mit minderjährigen Klienten mit Drogenproblemen, die größtenteils von den eigentlichen Suchtinstitutionen nicht erreicht werden, möglich sind:

A's Vater ist seit vielen Jahren psychisch krank und hat Alkoholprobleme mit aggressiven Impulsdurchbrüchen, so dass es gegenüber A. zu massiven Handgreiflichkeiten und Schlägereien gekommen ist, was zu erheblichen Wut- und Hassgefühlen bei ihr geführt hat. Sie ist der Meinung, dass im Wesentlichen ihre Eltern sich ändern sollen und zeigt keine Motivation zu einer – wie immer gearteten – Verhaltensänderung und Abkehr ihres radikalisierten Lebensstils. Alle Hilfeangebote der – bis zu 20 – involvierten Personen verschiedenster Hilfeinrichtungen wurden von ihr abgelehnt bzw. massiv entwertet. In ihrem Selbstbild hält sie sich für erwachsen und erlebt jedes Angebot als Eingriff in ihre Autonomie, so dass es zu ständigen Machtkämpfen und Involvierung aller Beteiligten in die destruktive Dynamik und zunehmenden burn-out-Phänomenen der Helfer gekommen ist.

Die gemeinsame Strategie aller involvierten Institutionen und Personen bestand nun darin, sich einerseits die eigene Ohnmacht und Hilflosigkeit einzugestehen, A. in ihrem „Autonomiewahn“ ernst zu nehmen, sich – das galt für Eltern, Jugendamt und Kinder- und Jugendpsychiatrie – zurückzuziehen und A. die Verantwortung für sich zu übertragen. Andererseits galt es, A. die Gefahren ihres radikalen Lebensstils und der möglichen Rückfallwege mit allen Konsequenzen (geschlossene Unterbringung bei Fremd- und Eigengefährdung, Intensivstation wegen Intoxikation, Arrest bzw. Jugendgefängnis und Tod) aufzuzeigen. Es galt also, die Funktion ihres Drogenkonsums positiv zu konnotieren und gleichzeitig ihr ein Hilfeangebot zu machen. Diese scheinbar paradoxe Strategie beinhaltet oberflächlich „ein liebevolles an die Wand laufen lassen“, strategisch und therapeutisch ernst gemeint ist die Re-Allokation von Verantwortung an die eigentlich handelnden Akteure. Dabei ist das Bündnis aller relevanten Bezugspersonen und Erziehungsberechtigten unabdingbar. Gleichzeitig fanden Gespräche mit den Eltern statt, um sie einerseits in ihrem Abgrenzungsbemühen zu bestärken, die destruktiven transaktionalen Muster und Wege aus der parentalen Hilflosigkeit aufzuzeigen, ihre Kompetenzen zu stärken und ihnen zu helfen, das Problem als ein transaktionales und transgenerationales Problem zu sehen, statt einen „falschen Auftrag“ an die Helfer im Sinne einer „Reparaturwerkstatt“ zu geben.

Die Langwierigkeit dieser Prozesse, die nötige Geduld bei allen Beteiligten und das Aushalten der Ängste – auch der Ängste vor juristischen Verwicklungen (z.B. Strafbarkeit wegen Aussetzung der Hilfe nach § 221 StGB) – wurden thematisiert. Zu verdeutlichen ist, dass ein „Mehr an Hilfe“ in diesem Beispiel und vielen gleich gearteten eher zu mehr Regression und

zur Chronifizierung des Drogenproblems beitragen würde. Im Regelfall ist ein Drogenabhängiger in der Lage, selbst oder mit Hilfe anderer für das Notwendigste zu sorgen. Bei dem radikalen Lebensstil wird es keiner Macht dieser Welt gelingen, die Jugendlichen zu überzeugen, dass sie sich auf einem „falschen“ Weg befinden. Erst die „raue Wirklichkeit“ kann dazu beitragen, erste Schritte in eine für sie lebenswerte Zukunft zu gehen, wobei sie lernen, mit den „verhassten“ Erwachsenen neue Rahmenbedingungen für eine „authentische“ Autonomieentwicklung im Sinne eines Konsens auszuhandeln, die in diesem Prozess vom Projektionsfeld zu einem authentischeren und damit Orientierung bietenden Gegenüber werden können. Die Eltern können dabei lernen, von ihrem privaten „Normalitätskonzept“ Abschied zu nehmen und ihre „Sorgen als nicht-stoffgebundene Suchtform“ zu erkennen, weil ihre Gedankenwelt nur noch von Untergangsszenarien und Katastrophenängsten und -wünschen beherrscht wird, die in dem Ablösungsprozess eine wichtige Funktion übernehmen. So wird z.B. bei den Eltern verhindert, dass sie sich ihren eigenen „Hausaufgaben“, die in ihrer Lebensphase anstehen, stellen. Nicht immer gelingt es im therapeutischen Prozess zu verdeutlichen, dass die Kinder und Jugendlichen die „geheimen Wünsche“ der Eltern ausleben. Meist erkennen die Eltern mit „Erlaubnis“ der Therapeuten, dass es nicht nur ein „Kindeswohl“, sondern auch ein „Elternwohl“ gibt.

Die gegensätzliche, restriktive Strategie wäre eine geschlossene Unterbringung von Patienten wie A. nach § 1631 b BGB (im Rahmen der Jugendhilfe bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie). Hierdurch würde einem Jugendlichen zunächst die noch erhaltene potentiell gesunde Autonomie abgesprochen. Dagegen vertritt Ostendorf die Haltung, dass aus juristischer Sicht dies meist nicht zu rechtfertigen ist; es sei denn, es liegt eine massive Eigen- und Fremdgefährdung vor (Ostendorf 2003, Stolle 2003). Mit der Novelle des Kindschaftsrechts wurde gesetzlich festgeschrieben, was in der Rechtsprechung bereits überwiegend anerkannt war: das Recht des mündigen Minderjährigen – und damit auch des Drogenmissbrauchers – selbst über seinen Körper sowie über mögliche Behandlungen zu entscheiden. Ein Problem besteht darin, dass Minderjährige zwar selbst die Einwilligung für einen Eingriff zu erteilen haben, das zugrunde liegende Rechtsgeschäft (Behandlungsvertrag) jedoch nach wie vor von den Eltern abzuschließen ist. Gegen den Willen des Kindes haben Eltern und Therapeuten jedoch nur in einer dies rechtfertigenden, für das Kind und den Jugendlichen objektiv bedrohlichen Notsituation das Recht, die Freiheit und körperliche Unversehrtheit einzuschränken und Behandlung mangels Einsicht zu erzwingen.

Neben dem Kindeswohl ist der Wille des Kindes oder des Jugendlichen ein Kriterium für die Bearbeitung und Entscheidung familienrechtlicher Konfliktfälle. Das gilt relativ unabhängig vom Grad der rechtlichen Normierung. Der humanistische Gehalt dieser kindbezogenen Orientierung kann nur tragen, wenn die psychologisch fundierten Kenntnisse zum Kindeswillen in die rechtliche Diskussion eingebracht werden. Eine geschlossene Unterbringung von Drogenklienten steht u. E. nur bei einer stark bedrohlichen Situation, bei sehr jungen Klienten, bei schweren eingetretenen Gesundheitsstörungen etc. zur Debatte, auch wenn Eltern solches oft vehement fordern.

Unser therapeutisches Denken und Handeln ist auf dem Hintergrund der Suchtstörung notwendigerweise komplex und benutzt jeden erdenklichen Zugang zu den verdeckten Ressourcen des Klienten. So wird gegen das Primat unmittelbarer Bedürfnisbefriedigung die Symbolisierungsfähigkeit wieder entwickelt. Deren Förderung findet über verschiedenste psychotherapeutische Techniken statt, z.B. das Finden von kreativtherapeutischen Zugängen mit verschiedenen Bildtechniken, ähnlich wie in der traumaspezifischen Behandlung (über die erlittenen Kränkungen, Negativerlebnisse) mit Hilfe von Imaginationsübungen oder mit psychotherapeutischen Techniken aus der Psychosebehandlung.

### **Schlussfolgerungen für ein zukünftiges, vernetztes Handeln**

In den geschilderten komplexen Bedingungsgefügen der Sucht von Kindern, Jugendlichen und suchtblasteten Elternhäusern ist jede Institution gefordert, eine stete Entwicklung eigener neuer Vorgehens- und Umgangsweisen bzw. neuer Strategien anzustreben. Das bedeutet: Suchtberatungsstellen müssen sich auch den Eltern und den relevanten Bezugspersonen, wie Hausärzten, Lehrern etc., öffnen. Darüber hinaus müssen sie eng mit der Jugendhilfe, Familienberatungsstellen und Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie kooperieren. Das ist notwendig, um die verschiedenen Fachkompetenzen zu bündeln und die elterliche Kompetenz im Erziehungsprozess zu stärken, damit Chronifizierungen und die Weitergabe transaktionaler Sucht-Muster verhindert werden.

Sehr oft spiegelt sich in System-Interaktionen die „innere Welt“ der betroffenen Jugendlichen wider, während sich gleichzeitig verschiedene Helfersysteme um die Erreichbarkeit und den Zugang zu den Jugendlichen bemühen. Ziel ist zunächst, zu ihren „inner working models“ und ihren Glaubensüberzeugungen Kontakt zu finden. Motivationsarbeit und damit Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses bzw. Erarbeitung eines Handlungsauftrags sind weitere Ziele einer längeren ersten Phase, die auch das Aushalten von Wut und agierendem Verhalten und die Akzeptanz aller Beteiligten, von Rahmenbedingungen und Eckpunkten, die immer wieder neu ausgehandelt werden müssen.

### **Unsere Erfahrung ist, dass**

- Suchtberatungsstellen heute nach wie vor nicht auf Jugendliche ausgerichtet sind. Die verschiedenen Systeme sind zu sektorenmäßig aufgestellt. Hier sollten neue integrative Angebote geschaffen werden;
- die Betroffenen oft nicht die Hilfesuchenden sind, meist wollen die Eltern Hilfe und dann erst die Jugendlichen, es bedarf neuer Umgangsweisen mit minderjährigen Jugendlichen im Sinne des „Mobile-Effekts“: d.h. erst wenn sich die Eltern kompetent entwickeln, wird – wie auch immer – Bewegung in das familiäre und erweiterte (Helfer)- System kommen. Oft gelingt der Zugang über ein Sekundärproblem;
- es in den Familien aufgrund suchtbedingter Impulskontrollstörungen oft zu Traumatisierungen kommt, traumaspezifische Ansätze, die in den letzten Jahren entwickelt wurden, sollten verstärkt angeboten werden;
- lokal Arbeitskreise geschaffen werden sollten, wo die verschiedenen Zugänge besser mit

- dem Ziel der Versorgung von Multiproblemfamilien koordiniert werden können. Sinnvoll wäre auf der kommunalen Ebene ein integrativ arbeitender (Jugend)- Suchtbeauftragter.
- Es sollten übergeordnete Leitlinien und Kooperationsverträge für diese Arbeit entwickelt bzw. erarbeitet werden.

Konkret heißt dies für unsere Einrichtung, das Westfälische Institut Hamm, das Angebot ambulanter Beratung auch zunächst schwerpunktmäßig für Eltern und für relevante Bezugspersonen zu machen, weil diese meist diejenigen sind, die zuerst um Hilfe nachsuchen. Netzwerkarbeit und Minimalisierung von Schnittstellenproblemen sind für die Zukunft eminent wichtig. Die „Schwelligkeit“ sollte insgesamt eher herabgesetzt werden. Es geht hier also um die gemeinsame Entwicklung neuer Strategien der inhaltlichen, prozessorientierten Arbeit, aber auch konkreter Angebote, soweit es die eigenen Ressourcen vor Ort zulassen. Diese Strategie geht nicht nur von dem Gedanken der „Leidensdruckerhöhung“ aus, sondern auch davon, dass alles, was die Jugendlichen tun, ihren „Sinn“ auf dem Hintergrund des spezifischen Kontextes hat. Jegliches moralisierendes Verhalten gegenüber Jugendlichen und Eltern wird eher zum Scheitern beitragen.

Wir Helfer müssen uns mehr mit den Suchtmustern und Kommunikationsregeln, die sich über die Familie hinaus auf die Ebene der Institutionen ausweiten, beschäftigen und uns Kenntnisse über den zunehmend radikaleren Lebensstil der Jugendlichen aneignen, um einen Zugang zu ihnen zu finden. Wir müssen uns mehr mit den Konzepten des „selbstorganisierten Lernens“ bei minderjährigen Drogenklienten beschäftigen, wo der Klient und die Eltern eigene Ziele und Aufträge an Begleitung formulieren. Wie soll der Problemlösungsprozess aussehen, wo können Fehler und Scheitern zugelassen werden? Wie wird die Kooperation aller Beteiligten aktiviert und die Wirklichkeitsinterpretationen aller Beteiligten respektiert, kann darüber eine Verständigung stattfinden? Dies bedeutet, dass Klienten und ihre Eltern als kompetente und autonome Personen respektiert werden.

### **Schluss**

Unser wichtigstes Handwerkszeug ist unsere Fähigkeit der Beziehungsaufnahme, der Empathie, der Abgrenzungsfähigkeit sowie des strategisch-therapeutischen bzw. pädagogischen und prozesshaften Denkens. Wichtig ist für die Helfer eine gute „Anti-burn-out-Prophylaxe“, wozu Abgrenzungsfähigkeit, Erkenntnis der Grenzen unserer Verantwortlichkeit, Verantwortungsübernahme und Selbstfürsorglichkeit mit guten „Tankstellen“ – auch im Sinne einer Vorbildfunktion für Jugendliche und ihre Eltern – gehören. Im Prozess mit den Jugendlichen ist es oft bedeutsam, sich im konstanten Bezug belastbar zu zeigen. Die Frage, wie personale Stabilität in der Drogenarbeit gefördert werden kann, ist, soweit wir dies sehen, bislang nicht wirklich beantwortet.

**Literatur:**

- Farke, W., Graß, H, Kl. Hurrelmann (Hrsg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen, Thieme, Stuttgart, New York (2003)
- Huck, W.: mündlicher Vortrag zur 25 Jahrfeier der Drogenabteilung im Westf. Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Hamm (1995)
- Huck, W., Arenz-Greiving, I.: Das Kind als Symptomträger in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in Hrsg.: J. Brakhoff: Kinder von Suchtkranken, Lambertus, Freiburg i. Br. (1987)
- Hüther, G.: Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erfahrungen aus neurobiologischer Sicht, in: Hrsg.: H.G. Petzold, Wolf, H. U., Landgrebe, B, Jsic, Z.: Das Trauma überwinden – Integrative Modelle der Traumatherapie, Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie, S. 413–424, Jungfermann, Paderborn (2002)
- Klein, M.: Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien, in Hrsg.: Farke, W., Graß, H, Kl. Hurrelmann (Hrsg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen, S. 39–51, Thieme, Stuttgart, New York (2003)
- Noll, J.: Der mündige Minderjährige – Meinungsverschiedenheiten in der medizinischen Beurteilung, Vortrag auf der Wissenschaftlichen Tagung „Familie und Gesundheit“ der Österreichischen Gesellschaft für Interdisziplinäre Familienforschung vom 23./24.11. (2001)
- Ostendorf, H.: Wie freiwillig muss die Behandlung Süchtiger sein? Archiv für Kriminologie, 212: S. 1–9 (2003)
- Pleyer, K.H. : Parentale Hilflosigkeit, Familiendynamik, 4,4, S. 476–491 (2003)
- Rutter, M., Quinton, D.: Psychiatric disorder-ecological factors and concepts of causation, in: Ecological Factors in Human Development, Hrsg.: H. McGurk, North Holland, Amsterdam (1977)
- Schepker; R.: Gesundheitliche Folgen des Drogenkonsums Jugendlicher – Somatische und psychiatrische Aspekte, in: Hrsg.: Farke, W., Graß, H, Kl. Hurrelmann (Hrsg.): Drogen bei Kindern und Jugendlichen, S. 52–66, Thieme, Stuttgart, New York (2003)
- Stolle, D.: Dissoziale Jugendliche zwischen Straße, Hilfe und Justiz, iskopress, Salzhausen (2003)
- Strasser, J.: Leben oder Überleben. Wider die Zurichtung des Menschen zu einem Element des Marktes, Pendo, Zürich, München (2001)
- Thomasius, R.: zit. In „Medizinreport Drogen“ des Dt. Ärzteblattes Jg. 100, Heft 34/35 B 1834–35 (2003)
- White, M., Epston, D.: Die Zähmung der Monster – der narrative Ansatz in der Familientherapie, Carl Auer-Verlag, Heidelberg (2002)

## **NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien**

Henning Mielke

Die schlimmsten Verletzungen fügen Drogen jenen Menschen zu, die selber gar keine Drogen nehmen: Es sind die Kinder von Alkoholkranken oder anderen Süchtigen.

NACOA Deutschland vertritt die Überzeugung, dass keines dieser verletzlichen Kinder in Isolation und ohne Unterstützung aufwachsen sollte. Unsere Aufgabe ist, für die Interessen von Kindern und Familien einzutreten, die von Alkoholismus oder anderen Arten von Suchterkrankungen betroffen sind.

Unsere Vision: eine Welt, in der jedes Kind, das unter Sucht in seiner Familie leidet, die richtige Art von Unterstützung erhält.

NACOA Deutschland setzt sich dafür ein, die Situation von Kindern aus Suchtfamilien durch Information der Öffentlichkeit zu verbessern. Wir haben die Grundideen von der amerikanischen „National Association for Children of Alcoholics (NACOA)“ übernommen und arbeiten eng mit ihr zusammen.

NACOA Deutschland will durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit über die Auswirkungen von Sucht in der Familie aufklären – insbesondere über die Auswirkungen auf die Kinder. Ziel ist es, die breite Öffentlichkeit für die Problematik von Kindern aus Suchtfamilien zu sensibilisieren. Unser Anliegen ist es, die Familienkrankheit Sucht aus der Tabuzone heraus in das Licht öffentlicher Diskussion zu tragen. Scham und Verleugnung in Gesellschaft und Familie müssen überwunden werden. Nur so können suchtkranke Familien genesen. Nur so erhöhen sich die Chancen auch für die Kinder, Hilfe und Unterstützung zu bekommen.

Wir wollen dazu beitragen, dass folgende Tatsachen in Zukunft zum Allgemeinwissen gehören:

1. Wenn in einer Familie ein Suchtproblem besteht, brauchen die Kinder Hilfe.
2. Bekommen Sie diese Hilfe nicht, werden sie als Erwachsene mit hoher Wahrscheinlichkeit selber suchtkrank.
3. Der Suchtkreislauf kann durchbrochen werden.

Wir fördern den Selbsthilfegedanken. NACOA Deutschland möchte erreichen, dass Selbsthilfegruppen für Suchtkranke, für deren Angehörige und die Kinder gesellschaftlich besser akzeptiert und stärker frequentiert werden. Unser Motto: Kein Kind darf ohne Unterstützung bleiben!



### **NACOA Deutschland will Sensibilität in der Gesellschaft schaffen**

NACOA Deutschland wendet sich an die breite Öffentlichkeit. Unsere Botschaft:

- Sucht und insbesondere Alkoholismus sind ernsthafte Erkrankungen.
- Über 3 Millionen Deutsche sind davon betroffen.
- Unter der Suchterkrankung leidet die gesamte Familie.
- Die zwei Millionen Kinder aus Suchtfamilien in Deutschland sind hinsichtlich einer späteren eigenen Suchterkrankung besonders gefährdet und bedürfen daher besonderer Unterstützung.
- Hilfe ist möglich. Unter anderem durch vertrauenswürdige erwachsene Helfer, durch Selbsthilfegruppen und durch professionelle therapeutische Angebote. Jeder Erwachsene steht in der Verantwortung zu helfen.

Um diese Botschaft zu vermitteln, sind wir mit unserer Internetseite [www.nacoa.de](http://www.nacoa.de) online. Wir planen, einen regelmäßigen Newsletter, Informationsbroschüren und andere Materialien herauszugeben. Durch Kooperation mit Medienpartnern wollen wir das Thema „Kinder aus Suchtfamilien“ kontinuierlich in der Berichterstattung von Presse, Rundfunk und Fernsehen verankern.

### **NACOA Deutschland will Lobby für Kinder aus Suchtfamilien sein**

NACOA Deutschland wendet sich an die Politik und an Entscheidungsträger des öffentlichen Lebens. Unsere Botschaft:

- Kinder aus Suchtfamilien tragen ein höheres Gesundheitsrisiko. Sie haben überdurchschnittlich oft Schulprobleme und andere Schwierigkeiten, darunter Alkoholismus und Drogensucht im Erwachsenenalter.
- Alle Institutionen, die sich mit Sucht befassen, sind aufgerufen, stets die Probleme der Kinder aus Suchtfamilien mit zu berücksichtigen.
- Alle Institutionen, die dem Kindeswohl verpflichtet sind – Schule, Sozialarbeit, Kinderschutz, Justiz – sollten die Bedürfnisse der Kinder aus Suchtfamilien stets mit in Betracht ziehen.
- Effektive Hilfe für Kinder aus Suchtfamilien benötigt eine breite gesellschaftliche Unterstützung.

Wir wollen den Kontakt zu Verbänden und Initiativen pflegen, die sich für Kinder einsetzen oder sich mit Suchtprävention befassen. Wir möchten unsere Partner ermutigen, immer wieder die Problematik der Familienkrankheit Sucht öffentlich anzusprechen. Gegenüber Politik und Gesetzgeber stehen wir als Informationsquelle und Ansprechpartner zur Verfügung.

### **NACOA Deutschland will aktuelle Informationen für Fachleute bereit stellen**

NACOA Deutschland wendet sich an professionelle Helfer und Sozialarbeiter, die mit Kindern arbeiten. Unsere Botschaft:

- Therapeuten, Ärzte, Krankenschwestern, Lehrer, Sozialarbeiter, Seelsorger und andere Berufsgruppen, die Zugang zu Kindern haben, sind in der Lage und stehen in der Pflicht zu helfen.
- Es gibt gesicherte und stetig wachsende wissenschaftliche Erkenntnisse über Sucht und deren Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern.
- Jede Berufsgruppe ist aufgerufen, sich Kenntnisse anzueignen und Strategien zu entwickeln, um Kindern aus Suchtfamilien effektiv zu helfen.
- Kinder aus Suchtfamilien müssen nicht ausgesondert werden, um ihnen wirksam zu helfen. Erziehungsprogramme, die sich an alle Kinder richten, können wichtige Informationen auch an Kinder aus Suchtfamilien vermitteln.
- Kinder aus Suchtfamilien sind meistens nicht selber krank. Während einige psychische Probleme, Alkohol- oder Drogenprobleme haben, reagieren die meisten gut auf altersgemäße Informationen, Ermutigung und Unterstützung. Unnötige Stigmatisierung sollte vermieden werden.

Wir wollen in vielfältiger Art mit den professionellen Helfern zusammenarbeiten und ihnen helfen, Kompetenzen zu entwickeln, damit sie Kindern aus Suchtfamilien effektiv helfen können. Geplant ist die Herausgabe von Arbeitsmappen für Therapeuten, Erzieher, Sozialarbeiter und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Mittelfristig möchten wir gemeinsam mit Partnerorganisationen Kurse für einzelne Berufsgruppen anbieten. Wir werden eine Bibliographie der einschlägigen Fachliteratur über Sucht und ihre Auswirkungen auf die Familie zusammenstellen und sie gemeinsam mit ausgewählten Fachaufsätzen auf unserer Website zugänglich machen.

### **NACOA Deutschland will Kinder informieren und unterstützen**

Kinder brauchen Informationen über Alkoholismus und Sucht, die ihrem Alter und Verständnis entsprechen. Sie müssen erfahren, wie sie sich selber schützen können. Unsere Botschaft an die Kinder:

<b>Sucht ist eine Krankheit.</b>	
Ich	habe sie nicht verursacht.
Ich	kann sie nicht heilen.
Ich	kann sie nicht kontrollieren.
Ich kann	für mich selber sorgen,
indem ich	über meine Gefühle spreche.
Und zwar	mit Erwachsenen, denen ich vertraue.
Ich kann	gesunde Entscheidungen treffen – für mich.
Ich kann	stolz auf mich sein und mich selber lieb haben.

Wir bieten auf unserer Website einen eigenen Kinderbereich. Ferner wird es Broschüren für Kinder geben, in denen Basisinformationen über Sucht kindgerecht vermittelt werden. In Kooperation mit anderen Präventionsprojekten beabsichtigen wir, die Thematik Kinder aus Suchtfamilien in die Schulen zu tragen und Lehrer und Erzieher für diese Risikogruppe zu sensibilisieren.

### **NACOA Deutschland will Eltern informieren und ermutigen**

Kinder können sich in einer suchtkranken Familie nicht alleine helfen. Sie brauchen die Aufmerksamkeit und die Hilfe eines verständnisvollen nichtsüchtigen Elternteils oder anderer Bezugspersonen aus Familie oder sozialem Umfeld.

Unsere Botschaft an die Eltern:

- Auch wenn Sie sich um Ihren suchtkranken Partner sorgen, behalten Sie immer jene im Blick, die am wenigsten für die schwierige Familiensituation können, die aber am meisten unter ihr leiden: Ihre Kinder.
- Vermitteln Sie Ihren Kindern, dass sie an dem Suchtproblem nicht schuld sind, und dass sie es nicht kontrollieren können.
- Suchen Sie für sich und für Ihre Kinder Hilfe durch professionelle Hilfsangebote oder Selbsthilfegruppen.
- Sucht ist eine Krankheit. Es ist keine Schande, krank zu sein. Es ist nur eine Schande, nichts dagegen zu tun.

Wir bieten auf dieser Website einen besonderen Bereich für Eltern und eine umfassende Auflistung von Hilfsangeboten in ganz Deutschland an. Ferner beabsichtigen wir, Broschüren für Eltern herauszugeben.

### **NACOA Deutschland will Hilfemöglichkeiten aufzeigen**

In vielen Städten in Deutschland gibt es Selbsthilfeangebote und professionelle Hilfsangebote für suchtkranke Familien. Auch wenn diese Angebote sich nicht immer direkt an die Kinder aus Suchtfamilien wenden, können sie dazu beitragen, die Familiensituation so zu verbessern, dass auch die Kinder entlastet werden. Auf unserer Website können betroffene Familien und professionelle Helfer sich über die verschiedensten Hilfsangebote informieren und finden nützliche Kontaktadressen.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband führte im Auftrag des Landes Nordrhein-Westfalen ein Modellprojekt im Rahmen des Landesprogrammes gegen Sucht NRW durch. Wir danken für die Abdruckgenehmigung der nachstehenden Stellungnahme.

### **Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen.**

Petra Erger

#### **Ausgangssituation:**

Die Perspektive der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Familien von Suchtkranken gerät erst allmählich in den Blick der Fachleute. Eine qualifiziert arbeitende Suchtberatungsstelle wird sich dieser Aufgabe stellen. Es geht nicht allein darum, erwachsenen Suchtkranken Hilfe und Unterstützung zu geben. Die Aufgaben einer Suchtberatungsstelle sind weitaus vielschichtiger und auch im präventiven Bereich zu sehen. Kinder und Jugendliche sind auf die Gefahren, die mit dem Konsum von Suchtmitteln verbunden sind, seien es nun legale oder illegale Drogen, vorzubereiten und zu sensibilisieren.

Suchtkranke werden immer jünger und sind bereits im Kinder- und Jugendalter Konsumenten. Lange war dies nicht im Blickpunkt der professionellen Helfer, ebenso wenig wie die Tatsache, dass auch erwachsene Konsumenten sehr häufig Eltern sind. Ihr familiäres Umfeld benötigt Beachtung und Einbeziehung in unterstützende Hilfen, Beratung und Begleitung. Die Integration von Kindern und Jugendlichen in den Hilfeprozess bei der Behandlung ihrer suchtkranken Eltern trägt zu einem ganz wesentlichen Teil zum Erfolg der Arbeit bei und hat zudem den Effekt, dass die Auswirkungen und Probleme der Suchterkrankung in der Familie nicht automatisch auch zu defizitären Entwicklungen bei betroffenen Kindern und Jugendlichen führen.

Die Folgen einer einseitig auf die Eltern ausgerichteten Beratungsarbeit, die diese Aspekte nicht berücksichtigt, können vielfältig sein: Vernachlässigung, defizitäre emotionale und materielle Versorgung, Suchtgefährdung für die Kinder und Jugendlichen in der Familie, Verlust der Kindheit durch Übernahme der Verantwortung für die suchtkranken Elternteile, höhere Abbruchquoten bei den Eltern bei Nichtbeachtung des familiären Umfeldes – um hier nur einige Beispiele zu nennen.

Daraus ergibt sich, dass Suchtberatung auch mit Kindern und Jugendlichen arbeiten sollte, also auch Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in ihr Angebot mit aufnehmen sollte. Die Konzipierung eines durchdachten, an fachlichen Standards und gesetzlichen Grundlagen der Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe orientierten Angebotes ist dabei Grundvoraussetzung.

Die Aufnahme von Jugendhilfeleistungen in den Angebotskatalog der Suchtberatungsstelle muss gut vorbereitet und geplant sein und in den Gesamtkontext der Suchtberatungsstelle und die „Jugendhilfelandschaft“ vor Ort passen. Eine Erweiterung des Angebotes auf Kinder und Jugendliche sollte grundsätzlich mit dem örtlichen Träger der Jugendhilfe abgestimmt werden. Dieser trägt die Gesamtverantwortung zur Erfüllung der Jugendhilfeleistungen (siehe hierzu § 79 KJHG).

### **Zwei Wege der Finanzierung von Jugendhilfeleistungen**

Eine Suchtberatungsstelle kann

1. eine institutionelle Förderung (z.B. durch Vertrag oder Leistungsvereinbarung)
2. aber auch eine individuelle einzelfallbezogene Förderung ihrer Leistungsangebote anstreben.

Im Folgenden wird zuerst auf die Voraussetzungen zur institutionellen Förderung durch einen Leistungsvertrag eingegangen und dann werden die Möglichkeiten der Förderung von individuellen einzelfallbezogenen Hilfen erläutert.

### **I. Voraussetzungen zur Finanzierung von Leistungen nach dem Jugendhilfegesetz über einen Leistungsvertrag**

#### 1. Funktionsfähige Kooperationsstrukturen aufbauen

Eine strukturell verankerte Kooperation zwischen Jugendhilfe und Suchtberatung ist leider nach wie vor noch nicht übliche Praxis. Die Zusammenarbeit dieser beiden Systeme funktioniert häufig nur auf der Basis von bestehenden persönlichen Kontakten und ist seltener fester Bestandteil der örtlichen Vernetzungsstrukturen.

Vielorts bestimmen noch gegenseitige Vorurteile und unterschiedliche Spezialisierungen mit den damit einhergehenden Ausblendungen der Gesamtsituation der Klienten die Hilfepraxis.

#### 2. Abbau von Kooperationsbarrieren

Gegenseitige Vorbehalte behindern die Kooperation. Folgende Meinungsbilder sind leider nach wie vor in der Jugendhilfe anzutreffen:

- „Die Suchtberatung hat nur den Suchtkranken im Blick, vielleicht noch den Lebens- oder Ehepartner, aber die Interessen der betroffenen Kinder bleiben außen vor, werden oft gar nicht wahrgenommen.“
- „Die Komm-Struktur in der Suchtberatungsstelle ist zu unverbindlich.“
- „Eine massive Gefährdung, Vernachlässigung und Traumatisierung der betroffenen Kinder wird in Kauf genommen, die Gesundung/Stabilisierung des suchtkranken Elternteils steht allein im Vordergrund“.

Vorbehalte der Fachleute in der Suchtkrankenhilfe spielen ebenfalls eine Rolle, Beispiele dafür sind:

- „Das Jugendamt vertritt die repressive Seite der öffentlichen Leistungen.“
- „Wenn ich mit dem Jugendamt zusammenarbeite, läuft mein Klient Gefahr, dass die Kinder weggenommen werden.“
- „Die Jugendhilfe hat zu wenig Fachkenntnisse in den Bereichen Suchtprävention, Erscheinungsbilder von Sucht, Therapieformen und Behandlungsmöglichkeiten.“
- „Jugendhilfe ist zu unflexibel und bürokratisch in der Kooperation.“

All dies sind Meinungen, die in den Köpfen der Beteiligten durchaus bei der Zusammenarbeit eine Rolle spielen können. Das Verständnis für die jeweils „andere“ professionelle Seite ist daher nicht von vornherein unter Fachleuten in Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe gegeben.

Will eine örtliche Beratungsstelle also im Feld der Kinder- und Jugendhilfe aktiv werden, sind einige Barrieren und Vorbehalte auf beiden Seiten zu überwinden, um im Sinne der betroffenen Menschen die dringend notwendige Vernetzung der Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien auszubauen und zu qualifizieren.

Die gegenseitigen „Bilder“ von der Arbeit der jeweils anderen Institution müssen angesprochen und revidiert werden, um eine gute und auf Dauer angelegte Kooperationsbasis zu schaffen.

Ziel muss es sein, zu einer vernetzten Kinder-, Jugend- und Familienhilfe im Suchtbereich zu kommen, mit einer qualifizierten Hilfeplanung und gezielten, aufeinander abgestimmten Hilfen. Es geht um übergreifende Hilfeangebote, um abgesicherte Weitervermittlung und das Zusammenführen der vorhandenen Fachpotentiale zu einer effektiven Hilfe. Das heißt auch für die Fachkräfte der Suchtberatung, sich mit kinder- und jugendspezifischen Arbeitsansätzen vertraut zu machen, sich dauerhaft weiter zu bilden oder mit Fachleuten in diesem Bereich zu kooperieren. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe ist es sinnvoll, sich mit der Arbeitsweise und fachlichen Ansätzen der Suchtkrankenhilfe vertraut zu machen und Entscheidungsabläufe in der Jugendhilfe transparent zu gestalten. Kooperation ist hier immer als gegenseitiger Prozess zu betrachten.

Eine Grundvoraussetzung für die Arbeit einer Suchtberatungsstelle mit Kindern und Jugendlichen ist daher die aktive Kooperationsbereitschaft mit der örtlichen Jugendhilfe. Beide Partner sollten enge Kooperationsbeziehungen aufbauen und pflegen sowie bestehende Vorbehalte in der Zusammenarbeit abbauen. Diese Kooperation sollte auf Dauer angelegt sein, entsprechende auf die örtliche Situation angepasste Strukturen sollten dafür entwickelt und ausgebaut werden. Dies kann z.B. geschehen durch regelmäßigen sozialraumorientierten fachlichen Austausch der Mitarbeiter, gemeinsame Fachtagungen und

Projekte, aber auch in der konkreten Zusammenarbeit in Einzelfällen, bei denen die jeweilige unterschiedlichen Sicht- und Arbeitsweisen der Institutionen und handelnden Personen transparent werden und die gemeinsamen Schnittflächen der Arbeit definiert und ausgeweitet werden können.

### 3. Abschluss von Kooperations- und Leistungsvereinbarungen nach dem Kinder und Jugendhilfegesetz

Zur dauerhaften Entwicklung örtlicher Kooperationsstrukturen gehört auch die Absicherung der örtlichen Vernetzung und Schnittstellenarbeit über Verträge, Entgelt- und Leistungsvereinbarungen auf der Basis der §§ 74, 75, 76, 77, 78 des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG).

Unabhängig davon, welches Angebot im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe die jeweilige Suchtberatungsstelle plant, wird es auch immer ein Thema sein, die Kinder- und Jugendarbeit inhaltlich, finanziell und personell abzusichern (siehe hierzu § 74 KJHG). Dies kann durch entsprechende Vereinbarungen (Verträge, Leistungsvereinbarungen, Entgeltvereinbarungen) mit dem örtlichen Träger der Jugendhilfe erfolgen. Sehr förderlich für den Abschluss solcher Vereinbarungen ist eine bereits bestehende gute Kooperationsbasis.

Eine Beratungsstelle, die bislang wenige Kontakte zum örtlichen Träger der Jugendhilfe unterhält, muss hier erst eine Verhandlungsbasis aufbauen, um in konkrete Verhandlungen treten zu können.

### 4. Anerkennung als Träger der freien Jugendhilfe (§ 75 KJHG)

Die Suchtberatungsstelle sollte zu Beginn ihrer Überlegungen zur Konzipierung eines Angebotes im Kinder- und Jugendbereich prüfen, ob sie als Träger der freien Jugendhilfe bereits anerkannt ist (§ 75 KJHG), andernfalls ist eine entsprechende Anerkennung zu erwirken. Die Voraussetzungen „anerkannter freier Träger der Jugendhilfe“ zu sein, sind in folgenden Vorschriften des KJHG geregelt: § 4 Abs. 2, § 71 Abs. 1 Nr.2 ( JHA ), § 74 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6, § 76 Abs. 1, § 78, § 80 Abs. 3 .

Die Anerkennung birgt einige Vorteile für den Träger. Er genießt:

1. institutionelle Privilegien ( Möglichkeit der Mitgliedschaft im Jugendhilfeausschuss, Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften, Beteiligung in der Jugendhilfeplanung)
2. Förderung in materieller und finanzieller Hinsicht ( § 74 KJHG)
3. Beteiligung oder Übertragung von Aufgaben der Jugendhilfe im Rahmen von § 76 KJHG.

Grundsätzlich sind Mitglieder der großen Wohlfahrtsverbände bereits anerkannt, aber auch Selbsthilfeorganisationen sind anerkennungsfähig, wenn ihre Strukturen transparent sind und ihr Handeln auf Dauer angelegt ist.

Rechtsgrundlage zum Tätigwerden der Suchtberatungsstelle ist der § 76 KJHG: „...Anerkannte freie Träger können an der Durchführung von Jugendhilfeaufgaben beteiligt werden.“

### 5. Bedarfsermittlung und Planung

Bevor es jedoch zu einer vertraglichen Vereinbarung zwischen öffentlicher Jugendhilfe und Suchtberatungsstelle kommt, ist das Jugendamt verpflichtet, seinerseits erst einmal die notwendigen Bedarfe für das geplante Angebot der Suchtberatungsstelle zu prüfen. Daher sollte die Suchtberatungsstelle schon mit möglichst konkreten Vorstellungen über die Art des geplanten Angebotes zum Jugendamt kommen. Die Suchtberatungsstelle leistet gute Vorarbeit, wenn sie bereits Zielgruppen, Zielformulierungen, Konzepte, Finanzierungspläne und Leistungserklärungen entwickelt hat und als Diskussionsgrundlage einbringt.

Nach § 80 KJHG hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Planungsverantwortung. Er ermittelt bei Berücksichtigung der Wünsche und Interessen der jungen Menschen und der Personensorgeberechtigten, welche Einrichtungen und Dienste notwendig sind, junge Menschen und Familien in gefährdeten Situationen zu fördern.

Im Planungsprozess sind die Träger der freien Jugendhilfe vor Ort in allen Phasen frühzeitig zu beteiligen. Im Fall der Suchtberatungsstelle müsste das Jugendamt auf der Grundlage einer Bedarfsprüfung zu dem Ergebnis kommen, dass es für das Leistungsangebot der Suchtberatungsstelle einen Bedarf gibt. Es reicht dabei in der Regel nicht aus, dass die Suchtberatungsstelle aus ihrer fachlichen Sicht den Bedarf formuliert. Das Jugendamt ist vielmehr gehalten, eine qualifizierte und sozialräumlich differenzierte Bedarfsermittlung vorzunehmen, auch unter Beteiligung der Betroffenen. Dabei muss neben einer in der Regel erforderlichen Datenerhebung und Auswertung auch abgewogen werden, ob die bereits vorhandenen Dienste und Angebote im Zuständigkeitsbereich des Jugendhilfeträgers hinreichend und angemessen sind. Bereits bei der Frage der Bedarfsdefinition kann das Jugendamt zu anderen Ergebnissen kommen als die Suchtberatungsstelle. Gerade in Zeiten knapper Kassen kann nicht großzügig ein über die Bedarfe hinausgehendes Angebot finanziert werden. Man kann es keinem öffentlichen Träger übel nehmen, dass er vor der Installation neuer, kostenintensiver Leistungen prüft, ob nicht bereits ein solches Angebot bei anderen Trägern existiert.

In diesem Planungs- und Abwägungsprozess ist die Suchtberatungsstelle gehalten, ihren Beitrag zur Datenerhebung und Analyse zu leisten und sich flexibel auf darauf resultierende Veränderungen in ihrem ursprünglichen Konzept und Vorhaben einzustellen. Wenn die Suchtberatungsstelle starr an einem Konzept festhält, für das keine eindeutigen Bedarfe festgestellt werden, ist die Aussicht relativ gering, zu einer Vereinbarung zu kommen. Die Fähigkeit eines Anbieters, sich veränderten Bedarfen flexibel in einem dauerhaften Qualifizierungsprozess anzupassen, sichert seine Position als dauerhaften Vertragspartner der Jugendhilfe.



Werden im Planungsprozess Bedarfe festgestellt und trifft das Angebot der Suchtberatungsstelle die festgestellten Bedarfe, so gilt es, in Vertragsverhandlungen einzutreten.

#### 6. Vereinbarungen über die Höhe der Kosten (§77 KJHG)

Anforderung bei den Vertragsverhandlungen an die Suchtberatungsstelle ist hierbei, dass sie in der Lage ist, ein bedarfsorientiertes, maßgeschneidertes, verhandlungsreifes und qualifiziertes Vertragsangebot auszuhandeln und vorzulegen. Dabei ist es sinnvoll, auf der Basis der bestehenden Kooperationsbeziehungen Sondierungsgespräche mit dem Jugendamt zu führen, sich aktiv am Planungsprozess zu beteiligen und eigene Erkenntnisse mit einfließen zu lassen, um zu einem Vertragsentwurf zu kommen, der sich an oben genannten Kriterien orientiert.

Hier muss sich die Beratungsstelle als professioneller, kompetenter Verhandlungspartner beweisen, der Vereinbarungen einhält, sich gut über die vorhandene Infrastruktur und Jugendhilfelandchaft vor Ort informiert hat und sein Angebot in die vorhandene Angebotspalette anderer Träger integrieren und sich vernetzen kann. Dabei sind u. a. folgende Fragen zu berücksichtigen: Gibt es andere Anbieter, die das Feld bereits besetzen? Wie unterscheidet sich das Angebot der Suchtberatungsstelle von anderen Anbietern? Große Träger haben hier oft wegen einer bereits vorhandenen breiten Angebotspalette an Jugendhilfeleistungen bessere Ausgangsbedingungen aufgrund ihrer eigenen Infrastruktur und Vernetzungsmöglichkeiten. Um Konkurrenzgerangel mit anderen Trägern vor Ort zu vermeiden, sollte die Suchtberatungsstelle sich rechtzeitig einen Gesamteindruck der vorhandenen Jugendhilfeangebote vor Ort verschaffen und sich auch über Mitanbieter informieren oder Kooperationsmöglichkeiten mit diesen suchen.

Eine Suchtberatungsstelle ohne Erfahrungen in der Jugendhilfe, die die Jugendhilfelandchaft vor Ort nicht kennt, hat deutlich schlechtere Startbedingungen für den Einstieg in Jugendhilfeleistungen.

#### 7. Entscheidung im Jugendhilfeausschuss (JHA)

Neue Vertragsvereinbarungen werden wegen der jugendpolitischen Bedeutung dem Jugendhilfeausschuss zur Entscheidung vorgelegt (vergleiche hierzu § 71 KJHG). Der Träger der freien Jugendhilfe kann direkt beim Jugendhilfeausschuss den Abschluss einer Leistungsvereinbarung beantragen. Erfolg versprechend ist in der Regel jedoch der Weg, zuerst mit der Verwaltung des Jugendamtes die Frage der Bedarfe, Vertragsinhalte und den Finanzrahmen abzustimmen. Wenn die Verwaltung des Jugendamtes den Vertrag für entscheidungsreif hält, wird sie diesen als Vorlage dem Jugendhilfeausschuss zur Entscheidung vorlegen.

Bei einem Direktantrag der Suchtberatungsstelle an den Jugendhilfeausschuss ohne vorherige Kontaktierung der Verwaltung des Jugendamtes wird der Antrag in den meisten Fällen erst einmal wieder an die Verwaltung verwiesen zur Sondierung und erneuten Entscheidungsvorlage, in einigen Fällen wird aber auch gleich entschieden.

Bei der Entscheidungsfindung im JHA spielen aufgrund der Zusammensetzung und der

Funktion des Ausschusses neben fachlichen Gesichtspunkten auch finanzielle und politische Aspekte eine Rolle, die manchmal nicht zur gewünschten Entscheidung führen. Erfahrungsgemäß hat ein Antrag auf Abschluss einer Leistungsvereinbarung dann bessere Chancen, wenn er mit der Jugendamtsverwaltung im Vorfeld abgestimmt wurde und von dort unterstützt wird.

Zeitliche Abläufe bei der Vereinbarung von Leistungen nach dem KJHG

Bis zu einer Entscheidung im Jugendhilfeausschuss kann viel Zeit vergehen. Mit einer Leistungsvereinbarung oder einem Vertrag wird in der Regel ein festes Jahresbudget zur Finanzierung der Leistungen beschlossen. Solche Leistungsvereinbarungen sollen über mehrere Jahre Bestand haben. Der Jahresbetrag ist in der Regel so hoch, dass er im laufenden Haushalt/ Budget der Jugendhilfe nicht finanziert werden kann.

Es müssen also Anträge für das kommende Haushaltsjahr gestellt werden, damit die notwendige Summe dort bereitgestellt wird. Die erste interne Haushalts- bzw. Budgetaufstellung in der Kommune erfolgt in der Regel bereits im Sommer des Vorjahres, die politischen Beratungen über das Budget des Folgejahres beginnen meistens im Herbst. Entscheidungen im JHA und anschließend im Rat werden dann Ende des Jahres oder zu Beginn des neuen Haushaltsjahres getroffen. Die zeitlichen Abläufe sind in jeder Kommune jedes Jahr etwas anders, hierüber sollte man sich bei seinen Verhandlungspartnern in der Kommune erkundigen. Ideal ist es, wenn ein Antrag einer Suchtberatungsstelle auf Förderung dann beschlussreif vorliegt (also auch intern mit dem Jugendamt bereits abgestimmt ist), wenn der Haushalt zur Beratung in den Fachausschüssen (häufig Frühherbst des Vorjahres) ansteht. Bei dem gesamten Verfahren kann schon mal ein Jahr von den ersten Überlegungen bis zur Beschlussfassung ins Land gehen. Bei der derzeitigen Finanzsituation der Kommunen ist es zudem – je nach Lage der Kommune – sehr schwierig, neue Leistungen in den Haushaltsplan aufzunehmen.

## **II. Förderung von individuellen Einzelfallbezogenen Hilfen nach den §§27 bis 35a KJHG (Hilfen zur Erziehung)**

Vorbemerkung:

Eine Suchtberatungsstelle kann auch individuelle Hilfen zur Erziehung nach dem KJHG anbieten, die nicht über einen Leistungsvertrag/Vereinbarung geregelt sind.

Hilfen zur Erziehung sind Leistungen, für die ein individueller Rechtsanspruch besteht. Im Einzelnen handelt es sich hier um folgende Hilfeformen:

1. Hilfe zur Erziehung (§ 27 KJHG)
2. Erziehungsberatung (§ 28 KJHG)
3. Soziale Gruppenarbeit (§ 29 KJHG)
4. Erziehungsbeistandschaft, Betreuungshelfer (§ 30 KJHG)

5. Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 KJHG)
6. Erziehung in einer Tagesgruppe ( § 32 KJHG)
7. Vollzeitpflege (§ 33 KJHG)
8. Heimerziehung (§ 34 KJHG)
9. Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 KJHG)
10. Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a KJHG)

Der mögliche Katalog der Leistungen einer Suchtberatungsstelle im Bereich des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ist hier nicht umfassend darstellbar. Ich beziehe mich hier auf die in der Praxis geläufigsten Hilfearten.

#### **Voraussetzungen:**

##### 1. Beantragung der Hilfe durch die Personensorgeberechtigten

Hat eine Suchtberatungsstelle vor, Hilfen zur Erziehung nach dem obigen Leistungskatalog selbst anzubieten – denkbar wäre hier zum Beispiel Soziale Gruppenarbeit, Eingliederungshilfe nach § 35a oder Erziehungsbeistandschaft –, dann ist die Beratungsstelle, sofern sie eine finanzielle Förderung der Jugendhilfe anstrebt, darauf angewiesen, dass die Personensorgeberechtigten vor Beginn dieser Leistungen diese Hilfe beim Jugendamt beantragen.

##### 2. Prüfung der Voraussetzungen zur Hilfestellung durch das Jugendamt

Voraussetzung zur Gewährung von Hilfen zur Erziehung ist, dass eine dem „Wohl des Kindes oder Jugendlichen entsprechende Erziehung“ anderenfalls nicht gewährleistet ist. Ein Personensorgeberechtigter hat nach § 27 KJHG einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung, wenn vom örtlichen Träger der Jugendhilfe festgestellt wird, dass ohne eine sozialpädagogische Hilfe eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht sichergestellt ist. Die Hilfe muss geeignet und notwendig sein, um zu einer Verbesserung der Situation zu führen.

Kinder und Jugendliche sind an allen sie betreffenden Hilfen altersgerecht zu beteiligen und können sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung an das Jugendamt wenden und dort beraten werden, einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung hat jedoch lediglich der Personensorgeberechtigte. Dies heißt, dass eine solche Hilfe zur Erziehung grundsätzlich vom Personensorgeberechtigten beantragt werden muss. Dies kann nicht durch das Kind oder den Jugendlichen selbst oder eine Institution geschehen. Diese Regelung im KJHG, die das Elternrecht betont, führt in der Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und anderen beteiligten Institutionen häufiger zu Missverständnissen und Konflikten. Die allein antragsberechtigten Erziehungsberechtigten scheuen oft eine entsprechende Beantragung von Hilfen zur Erziehung, weil dies zur Folge hat, dass sie die problemverursachenden Faktoren und die Familiensituation bei der Beantragung offen legen müssen. Die Beantragung von Hilfen zur Erziehung beim Jugendamt ist für die Personensorgeberechtigten häufig mit Angst vor Stigmatisierung, Entzug der elterlichen Sorge und totaler Offenlegung ihrer Probleme vor einer staatlichen Institution verbunden. Einige

Eltern sind aufgrund ihrer bestehenden Erkrankung auch nicht in der Lage die notwendigen Schritte zur rechtzeitigen Einleitung von Hilfen für ihre Kinder zu unternehmen. Dies führt manchmal zu der Situation, dass betreuende Institutionen versuchen, Anträge auf Hilfen zur Erziehung beim Jugendamt zu stellen, nicht selten mit dem Hinweis, sie hätten die Voraussetzung zur Hilfestellung bereits geprüft, die notwendigen Hilfen schon eingeleitet oder begonnen, so dass keine weitere Antragsprüfung des Jugendamtes erforderlich sei und nur noch die Zusage zur Kostenübernahme fehle. Die Gewährung von erzieherischen Hilfen muss jedoch zwingend vom Erziehungsberechtigten beantragt werden. Das Jugendamt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die Voraussetzungen zur Gewährung von Hilfen zur Erziehung vorliegen und die Hilfe notwendig und geeignet ist.

### 3. Hilfeplanverfahren nach § 36 KJHG

Dabei muss das im §36 KJHG vorgeschriebene Hilfeplanverfahren eingehalten werden. Dies führt zu einem Prüfungs- und Entscheidungsprozess unter weiterer Hinzuziehung von Fachkräften, der manchmal von den Antragstellern, besonders in den Fällen, die erstmalig beim Jugendamt bekannt werden, als zu langwierig erlebt wird. Wie lange ein solches Verfahren vom Antrag bis zur Entscheidung dauert, ist individuell sehr unterschiedlich und hängt von der Komplexität des Falles und der Art der beantragten Hilfe ab. In manchen Fällen kann innerhalb weniger Tage eine Entscheidung des Jugendamtes vorliegen, manche Fälle ziehen sich über Wochen hin, weil noch ärztliche Gutachten oder andere Entscheidungsgrundlagen eingeholt werden müssen. In allen Fällen ist es aber zwingend erforderlich, den Hilfebedarf qualifiziert, fachlich fundiert und präzise von Seiten des Jugendamtes festzustellen, um die richtigen Hilfen einzuleiten. Wird das Jugendamt frühzeitig mit einbezogen, nämlich schon dann, wenn sich abzeichnet, dass Hilfen zur Erziehung notwendig werden könnten, ist dies eine gute Voraussetzung, umgehend einen mit allen Beteiligten abgestimmten Hilfeplan einzuleiten.

### 4. Entscheidung des Jugendamtes zur Hilfestellung

Liegen alle Entscheidungskriterien vor, entscheidet das Jugendamt unter Einhaltung der Vorgaben des §36 KJHG und Mitwirkung der Betroffenen über die Gewährung der beantragten Hilfe. Dabei kann es durchaus zu einer Ablehnung der beantragten Hilfe kommen, weil die Voraussetzungen für die beantragte Hilfe aus Sicht des Jugendamtes nicht vorliegen oder eine andere Hilfe sachgerechter erscheint.

### 5. Durchführung der Hilfe, regelmäßige Weiterentwicklung und Überprüfung des Hilfeplans

Ist die Entscheidung zur Hilfestellung getroffen, wird eine Kostenzusage erteilt und die Hilfe in der vereinbarten Form durchgeführt. Hierbei ist für den Leistungserbringer zu beachten, dass die Hilfe nicht vor einer Kostenzusage durch das Jugendamt beginnen sollte. Andernfalls besteht die Gefahr, dass ein Teil der Kosten nicht übernommen oder sogar die Hilfe nicht gewährt wird und der Träger die Kosten selbst tragen muss. Bei der Durchführung der Hilfen zur Erziehung wird im Rahmen des Hilfeplanverfahrens regelmäßig die gewährte

Hilfe geprüft und weiterentwickelt. Hierbei sind die Mitarbeit und das gemeinsame Zusammenwirken aller Beteiligten Voraussetzung.

Anmerkung:

Die Finanzierung der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einer Suchtberatungsstelle über die individuellen Hilfen zur Erziehung nach dem KJHG bedeutet immer eine Einzelbeantragung durch die Erziehungsberechtigten beim Jugendamt. Dabei müssen die individuellen Voraussetzungen zur Hilfestellung in jedem Einzelfall dargelegt werden, dies ist für eine dauerhafte Sicherung der Kinder- und Jugendarbeit in einer Suchtberatungsstelle oft ein sehr aufwendiger Prozess. Im individuellen Einzelfall wird dies immer wieder erforderlich und unumgänglich sein, selbst wenn ein Leistungsvertrag besteht. Zu empfehlen ist jedoch jeder Suchtberatungsstelle, die dauerhaft Kinder- und Jugendhilfeangebote installieren möchte, den im ersten Anlauf sicherlich hürdenreicheren Weg der institutionellen Förderung durch einen Vertrag oder eine Leistungsvereinbarung anzugehen, um eine kontinuierliche Arbeit mit dieser Zielgruppe sicherzustellen.

#### **Zusammenfassung:**

Eine Suchtberatungsstelle muss also folgende Voraussetzungen erfüllen, um mit Kindern und Jugendlichen dauerhaft arbeiten zu können:

1. Kooperationsfähigkeit und Vernetzungsbereitschaft mit den Trägern der Jugendhilfe;
2. Anerkennung als Träger der Jugendhilfe;
3. Erfahrungen im Feld der Jugendhilfe;
4. Professionelles, auf Qualität, Weiterentwicklung, Effektivität und Dauer sowie Bedarfsdeckung angelegtes Konzept;
5. Kompetenz als Vertrags- und Verhandlungspartner;
6. Kenntnisse im Kinder- und Jugendhilferecht (KJHG);
7. Flexibilität, Fachwissen und Engagement bei der Hilfskonzipierung;
8. Kenntnisse der örtlichen Jugendhilfestrukturen;
9. Durchhaltevermögen bei langwierigen Vertrags- und Antragsverfahren.

Insgesamt betrachtet, formuliert diese Anforderungsliste hohe fachliche Standards an den Träger einer Suchtberatungsstelle und natürlich auch für die potentiellen Vertragspartner.

Im individuellen Einzelfall vor Ort kann es ganz problemlos und kurzfristig gelingen, ein Angebot der Kinder- und Jugendhilfe in einer Suchtberatungsstelle zu installieren. Dies ist aus meiner Erfahrung immer dann der Fall, wenn es bereits gewachsene und verankerte Kooperationsbeziehungen zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe gibt. Langwierig sind die Prozesse dann, wenn die Kooperationspartner erstmals zu Vereinbarungen kommen müssen und die notwendige Basis hierfür erst im Spannungsfeld der immer schwierigeren finanziellen Rahmenbedingungen entwickelt werden muss.

Trotz der vielleicht schwierigen Rahmenbedingungen und hohen fachlichen und gesetzli-

chen Anforderungen sollte im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen die notwendige Kooperation und Entwicklung gemeinsamer Hilfskonzepte von Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe zum selbstverständlichen Standard werden und dauerhaft konzeptionell verankert und weiterentwickelt werden.

**10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation  
von Kindern aus suchtselasteten Familien**

10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien



## 10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtselasteten Familien

In Deutschland leben über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Diese Kinder leiden häufig unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Zudem leben sie mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden. Die Verbesserung ihrer Situation ist eine Zukunftsaufgabe – für die betroffenen Kinder, ihre Familien und für die Gesellschaft.

1. Kinder aus suchtselasteten Familien haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen.
2. Den Kindern muss vermittelt werden, dass sie keine Schuld an der Suchterkrankung der Eltern tragen. Sie brauchen eine altersgemäße Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und bestehende Hilfeangebote.
3. Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten, muss optimiert werden. Um wirkungsvolle Interventionen zu erreichen, muss arbeitsfeldübergreifend kooperiert werden. Lehrer, Erzieher, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pädagogen müssen verbindlich zusammen arbeiten. Das Ziel ist, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und die ihnen angemessene Unterstützung anzubieten.
4. Die Öffentlichkeit muss über die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familien informiert werden. Eine sensibilisierte Öffentlichkeit erleichtert es Eltern, die Sucht als Krankheit anzunehmen. So wird den Kindern der Weg geebnet, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.
5. Das Schweigen über Suchterkrankungen muss beendet werden. Es muss ein Klima geschaffen werden, in dem betroffene Eltern und Kinder Scham- und Schuldgefühle leichter überwinden und Hilfe annehmen können. Kinder leiden unter Familiengeheimnissen.
6. Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Suchtkranke Eltern brauchen Ermutigung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung. Das Wohl der Kinder muss bei diesen Bemühungen im Mittelpunkt stehen.
7. Die familienorientierte Sichtweise erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten Helfer. Sie muss Grundlage aller Angebote und Interventionen sein.
8. Bei Kindern, deren Familien sich gegen Hilfeangebote verschließen, kann zum Schutz der Kinder im Einzelfall auch eine Intervention gegen den Willen der Eltern erforderlich werden.

9. Schule und Kindertagesstätte sind zentrale Lebensräume für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Sie müssen dort mit der erforderlichen Aufmerksamkeit frühzeitig erkannt werden. Gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfeangebote vermittelt werden.
10. Das Wissen über die Entstehung von Suchterkrankung sowie die Auswirkungen auf Kinder und Familien muss verpflichtend in die Ausbildung der pädagogischen, psychologischen und medizinischen Berufsgruppen aufgenommen werden. So wird das Bewusstsein der Problematik in den jeweiligen Fachdisziplinen frühzeitig gefordert und langfristig eine gesellschaftliche Einstellungsveränderung gefördert.

Liste der Autoren

Arenz-Greiving, Ingrid, Dialog, Beratung von Organisationen, Gruppen & Teams, Im Derdel, 48161 Münster-Roxel

Böning, Prof. Dr. Jobst, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Würzburg, Fuchsleinstr. 15, 97080 Würzburg

Brändle, Katrin, MAKS Freiburg, Kartäuserstr. 77, 79104 Freiburg

Caspers-Merk, Marion, Parlamentarische Staatssekretärin und Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Wilhelmstr. 49, 10117 Berlin

Dilger, Helga, Psychosoziale Beratung, Modellprojekt „Kinder von Suchtkranken“, Kartäuserstr. 77, 79104 Freiburg

Erger, Petra, Stadt Paderborn – Jugendamt, Ref. 51, Am Abdinghof 11, 33098 Paderborn

Hillebrand, Ulla, Ernst-Becker-Str. 48, 44534 Lünen

Horn, Dr. Wolf-Rüdiger, Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde, Igelbachstr. 7, 76593 Gernsbach

Huck, Dr. med. Wilfried, Instituts-Ambulanz, Westfälisches Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm

Klein, Prof. Dr. Michael, Katholische Fachhochschule NRW, Wörthstr. 10, 50668 Köln

Koch, Dorothee, Caritasverband für das Kreisdekanat Euskirchen e.V. – Abteilung Suchthilfe, Kölner Str. 15, 53879 Euskirchen

Mayer, Dr. Reinhardt, Heilpädagogische Gemeinschaftspraxis, Hirschbergstr. 30, 72336 Balingen

Mielke, Henning, Dickhardtstr. 4, 12159 Berlin

Opp, Prof. Dr. Günter, Martin-Luther-Universität Halle, Fachbereich Erziehungswissenschaften, Postfach, 06099 Halle/Saale

Quinten, Claudia, Kliniken Daun, Fachklinik Thommener Höhe, 54552 Darscheid

## Autorenverzeichnis

Rasenack, Dr. Regina, Universitäts-Frauenklinik Freiburg, Hugstetterstr. 55, 79106 Freiburg

Schepker, Prof. Dr. Renate, Westfälisches Institut für Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik, Heithofer Allee 64, 59071 Hamm

Schneider, Wiebke, Guttempler in Deutschland, Adenauerallee 45, 20097 Hamburg

Stachowske, Dr. Ruthard, Verein für soziale Arbeit und therapeutische Einrichtungen, Dahlenburger Landstr. 150, 21337 Lüneburg

Wick, Brigitte, Psychosoziale Beratungsstelle des Blauen Kreuzes, Kurfürstenstraße 34, 80801 München

## Projektliste „Markt der Möglichkeiten“

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der folgenden Projekte, die ihre Arbeit auf dem „Markt der Möglichkeiten“ während der Tagung „Familiengeheimnisse“ vorgestellt haben.

Beratungsstelle Kompaß, Alter Teichweg 55, 22049 Hamburg

Blaukreuz-Zentrum Bad Salzuflen, Lindemannsheide 17, 32108 Bad Salzuflen

Büro für Suchtprävention, Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg

Drogenhilfe Tannenhof Berlin e.V., Zentrum I, Mozartstr. 32–36, 12307 Berlin

Drogenhilfe Tübingen e.V., Kinderhaus Schloss, Manau 22, 97461 Hofheim

Drogenhilfe Tübingen e.V., Kinderhaus Schloss, Manau 22, 97461 Hofheim

IGLU, Lippmannstr. 22, 22767 Hamburg

Jugendhilfe e.V., Lüneburg, Dahlenburger Landstr. 150, 21337 Lüneburg

Kreuzbund e.V., Gruppe Lünen I, Nelkenweg 10, 44532 Lünen

Kreuzbund e.V. Paderborn, Projekt Smily Kids, Lehmkuhle 45, 57399 Kirchhundem

Lilith e.V., Verein zur Unterstützung von Frauen mit Drogenproblematik, Bogenstr. 30, 90459 Nürnberg

MAKS Freiburg, Kartäuserstr. 77, 79104 Freiburg

Selbsthilfegruppe „Gute Zeiten“, über: Bezirksamt Neukölln, Abt. Jugend und Familie, Berlin, Karl-Marx-Str. 83-85, 12040 Berlin

Wigwam – Unterstützung für Familien mit Suchtproblemen, Warthestr. 4–5, 12051 Berlin-Neukölln

ZPID - Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation, Universität Trier, 54286 Trier

## Herausgeber:

### Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

10117 Berlin

### Stand:

November 2004

### Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 607  
Telefon: 0180/51 51 51 0 (0,12 EUR/Min.)  
Fax: 0180/51 51 51 1 (0,12 EUR/Min.)  
Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Information, Publikation, Redaktion  
Postfach 500  
53108 Bonn  
E-Mail: [info@bmg.bund.de](mailto:info@bmg.bund.de)  
Internet: <http://www.bmg.bund.de>

### Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte

Schreibtelefon: 0800/111 000 5 (zum Nulltarif)  
Fax: 0800/111 000 1 (zum Nulltarif)  
E-Mail: [info.gehoerlos@bmg.bund.de](mailto:info.gehoerlos@bmg.bund.de)  
[info.deaf@bmg.bund.de](mailto:info.deaf@bmg.bund.de)

Gestaltung: webtimes medienproduktion berlin, [www.webtimes.de](http://www.webtimes.de)  
Druck: Druckerei Wende, Berlin

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier

### Hinweis:

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen.

Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung.

Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.