

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Frauen, Familie,
Gesundheit und Integration



22. NIEDERSÄCHSISCHE SUCHTKONFERENZ 11|2012

Sucht zuhause?

Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten

Berichte zur Suchtkrankenhilfe 2012



Niedersachsen

Impressum

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

Redaktion:
Sabine Erven
Lisa Schauermann
Thomas Altgeld

Layoutkonzept und Gestaltung:
Homann Güner Blum,
Visuelle Kommunikation,
Hannover

Druck:
Unidruck, Hannover

Sucht zuhause?

Familien und Sucht –
Problemlagen und
Handlungsmöglichkeiten

Sucht Zuhause?

Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten

Suchtprobleme im häuslichen Umfeld rücken immer mehr in das Blickfeld von Medien sowie Angeboten der Suchthilfe und Gesundheitsversorgung. Liegt eine Abhängigkeit oder ein Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten oder Tabak eines oder beider Elternteile vor, so bestehen neben der gesundheitlichen Problematik in der Regel auch massive psychosoziale Probleme, die die ganze Familie betreffen. Ist eine Frau suchtmittelabhängig und schwanger, spitzt sich die Fragestellung noch zu. Eine Suchtmittel missbrauchende oder abhängige Schwangere kann je nach Suchtmittel ihr ungeborenes Kind physisch und psychisch schädigen und das für das ganze Leben. Genaue Zahlen zu den sogenannten Alkohol- und Drogenembryopathien gibt es nicht. Wissenschaftlich fundierte Schätzungen gehen für Niedersachsen von ca. 3.000 bis 6.000 potenziell geschädigten Kindern aus.

Wie viele Kinder insgesamt in Familien leben, in denen Elternteile Suchtprobleme haben, ist gar nicht erst bekannt. In diesem Bereich ist die Dunkelziffer hoch.

Ein Kind kann aber in seiner Entwicklung Schaden nehmen, wenn Eltern ihrem Erziehungsauftrag nicht gerecht werden können oder sogar durch ihr Handeln das Kind gefährden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die meisten betroffenen Eltern im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten gute Eltern sein wollen. Wir wissen aber, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien häufiger und früher selbst Suchtmittel abhängig werden, häufiger an Angststörungen, Depression oder Essstörungen erkranken, stärker hyperaktiv und aggressiv sind. Sie haben häufig Defizite in schulischen Leistungen bzw. erhalten nicht die notwendige intellektuelle Förderung, weil die Eltern mit sich selbst und ihrem Suchtdruck beschäftigt sind.

Wegen der besonderen Risiken muss deshalb das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in suchtbelasteten Familien ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe sein. Die Gesellschaft darf ihre Augen nicht davor verschließen, wenn Eltern, Verwandte und Beziehungspersonen ihren Auftrag in Bezug auf ihren Schützling nicht gerecht werden bzw. nicht gerecht werden können.

Die Kinder selbst haben auch ein Anrecht darauf, altersgemäß über die Erkrankung des Elternteils informiert zu sein und insbesondere zu wissen, dass sie selbst nicht Schuld an der Erkrankung sind. Wegen der besonderen Risiken, die für das Wohl dieser Kinder bestehen, tragen alle, die mit Eltern, werdenden Eltern oder Elternteilen mit Suchtproblematiken zu tun haben, auch eine besondere Verantwortung für den Schutz vor Gefährdungen des Kindeswohls des betroffenen Kindes.

Gefragt sind natürlich und im Besonderen die gesundheitlichen oder sozialen Hilfesysteme, die hier thematisch befasst sind. Dieses sind Allgemeinarztpraxen genauso wie Kliniken oder kommunale soziale Beratungsstellen, Kinder- und Jugendschutzeinrichtungen, Jugendämter, Fachstellen für Sucht und Suchtprävention, die Agentur für Arbeit und andere.

Wie aber kann Kindern aus suchtbelasteten Familien fundiert geholfen werden?

Was bedeutet hier helfen? Wer hat die Verantwortung? Und wer übernimmt diese dann auch? Wo ist die Grenze des Möglichen? Und wer hilft den Helferinnen und Helfern bei dieser komplexen Thematik?

Je früher Hilfen die werdenden Eltern oder die Familie erreichen, desto eher können Folgeschäden behoben oder verhindert werden. In der Regel tauchen betroffene Eltern irgendwo im Hilfesystem mit einer anderen Fragestellung auf. Es gilt, zu erkennen, dass hier auch Kinder betroffen sind, frühzeitig die Risiken für diese einzuschätzen, zu beraten, aber ggf. auch andere zuständige Institutionen zu informieren. Eine sehr enge Zusammenarbeit der Hilfesysteme und klare Absprachen zur Risikoabschätzung und Abwendung von Gefahr müssen deshalb das Handeln bestimmen.

Kooperationsvereinbarungen zwischen den Institutionen, die in die Versorgung und Betreuung von suchtkranken Eltern und in diesen Familien lebenden Kindern eingebunden sind, wurden entwickelt und werden erprobt. Vorrangige Ziele dieser Vereinbarungen sind die nachhaltige Verbesserung der Lebensverhältnisse der betroffenen Kinder mit besseren

Chancen für den Erhalt der Familie, aber auch eine verbesserte Transparenz für alle beteiligten Akteure über die möglichen Hilfsangebote und die fachlichen Zuständigkeiten. Gerade die Diskussion um Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung ist sehr schwierig. Nicht nur suchtmittelabhängige Eltern haben Ängste, ihre Kinder an das Hilfesystem zu verlieren, auch Helfende haben Angst, mit ihrer Verantwortung – insbesondere bei schwierigen Entscheidungen – alleine gelassen zu werden. Hier ist Kooperation und Transparenz eine große Stütze und professionelles Handeln ein Muss.

Im Rahmen dieser Tagungsdokumentation zur XXII. Niedersächsischen Suchtkonferenz wird das Spannungsfeld Sucht und Familie mit seinen Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten beleuchtet. Sowohl Ergebnisse aus der Wissenschaft als auch Beispiele aus der Praxis geben Ihnen einen Überblick zu aktuellen Erkenntnissen im Bereich der Arbeit mit suchtbelasteten Familien. Die in dieser Dokumentation enthaltenen Artikel sollen einen Beitrag dazu leisten Ihnen Anregungen und Impulse in Ihrer täglichen Arbeit in der Suchtprävention und -hilfe zu geben.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine anregende Lektüre.

Dr. Sabine Brägelmann-Tan

VORWORT

DR. SABINE BRÄGELMAN-TAN	Sucht Zuhause? – Familien und Sucht – Problemlagen und Handlungsmöglichkeiten	5
--------------------------	---	---

VORTRÄGE

PROF. DR. RAINER THOMASIUŠ	Familiäre Einflussfaktoren Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Suchterkrankungen	8
PROF. DR. HEINO STÖVER	Förderung von Resilienz bei Kindern aus suchtbelasteten Familien	14
DIPL. PSYCH. INES ANDRE-LÄGEL	Helden, Sündenböcke und Friedensstifter Was brauchen Kinder aus suchtbelasteten Familien?	16
DR. ELKE BRUNS-PHILIPPS	Kooperationsvereinbarung zum besseren Schutz von Kindern suchtmittelabhängiger Eltern	21
CLAUDIA MIERZOWSKY, VERONIKA BREBER	Trampolin – Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken	24
MARKUS WIRTZ	Das ESCapade Projekt – Ein familienorientiertes Interventionsprogramm für Jugendliche mit problematischer Computernutzung	27
IRENE EHMKE	connect – Hilfe für Kinder suchtbelasteter Eltern – Kooperation und Vernetzung Instrumente – Strategien – Übertragbarkeit	35

	VERZEICHNIS DER REFERENTINNEN UND REFERENTEN	46
--	---	----

Familiäre Einflussfaktoren auf die Entstehung und den Verlauf von Suchterkrankungen

Einführung

Bei einer Suchterkrankung darf nicht nur das Individuum für sich allein betrachtet werden. Die ganze Familie ist mitbetroffen, wenn ein Familienmitglied alkohol- oder drogenabhängig ist. Die Beziehungen innerhalb der Familie werden dadurch beeinträchtigt, so dass professionelle Hilfen das gesamte Familiensystem im Blick behalten müssen. Auch bei der Behandlung der Suchterkrankung ist entscheidend, wie die anderen Familienmitglieder mit der Sucht umgehen. Im Folgenden werden zunächst familiäre Einflüsse auf die Entstehung von Suchtstörungen angesprochen. Anschließend werden familiäre Einflüsse auf den Verlauf einer Suchterkrankung diskutiert und Schlussfolgerungen für präventives Handeln gezogen.

Familiäre Einflüsse auf die Entstehung von Suchterkrankungen

Ein allgemein gültiges Erklärungsmodell über die Entstehung und den Verlauf von substanzbezogenen Störungen gibt es nicht, vielmehr versucht man, unter dem Begriff eines «multifaktoriellen Bedingungsgefüges» die vielen Forschungsergebnisse, die es bisher gibt, zusammenzufassen. Für die Darstellung familiärer Einflüsse ist das Modell von Edwards et al. (1981) besonders geeignet, da es verschiedene Dimensionen unter der Einbeziehung des Entwicklungsaspektes verbindet, und die Herkunftsfamilie aus dieser Perspektive naturgemäß einen hohen Stellenwert hat.

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, wird in der Entstehung von Substanzstörungen zwischen Vulnerabilitätsfaktoren, d.h. Einflüssen die zu einer allgemeinen Anfälligkeit für die Störung führen, und modifizierenden proximalen Risikofaktoren unterschieden. Letztere Risikofaktoren werden als proximal (= „am nächsten gelegen“ bezeichnet, weil es sich um Einflüsse handelt, die nicht so sehr stabil und personal sind, sondern auch stark von der jeweiligen Situation abhängen, in der die

Person sich befindet. Missbrauch oder Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen entwickelt sich dann, wenn eine entsprechende Vulnerabilität durch die in der Abbildung beschriebenen personalen, familiären bzw. sozialen Faktoren gegeben ist, und proximale Risikofaktoren das Auftreten von Suchtproblemen zusätzlich begünstigen. Dabei kann der Substanzabhängigkeit ein missbräuchlicher Konsum vorangehen, dies ist aber nicht immer der Fall. Solche oder ähnliche Modelle liegen vielen Studien zur Entstehung von Suchtstörungen zugrunde, die dann prüfen, welche Einflüsse besonders bedeutsam sind, wie diese untereinander in Beziehung stehen, und ob weitere Aspekte wie Geschlechtsunterschiede oder die Zeit des Auftretens bestimmter Stressoren eine Rolle spielen. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass empirisch vor allem die in Tabelle 1 aufgeführten Einflüsse den Beginn und negativen Verlauf eines Substanzmissbrauchs begünstigen (vgl. z.B. Phillips et al, 2000; Loxley et al., 2004). Grundsätzlich hat sich gezeigt, dass für das Kindesalter personale Faktoren sowie Eltern- und Familienmerkmale die besseren Prädiktoren für spätere substanzbezogene Störungen sind, während im Jugendalter eher

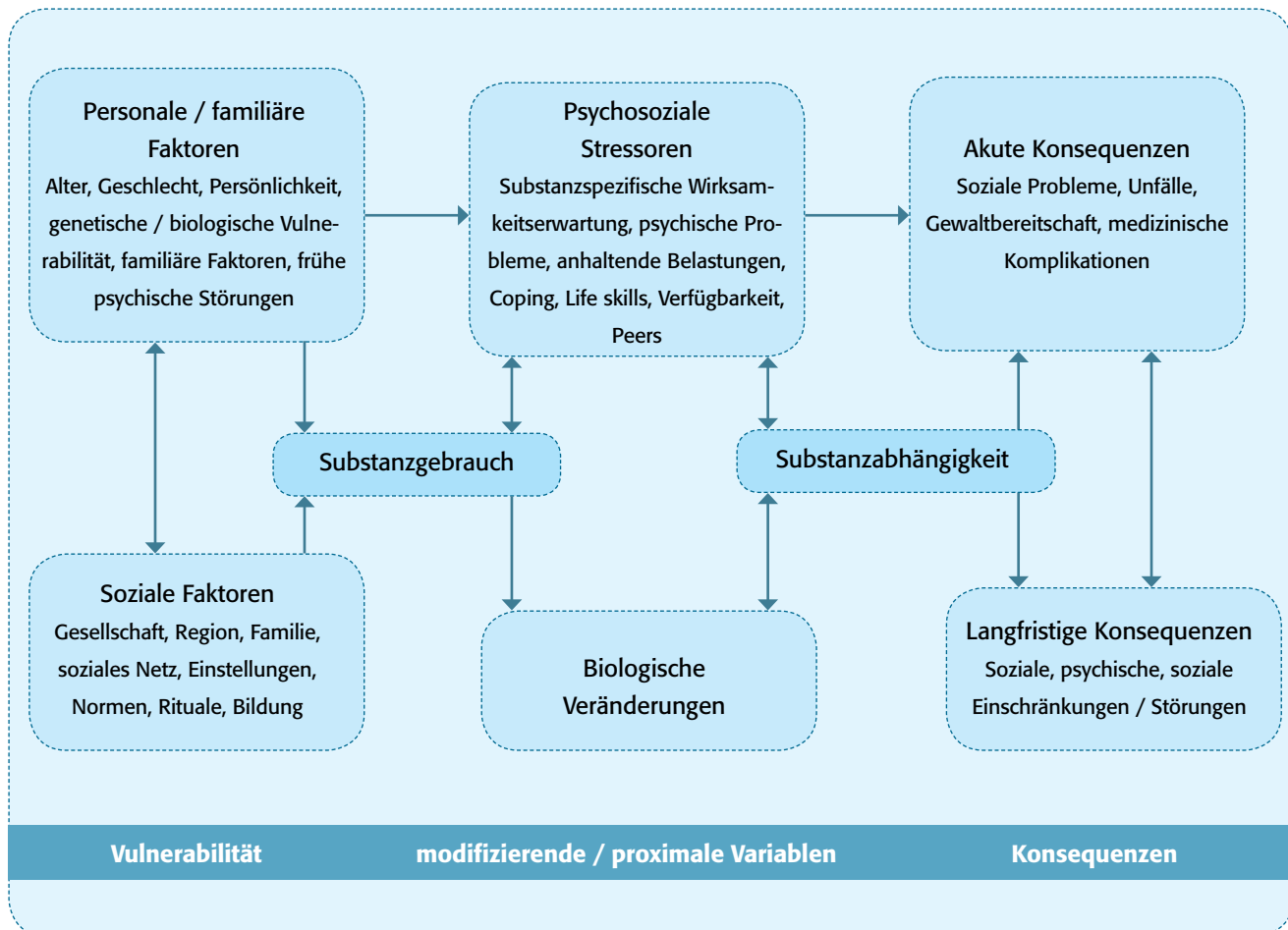


Abbildung 1: Modell zur Entstehung von substanzbezogenen Störungen (modifiziert nach Lieb et al., 2000; Thomasius et al., 2005)

Peer- und sozioökonomische Merkmale Suchtprobleme vorhersagen (nach Kaplow et al. 2002). Bedeutsame Zusammenhänge zwischen familiären Risikofaktoren und Substanzmissbrauch sind gut belegt. Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen beginnt zu einem Zeitpunkt, wo diese noch bei ihren Herkunftsfamilien wohnen – in Europa und Nordamerika im Alter von etwa 14–15 Jahren. Insgesamt lassen sich folgende familiäre Risikofaktoren festhalten (vgl. z.B. Reinherz et al., 2000):

- Genetische Prädisposition, Fälle von Psychopathologie in der Familiengeschichte
- Gewalt- und Missbrauchserfahrungen des Kindes (auch in Zeugenschaft)
- Mehrgenerational tradierte gestörte Familienverhältnisse
- Probleme der Eltern untereinander, dissoziales Verhalten der Eltern
- Eltern und/oder Geschwister als negative soziale Modelle des Substanzgebrauchs
- Fehlende elterliche Wärme, geringe Eltern-Kind-Bindung (v. a. in Bezug auf die Mutter), fehlende Offenheit

- in der Art der familialen Kommunikation, unklare Grenzen zwischen Familienmitgliedern
- Erziehungsstil der Eltern: gleichgültig oder autoritär
- Soziale Isolation der Familie nach außen
- Armut oder sozialer Abstieg der Familie
- Überforderung, Krankheit, Stress eines Familienmitglieds
- Scheidung, Todesfall in der Familie
- Zugehörigkeitsgefühl zur Herkunftsfamilie geringer als zu Gleichaltrigen

Merkmalsbereiche	Risikofaktoren
Personale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht männlich • relativ jünger bei Beginn des Substanzkonsums • höhere Ausprägung von Depressivität • hohes Stresserleben
Familiäre Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • mehr Probleme mit der Mutter • Vater gleichgültig gegenüber der Entwicklung des Kindes
Psychosoziale Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • schulische, Ausbildungs- oder Berufsprobleme des/der Jugendlichen • schlechtere Einkommenssituation des Vaters • früh-adoleszente Dissozialität • viele substanzmissbrauchende Peers
Proximal modifizierende Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> • Baseline-Substanzkonsum (Zahl konsumierter Substanzen) • bereits mehrere Vorbehandlungen • eher kurze Behandlungsdauer • Behandlungsabbruch

Tabelle 1: Risikofaktoren für den Beginn und negativen Verlauf von Substanzkonsum und Substanzmissbrauch (modifiziert nach Thomasius et al., 2005).

Eine Häufung mehrerer Faktoren steigert das Risiko, suchtkrank zu werden. Insgesamt sind nicht der Familientyp oder äußere Formen von Familie entscheidend für die Entwicklung substanzbezogener Störungen, sondern die Prozesse innerhalb der Familie: Kinder brauchen Wärme und Zuwendung, eine altersgemäße Förderung und Herausforderung und die Sicherheit einer verlässlichen Familiensituation. Auch eine funktionale Familie kann einen Substanzkonsum nicht völlig verhindern, sie senkt jedoch das Risiko für Substanzmissbrauch und negative Folgewirkungen des Konsums (vgl. Essau et al., 2002; Silbereisen, 1995).

Kinder süchtiger Eltern

Ein besonderes Risiko für Probleme mit Alkohol oder Drogen weisen Personen auf, deren Eltern, seien es ein oder beide Elternteile, an einer Suchterkrankung litten (vgl. Milne et al., 2009). Von einer elterlichen Alkoholstörung sind in Deutschland ca. 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter von bis zu 18 Jahren betroffen (Lachner & Wittchen, 1997; Klein, Ferrari & Kuerschner, 2003). Wie in einem Brennglas bündeln sich in diesen Familien häufig viele der oben genannten Risikofaktoren wie genetische Vererbung problematischer Merkmale, familiäre Konflikte und soziale Problemlagen. Kinder aus suchtkrank belasteten Familien berichten häufig von starken Ambivalenzgefühlen und Loyalitätskonflikten gegenüber den Eltern, aber auch von starken Belastungen aus der erschwerten Alltagsbewältigung mit

dem suchtkranken Elternteil (Klein, 2001; Fewell et al., 2011). Trotz des deutlich erhöhten Risikos gilt jedoch auch hier, dass es keinen Determinismus gibt: Viele Kinder aus suchtkrank belasteten Familien entwickeln später keine eigene Substanzstörung. Diese als «resilient» bezeichneten Personen weisen spezifische Merkmale auf wie innere Unabhängigkeit, Beziehungsfähigkeit und die Initiative, sich nach aussen (z.B. in Richtung sozialer oder sportlicher Aktivitäten) zu orientieren (Wolin & Wolin, 1995). Präventives Arbeiten mit Kindern suchtkranker Eltern sollte daher auf die Stärkung dieser Resilienzen abzielen, wie es z.B. das neu entwickelte Gruppenangebot «Trampolin» (vgl. Bröning et al., 2012) tut.

Familiäre Einflüsse auf den Verlauf von Suchterkrankungen

Soziale Beziehungen im direkten Umfeld Suchtkranker, vor allem die Beziehung zu eigenen Eltern, Kindern oder Partner bzw. Partnerinnen, aber auch deren Beziehungen untereinander haben sich in vielen Studien als bedeutsam für die Beendigung oder Aufrechterhaltung einer Substanzstörung erwiesen (vgl. zusammenfassend Thomasius & Küstner, 1995). Auch hier sind es wieder die interpersonellen Prozesse, d.h. der tägliche Umgang und die Kommunikation untereinander, die den ausschlaggebenden Einfluss auf die Entwicklung der Substanzproblematik nehmen. Dabei stellt die Suchterkrankung eine erhebliche Gefahr für das Familiensystem dar, das durch das Verhalten der

erkrankten Person stark belastet ist. Vor allem Ehepartner bzw. -partnerinnen und Kinder leiden häufig unter den destruktiven Begleiterscheinungen der Sucht wie Gewalt, Unberechenbarkeit, sexuellem oder emotionalem Missbrauch u. v. m. Gleichzeitig werden im klinischen Kontext häufig Verhaltensweisen der Ehepartner und -partnerinnen beobachtet, die vor allem im Kontext der Alkoholabhängigkeit eine Aufrechterhaltung der Sucht zementieren. Dazu gehört z.B. die übermäßige Verantwortungsübernahme für den Partner/die Partnerin, das Entschuldigen seines/ihrer Verhaltens, aber auch zwanghafte Kontrollversuche im Hinblick auf den Konsum der suchtkranken Person (vgl. Klein, 2005). Derartige Verhaltensmuster, die die Sucht des Partners oder der Partnerin noch verstärken, werden häufig als «Co-Abhängigkeit» bezeichnet. Allerdings wird diese Perspektive in letzter Zeit zunehmend kritisiert, da sie empirisch nicht belegt wurde, Angehörigen in gewisser Weise Schuld zuweist und in eine hilflos-passive Rolle drängen kann (Kläusler-Senn & Stohler; 2012; Orford, 2010).

Die eher individuelle Betrachtungsweise der Rolle Angehöriger sollte durch eine interaktionale Perspektive ergänzt werden, die gemeinsam entstandene Verhaltensmuster in den Fokus nimmt. So ist gerade die Wirksamkeit systemischer Therapie bei Substanzstörungen, die sich dem ganzen Familiensystem zuwenden, besonders gut belegt: In einer neueren Überblicksarbeit wurden aus den verfügbaren Studien positive und langfristig anhaltende Effekte

systemischer Interventionen vor allem für jugendliche, aber auch für erwachsene Suchtkranke konstatiert (vgl. von Sydow et al., 2010). In der Praxis der therapeutischen Behandlung von Suchtkranken sind familienbezogene Theorien und Methoden mittlerweile verbreitet und kommen in unterschiedlichen stationären und ambulanten Behandlungssettings zum Einsatz.

Fazit

Festgehalten werden kann, dass eine therapeutische Arbeit mit Substanzkonsumenten und -konsumentinnen familiäre Hintergründe abklären und am besten die Herkunftsfamilie mit einbeziehen sollte. In der präventiven Arbeit sollte vor allem eine Orientierung an proximalen Ressourcen erfolgen, gleichzeitig ist die Arbeit an Interaktionsmustern in der Familie und die Einbeziehung von Familienmitgliedern auch im Bereich der Prävention sinnvoll. Familiäre Risikofaktoren für Substanzmissbrauch überlappen sich großteils mit denen für Delinquenz und Verhaltensstörungen, weswegen Präventionsprogramme für Risikogruppen diese Störungen gemeinsam ansprechen sollten (vgl. Kumpfer et al., 1998). Ein Beispiel für ein derartiges Präventionsprogramm ist das neue Angebot «Familien Stärken», das derzeit in einer multizentrischen Studie am Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters evaluiert wird.

Literatur

- BRÖNING, S., WIEDOW, A., WARTBERG, L., RUTHS, S., HAEVELMANN, A., KINDERMANN, S., MOESGEN, D., SCHAUNIG-BUSCH, I., KLEIN, M. & THOMASIU, R. (2012). Targeting children of substance-using parents with the community-based group intervention TRAMPO-LINE: A randomised controlled trial – design, evaluation, recruitment issues. *BMC Public Health*, 12:223.
- EDWARDS, G., ARIF, A., HODGSON, R. (1981): Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: A WHO Memorandum. *Bulletin World Health Organization* 59: 225–242.
- ESSAU, C. A., STIGLER, H., SCHEIPL, J. (2002): Epidemiology and Co-Morbidity. Pp. 63–85 in: C.A. Essau (Ed.), *Substance Abuse and Dependence in Adolescence*. Hove UK: Brunner-Routledge.
- FEWELL, C. H. (2011). An attachment and mentalizing perspective on children of substance abusing parents. In S.L.A. Straussner and C.H. Fewell (Eds.), *Children of substance abusing parents: Dynamics and treatment*. NY: Springer.
- KLEIN, M. (2005): Alkoholabhängigkeit. S. 61–71 in: R. Thomasius, U. J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- DODGEN, C. E., & SHEA, W. M. (2000). *Substance use disorders. Assessment and treatment*. San Diego: Academic Press.
- GROB, A., JASCHINSKI, U. (2003): *Erwachsen werden*. Weinheim: Beltz PVU.
- KAPLOW, J. B.; CURRAN, P. J. & DODGE, K. A. (2000). The Conduct Problems Prevention Research Group. Child, parent and peer predictors of early-onset substance use: a multisite longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 30; 199–226 (2002).
- KLÄUSLER-SENN, C. & STOHLER, R. (2012) *Angehörige und Sucht: Zeit für einen Perspektivenwechsel*. Suchtmagazin (1), S. 5–10.
- KLEIN, M. (2001): Kinder aus alkoholbelasteten Familien: Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. *Suchttherapie* 2: 118–124.
- KUMPFER, K. L., OLDS, D. L., ALEXANDER, J. F., ZUCKER, R. A., GARY, L. E. (1998): Family Etiology of Youth Problems. Pp. 42–77 in: R. S. Ashery, E. B. Robertson, K. L. Kumpfer (Eds.), *Drug Abuse Prevention through Family Intervention. NIDA Research Monograph 177*. Rockville MD: National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse.
- LIEB, R., SCHUSTER, P., PFISTER, H., FUETSCH, M., HÖFLER, M., ISENSEE, B., MÜLLER, N., SONNTAG, H., WITTCHEN, H-U. (2000): Epidemiologie des Konsums, Missbrauchs und der Abhängigkeit von legalen und illegalen Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen: Die prospektiv-longitudinale Verlaufsstudie EDSP. *Sucht* 46: 18–31.
- LOXLEY, W., TOUMBOUROU, J.W. & STOCKWELL, T. (2004). The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence. Canberra: Commonwealth of Australia.
- MILNE, B. J., CASPI, A., HARRINGTON, H. L., POULTON, R., RUTTER, M., AND MOFFITT, T. E. (2009). Predictive value of family history on severity of illness: the case of depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Archives of General Psychiatry*, 66(7): 738–47.
- ORFORD, J., COPELLO, A., VELLEMAN, R. AND TEMPLETON, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17 (s1), pp. 36–43.
- PHILLIPS, S. D., HARGIS, M. B., KRAMER, T. L., LENSING, S. Y., TAYLOR, L., BURNS, B. J., ROBBINGS, J. M. (2000): Toward a Level playing Field: Predictive Factors for the Outcomes of Mental Health Treatment for Adolescents. *Journal of American Academy Child Psychiatry* 39: 1485–1495.
- REINHERZ, H. Z., GIACONIA, R. M., CARMOLA HAUF, A. M., WASSERMAN, M. S., PARADIS, A. D. (2000): General and Specific Childhood Risk Factors for Depression and Drug Disorders by Early Adulthood. *Journal of American Academy Child Psychiatry* 39: 223–231.
- SACK, P.-M., THOMASIU, R. (2009): Familiäre Einflüsse. S. 147–151 in: R. Thomasius, M. Schulte-Markwort, U.J. Küstner, P. Riedesser (Hrsg.), *Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- SILBEREISEN, R. K. (1995): Entwicklungspsychologische Aspekte von Alkohol- und Drogengebrauch. S. 1056–1068 in: R. Oerter, L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.
- Thomasius, R., Sack, P.-M., Küstner, U. J., Schindler, A. (2005): Drogenabhängigkeit. S. 81–94 in: R. Thomasius, U. J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- THOMASIU, R., KÜSTNER, U. J. (Hrsg.): *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
- VON SYDOW, K., SCHINDLER, A., BEHER, R., SCHWEITZER-ROTHERS, J., RETZLAFF, R. (2010): Die Wirksamkeit systemischer Therapie bei Substanzstörungen des Jugend- und Erwachsenenalters. *Sucht* 56 (1): 21–42.
- WOLIN, S., WOLIN, S. (1995): Resilience Among Youth Growing Up in Substance-Abusing Families. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse* 42: 415–429.

Förderung von Resilienz bei Kindern aus suchtbelasteten Familien

Sozial Benachteiligten Gesundheitschancen ermöglichen

Etwa 2,65 Mio. Kinder leben in Deutschland in Familien mit mindestens einem suchtkranken Elternteil. In Deutschland werden jedes Jahr etwa 10.000 Neugeborene mit Alkoholschäden zur Welt gebracht – davon etwa 4.000 mit dem Vollbild des fetalen Alkoholsyndroms (FAS). Sie sind lebenslang körperlich und geistig schwerbehindert. Für die übrigen etwa 6.000 Kinder kann durchaus auch eine Schädigung des zentralen Nervensystems (ZNS) vorliegen, mit abgeschwächter Symptomatik (z.T. kognitive und verhaltensbezogene Störungen). Hier spricht man von *Fetalen Alkoholeffekten (FAE)*. Darüber hinaus gibt es auch Schädigungen Neugeborener durch Tabak, Benzodiazepine und auch durch illegale Substanzen, wie Opiode, Kokain etc.

Hohe Vulnerabilität der Kinder

Gerade für Familien mit Eltern(teilen), die von illegalisierten Substanzen, z.T. auch mehrfach, abhängig sind, bedeutet die Geburt und insbesondere die ersten Entwicklungsjahre eine enorme Belastung. Wenn diese Familien sich nicht in einer prä- und perinatalen Betreuung oder Therapie befinden, keine wesentlichen Unterstützungen aus dem gesellschaftlichen Umfeld erfahren, Risikogeburten oder Entzüge gar unter der Geburt nicht wahrgenommen, und nicht dem Jugendamt gemeldet werden, entstehen hier besonders schwere Lebensausgangspositionen. Sind die Eltern(teile) gar noch aktuell im Suchtkreislauf von Finanzierung, Beschaffung und Befriedigung aktiv, und nicht in einer medizinischen Behandlung und/oder psychosozialen Betreuung, besteht laut verschiedener Studien eine hohe Wahrscheinlichkeit der Vulnerabilität der Kinder. Diese drückt sich darin aus, dass sie später ebenfalls eine Suchterkrankung ausbilden (etwa ein Drittel), oder erhebliche gesundheitlich-soziale Chancenungleichheiten bei der gesellschaftlichen Teilhabe erfahren (ebenfalls geschätzt

ein Drittel). Hier zeigt sich, dass Prävention und Ernstnehmen bestimmter protektiver Verhaltensweisen zu Ende gedacht und passgenaue Konzepte entwickelt werden müssen – auch gegenüber ‚gelegentlichem‘ Alkohol-, Tabak- oder übrigen Drogenkonsum.

Resilienzentwicklung

Trotz aller widriger Umstände scheint jedoch ein nicht unerheblicher Teil der Kinder die Phase der suchtbelasteten Belastungen im Elternhaus im Kindes- und Jugendalter nahezu unbeschadet zu überstehen. Woran liegt das? Welche Ressourcen und welche Schutzfaktoren braucht es? Kann man Resilienz (Widerstandsfähigkeit) gar fördern? Wie kann man Kinder stark machen, die z.T. erheblichen Belastungen ohne größere Schäden zu überstehen?

Analog zur Umkehr der Denkrichtung in der Gesundheitsförderung hat sich auch hier ein Wechsel in der Blickrichtung ergeben: wir gucken nicht nur nach den Risikofaktoren und Vulnerabilitäten – wir untersuchen auch, wie Menschen die biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken und Risikobelastungen meistern, d.h. welche Fähigkeit sie

entwickelt haben, Krisen durch Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu bewältigen und als Anlass für Entwicklungen zu nutzen. Wie können sich diese Menschen dennoch zu erfolgreich sozialisierten Erwachsenen entwickeln?

Zunächst haben Kinder in suchtblasteten Familien immer eine bestimmte Funktion, die sie ausüben und die sie die Belastungen ertragen lassen: der Held, der Sündenbock, das verlorene Kind, der Clown (n. Wegscheider 1988). In der Regel haben resiliente (junge) Menschen bereits früh Verantwortung übernommen und den Alltag mit süchtigen Eltern (teilen) bzw. anderen Geschwistern erfolgreich bewältigt. Deshalb erfahren sie bereits früh, dass sie es sind, die über ihr eigenes Schicksal bestimmen. Sie bilden Kontrollüberzeugungen und machen Erfahrungen von Selbstwirksamkeit. Sie vertrauen nicht auf Glück oder Zufall, sondern nehmen die Dinge selbst in die Hand. Sie ergreifen Möglichkeiten, wenn sie sich bieten. Sie haben oft ein realistisches Bild von ihren Fähigkeiten.

Wie lässt sich Widerstandsfähigkeit unterstützen?

Extern fördern kann man Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, indem man sie bei der Balance zwischen Stress erzeugenden Lebensereignissen und stärkenden Schutzfaktoren unterstützt, denn Resilienz ist ein Prozess. Das Gleichgewicht kann sich im individuellen Lebensverlauf oder durch neue Krisensituationen auch verändern. Es ist keine starre und allen äußeren Faktoren immune Form von Widerstandsfähigkeit.

Aber wie fördern und unterstützen?

Einige grundsätzliche Unterstützungsrichtungen, aus der Forschung (vgl. Jordan 2010) abgeleitet, lassen sich hier benennen:

Einsicht: Wissen/Wahrhaben über die Krankheit „Sucht“ in der Familie,

Unabhängigkeit: gefühlsmäßiges und räumliches Distanzieren von den Eltern, besonders in belastenden familiären Situationen,

Beziehungen: altersgemäße Entwicklung stabiler wechselseitiger Beziehungen zu Personen außerhalb der Familie (soziales Netzwerk),

Initiative: Überwindung des Gefühls der Hilflosigkeit durch Ausprobieren neuer Verhaltensweisen bis hin zu zielgerichteten Verhaltensstrategien,

Kreativität: künstlerische Ausdrucksformen, um innere Konflikte darzustellen,

Humor: Kreativität, um die Absurdität des problematischen Familienlebens zu erkennen,

Moral: Entwicklung eines eigenen familienunabhängigen Wertesystems, um Andere zu unterstützen und ihnen Gutes zu tun.

Literatur

JORDAN, S. (2010): Die Förderung von Resilienz und Schutzfaktoren bei Kindern suchtkranker Eltern, *Bundesgesundheitsblatt* 53: 340–346

WEGSCHEIDER, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. *Wildberg: Verlag Mona Bögner-Kaufmann, 1988*

Helden, Sündenböcke und Friedensstifter

Was brauchen Kinder aus suchtbelasteten Familien?

Kinder suchtkranker Eltern haben, im Vergleich zu Kindern nicht abhängigkeiterkrankter Eltern, ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko für eine spätere eigene Suchterkrankung oder eigenen Suchtmittelmissbrauch. Auch sind sie stärker gefährdet, eine psychische Störung, vor allem eine Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung zu entwickeln¹.

Auf den folgenden Seiten werden die Bedürfnisse und Belastungen näher betrachtet, die wir bei Kindern feststellen können, deren Eltern an einer Suchterkrankung leiden.

Die Sucht betrifft jeden in der Familie

„Unter meiner Sucht leide nur ich“, scheinen manche Eltern, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, anzunehmen. Wenn sie nur nicht direkt vor den Augen ihres Kindes konsumieren, würde es ja gar nichts davon mitbekommen. Sie wollen oder können sich nicht vorstellen, dass die Wirkungen, die der Konsum des Suchtmittels bei ihnen auslöst, von ihren Angehörigen bemerkt werden oder ihre Kinder seelisch belasten können.

Andere wiederum konsumieren so offen und selbstverständlich, dass es

für die Kinder zur Normalität wird.

Eine Patientin sagte mir einmal:

„Ich habe nicht gewusst, dass meine Eltern Alkoholiker waren. Ich dachte, das sei immer so: Kinder trinken Limo oder Saft, Erwachsene trinken eben Alkohol.“

Einige Betroffene vertreten auch den Standpunkt, dass es niemanden etwas angeht, ob und was sie konsumieren – vor allem ihre Kinder nicht.

Aber die Sucht eines Familienmitgliedes betrifft nicht nur den Konsumierenden selbst – sie betrifft alle, die mit dem bzw. der Betroffenen leben. Insbesondere Kinder, die für ihre gesunde Entwicklung auf die stabile emotionale Verfügbarkeit ihrer versorgenden Bezugspersonen angewiesen sind, können durch das elterliche Suchtverhalten stark belastet werden.

Doch wie weit reicht diese Belastung? Welche Bereiche des kindlichen Erlebens können beeinträchtigt werden und müssen daher vom Umfeld bei der Einschätzung von Unterstützungs- und Hilfebedarf berücksichtigt werden? Um uns dies zu verdeutlichen, bietet sich ein Blick auf die kindlichen Grundbedürfnisse an, also jene Bedingungen, die ein Kind grundsätzlich braucht, um sich psychisch gesund entwickeln zu können. Dieser sen-

sibilisierte Blick ermöglicht uns eine Einschätzung, welche Bedingungen in suchtbelasteten Familien unter Umständen nicht immer verlässlich erfüllt werden können:

Nach Klaus Grawe zählen zu diesen elementaren Grundbedürfnissen, die alle Menschen von frühester Kindheit an zu erfüllen suchen,

- das Bedürfnis nach Bindung
- das Bedürfnis nach Selbstwert-erhöhung und Selbstwertschutz
- das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle.



Abb. 1: Grundbedürfnisse nach Grawe

Im glücklichen Fall, wachsen wir in einem Umfeld auf, das uns durch Wärme und verlässliche Zugewandtheit, durch Zuspruch, Lob und Förderung, bei klaren Regeln, angemessener Förderung und stabilen Strukturen Schutz, Sicherheit und Geborgenheit gibt. Wir können erleben, dass wir liebens- und schützenswert sind, dass wir Teil eines Systems sind, in dem wir einen sicheren Platz haben – einen Platz, der nie in Frage gestellt wird.

Als Kinder sind uns zudem die Spielregeln der Welt noch fremd, ebenso wie der Umgang mit unseren Gefühlen. Wir sind daher darauf angewiesen, eine Vertrauensperson zu haben, die uns ein angemessenes Bild der Welt vermittelt und uns lehrt, unsere Gefühle wahrzunehmen und zu regulieren.

Werden diese Bedürfnisse nur ungenügend oder gar nicht erfüllt, entwickeln wir Strategien, um ihnen zumindest zeitweilig nahe zu kommen. Ein Kind, das demnach keine Wärme und Zuwendung um seiner selbst willen erhält, wird sich Wege suchen, Aufmerksamkeit oder Zuwendung zu bekommen – durch Leistung, durch Witze oder irgendeine Aktion, die das ersehnte Ziel – elterliche Aufmerksamkeit – zeitweilig sicherstellen kann. Diese entwickelten Strategien können hilfreich sein, sie können aber auch ungünstige Verhaltensmuster darstellen, die das Kind in seiner gesunden Entwicklung stören.

Suchtverhalten schränkt die Erziehungskompetenzen ein

Bei suchterkrankten Eltern ist das Elternverhalten selten konsistent und verlässlich. Wie sich der konsumierende Elternteil in einer Situation gegenüber seinem Kind verhält, hängt nicht vom kindlichen Verhalten ab, sondern davon, wann, was und wie viel konsumiert wurde. Das bedeutet, dass ein Kind für das gleiche gezeigte Verhalten das eine Mal gelobt und das andere Mal bestraft werden kann. Als Folge richten die Kinder ihr eigenes Verhalten nicht nach ihren eigenen Bedürfnissen, den situativen Erfordernissen oder Interessen, sondern nach dem Suchtverhalten der Eltern aus.

Suchterkrankte Eltern haben abhängig von ihrem Suchtmittelkonsum mitunter sehr starke Wechsel in ihrer Stimmung und ihrem Verhalten. Auch ihre gezeigte Aufmerksamkeit und Zuwendung schwankt – ebenso wie ihr eigenes Bedürfnis nach Zuwendung und Kontakt. Abhängig vom aktuellen Zustand der Eltern erleben die Kinder Anklammerung oder Zurückweisung – völlig unabhängig von ihren eigenen Bedürfnissen oder Verhaltensweisen.

Auch die Fähigkeit zur Empathie wird durch den Suchtmittelkonsum beeinträchtigt. So ist es den Eltern dann nicht möglich, die Emotionen ihrer Kinder wahrzunehmen und sich einzufühlen. Die emotionale Verfügbarkeit ist abhängig vom Suchtverhalten und daher zeitweilig reduziert oder ausgeschlossen. Sie können ihren Kindern in diesem Zustand nicht den angemessenen Umgang mit belastenden Gefühlen vermitteln.

Wir finden in Familien mit Suchtverhalten zudem vermehrt Streit und heftige Gefühlsausbrüche². Häufiger als in unbelasteten Familien kommt es zu psychischer oder körperlicher Gewalt oder zu Vernachlässigung. Begünstigt wird dies auch durch die in Rauschzuständen erkennbare, verminderte Fähigkeit zur Impulskontrolle und die eingeschränkte Fähigkeit zum Perspektivwechsel.

Eine andere Patientin beschrieb: „Wenn mein Vater abends nach Hause kam, habe ich immer an meinem Fenster gesessen und auf ihn gewartet. Wenn er das Gartentor aufmachte, konnte ich sehen, wenn er viel getrunken hatte. Dann hab ich gewartet, bis er die Haustür aufschloss und bin durchs Fenster abgehauen.“

Nach dem Genuss spezifischer Suchtmittel oder einer großen Menge eines Suchtmittels, ist der Elternteil mitunter gar nicht mehr handlungsfähig. Als Beispiel möge hier ein übermäßig alkoholisierter Erwachsener dienen, der sich selbst nicht mehr auf den Beinen halten kann, verwaschen spricht, keinen klaren Gedankengang mehr äußern und keine Gefahren einschätzen kann. Zur verantwortungsvollen Betreuung, Versorgung und Erziehung eines Kindes ist in diesem Zustand sicher niemand in der Lage. Das Kind ist auf sich selbst gestellt, ohne Führung oder Unterstützung durch die Eltern. Die mit dem Suchtmittelkonsum einhergehenden Veränderungen in der Wahrnehmung und im Verhalten können die Erziehungsfähigkeit der Eltern erheblich einschränken.

Implizite, stabilisierende Familienregeln

Doch wieso sind diese erkrankten Systeme stabil? Wie können sich die schädigenden Strukturen oft über Jahre halten und Hilfe von außen verhindern?

Ein Grund könnte in den unausgesprochenen Familienregeln liegen, die wir bei Suchterkrankungen häufig finden. Sie müssen nicht explizit festgelegt oder festgeschrieben werden, sondern entwickeln sich in der Regel implizit und werden von den einzelnen Familienmitgliedern nicht offen kommuniziert.

Demnach bestimmt die Sucht den Alltag der Familie. Sie bildet den Mittelpunkt aller Aktivitäten. An ihr wird das Leben jedes Einzelnen ausgerichtet und der Umgang der Familienmitglieder untereinander und gegenüber Außenstehenden bestimmt.

Der bzw. die Suchterkrankte selbst trägt nach diesem Modell keine Verantwortung. Er oder sie ist das Opfer ungünstiger Umstände oder schwierig und ungerecht assoziierter Lebenssituationen. (Man trinkt z.B., weil man so unter Druck steht, zu viel oder zu wenig Arbeit hat.) Der Zustand in der Familie wird zwar als schwierig eingeschätzt, gilt aber dennoch als erhaltenswert – es könnte schließlich durch Veränderungen noch schlimmer werden. Die tatsächliche eigene Befindlichkeit, die aus den Auswirkungen der Sucht des bzw. der Einzelnen resultiert, darf von den Familienmitgliedern nicht ausgesprochen werden.

Für Kinder hat dies recht erhebliche Folgen: Sie können sich mit niemandem inner- oder außerhalb der Familie über das Erlebte austauschen und sich somit auch keine Unterstützung holen. Sie können die eigenen Gefühle von Ärger, Wut, Angst, Scham oder Traurigkeit nicht äußern und ziehen sich von anderen zurück. Auch befinden sie sich in einem erheblichen Loyalitätskonflikt.

Mögliche Auswirkungen auf die Kinder

Als Folge der vermehrten Isolation zeigen Kinder mit suchterkrankten Eltern häufig Defizite im Bereich der sozialen Kompetenzen. Sie haben weder in ihren Eltern verlässliche Lernmodelle, noch können sie aufgrund des eigenen Rückzugs in anderen sozialen Kontexten die entsprechenden Verhaltensweisen und Strategien erlernen. Kinder aus suchtbelasteten Familien fallen häufiger durch Hyperaktivität oder durch Störungen in ihrer Aufmerksamkeit auf als ihre Altersgenossen. Sie zeigen auch häufiger depressive Symptome und/oder Ängste. Die Belastungen der Kinder äußern sich vermehrt durch somatische und psychosomatische Symptome und schlechtere Schulleistungen.

Nach Zobel beschreiben Kinder, deren Eltern an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, dass sie sich häufiger unsicher und unbehütet fühlen und ihre Umgebung eher als chaotisch einschätzen. Die eigene Familienatmosphäre wird von den Kindern als dysfunktional bewertet. Auch die Eltern selbst werden von den Kindern als negativ erlebt, als verständnislos und wenig liebenswert beschrieben. Vergegenwärtigen wir uns die Auswirkungen der Sucht auf die sozialen und die erzieherischen Kompetenzen, können wir diese Sicht der Kinder sicher nachvollziehen.

Unausgesprochene Familienregeln:

- Das Wichtigste im Familienleben ist die Sucht.
- Niemand darf erzählen, was zuhause tatsächlich passiert.
- Die Sucht ist nicht die Ursache von Problemen.
- Der Abhängige ist für seine Sucht nicht verantwortlich.
- Der Status quo muss erhalten bleiben.
- Niemand darf sagen, wie es ihm wirklich geht.

Abb. 2: Familienregeln nach Wegscheider

Erschreckend ist vor allem, dass Kinder mit suchtkranken Eltern vermehrt die Erfahrungen körperlicher oder seelischer Gewalt machen und häufiger sexuellem Missbrauch ausgesetzt sind als Kinder in unbelasteten Familien³. Ungünstig ist vor diesem Hintergrund auch, dass sie in ihrem Umfeld weniger vertrauensvolle Personen benennen können und auch bei nahen Angehörigen weniger Rückhalt bekommen.

Der vorherrschende Bindungsstil ist daher ein unsicherer. Wir wissen von unsicher gebundenen Kindern, dass sie weniger Selbstvertrauen zeigen und weniger in Gruppen von Gleichaltrigen integriert sind. Sie verfolgen kaum beziehungsorientierte Strategien und können über ihr Leben vorwiegend nur unklare Äußerungen machen. Insgesamt verhalten sich bindungsunsichere Kinder sozial auffälliger als sicher gebundene.⁴

Kindliche Bewältigungsstrategien

Um auch in einem ungünstigen Familienumfeld bestmöglich zurecht zu kommen, versuchen die Kinder, sich anzupassen. Sie entwickeln unterschiedliche Strategien, um ihre Bedürfnisse nach Schutz, Bindung, Orientierung, Selbstwert, Autonomie und anderem zu erfüllen. Diese Strategien können zwar für den Augenblick hilfreich erscheinen, sich aber langfristig auch erheblich nachteilig auf die Entwicklung und seelische Gesundheit der Kinder auswirken. Wegscheider, Ackermann, Lambrou, Black und Jacob haben dabei bestimmte Verhaltenstypen ausgemacht, die sich bei Kindern gehäuft zeigen. Sie werden hier exemplarisch als mögliche Bewältigungswege aufgezeigt.⁵

Der Held

Dieser Stil wird in der Literatur auch als „Macher“, „das verantwortungsbewusste Kind“, „Elternkind“, oder „Vorzeigekind“ beschrieben. Wenn die Eltern nicht in ausreichendem Maß vermitteln können, dass das Kind selbst liebenswert ist, sucht es sich andere Wege, um sein Bedürfnis nach elterlicher Aufmerksamkeit zu befriedigen.

Es bemüht sich um sehr gute Leistungen in der Schule, im Sport oder in anderen Aktivitäten, um Anerkennung und Lob zu erhalten. Sein Bedürfnis nach Orientierung erfüllt es sich durch gerichtete Aktivitäten. Es regelt Probleme allein und verlässt sich nur auf sich selbst, nicht auf andere. „Helden“-Kinder leiden häufig unter Ärger, psychosomatischen Problemen und Perfektionismus.

Der Sündenbock

Dieser Stil wird auch als „das ausagierende Kind“ oder „das schwarze Schaf“ bezeichnet. Im Gegensatz zum „Helden“ sichert sich „der Sündenbock“ Aufmerksamkeit durch oppositionelles Verhalten und Auflehnung. Das Kind äußert Gefühle von heftiger Wut, Trotz und Feindseligkeit. Dabei zeigt es wenig Selbstvertrauen. Mit seinem problematischen Verhalten lenkt das Kind von dem Problem des Suchtmittelkonsums der Eltern ab.

Das verlorene Kind

Kinder, die dieses Verhalten zeigen, werden auch als „das fügsame Kind“, „das unsichtbare Kind“ oder „Schweiger“ bezeichnet. Sie schützen sich durch den Rückzug in ihre eigene Welt, verhalten sich unauffällig und vermeiden Konflikte. Diese Kinder haben Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen, fühlen sich einsam und unwichtig. Wenn sie Anerkennung erhalten, dann meist für ihr angepasstes Verhalten.

Der Friedensstifter

Diese Kinder werden auch „der Clown“, „das Maskottchen“ oder „das „Nesthäkchen“ genannt. Sie verschaffen sich Aufmerksamkeit durch Spaß und Aufgeschlossenheit. Dabei wirken sie unreif, wenig belastbar und werden, wenn Geschwister vorhanden sind, geschützt. Es besteht eine Neigung zu Konzentrationsstörungen, Lernstörungen oder Hyperaktivität. Nach Black (1998) haben diese Kinder wenig Kontakt zu den eigenen Bedürfnissen und fühlen sich schuldig, wenn sie sich um sich selbst kümmern.

Herausforderungen in der Kontaktherstellung

Wir können nicht erwarten, dass ein Kind, das unter der Suchterkrankung eines Elternteils leidet, aktiv um Hilfe bittet. Die impliziten oder auch expliziten Kommunikationsverbote erschweren es den Kindern, sich anderen anzuvertrauen und Hilfe von außen anzunehmen. Auch befinden sich die Kinder in einem Loyalitätskonflikt. Sie möchten nichts Negatives oder Beschämendes über ihre Familie nach außen tragen.

Es kann daher vorkommen, dass ein Kind belastende Zustände verschweigt, sie beschönigt oder abschwächt. Das Kind hat ein hohes Bedürfnis nach Transparenz im Beratungskontext und fürchtet in der Regel massive Eingriffe, welche die Familie durcheinander bringen können. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens sind daher aufgefordert, sich den Kindern als verlässliche Ansprechpartner und -partnerinnen zu präsentieren. Sie sollten sich bewusst machen, dass das Kind unter Umständen zum ersten Mal mit einem/einer Außenstehenden über die familiären Schwierigkeiten spricht. Ein zu heftiges oder druckvolles Vorgehen kann dazu führen, dass das Kind den Kontakt abbricht und sich zurückzieht,

schweigt oder die häusliche Belastung leugnet. Es ist daher wichtig, dem Kind zuzuhören, ohne die Eltern abzuwerten oder zu verurteilen. Ansonsten könnte es meinen, die Eltern schützen zu müssen und würde sich nicht weiter anvertrauen. Hilfreich ist ein ruhiges Vorgehen, um Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten auf zu zeigen und dem Kind Raum zu geben, sich zu entlasten und eigene Wünsche anbringen zu können.

Wenn wir die potentiellen Auswirkungen des Suchtmittelkonsums von Eltern auf die in der Familie lebenden Kinder kennen, können wir eventuelle Gefährdungen des Kindeswohls sicherer erkennen. Wir sind damit besser in der Lage, gezielte und angemessene Hilfen zu entwickeln. So können wir die Kinder dabei unterstützen, trotz möglicherweise erheblicher Belastungen, psychisch gesund zu bleiben.

- 1 Klein M: Kinder suchtkranker Eltern. In: Prävention extra - Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 2/2007
- 2 Klein & Zobel: Kinder in suchtblasteten Familien-Psychologische Suchtforschung unter transgenerationaler und soziologischer Perspektive
- 3 Zobel, M: Kinder aus alkoholbelasteten Familien, Hogrefe 2006
- 4 Grossmann und Grossmann: Bindungen - das Gefüge psychischer Sicherheit, Klett-Cotta 2004
- 5 Zobel, M: Kinder aus alkoholbelasteten Familien, Hogrefe 2006

Kooperationsvereinbarung zum besseren Schutz von Kindern suchtmittelabhängiger Eltern

Hintergrund

In Deutschland leben nach Angaben der Bundesdrogenbeauftragten (Mai 2009) ca. 1,3 Millionen Alkoholabhängige und ca. 200.000 Menschen, die von illegalen Drogen abhängig sind. Untersuchungen zufolge leben 34 % der opiatabhängigen Frauen mit mindestens einem Kind zusammen (Stand Jahrbuch Sucht 2009).

Für den Raum Hannover als städtisches Ballungsgebiet mit einer über dem Landesdurchschnitt liegenden Zahl Opiatabhängiger liegen lediglich Schätzungen vor, nach denen es 4.000 bis 5.000 Heroin- bzw. Kokainabhängige, 16.000 bis 18.000 Alkoholabhängige, 9.000 bis 10.000 Medikamentenabhängige sowie 3.000 bis 4.000 Konsumenten von Designerdrogen (Ecstasy, LSD, Amphetaminen etc.) gibt (Angaben des Drogenbeauftragten der Landeshauptstadt Hannover).

Während es in der Vergangenheit nur wenige Drogenabhängige mit Kindern gab, ist die Zahl der drogenabhängigen Eltern u.a. mit der Einführung der Substitutionsbehandlung und ihrem stabilisierenden Effekt gestiegen. Hieraus ergibt sich die dringende Notwendigkeit zur effektiveren Verknüpfung zwischen dem medizinischen Bereich,

der Suchthilfe und der Kinder- und Jugendhilfe, um die Belange der Betroffenen besser zu berücksichtigen.

Kooperationsvereinbarung des Arbeitskreis „Familie und Sucht Hannover“

Aus einer 1997 im Rahmen einer Landtagsanfrage gegründeten Arbeitsgruppe „Substitution und Schwangerschaft“ (Fachbereich Jugend und Familie/Landeshauptstadt Hannover) und der Arbeitsgruppe „Drogenembryopathie“ (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt, NLGA) entstand Anfang 2006 der Arbeitskreis „Familie und Sucht Hannover“.

Das an der Praxis und Arbeit vor Ort ausgerichtete Ziel des neuen, vom Niedersächsischen Landesgesundheitsamt moderierten Arbeitskreises war und ist es, über ein Kooperationsmodell eine Verbesserung der Versorgungsstruktur für geborene und ungeborene Kinder aus suchtblasteten Familien zu erreichen.

Dabei hat die gemeinsam erarbeitete Vereinbarung nur empfehlenden Charakter. Sie soll die Zusammenarbeit der beteiligten Einrichtungen im Rahmen der Hilfen für Kinder aus suchtblasteten Familien und für deren Eltern in der Stadt und Region

Hannover transparenter und effektiver gestalten. Dadurch soll auch erreicht werden, dass eine Kindesvernachlässigung oder Kindesmisshandlung vermieden oder zumindest frühzeitig erkannt und eine schnelle und angemessene Kooperation bei der Erbringung von Hilfen, mit sich zum Teil überschneidenden Zuständigkeiten, sicher gestellt wird.

Als Zielgruppen wurden gemeinsam festgelegt: Kinder und ihre Eltern, wenn die Eltern Suchtmittelmissbrauch betreiben oder suchtmittelabhängig sind bzw. substituiert werden sowie schwangere Frauen, die Suchtmittelmissbrauch betreiben oder suchtmittelabhängig sind bzw. substituiert werden.

Die Kooperationsvereinbarung hat zum Ziel dem Wohlergehen von Kindern suchtmittelabhängiger Eltern auch in den nicht originär für den Kinderschutz zuständigen Institutionen stärkere Aufmerksamkeit zu widmen. Betroffene Familien können so frühzeitig in adäquate Unterstützungsstrukturen eingebunden werden. Durch eine gelebte Vernetzung und ineinander greifende Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen der Suchthilfe, den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, den Familienhebammen sowie den medizinischen

Versorgungsbereichen von Eltern und Kindern sollen Probleme und Fehlentwicklungen zeitnah erkannt und eine Schädigung der Kinder vermieden werden. Ziel ist es, den Familien dauerhaft ein gemeinsames Leben und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen.

Ziele der Kooperationsvereinbarung

- Sicherung des Kindeswohls
- Unterstützung für ein dauerhaft gemeinsames Leben von Eltern und Kindern
- Förderung der elterlichen Kompetenzen
- Erkennung und Stärkung vorhandener Ressourcen bei Eltern und Kindern
- Förderung des altersgerechten Umgangs mit dem Kind
- Vermeidung bzw. frühzeitiges Erkennen von Fehlentwicklungen und Schädigungen der Kinder mit Eltern, die einen Suchtmittelmissbrauch betreiben und ggf. Einleitung wirksamer Gegenmaßnahmen
- Größtmögliche Teilhabe von Eltern und Kindern am gesellschaftlichen Leben (sozial, schulisch und beruflich)
- Frühzeitige Vernetzung der beteiligten Institutionen, um doppelte und ungeeignete Hilfen zu vermeiden
- Vermittlung geeigneter Hilfen mit dem Ziel der Überwindung der Suchterkrankung der Eltern, z.B. durch die Einleitung einer stabilen Substitutionsbehandlung
- Unterstützung des Ausstiegs schwangerer Frauen und Eltern aus der Suchtmittelabhängigkeit

- Schärfung des gesellschaftlichen Bewusstseins für die Notwendigkeit sachgerechter Hilfen für die betroffenen Schwangeren/Eltern/Kinder

Um diese Ziele zu erreichen, war der Prozess der gemeinsamen Erarbeitung der Vereinbarung wesentlich, er bewirkte ein gegenseitiges Kennenlernen der Organisationen, ihres Auftrags und ihrer Aufgaben, der verwendeten Instrumente und Methoden sowie der Möglichkeiten und Grenzen in der Arbeit. Das beinhaltete auch die Akzeptanz der spezifischen Kompetenzen der beteiligten Berufsgruppen und Institutionen. Wichtig war im Verlauf eine gleichberechtigte und hierarchiefreie Kommunikation miteinander, die verbindliche Koordination und Verantwortung, Kontinuität und Verlässlichkeit der Beteiligten sowie deren Konfliktfähigkeit. Kernelemente der Kooperationsvereinbarung sind neben Beschreibungen der beteiligten Partner und deren Erreichbarkeiten ausführliche Darstellungen von Aufgaben und Zugangswegen im Bereich der Betreuung suchtmittelabhängiger Eltern und ihrer Kinder sowie ein schematisches Ablaufdiagramm, welches aufzeigt was für Schritte bei einem entsprechenden Kontakt unter welchen Bedingungen eingeleitet werden müssen.

Standards gemeinsamen Handelns: Ablaufdiagramm

Das Ablaufdiagramm ist in der Regel nur anwendbar bei einem fortlaufenden Betreuungsverhältnis. Bei Kindern suchtmittelabhängiger Eltern ist grundsätzlich von einem Gefährdungsrisiko auszugehen.

Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung des Kindes ist eine frühzeitige Information des Jugendamtes – möglichst mit Wissen der Eltern – jederzeit möglich.

Evaluierung der Kooperationsvereinbarung

Auch nach der Verabschiedung der Kooperationsvereinbarung im Jahr 2010 wird die Arbeit im Arbeitskreis fortgesetzt. Zum einen soll anhand von Fallvorstellungen analysiert werden, ob sich die Vereinbarung am konkreten Beispiel bewährt, zum anderen sollen im Rahmen einer Evaluation Erkenntnisse gewonnen werden, welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen die Verbreitung und Umsetzung der Kooperationsvereinbarung in der Praxis beeinflussen. Im Detail wird untersucht, ob und in welchem Umfang die Vereinbarung in der praktischen Arbeit umgesetzt wird, ob die formulierten Ziele erreicht werden und ob es Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf hinsichtlich der vereinbarten Inhalte gibt. Hierzu werden zwei Untersuchungsmethoden angewandt. Mit Hilfe eines Fragebogens werden Bekanntheitsgrad, Relevanz und Handhabbarkeit der Kooperationsvereinbarung in den beteiligten Institutionen erfasst. Darüber hinaus werden qualitative Experteninterviews mit Multiplikatoren der Akteure und Akteurinnen im Hilfesystem geführt, um neben hemmenden Faktoren sowie Erfolgsfaktoren auch möglichen Änderungs- und Ergänzungsbedarf zu ermitteln. Die Erkenntnisse aus der Evaluation sollen genutzt werden, um gegebenenfalls Änderungen der Kooperationsstruktur vorzunehmen und in der Folge die

Bei Kontakt der Schwangeren, der Mutter, des Vaters oder der Eltern mit einem Kooperationspartner:
 Ausübung der fachspezifischen Aufgaben, Abklärung der Problemstellung und der Gefährdung des Kindes.
 Motivation der Mutter / des Vaters / der Eltern zur Zusammenarbeit im Rahmen des Hilfenetzwerks.
 Aufbau einer Vertrauensbasis unter Berücksichtigung, dass die Kinder in verschiedenen Settings oftmals nicht gesehen werden. Eine aufsuchende Arbeit kann nicht / nicht umfassend in allen Arbeitsbereichen geleistet werden.

Bereitschaft zur Zusammenarbeit

im Rahmen des Hilfenetzwerks. (Schweigepflichtentbindung, Einverständnis zur Kooperation mit gesamten Hilfesystem)

Aktivierung der Unterstützung von Kooperationspartnern mit den dafür vereinbarten Instrumenten (Fallbesprechung, Fallberatung, Fallkonferenz)

Information über die Situation / Probleme
 Austausch zwischen den Kooperationspartnern
 Klärung der Vorgehensweise
 Planung / Koordinierung der Hilfen
 Festlegung von Frequenz und Umfang der Hilfen
 Vereinbarung zwischen den Kooperationspartnern und Eltern
 Abklärung der Fallverantwortung / Prozessverantwortung

Prozessverantwortliche/r organisiert, koordiniert und kontrolliert den Prozess, informiert, macht Krisenmanagement und legt die Frequenz entsprechend dem Hilfebedarf fest (nicht zwangsläufig Jugendamt)

Hilfen greifen

Arbeit mit Eltern / Kind

Ende des Kooperationsbedarfs

Hilfen greifen nicht und / oder akute Gefährdung des Kindeswohls

Einleitung von Schutzmaßnahmen / Krisenintervention durch öffentliche Jugendhilfe

Keine Bereitschaft zur Zusammenarbeit

mit dem gesamten Hilfenetzwerk (nur eingeschränkte Schweigepflichtentbindung, Ablehnung zumindest von Teilen des Hilfesystems)

Keine akute Gefährdung des Kindes, ggf. Akzeptanz von einzelnen Hilfeangeboten
 Weiterhin Arbeit mit den Eltern, Beobachtung des Kindes

Kein Kontakt mehr zu Kind und Eltern, Risikoeinschätzung nicht möglich

Situation der Eltern / des Kindes verbessert sich nicht, Hilfen greifen nicht

Akute Gefährdung des Kindes

Meldung an das Jugendamt und / oder Treffen geeigneter Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls, z.B. stationäre Einweisung oder Kontaktaufnahme mit Suchtberatung der Eltern wenn bekannt oder Einberufung einer anonymisierten Fallberatung / Fallkonferenz

Ende des Kooperationsbedarfs

Zusammenarbeit mit der Zielgruppe weiter zu verbessern. Der Arbeitskreis erhofft sich als Nebeneffekt, dass auch über die Region Hannover hinaus das Bewusstsein für die Notwendigkeit sachgerechter Hilfen

für Betroffene wächst und der Ausbau vergleichbarer Netzwerke vorangetrieben wird.

Erste Ergebnisse der Evaluation sollen im April 2013 präsentiert werden.

Trampolin

Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken

Auf einem Netzwerktreffen 2010 hörte ich, Präventionsfachkraft der Drogenhilfe Hildesheim, zum ersten Mal von „Trampolin“, einem neuen Kurzinterventionsprojekt für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Das Projekt wird von dem Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSK) in Kooperation mit der Katholischen Fachhochschule Köln bundesweit in seiner Wirksamkeit erforscht.

In Hildesheim gab es bisher leider keine Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien.

Dann kam ein dringender Suchauftrag nach weiteren Praxisstandorten zur Forschungsteilnahme. Ich überprüfte, ob es nicht doch Möglichkeiten einer Umsetzung in Hildesheim geben könnte. Ich nahm Kontakt zu, einer Mitarbeiterin des Hildesheimer Jugendamts auf, die ihre Unterstützung zusagte.

Das Trampolin-Projekt wurde von Januar bis Juli 2011 durchgeführt. Wir benötigten zwei Kindergruppen, eine „Trampolin“-Gruppe, in der mit dem Trampolin-Manual suchtpädagogisch gearbeitet wurde und eine Kontrollgruppe, in der ausschließlich gespielt und das Thema Sucht nicht angesprochen wurde. Die direkte Arbeit mit

den Kindern fand in den Monaten März, April und Mai 2011 in Hildesheim statt.

Das Projekt Trampolin hat nichts mit Trampolinspringen zu tun, aber „es schützt und fängt sanft auf“. Es umfasst ein Gruppenangebot für Kinder zwischen 8 und 12 Jahren, die in einer Familie mit Alkohol- oder Drogenproblematik leben. Darüber hinaus werden zwei Begleitveranstaltungen für die betroffenen Eltern angeboten.

Die Interventionsgruppe mit fünf bis acht Kindern, traf sich mehrmals wöchentlich, um mit Hilfe des modulartig aufgebauten Programms Bewältigungs- und Handlungsstrategien an die Hand zu bekommen und dadurch besser mit ihren schwierigen Lebenslagen umgehen zu können. Es wurde ein zentrales Thema pro Modul mit den Kindern gemeinsam in 1,5 Stunden erarbeitet. Die Kinder erfuhren in der Gruppe ein sicheres Umfeld, in dem sie keine Angst haben mußten zu sagen, was sie denken und fühlen. Sie entdeckten durch ein abwechslungsreiches Programm u.a. mit Geschichten, Gesprächen und Fantasiespielen, mit Rollenspielen oder mit Entspannungs-, Bewegungsspielen ihre Stärken und Fähigkeiten. Sie

konnten diese erproben und erfahren dabei, wie Freiheit und Unabhängigkeit sich anfühlen können. Sie erlebten eine psychische Entlastung durch das Aufbrechen des Tabuthemas Sucht in der Familie. Dadurch konnten Sie sie mehr Selbstvertrauen gewinnen. Wie nach jedem gelungenen Sprung auf dem Trampolin!

Wie kann man so ein Projekt in der eigenen Stadt durchführen?

Nach der vertraglichen Vereinbarung mit den Forschungseinrichtungen starteten wir Anfang 2011 mit der Akquise der Kinder für die beiden Gruppen. Wir organisierten einen geeigneten Gruppenraum und arrangierten weitere Rahmenbedingungen, wie Zeitplanung der Gruppenangebote, Öffentlichkeitsarbeit und die Trampolinschulung für die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Hildesheim.

Wie haben wir Eltern und Kinder für das Trampolinprojekt gewinnen können?

Die Leitung des Sozialdienstes stimmte der Beteiligung des Jugendamtes als Projektpartner zu und stellte zur Unterstützung einen weiteren Mitarbeiter. Nach positiver Resonanz bei den pädagogischen Fachkräften wurde vereinbart, dass jede Sozialarbeiterin und jeder Sozialarbeiter im jeweiligen Bereich bekannte Familien mit Suchtproblematik ansprach.

Hatte die Familie Interesse an dem Programm, wurde diese an die Projektmitarbeiter und -mitarbeiterinnen weitergeleitet. Zeitgleich wurde für das Projekt bei stationären und ambulanten Jugendhilfeeinrichtungen, Erziehungs- und Suchtberatungsstellen, Hildesheimer Kinderärzten, -ärztinnen, und -therapeuten und -therapeutinnen sowie besonders intensiv beim Familienzentrum in der Hildesheimer Nordstadt vorgestellt. Das Familienzentrum in der Nordstadt ist eine große Einrichtung für Familien in der Stadt Hildesheim. Wir bekamen von ihnen Räumlichkeiten für die Durchführung des Projekts, in Form eines großen, hellen, kindgerecht gestalteten Raums mit Stuhlkreis, Basteltisch, Sofaecke und Teeküche zur Verfügung gestellt. Ebenso wurden wir vom Familienzentrum bei der Suche nach geeigneten Familien unterstützt.

Zeitgleich unternahm die Drogenhilfe eine intensive Aktenrecherche, Gespräche und Schriftverkehr, um Familien

zur Teilnahme zu finden und zu überzeugen. Zur Unterstützung bei der Durchführung des Projektes wurde eine Jahrespraktikantin frei gestellt. In der Vorbereitungsphase wurde vom Jugendamt kontinuierlich Kontakt zu den betreffenden Familien gepflegt und die Familien positiv motiviert. Parallel fand zu diesem Zeitpunkt eine große Berichterstattung in der Lokalpresse statt, die auf reges Interesse stieß.

Die praktische Durchführung

Jetzt begann die spannendste Phase des Projektes, der praktische Teil. Wir starteten mit 8 Kindern in einer „Trampolingrouppe“ und parallel mit 7 Kindern in der Kontrollgruppe „Hüpfburg“.

Für uns Projektmitarbeiter und Projektmitarbeiterinnen war besonders interessant, wie die Eltern und ihre Kinder auf das Projekt reagierten und ob wir Auswirkungen durch diese Kurzintervention bei Kindern und Eltern bemerken würden.

Wir starteten mit dem ersten Elternabend der Trampolingrouppe im März 2011. Der Abend verlief positiv. Es wurde eine Schweigepflicht innerhalb der Gruppe vereinbart und die Eltern nach ihren Wünschen für das Zusammenleben mit ihren Kindern gefragt. Sie wünschten sich vor allem, dass die Kinder mehr von sich selbst erzählten und mehr gemeinsam unternommen würde. Wir stellten ihnen die Inhalte und Ziele der Gruppenstunden der Kinder vor und luden

sie ein, ihren Kindern zu Hause den Raum zu geben, über die Gruppe und ihre Themen zu sprechen, sie dabei nicht auszufragen, sondern erzählen zu lassen. Nach anfänglicher Zurückhaltung berichteten viele detailliert von ihren familiären Hintergründen und Erziehungsschwierigkeiten. Uns wurde durch das zögerliche, misstrauische Verhalten der Eltern bestätigt, dass die Elternarbeit einen sehr sensiblen Umgang erfordert und die eigene Haltung ständig reflektiert werden musste. Das betraf sowohl die wahrnehmbare Alkoholfahne eines Elternteils als auch inhaltliche Darstellungen von Familienabläufen und dem Verhalten ihrer Kinder. Auf dem Elternabend, der nach Projektende im Mai stattfand, berichteten die Eltern von positiven Veränderungen ihrer Kinder. Sie erzählten, dass ihre Kinder offener geworden seien, es mehr Gespräche und Fragen über Sucht gegeben habe und dass sie ihre Kinder fröhlicher erlebt hätten. Wir selbst konnten beobachten, dass die Eltern sich gegenseitig aufmerksam zu hörten und die Beiträge mit eigenen Beobachtungen ergänzten. Sie wirkten auf uns als Gruppenleitung gelockert und möglicherweise erleichtert, dass sie als betroffene Eltern in ihrer Erziehungskompetenz trotz der Suchtbelastung wahrgenommen und angesprochen wurden. Sie konnten sich in diesem Rahmen ohne schlechtes Gewissen mit anderen Eltern austauschen.

Praxiserfahrungen aus den Gruppenstunden mit den Kindern

In der Kindergruppe sollen die Kinder effektive Stressbewältigungsstrategien erlernen, insbesondere einen konstruktiven Umgang mit Emotionen. Sie sollen psychische Entlastung durch Auflösung des Tabuthemas „Sucht“ erfahren, hilfreiches Wissen zur Wirkung von Alkohol und Drogen erwerben, ihr Selbstwertgefühl steigern und erfahren, dass sie auf ihre Situation Einfluss nehmen können. Schnell haben sich die Kinder an den allgemeinen, ritualisierten Ablauf der Gruppenstunden gewöhnt. Diese begannen nach der Begrüßung mit der Abfrage ihrer momentanen Befindlichkeit und dem Zeigen entsprechender Wetterkarten „Sonne“, „Gewitter“, „bewölkt“ oder „Regen“. Das machten sie schnell, unaufgefordert und gerne. Die Hausaufgaben, genannt „Idee für die kommende Woche“ interessierte die Kinder weniger. Auch fiel es ihnen schwer, am Ende der Stunde mit dem Weiterreichen des Glückssteins Komplimente an den Sitznachbarn bzw. die Sitznachbarin zu verteilen. Am liebsten bastelten sie, machten Rollenspiele und kommentierten Geschichten zum Thema Sucht mit eigenen Erfahrungen. Gegen Ende jeder Stunde wurde in der Sofaecke eine Entspannungsgeschichte vorgelesen. Für einige waren diese Geschichten schön entspannend, fast einschläfernd, für andere war das Zuhören schwer auszuhalten und wurde mit „langweilig“ kommentiert.

Praxiserfahrungen mit der Kooperation vor Ort

Die Durchführenden des Programms mussten viel Zeit, Geduld und Beharrlichkeit aufbringen. Besonders die Akquise der Familien war sehr aufwändig und erforderte sanften Druck, um zur Teilnahme zu motivieren. Mit der Erstellung des Trampolin-Manuals durch die Projektleitung ist schon sehr viel vorgearbeitet worden. Dieses Programm lässt sich in der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien gut anwenden. Es bietet die Möglichkeit der Flexibilität und der individuellen Anpassung je nach Gruppe und Rahmenbedingungen vor Ort. Wir empfehlen, die Inhalte und die Reihenfolge der Module der Gruppenstunden beizubehalten, da die Themen gut aufeinander aufbauen.

Reflexion und Ausblick zum Einsatz des Trampolinprojekts in Hildesheim

Es gab eine starke Resonanz auf das Angebot und der von uns vermutete Bedarf wurde bestätigt. Durch große Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit, wurde die Sensibilisierung beteiligter und nicht beteiligter Einrichtungen für das Thema Sucht mit Blick auf Kinder gestärkt. Es gibt bereits Nachfragen nach einem Folgeprojekt und Anmeldungen einzelner Kinder. Gewünscht wird ein Folgeprojekt 2013 für Stadt und Landkreis Hildesheim sowie mittelfristig die Installierung eines festen Trampolinangebots für den Raum Hildesheim.

Mit Ende des Projekts sind die Themen noch nicht zu Ende: „Es war viel Arbeit. Es war eine gute Arbeit und es hat sich gelohnt.“

Das ESCapade Projekt

Ein familienorientiertes Interventionsprogramm für Jugendliche mit problematischer Computernutzung¹

Die Ausgangslage

Das Internet ist längst zu einem festen Bestandteil unseres Alltags geworden. Seine Vielfältigkeit, die Schnelligkeit der Kommunikation und die Bandbreite der Dienstleistungen machen es unter anderem zu dem beliebtesten und meistgenutzten Medium der 12 bis 19 Jährigen (mpfs).

Die Faszination der Online-Welt ist schnell nachvollziehbar. Das Angebot ist vielfältig und reichhaltig. Neben einem weiten Spektrum an Interaktionsmöglichkeiten, das den Austausch untereinander mit einem gemeinsamen Thema schnell und ausführlich ermöglicht, bietet die virtuelle Erlebniswelt Erfahrungen von Macht, Herrschaft und Kontrolle an. Zudem lässt sie genügend Raum für persönliche Gestaltungsmöglichkeiten und erlebbares Gruppengefühl. Der Nutzende ist nicht länger nur Rezipient, sondern handelnder Akteur bzw. Akteurin in einer Welt, die aktiv mitgestaltet werden kann.

Vielen, insbesondere jugendlichen Nutzern und Nutzerinnen, fällt es schwer, die Zeit mit dem Medium zu begrenzen und dabei Schule, Beruf, Familie und andere Freizeitaktivitäten

nicht zu vernachlässigen. So ließen sich in den vergangenen zehn Jahren vermehrt exzessive oder sogar pathologische Nutzungsmuster im Zusammenhang mit dem Internet beobachten.

Etwa 560.000 der 14- bis 64-Jährigen gelten in Deutschland heute laut einer aktuellen Studie des Bundesministeriums für Gesundheit als internetabhängig². Weitere 2,5 Mio. von ihnen nutzen das Internet auf problematische Weise. Die Altersgruppe der 14- bis 24-Jährigen ist mit 250.000 Abhängigen und 1,4 Mio. problematischen Nutzern bzw. Nutzerinnen besonders betroffen (PINTA Studie; Bundesministerium für Gesundheit; 2011). Wenn Jugendliche in Onlinespielwelten und Chatforen abtauchen, kommt es nicht selten zu Konflikten in der Familie. Auseinandersetzungen über die Computernutzung können eskalieren und belasten alle Familienmitglieder. Hierauf hat die Drogenhilfe Köln im Jahr 2010 reagiert und mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Bundesmodellprojekt ESCapade ein familienorientiertes Interventionsprogramm geschaffen. Ziel des Projektes war es sich nicht einseitig auf mögliche Suchtrisiken zu fokussieren, sondern durch einen

familienorientierten Interventionsansatz neben den individuellen Problemlagen des Jugendlichen auch die familiären Konflikte mit einzubeziehen. Die Erarbeitung von systemischen und individuellen Lösungsstrategien sollen so ermöglicht und eine langfristige Stabilisierung des Jugendlichen begünstigt werden. Um die Wirksamkeit der Intervention zu überprüfen, wurde das Projekt über die gesamte Laufzeit von der katholischen Hochschule in Köln wissenschaftlich begleitet und evaluiert.

Die Zielgruppe

Hintergrund waren die Ergebnisse der Jim-Studie aus dem Jahr 2010 (mpfs, 2010) die belegen, dass mittlerweile alle deutschen Haushalte über einen Internetzugang und 52 % der Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren über einen eigenen Zugang im Kinder- bzw. Jugendzimmer verfügen. Daher richtete sich das Projekt ESCapade an die Familien mit Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 18 Jahren. Die Familien mussten folgende Voraussetzungen erfüllen:

- » problematisches Computernutzungsverhalten des Jugendlichen, jedoch noch keine manifeste Abhängigkeit

- » psychosoziale Folgeerscheinungen durch die Computernutzung wie z.B. Leistungsabfall in der Schule, sozialer Rückzug oder Konflikte in der Familie. (Screening anhand des OSVK-S von Wölfling et al. 2010)
- » Bereitschaft und Einverständnis mindestens eines Elternteils bzw. gesetzlichen Vormund sowie der oder des Jugendlichen, an ESCapade teilzunehmen
- » ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache

Die primäre Zielsetzung von ESCapade lag in der Reduktion der psychosozialen Auffälligkeiten des Jugendlichen und in der Veränderung ihres Computernutzungsverhaltens. Durch die Teilnahme am Programm sollte die erlebte Belastung aller teilnehmenden Familienmitglieder aufgrund von Auseinandersetzungen rund um die Computernutzung reduziert und die Familie damit wieder befähigt werden, gemeinsame Regeln und Vereinbarungen auszuhandeln und einzuhalten.

Das ESCapade Programm

Das zielgruppenspezifische und familienorientierte Interventionsprogramm gliedert sich in vier Module:

- » Clearinggespräch
- » Erstgespräch mit der Familie
- » Familienseminartag
- » Drei individuelle Familiengespräche

Im *Clearinggespräch* wird die Situation der Familie erfasst und das Programm ESCapade vorgestellt. Die Beratenden unterstützen die Familie

bei der Entscheidungsfindung zur Teilnahme am Programm und führen ein Screening anhand des OSVK-S (Screeningbogen, Wölfling et al., 2010) mit den teilnehmenden Jugendlichen durch.

Mit dem *Erstgespräch* beginnt der Hauptteil des Programms. Es fördert durch gezielte Interventionen die Teilnahmebereitschaft der Familien, schafft eine Vertrauensbasis und erfasst für das Programm entscheidende Informationen. Ein wichtiges Element der gesamten Intervention ist der *Familienseminartag*. An diesem nehmen alle Familien eines Programmdurchlaufes teil. Durch methodisches Arbeiten in Kleingruppen und im Plenum haben die teilnehmenden Familien Gelegenheit, in unterschiedlichen Zusammensetzungen die Inhalte zu bearbeiten und mit anderen Jugendlichen und Eltern darüber ins Gespräch zu kommen. Auf dieser Basis werden mögliche konkrete Interventionsstrategien gemeinsam erarbeitet. *Individuelle Familiengespräche* im Anschluss dienen dazu, das neu erworbene Wissen auf den jeweiligen familiären Alltag anzuwenden und gemeinsam angemessene und konkrete Handlungsstrategien zu vereinbaren. Ein Abschlussgespräch, das mit einem zeitlichen Abstand von 4 Wochen stattfindet, resümiert das gemeinsam Erarbeitete. In diesem Setting können Vereinbarungen überprüft beziehungsweise korrigiert werden. Die Terminierung aller Angebote berücksichtigt die Berufstätigkeit der teilnehmenden Eltern und die Schulpflicht der Jugendlichen.

Die Projektstandorte

Das ESCapade Projekt wurde vom Bundesministerium für Gesundheit für die Zeit vom 01. Oktober 2010 bis zum 30. September 2012 bewilligt.

Die Koordination lag bei der Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln.

Insgesamt wurde das Projekt bundesweit an fünf Standorten durchgeführt:

- » Villa Schöpfung, Lörrach, Baden- Württemberg
- » Evangelische Suchtkrankenhilfe Schwerin, Mecklenburg-Vorpommern
- » Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln, Nordrhein-Westfalen
- » exZesS – Kompetenzzentrum für Suchtprävention Freising, Bayern
- » Lost in Space des Caritasverbandes, Berlin

Die praktische Durchführung des Programms, sowie die Begleitung und das vierteljährliche Coaching der Projektstandorte, starteten im Jahr 2011.

Die wissenschaftliche Evaluation

Die wissenschaftliche Begleitevaluation wurde über die gesamte Projektlaufzeit von der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHo NWR) durchgeführt. An zwei Messzeitpunkten, vor und nach der Intervention, wurden anhand psychometrischer Testverfahren und teilstandardisierter Fragebögen sowohl quanti-

tative als auch qualitative Daten erhoben. Befragt wurden alle am Programm teilnehmenden Familienmitglieder sowie die durchführenden Fachkräfte.

Untersucht wurde, inwieweit die Ziele des Programms erreicht wurden, die Haltequote sowie die Akzeptanz und die Praktikabilität.

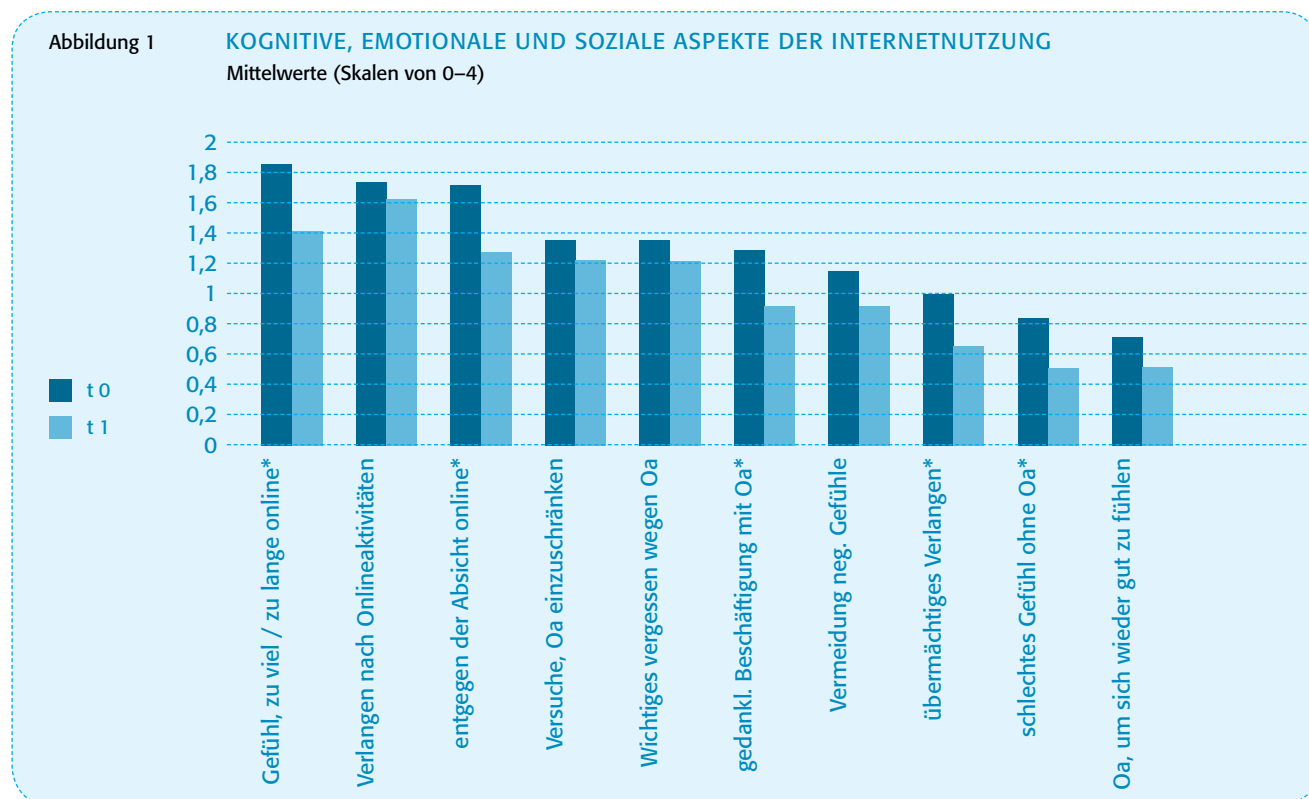
Hierzu wurden folgende Instrumente eingesetzt:

- » *Scala zum Onlinesuchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen (OSVK-S)* Wölfling, Müller, Beutel 2010
- » *Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18)*, Döpfner, Berner und Lehmkuhl 1994

- » *Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (ILK)*, Mattejat und Remschmidt 2006
- » *Brief Symptom Inventory (BSI)* L.R. Derogatis 2000, deutsche Fassung Franke
- » *Familienbögen, Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*, Cierpka und Frevert 1994
- » *Fragebogen Konfliktverhalten in der Familie (KV-Fam)*, Klemm und Pietrass 2007
- » *Evaluationsbogen ESCapade-Familien*, KatHo Köln 2010
- » *Evaluationsbogen ESCapade-Fachkräfte*, KatHo Köln 2010
- » *Evaluationsbogen Familienseminar-tag Fachkräfte*, KatHo Köln 2010

Die Ergebnisse

Bundesweit haben 65 Familien und 85 Jugendliche am Programm teilgenommen. In den Ergebnissen der qualitativen und quantitativen Befragungen konnten ausschließlich die Befragungsergebnisse der männlichen Jugendlichen berücksichtigt werden, da nur fünf Mädchen teilgenommen haben und nur zwei von diesen zu beiden Messzeitpunkten die benötigten Fragebögen ausfüllten. Für eine aussagekräftige Unterstichprobe, um beispielsweise die Wirksamkeit des Programms bei Mädchen und bei Jungen zu vergleichen, reichten diese Daten nicht aus. Zudem bestand die Gefahr, dass die Gesamtergebnisse



Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragen der Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSVK.-S.) nach Einschätzung der männlichen Jugendlichen vor (t0) und nach (t1) der Intervention.

durch die geringe Datenmenge verzerrt würden, so dass sie aus der Stichprobe herausgenommen werden mussten.

Der Großteil der teilnehmenden Jugendlichen war zwischen 14 und 16 Jahren alt. Vor der Intervention verbrachten sie im Durchschnitt 4,5 Stunden täglich vor dem PC, insbesondere zum Chatten oder für die Nutzung von Onlinespielen. Nach der Intervention durch ESCapade reduzierte sich die Nutzung an Werktagen um durchschnittlich 13,5% und am Wochenende um 10,8%. Dies entspricht ca. einer halben Stunde weniger Computernutzung täglich.

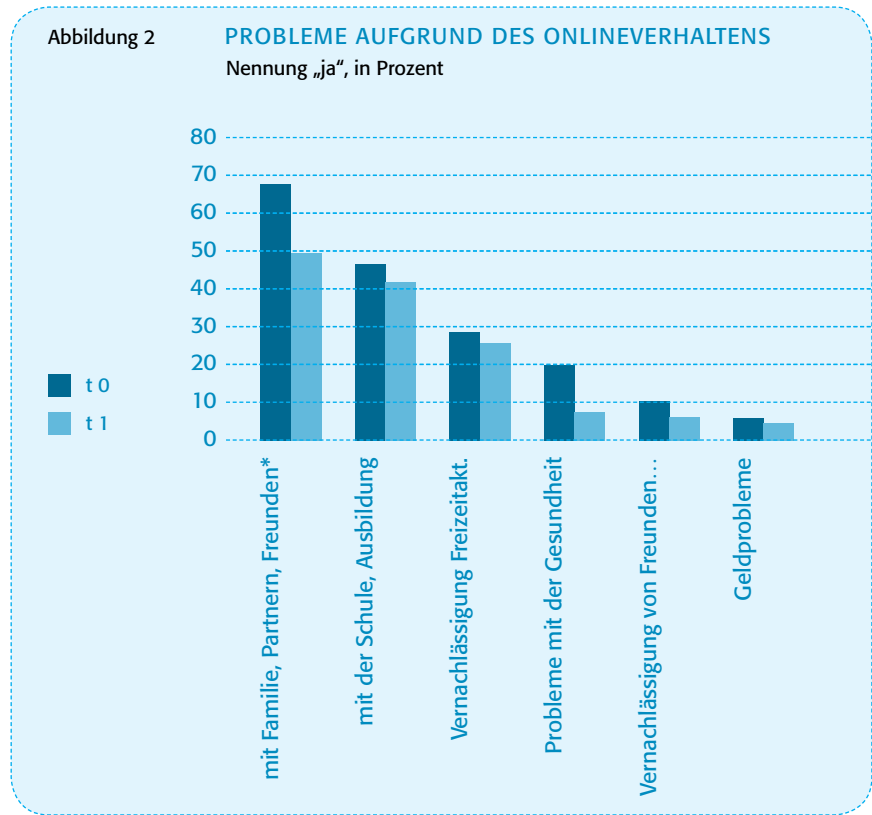
Neben der reinen Nutzungsdauer wurden noch weitere Aspekte untersucht, wie z.B. kognitive und emotionale Aspekte, sowie auftretende Folgen durch das Computernutzungsverhalten.

Nach der Intervention waren signifikante Verbesserungen bei den männlichen Jugendlichen messbar. So hatten sie seltener das Gefühl, zu viel oder zu lange online gewesen zu sein, sie waren seltener entgegen ihrer Absicht online und auch ihr Verlangen nach Onlineaktivitäten nahm deutlich ab. (Abb. 1)

Auch das Auftreten von Problemen bei den Jugendlichen aufgrund des Onlineverhaltens reduzierte sich nach der Intervention. Am deutlichsten waren die Verbesserungen in den Bereichen „Probleme mit Familie, Partner, Freunden“ und „Probleme mit der Gesundheit“. (Abb. 2)

Abbildung 2

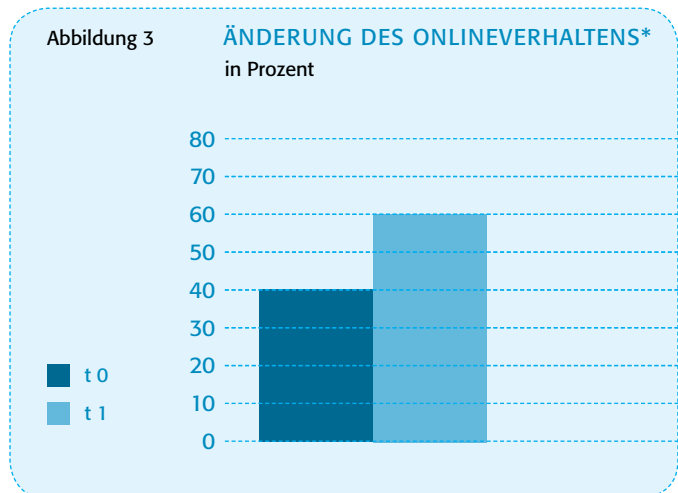
PROBLEME AUFGRUND DES ONLINEVERHALTENS
Nennung „ja“, in Prozent



Fragen der Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSVK.-S.). „JA“ und NEIN“ Nennungen in Prozent nach Einschätzung männlicher Jugendlichen vor (t0) und nach (t1) der Intervention.

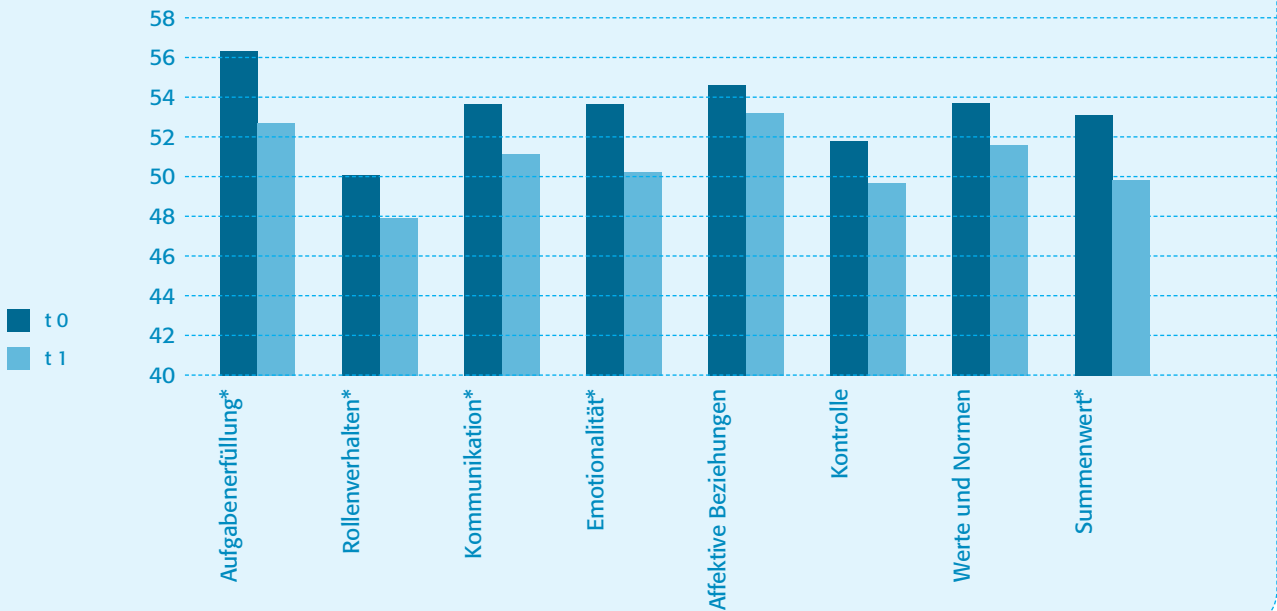
Abbildung 3

ÄNDERUNG DES ONLINEVERHALTENS*
in Prozent



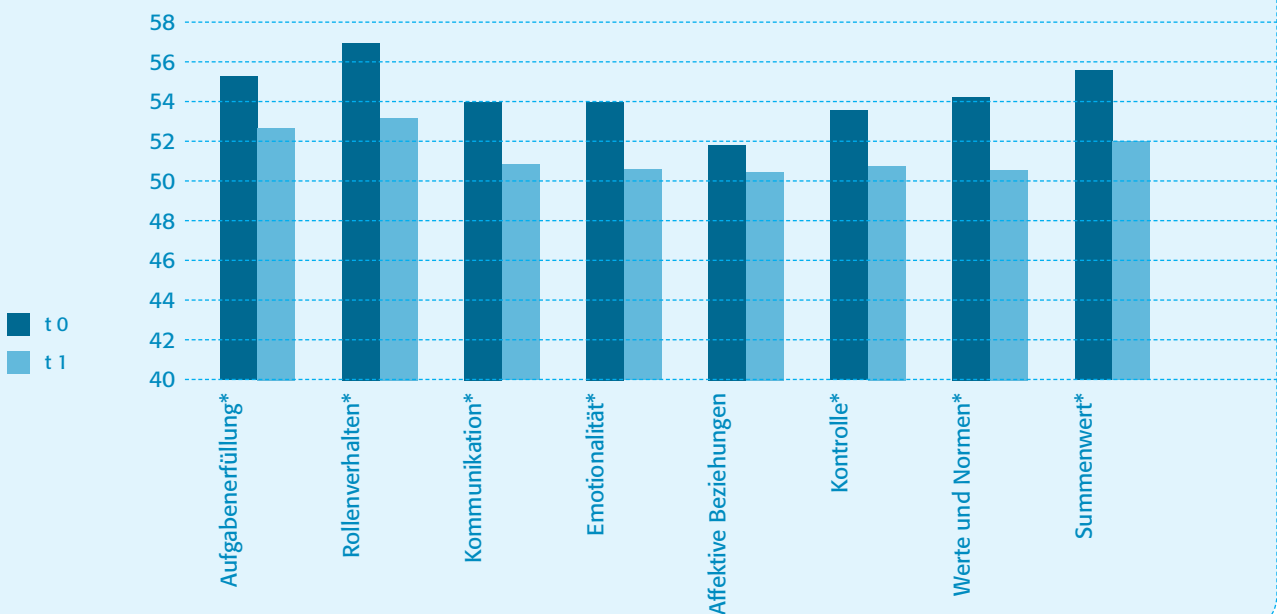
Fragen der Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSVK.-S.). „JA“ und NEIN“ Nennungen in Prozent nach Einschätzung männlicher Jugendlichen vor (t0) und nach (t1) der Intervention.

Abbildung 4 FAMILIENFUNKTIONEN (ALLG. FAMILIENBOGEN)
T-Werte



Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragen der Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSV-S) nach Einschätzung der männlichen Jugendlichen vor (t0) und nach (t1) der Intervention.

Abbildung 5 FAMILIENFUNKTIONEN (SELBSTBEURTEILUNGSBOGEN)
T-Werte



Mittelwerte und Standardabweichungen der Fragen der Skala zum Onlinesuchtverhalten (OSV-S) nach Einschätzung der männlichen Jugendlichen vor (t0) und nach (t1) der Intervention.

Neben der Quantität, änderte sich auch die Qualität der Onlinenutzung bei den befragten Jugendlichen. Gefragt wurde, ob die Jugendlichen in der Vergangenheit bereits einmal versucht haben ihr Onlineverhalten zu verändern oder einzuschränken und ob sie es geschafft haben. Die Ergebnisse weisen auf eine Steigerung der Kompetenz im Umgang mit dem Internet bei den Jugendlichen hin. Die Zahl derjenigen, die es schon einmal geschafft haben ihr Onlineverhalten zu verändern, erhöhte sich nach der Intervention signifikant von 48,9% auf 68,1%. Bei den Jugendlichen, die vor der Intervention von ihren OSVK-S Werten

in einem besonders kritischen Bereich zur Abhängigkeit lagen, war die Verbesserung nach der Intervention am deutlichsten. (Abb. 3)

Der allgemeine Familienbogen zeigt die sieben Dimensionen des Problemlöseverhaltens und die Veränderungen im Familiensystem auf. Mit dem Selbstbeurteilungsbogen wurde der Fokus auf die Funktion jedes einzelnen Familienmitgliedes gelegt. Die Ergebnisse, bezogen auf das Problemlöseverhalten im System Familie zeigen, dass nach Einschätzung der Jugendlichen eine deutliche Verbesserung in allen Bereichen zu verzeichnen ist.

Die deutlichsten (und statistisch signifikanten) Verbesserungen gab es in den Bereichen Aufgabenerfüllung, Kommunikation, Rollenverhalten oder Emotionalität. (Abb. 4)

Die Einschätzung der Eltern zeigt eine noch deutlichere Verbesserung der Familiensituation. In fünf der acht gemessenen Dimensionen war nach der Intervention eine signifikante Verbesserung messbar. Besonders deutlich waren die Verbesserungen in den Bereichen Rollenverhalten, Kommunikation und Emotionalität. (Abb. 5)

	Jugendliche			Eltern		
	N	Mittelwert	SD	N	Mittelwert	SD
Das Programm ESCapade war für mich und meine Familie sehr hilfreich. ¹	68	2,35	(1,23)	92	1,88	(0,98)
Das Programm ESCapade hat meine Erwartungen erfüllt. ¹	68	2,53	(1,18)	92	2,18	(0,99)
Meine Anliegen wurden im Programm berücksichtigt. ¹	68	1,99	(1,04)	91	1,81	(0,97)
Durch die Teilnahme an ESCapade hat sich in meiner Familie einiges geändert. ¹	68	2,37	(1,34)	92	2,30	(0,99)
Die Gestaltung des Familienseminartages war anregend und abwechslungsreich. ¹	67	2,00	(1,19)	89	1,57	(0,82)
Der Austausch mit anderen Teilnehmenden im Rahmen des Familienseminartages war sehr hilfreich. ¹	67	2,00	(1,10)	89	1,92	(1,12)
Ich würde das Programm ESCapade weiterempfehlen. ¹	68	2,10	(1,25)	92	1,54	(0,92)
Wie beurteilst Du / beurteilen Sie das Verhalten der Fachkräfte im Rahmen des Familienseminartages? ²	68	1,54	(0,68)	90	1,31	(0,53)
Wie beurteilst Du / beurteilen Sie das Verhalten der Fachkräfte im Rahmen der Beratungsgespräche? ²	68	1,54	(0,84)	91	1,33	(0,58)
Dem Programm ESCapade gebe ich insgesamt die Note ... ³	68	2,04	(1,10)	86	1,96	(1,01)

1 (5 Stufen von 1 = „trifft völlig zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“)
 2 (5 Stufen von 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“)
 3 (6 Stufen von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“)

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Abschlussbewertungen der männlichen Jugendlichen und der Eltern

	N	Mittelwert	SD
Wie hoch war Ihr Aufwand für die Akquise geeigneter Familien für ESCapade? ¹	15	2,87	(1,06)
Wie beurteilen Sie die Praktikabilität des gesamten Programms ESCapade? ²	15	2,27	(0,70)
Wie beurteilen Sie die Gesamtstruktur des Programms (Clearing, Erstgespräch, Familienseminartag, Familiengespräche und Abschlussgespräch)? ²	15	1,93	(0,59)
Die Materialien (Checklisten, Arbeitsblätter etc.) des Programms waren gut einsetzbar und hilfreich. ³	15	1,87	(0,74)
In der Durchführung des Programms wurden von mir geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt. ³	15	2,40	(0,74)
Das Programm ESCapade hatte bei den teilnehmenden Familien eine hohe Akzeptanz. ³	15	2,13	(0,83)
Die teilnehmenden Familien waren den Inhalten des Programms ESCapade gegenüber offen. ³	15	2,20	(0,78)
Das Programm konnte bei den teilnehmenden Familien positive Veränderungen initiieren. ³	15	2,13	(0,83)
Die Durchführung des Programms ESCapade machte mir insgesamt Spaß. ³	15	1,80	(0,68)
Die Durchführung des Programms ESCapade war für mich insgesamt befriedigend. ³	15	2,00	(0,85)
Dem Programm ESCapade gebe ich die Note ... ⁴	15	2,10	(0,54)

1 (5 Stufen von 1 = „sehr hoch“ bis 5 = „sehr gering“)
 2 (5 Stufen von 1 = „sehr gut“ bis 5 = „sehr schlecht“)
 3 (5 Stufen von 1 = „trifft völlig zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“)
 4 (6 Stufen von 1 = „sehr gut“ bis 6 = „ungenügend“)

Tabelle 2: Mittelwerte und Standardabweichungen in den Bewertungen der Durchführungen des ESCapade-Programms durch die Fachkräfte

Die Resultate bezogen auf das Familiensystem sprechen dafür, dass die Familien durch das Programm nun besser mit der belastenden Situation umgehen. Die Rollen werden besser geklärt, die Kommunikation hat sich verbessert und das Interesse der einzelnen Familienmitglieder füreinander, sowie die gegenseitige Wertschätzung sind gestiegen.

Nach Abschluss des Programms wurden die Jugendlichen wie auch die Eltern darum gebeten, verschiedene Aspekte von ESCapade zu be-

werten. Die Bewertungen liegen in jedem einzelnen Aspekt im positiven Bereich, d.h. sie sind besser als die Bewertung „teils/teils“. (Tab. 1) Die etwas besseren Bewertungen der Eltern sind sicherlich nicht verwunderlich, da diese in den meisten Fällen die Teilnahme an ESCapade im Vorfeld als notwendig erachteten, um eine Veränderung des Computernutzungsverhaltens ihrer Kinder zu bewirken. Auffällig sind jedoch die durchweg äußerst positiven Bewertungen der Jugendlichen, da diese meist der Teilnahme an ESCapade

mit einer gewissen Skepsis gegenüber standen. Allem Anschein nach ist es durch ESCapade, wie beabsichtigt, gelungen eine Veränderung des gesamten Familiensystems herbeizuführen, so dass auch die Jugendlichen von der Programmteilnahme profitieren konnten.

Zur Bewertung der Praktikabilität von ESCapade wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Projektes gebeten, einen Fragebogen hinsichtlich verschiedener Aspekte der Programmdurchführung zu beantworten. Die Mittelwerte befinden sich auch hier in den meisten Punkten im positiven Bereich (Tab. 2). Es zeigte sich jedoch auch, dass der Aufwand in der Akquise geeigneter Familien häufig als hoch angegeben wurde. Dies und noch weitere Rückmeldungen seitens der Fachkräfte liefern wichtige Erkenntnisse für die Optimierung des Programms, insbesondere mit Blick auf die Transferphase im Jahr 2013.

Um zu überprüfen, ob durch ESCapade auch länger anhaltende Effekte erreicht werden konnten, wurden im Rahmen der ebenfalls vom Bundesministerium für Gesundheit finanzierten Katamnese alle Familien ein halbes Jahr nach der Intervention erneut befragt. Die vollständigen Ergebnisse, die der Katamnese sowie weitere Informationen zu ESCapade, können Sie in Kürze dem Abschlussbericht entnehmen. (www.escapade-projekt.de)

Literatur

- CIERPKA, M. & FREVERT, G. (1994). Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen. *Göttingen: Hogrefe.*
- DILLING, H., MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10. *Bern: Huber.*
- DÖPFNER, M., BERNER, W. & LEHMKUHL, G. (1994). Handbuch: Fragebogen für Jugendliche. Forschungsergebnisse zur deutschen Fassung des Youth Self-Report (YSR) der Child Behavior Checklist. *Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik.*
- FRANKE, G. H. (2000). BSI, Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R). Deutsches Manual. *Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.*
- KLEMM, T. & PIETRASS, M. (2007). Konfliktverhalten in der Familie (KV-Fam). Verfahren zur Erfassung von Konfliktmustern in familiären Situationen. Handbuch zum Fragebogen. *Leipzig: Erata.*
- MATTEJAT, F. & REMSCHMIDT, H. (2006). ILK. Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen. *Bern: Huber.*
- MEDIENPÄDAGOGISCHER FORSCHUNGS-VERBUND SÜDWEST (Hrsg.): JIM-Studie 2011. Jugend, Information, (Multi-)Media. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger, 2011.
- MÜLLER, K. W. & WÖFLING, K. (2010). Pathologische Computerspiel- und Internetnutzung – Wissenschaftliche Erkenntnisse zu Phänomenologie, Epidemiologie, Diagnostik und Komorbidität. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 12, 45–55.*
- RUMPF, H.J., MEYER, C., KREUZER, A., & JOHN, U., (2011) Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA), *Bundesministerium für Gesundheit*
- SASS, H., WITTCHEN, H. U., ZAUDIG, M. & HOUBEN, I. (2003). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR. *Göttingen: Hogrefe.*
- WÖFLING, K., MÜLLER, K. W. & BEUTEL, M. E. (2010, in Druck). Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Kindern und Jugendlichen (OSV-k-S).
- WÖFLING, K., MÜLLER, K. W. & BEUTEL, M. E. (2011). Reliabilität und Validität der Skala zum Computerspielverhalten (CSV-S). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 61, 216–224.*

- 1 Jugendliche, bei denen häufig Konflikte mit Freunden oder in der Familie aufgrund der Computernutzung auftreten, die Nutzung jedoch noch nicht pathologisch ist.
- 2 Es existiert noch keine allgemeingültige Definition von Internetabhängigkeit. Die aufgestellte Definition im Rahmen dieser Studie und die eingesetzten Erhebungsinstrumente können Sie dem Abschlussbericht entnehmen: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Computerspiele_Internetsucht/Downloads/PINTA-Bericht-Endfassung_280611.pdf

connect – Hilfe für Kinder suchtbelasteter Eltern – Kooperation und Vernetzung¹

Instrumente – Strategien – Übertragbarkeit

Netze für Kinder suchtbelasteter Eltern – Netzwerkarbeit gilt heute als anerkannter Königsweg und ist zum Zauberwort effektiver Hilfe geworden. Dies im Alltag zu realisieren bleibt dennoch eine Herausforderung, die immer wieder neue Impulse, klare aber durchlässige Strukturen und ein gegenseitiges Aufeinanderzugehen erforderlich macht. Mit dem Projekt connect konnten hier neue Wege beschritten werden – förderliche Meilensteine zu interdisziplinärem Miteinander von Regeleinrichtungen wie Kita und Schule sowie Hilfeeinrichtungen wie Jugendhilfe und Suchthilfe sowie Medizinischer Versorgung sind entstanden und bieten Beispiel und Anregung, die Strukturen zu übertragen und auch in anderen Regionen zu implementieren.

Kinder in suchtbelasteten Familien – Ein kurzer Blick auf die Ausgangslage

Kinder, deren Eltern durch Alkohol, Drogen oder andere Suchtverhaltensweisen belastet sind, haben vielfältige Schwierigkeiten zu bewältigen. Sind die Kinder bereits während der Schwangerschaft der Mutter den Effekten von Alkohol ausgesetzt gewesen, ist das Auftreten von unterschiedlichen Alkoholspektrumsstörungen wahrscheinlich, deren Folge

Beeinträchtigungen und Behinderungen sind. Die Bindungsentwicklung als wichtige Basis für die Lebenschancen aller Kinder ist gefährdet. Im Familienalltag leiden sie unter der mit dem Suchtmittelkonsum verbundenen mangelnden Verlässlichkeiten der Eltern, den Stimmungsschwankungen und sehr häufig unter verbaler und körperlicher Gewalt. Sie leben in einem verwobenen System von psychischen Belastungen, Traumata und verwirrten Gefühlen. Sie meinen selbst Schuld am Verhalten der Eltern zu haben und empfinden einen geringen Selbstwert. Sie haben gelernt, ein funktionales Verhalten zu entwickeln, das ihnen hilft zu überleben: Sie übernehmen Verantwortung für den Familienalltag wie ein Erwachsener und nehmen selbst schwierigste Situationen hin, um nicht aufzufallen, tauchen ab oder aber reagieren auffallend und aggressiv. Das Risiko selbst eine Sucht oder eine andere psychosomatische Erkrankung zu entwickeln ist um das Sechsfache erhöht.² Es ist klar: diese Kinder benötigen spezielle Aufmerksamkeit und Hilfe.

Regeleinrichtungen wie KiTa, Schule, das medizinische Versorgungssystem, Jugendhilfe, Suchthilfe und Stadtteilerrichtungen bieten alle Begleitung, Unterstützung und Hilfen an, die auch

von suchtbelasteten Kindern und Familien genutzt werden. Aber zwei grundlegende Probleme verhindern, dass effektive Hilfe realisiert werden kann.

Erstens: Familien, die vielfältige Schwierigkeiten zu bewältigen haben, nutzen oft verschiedenste Angebote. Jeder Helfende hat jedoch ein anderes Ziel vor Augen, im ungünstigsten Fall arbeiten sie alle gegeneinander statt miteinander, so dass eine wirksame Hilfe nicht entstehen kann. Das hat sich durch die zunehmende Orientierung auf Kooperation und Vernetzung in den letzten zehn Jahren durchaus verändert, dennoch bleiben die darunter liegenden, über Jahrzehnte gewachsenen Strukturen oft sehr versäult. Die Profilierung der einzelnen, für sich stehenden Einrichtung wird oft durch Konkurrenz um die knappen Budgets gefördert, wenn gleich Kooperation und Vernetzung zunehmend zu einem Vergabekriterium bei Zuwendungen oder aber auch bei Best-Practice-Projekten und Wettbewerben³ werden.

Zweitens: Es fällt oft erst spät auf, dass ein Kind suchtbelastete Eltern hat. Die Dynamik der Suchterkrankung beinhaltet auch sie zu Negieren. Menschen mit Suchtbelastung mobilisieren viel Energie, um diese zu

verstecken und zu verheimlichen. Erzieher und Erzieherinnen sowie Lehrkräfte bemerken lediglich äußere Unstimmigkeiten, vermuten eine (Sucht)Problematik im Hintergrund und stehen vor der Frage: Wie kann ich diesem Kind helfen? Darauf gibt es oft keine befriedigenden Antworten. Spreche ich das Kind oder die Eltern an? Wie spreche ich das Thema an? Wer kann den Eltern helfen und gibt es auch Unterstützung für mich? Wo finde ich die optimale Hilfe? Habe ich nur die Möglichkeit mich an das Jugendamt zu wenden oder gibt es auch andere sinnvolle Wege?

connect – Ziele und Struktur der Projektgestaltung⁴

Das Projekt hat zum Ziel, nicht neue Hilfen zu schaffen, sondern die oft vielfältigen vorhandenen Hilfen aufzugreifen, die Fachkräfte in allen Arbeitsfeldern für die Thematik der Suchtbelastung zu sensibilisieren und das Thema quer zu bereits vorhandenen Gremien und Netzwerken – gewissermaßen verbindend – zu implementieren.

Aus den oben genannten Erfahrungen heraus entstand das Anliegen, unter Einbeziehung vorhandener Strukturen eine Vernetzung vor Ort zu entwickeln. Dort wo die Kinder leben, sollten auf regionalen Ebenen interdisziplinär alle Einrichtungen rund um Kind und Familie zusammenfinden. Hierbei sollten alle, die an der Unterstützung, bzw. der Gestaltung des Lebensalltags der Kinder und Familien beteiligt sind, einbezogen werden. Dafür hat das Büro für Suchtprävention der Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V. im Jahr 2002 Projekt-

partnerinnen und -partner aus den Fachstellen und der Verwaltung zur gemeinsamen Planung eingeladen. Bereits im Vorfeld wurde also eine vertikale Vernetzung geschaffen, die die Basis für das Gelingen der horizontalen Vernetzung⁵ vor Ort darstellte.

Dieses systematische strukturelle Herangehen auf den relevanten Ebenen, zusätzlich zum inhaltlichen Konzept, kennzeichnet das Netzwerkprojekt connect. Es wird bei der regionalen Implementierung angesetzt, denn hier müssen die für das Gelingen einer neuen Initiative relevanten Ebenen – auf bezirklicher, also kommunaler Ebene und auf Stadtteilbene – frühzeitig einbezogen und gewonnen werden. In der Modellregion waren dies auf bezirklicher Ebene die Leitungen der Fachämter Jugend und Gesundheit, im Stadtteil z.B. die Leiterinnen und Leiter der Jugendämter/ASDs und das damals sehr aktive Projekt der Stadtteilentwicklung. Die vorhandenen Gremien müssen recherchiert und informiert werden. Da das Thema eine Querschnittsaufgabe darstellt, ist es sinnvoll, alle relevanten Arbeitsgruppen und Initiativen zusammenzustellen. Nicht alle müssen dauerhaft besucht werden, jedoch gilt das Angebot, die neuen Möglichkeiten zu nutzen, für alle Gremien und Personen. Die connect-Struktur stellt keine neue Arbeitsgruppe dar, sondern bildet eine inhaltlich-fachliche Initiative (s.u. und Grafik, Abb.1). Darüber hinaus spielt die Infra-Struktur des Stadtteils bzw. der Region eine wichtige Rolle bei den Aktivitäten zur Netzwerkentwicklung: welche Einrichtungen sind vor Ort vorhanden, welche Arbeitsfelder sind präsent

bzw. welche fehlen und welche Interessenlagen finden wir vor? Ist es möglich, mit dem Projekt auch die Infra-Struktur zu verbessern, den Bedarf für neue Einrichtungen öffentlich zu machen oder werden vorhandene Initiativen eingeschränkt? Für die Akteure und Akteurinnen vor Ort war auch der auf Suchthilfe bezogene Bedarf wichtig: Von manchen Einrichtungen, in manchen Regionen wurde der Bedarf eher bestritten und angegeben, dass die vorhandene Versorgung ausreichend sei. Zumeist, auch in der Modellregion, war der Wunsch nach mehr und niedrigschwellig erreichbaren regionalen Angeboten jedoch sehr groß. Die gewünschte Niedrigschwelligkeit bezog sich dabei zwar auf die Erreichbarkeit für Betreute, Klienten und Klientinnen, aber auch die Fachkräfte selbst zeigten sich erfreut über die unbürokratischen Kontaktmöglichkeiten zu Suchthilfeexperten und -expertinnen.

Ein weiteres im Vorfeld zu berücksichtigendes Thema ist die Bedeutung der informellen Beziehungen und Kraftfelder in einer Region. Hier muss aufmerksam und sorgfältig recherchiert und auf Augenhöhe agiert werden. Wichtig ist an dieser Stelle auch die Auswahl derjenigen Personen, die sich mit der konkreten Implementierung des Netzwerks beschäftigen werden, die Koordinationskräfte. Ihre persönlichen und professionellen Eigenschaften und die ihnen entgegengebrachte Akzeptanz in dieser Rolle ist das wichtige Pendant zu einer guten Struktur und einem respektvollen Miteinander zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern.

Inhalte und Instrumente der connect-Netzwerke

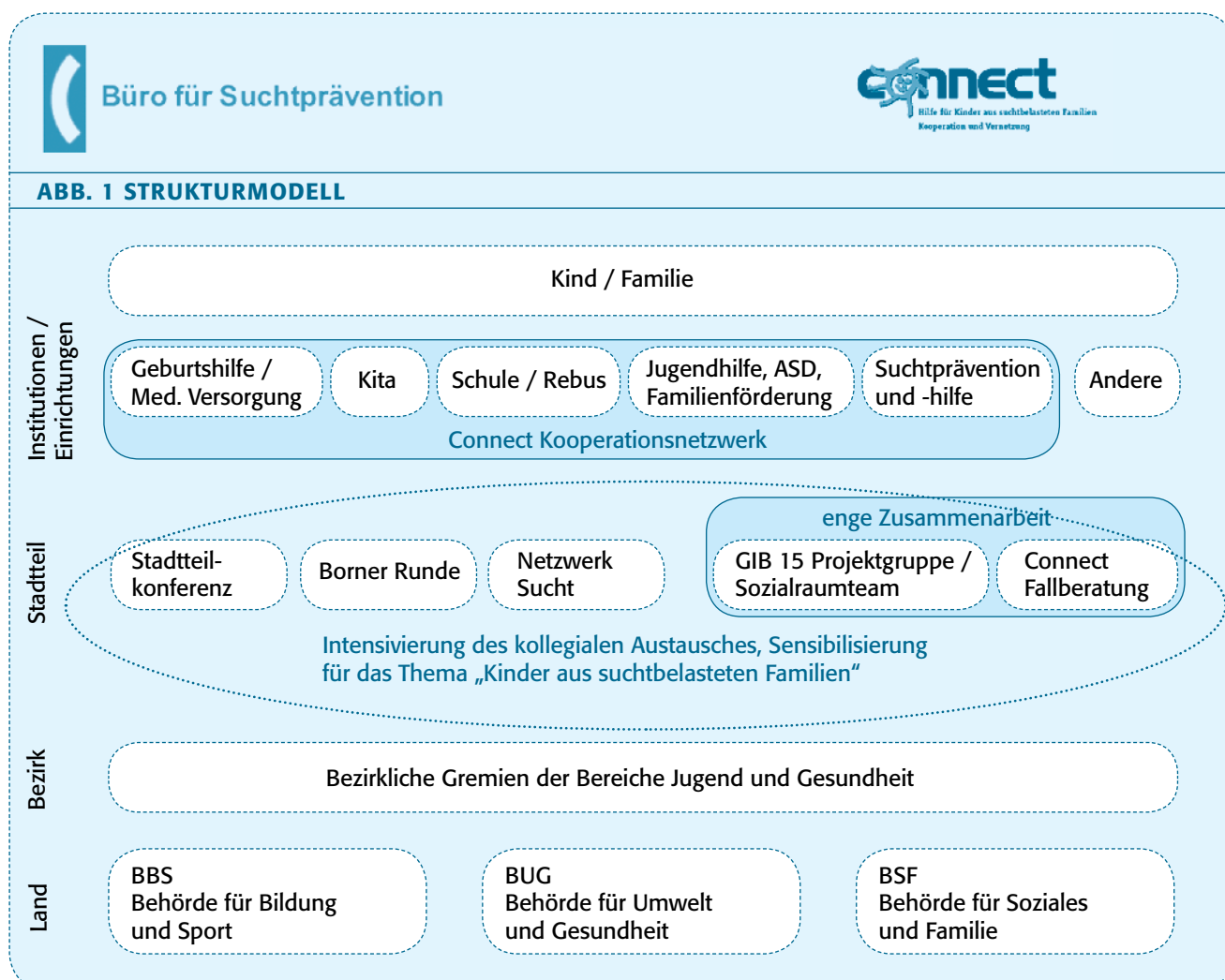
Qualifikation und Kooperations- bzw. Netzwerkentwicklung sind die beiden Felder, durch die das Projekt realisiert wird. Kommunikation, Sensibilisierung für das Thema und interdisziplinäre Fortbildung und Fallberatung sind die Instrumente, durch die die Zusammenarbeit intensiviert und qualitativ auf eine neue Stufe gebracht werden kann. Die Verstetigung wird durch die Kooperationsvereinbarung als Basis der Zusammenarbeit und die Koordinationskraft als zentrale Instanz für die konkrete Umsetzung des Themas im Arbeitsalltag erreicht.

Qualifikation und Kooperation durch interdisziplinäre Fortbildung – Fachwissen und professionelle Haltung

Die Basisfortbildung zur Situation von suchtbelasteten Familien zu Beginn der Arbeit in der Modellphase hat sich bewährt und gehört zum Auftakt der Initiative in einer jeden Region. Inhalte sind die Bedeutung des Suchtmittelkonsums für das Familien- und Beziehungsgefüge. Es wird den Fragen nachgegangen, was sich dadurch in welcher Weise verändert und welche Rolle darin die professionellen Helfer und Helferinnen spielen, die nur allzu schnell ein Bestandteil des Familien-

Systems werden. Die dadurch angelegte Vermischung von fachlichen und emotionalen Faktoren kann die Hilfe stark beeinträchtigen. Eine Supervision kann helfen dieses Risiko zu vermeiden. Die connect-Fallberatung (s.u.) bietet eine solche Reflexion der Arbeit.

Das Vorwissen der Fachkräfte ist sehr unterschiedlich und häufig durch ein relativ unscharfes, oft nur auf einzelne Fakten oder auf Erfahrungen basiertes Wissen gekennzeichnet. Verbreitete, eher vorprofessionelle Haltungen prägen die Meinung und das Vorgehen: nur selten wird Suchtverhalten konsequent als seelische Erkrankung



eingestuft und als Faktor gesehen, der bereits im Vorfeld von massiven Erkrankungen begleitet einer eigenständigen Hilfe bedarf. Es herrschen falsche Annahmen bezüglich der Veränderbarkeit vor, und zwar in beide Richtungen:

Es wird entweder angenommen, das Verhalten sei tendenziell doch durch mehr Disziplin und Willensstärke veränderbar oder aber es wird als unveränderbare Größe angesehen, die die jeweilige Fachkraft sowieso nicht wandeln oder erst bearbeitet werden könne, wenn Faktoren im sozialen Kontext wie Arbeitslosigkeit, fehlende Ausbildung, Gewaltverhalten etc. gelöst wären und das Umfeld insgesamt ein anderes wäre. Das gesamte Spektrum zwischen diesen beiden Extremen tritt auf.

Selbstverständlich prägt der jeweilige berufsfeldspezifische Auftrag die Einstellung gegenüber den Betreuten und ihren Kindern: Sind es z.B. Kunden bzw. Kundinnen oder Klienten bzw. Klientinnen, Ratsuchende, Patienten oder Patientinnen bzw. Mandanten oder Mandantinnen. Akzeptanz für den Auftrag des anderen ist ebenso ein Ziel des Netzwerks wie die Sensibilisierung und Qualifizierung für die Thematik. Außerdem spielt das Suchtmittel oder das Suchtverhalten eine Rolle dabei, welche Haltung gegenüber Frauen und Männern mit suchthaften Verhaltensweisen eingenommen wird. Konsum illegaler Drogen ist offensichtlicher und wird verständlicherweise ernster genommen, da die Kriminalisierung eine zusätzliche Belastung darstellt, die für die Kinder elementare Folgen haben kann. Alkoholkonsum erfährt dadurch jedoch häufig eine Unterschätzung und auch Verhaltenssüchte

wie Essstörungen, Medienkonsum (von Eltern, z.B. exzessive Aktivitäten im Chat und in Social-Network-Formaten) werden erst in letzter Zeit auch in ihrer Bedeutung für den Erziehungsalltag gesehen. Es geht dabei wohlgerne nicht (gleich) um die Frage der Kindeswohlgefährdung, sondern darum, die Thematik in die Hilfestellung einzubeziehen. Im Bereich der Suchthilfe ist erst seit wenigen Jahren der Blick auf die Kinder standardisiert und zu einem festen Bestandteil der Anamnese geworden. Dennoch ist die Umsetzung im Beratungs- und Hilfealltag noch nicht überall zu einer Selbstverständlichkeit geworden.

Um im Kontext der suchtbelasteten Familie nun eine gemeinsame Basis für das Wahrnehmen und Handeln in einer Region zu schaffen wird die Fortbildung interdisziplinär angeboten und durchgeführt. Je breiter das Spektrum der vertretenen Berufs- und Arbeitsfelder ist, desto intensiver wird ein Prozess angestoßen, der gegenseitiges Verständnis und eine neue Haltung gegenüber den unterschiedlichen Perspektiven ermöglicht. Ziel auf der persönlichen Ebene ist es, einen differenzierten Blick in Bezug auf die Suchterkrankung einnehmen zu können, der die eigene Handlungssicherheit erhöht und das Handlungsspektrum erweitert. Für alle Beteiligten kann die Arbeit im oben genannten Sinne effektiver und zufriedener gestaltet werden. Durch connect konnte die Nähe zu den jeweils anderen Arbeitsfeldern erhöht werden, was die Evaluationsergebnisse (s. Grafik/Abbildungen 2 und 3) deutlich zeigen. Dieser Prozess wird durch die Fallberatung (s.u.) noch deutlich intensiviert.

Die anschließenden regelmäßigen, ein- bis zweimal jährlich durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen fördern zusätzlich die Intensität der Beschäftigung mit der Thematik und die Qualität der Zusammenarbeit. Im Vordergrund stehen hier methodische bzw. auf den Arbeitsalltag bezogene Themen: Das Erkennen von Resilienz, ressourcenorientiertes Arbeiten, Gesprächsführung und Theaterpädagogik, Beschäftigung mit den Themen Trauma und Schuld, Überblick über therapeutische Angebote für Kinder und rechtliche Grundlagen des Kinderschutzes. Ferner eine Beschäftigung mit für manche Berufsgruppen relativ neuen, suchtbefindlichen Themen wie exzessiver Medienkonsum und Glücksspiel oder das wichtige Thema der Auswirkungen von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft, das Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) und die Bedeutung für den pädagogischen Alltag. Die Themen werden im Büro für Suchtprävention zusammengetragen und Referenten und Referentinnen dafür geworben, so dass ein Fortbildungspool entsteht, von dem die Netzwerke untereinander profitieren.

Ein weiteres Instrument zur Realisierung der Kooperation, verknüpft mit Qualifikationsaspekten ist das Jahrestreffen, das mit einem interessanten Fachvortrag startet und anschließend Raum zur Bilanzierung der vergangenen Aktivitäten bietet sowie zur bedarfsorientierten gemeinsamen Planung der Weiterarbeit. Neue Partner und Partnerinnen können begrüßt, andere verabschiedet werden – und beim Get-together kann das informelle Netzwerken gepflegt werden.

ABB. 2 DIE SUCHTSPEZIFISCHE KONTAKTINTENSITÄT DER FACHKRÄFTE ZU EINRICHTUNGEN / INSTITUTIONEN DER VERSCHIEDENSTEN ARBEITSBEREICHE 2003 UND 2005

arithmetische Mittelwerte auf einer Skala von 0 = kein Kontakt bis 5 = enge Kooperation
 ** Mittelwertunterschied signifikant auf dem $p < 0,1$ -Niveau

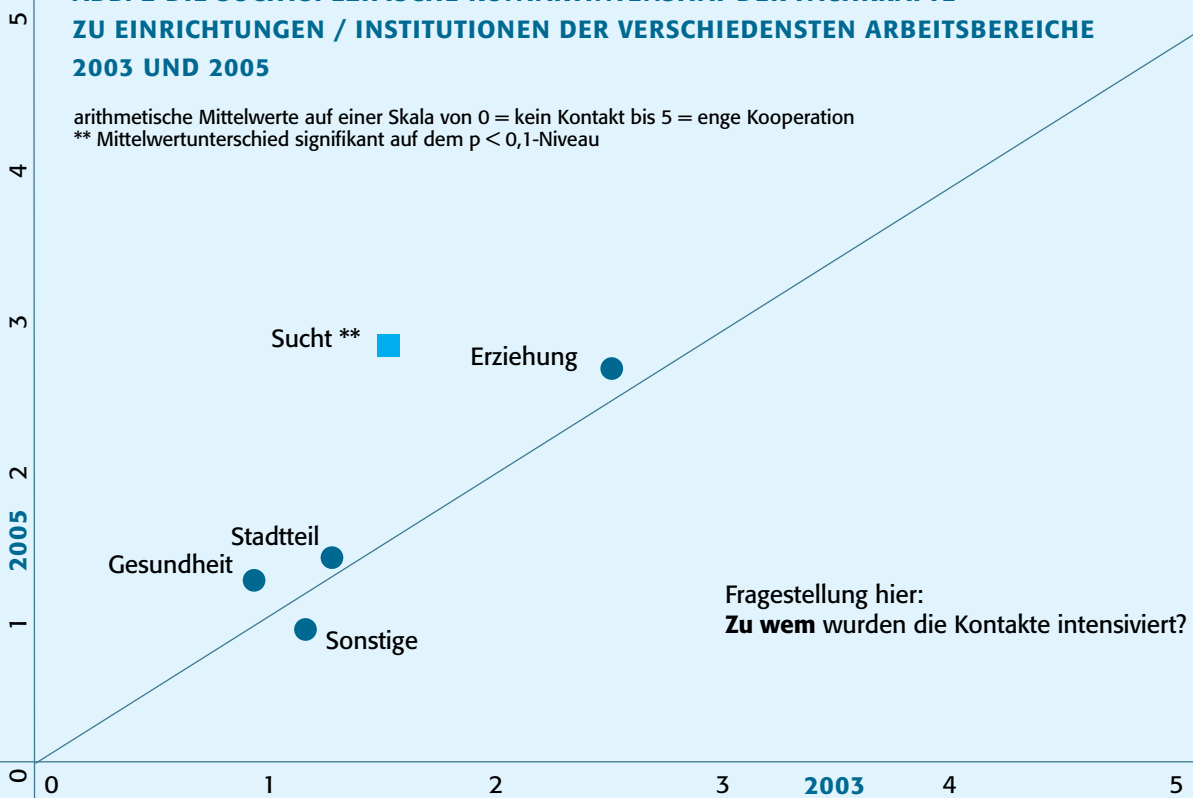
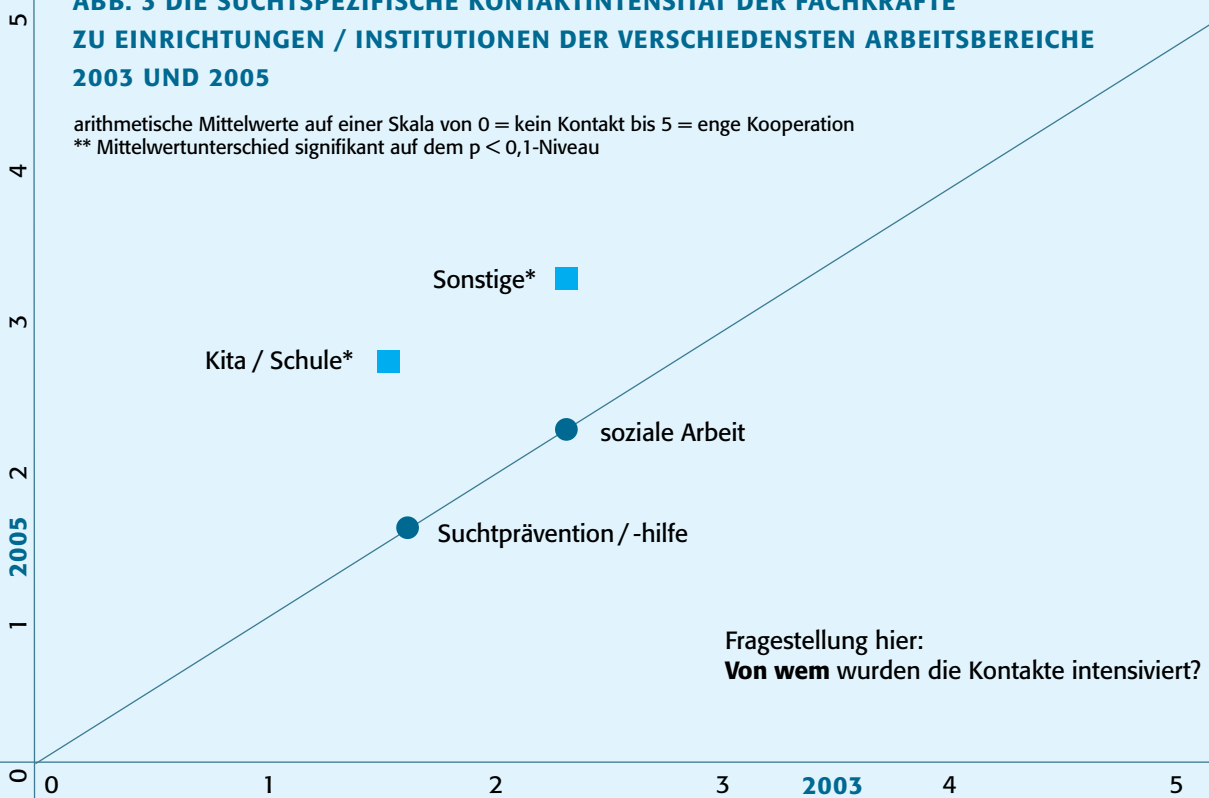


ABB. 3 DIE SUCHTSPEZIFISCHE KONTAKTINTENSITÄT DER FACHKRÄFTE ZU EINRICHTUNGEN / INSTITUTIONEN DER VERSCHIEDENSTEN ARBEITSBEREICHE 2003 UND 2005

arithmetische Mittelwerte auf einer Skala von 0 = kein Kontakt bis 5 = enge Kooperation
 ** Mittelwertunterschied signifikant auf dem $p < 0,1$ -Niveau



Qualifikation und Kooperation im Rahmen der Fallberatung

Die Fallberatung ist das Herzstück des Projektes connect. Bereits im Vorfeld der Implementierung war eines eindeutig klar: Ohne die Perspektive auf den konkreten Gewinn für den Arbeitsalltag und das professionelle Handeln wäre eine Netzwerkentwicklung nicht möglich gewesen. Die Fallberatung stellt eine solche konkrete Hilfe und Entlastung der Teilnehmenden für ein als sehr problemhaft empfundenen, heikles und komplexes Thema dar.

Die Connect-Fallberatung ist eine kollegiale Fallberatung, die anonymisiert mit fachlicher Anleitung und Moderation⁶ durchgeführt wird. Sie unterscheidet sich von anderen informellen Fallberatungen vor allem durch die systematische Herangehensweise. Vom gesetzlich verankerten Hilfeplangespräch im Kontext des Jugendamtes unterscheidet sie sich durch die Freiwilligkeit und oft auch durch den Zeitpunkt im Hilfeverlauf: Ziel der Fallorientierten Arbeit bei connect ist es, so früh wie möglich Hilfe und Unterstützung für die Kinder auf den Weg zu bringen. So kann oft mit noch einfachen Mitteln viel für die Chancen der Kinder bewegt werden.

Das Verfahren für die Fallberatung wurde in der Modellphase gemeinsam mit den Kooperationspartnern und -partnerinnen aus den unterschiedlichen Arbeitsfeldern entwickelt und bietet daher die Möglichkeit für eine höhere inhaltliche und strukturelle Akzeptanz dieses Instrumentes bei allen Berufsgruppen. Ein wichtiges

Kriterium für die Fallberatung war es, dass sie in einer vertrauensvollen und verlässlichen Atmosphäre stattfinden müsse. Die Teilnehmenden verständigen sich auf Verschwiegenheit und respektvollen Umgang untereinander ebenso wie mit den zu Betreuenden. An dieser Stelle wird bereits die Bedeutung der Kooperationsvereinbarung deutlich, die diesen Rahmen, diese Voraussetzung schwarz auf weiß festhält.

Um zusätzliche Arbeitsbelastungen so gering wie möglich zu halten, verständigten sich die Kooperationspartner und -partnerinnen zunächst für nur zwei, später für vier Fallberatungstreffen pro Jahr. Bei jedem Treffen können zwei, maximal drei Fälle vorgestellt und bearbeitet werden. Häufiger findet jedoch die ausführliche Beratung mit nur einem Fall statt. Durch die systemische Fallbeschreibung und Analyse (auf der Basis eines Anamnesebogens, der jedoch nur als Anregung, nicht als Protokoll- und Kontrollinstrument verwendet wird) und die Einbeziehung visueller Methoden (Abb. 4) hat jede Fallberatung auch den Charakter einer Fortbildung für alle Teilnehmenden. Die Differenzierung in Vermutungen und Fakten, der Blick auf Ressourcen, an die angeknüpft werden kann, bietet Anregungen im konkreten Fall aber auch für das Agieren, für eigene Fälle: Vorgehensweisen können oft übertragen werden. Durch das Zusammentragen von Ideen und Angeboten von allen Beteiligten entsteht zum Schluss eine vielfältige Palette an Hilfemöglichkeiten. Ein solcher immer wieder aktualisierter Überblick über mögliche professionelle Vorgehensweisen und über die Hilfelandschaft

vor Ort ist eine nützliche Basis für die Arbeit mit Kindern und Familien in einer Region, auch ganz unabhängig vom thematischen Kontext der Suchtbelastung.

Die in der Evaluation festgestellten Effekte der Fallberatung waren vielfältig:

Die umfassende Betrachtung der Familienverhältnisse und der sozialen Strukturen führen zu neuen Erkenntnissen und einer größeren Transparenz. Es können neue Angebote entdeckt werden, das Spektrum wird vielfältiger und die Akzeptanz bei den Klienten und Klientinnen oder den zu Betreuenden steigt. Angebote, die tatsächlich angenommen werden und auch passender sind, können empfohlen werden. Auch die Kommunikation und Interaktion mit der Zielgruppe rückt als wichtiges Instrument ins Blickfeld. Durch den offenen und respektvollen Umgang der Fachkräfte untereinander entsteht eine vertrauensvolle Atmosphäre, ein stärkeres Aufeinanderzugehen, Vernetzung und Kooperation – bis hin in die oft als unmöglich eingestufte Vermittlung in die Suchthilfe.

Spagat – zwischen Kooperation, Information und Datenschutz

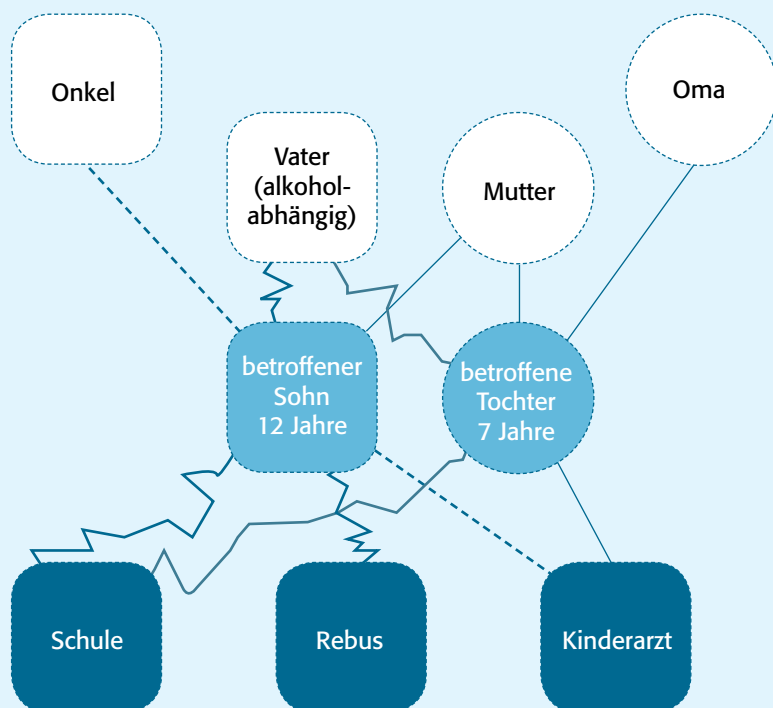
Wann kann bzw. wann darf ein Fall, auch wenn er anonymisiert dargestellt wird, in der Fallberatung vorgestellt werden? Das Ziel der connect-Netzwerke ist es, frühe Hilfe zu ermöglichen, noch bevor massive Belastungen zu einer akuten Gefährdung des Kindeswohls führen. Es gibt keine einfachen Lösungen und das Charakteristikum dieser vernetz-



Büro für Suchtprävention



ABB. 4 VISUALISIERUNG DER FALLBERATUNG



Vermutungen des Fallgebers	Feststehende Tatsachen
Ressourcen der Familie	Maßnahmen

ten Arbeit ist ein ständiger Balanceakt. Das Abwägen zwischen dem Hilfeauftrag, dem persönlichen Hilfewunsch und der respektvollen und offenen Begegnung mit den Betreuten, dem Akzeptieren der schwierigen Situation, den rechtlichen Ansprüchen aber auch der eigenen Aufgaben.

Hinzu kommt, dass die Bedürfnisse, Ansprüche und Interessen von Müttern und Vätern auf der einen, ihren Kindern, den Jungen und Mädchen auf der anderen Seite oftmals gegensätzlich sind. Hier muss immer individuell entschieden werden und auch dafür gesorgt werden, dass für beide Perspektiven unterschiedliche Personen zuständig sind, die jedoch

idealerweise zusammenarbeiten und sich abstimmen können. Bei einer connect-Fallberatung in jüngerer Zeit wurde ein positives Beispiel einer Trägerinternen Vorgehensweise vorgestellt: Durch eine Erweiterung der Konzeption wurde es möglich, für dieselbe Klientin sowohl Familienhilfe mit der Fokussierung auf das Kind, als auch eine persönliche, Suchthilfe orientierte Beratung für die Mutter anzubieten. Durch den Trägerinternen Rahmen wird eine Zusammenarbeit erleichtert. Das ist wichtig für das abgestimmte Vorgehen. Solche Strukturen sind ein wichtiger Schritt nach vorn, doch auch sie müssen mit Leben gefüllt werden und bieten von sich aus keine Garantie für erfolgreiche

Hilfeverläufe. Bei der Vorstellung des Falles wurde eindrucksvoll deutlich, dass die Akzeptanz der unterschiedlichen Hilfeangebote durch die Klientin auch sehr unterschiedlich ausfiel und für den erfolgreichen Hilfeverlauf immer noch eine Reihe weiterer, auch informeller und personenbezogener Faktoren von Bedeutung sind.

Bei der Frage nach der Hilfegestaltung für Kinder mit suchtbelasteten Müttern oder Vätern, dem Zeitpunkt und der Art des Agierens, dem Datenschutz, der Entbindung von Schweigepflicht und der Realisierung von Transparenz und Partizipation ist die Tatsache entscheidend, dass die wichtige frühe Hilfe nur allzu oft

unterbleibt. Darum müssen neue Wege gefunden werden, wie das Werben um Offenheit, Mut zur Thematisierung zwischen Professionellen und Betreuten, zwischen Kolleginnen und Kollegen, zwischen den Einrichtungen der Hilfeinstanzen. In diesem Prozess werden neue Standards und eine neue Kultur zwischen sowohl anonymisierten als auch partizipativen Vorgehensweisen entstehen (müssen).

An dieser Stelle soll auch ein Blick auf die schwierige Beschäftigungssituation geworfen werden, die eine Kooperation und zusätzliche Arbeitsprozesse erschwert. Bereits die Kernaufgaben verdichten sich durch immer mehr Aufgaben bei immer weniger Personal. Dies betrifft alle Einrichtungen und Arbeitsfelder: Jugendämter und Jugendhilfe, Kita und Schule, Suchthilfe und Stadtteil. Die Arbeitsbedingungen dürfen nicht außer Acht gelassen werden, wenn es um die Realisierung fachlich erstrebenswerter Standards geht. In Zeiten von Konsolidierungsmaßnahmen werden sie schnell als Luxus eingestuft, obwohl dabei eine andere Gewichtung der Aufgaben und Ausgaben ein möglicher Ausweg wäre. Und: Der Vorteil der Kooperation muss deutlich und spürbar werden. Eine permanente Herausforderung für alle Beteiligten zeigt sich entlang der fachlichen und gesellschaftlichen Weiterentwicklung.

Nachhaltigkeit durch Kooperationsvereinbarung und Koordination

Die Kooperationsvereinbarung wurde, wie das gesamte Verfahren zur Zusammenarbeit, in der Modellphase gemeinsam mit den Interessierten, also den zukünftigen Kooperationspartnern und -partnerinnen entwickelt. Auch skeptische Personen waren dabei, so dass die Kriterien für ein erfolgreiches Vorgehen sehr weitreichend diskutiert und formuliert werden konnten.

Als Präambel und inhaltliche Basis wurden die damals aktuell durch das Bundesgesundheitsministerium, die BZgA und die DHS verabschiedeten Eckpunkte für die Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien herangezogen. Sie bildete eine positive Grundlage, zu der es keine Gegenposition gab. Auch dies ist typisch für unser Themenfeld: alle Fachkräfte sind von der Sinnhaftigkeit der Arbeit überzeugt. Die Bedeutung und Gewichtung der häufig als Spezialthema angesehenen Problematik entscheidet schließlich über das Engagement. Das Ziel der Vereinbarung ist sehr offen definiert, als Förderung der Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien in der Region auf der Grundlage der jeweils eigenen professionellen Verantwortung. Die Aufgabe: Nutzung des Netzwerks als Ressource für die Hilfeplanung sowie das Mitwirken zum weiteren Bestehen und zur Weiterentwicklung des Netzwerks. Die positiven Konsequenzen wären:

1. Schaffung verbindlicher Strukturen und Entwicklung klarer und unbürokratischer Zuständigkeiten (gegebenenfalls Abbau vorhandener bürokratischer Hindernisse).
2. Verbesserung der Kommunikation, der Kooperationspartner und -partnerinnen untereinander.
3. Verbesserung der Transparenz der unterschiedlichen Angebotsformen und Einrichtungsarten.
4. Verbesserung der sozialräumlich orientierten Versorgung und Aktivierung der Ressourcen.
5. Zur Unterstützung und Entwicklung des Netzwerkes können alle Kooperationspartner und -partnerinnen die Koordinationsstelle im Stadtteil nutzen.

Die in Punkt 1. genannte Verbindlichkeit stellt ein durchaus hinterfragbares Kriterium dar, da es der Freiwilligkeit und Verantwortlichkeit der Mitwirkenden überlassen ist. Eine solche Vereinbarung ist und bleibt eine Absichtserklärung – sie soll dazu dienen, möglichst viele Fachkräfte zur Mitwirkung zu motivieren. Ein vielfältiges Netzwerk kann tendenziell eine höhere Attraktivität und Wirksamkeit haben als ein kleines. Die Größe allein ist jedoch kein Qualitätsmerkmal für ein connect-Netzwerk, wohl aber die Vielfalt der beteiligten Arbeitsfelder.

Die Verbindlichkeit wird durch das Unterzeichnen gefördert, und dadurch, dass dies auf der Ebene der Entscheidungsträger einer Einrichtung geschieht. So wird die Arbeit zu einer inhaltlichen Angelegenheit der Einrichtung oder Institution, die unabhängig von personellem Wechsel realisiert werden kann.

Damit die Vernetzung wirklich lebendig und nachhaltig gelingen kann, kommt der Koordinationskraft eine hohe Bedeutung zu. Sie ist der aktive Part, der im professionellen Alltag der Fachkräfte für das Thema steht. Die Koordinationskraft organisiert die Fallberatung und die Fortbildung, die Jahrestreffen und die Weiterentwicklung des Netzwerks. Sie muss dies nicht allein leisten, sondern erhält Unterstützung durch die zentrale Fachstelle für Suchtprävention, angesiedelt bei der Landesstelle für Suchtfragen. So ist es möglich, die dynamische Konstruktion mit jeweils recht geringen Ressourcen zu realisieren⁷.

Wichtig ist auch die Akzeptanz der Koordinationskraft durch die Partner und Partnerinnen in der Region. Hilfreich ist, wenn sie bereits anderweitig mit Koordinierungsaufgaben vertraut ist, dadurch können Synergien hergestellt werden und die Arbeit effektivieren.⁸

Eine Begleitgruppe, die aus den regional bzw. kommunal zuständigen Fachkräften auf der Ebene des Jugend- und Gesundheitsamtes besteht, ist ein weiteres wichtiges Instrument zur Verstetigung der Netzwerkarbeit. In Hamburg sind dabei auch die Mitarbeitenden der Kinderschutzkoordination sowie die Koordination für Gesundheitsförderung in den Bezirken wichtige Unterstützende der Tätigkeit.

Fazit

Netzwerkarbeit ist mehr als nur noch ein neuer Arbeitskreis für ein weiteres Spezialthema. Es wird gemeinsam etwas Konkretes bewegt, nicht punktuell sondern dauerhaft, systematisch und nachhaltig. Netzwerkarbeit kann die Struktur verändern, sie verändert aber vor allem die Art und Weise, an Aufgaben heranzugehen und sie zu bewältigen, für jede und jeden einzeln und im regionalen Kontext. Im besten Fall ist es eine Initiative, die den Arbeitsalltag für die Teilnehmenden ethisch und kulturell verändert und zu einer neuen Qualitätsebene im Umgang miteinander und mit einem Thema führt und sich auf die übrigen Aktivitäten und Maßnahmen auswirkt bzw. diese einbezieht. Insofern bietet connect keine Parallelstruktur sondern verbindet vielfältig und diagonal vorhandene Aktivitäten und Strukturen.

Trotz aller strukturellen Elemente, trotz aller Anerkennung und Erfolge – zuletzt im Evaluationsbericht der Hamburger Suchtprävention durch die Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS) 2012 – konnte das Projekt jedoch noch nicht nachhaltig verstetigt werden. Gesetzliche Veränderungen, strukturelle und Qualitätsentwicklungen im Bereich der Jugendhilfe, des Kinderschutzes, der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Frühen Hilfen

bilden den großen Rahmen, in den sich das Thema der suchtbelasteten Familien einfügen muss. Letztlich bleibt es tatsächlich ein Spezialthema, das jedoch eine hohe Relevanz für die involvierten Arbeitsfelder besitzt. Die Sensibilität für das Thema ist unter dem Druck der Todesfälle von Kindern in suchtbelasteten Lebensgemeinschaften – und in öffentlicher Betreuung – in den vergangenen Jahren gestiegen. Dass sie mit größerer Aufmerksamkeit verfolgt wurden und ebenfalls strukturelle Konsequenzen haben, ist ein Fortschritt für unser Anliegen, wir würden uns sicher einen weniger dramatischen und traurigen Hintergrund dafür wünschen!

- 1 Baumgärtner, Theo (2005), Ausgewählte Ergebnisse der Evaluation des Projektes connect, BFS, EVA 13;
Ehmke, Irene (2006) Abschlussbericht des Modellprojets connect, BfS Berichte, KuF 2
- 2 Klein, Michael, (2003) Kinder suchtkranker Eltern – Fakten, Risiken, Lösungen, Berlin, BMGS;
Zobel, Martin (2006), Kinder aus alkoholbelasteten Familien – Entwicklungsrisiken und -chancen. Göttingen: Hogrefe
- 3 Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) oder Förderung kommunaler Suchtprävention, Deutsches Institut für Urbanistik (DIFU)
- 4 Connect wurde als Kooperationsprojekt von Behörden und Fachstellen federführend vom Büro für Suchtprävention entwickelt und von 2003 bis 2005 im Hamburger Stadtteil Osdorf als Modellprojekt durchgeführt. Das Projekt wurde umfangreich evaluiert. Die praktischen Erfolge und die in der Evaluation verdeutlichten positiven Effekte führten zu einer behördlichen Empfehlung für eine flächendeckende Implementierung in Hamburg. 2008–2012 wurde in Kooperation mit der Jugendbehörde und den Fachämtern in den Bezirken der Aufbau weiterer Netzwerke ermöglicht. An sechs Standorten in fünf Bezirken entstanden neue Netzwerke, die jeweils nach einem Jahr vom Bezirk in Eigenregie übernommen werden sollten. Trotz positiver Entwicklungen gelang die Verfestigung nicht an allen Standorten. Im Artikel werden Ziele und Umsetzung der Netzwerkentwicklung erläutert, Gelingensbedingungen und Stolpersteine erläutert, sodass die Übertragbarkeit in andere Regionen möglich wird. Bei weitergehendem Interesse wenden Sie sich gern an die Autorin.
- 5 Trojan, Alf (2003) Vermitteln und Vernetzen (in BZgA (2003)) zit.n. Meinke, Uta, (2006) Die connect Fallberatung: Wirksamkeit und Nutzen aus Sicht der teilnehmenden Fachkräfte – Ergebnisse einer Expertenbefragung (unveröffentl.)
- 6 Die Moderation wird in den meisten Netzwerken durch die Beratungsstelle Kompaß – Beratung für Kinder und Jugendliche Alkohol abhängiger Eltern durchgeführt. Diese Begleitung ist ein wichtiges Element für die Qualität und den Erfolg der Fallberatungen.
- 7 Die Koordinationskraft vor Ort arbeitet mit einem Stundenumfang von 5 Std/Woche.
- 8 Haupttätigkeiten der connect-Koordinatoren und Koordinatorinnen:
Mitarbeiterin sozialräumlicher Angebotsentwicklung (Koordination)
Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sozialräumlicher Angebotsentwicklung (Fachkraft im Projekt)
Bezirkliche Koordinationskraft Suchtprävention
Fachkraft der regionalen Suchtpräventionseinrichtung
Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus dem Jugendamt mit fachlicher Spezialisierung (Gewaltprävention)
Leiterin der Familienbildungseinrichtung und KiSch-Fachkraft
Kinderlotsin eines Suchthilfeträgers
Mitarbeiter eines KiFaZ
Mitarbeiterin eines regionalen Bildungsträgers (mit hoher Vernetzungserfahrung)

Referenten und Referentinnen

DIPL.-PSYCH. INES ANDRE-LÄGEL

Psychotherapeutische Praxis
Alsenstraße 38
14109 Berlin
kontakt@praxis-andre.de

VERONIKA BREßER

FD 406 - Jugendamt - Erziehungshilfe
Hoher Weg 10
31134 Hildesheim
veronika.bresser@landkreishildesheim.de

DR. ELKE BRUNS-PHILIPPS

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt
Roesebeckstraße 4-6
30449 Hannover
elke.bruns-philipps@nlga.niedersachsen.de

IRENE EHMKE

Büro für Suchtprävention
der Hamburgischen Landesstelle
für Suchtfragen e.V.
Repsoldstraße 4
20097 Hamburg
ehmke@sucht-hamburg.de

CLAUDIA MIERZOWSKY

Drogenhilfe Hildesheim gGmbH
Jakobistraße 28
31134 Hildesheim
mierzowsky@drops-hi.de

PROF. DR. HEINO STÖVER

Fachhochschule Frankfurt am Main,
Fachbereich 4 „Soziale Arbeit und Gesundheit“
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt am Main
hstoever@fb4.fh-frankfurt.de

PROF. DR. RAINER THOMASIUS

Deutsches Zentrum für Suchtfragen
des Kindes- und Jugendalters
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
thomasius@uke.uni-hamburg.de

MARKUS WIRTZ

Drogenhilfe Köln gGmbH
Fachstelle für Suchtprävention
Hans-Böckler-Straße 5
50354 Hürth
m.wirtz@praevention.drogenhilfe-koeln.de

Bitte beachten Sie, dass die Daten den allgemeinen Datenschutzbestimmungen unterliegen und ohne Einverständnis der betreffenden Personen nicht an Dritte weitergegeben werden dürfen.

Herausgegeben vom
Niedersächsischen Ministerium für Soziales,
Frauen, Familie, Gesundheit und Integration
Hinrich-Wilhelm-Kopf-Platz 2
30159 Hannover

in Zusammenarbeit mit der
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

März 2013

Diese Broschüre darf, wie alle Publikationen der Landesregierung,
nicht zur Wahlwerbung in Wahlkämpfen verwendet werden.