



Metastudie

Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern

Auftraggeber:

Bundesministerium für
Gesundheit, Berlin

Autoren:

Ingrid Arenz-Greiving
Marcus Kober

Münster, 31. Mai 2007

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
a) Entwicklung des Problembewußtseins für Kinder suchtkranker Eltern in Deutschland	1
b) Aktuellere Untersuchungsschwerpunkte	5
c) Inhalt und methodischer Ansatz des Review	5
2. Wie wurden die Projekte dokumentiert und evaluiert?	8
• Erkenntnisdefizite und Handlungsbedarf	10
3. Seit wann bestehen die Angebote und wie werden bzw. wurden sie finanziert?	14
4. Welche Zielgruppen sollen erreicht werden?	16
5. Welche Familien wurden erreicht?	18
6. Wo sind oder waren die Angebote verortet und mit wem sind sie vernetzt?	19
7. Welche Angebote und Stützmaßnahmen / Methoden wurden erprobt – mit welchen Ergebnissen?	23
a) Systemische, familienorientierte Arbeit	23
b) Gruppenangebote	28
c) Elternangebote	30
d) Öffentlichkeitsarbeit	31
e) Organisatorische Anforderungen an die Arbeit mit Kindern	32
f) Angebote im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe	33
8. Welche Zugangswege zu den süchtigen Eltern und deren Kinder haben sich bewährt?	36
9. Wie wurden Eltern einbezogen – gibt / gab es ‚verpflichtende‘ Kooperation mit ihnen?	38
10. Welche Rolle spielt der Blick auf das Kindeswohl und eine gemeinsame Einschätzung der Situation der Kinder anhand von ‚Basiskriterien‘? Mit welchen Kriterien wird gearbeitet, welche Erfahrungen gibt es dazu? Welche Sensoren können entwickelt werden, um Kindeswohlgefährdungen frühzeitig erkennen zu können?	39
11. Wie gelingt eine Zusammenarbeit zwischen Sucht-, Drogen- und Jugendhilfe – im Sinne und zum Wohl der Kinder und Eltern?	50
12. Was erfordert diese Arbeit mit den jeweiligen Zielgruppen (Kinder / Jugendliche / Eltern) von den Helfern (welche Grundhaltungen, Kompetenzen etc.)?	52
13. Was hat sich bewährt, um arbeitsfeldübergreifend kooperieren zu können?	54

Ausblick und Empfehlungen zu Eckpunkten eines weiteren Modellvorhabens	55
Literaturverzeichnis	59
Projekt- und Publikationsliste	63

Wir sind uns bewusst, dass die in diesem Leitfaden benutzen Begriffe wie Fachkraft, Klient, Kollege oder Mitarbeiter grammatikalisch gesehen maskulin (männlich) sind. Hier verwenden wir sie jedoch als neutrale Begriffe, die eine Funktion und nicht eine Person meinen. Wir verwenden sie daher für Männer und Frauen. Zudem hat sich in unseren Erfahrungen auch bestätigt, dass mit der männlichen Wortform eher die *neutrale Funktion* verstanden wird, während mit der weiblichen Wortform rasch die Frau in der Rolle als Leiterin oder Kollegin verbunden wird und nicht die Funktion allein. Auch die Komplizierung des Lesens bzw. Schreibens durch Formulierungen wie ‚Leiter und Leiterin‘ oder MitarbeiterIn wollen wir den Leserinnen und Lesern (und uns selbst) ersparen.

1. Einleitung

a) Entwicklung des Problembewußtseins für Kinder suchtkranker Eltern in Deutschland

Seit Mitte der 80er Jahre wächst in Deutschland - zumindest in der Fachöffentlichkeit – das Bewußtsein, dass Kinder aus suchtblasteten Familien eine potentielle Risikogruppe darstellen, die spezifischer, zielgruppengerechter Hilfen bedarf. Seit dem sind sowohl in erkenntnistheoretischer als auch praktischer Hinsicht bemerkenswerte Fortschritte in Bezug auf diese Zielgruppe erreicht worden. Die mittlerweile umfangreich vorliegende Fachliteratur ist ein Indiz dafür, dass viele anfängliche Wissensdefizite für den deutschsprachigen Raum inzwischen haben beseitigt werden können, so dass heute zur Phänomenologie und zum Umfang der Problematik relativ gesicherte Aussagen getroffen werden können. In Deutschland leben schätzungsweise 2,65 Millionen Kinder von alkoholmissbrauchenden oder –abhängigen Eltern¹ und ca. 30.000 - 40.000 Kinder drogenabhängiger Mütter, womit etwa jedes fünfte Kind in einer suchtblasteten Familie aufwächst.

Kinder suchtkranker Eltern sind nach heutigem Kenntnisstand die größte bekannte Risikogruppe für spätere Suchtstörungen. Zudem weisen sie auch viele andere psychische Störungen auf, wobei vor allem die psychosozialen Folgen des Alkohol- und Drogenmissbrauches in Familien sich negativ auf viele betroffene Kinder auswirken. Aus der Vielzahl der inzwischen vorliegenden Studien wird deutlich, welche Konsequenzen für Kinder suchtkranker Eltern am ehesten drohen²:

- Lebensgeschichtlich früher Beginn von Alkohol- und Drogenmißbrauch;
- Häufigere Diagnosen in den Bereichen Angst, Depression und Essstörungen;
- Stärkere Hyperaktivität, Impulsivität und Aggressivität;
- Defizite in den schulischen Leistungen;
- Defizite in der visuellen Wahrnehmung und
- stärkere innerfamiliäre Konflikte.

Schätzungsweise 40 – 50 professionelle, ambulante Angebote für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern werden heute vorgehalten. Die meisten von ihnen sind projektfianziert. Das bedeutet, die Angebote sind – wegen mangelnder Finanzierung – zunächst nicht dauerhaft angelegt. Zu diesen ambulanten kommen die – ebenfalls vereinzelt – stationären Angebote von Fachkliniken (Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation) für Suchtkranke, wo Kinder während der stationären Entwöhnungsbehandlung der Eltern betreut und unterstützt werden. Einige dieser stationären Einrichtungen haben Hilfen und Angebote für die Einbeziehung der Kin-

¹ Vgl. Michael Klein (2005): Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, S. 10, sowie Michael Klein (2006): Kinder drogenabhängiger Mütter, S. 1.

² Michael Klein & Martin Zobel (2001): Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multi-problemfamilien, S. 27.

der in die Suchttherapie der Mütter oder Väter entwickelt. Dort gibt es u.a. auch Angebote für die Mutter-Kind-Behandlung, manchmal auch Elterntrainings o.ä. Die seltenen, stationären Angebote für Eltern und Kinder werden nur von einem - eher geringen - Teil der suchtkranken Eltern wahrgenommen. Voraussetzungen für eine stationäre Rehabilitation sind vergleichsweise hochschwellig: die suchtkranken Mütter oder Väter müssen einer stationären Suchtbehandlung mit allen Anforderungen zustimmen und sich gleichzeitig ihrer Elternrolle und –verantwortung stellen.

Neben den ambulanten und stationären Hilfeangeboten gibt es einige Selbsthilfegruppen und ambulante Beratungsmöglichkeiten für Erwachsene von alkoholabhängigen Eltern.

Ortsunabhängig stellt das seit 2003 existierende Online-Projekt www.kidkit.de des Vereins KOALA e.V. und der Drogenhilfe des SKM Köln ein Angebot dar, das sich vorrangig an die Altersgruppe der 10 – 14 Jährigen richtet. Zudem gibt es Hilfen unter www.nacoa.de - auf dieser Homepage finden sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erzieher, Lehrer, Eltern und andere Interessierte wertvolle Informationen.

In fast jeder größeren Stadt in Deutschland gibt es zudem Selbsthilfegruppen. Gezielte Angebote für Kinder und Jugendliche bieten Alateen-Gruppen, Kindergruppen der Guttempler, einige Angebote des Kreuzbundes sowie der Freundeskreise.

Die pädagogisch-therapeutischen Hilfeangebote zielen darauf ab, eine Stigmatisierung und Pathologisierung der Kinder suchtkranker Eltern zu verhindern. Die Kinder sollen - wieder - zu sich selbst finden, ihrem spezifischen Entwicklungsstand entsprechend ihren Lebensalltag bewältigen können. Die betroffenen Eltern sollen darin gefördert und unterstützt werden, ihre Elternverantwortung wieder wahrzunehmen und Erziehungskompetenzen stärker an den Bedürfnissen der Kinder zu orientieren. Auch die süchtigen Eltern müssen mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden und Bestandteil der Angebote sein.

Infolge einer Vielzahl themenbezogener Veranstaltungen konnte das Problembewußtsein in der Fachöffentlichkeit geschärft werden, was sich auch in der gewachsenen Zahl von Projekten zeigt, die in unterschiedlichen Formen Unterstützungsmaßnahmen speziell für Kinder suchtkranker Eltern anbieten. Nichtsdestoweniger muss der Abdeckungsgrad entsprechender Angebote in Deutschland als sehr fragmentarisch und nach wie vor unzureichend bezeichnet werden.

Zu den Gründen dafür, dass Kinder suchtkranker Eltern immer noch zu häufig von den Akteuren der Hilfesysteme übersehen und ignoriert werden, zählte Prof. Klein anlässlich des 2. ENCARE Symposiums³

- dass immer noch ein Informations- und Wissensdefizit auch in Expertenkreisen besteht;

³ Das Symposium fand vom 19. – 20. April 2007 in Bad Honnef: statt. Eine Möglichkeit des Downloads der dort gehaltenen Vorträge besteht unter <http://www.encare.de/content/symposium/presentations.php>.

- das Fehlen von Kompetenzen zur Behandlung und Vorbeugung, wobei in erster Linie Basiskompetenzen notwendig seien;
- die Tatsache, dass viele Kinder etwa auf Grund internalisierter Probleme augenscheinlich keine Probleme aufwiesen;
- dass Strategien der Verteidigung, Leugnung, Zurückweisung und Aggression weitverbreitete Verhaltensweisen in suchtblasteten Familien sind;
- dass es an anonymen, niederschweligen Angeboten für diese Zielgruppe fehlt;
- dass unzulängliche Formen der Kooperation zwischen den Hilfeanbietern überwiegen;
- dass stattdessen verschiedene spezialisierte Hilfesubsysteme mit rigiden Grenzen existieren;
- und dass die Belastung von Kindern durch mentalen und psychologischen Stress und Gewalt systematisch unterschätzt werde.

Basierend auf den Zahlen der Jahresstatistik der Suchtkrankenhilfe muss mit Blick auf die derzeitigen Standards in der Prävention und Behandlung für Kinder von Suchtkranken festgestellt werden, dass diese Personengruppe tatsächlich immer noch weitgehend vergessen wird. Im Jahre 1994 waren es im Bereich der ambulanten Suchthilfe lediglich 9% (alte Bundesländer) bzw. 14% (neue Bundesländer) der Suchtberatungsstellen, die spezielle Gruppen für Kinder suchtkranker Eltern anboten.⁴ Der gleiche Bericht weist im Jahre 1998 über die ambulanten Suchtberatungsstellen in Deutschland (EBIS) für die alten Bundesländer einen Zahl von 8%, für die neuen Länder von 15% aus. Demnach waren es für die gesamte Bundesrepublik im Jahre 1998 nur 10% der Beratungsstellen, die ein Angebot für die Kinder ihrer Klienten vorgehalten haben. Die Situation bzgl. spezieller Angebote für Kinder suchtkranker Eltern hat sich insofern nicht entscheidend verbessert.

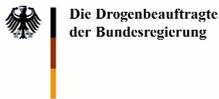
Aus der EBIS-Statistik ist weder zu erkennen, welchen Umfang in der Arbeit der Beratungsstellen die Angebote für Kinder ausmachen noch welcher Qualität diese Angebote sind. Auch die außerhalb des Suchthilfesystems angesiedelten Angebote für Kinder von Suchtkranken z.B. aus dem Bereich der Jugendhilfe der Erziehungsberatung, der Suchtselbsthilfe, dem Kindergarten, dem schulischen Sektor oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind selten und nur unsystematisch dokumentiert.⁵

Bereits im Jahre 2003 fand auf Einladung der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung Marion Caspers-Merk eine Fachtagung mit dem Titel „Familiengeheimnisse – wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“ statt, in deren Mittelpunkt eine Bestandsaufnahme des bisher Bekannten und Erreichten aus Sicht von

⁴ Vgl. Michael Klein (2005): a.a.O., S. 190 m.w.N.

⁵ Ders., S. 191.

Praktikern, Wissenschaftlern und politisch Verantwortlichen stand. Im Ergebnis konnten zehn Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien erarbeitet und verabschiedet werden, die bis heute an Relevanz kaum verloren haben.



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

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

b) Aktuellere Untersuchungsschwerpunkte

Diesen Erkenntnisfundus ergänzend sind in den letzten Jahren Untersuchungen angestellt und Handreichungen erarbeitet worden, die sich schwerpunktmäßig mit Aspekten der Struktur- und Prozessqualität von Hilfeangeboten, wie etwa den Voraussetzungen und Gelingensbedingungen von Kooperationen oder den Möglichkeiten einer dauerhaften Implementierung von Projektansätzen, beschäftigen. Aus dem Bereich der grundlagenorientierten Wissenschaft wurden u.a. vertiefende Erkenntnisse zu den Lebensbedingungen der Kinder suchtkranker Eltern, ihren spezifischen Entwicklungs- und Abhängigkeitsrisiken, aber auch erfolgversprechenden Schutzfaktoren publiziert. Als eine quantitativ relativ kleine Subgruppe sind schwangere drogenabhängige Frauen verstärkt in den Fokus des Interesses gerückt.

Konzeptionell fehlt es nach wie vor an durchgängigen, auf ihre Wirksamkeit überprüften Konzepten und Hilfeangeboten, die zudem als Regelangebot fest verankert und damit auch dauerhaft finanziell gesichert sind.⁶ Vielmehr reicht das heterogene Spektrum der Unterstützungsangebote verschiedener Träger von zirkuspädagogischen und reittherapeutischen Maßnahmen, über Kriseninterventionen bis zu fest institutionalisierten Kooperationsmodellen aller kommunal tangierten Akteure.

c) Inhalt und methodischer Ansatz des Review

Das vorliegende Review zum Thema ‚Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern‘ soll hier ansetzen: Projekte, die in dem Zeitraum seit Ende 1999 / Anfang 2000 bis Ende 2006 bundesweit durchgeführt wurden, sollen analysiert und unter Berücksichtigung folgender Fragen ausgewertet werden:

- Wie wurden die Projekte dokumentiert und evaluiert?
- Seit wann besteht das Angebot, wie wird / wurde es finanziert?
- Welche Zielgruppen konnten mit welchen Maßnahmen erreicht werden?
- Welche Familien wurden erreicht?
- Wo waren / sind die Angebote verortet und mit wem sind sie vernetzt?
- Welche Angebote und Stützmaßnahmen / Methoden wurden erprobt – mit welchen Ergebnissen?
- Welche Zugangswege zu den süchtigen Eltern bzw. zu deren Kindern haben sich bewährt?

⁶ Diese Defizite konstatierte im Jahre 2003 Jobst Böning (2003): Wenn Eltern suchtkrank sind und die Eltern leiden, in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2003): Familiengeheimnisse – wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden, Einführung.

- Wie wurden Eltern einbezogen – gibt / gab es ‚verpflichtende‘ Kooperation mit ihnen?
- Welche Rolle spielt der Blick auf das Kindeswohl und eine gemeinsame Einschätzung der Situation der Kinder anhand von ‚Basiskriterien‘? Mit welchen Kriterien wird gearbeitet, welche Erfahrungen gibt es dazu? Welche Sensoren können entwickelt werden, um Kindeswohlgefährdungen frühzeitig erkennen zu können?
- Wie gelingt eine Zusammenarbeit zwischen Sucht-, Drogen- und Jugendhilfe - im Sinne und zum Wohl der Kinder und Eltern?
- Was erfordert diese Arbeit mit den jeweiligen Zielgruppen (Kinder/Jugendliche/Eltern) von den Helfer/innen (welche Grundhaltungen, Kompetenzen etc.)?
- Was hat sich bewährt, um arbeitsfeldübergreifend kooperieren zu können?

Metaanalysen dienen dem Ziel, die schwer übersehbare Fülle komplexer Untersuchungsgegenstände strukturiert zu erfassen, wesentliche Erkenntnisse und Untersuchungsergebnisse zusammenzufassen sowie den Stand der Forschung und Praxis hinsichtlich eines Themenfeldes zu ermitteln. Im Idealfall kann sich eine solche Analyse quantitativer, nach strengen Erhebungsstandards generierter Daten aus vorangegangenen Primärstudien bedienen. Voraussetzung für diesen Analyseansatz ist das Vorliegen einer ausreichend großen Zahl an Primärergebnissen, die mit wissenschaftlichen, d.h. validen, expliziten und reproduzierbaren Methoden generiert worden sind. Dies ist in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand der „Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern“ nicht der Fall. Zur Phänomenologie der Situation suchtbelasteter Familien liegen mittlerweile einige wissenschaftlich fundierte Forschungsergebnisse für Deutschland vor, die etwa Aussagen über den (ungefähren) Umfang der Problemgruppe, die spezifischen Risiken von Kindern süchtiger Eltern u.v.m erlauben, doch herrscht weiterhin ein eklatanter Mangel an vergleichbarer Informationen über die Wirksamkeit der Projektpraxis. Die Durchführung einer Metaanalyse in methodisch engem Sinne, mittels derer die Integration und Analyse einer Mehrzahl von Primäruntersuchungen anhand von statistischen Indikatoren erfolgt, scheidet im vorliegenden Fall daher aufgrund der methodischen Vielfalt und Heterogenität der Primärquellen aus.

Die vorliegende Analyse stellt daher in methodischer Hinsicht ein Review zum Thema dar. Ziel dieses Vorgehens ist es, den aktuellen Forschungsstand in dem untersuchten Bereich zusammenzufassen, indem die einschlägige Literatur ausgewertet und kritisch eingeordnet wird. Inhaltlich können dabei etwa theoretische, empirische,

praktische und methodische Stärken und Schwächen der referierten Konzeptionalisierungen in Bezug auf das Untersuchungsthema diskutiert werden.⁷

Um ein umfassendes Bild von Projekten zu gewinnen, die sich im Zeitraum Ende 1999 bis Ende 2006 mit dem Thema „Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern“ beschäftigt haben, wurde auf verschiedene Informationsquellen zurückgegriffen.

- Alle der „Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.“ (DHS) in Hamm bekannten Projekte die sich mit dem vorgenannten Thema beschäftigen, wurden über die DHS angeschrieben und um Übermittlung vorhandener Konzeptionen, Dokumentationen oder Evaluationsberichte gebeten. Soweit dies möglich war, wurden diese Quellen um internetbasierte Informationen der jeweiligen Institutionen ergänzt. Eine aktive Recherche mit dem Ziel der Vertiefung und Verifizierung der übermittelten Projektberichte war angesichts des kurzen Erhebungszeitraums nicht möglich.
- Im Rahmen der Studie wurden ferner Untersuchungsberichte berücksichtigt, die im Auftrag von Ministerien, Dachverbänden und themenbezogenen Stiftungen in den vergangenen Jahren zum Thema durchgeführt oder beauftragt worden sind.
- Dokumentationen von Fachkongressen und Expertenanhörungen ermöglichten die Rezeption jüngster Forschungsergebnisse sowie deren Diskussion in beteiligten wissenschaftlichen Fachdisziplinen.
- Ergänzend konnte zur Informationsgewinnung auf Monographien zurückgegriffen werden, die in theoretischer Hinsicht das Bild eines relativ gut elaborierten Forschungsgegenstandes zeigen.

Die Dauer der Untersuchung betrug fünf Monate, von Januar bis Mai 2007. Angesichts der relativ kurzen Laufzeit erwies sich der Feldzugang als problembehaftet. Auf ein erstes Anschreiben zu Anfang der Untersuchung erfolgte ein nur marginaler Rücklauf. Erst eine zweite Ansprache der bekannten Projektstandorte verbesserte den anfangs zögerlichen Informationsfluss. Ergänzend konnte zudem auf bereits vorliegende Projektberichte und –dokumentationen zurückgegriffen werden.

In Form von Jahres- und Arbeitsberichten, begleitenden Evaluationsdokumentationen sowie Untersuchungsberichten auf Ebene der Bundesländer konnten Primärquellen aus insgesamt 35 Projekten in die Analyse einbezogen werden. Daneben wurden auf Sekundärquellen basierende Projektinformationen in das Review einbezogen. Ganz überwiegend handelt es sich um Projekte, die ambulante Angebote an Kinder und Jugendliche sowie in unterschiedlichem Maße auch für deren Eltern offe-

⁷ Vgl. zu Inhalten und Methoden des Reviews Jürgen Bortz und Nicola Döring (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, S. 627.

rieren. Der Vernetzung zwischen den lokal agierenden Institutionen der verschiedenen Hilfesysteme kommt eine wesentliche Bedeutung zu, um Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie deren Eltern wirksame und effektive Hilfe zukommen lassen zu können. Es sind in die Analyse daher ebenfalls vier Initiativen einbezogen worden, in deren Mittelpunkt die vertragliche Kooperation kommunaler Akteure steht.⁸

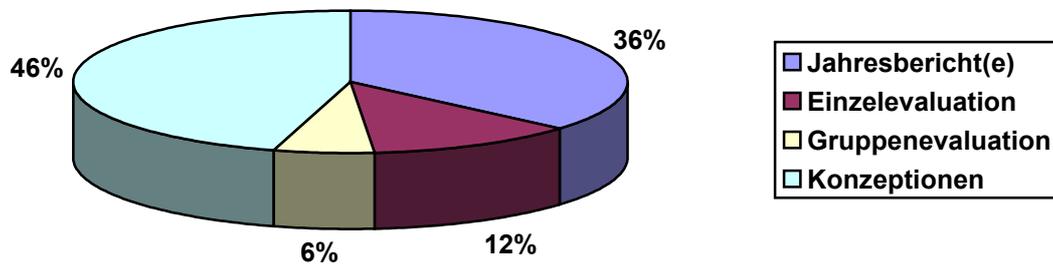
Die spezifischen Angebote einiger Fachkliniken im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung fließen aus verschiedenen Gründen nicht in die Studie ein: die Angebote können ausschließlich von den Kindern genutzt werden, deren suchtkranke Eltern sich auf eine stationäre Behandlung einlassen können. Es handelt sich also um einen – eher kleinen – Teil der Suchtkranken, die vom professionellen Suchthilfesystem erreicht und für eine stationäre Maßnahme motiviert sind. Sowohl die Rahmenbedingungen wie Finanzierung, Lebens- und Wohnsituation als auch das Setting für die Behandlung und die Einbeziehung der Kinder sind spezifisch und weder untereinander noch mit den ambulanten Angeboten vergleichbar.

2. Wie wurden die Projekte dokumentiert und evaluiert?

Eine summative Analyse von Ansätzen zur Unterstützung von Kindern und Eltern in suchtbelasteten Familien sieht sich mit dem Problem konfrontiert, dass kaum methodisch nachvollziehbare, gesicherte Erkenntnisse etwa über die Wirksamkeit der Projektansätze oder zu Einzelaspekten der praktischen Arbeit vorliegen. Die vorliegenden Dokumentationen unterscheiden sich deutlich etwa hinsichtlich ihrer Darstellungsstrukturen, Erkenntnisquellen und Umfänge. In den meisten Fällen sind die Projekte durch Mitarbeiter in Form von Rechenschafts- und Jahresberichten dokumentiert, die einen vorwiegend narrativ beschreibenden Charakter haben und kaum Ansatzpunkte für eine vergleichende Bewertung beinhalten. Typischerweise thematisieren die Berichte etwa die Genese der Projekte, aktuelle organisatorische und finanzielle Entwicklungen, offerierte Hilfeangebote, Beschreibungen markanter Ereignisse im Berichtszeitraum, Einzelfallbeschreibungen sowie Aspekte der Öffentlichkeitsarbeit.

⁸ Eine Übersicht der einbezogenen Projekte und Initiativen ist im Anhang ab Seite 62 dargestellt.

Abbildung 1: Dokumentationstypen



Diese heterogene Dokumentationspraxis hat insofern Auswirkungen auf die Beantwortung der dieser Analyse zu Grunde liegenden Leitfragen, als Aussagen über verschiedene Aspekte der Projektpraxis sich nicht immer auf die Grundgesamtheit aller Projekte beziehen, sondern abhängig sind vom themenspezifischen Informationsgehalt der Dokumentationen.

Wenngleich die Jahresberichte und Projektdokumentationen mitunter verschiedene quantitative Kennziffern und Statistiken als Ausdruck des Bemühens um Transparenz und als Nachweis erbrachter Leistungen beinhalten, fehlt es ihnen in aller Regel an kritischen Analysen der eigenen Leistungsergebnisse. Damit wird die Chance vertan, die Erstellung von Jahresberichten und vergleichbaren Dokumentationen im Rahmen eines Qualitätsmanagements auch als Instrument der systematischen, kritischen Reflexion mit dem Ziel zu nutzen, Optimierungspotentiale zu identifizieren und Lernprozesse fruchtbar zu machen.⁹ Der Qualitätsbegriff dient stattdessen in erster Linie zur Kennzeichnung der eigenen Leistungsgüte und als Nachweis erfüllter Standards,¹⁰ doch fehlt es an Beispielen zielführender Selbstevaluationen.

Hinsichtlich der Wirksamkeit der Hilfemaßnahmen liegen kaum belastbare empirische Ergebnisse vor. Zwar berichten die Projektbeteiligten etwa in ihren Jahresberichten beinahe einhellig von einer positiven Resonanz auf die angebotenen Hilfemaßnahmen und von guten Arbeitsergebnissen, doch besitzen diese Selbsteinschätzungen in Ermangelung systematischer Bewertungsmethoden kaum wissenschaftliche Aussagekraft. Zumeist fungieren diese internen Evaluationen und Dokumentationen primär als Legitimationsinstrumente gegenüber den Zuwendungsgebern sowie zur Selbstdarstellung.¹¹

⁹ Vgl. die dezidierte Kritik an der mangelnden Aussagekraft von Jahresberichten am Beispiel einer Drogenberatungsstelle bei Horst Bossong (2006): Oft mehr Schein als Sein, in: Sozialwirtschaft 6/2006, S. 31.

¹⁰ Elemente des Qualitätsmanagements werden etwa als Standard der ambulanten Suchthilfe formuliert. Vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.: Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe, S. 4, 10.

¹¹ Zu diesem Ergebnis kommen in ihrer Untersuchung zweier Modellprojekte auch etwa Marco Puxi und Ursula Kremer-Preiß (1999): Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile, S. 33.

Aussagen zum bisher nachgewiesenen Erfolg der verschiedenen Arbeitsansätze können daher primär nur auf Basis extern durchgeführter Untersuchungen getroffen werden. Grundsätzlich ist die analytische Qualität der einbezogenen Berichte wesentlich höher, wenn diese von externen Institutionen verfasst worden sind. Im Vordergrund des Interesses der meisten Veröffentlichungen, etwa in Form von Begleitdokumentationen, Handreichungen oder Evaluationsberichten, stehen Aspekte der Struktur- oder seltener der Prozessqualität. Zu den darin analysierten Fragestellungen zählen beispielsweise Aspekte der sinnvollen Verortung von zielgruppenspezifischen Angeboten im Hilfesystem, Empfehlungen zur Initiierung und Ausgestaltung von Kooperationen zwischen örtlichen Trägern oder die Zusammenstellung von Anforderungsprofilen, die Einrichtungen für eine effektive Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern erfüllen sollten. Summative Evaluationen, die auch Aussagen über die Wirksamkeit der verschiedenen pädagogischen und therapeutischen Arbeitsansätze beinhalten, sind kaum existent. Eine Ausnahme stellt die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegebene Expertise zur Prävention des Substanzmittelgebrauchs dar.¹² Darin werten die Autoren im Rahmen einer Metaevaluation methodisch anspruchsvolle Primäruntersuchungen zum Thema aus. Bezogen auf die spezielle Risikogruppe der Kinder aus suchtblasteten Familien werden fünf Vergleichsstudien vorgestellt. Deren Ergebnisse werden unter Punkt 7 referiert, die jedoch ebenfalls keine eindeutigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Wirksamkeit von Präventionsansätzen zulassen. Dem Ziel, ergebnisorientierte Aussagen über die Auswirkungen der Arbeit mit suchtblasteten Familien treffen zu können, stellt sich auch eine Studie der Landesstiftung Baden-Württemberg. Die im Rahmen dieser Untersuchung generierten Ergebnisse müssen jedoch ebenfalls unter methodische Vorbehalte gestellt werden, wie die Autoren feststellen.¹³

Erkenntnisdefizite und Handlungsbedarf

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass einerseits im Hinblick auf das Dokumentationsniveau der Projekte, andererseits vor allem aber hinsichtlich der Aufdeckung von Wirkungszusammenhängen zwischen theoretischen Annahmen, praktischen Umsetzungsschritten und valide ermittelten Ergebnissen ganz erhebliche Defizite bestehen. Es erscheint für die Professionalisierung der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern zum einen unerlässlich, dass das methodische Niveau von Projektberichten und -dokumentationen eine Aufwertung erfährt. Ohne dass dies notwendigerweise mit großem zeitlichen oder personellen Mehraufwand bei der Erstellung verbunden wäre, sollten diese ergänzend zumindest etwa die folgenden Basisbestandteile beinhalten:

¹² Annette Bühler und Christoph Kröger (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmittelmissbrauchs, S. 80 ff.

¹³ Vgl. LANDESSTIFTUNG Baden-Württemberg gGmbH (Hrsg.) (2007): Suchtfrei ins Leben. Dokumentation der Förderprogramme zur Suchtprävention für vorbelastete Kinder und Jugendliche.

- Angaben zur grundsätzlichen Konzeption des Projektes
 - Welche Maßnahmen werden auf Grund welcher Wirkungsannahmen, in welcher Form und welchem Umfang, mit welchen Ressourcen erbracht?
- Welche konkreten Ziele sollen mit der Projektarbeit erreicht werden? Welche Indikatoren für die Erreichung dieser Ziele lassen sich benennen? Konnten einzelne oder alle angestrebten Projektwirkungen realisiert werden?
- Wie groß sind die verschiedenen intendierten Zielgruppen (z.B. suchtblastete Familien, Multiplikatoren und Fachkräfte oder potentielle Kooperationspartner) im Zuständigkeitsbereich? Ein wie großer Teil dieser Grundgesamtheit sollte erreicht werden und inwieweit ist dies gelungen?

Eine solche methodischere Berichtlegung würde Bestandsaufnahmen der Projekte zu verschiedenen Zeitpunkten ermöglichen, die Identifizierung von Stärken und Schwächen der Arbeitsansätze erleichtern, eine Verifizierung von Arbeitshypothesen erlauben und damit letztlich zur kritischen Reflexion der Projektpraxis einen wichtigen Beitrag leisten können. In den verschiedenen Bereichen des Hilfesystems wird die Selbstverpflichtung zur qualitätsorientierten Arbeit bereits deklariert, ohne das sich dies jedoch erkennbar in den vorliegenden Publikationen niederschlägt. Damit wird eine Möglichkeit der systematischen Weiterentwicklung der eigenen Projektarbeit vertan, der Wissens- und Erfahrungstransfer deutlich erschwert und eine Konsolidierung des Arbeitsfeldes zumindest verzögert.

Über den instrumentellen Aspekt der Qualität von Projektdokumentationen hinausgehend, besteht für das Arbeitsfeld ein Mangel evaluativer Erkenntnisse auf verschiedenen analytischen Ebenen. In Anlehnung an ein Modell, dass unterschiedliche Qualitätsdimensionen in der Kinder- und Jugendhilfe differenziert, läßt sich auch die Qualität der Arbeit mit Kindern anhand verschiedener Dimensionen beschreiben.

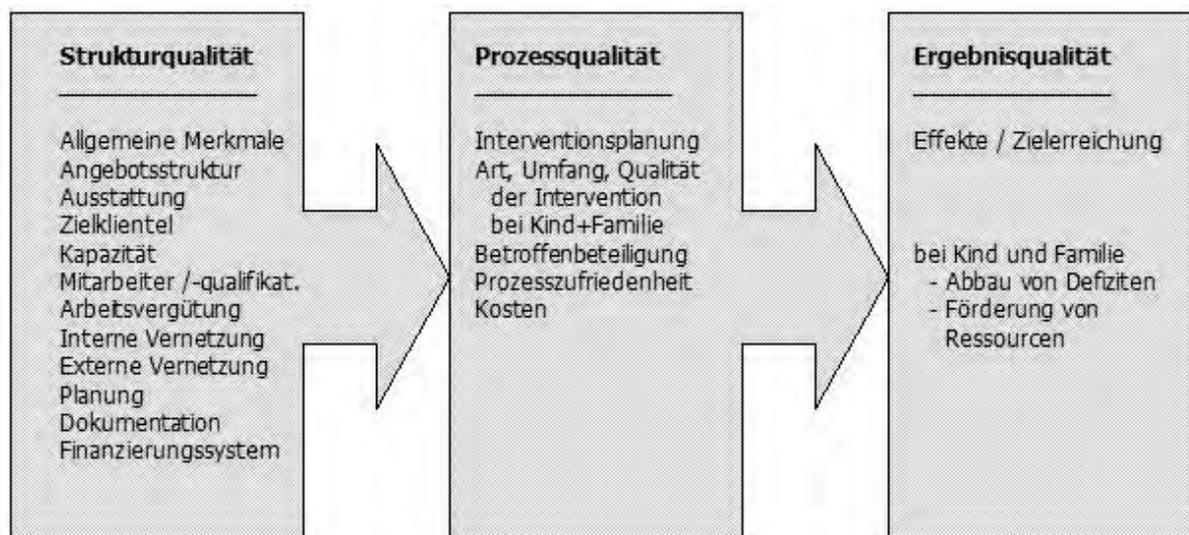


Abbildung 2: Qualitätsdimensionen in der Jugendhilfe (aus: Macsenaere (2002): S. 102)

Gemäß dieses Modells kann die Qualität eines sozialen Angebotes überindividuell als Strukturqualität und einzelfallbezogen in den Kategorien der Prozess- und Ergebnisqualität beschrieben und bewertet werden. Unter den Begriff der Strukturqualität fallen allgemeine Merkmale einer Einrichtung, die unabhängig vom konkreten Einzelfall Einfluss auf die Leistungserbringung haben. Dazu gehören etwa Rahmenbedingungen wie die Ressourcenausstattung, gesetzliche Grundlagen und Aufträge etc., aber auch die regionale Versorgungsstruktur und der Vernetzungsgrad einer Einrichtung.¹⁴ Informationen über die Art, Umfang und Qualität der Dienstleistungserbringung im konkreten Hilfeprozess für einzelne oder mehrere Kinder und Jugendliche fließen in die Bewertung der Prozessqualität ein. Basierend auf diesen Interventionen und in Wechselwirkung mit den Charakteristika des Hilfeempfängers entstehen Effekte in der Zielgruppe der Kinder und Familien, die als Ergebnisqualität einer Maßnahme erfasst werden. Diese verschiedenen Qualitätsdimensionen gehen in der Praxis fließend ineinander über und stehen in Wechselwirkung zueinander.

Bezogen auf den Gegenstandsbereich der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern lassen sich vor dem Hintergrund dieses Qualitätsmodells verschiedene Defizite in der systematischen Erfassung und Dokumentation der Projektpraktiken identifizieren.

Elemente der Strukturqualität werden in den Projekten nur fragmentarisch und uneinheitlich erfasst. Wie oben skizziert wurde, existiert kein einheitliches Dokumentationssystem, das eine individuelle und vergleichende Einschätzung der Strukturqualität erlauben würde. Einzelne Schwerpunkte der Projektansätze, wie etwa die Vernetzung der Angebote oder die Implementierung von Maßnahmen sind exemplarisch dokumentiert und evaluiert, ein Vergleich zwischen den verschiedenen Standorten ist aber auf Grund sehr unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen nicht möglich. Grundsätzlich sind Elemente der strukturellen Qualität von Projektansätzen analytisch gehaltvoller ermittelt und beschrieben worden, wenn externe Personen mit diesen Aufgaben betraut waren.

Auch prozessbezogene Merkmale der Projektqualität, wie etwa der Erreichungsgrad in der Zielgruppe, Wissenszuwächse bei Kindern und Eltern oder Vermittlung in andere Angebote sind bislang lediglich punktuell ermittelt worden. Einheitliche Bezugsgrößen oder grundlegende Systematiken, die eine Einschätzung der Qualität von Projektprozessen erlauben, liegen nicht vor.

Mit Aspekten der Ergebnisqualität der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern, beispielsweise dem Rückgang individueller Defizite oder dem erfolgreichen Aufbau von Resilienzen, setzen sich sehr wenige Untersuchungen auseinander, die wegen verschiedener methodischer Einschränkungen nur wenige verallgemeinerbare und valide Erkenntnisse generieren konnten.

¹⁴ Vgl. zu den Grundannahmen und Kategorien dieses Qualitätsmodells für die Kinder- und Jugendhilfe Klaus

In der konkreten Arbeit der Projekte bestehen auf verschiedenen Ebenen demnach noch eklatante systematische Informations- und Erkenntnisdefizite hinsichtlich der Frage welche Hilfeansätze und -maßnahmen, unter welchen Bedingungen, wie, welche Wirkungen gezeigt haben. Dafür könnten neben fehlenden fachlichen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen auf der Projektebene auch ganz grundsätzliche Ressentiments gegenüber wirkungsorientierten Fragestellungen verantwortlich sein. So werden zum einen methodische Probleme geltend gemacht, wie die Schwierigkeit der Indikatorenbildung angesichts eines komplexen sozialen Untersuchungsgegenstandes, die Gefahren nichtintendierter Nebenwirkungen oder das der Zurechenbarkeit konkreter Interventionen.¹⁵ Schwerer wiegt jedoch die tiefergehende Skepsis, dass eine Konzeptionalisierung sozialer Arbeit im Sinne eines „kausalen oder korrelativen Ziel-Mittel-Wirkungszusammenhangs“¹⁶ als nicht adäquat bzw. extrem verkürzend erachtet wird.

Ohne an dieser Stelle in eine vertiefende Methodendiskussion eintreten zu wollen, soll doch darauf hingewiesen werden, dass die vorgebrachten Bedenken symptomatisch erscheinen für ein Arbeitsfeld, in dem noch wenige - insbesondere positive - Erfahrungen mit der Anwendung geeigneter Evaluationsinstrumente gemacht wurden. Das Beispiel anderer Arbeitsfelder und Policybereiche zeigt, dass viele der derzeit vorgebrachten Bedenken hinsichtlich einer stärker wirkungsorientierten Ausrichtung in der Drogen- und Suchtarbeit durch das Vorbild positiver Implementierungsbeispiele widerlegt werden können. Argumentativ gleicht die beginnende Debatte den Diskursen, die in den 1990er Jahren in den USA und Großbritannien um die Wirksamkeit personenbezogener (staatlicher) Dienstleistungen geführt wurden.¹⁷ Von den dort gewonnenen Erfahrungen ließe sich ebenso profitieren, wie von methodischen und inhaltlichen Erkenntnissen der Effektivitätsforschung im Bereich etwa der Jugendhilfe.¹⁸ Deutlich wird, dass es dringend der Entwicklung und Erprobung adäquater, d.h. dem Untersuchungsfeld und den praktischen Anforderungen angemessener, Instrumente auch im Bereich der Drogen- und Suchthilfe bedürfte.

Roos (2005): Kosten-Nutzen-Analyse von Jugendhilfemaßnahmen, m.w.N., S. 19 f.

¹⁵ Zu den methodischen Problemen und befürchteten Nebenwirkung einer verstärkten Wirkungsorientierung aus Sicht der Suchtkrankenhilfe vgl. exemplarisch Stephan Nagel (2007): Wirkungsorientierte Steuerung in der Suchtkrankenhilfe, S. 5 ff.

¹⁶ Ders. S. 13.

¹⁷ Einen Überblick über die Diskussion der Wirkungsorientierung im Bereich der Sozialarbeit gibt Hans-Uwe Otto (2007): Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion, in: Forum Jugendhilfe 1/2007, S. 18 ff.

¹⁸ Viele Hinweise auf methodische Lösungsansätze zur Wirksamkeitsforschung im Bereich der sozialen Arbeit liefert z.B. die „Effektstudie“. BMFSFJ (Hrsg.) (2002): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe, S. 60 ff.

3. Seit wann bestehen die Angebote und wie werden bzw. wurden sie finanziert?

Nahezu alle berücksichtigten ambulanten Angebote arbeiten auf Projektbasis, d.h. sie sind in den wenigsten Fällen als Regelangebot fest im kommunalen Hilfesystem verankert, sondern zumeist zeitlich begrenzt und müssen ihren Fortbestand in regelmäßigen Abständen neu sichern. Dieser anhaltende Legitimierungsdruck und die fehlende dauerhafte Perspektive binden in der Projektpraxis viele Ressourcen und konterkarieren eine wichtige Erfolgsbedingung für die wirksame Hilfe für Kinder und deren suchtkranke Eltern, nämlich die langfristige Etablierung zielgruppen- und altersphasengerechter Angebote.

Die Finanzierung der Projekte erfolgt in vielen Fällen primär im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger oder Stiftungen sowie durch kommunale Zuschüsse und Spenden.¹⁹ Basierend auf diesen Erfahrungen empfehlen viele extern durchgeführte Analysen die Verankerung im örtlichen Hilfesystem, beispielsweise als Regelangebot der Jugend-, Sucht- oder Drogenhilfe. Wenngleich in den letzten Jahren praxisorientierte und elaborierte Empfehlungen zur Lösung der damit verbundenen Probleme, etwa der juristischen Voraussetzungen, Finanzierung oder organisatorisch inhaltlichen Umsetzung erarbeitet wurden, finden sich in den Projektdokumentationen wenige Hinweise auf entsprechende Praxiserfahrungen.²⁰

Eine dauerhafte substantielle Absicherung der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern erscheint derzeit im ambulanten Bereich im Wesentlichen auf dem Wege einer Finanzierung von Jugendhilfeleistungen gangbar. Grundsätzlich bietet das Kinder- und Jugendhilfegesetz Grundlagen zu einer Regelfinanzierung der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Suchtfamilien.²¹ Grundsätzlich können freie Träger dabei zwei Wege verfolgen:

- Zum einen besteht die Möglichkeit einer institutionellen Förderung (z.B. durch Vertrag oder Leistungsvereinbarung). Der Abschluss von Kooperationsab-sprachen über Verträge, Entgelt- und Leistungsvereinbarungen basiert auf der Basis der §§ 74,75,76,77 & 78 KJHG.

Neue Vertragsvereinbarungen werden wegen der jugendpolitischen Bedeutung dem Jugendhilfeausschuss zur Entscheidung vorgelegt (vergleiche hierzu § 71 KJH). Der Träger der freien Jugendhilfe kann zwar direkt beim Jugendhilfeausschuss (JHA) den Abschluss einer Leistungsvereinbarung beantragen. Erfolg versprechend ist in der Regel jedoch der Weg, zuerst mit der

¹⁹ Lediglich vier Projekte gaben an als dauerhaft abgesichertes Regelangebot zu fungieren.

²⁰ Vgl. zum Problem der Verortung und Koordination von Hilfeangeboten detaillierter Punkt 6.

²¹ Vgl. dazu das Gutachten von Peter Frings in: Ingrid Arenz-Greiving (2004): Integration der Arbeit mit Kindern drogenabhängiger Eltern in bestehende Drogenberatungsstellen, S. 38.

Verwaltung des Jugendamtes die Frage der Bedarfe, Vertragsinhalte und den Finanzrahmen abzustimmen. Wenn die Verwaltung des Jugendamtes den Vertrag für entscheidungsfähig hält, wird sie diesen als Vorlage dem JHA zur Entscheidung vorlegen.

- Desweiteren kann aber auch eine individuelle Einzelfallbezogene Förderung von Leistungsangeboten nach den §§ 27 bis 35a KJHG (Hilfen zur Erziehung) beantragt werden.

Für die institutionelle Förderung einer Drogen- oder Suchtberatungsstelle müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein, wie die Leiterin des Jugendamtes Paderborn, Petra Erger, festhält, um dauerhaft mit Kindern- und Jugendlichen arbeiten zu können²²:

- Kooperationsfähigkeit und Vernetzungsbereitschaft mit den Trägern der Jugendhilfe
- Anerkennung als Träger der Jugendhilfe
- Erfahrungen im Feld der Jugendhilfe
- Professionelles, auf Qualität, Weiterentwicklung, Effektivität und Dauer, sowie
- Bedarfsdeckung angelegtes Konzept
- kompetenter Vertrags- und Verhandlungspartner
- Kenntnisse im Kinder- und Jugendhilferecht (KJHG)
- Flexibilität, Fachwissen und Engagement bei der Hilfekonzipierung
- Kenntnisse der örtlichen Jugendhilfestrukturen
- Durchhaltevermögen bei langwierigen Vertrags- und Antragsverfahren

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

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

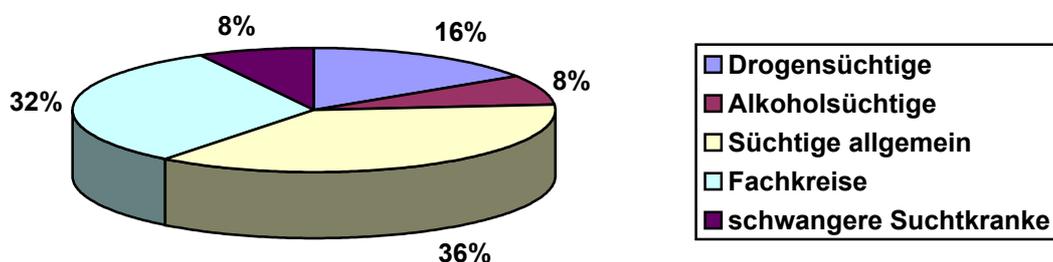
²² Zu den Voraussetzung der institutionellen Förderung im Einzelnen sowie möglichen Vorgehensweisen zu deren Beantragung vgl. das Gutachten Petra Erger (2004): Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen, in: Ingrid Arenz-Greiving (2004): a.a.O., S. 75.

In der Praxis ist die Zahl der institutionell im Rahmen der Jugendhilfe geförderten und damit im Hilfesystem fest etablierten Projekte noch gering. Beispielhaft für ein Projekt, das maßgeblich aus Mitteln der Jugendämter finanziert ist, kann etwa „Kids&Co“ in Bergisch Gladbach²³ genannt werden. Deziert ausgerichtet auf die Erbringung sozialpädagogischer Familienhilfen gemäß §§ 27 und 31 SGB VIII ist eine Einrichtung der Drogenhilfe Nordhessen.²⁴ Dort wird seit 2003 ein spezialisiertes Angebot für Familien angeboten, in denen eine Suchtproblematik vorliegt. Das Leistungsangebot umfasst sowohl die soziale, psychologische und medizinische Diagnostik einer bestehenden Suchtmittelabhängigkeit bzw. Gefährdung, als auch die sozialpädagogische Familienhilfe Sucht.

4. Welche Zielgruppen sollen erreicht werden?

Über die Größe der Zielgruppe „Kinder suchtkranker Eltern“ insgesamt können nur ungefähre Angaben gemacht werden, die jedoch das Problemausmaß sowie die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus von Angeboten eindringlich illustrieren. Schätzungen zufolge ist davon auszugehen, dass es etwa 30.000 Kinder drogenabhängiger Mütter in Deutschland gibt und ein größer werdender Anteil von Kindern drogenabhängiger Eltern – bedingt durch den Erfolg von Substitutionsmaßnahmen auch tatsächlich zumindest mit einem Elternteil zusammenlebt.²⁵ Für den Bereich alkoholbelasteter Familien lassen Forschungsergebnisse den Schluss zu, dass bis zu 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren den Folgen des Alkoholmissbrauchs oder der Alkoholabhängigkeit ihrer Eltern/-teile ausgesetzt sind.²⁶

Abbildung 3: Zielgruppen
(Mehrfachnennungen möglich)



²³ Vgl. zur Finanzierung des Projektes etwa den Jahresbericht 2005, S. 4.

²⁴ Vgl. zur Konzeption und Struktur des Projekts Drogenhilfe Nordhessen e.V. (2003): Konzeption Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII in Familien mit Suchtproblemen, S. 5 ff.

²⁵ Vgl. Michael Klein (2006): a.a.O., S. 9.

Abhängig u.a. von der Art der Suchtmittelabhängigkeit differiert die Arbeit mit verschiedenen Klientengruppen. Hilfen für Klienten aus dem illegalen Drogenbereich etwa bestehen vielfach zunächst in „niederschweligen“ Interventionen, wie z.B. Schuldnerberatung, Unterstützung im Umgang mit Ämtern und Behörden oder der Vermittlung in Langzeittherapieeinrichtungen. Die darauf aufbauende Arbeit familienorientierter Projekte hingegen weist strukturell sehr vergleichbare Problemlagen in den betroffenen Familien auf, ungeachtet der Tatsache, ob es sich um alkohol-, medikamenten- oder drogenabhängige Eltern/-teile handelt. Die Familiensysteme weisen ganz ähnliche Mechanismen hinsichtlich der Stützung rigider, suchtmittelgeprägter Strukturen – wie beispielsweise die Co-Abhängigkeit von Angehörigen oder die Tabuisierung der Sucht – auf. Auch treten bei Kindern aus alkohol- und drogenbelasteten Familien in Folge dessen vergleichbare Verhaltens- und Entwicklungsprobleme auf, sodass eine Trennung zwischen diesen Gruppen bei der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern unnötig erscheint. Daher wird empfohlen, sich mit entsprechenden Hilfeangeboten an die Gesamtheit von Familien mit Suchtproblemen zu richten.²⁷ Eine Differenzierung erscheint auch angesichts knapper zur Verfügung stehender Ressourcen wenig sinnvoll.

Verstärkt ist in den letzten Jahren die Gruppe suchtkranker Schwangerer in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt. Mitursächlich dafür ist die Diskussion um die Notwendigkeit früher Hilfen für suchtkranke Eltern und deren Kinder. Säuglinge und Kleinkinder sind einerseits besonders verletzlich und besonders häufig von Vernachlässigung betroffen. Zugleich besteht in den frühen Lebensjahren der Kinder eine erhöhte Chance, Entwicklungen von Anfang an günstig zu beeinflussen und zu verhindern, dass sich Entwicklungsrisiken verfestigen. Hilfen sollen daher frühzeitig ansetzen, damit Gefährdungsrisiken rechtzeitig erkannt werden und Schädigungen gar nicht erst entstehen (Prävention), und sie müssen bereits im frühen Lebensalter (ggf. bereits während der Schwangerschaft) einsetzen.²⁸ Zudem ist die Zahl drogenabhängiger Mütter in den letzten Jahren, auch als eine Folge von Substitutionsprogrammen, gestiegen.²⁹

In vielen berücksichtigten Projekten besteht ein Arbeitsschwerpunkt im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit. Dadurch sollen zum einen Fachleute anderer Professionen (etwa aus Kitas, Schulen oder dem medizinischen Bereich) für die Problematik sensibilisiert bzw. weitergebildet und darüber hinaus das eigene Hilfeangebot im lokalen Kontext bekannt gemacht werden.

Aussagen über den Erfolg der Öffentlichkeitsarbeit lassen die Dokumentationen und Projektbeschreibungen in den wenigsten Fällen zu, da sie keinerlei Angaben zur

²⁶ Vgl. Michael Klein (2006): a.a.O., S. 10.

²⁷ Vgl. Marco Puxi et al. (1998): a.a.O., S. 127.

²⁸ Vgl. BMFSFJ (2006): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme, S. 3.

Grundgesamtheit potentieller Klienten, Einrichtungen oder Fachkräfte enthalten. Zwei Ausnahmen stellen die Projekte „connect“ in Hamburg sowie „MAKS“ in Freiburg dar. Für das Projekt in Hamburg wurde bei Projektbeginn zunächst ein Strukturmodell entwickelt, das die Erstellung eines projektrelevanten Verteilers und quantitative Aussagen zu den verschiedenen Zielgruppen im definierten Sozialraum ermöglichte. Nur auf Basis dieser Bezugsdaten lassen sich Aussagen über den relativen Erfolg der projektbezogenen Öffentlichkeitsarbeit treffen.³⁰ Den Bekanntheitsgrad des eigenen Angebotes in der Zielgruppe suchtkranker Eltern ermittelten die Mitarbeiter des Projektes „MAKS“ durch eine Befragung der Klienten aller Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe im Einzugsbereich.³¹

5. Welche Familien wurden erreicht?

Es ist offensichtlich, dass von den lückenhaft über das Bundesgebiet verstreuten Projekten und Angeboten nur ein kleiner Teil der potentiellen Zielgruppen erreicht werden kann. Aber auch in Kommunen, die Angebote für Kinder suchtkranker Eltern vorhalten wird bisher in der Regel nur ein relativ kleiner Prozentsatz der belasteten Kinder einbezogen. Derzeit werden von den Angeboten nahezu ausschließlich nur solche Kinder und Eltern erreicht, die Kontakt zu (mindestens) einem Anbieter des Hilfesystems haben. Im Bereich der Alkoholabhängigkeit muss dies aber durchaus nicht der Fall sein. Die Schwierigkeit der Rekrutierung von Kindern „nicht behandelte“ bzw. nicht vom Hilfesystem erfasster Eltern zu Forschungszwecken beschreibt etwa Michael Klein.³² Analog zu den Rekrutierungsstrategien in der Forschung richten daher vermehrt auch die verschiedenen Hilfesysteme ihr Augenmerk auf Schulen. Es wird versucht die Kinder in ihren Lebensräumen, also Kitas, Kindergärten und Schulen zu erreichen. Über ein Drittel der Projekte nennen daher als ein wesentliches Ziel die Sensibilisierung und Weiterbildung von Fachkräften auch in den genannten Bereichen. Primär sollen Pädagogen in die Lage versetzt werden, Anzeichen der Suchtbelastung bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen und im Bedarfsfall die Kinder bzw. Eltern in das Hilfesystem zu vermitteln. Dabei reicht es nicht aus, Fachkräfte in die Lage zu versetzen familiäre Suchtbelastungen zu erkennen³³, sondern diese müssen Probleme zum Wohl der Kinder auch wahrnehmen wollen. Dem können Verunsicherungen, Ängste, Hilflosigkeit und fehlende Handlungsper-

²⁹ Zu den spezifischen Problemen und Chancen drogenabhängiger Frauen aus Sicht der Drogenberatung vgl. Stefan Bürkle (2007): „Drogen-Schwangerschaft-Kind“ aus Sicht der Sucht- und Drogenberatung, S. 3 f.

³⁰ Vgl. Irene Ehmke (2006): Abschlussbericht des Modellprojektes connect - Kinder aus suchtkrank belasteten Familien in der Modellregion Osdorf, S. 10.

³¹ Vgl. Helga Dilger (1994): „MAKS“: Ein Modellprojekt für Kinder und ihre suchtkranken Eltern, in: Ingrid Arenz-Greiving und Helga Dilger: Elternsüchte – Kindernöte, Berichte aus der Praxis, S. 71.

³² Vgl. Michael Klein (2005): a.a.O., S. 71 ff.

spektiven entgegenstehen.³⁴ Sofern dazu Angaben in den Projektdokumentationen vorhanden sind, belegen diese, dass die Zahl von Drittmeldungen und Fremdhinweisen in aller Regel einen sehr kleinen Anteil der Klienten Zugänge ausmacht.

Ein weiteres Problem besteht darin, dass Eltern möglicherweise Kontakt zum Hilfesystem haben, dort aber nicht mit ihrer Suchterkrankung in Erscheinung treten. Dies kann etwa auf Grund ihrer Komorbidität, also dem gleichzeitigen Vorliegen einer Suchterkrankung und beispielsweise psychischen Störungen, der Fall sein.³⁵ Eine weitere Ursache für diesen Umstand liegt in den multifaktoriellen Problemlagen vieler Suchtkranker begründet. Betroffene werden von Mitarbeitern der Sozial- oder Jugendämter vielfach nicht im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung wahrgenommen, sondern im Kontext sozialer, finanzieller oder sonstiger Probleme.

Zum Wohl der Kinder müsste nach weiteren Wegen gesucht werden, die Quote von Fremdmeldern und Zuweisungen innerhalb des Hilfesystems zu steigern, damit den spezifischen Belastungen, die aus Suchterkrankungen für die Familien erwachsen, gezielter Rechnung Rechnung getragen werden könnte.

6. Wo sind oder waren die Angebote verortet und mit wem sind sie vernetzt?

In organisatorischer Hinsicht sind ambulante Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien unterschiedlich in den regionalen Hilfesystemen verankert. Grundsätzlich lassen sich drei typische Organisationsformen unterscheiden:

- Spezielle Angebote für die Kinder suchtkranker Eltern können bei einem Träger angesiedelt sein - etwa der Sucht- oder Drogenhilfe -, richten sich mit ihrem Angebot aber dezidiert an alle betroffenen Kinder in den verschiedenen Hilfesystemen. Individuelle Unterstützungsmaßnahmen, die etwa auf die Überwindung der Suchtmittelabhängigkeit der Eltern/-teile abzielen, verbleiben aber bei den entsprechenden Fachstellen. Als Projekt mit einer solchen Schwerpunktsetzung kann etwa „MAKS“ in Freiburg genannt werden, das Vorbildcharakter für viele Projekte andernorts hatte.

Wesentlich für den Erfolg von Hilfen für Kinder ist in einer solchen Organisationsform u.a., dass eine enge Koordination und Zusammenarbeit zwischen den

³³ 69% der in einer Untersuchung befragten Sozialarbeiter und Sozialpädagogen gaben an, die Notwendigkeit einer Hilfe im Falle einer Suchterkrankung nicht erkennen zu können. Vgl. Michael Klein & Martin Zobel (2001): a.a.O., S. 57.

³⁴ Vgl. Traudel Schlieckau (2002): Präventive Arbeit mit Kindern von Suchtkranken, S. 71 f.

³⁵ In einer Untersuchung drogenabhängiger Mütter ermittelte Michael Klein (2006, a.a.O., S. 42 f.) bezogen auf verschiedene Formen der Persönlichkeitsstörungen einen Anteil von bis zu 62% der Befragten, die neben der Drogensucht auch unter psychischen Belastungen litten.

Fachkräften der Hilfesysteme gepflegt wird und die verschiedenen Interventionen insgesamt eine gleichgerichtete Zielsetzung verfolgen.³⁶

- Davon zu unterscheiden sind Strukturen, in denen alle Interventionen fall- und familienorientiert aus einer Hand erfolgen. Schwerpunktmäßig bestehen in solchermaßen organisierten Projekten die Interventionsziele darin, die abhängigen Eltern an das bestehende Suchthilfesystem heranzuführen und darüber hinaus den Kindern Maßnahmen aus dem Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendhilfe anzubieten. Solche Strukturen finden sich vielfach in Projekten, die im Bereich der Drogenhilfe angesiedelt sind.

Besonderes Augenmerk ist bei diesem Strukturmodell darauf zu richten, dass betroffene Familien konsequent an das familienorientiert arbeitende Angebot verwiesen werden, wenn sie bei einem anderen Akteur Zugang zum Hilfesystem suchen.

- Mit Blick auf die Bedürfnisse der Kinder können zielgruppenorientierte Maßnahmen aber auch ohne Anbindung an einen *einzelnen* Träger und/oder die Schaffung spezieller Angebote realisiert werden. In solchen Netzwerkstrukturen trägt etwa eine Koordinationsstelle dafür Sorge, dass die Interessen und Bedürfnisse der Kinder in allen Teilen des Hilfesystems Berücksichtigung finden. In Form von Fallkonferenzen o.ä. werden die Bedürfnisse der Kinder von allen tangierten Fachkräften erörtert und es findet ggf. eine Vermittlung in bereits bestehende Unterstützungsangebote statt. Beispiele für eine solche Organisationsform bieten etwa die Projekte „connect“ in Hamburg oder „Hilfen für alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder“ im Landkreis Ostprignitz-Ruppin.

Von möglichen Problemen der Kinder aus suchtbelasteten Familien sind verschiedene Hilfesysteme, wie z.B. die Jugendhilfe, die Sucht- und Drogenhilfe oder die medizinische Primärversorgung, tangiert. Hinsichtlich der Handlungsaufträge dieser Professionen sind in Bezug auf die Zielgruppe Überschneidungsbereiche festzustellen, die ein abgestimmtes und kooperatives Vorgehen der Akteure sinnvoll und notwendig erscheinen lassen. Die erst genannten Arbeitsbereiche kooperieren in ihrer praktischen Arbeit oftmals aber nur wenig miteinander oder hegen gar Vorbehalte gegeneinander. Auch intrasektoriell lassen sich solche Abstimmungs- und Kooperationsdefizite attestieren, wie etwa zwischen sucht- und drogenspezifischen Hilfetägern.³⁷

Der Frage der Verortung und Anbindung von Hilfeangeboten für Kinder suchtkranker Eltern kommt daher in mehrerlei Hinsicht große Bedeutung zu:

³⁶ Vgl. Marco Puxi et al. (1998): a.a.O., S. 126.

³⁷ Vgl. Michael Klein & Martin Zobel (2001): a.a.O., S. 28.

- Die Alkohol- oder Drogenabhängigkeit von Eltern (-teilen) hat spezifische Auswirkungen auf das Familiensystem, die von den Helfern entsprechende Kenntnisse, Grundhaltungen und Arbeitsansätze erfordern.
- Nachhaltig wirksame Hilfe für diese oftmals von multiplen Problemen betroffenen Zielgruppen lässt sich nur gewährleisten, wenn alle tangierten Institutionen involviert sind und zielorientiert miteinander kooperieren. Der für diese Gruppe als Projektanbieter zuständigen Einrichtung fällt daher die Aufgabe zu, Initiativen zur Vernetzung zu ergreifen und eine problembezogene Öffentlichkeitsarbeit durchführen zu müssen. Vor dem Hintergrund legislativer Rahmenbedingungen und des jeweils eigenen Selbstverständnisses erscheinen nicht alle potentiell in Frage kommenden Einrichtungen für diese Aufgaben in gleichem Maße prädestiniert.

Hilfen, die direkt oder indirekt die Gewährleistung des Kinderwohls zum Ziel haben, scheinen auf den ersten Blick fachlich am ehesten in den Zuständigkeitsbereich der Jugendhilfe zu fallen. Der inhaltliche Bezug zu den Themen Drogen und Sucht hat lange Zeit jedoch eine gezielte, systematische Beschäftigung der Jugendhilfe mit den Problemen von Kindern aus suchtbelasteten Familien erschwert. Obgleich sich eine sachliche Zuständigkeit durchaus herleiten lässt, hat die Jugendhilfe „... in der Vergangenheit nur sehr begrenzt ihre Zuständigkeit für Suchtmittelabhängige [und die spezifischen Probleme derer Kinder, Einf. der Autoren] überhaupt erkannt. In den Fällen, in denen sie mit der Problematik konfrontiert wurden, erfolgte sehr schnell der Verweis und/oder die Vermittlung an die `zuständigen` Drogenberatungsstellen.“³⁸ Insbesondere das Drogenthema hat im Bereich der Jugendhilfe schnell den Ruf nach genereller „Unzuständigkeit“ hervorgerufen.³⁹ Eine Ansiedlung von spezifischen Hilfeangeboten im Rahmen der Jugendhilfe wird zudem durch mögliche Ressentiments der Zielgruppe erschwert. In Fällen des (illegalen) Drogenkonsums kommt seitens der Hilfesuchenden die Angst des Sorgerechtsentzugs hinzu, der bei Offenlegung der eigenen Abhängigkeit erfolgen könnte.⁴⁰ Die Jugendhilfe muss sich insofern mit der Ambivalenz auseinandersetzen, einerseits als Interventions- und Kontrollinstanz zu fungieren (Wächteraufgaben) und wahrgenommen zu werden, andererseits mit ihren Beratungs- und Hilfeangeboten auch die Zielgruppe suchtbelasteter Familien erreichen zu wollen.

Im Bereich der *Suchthilfe* rücken die Kinder alkoholabhängiger Eltern ebenfalls erst seit den 90er Jahren verstärkt in den Fokus. Traditionell beschäftigt sich die Suchtberatung primär mit den suchtkranken Menschen selbst sowie ggf. mit deren Part-

³⁸ Hermann Scheib und Michael Steier (1998): Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS-Referat 3/1998, S. 27.

³⁹ Vgl. Michael Klein & Martin Zobel (2001): a.a.O., m.w.N., S. 29.

⁴⁰ Vgl. Marco Puxi und Ursula Kremer-Preiß (1999): a.a.O., S. 20.

nen.⁴¹ Die verstärkte Thematisierung der spezifischen Lebens- und Sozialisationsbedingungen von Kindern alkoholabhängiger Eltern in der Fachöffentlichkeit hat jedoch auch in diesem Praxisfeld zu einem wachsenden Problembewusstsein geführt. Inhaltlich dürfte insbesondere die Gefahr einer Transmission der Suchtstörung von einer Generation auf die nächste zu einer erhöhten Sensibilisierung geführt haben.⁴² Auf Grund ihrer fachlichen Kompetenzen im Drogenbereich waren und sind es vielfach die *Drogenberatungsstellen*, denen eine zentrale Schnittstellenfunktion für die Betreuung drogen- und suchtblasteter Familien zugeschrieben wird. Sie offerieren im wesentlichen die ambulanten Angebote im Drogenhilfesystem und eröffnen damit potentiell den schwierigen Zugang zur Teilzielgruppe der durch Drogenkonsum belasteten Familien. Vorrangige Arbeitsschwerpunkte in den Beratungsstellen sind Probleme, die durch die Drogenabhängigkeit hervorgerufen werden sowie damit verbundene psychische und soziale Begleitprobleme.⁴³ Damit verfolgt die klassische ambulante und stationäre Drogenhilfe in erster Linie das Ziel, „... durch professionelles Handeln die Versorgung von sucht- und/oder drogenkranken erwachsenen Klienten zu gewährleisten. In diesem Bereich der Drogenhilfe hat die Versorgung der Kinder nur eine nachrangige Bedeutung, wenn sie nicht explizit durch Institutionen der Drogenhilfe im Sinne einer Schutzwirkung durchgeführt wird.“⁴⁴ Für Drogenberater steht traditionell nicht die Frage der optimalen Ausschöpfung vorhandener Ressourcen der Kinder- und Jugendhilfe im Vordergrund, sondern die nach der Erreichbarkeit der drogenabhängigen Eltern und ihrer Kinder.⁴⁵ Die Öffnung der Drogenberatungsstellen für eine kinder- und familienorientierte Perspektive wirft daher Probleme auf. Das Verhältnis der Mitarbeiter in den Drogenberatungsstellen zu ihren Klienten ist traditionell anwaltlich geprägt und auf die „Versorgung der Klientel“ gerichtet. In Folge einer Ausrichtung auf das primäre Wohl der Kinder kann es zu Interessenkonflikten kommen, die von den Mitarbeitern eine Neubestimmung des eigenen Arbeitsverständnisses erfordern. Mit der Wahrnehmung einer Brücken- bzw. Scharnierfunktion in einem familienorientierten Hilfesystem verschiedener Träger sind die Drogenberatungsstellen zudem gezwungen, sich in verstärktem Maße mit den juristischen Rahmenbedingungen, Aufträgen und Handlungslogiken anderer Fachdisziplinen auseinander zu setzen, was sich als problembehaftet erweisen kann.⁴⁶

⁴¹ Vgl. etwa Siegfried Holtorf und Dirk Bernsdorf (2001): Die Zuständigkeiten müssen klar sein zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe, In: Martin Zobel (Hrsg.) (2001): Wenn Eltern zuviel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder, S. 143.

⁴² Zur Evidenz dieses Problems vgl. Michael Klein und Martin Zobel (2001): Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie, In: Martin Zobel (Hrsg.) (2001): a.a.O., S. 97.

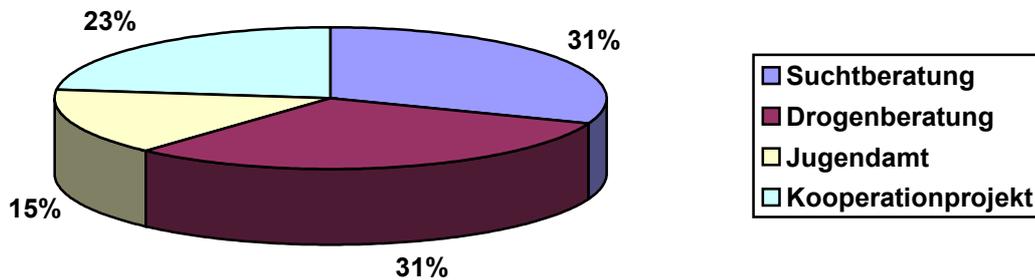
⁴³ Vgl. Hermann Scheib und Michael Steier (1998): a.a.O., S. 17.

⁴⁴ Ruthard Stachowske (2003): Grundlagen der familienorientierten Drogenhilfe, In: Therapiekette Niedersachsen (Hrsg.) (2003): Familienorientierte Drogenhilfe. Ein Handbuch für die Praxis, S. 9.

⁴⁵ Vgl. Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (1999): Projekt zur Stärkung der Selbstorganisations- und Erziehungsfähigkeit suchtkranker Mütter.

⁴⁶ Vgl. Ruthard Stachowske (2003): a.a.O., S. 21.

Abbildung 4: federführende Einrichtung



7. Welche Angebote und Stützmaßnahmen / Methoden wurden erprobt – mit welchen Ergebnissen?

Auf Grund relativ gesicherter phänomenologischer Erkenntnisse über die Problematik von Kindern suchtkranker Eltern ergeben sich eine Vielzahl von Präventionsansätzen, die entweder auf die Verringerung von Risikofaktoren abzielen und/oder eine Stärkung protektiver Faktoren beinhalten.⁴⁷

Grundsätzlich sollten die

- Frühzeitigkeit,
- Dauerhaftigkeit,
- und Vernetzung mit anderen familienbezogenen Hilfen

als wesentliche Prinzipien⁴⁸ solcher Unterstützungsmaßnahmen gelten.

Als ein vergleichbar unumstrittenes Ergebnis der Forschung kann angesehen werden, „... dass die frühen Kinderjahre eine einmalige Chance zur positiven Beeinflussung der Kindesentwicklung und der Familienunterstützung darstellen.“⁴⁹

a) Systemische, familienorientierte Arbeit

Ein wesentliches konzeptionelles Element für die Arbeit mit suchtkrank belasteten Familien ist der Ansatz der systemisch familienorientierten Arbeit. Zentral für diesen Ansatz ist eine funktionale Betrachtungsweise von Familien, die in verschiedenerlei Hinsicht für diese Zielgruppen als besonders geeignet erscheint:

- Suchtkrank belastete Familienkonstellationen sind in überproportionalem Maße durch multifamiliale Beziehungssysteme (Ursprungs-, Pflege- oder Patchworkfamilie) oder alleinerziehende Elternteile geprägt. Beraterische und

⁴⁷ Einen Überblick über individuelle und umgebungsbezogene Risiko- und Schutzfaktoren gibt Martin Zobel (2006): Kinder aus alkoholbelasteten Familien, S. 185.

⁴⁸ Vgl. Michael Klein (2005): a.a.O., S.192.

⁴⁹ Michael Klein und Martin Zobel (2001): Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtkrank belasteten Multiproblemfamilien, S. 29.

therapeutische Maßnahmen orientieren sich daher sinnvollerweise nicht an personellen Kriterien, wie beispielsweise der leiblichen Vaterschaft, sondern an Funktionen, die Individuen im Familiensystem wahrnehmen.

- Die Suchterkrankung von Eltern/-teilen wirkt sich gravierend auf alle Familienmitglieder aus, etwa in Bezug auf Rollenverständnisse und -zuweisungen, in Form kollektiver Verleugnungsstrategien oder der Ausbildung von Misstrauensverhältnissen. Um einzelnen Familienmitgliedern den Weg aus ihrer (Co-) Abhängigkeit ebnen zu können, ist es zunächst notwendig, solche Wechselwirkungen zu identifizieren und zu benennen. Ferner erscheint darüber hinaus eine Einbeziehung möglichst vieler Familienmitglieder in den Problemlösungsprozess besonders zielführend.

Aus familientherapeutischer Perspektive wird Sucht weniger als eine Krankheit, sondern als Form symptomatischen Verhaltens betrachtet.⁵⁰ Der Konsum von Suchtmitteln stellt diesem Verständnis nach ein Versuch dar, problematische Situationen zu umgehen, für die der Betroffene und dessen Familie derzeit keine angemessene Lösungsstrategie zur Verfügung hat. Eine Motivation zur Verhaltensänderung ist gemäß dieser Grundannahmen in der Regel erst dann zu erwarten, wenn die negativen Folgen des Suchtverhaltens den positiven Nutzen (Erleichterung, kurzfristige Lösung o.ä.) überwiegen. Familientherapeutisch gesehen macht ein Symptom, wie die Alkoholabhängigkeit, in dem Kontext, in dem es entstanden ist, Sinn bzw. erfüllt einen Zweck. Um zur Aufgabe eines Suchtverhaltens Hilfestellung leisten zu können, ist es daher unerlässlich, die Familie als Entstehungs- und Bedingungskontext in die systemische Betrachtung einzubeziehen.

Von allen berücksichtigten Projekten orientieren sich drei Viertel mehr oder weniger explizit am familienorientierten Arbeitsansatz. Themenbezogene Kongresse und Veröffentlichungen sowie Weiterbildungs- und Informationsveranstaltungen haben offensichtlich zu einer weiten Verbreitung und Akzeptanz dieses Konzeptes beigetragen.

Im Verhältnis zu anderen konzeptionellen und methodischen Ansätzen für die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern ist die familien-systemische Perspektive relativ häufig Gegenstand von Begleit- und Metaevaluationen gewesen, sodass zu ihren Erfolgen bei der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern fundiertere Aussagen getroffen werden, als im Hinblick auf die Mehrzahl anderer Arbeitsansätze.

Gegenstand einer amerikanischen Metaevaluation zum Thema waren vier Programme für Kinder suchtkranker Eltern, die familienorientiert arbeiteten oder streß- bzw. allgemeine Kompetenzsteigerungen zum Ziel hatten.⁵¹ Trotz methodischer Defizite der durchgeführten Erfolgskontrollen, halten die Autoren die Programme und deren Ansätze für vielversprechend, weil zumindest Effekte auf Einflussfaktoren des

⁵⁰ Vgl. zum systemischen Ansatz im Handlungsfeld der Jugendhilfe Anja Quast (2002): Hilfen für alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder, Modellprojekt im Landkreis Ostprignitz-Ruppin, S. 14.

⁵¹ Annette Bühler und Christoph Kröger (2006): a.a.O., S. 81.

Suchtmittelkonsums hätten festgestellt werden können. Positive Erfolge der familienorientierten Arbeit konstatiert eine Begleituntersuchung zweier deutscher Modellstandorte, deren Fokus primär auf die Implementierung eines systemischen Ansatzes im lokalen Hilfeangebot sowie prozessorientierte Aspekte der Projektarbeit gerichtet war. Wirkungen etwa in Bezug auf das Konsumverhalten der involvierten Kinder und Jugendlichen wurden jedoch nicht nachgewiesen.⁵² Auf den Ergebnissen ihrer Untersuchung basierend formulieren die Autoren eine Reihe von Empfehlungen, die für den Erfolg der familienorientierten Arbeit konstituierend erscheinen:

- Für den fallbezogenen Erfolg der Unterstützungsmaßnahmen haben sich aus mehreren Instrumenten (z.B. Einzelgespräche mit Kindern und Eltern/-teilen, Spielgruppen für Kinder, sozialpädagogische Gruppenarbeit, Ferienfreizeiten, Hausbesuche) individuell zugeschnittene und interdisziplinär abgestimmte Beratungen als evident erwiesen.
- Familienorientierte Interventionen haben sich in der Tendenz als umso erfolgreicher erwiesen, je mehr Familienmitglieder daran partizipiert haben, da veränderte Rollen- und Selbstverständnisse der Kinder von den Eltern akzeptiert werden müssen.
- Die Wahrscheinlichkeit, Belastungen für Kinder aus suchtblasteten Familien verringern zu können, wächst mit der Dauer der Intervention. Entsprechende Projekte sollten daher mit der Zielsetzung einer dauerhaften Implementierung langfristig ausgerichtet sein.
- Eine positive Einflussnahme auf suchtmittelabhängige Familienmitglieder ist maßgeblich davon abhängig, ob diese bereit sind, sich in den Beratungsprozeß einbinden zu lassen. Können sie nicht in die Hilfen eingebunden werden, gelingt es nur in Ausnahmefällen, eine Verhaltensänderung des süchtigen Elternteils herbeizuführen.
- Abhängig von den familiären Voraussetzungen gestaltet sich die Notwendigkeit konkreter familienorientierter Hilfeangebote unterschiedlich. Liegen beispielsweise Mehrfachabhängigkeiten vor oder handelt es sich um Multiproblemfamilien - wie dies tendenziell eher bei drogenabhängigen Eltern/-teilen der Fall ist - rücken therapeutische und beraterische Maßnahmen zu Gunsten praktischer Lebens- und Familienhilfe in den Hintergrund.
- Obgleich die Integration aller Familienmitglieder in Problemlösungsprozesse zur Beeinflussung familiärer Suchtstrukturen, ebenso wie für die altersadäquate Entwicklung betroffener Kinder, überaus wichtig erscheint, kann der familienorientierte Ansatz bei der Überwindung der Suchtmittelabhängig-

⁵² Vgl. zu den Ergebnissen und Voraussetzungen der familienorientierten Arbeit an zwei Modellstandorten Marco Puxi und Ursula Kremer-Preiß (1999): a.a.O., S. 122 f.

keit lediglich unterstützend wirken, eine individuelle Suchttherapie jedoch nicht ersetzen.

- Ein familienorientiertes Beratungsangebot sollte daher idealerweise ergänzend zu den Regelangeboten der Sucht-, Partnerschafts- sowie Jugend- und Drogenberatung im regionalen Hilfesystem verankert werden.

Kritisch wird mit Blick auf die Praxis festgestellt, dass der Schwerpunkt der Familienarbeit oft ausschließlich bei Mutter-Kind-Gesprächen läge.⁵³ In Ermangelung systematischer Angaben in den Projektberichten kann diese Einschätzung anhand der vorliegenden Publikationen nicht eindeutig überprüft werden. Fallbeschreibungen unterstreichen diesen Befund jedoch in der Tendenz, sofern sie überhaupt Angaben zur Einbindung weiterer Familienmitglieder in die Projektarbeit beinhalten. Als Begründung führt Michael Klein an, dass zumeist die Männer vom Mißbrauch betroffen seien und insofern eine geringere Bereitschaft aufwiesen, sich in die Hilfeangebote involvieren zu lassen. Zudem litten die Mütter in höherem Maße unter der Belastung ihrer Kinder und hätten ein ausgeprägteres Gespür für die Situation der eigenen Kinder, weshalb sie eher geneigt seien, eine Beratung in Anspruch zu nehmen.

Eine Einbindung mehrerer Familienmitglieder gelingt ferner umso eher, wenn der suchtabhängige Partner abstinent ist.

Eigens konzipierte Angebote für Kinder suchtabhängiger Eltern differieren zwischen den verschiedenen Einrichtungen. Eine Kanonisierung der inhaltlichen Ausgestaltung etwa der Gruppenarbeit wird von Praktikern bisweilen mit der Begründung abgelehnt, es müsse abhängig vom Alter, der Befindlichkeit und den Bedürfnissen der Gruppe sowie den individuellen Kompetenzen der Helfer Raum für freie Ausgestaltung und Selbstbestimmung gelassen werden.⁵⁴

Trotz dieser individuellen Unterschiede weisen die im Rahmen der erfassten Projekte angebotenen pädagogischen und therapeutischen Maßnahmen zur Unterstützung suchtbelasteter Familien strukturell weitgehende Parallelen auf. Zumeist umfasst das Spektrum der Offerten:

- Gruppenangebote für Kinder, die in den meisten Fällen nach Altersgruppen differenziert, angeboten werden.
- Elternarbeit, die etwa in Form von niedrigschwelligen, offenen Treffs oder Einzel- und Gruppengesprächen praktiziert wird.
- Erlebnispädagogische Angebote, wie Tagesausflüge und Ferienfreizeiten.

⁵³ Michael Klein (2005): Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien, S. 192.

⁵⁴ So etwa Theresa Ehrenfried, Christa Heinzelmann, Jürgen Kähni und Reinhard Mayer (1999): Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker, S. 45.

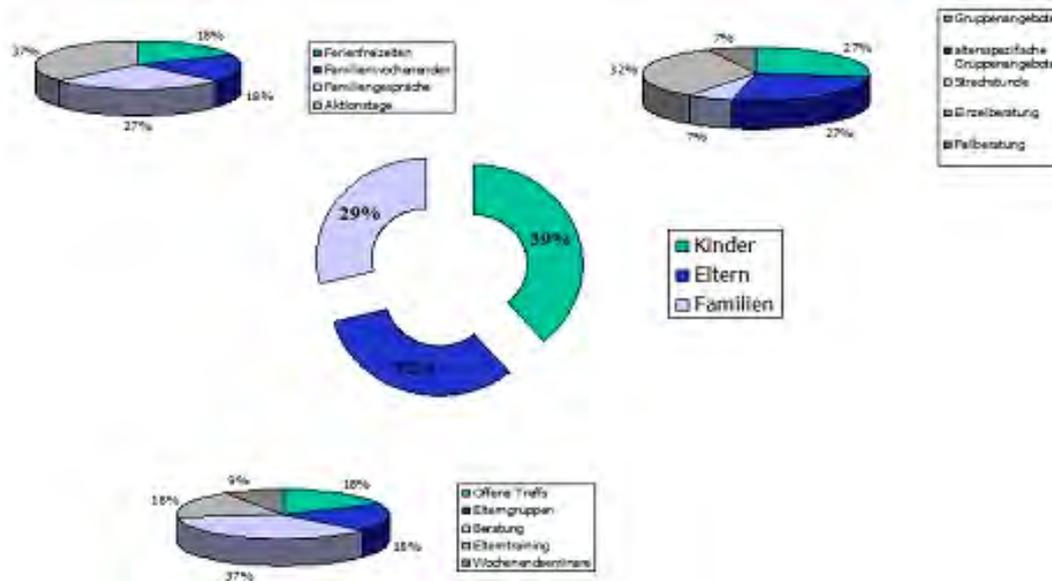
Von diesen eigenständigen Angeboten für die Zielgruppe der Kinder suchtkranker Eltern unterscheiden sich solche Projekte, deren Ziel maßgeblich in der Koordination bestehender Angebote und Hilfen sowie deren Anbietern besteht. Als Vorteile solcher unspezifischen Angebote erscheint, dass diese einen unproblematischeren Zugang ermöglichen und nicht die Gefahr einer weiteren Stigmatisierung durch die explizite Fokussierung auf das familiäre Suchtproblem bergen. Eine gemischte Gruppenzusammensetzung kann zudem den Effekt haben, „... dass die Kinder durch ihren teilweise ähnlichen, teilweise andersartigen Erfahrungshintergrund auch unterschiedliche Bewältigungsmuster und Ressourcen mitbringen, von denen sie wechselseitig profitieren können.“⁵⁵ Aus Sicht des Jugendamtes stellt zudem die Kontinuität des Angebotes einen wesentlichen Abwägungsaspekt dar. Um ein plötzliches Abbrechen der Hilfe zu vermeiden, bedarf es daher eines tragfähigen Finanzierungskonzeptes, durch das ein dauerhaft angelegtes Angebot sichergestellt werden kann.⁵⁶

Ein wesentlicher Vorteil spezifisch auf Kinder suchtkranker Eltern zugeschnittener Angebote stellt zum einen die Möglichkeit dar, sich mit ebenfalls betroffenen Kindern oder Jugendlichen über dieses scham- und tabubehaftete Thema austauschen zu können. Desweiteren kann im Rahmen solcher zielgerichteter Maßnahmen durch entsprechend geschulte Fachkräfte dezidierter auf die spezifischen Probleme und Bedürfnisse der Teilnehmer eingegangen werden.

⁵⁵ Zur Diskussion über Vor- und Nachteile zielgruppenspezifischer Angebote aus Sicht des Jugendamtes siehe Anja Quast (2002): Hilfen für alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder, S. 66.

⁵⁶ Dieser Aspekt spielt in der Praxis vieler Angebote eine gravierende Rolle, da sie ganz überwiegend einen Projektcharakter besitzen und nur temporär finanziert sind. Auf Möglichkeiten der Finanzierung aus Mitteln der Jugendhilfe und einer Verankerung im Hilfesystem wird daher an anderer Stelle noch vertiefter eingegangen.

Abbildung 5: Angebotsformen nach Zielgruppen



b) Gruppenangebote

Inhaltlich besteht ein zentraler Bestandteil ambulanter Hilfemaßnahmen insbesondere für jüngere Kinder in Beziehungsarbeit.⁵⁷ Stabilität, Verlässlichkeit und Kontinuität fehlen häufig in den familiären Beziehungen der Zielgruppe. Kinder müssen oftmals in verschiedenerlei Hinsicht Verantwortung übernehmen, die ihnen die Identifikation mit ihrer Kindrolle erschwert oder verwehrt. Ziel der Gruppenarbeit soll es daher sein, den Kindern und Jugendlichen altersangemessene Erfahrungsräume zu bieten, die ihre Persönlichkeits- und Sozialentwicklung positiv anregen können.⁵⁸ Dazu gehört etwa das Erleben stabiler Beziehungen in der Gruppe oder die veränderte Wahrnehmung von Eltern- und Erwachsenenrollen durch das Vorbild der Fachkräfte. Als besonders förderlich wird dabei die Betreuung durch je eine weibliche und männliche Fachkraft angesehen, um den Kindern und Jugendlichen auch geschlechtsspezifisch ausgeglichene Verhaltensweisen und Rollen erfahrbar zu machen und Identifikationsmöglichkeiten zu eröffnen.

Inhaltlich umfasst das Spektrum der angewendeten Methoden in den Projekten im Rahmen der Gruppenarbeit erlebnistherapeutische Angebote, Entspannungsübungen und Ergotherapie, Rollenspiele, bewegungs-, zirkus-, wald-, und kulturpädagogische Maßnahmen, Turnen sowie Reittherapie.

Die Wirksamkeit von Gruppenangeboten als einem wesentlichen Element der Arbeit in nahezu allen einschlägigen Projekten hat eine Untersuchung zum Gegenstand, die das Institut für Therapieforschung im Auftrag der Landesstiftung Baden-Württemberg durchgeführt hat. Wenngleich auf Grund methodischer Einschränkungen, wie z.B.

⁵⁷ Vgl. etwa Hermann Scheib und Michael Steier (1998): a.a.O., S. 21 f.

⁵⁸ Vgl. exemplarisch Theresa Ehrenfried, Christa Heinzlmann, Jürgen Kähni und Reinhard Mayer (1999): a.a.O., S. 53.

einer fehlenden Kontrollgruppe, darin keine kausal zuzuordnenden Wirkungsnachweise erbracht werden konnten, erlauben die Ergebnisse doch eine Einschätzung des Entwicklungsverlaufs von Kindern, die an einer Kindergruppe der beteiligten 13 Projekte in Baden-Württemberg teilgenommen haben sowie einer diesbezüglichen Einschätzung der Eltern.⁵⁹

Aus Perspektive der Eltern haben sich bei ihren Kindern kompetente Verhaltensweisen gesteigert, Verhaltensauffälligkeiten hingegen keine Veränderungen erfahren. Nach Einschätzung der Gruppenleiter ging das internalisierende Verhalten der teilnehmenden Kinder zurück, was sich etwa in einer distanzierteren, klareren Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem der Eltern oder der offeneren Artikulation der eigenen emotionalen Situation manifestierte. Eine Steigerung des externalisierten Verhaltens habe hingegen nicht stattgefunden. Inwieweit diese Veränderungen sich aber möglicherweise auch in einer nicht involvierten Vergleichsgruppe ergeben hätten, etwa als Ausdruck eines alterstypischen Entwicklungsprozesses, muss die Studie offen lassen. Die Verfasser erkennen daher – mit dem Ziel einer stärker evidenzbasierten Prävention – Handlungsbedarf für die Projektpraxis:

- Inhaltlich sei eine Mehrzahl der untersuchten Gruppenangebote schwerpunktmäßig darauf ausgerichtet, die Selbstwahrnehmung der Kinder und Jugendlichen zu steigern und deren zwischenmenschliche Beziehungsfähigkeit zu fördern. Ergebnisse der Präventionsforschung hingegen ließen den Schluss zu, dass Programme sich als besonders erfolgreich erwiesen haben, die eine Verbesserung einer möglichst großen Bandbreite von Lebensfertigkeiten zum Ziel hatten. Deshalb sei eine thematisch breitere, an den Erkenntnisse der Präventionsforschung orientierte Ausrichtung der Gruppenangebote wünschenswert.
- Ein zu geringes Augenmerk habe bei den untersuchten Projekten zudem auf der Ausbildung und Förderung suchtspezifischer Schutzfaktoren gelegen, wie etwa der themenbezogenen Informationsvermittlung, dem Ausbau von Bindungen an konventionelle Institutionen oder dem Training von Hilfesuchverhalten.
- Notwendig sei es daher u.a., die heterogenen Maßnahmen und Konzepte im Umfeld der untersuchten Projekte stärker zu harmonisieren und deutlicher an der Beeinflussung suchtspezifischer Risiko- und Schutzfaktoren der Zielgruppe auszurichten.

Zusammenfassend böte eine stärkere Vereinheitlichung der methodischen Ansätze in den Gruppenangeboten (sozialpädagogische Gruppenarbeit, Spiel- und Freizeitpädagogik, Entspannungsverfahren, Phantasieereien etc.), basierend auf Evidenzkenntnissen der Präventionsforschung, Ansatzpunkte für Wirkungsevaluationen und

⁵⁹ Vgl. LANDESSTIFTUNG Baden-Württemberg gGmbH (Hrsg.) (2007): a.a.O., S. 54 f.

damit für eine theoriegeleitete Weiterentwicklung der Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien.

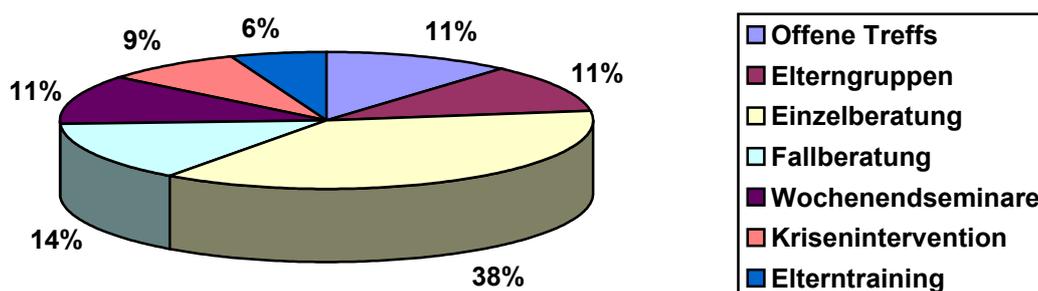
Positive maßnahmenunspezifische Wirkungen der Projektarbeit konnten verschiedentlich im Hinblick auf die Konsolidierung der individuellen Lebensumstände von Mitgliedern der Zielgruppe attestiert werden. Zu den Wirkungen zählten etwa⁶⁰

- eine Verbesserung der Basisversorgung der Kinder
- der Rückgang des Suchtmittelkonsums der Eltern
- eine verbesserte soziale Situation der Eltern (etwa in Bezug auf Wohnverhältnisse, Arbeitsmöglichkeiten oder die finanzielle Situation) und Kinder (Betreuungsmöglichkeiten, außerfamiliäre soziale Kontakte etc.)

c) Elternangebote

Nahezu alle Projekte beinhalten neben der unmittelbaren Arbeit mit den betroffenen Kindern auch Angebote für deren Eltern. Diese werden in der Regel parallel zu den Kinderangeboten durchgeführt und haben im Wesentlichen zum Ziel die Erfolgsaussichten der Unterstützungsmaßnahmen für die Kinder durch eine Beteiligung der Eltern zu fördern, diese in ihrer Selbstreflexion zu bestärken und eine effektive Hilfefoordination zu ermöglichen.⁶¹

Abbildung 6: Elternangebote (Mehrfachnennungen möglich)



Hinsichtlich der Erfolge von Elternangeboten für die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern kann nur auf die Erkenntnisse zu den Wirkungen des familienorientierten Ansatzes verwiesen werden, explizite Forschungsergebnisse sind nicht ersichtlich.

⁶⁰ Vgl. Hermann Scheib und Michael Steier (1998): a.a.O., S. 137.

⁶¹ Vgl. Michael Klein (2005): a.a.O., S. 193 f.

d) Öffentlichkeitsarbeit

Einer erfolgreichen Öffentlichkeitsarbeit kommt offenkundig eine nicht zu überschätzende Bedeutung zu: Nur wenn die potentiell Betroffenen, tangierte Fachkräfte und andere Zielgruppen von den Hilfeofferten wissen, kann es gelingen eine entsprechende Nachfrage zu generieren und damit eine Wirksamkeitsvoraussetzung zu erfüllen. Die Sensibilisierung von Fachkräften und Multiplikatoren sowie eine aktiv betriebene Öffentlichkeitsarbeit werden daher in 73% der Projekte neben der Arbeit mit Kindern und Eltern als Hauptziele der Projektarbeit bezeichnet.

Zu den Erfolgen dieser Bemühungen liegen nur wenige, stark divergierende Erfahrungen vor. Nach vierjähriger Projektpraxis wurde im Rahmen des damaligen Modellprojektes „MAKS“ in Freiburg eine Umfrage unter den Klienten von Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe durchgeführt, die u.a. zu dem Ergebnis führte, dass nur 11% der Frauen und 5% der Männer das Projekt kannten. Eine vermutete Erklärung dafür lautete, dass zu sehr der oder die Suchtkranke im Mittelpunkt der Beratungen gestanden habe und die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit eines eigenständigen Angebotes für Kinder noch zu wenig gesehen worden sei.⁶² Nahezu 90% der Fachkräfte in einer Modellregion gaben einige Jahre später bei einer Befragung an, Ansprechpartner für Kinder von Suchtkranken bei Jugendämtern oder Beratungsstellen zu kennen, wobei deren Anteil selbst in der Kontrollregion bei 75% lag.⁶³ Dies kann wohl auch als ein Indiz dafür gewertet werden, dass in der weiter gefassten Fachöffentlichkeit die Bedeutung der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern bekannter geworden ist.

In der Projektpraxis, wie sie sich in den Jahrsberichten und Konzepten widerspiegelt, wird der Bereich der Öffentlichkeits- und Multiplikatorenarbeit zwar als wichtig beschrieben, aber kaum systematisch und methodisch betrieben bzw. dokumentiert. Als insofern vorbildlich kann die Entwicklung eines Strukturmodells im Projekt „connect“ bezeichnet werden, das die Erstellung eines für das Projekt relevanten Verteilers beinhaltet und damit die Grundlage für eine Kommunikationsstrategie und dessen Bewertung darstellt.⁶⁴

⁶² Vgl. Helga Dilger (1994): a.a.O., S. 77.

⁶³ Vgl. Michael Klein & Martin Zobel (2001): a.a.O., S. 69.

⁶⁴ Vgl. Irene Ehmke (2006): Abschlussbericht des Modellprojektes connect, S. 10.

e) Organisatorische Anforderungen an die Arbeit mit Kindern

Für die Bereitstellung spezieller Hilfen für Kinder sind in aller Regel zusätzliche Ressourcen zu veranschlagen, wie die Erfahrungen in den Projekten zeigen.

Räumlichkeiten

Als bedeutsam für die Arbeit mit suchtbelasteten Kindern und Familien haben sich eigene, ausreichend große Räumlichkeiten erwiesen. Zum einen erhöhen sie die Identifikationsmöglichkeiten sowohl der Klienten als auch der Mitarbeiter mit dem Projekt⁶⁵ und verdeutlichen den Stellenwert sowie die Eigenständigkeit die der Arbeit mit Kindern und Familien eingeräumt werden. Darüber hinaus werden Zugangsbarrieren vermieden, die daraus resultieren können, dass die verschiedenen Klientengruppen Ressentiments gegeneinander hegen. Alkoholkranken Eltern/-teilen beispielsweise könnte es deutlich schwerer fallen, Unterstützungsangebote für und mit ihren Kindern in einer Drogenberatungsstelle wahrzunehmen, als wenn diese in einem eigenen Umfeld vorgehalten werden. Tendenziell geringer dürften solche Berührungsschwierigkeiten einzuschätzen sein, wenn alle lokalen Hilfeangebote eines Trägers zentral angesiedelt sind.

Ein eigener räumlicher Bezugsrahmen ermöglicht darüber hinaus eine kindergerechte Ausstattung und Gestaltung, etwa mit Spielmöglichkeiten und Gelegenheiten zum Toben. Reibungsverluste durch die Doppelbelegung von Räumlichkeiten, Terminüberschneidungen und zusätzlicher Organisationsaufwand können vermieden werden.

⁶⁵ Vgl. Marco Puxi et al. (1998): a.a.O., S. 127.

Personalressourcen

Wenngleich die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern in vielen Projekten insbesondere in der Entstehungsphase im Wesentlichen durch zusätzliche Arbeit einzelner Mitarbeiter geleistet wurde, zeigen die Erfahrungen, dass ein strukturiertes Regelangebot mit seinen spezifischen Leistungen zusätzliche Personalzuweisungen erfordert. Abhängig etwa vom Umfang der angebotenen Unterstützungsmaßnahmen sowie der potentiellen und tatsächlichen Anzahl von Klienten differiert der Personalbedarf, so dass diesbezüglich keine allgemeinen Empfehlungen ausgesprochen werden können. Basierend auf Erfahrungen in begleiteten Modellprojekten wird aber darauf hingewiesen, dass in einem familienorientierten Regelangebot für die Bewältigung der fallbezogenen und einzelfallübergreifenden Arbeiten (allgemeine Verwaltungsaufgaben, Öffentlichkeits- und Informationsarbeit, Kooperationstätigkeiten etc.) 1,5 bis 2 volle Personalstellen bereitgestellt werden müssten.⁶⁶ Aber auch in Projektstrukturen, die keine eigenen Maßnahmen bereitstellen, bedarf es einer Person, die die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Kinder hilfesystemübergreifend im Auge behält, die Arbeit zwischen den tangierten Trägern und Hilfeanbietern koordiniert und fallbezogen „den Hut aufhat“.⁶⁷ Für diese Aufgaben im Rahmen eines Kooperationsnetzwerkes wäre gemäß der Erfahrungen im Rahmen des Modellprojektes „connect“ in Hamburg eine halbe Personalstelle zu veranschlagen.

f) Angebote im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe

Abzugrenzen von Hilfen der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe sind solche, die im Rahmen in der Sucht-Selbsthilfe für Kinder suchtkranker Eltern angeboten werden. Insgesamt sind bei der DHS 28 Gruppenangebote für Kinder bis 14 Jahre angegeben, dazu weitere 26 Angebote die sich mit ihrem Angebot an Jugendliche und/oder junge Erwachsene richten.⁶⁸

Die verschiedenen Angebote, die derzeit unter dem Dach von Suchtselbsthilfegruppen und –organisationen (Alanon / Alateen, Blaues Kreuz in Deutschland, Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Guttempler in Deutschland, Kreuzbund) stattfinden, lassen sich grob wie folgt skizzieren.⁶⁹

➤ Kinderbetreuung während der wöchentlichen Treffen der Selbsthilfegruppen

In einigen Regionen gibt es das Angebot der Kinderbetreuung für die Teilnehmer/innen der Sucht-Selbsthilfegruppe. Während betroffene Eltern ihre Selbsthilfegruppe besuchen, werden ihre Kinder – zeitgleich – und sozusagen »nebenan« von

⁶⁶ Marco Puxi et al. (1998): a.a.O., S. 127.

⁶⁷ Irene Ehmke (2006): a.a.O., S. 54.

⁶⁸ DHS e.V. (2006): Kinder suchtkranker Eltern. Mögliche Angebote im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe, S. 4.

⁶⁹ Dies., S. 12 f.

Erwachsenen betreut. Diese Kinderbetreuungen verstehen sich ausdrücklich als Spielangebote und haben u.a. zum Ziel, dass auch betroffene Mütter und Väter Selbsthilfegruppen besuchen können, da die Kinder beaufsichtigt sind. Besonders für alleinerziehende Suchtkranke ist dies sicher ein sehr attraktives Angebot. Vorrangiges Anliegen ist es, mit diesem Angebot suchtkranken Eltern die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe zu erleichtern. Zu beachten ist dabei, dass Gruppentreffen mit einer Kinderbetreuung nicht allzu spät am Abend stattfinden können.

➤ Regelmäßige Gruppenangebote für Kinder suchtkranker Eltern aus einer bestehenden Selbsthilfegruppe

Selbstbetroffene oder angehörige Mütter und Väter, die Mitglied in einer Selbsthilfegruppe sind, bieten regelmäßig Gruppentreffen für Kinder an, deren Eltern die Selbsthilfegruppe besuchen. Da die Leiter der Kindergruppen auch mit deren Eltern Kontakt haben, erfordert dies sehr klare Haltungen und Absprachen im Bezug auf Parteilichkeit für die Kinder und Schweigepflicht gegenüber Eltern. Bei Gefährdungen der Kinder müssen sie klare Grenzen aufzeigen und Vereinbarungen mit den Eltern treffen. Eine Kooperation und Unterstützung der betroffenen Eltern kann gelingen, wenn die Kindergruppenleiter sehr klar in ihrem Verständnis und Handeln sind. Solche Angebote können nur in Kooperation von mindestens zwei Personen in der Leitung vorgehalten werden. Einige dieser Gruppenangebote zielen darauf ab, dass Kinder suchtkranker Eltern auch ihre Freunde mitbringen können. Für Leiter dieser Form an Kindergruppenarbeit ist es erforderlich, sich kontinuierlich entsprechende Kompetenzen und Fähigkeiten auch durch spezifische Weiterbildungen anzueignen, um Kindern und Eltern gerecht werden zu können. Zudem benötigen die Leiter regelmäßige Reflexion und die Möglichkeit zum Austausch über die Arbeit.

➤ Familienseminare für betroffene Eltern und deren Kinder

Das Angebot »Familienseminar« richtet sich an betroffene Eltern, die eine Selbsthilfegruppe besuchen, und deren Kinder. Ziel dieser Angebote ist, dass Eltern und Kinder – wieder – miteinander Freizeit verbringen, wieder miteinander reden und spielen lernen. Eltern sollen in ihrer Elternrolle und Erziehungskompetenz gefördert werden. Die Kinder und Jugendlichen sollen Kind sein dürfen, Gemeinschaft erfahren und sich und ihre Eltern in anderen Zusammenhängen erleben können.

Während dieser Familienseminare wird immer wieder in Untergruppen – Eltern und Kinder – gearbeitet. Sowohl für die Arbeit mit den Eltern als auch für Unternehmungen mit den Kindern und Jugendlichen stehen entsprechend qualifizierte professionelle und ehrenamtliche Leiter zur Verfügung.

Familienseminare werden – regional unterschiedlich – über einen Zeitraum von vier bis vierzehn Tagen angeboten.

➤ Familienseminarreihe über vier Wochenenden

Dieses Angebot unterscheidet sich von dem vorgenannten durch die Dauer – über vier Wochenenden – und durch die Leitung, die ausschließlich von selbstbetroffenen Ehrenamtlichen aus den Selbsthilfegruppen des Verbandes wahrgenommen wird. Betroffene Eltern müssen bereits alkoholfrei leben und in eine Selbsthilfegruppe eingebunden sein. Für die Leitung dieser Seminarreihe ist eine kontinuierliche Reflexion der Erfahrungen sowie ein hohes Maß an eigenem Bewusstsein über das Handeln dringend erforderlich.

➤ Regelmäßige Familientreffs

Auch dieses regelmäßig monatlich für zwei Stunden stattfindende Angebot wird von selbstbetroffenen Eltern mit – kleineren – Kindern für andere betroffene Eltern mit Kindern durchgeführt. Ziel ist es, durch reden, erleben, Alltag besprechen, austauschen mit Familien in ähnlicher Situation, die Familienatmosphäre zu entspannen, Gemeinsamkeiten zu finden, Nähe zu suchen und zulassen zu lernen. Im Zentrum des Angebotes stehen die Kinder und Eltern in ihren jeweiligen Rollen in der Familie. Nicht das Suchtmittel, z.B. der Alkohol, oder der Betroffene sollen zentrale Themen sein.

Dieses Angebot ist neu entstanden. Initiatoren sind junge betroffene Eltern, die sich mit ihren Anliegen als Eltern in den traditionellen Selbsthilfegruppen nicht gut aufgehoben fühlen. Die meisten Mitglieder der Selbsthilfegruppen sind älter und haben oft keine jüngeren Kinder mehr.

➤ Regelmäßige Jugend- und Gesprächsgruppen

Nach den Prinzipien der Al-Anon-Familiengruppen gibt es Alateen-Gruppen. Dieses Angebot richtet sich an Kinder mit alkoholkranken Eltern/-teilen. Hier sind sowohl Angehörige als auch selbstbetroffene, gefährdete Kinder bzw. Jugendliche angesprochen. Bei Bedarf unterstützen erfahrene Al-Anon-Mitglieder die Jugendlichen. Auch andere Sucht-Selbsthilfeverbände bieten ebenfalls Jugendgruppen an, die sich speziell an Jugendliche und junge Erwachsene richten, die suchtkranke Eltern haben. Einige der Gruppen halten vor allem thematische und kreative Angebote vor. Die Themen und Aktivitäten bestimmen die Jugendlichen selbst. Meist stehen erfahrene Mitglieder aus den Selbsthilfegruppen der Erwachsenen als Bezugs- und Ansprechpartner zur Verfügung. Ziel ist es, mit der Suchterkrankung der Eltern oder der eigenen Gefährdung umgehen zu lernen, das eigene Selbstbewusstsein zu stärken, Freunde zu finden, Freizeit zu gestalten etc.

➤ Familien-Clubs

Die Idee der Familien-Clubs kommt ursprünglich aus Italien und wird derzeit auch in einigen skandinavischen Ländern umgesetzt. Familien-Clubs wirken durch das

Selbsthilfeprinzip. Alle Familienmitglieder sind aktiv am Gruppenprozess beteiligt und versuchen gemeinsam mit den anderen Familien des Clubs, ihre alltäglichen Probleme zu lösen. Ziel ist nicht alleine die Suchtmittelfreiheit, sondern die Verbesserung der Lebensqualität und die Entwicklung eines neuen Lebensstils.

Über den Erfolg dieser Angebote und deren Wirkungen in der Zielgruppe liegen keine fundierten Erkenntnisse vor.

8. Welche Zugangswege zu den süchtigen Eltern und deren Kinder haben sich bewährt?

Hilfeangebote für suchtbelastete Familie basieren weitgehend auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Wenn die spezifischen Angebote als Regelleistung finanziert werden sollen, muss der Anbieter als Träger von Jugendhilfeleistungen anerkannt sein. Grundsätzlich müssen also Eltern Hilfeleistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) beantragen oder zumindest ihre Zustimmung erklären, wenn deren Kindern Unterstützungsmaßnahmen zuteil werden sollen. Von den untersuchten Projekten können bisher nur vereinzelt einige ihre Maßnahmen nach dem KJHG abrechnen. Hinsichtlich des Zugangs der Zielgruppe zu Hilfen stellen sich damit zwei Problemkomplexe dar:

- Zunächst müssen die Eltern überhaupt Kenntnis von angebotenen Maßnahmen erlangen. Dies gestaltet sich insbesondere dann als schwierig, wenn die Betroffenen keine sonstigen Kontakte zu den verschiedenen Akteuren des Hilfesystems haben, etwa in ansonsten unauffälligen Fällen des elterlichen Alkoholmißbrauchs.
- Für eine Kontaktaufnahme müssen Betroffene zudem in der Regel Hemmschwellen überwinden, etwa aus Scham- oder Schuldgefühlen heraus, weil sie einen Sorgerechttzug fürchten oder möglicherweise entstehenden Veränderungsdruck scheuen. Vielfach fehlt es den Eltern am Bewußtsein, die Situation der eigenen Kinder überhaupt als defizitär oder problembehaftet wahrzunehmen. Suchtmittelabhängige Eltern unterstellen oftmals – auch aus Gründen des Selbstschutzes –, dass ihre Kinder die eigene Sucht gar nicht als problematisch wahrnehmen oder dadurch zumindest nicht gravierend beeinflusst würden.⁷⁰

⁷⁰ Vgl. Marco Puxi und Ursula Kremer-Preiß (1999): a.a.O., S. 20.

Dem Abbau individueller und institutionell bedingter Schwellenängste gegenüber den verschiedenen Hilfesystemen kommt daher eine besondere Bedeutung bei den Bemühungen der Erreichbarkeit von suchtabhängigen Eltern und deren Kinder zu.⁷¹

Hinsichtlich der Zugangsweise zu betroffenen Familien lassen sich grundsätzlich zwei Strategien unterscheiden. In einem Teil der Projekte wird als ein wichtiger Faktor zur Erreichung von betroffenen Eltern die Abkehr von der durchaus üblichen Komm-Struktur vieler Drogen- und Suchtberatungsstellen angesehen, die ein initiatives Engagement der Klientinnen erfordert. Zur Überwindung von Berührungs- und Schwellenängsten hat sich dort ein aktiv zugehender Arbeitseinsatz, etwa durch Hausbesuche oder Präsenz und Ansprache in niedrighwelligen, offenen Treffs oder Substitutionspraxen, bewährt.⁷² Für ein ganz überwiegendes Gros der Hilfeangebote hingegen ergibt sich der Zugang der Klientel in erster Linie über die unterschiedlichen Beratungsangebote des Trägers oder Vermittlungen von anderen Akteuren des Hilfesystems.

Ein systematischer Vergleich verschiedener Akquisewege in Bezug auf die Zielgruppen suchtkranke Eltern und deren Kinder oder Multiplikatoren und Fachkräfte im relevanten Sozialraum läßt sich auf Grund der sehr unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen der Projekte sowie fehlender Dokumentationsstandards derzeit nicht herstellen. Um verwert- und vergleichbare Aussagen zur Zielerreichung treffen zu können, bedürfte es einer obligatorischen Quantifizierung der Zielgruppen als einem Bestandteil eines systematischen Dokumentationswesens. In Ermangelung einer quantitativen Vergleichsbasis beschränkt sich die Bewertung unterschiedlicher Zugangswege derzeit auf qualitative Einschätzungen und Erfahrungen.

Insbesondere im Hinblick auf drogenabhängige Eltern bedarf es eines mitunter langwierigen Vertrauensaufbaus, z.B. in Form pragmatischer und individueller Unterstützung bei der Alltagsbewältigung, bevor diese familienorientierte Hilfen in Anspruch nehmen und in weitere Angebote des Hilfesystems vermittelt werden können. Als hilfreich würde es angesehen, wenn Mitarbeiter von Beratungsstellen befugt wären anonym Anträge auf ambulante Hilfeleistungen nach dem KJHG zu stellen und dann ggf. mit der Wahrnehmung dieser Jugendhilfeleistungen betraut würden.⁷³ Schwellenängste bei der Nutzung von Hilfeangeboten könnten dadurch verringert und schnellere zielgerichtete Unterstützungsmaßnahmen für die Familien realisiert werden. Voraussetzung dafür wäre neben der Schaffung formeller Rahmenbedingungen jedoch zumindest, dass die Beratungsstellen u.a. den Jugendämtern gegenüber transparent und glaubhaft machen können, in besonderem Maße für die Erbringung spezifischer Jugendhilfemaßnahmen in dieser Zielgruppe geeignet zu sein.

⁷¹ Vgl. Hermann Scheib und Michael Steier (1998): a.a.O., S. 20.

⁷² Vgl. Hermann Scheib und Michael Steier (1998): a.a.O., S. 33.

⁷³ Vgl. Hermann Scheib und Michael Steier (1998): a.a.O., S. 137.

Der Zugang zu den betroffenen Kindern erfolgt in den meisten Fällen über ihre Eltern, die Klienten des Hilfesystems sind. Insofern gelten für sie die gleichen Selektionsmechanismen wie sie oben hinsichtlich der Eltern skizziert sind. Erfahrungen in der Praxis zeigen, dass die Abstinenz der Eltern die Zugänglichkeit der Kinder verbessert.⁷⁴ Ursächlich dafür könnte u.a. sein, dass sich abstinenten Eltern mit ihrer Sucht leichter auseinandersetzen können und in Folge dessen in höherem Maße die Unterstützung ihrer Kinder fördern. Als förderlich für die Teilnahme vor allem älterer Kinder haben sich in ganz praktischer Hinsicht Hol- und Bringdienste, sowie eine gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel erwiesen, da die Eltern bisweilen nicht willens oder in der Lage sind ihre Kinder zu den Angeboten zu bringen.

9. Wie wurden Eltern einbezogen – gibt / gab es ‚verpflichtende‘ Kooperation mit ihnen?

Die Teilnahme der Kinder an Hilfeangeboten ist in mehreren Projekten explizit mit der Erfüllung verschiedener Voraussetzungen seitens der Eltern verknüpft. Dazu gehören in unterschiedlichen Kombinationen

- das grundsätzliche Einverständnis der Eltern/-teile zu einer Teilnahme der Kinder an Hilfeangeboten oder zumindest deren passive Akzeptanz dieser Maßnahmen,
- die feste Einhaltung von Terminen sowie das Einverständnis zur Nachfrage bei Nichterscheinen der Kinder,
- die Bereitschaft der Eltern zu einem einleitenden Elterngespräch bzw. zu begleitenden Elterngesprächen,
- sowie in selteneren Fällen die Vereinbarung eines Probezeitraums oder der Abschluss eines Vertrages.

Für die eigene Teilnahme der Eltern etwa an Beratungsgesprächen oder Gruppenangeboten wird mitunter deren nüchternes Erscheinen ausdrücklich vorausgesetzt.

⁷⁴ Solche Erfahrungen konnten etwa im Projekt Kids im Zentrum (KIZ), Neuss gemacht werden.

10. Welche Rolle spielt der Blick auf das Kindeswohl und eine gemeinsame Einschätzung der Situation der Kinder anhand von ‚Basiskriterien‘? Mit welchen Kriterien wird gearbeitet, welche Erfahrungen gibt es dazu? Welche Sensoren können entwickelt werden, um Kindeswohlgefährdungen frühzeitig erkennen zu können?

Voraussetzung weiterer Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien ist die Sicherstellung der Basisversorgung der betroffenen Kinder.⁷⁵ Die Basiskriterien werden von den Kooperationspartnern als Minimalbedarf, der für das Aufwachsen eines Kindes als erforderlich erachtet wird, anerkannt. Diese Kriterien lehnen sich vielfach an die von dem Büro "Kinder drogenabhängiger Eltern (KDO)" in Amsterdam entwickelten Leitlinien⁷⁶ und dem Leitfaden der „Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Kindeswohl - Kindeswohlgefährdung Hannover“⁷⁷ an. Basiskriterien sind nicht absolut zu sehen, sondern beinhalten den erforderlichen Ermessensspielraum für die Mitarbeiter, um eine individuelle Entscheidung treffen zu können. Die Kriterien und Erwartungen der professionellen Helfer müssen mit den Eltern deutlich besprochen werden, damit sie sich daran orientieren können. Es ist wichtig, die Kriterien so früh wie möglich in den ersten Kontakten zu thematisieren.

Basiskriterien:

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

⁷⁵ Mit Basiskriterien in Anlehnung an die KDO-Leitlinien, Amsterdam arbeiten etwa das Projekt IGLU, Hamburg oder das Modellprojekt Hilfen für alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder im Landkreis Ostprignitz-Ruppin.

⁷⁶ Groeneweg/Lechner v. d. Noort (1988) Kinderen van drugverslaafde ouders, opvoeding en ontwikkeling, Delft: Uitgeverij Eburon.

⁷⁷ Leitfaden der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Kindeswohl – Kindeswohlgefährdung (2000) Hannover.

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

Kriterienkataloge wie der oben dargestellte hatten in der Vergangenheit die Funktion, eklatante Fälle der kindlichen Mangelversorgung, anhand eines leicht handhabbaren Rasters identifizieren zu können. Ein gravierenden Bedeutungszuwachs hat der Begriff der „Kindeswohlgefährdung“ durch die Einführung des § 8a SGB VIII, insbesondere für freie Träger erfahren. Nur wenige Gesetzesnovellen haben in der Fachöffentlichkeit eine solche Aufmerksamkeit auf sich gezogen wie diese Änderung des Sozialgesetzbuches, was umso mehr erstaunt als damit zumindest für Jugendämter nur wenige substantielle Neuerungen verbunden zu sein scheinen. Im Wesentlichen hat der Gesetzgeber juristische Vorgaben hinsichtlich des Verfahrensablaufes aufgestellt, durch die bestimmt wird, „... dass das Jugendamt (als öffentlicher Träger) bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes durch das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte die Gefährdung abzuschätzen hat. Bei anderen (freien) Trägern ist durch Vereinbarungen sicherzustellen, dass diese ähnlich verfahren und eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen.“⁷⁸ Ein Novum stellt die verpflichtende Einbindung einer Fachkraft dar, die nach alter Rechtslage nicht vorgesehen war.

Unverändert stehen Fachkräfte des Jugendamtes jedoch vor dem Problem, entscheiden zu müssen, ob noch eine Hilfe zur Erziehung angeboten werden soll, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung seitens der Eltern nicht gewährleistet ist, oder ob durch ein Familiengericht in die elterliche Sorge (nach § 1666 BGB) eingegriffen werden muss, woran hohe juristische Hürden geknüpft sind. Zögert ein Mitarbeiter des Jugendamtes zu lange, eine Kindeswohlgefährdung festzustellen, kann dies zu schweren Beeinträchtigungen des Kindes oder zu dessen Tod führen. Veranlasst er indes zu früh einen Eingriff des Familiengerichts, verliert er mit hoher Wahrscheinlichkeit den Zugang zu dieser Klientel. Grundsätzlich kann auch

die Gesetzesneuregelung dieses „professionelle Entscheidungsdilemma“ nicht auflösen. Vielmehr muss der Blick darauf gerichtet werden, wie diese prekäre Entscheidung professionell qualifiziert werden kann.

In diesen Prozess der Feststellung einer möglichen Kindeswohlgefährdung werden durch § 8 a Abs.2 SGB nun auch freie Träger explizit mit einbezogen.⁷⁹ Davon dürfte sich der Gesetzgeber „... eine frühere Entdeckung von Gefährdungssituationen und durch die Formulierung von Handlungsverpflichtungen für die freien Träger selbst eine eher präventive und niedrigschwellige Problembearbeitung“ erhoffen.⁸⁰ Trotz einer großen Anzahl vorliegender Interpretationen und Empfehlungen herrscht in der Praxis gerade bei den freien Trägern große Unsicherheit hinsichtlich der Bedeutung, Anwendung und Umsetzung der neuen Norm.

Dafür lassen sich verschiedene Ursachen identifizieren. Zum einen bereitet die Subsumtion realer Lebensumstände unter den unbestimmten Rechtsbegriff der Kindeswohlgefährdung erhebliche Schwierigkeiten. Die „Kindeswohlgefährdung ist kein beobachtbarer Sachverhalt, sondern ein rechtliches und normatives Konstrukt. [...] Es geht hierbei nicht darum, ein wie auch immer geartetes Kinderwohl sicher zu stellen, sondern darum, bei individuell zugeschriebenen Gefährdungseinschätzungen für Kinder und Jugendliche auf existentielltem Niveau tätig zu werden.“⁸¹ Es geht mit anderen Worten u.a. um den qualitativen Sprung von einer „bloß miserablen“ Erziehung zur unmittelbaren Gefährdung. Diese zumeist sehr schwierige Einschätzung in der Praxis vornehmen zu müssen, kennzeichnet die Anforderungen an die Professionalität der Fachkräfte der Jugendämter bzw. des Allgemeinen Sozialdienstes. Darüber hinaus stellt die Übertragung dieser Beurteilungspflicht freie Träger vor potentielle Probleme, weil dort keine Verfahren oder Prozesse existieren, in die eine solche Risikoeinschätzung eingebettet werden könnte. Ist die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern als Regelangebot der Jugendhilfe verankert, sollen freie Träger durch die Neuregelung des § 8a SGB VIII mittels vertraglicher Vereinbarungen in den Schutzauftrag der Jugendämter eingebunden werden. Neben Fragen der Ausgestaltung und des Regelungsgehaltes solcher Vereinbarungen stellt sich für Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe auf Grund ihrer nicht vorhandenen einschlägigen Verfahren-

⁷⁸ Diese, angesichts der anhaltenden Diskussion provokant erscheinende, These begründet Roland Merten (2007): § 81 SGB VIII – Vom Neuerungswert des Altbekanntes, in: KJuG 2/2007, S. 33.

⁷⁹ Die Frage, ob dies gem. § 1 Abs.1 Ziff.3 SGB auch bisher bereits in vergleichbarem Maße implizit der Fall gewesen ist, soll an dieser Stelle nicht vertieft werden.

⁸⁰ Reinhold Schöne (2007): Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8a Abs. 2 SGB VIII, in: KJuG 2/2007, S. 36.

standards und Handlungsrichtlinien das Problem, Verfahren zur Gefährdungseinschätzung entwickeln bzw. etablieren zu müssen. Fachkräften auch der Sucht- und Drogenhilfe fällt durch die gesetzliche Neuregelung die ggf. vertraglich vereinbarte Pflicht zu, Anhaltspunkte für eine akute Gefährdung des Kindeswohls durch Vernachlässigung oder Mißhandlung an das zuständige Jugendamt zu melden. Auf Grund mangelnder praktischer Erfahrungen mit der Einschätzung von Fällen der Kindeswohlgefährdung und fehlendem Instrumentarium besteht die Gefahr, dass freie Träger sich überfordert fühlen könnten, deren Verunsicherung wächst und ein wirksamer Kinderschutz zunächst konterkariert wird.⁸² Angesichts dieser Herausforderungen sprechen Heinz Kinder und Susanna Lillig insofern von einer „Blindflugsituation des Kinderschutzes in Deutschland“, als es unklar sei „.... ob eine stärkere Einbeziehung von freien Trägern in Prozesse der Risikoerkennung, des Risikomanagements und der Hilfevermittlung bei Kindeswohlgefährdung über eine frühe Problemerkennung und ein besseres Netz von Hilfezugängen dem Kinderschutz eher nutzt oder ob durch ein verstärktes Befassen von Fachkräften, die ansonsten wenig mit Kindeswohlgefährdung zu tun haben, eine Überdehnung ambulanter Hilfezugänge und eine insgesamt eher schädliche Wirkung eintritt.“⁸³

Mit dieser Problematik nur mittelbar verbunden ist die Diskussion um „Frühwarnsysteme“ und frühe Hilfen. Ziel früher Hilfen ist es, Gefährdungssituationen, wie sie im Rahmen des § 8a SGB VIII diskutiert werden, erst gar nicht entstehen zu lassen. Ergebnisse der Präventionsforschung zeigen, dass niedrigschwellige Hilfen für Eltern und Kinder umso wirksamer sind, je früher sie im Problemstehungsprozess sowie in der kindlichen Entwicklung einsetzen. Daher gilt es Gefährdungsrisiken möglichst frühzeitig zu erkennen und Schädigungen durch gezielte Hilfen vorzubeugen.⁸⁴ Es sprechen einige Gründe dafür, im Rahmen einer nationalen Strategie zur Etablierung früher Hilfen diese zunächst auf Risikogruppen auszurichten.⁸⁵

- Soweit bekannt, konzentrieren sich die meisten Fälle von frühen Misshandlungen und Vernachlässigungen auf eine eher kleine Zahl von Familien.

⁸¹ Ders., S. 37.

⁸² Ders. S. 40.

⁸³ Heinz Kindler und Susanna Lillig (ohne Jahr): Expertise „Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung, S. 4.

⁸⁴ Vgl. BMFSF (2006): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme, S. 3.

⁸⁵ Vgl. Heinz Kindler und Alexandra Sann (2007): Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, in: KJuG 2/2007, S. 43.

- Risikofamilien sind, etwa um den Zeitpunkt der Geburt herum, mittels relativ einfacher Verfahren identifizierbar.
- Die Erfahrung zeigt, dass es konzeptionell gut ausgestalteter, zeit- und kostenintensiver Maßnahmen bedarf, um Risikofamilien zu erreichen und für eine Mitarbeit zu gewinnen. Angesichts begrenzt vorhandener Ressourcen erscheint eine Fokussierung gut elaborierter Maßnahmen auf besonders gefährdete Risikogruppen zielführender als die Umsetzung undifferenziert angelegter Programme.

Als besonders risikobehaftet gelten Familien, bei denen infolge hoher Belastungen und vielfältiger und/oder schwerwiegender Risiken ein erhebliches Gefährdungspotenzial für das Kindeswohl besteht.⁸⁶ Zu den als vergleichsweise schwerwiegend anzusehenden proximalen (d.h. in der Person zentrierten) Risiken zählt u.a. eine Suchterkrankung der Eltern. Diese Risikoeinstufung basiert u.a. auf vielfach belegten Studienergebnissen, die zeigen, dass Kinder in suchtblasteten Familien vermehrt Misshandlung und Vernachlässigung erfahren.⁸⁷ Untersuchungen zeigen, dass Eltern mit Alkohol- oder Drogenproblemen mit einer über das Dreifache erhöhten Wahrscheinlichkeit ihre Kinder vernachlässigen. Zudem ist ein enger Zusammenhang zwischen Vernachlässigung und Gewalt erkennbar, der ein vielfaches Viktimisierungsrisiko von Kindern suchtkranker Eltern zur Folge hat.

Klienten von Sucht- und Drogenberatungsstellen sind mithin als Eltern einer Risikogruppe zuzuordnen, was sie als prädestinierte Zielgruppe früher Hilfen erscheinen lässt. Es soll jedoch vermieden werden, Kindern aus Suchtfamilien a priori eine höhere Pathologie zuzuschreiben als Kindern aus Familien ohne Suchtprobleme, weil sonst die Gefahr droht, den Suchtkreislauf bzw. die Behandlungskette zu schließen, mithin Problemkonstellationen zu stabilisieren und fortzusetzen, ohne die vorhandenen familiären Ressourcen in angemessener Weise zu berücksichtigen.⁸⁸ Auch daraus erwächst die Notwendigkeit, im Einzelfall spezifische Risikofaktoren und Indikatoren für eine konkrete Beeinträchtigung des Kindeswohls berücksichtigen zu müssen.

⁸⁶ BMFSF (2006): Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme, S. 9.

⁸⁷ Zu internationalen und nationalen Befunden zum Zusammenhang von Vernachlässigung, Mißhandlung und Suchtmittelerkrankung vgl. Martin Zobel (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern, S. 156 ff.

⁸⁸ vgl. Ders. S. 164.

Das Kindeswohl und insbesondere dessen Gefährdung weist damit sowohl vor dem Hintergrund der Etablierung eines Systems früher Hilfen sowie den Regelungen des § 8a SGB VIII einen stärker werdenden Bezug auch zur Arbeit mit Kindern suchtkrankter Eltern auf.

Die mögliche Vernachlässigung von Kindern berührt jedoch auch eine Reihe weiterer Institutionen im Hilfesystem. Im Rahmen ihrer Aufgaben sind neben der Jugendhilfe etwa das Justizsystem, die Sozialhilfe, das Gesundheitswesen sowie Kitas, Kindergärten und Schulen mit dem Problem konfrontiert.⁸⁹ Ein Zusammenwirken unterschiedlicher Einrichtungen, Dienste und Berufe zur Unterstützung gefährdeter und vernachlässigter Kinder erscheint daher geboten. Auf diese interdisziplinäre Herausforderung wurde vielfach mit der Einrichtung sogenannter Frühwarnsysteme reagiert, deren wesentliche Bestandteile u.a. die verbindliche Koordination und Absprache der tangierten Institutionen sowie die Verwendung gemeinsamer Einschätzungsinstrumente darstellen. Die Weiterentwicklung von praxistauglichen, ressourcenschonenden und beteiligungsorientierten Modellen ist eine Herausforderung an die Jugendhilfe, ebenso wie für freie Träger. „Bei den leistungserbringenden Trägern gehören sie zukünftig in den ‚Instrumentenkoffer‘ professioneller Leistungserbringung, denn sie dienen dazu, Wahrnehmungen und Informationen zu vervollständigen und zu strukturieren und stellen den überindividuellen Bezugsrahmen der Bewertung sicher. Ihr qualitativer Wert liegt in der Reduzierung von Komplexität und der Fokussierung auf spezifische und entscheidungsrelevante Untersuchungsaspekte. Allerdings muss auch eine Verständigung darüber existieren, dass sich in diesen Modellen zwar Wirklichkeiten abbilden lassen, sie diese aber gleichzeitig konstruieren. Ihre Anwendung entbindet die Fachkräfte nicht von ihrer Verantwortung, eine rein indikatorengestützte Gefährdungseinschätzung und daraus ggf. resultierender Maßnahmen in den Gesamtkontext der Situation des Kindes zu stellen und vor dem Hintergrund zu verifizieren. In jedem Fall sind die vorhandenen Ressourcen der Familie gleichermaßen zu bewerten, da eine defizitäre Situation des Kindes für sich betrachtet zwar ausreichend sein kann, eine Kindeswohlgefährdung zu konstatieren; gleichzeitig können ihr aber kompensierende familiäre Resilienzfaktoren gegenüberstehen, die die Belastungssituation reduzieren und konkrete Ansatzpunkte für Hilfen bieten.“⁹⁰

⁸⁹ Vgl. im Überblick die verschiedenen Berührungspunkte zum Problem der Kindesvernachlässigung in der Veröffentlichung des Deutschen Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. und Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2007): Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln, S. 34 ff.

⁹⁰ Klaus Theißen (2006): Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung; S. 22 f.

Für die Abschätzung eines Falles der Kindeswohlgefährdung ist es hilfreich, interdisziplinär auf solche Beurteilungsinstrumente zurückgreifen zu können, wobei ein wesentliches Gütekriterium für die praktische Anwendung deren Handhabbarkeit darstellt. Zumeist beinhalten die Instrumente einen Katalog von Basiskriterien, deren Vorliegen oder Nichterfüllung Gefahr für das Kindeswohl indizieren, in Kombination mit einem Ratingsystem, durch das die Intensität eines Missstandes in die Bewertung einfließen soll.

Exemplarisch für eine Vielzahl mittlerweile vorliegender lokaler Frühwarn- und Bewertungssysteme soll hier das Dormagener Kinderschutzkonzept skizziert werden, das ebenso wesentliche Bestandteile zur praktischen Umsetzung der Anforderungen des § 8a SGB VIII enthält wie Anhaltspunkte für die Notwendigkeit früher Hilfen.⁹¹ Zugleich beinhaltet das Kinderschutzkonzept inhaltliche und prozessuale Hinweise für die Realisierung dreier Basiselemente, die den Innovationswert sozialer Frühwarnsysteme ausmachen:⁹²

- Die Wahrnehmung einer riskanten Entwicklung (in einem frühen Stadium),
- das Aussprechen einer eindeutigen Warnung und
- das konsequente Handeln zu einer geschlossenen Reaktionskette.

In einem ersten Schritt der Bewertung sollen die Fachkräfte Problemfaktoren anhand der körperlichen, emotionalen, intellektuellen und moralischen Bedürfnisse des Kindes identifizieren und deren Intensität einschätzen. Es geht primär darum, zu überprüfen, ob die Bedürfnisse des Kindes durch sein soziales Umfeld befriedigt werden können. Zum sozialen Umfeld werden Eltern, Verwandte, Einrichtungen und Bezugspersonen, die regelmäßig Kontakt mit dem Kind haben, gezählt. Begleitend werden den Mitarbeiter/-innen in einer Arbeitshilfe die folgenden Leitfragen und Indikatoren an die Hand gegeben, die sich partiell an dem Hannoveraner Leitfaden der ‚Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Kindeswohl – Kindeswohlgefährdung‘ orientieren:

⁹¹ Zum einen kann das Dormagener Kinderschutzkonzept u.a insofern als gut elaboriert bezeichnet werden, als es etwa auch Mustervereinbarungen für Jugendamt und freie Träger enthält. Außerdem soll es hier beispielhaft vorgestellt werden, da es in der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern in Neuss bereits praktische Anwendung erfährt.

⁹² Vgl. zur sinnvollen Implementierung sozialer Frühwarnsysteme das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien, S. 4.

➤ Was sind die körperliche Bedürfnisse:

Essen, Trinken, Kleidung, Schlaf, Wach-Ruhe-Rhythmus, Zärtlichkeit, Körperkontakt, Schutz vor Gefahren, Schutz vor Krankheiten, Schutz vor gefährdenden Wittereinflüssen, Schutz vor materiellen Unsicherheiten

Mögliche Fragen:

- Gibt es chronische Krankheiten, Behinderungen?
- Ist das Kind chronisch müde ?
- Hat es eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit, häufige Infektionen, häufige Krankenhausaufenthalte?
- Gibt es Anzeichen von Unter- oder Überernährung?
- Ist die motorische und sensormotorische Entwicklung altersgemäß?
- Hämatome? Mehrfachverletzungen in verschiedenen Heilungsstadien? Striemen? Narben? Spuren von Gegenständen?
- Knochenbrüche? Mehrfachbrüche in verschiedenen Heilungsstadien?
- Verbrennungen? Verbrühungen?
- Auffällige Rötungen? Entzündungen im Anal- und Genitalbereich?
- Einnässen? Einkoten?
- Bauchschmerzen? Kopfschmerzen? Atemstörungen?
- Gibt es deutliche Entwicklungsverzögerungen?

Zusätzliche Fragen für Säuglinge und unter 2 Jährige

- Gibt es Anzeichen für eine Gedeihstörung / Fütterungsstörung (mangelnde Nahrungsaufnahme, Flüssigkeitsaufnahme, unerklärliches Untergewicht)?
- Steifheit, Verspannung, Schlaffheit?
- Schüttelsymptome?
- Schreikind? Unruhig?
- Traurig? Apathisch?
- Trifft man das Kind ständig in durchnässten Windeln an?
- Sind größere Teile der Hautoberfläche entzündet?
- Finden sich regelmäßig Dreck und Stuhlreste in den Hautfalten?
- Liegt das Kind tagsüber stundenlang in einem abgedunkelten Raum?
- Sind Matratzen und Kissen ständig nass und muffig?
- Liegt das Kind immer in der Wippe, der Tragetasche oder im Bett?
- Gibt es eine stete Gewichtszunahme?
- Sind hygienische Mindeststandards gewahrt (Reinigung Flasche, Schnuller, etc.)
- Ist das Recht auf Vorsorge (z.B. U-Untersuchung, Impfungen) gewährleistet?
- Wird das Kind ohne Aufsicht auf den Wickeltisch oder in die Badewanne gesetzt?
- Wird das Kind für sein Alter zu lange allein gelassen?
- Werden Gefahren im Haushalt übersehen (Steckdosen, Medikamente, Putzmittel, Treppen etc.)

- Sind Eltern durch psychische Krankheiten, Suchtabhängigkeiten oder ähnliches in ihrer Wahrnehmung getrübt oder in ihrer Verantwortungsfähigkeit eingeschränkt?
- Was sind die emotionalen, beziehungsmaßige Bedürfnisse:
 - Liebe, Annahme und Zuwendung, tragfähige Beziehungsmuster,
 - Bedürfnis nach sozialer Bindung und einfühlendem Verständnis
 - Dialog und Verständigung (verbal und nonverbal)
 - Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft, Familie
 - Soziale Anbindung an Kindergarten und andere Kinder
 - Wertschätzung, d.h. bedingungslose Anerkennung als seelisch und körperlich wertvoller Mensch, seelische Zärtlichkeit

Mögliche Fragen

- Hyperaktivität, motorische Unruhe?
- Ist das Kind ängstlich? Scheu? Zurückgezogen? Schreckhaft?
- Traurig? Verschlussen? Apathisch?
- Aggressiv? Selbstverletzend?
- Orientierungslos? Unkonzentriert?
- Distanzlos? Grenzenlos?
- Besonders anhänglich?
- Geringes Selbstvertrauen im Umgang mit Menschen?
- Deutliche Verunsicherung?
- Wie ist die Beziehung zu den Pädagogen?
- Wie ist die Beziehung zu Gleichaltrigen?
- Ist das Kind sozial isoliert, kommt es nie mit anderen Kindern/Erwachsenen in Kontakt?
- Sexualisiertes Verhalten?
- Schlafstörungen?
- Essstörungen?
- Gibt es deutliche Entwicklungsverzögerungen?

Zusätzliche Fragen für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren

- Wird das Kind beim Füttern in den Arm genommen oder bekommt es eine Flasche die es allein trinken muss?
- Erfolgt das Wickeln grob und ohne Ansprache?
- Wird dem Kind bei Krankheit oder Verletzung Trost verweigert?
- Bleibt das Kind trotz anhaltendem Schreien unbeachtet?
- Ist das Kind einer gewalttätigen Atmosphäre ausgesetzt, auch Elternstreit?
- Machen die Eltern dem Säugling durch Anschreien, grobes Anfassen, Schütteln oder Schlagen Angst?
- Wird dem Kind ausreichender Körperkontakt angeboten?
- Wird das Kind ständig verschiedenen Personen zur Betreuung überlassen?

- Hat das Kind eine verantwortungsfähige Bezugsperson, die beabsichtigt, langfristig für das Kind zu sorgen?

➤ Intellektuelle Bedürfnisse:

- Das Kind muss gefördert werden, um seine geistigen Kräfte zu entfalten und seine Kompetenzen zu entwickeln
- Förderung der Neugierde
- Anregungen und Anforderungen
- Unterstützung beim Erleben und Erforschen der Umwelt

Mögliche Fragen

- Wird nicht oder kaum mit dem Kind gesprochen?
- Wird nicht oder kaum mit dem Kind gespielt?
- Steht altersentsprechendes Beschäftigungsmaterial zur Verfügung?
- Ist die Sprache des Kindes altersgerecht entwickelt?
- Nimmt das Kind seine Umwelt neugierig wahr?
- Gibt es Wahrnehmungsstörungen, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsschwäche?
- Regelmäßiger Besuch der Tageseinrichtung (Kita, OGS)?
- Regelmäßiger Schulbesuch? Schuleschwänzen? Regelmäßige Erledigung der Hausaufgaben?
- Freizeitangebote (Sportverein, Kulturveranstaltungen, Musikschule etc.)
- Angemessener TV- und Medienkonsum?
- Angemessener Umgang mit dem Computer /Internet

➤ Moralische Bedürfnisse und Bedürfnis nach Selbstverwirklichung:

- Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensängsten
- Unterstützung der eigenständigen Durchsetzung von Zielen
- Entwicklung eines Selbstkonzeptes zur eigenständigen, autonomen Persönlichkeit
- Vermittlung von gesellschaftlichen Werten und sozialen Grenzen
- Förderung des Rechts-/ Unrechtsbewusstseins
- Anregung Spiel und Leistung
- Förderung von Motivation

Mögliche Fragen

- Positive Vorbilder?
- Ansprechpartner, Gesprächspartner, Vertrauensperson?
- Gibt es beim Kind ein Unrechtsbewusstsein?
- Klare Generationengrenzen?
- Rollenverständnis des Kindes (Familie, Einrichtung, Gleichaltrige)?
- Frustrationstoleranz?
- Akzeptanz von gesellschaftlichen Werten und Normen?
- Akzeptanz der eigenen Persönlichkeit?

In einem zweiten Schritt geht es um die Einschätzung der Problemlösungskompetenz der Eltern zur Gewährleistung des Kindeswohls, die sich u.a. in der Problemakzeptanz und –kongruenz sowie der Hilfeakzeptanz manifestiert. Hier sollen folgende Fragen den Helfer Anhaltspunkte für eine Einschätzung liefern:

➤ Gewährleistung des Kindeswohls

Inwieweit ist das Wohl des Kindes durch die Sorgeberechtigten gewährleistet oder ist dies nur zum Teil oder überhaupt nicht der Fall ?

➤ Problemakzeptanz

Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall ?

➤ Problemkongruenz

Stimmen die Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstruktion überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall ?

➤ Hilfeakzeptanz

Können die Eltern Hilfe annehmen, auch für längere Zeit? Welche Hilfen und Unterstützung nehmen die Eltern an?

Weitere Faktoren, die bei der Einschätzung der Gewährleistung des Kindeswohls eine Rolle spielen sind :

- Das Ausmaß/die Schwere der Beeinträchtigung, Schädigung (Misshandlung, Vernachlässigung)
- Die Häufigkeit/Chronizität der Schädigung (Misshandlung und Vernachlässigung)
- Die Verlässlichkeit der Versorgung durch die Sorgeberechtigten
- Das Ausmaß und die Qualität der Zuwendung der Sorgeberechtigten zum Kind und dessen Annahme
- Die Qualität der Erziehungskompetenz der Sorgeberechtigten
- Die Selbsthilfekompetenz des Kindes (entsprechend seinem Alter und Entwicklungsstand), seine Widerstandsfähigkeit ("Resilience") und die Fähigkeit, Hilfe zu holen.

Über die praktische Tauglichkeit dieses oder anderer Einschätzungsinstrumente zur Identifizierung von Fällen der Kindeswohlgefährdung lagen keine Untersuchungsergebnisse oder Dokumentationen vor. Zur organisatorischen (Zuständigkeiten), prozessualen (Abläufe) und inhaltlichen (Leitbilder u.ä.) Ausgestaltung von Frühwarnsystemen liegen eine große Zahl von Handreichungen und Empfehlungen gerade auch

für freie Träger vor. Untersuchungen⁹³ liefern auch Hinweise auf den Erfolg verschiedener Strategien zur Implementierung und Ausgestaltung von Frühwarnsystemen. Für die Erstellung von Einschätzungsinstrumenten als einem wesentlichem Bestandteil solcher lokaler Kooperationen zum Schutz des Kindeswohls liegen viele Beispiele vor, die Vorbildcharakter entwickeln können. Vergleichende Untersuchungen zur Praktikabilität von Verträgen, etwa im Hinblick auf den Umgang mit Schweigepflichten u.v.m., bei der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern sind hingegen überfällig. Ebenso fehlt es an Arbeitsfeld bezogenen dokumentierten Erfahrungen zur Praktikabilität unterschiedlicher Basiskriterien und Bewertungssysteme bei Einschätzung von möglichen Fällen der Kindeswohlgefährdung. Von Interesse wäre dabei etwa die Frage, welche der Indikatoren für Vernachlässigung oder Mißhandlung bei der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern für die Mitarbeiter/-innen überhaupt erkennbar sind.

11. *Wie gelingt eine Zusammenarbeit zwischen Sucht-, Drogen- und Jugendhilfe - im Sinne und zum Wohl der Kinder und Eltern?*

Als eine zentrale Notwendigkeit für den Erfolg des familienorientierten Ansatzes und dieser gezielten Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern wird die Kooperation oder Vernetzung verschiedener Professionen angesehen. Das Spektrum der sinnvollerweise zu involvierenden Akteure umfasst abhängig von der jeweiligen Ausrichtung konkreter Hilfeangebote etwa den Bereich der medizinischen Versorgung (Substitutionsärzte, Gynäkologen, Hebammen; Kinderärzte etc.), die Sucht-, Drogen- und Jugendhilfe sowie Kitas, Kindergärten und Schulen. Im Wesentlichen werden mit der Vernetzung die Ziele verfolgt

- Fachkräfte verschiedener Professionen für die besonderen Problemkonstellationen von Kindern suchtkranker Eltern zu sensibilisieren;
- Früherkennungssysteme zu etablieren, die etwaige Problemfälle möglichst frühzeitig identifizieren und adäquat reagieren können;
- Informationsdefizite und bestehende Ressentiments zwischen den Berufsgruppen und verschiedenen Hilfetägern abzubauen;
- Unterstützungsangebote aufeinander abzustimmen und damit möglichen Zuwiderhandlungen vorzubeugen;

⁹³ Vgl. etwa Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien.

- Verantwortlichkeiten zwischen den Hilfeanbietern etwa bei Verletzungen des Kindeswohls abzuklären;
- Zuständigkeiten und Restriktionen der Akteure untereinander zu kommunizieren und ggf. vertraglich zu regeln.

Die Bedeutung, die der Vernetzung für die Arbeit mit suchtbelasteten Familien in der Praxis beigemessen wird, manifestiert sich u.a. darin, dass die meisten der untersuchten Projekte neben der Bereitstellung konkreter Hilfeangebote die Kooperation als ein zentrales Ziel ihrer Arbeit benennen. Unterscheiden lassen sich grundsätzlich Projekte, die neue Angebote für Kinder offerieren und die Kooperation mit anderen Anbietern im lokalen Hilfesystem als einen wesentlichen Teilbereich ihrer Arbeit ansehen. Daneben gibt es Kooperationsvorhaben, deren eigentliches Ziel die vertraglich ausgestaltete Vernetzung bereits vorhandener Hilfeangebote darstellt.

Die Zusammenarbeit verschiedener Professionen stellt die Beteiligten vor Herausforderungen, deren Bewältigung nicht selten mehrere Jahre in Anspruch nehmen kann, wie Praxisbeispiele illustrieren. Regelmäßig zu überwindende Hürden bei der Etablierung tragfähiger Kooperationsnetzwerke bilden

- strukturell unterschiedliche Bedingungen der Hilfesysteme (Sozialrechtliche Grundlagen und damit unterschiedliche Finanzierungszuständigkeiten, Hierarchien, Auftraggeber etc.);
- die Verschiedenartigkeit der Aufträge und der sich daraus ableitenden Prioritätensetzungen und Arbeitsweisen;
- Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten sowie deren Grenzen;
- typische Spannungs- und Konfliktfelder des eigenen Arbeitsgebietes
- wesentliche rechtliche Grundlagen der verschiedenen Träger;
- die nach wie vor vorhandene Unkenntnis der Mitarbeiter verschiedener Hilfesysteme über die Rahmenbedingungen und Arbeitsweisen ihrer potentiellen Kooperationspartner;
- Ressentiments und Vorbehalte gegenüber den Sichtweisen und Arbeitsansätzen anderer Akteure;
- die Tatsache, dass Zusammenarbeit und Abstimmungsprozesse im Rahmen von Kooperationen für die Beteiligten in aller Regel mit einem zeitlichen Aufwand verbunden sind, der angesichts subjektiv als knapp empfundener Zeitbudgets als Belastung empfunden wird.

Diese strukturellen, fachlichen und kulturellen Unterschiede müssen von den Akteuren antizipiert werden, wenn Kooperationen zum Wohle suchtbelasteter Familien nachhaltigen Erfolg haben sollen.

12. Was erfordert diese Arbeit mit den jeweiligen Zielgruppen (Kinder/Jugendliche/Eltern) von den Helfer/innen (welche Grundhaltungen, Kompetenzen etc.)?

Grundsätzlich bedeutet ein kooperativ familienorientierter Arbeitsansatz für alle Helfer/innen, dass sie sich mit möglicherweise auftretenden Rollenkonflikten auseinandersetzen müssen. Für Mitarbeiter der Sucht- und Drogenhilfe resultiert dieses Spannungsverhältnis daraus, dass im Zweifelsfall – etwa in Fällen der Kindeswohlgefährdung - nicht mehr die abhängigen Eltern als Klienten im primären Fokus ihres Interesses stehen, sondern deren Kinder. Damit ist ein Wechsel des Selbstverständnisses der Mitarbeiter/innen verbunden, dessen Umsetzung Schwierigkeiten bereiten kann. Praktische Auswirkungen des Perspektivwechsels bestehen etwa darin,

- dass die Kinder betroffener Eltern als eine wesentliche Zielgruppe mit in das Hilfeangebot einbezogen und die ganze Familie für eine aktive Teilnahme gewonnen werden sollte;
- dass spezifische Kenntnisse erforderlich sind, um den Klienten im Kontext eines Suchtfamiliensystems betrachten zu können;
- dass bereits mit der Kontaktaufnahme familiäre Konstellationen in den Mittelpunkt des Interesses gerückt werden müssen.

Von den Mitarbeitern wird insofern eine hohe Lern- und Veränderungsbereitschaft, bezogen auf ihre bisherigen Einstellungen und Haltungen, abverlangt.⁹⁴

Zudem benötigen sie spezielle Fachkenntnisse, Erfahrungen und umfassende persönliche und soziale Kompetenzen für die Umsetzung des familienorientierten Ansatzes in einer Sucht- oder Drogenberatungsstelle. Idealerweise verfügen sie über eine familientherapeutische oder systemische Ausbildung oder eignen sich Grundkenntnisse und Methoden eigens an. Die Helfer müssen in Beratungsgesprächen mit unterschiedlichen Generationen umgehen können und sind dabei mit verschiedenen, vielfach divergierenden Erwartungen in einer Familie konfrontiert. Solche Spannungsverhältnisse bewusst aufzunehmen und sich mit ihnen auseinanderzusetzen erfordert ein höheres Maß an Konfliktlösungskompetenz, als dies im Fall des traditionellen Berater-Klientenverhältnisses der Fall ist.

Im Verhältnis zu den süchtigen Eltern gilt es, sich mit der Ambivalenz auseinanderzusetzen diese nicht nur als Hilfebedürftige und Kranke wahrzunehmen, die entsprechend versorgen werden sollen, sondern ihnen auch Entscheidungen zuzutrauen und Verantwortung zu übertragen. Das Aufbringen der notwendigen Empathie für die betroffenen Eltern wird beispielsweise dadurch erschwert, diese gleichzeitig auch als Täter ihren Kindern gegenüber ansehen zu müssen. Insgesamt steigt die Komplexi-

⁹⁴ Vgl. Ingrid Arenz-Greiving (2004): Integration der Arbeit mit Kindern drogenabhängiger Eltern in bestehende Drogenberatungsstellen, S. 47 ff.

tät und Widersprüchlichkeit des Helfer-Klienten-Verhältnisses, durch die Ausrichtung auf einen familienorientierten Arbeitsansatz.

Als hilfreich und notwendig für die Bewältigung dieser Neuausrichtung haben sich in der Praxis u.a. folgende Erfahrungen erwiesen:

- Die veränderte Prioritätensetzung zum Wohl der Kinder muss den Eltern gleich zu Beginn eines Kontaktes mitgeteilt werden. In diesem Sinne beinhalten vertragliche Kooperationsvereinbarungen nahezu immer einen entsprechenden Passus, der die Unterzeichner verpflichtet, den Eltern im Rahmen des Erstkontaktes Basis-kriterien zur Kindeswohlgefährdung zu erläutern und sie über die Vorgehensweise im Falle einer Gefährdung des Kindes zu informieren.⁹⁵
- Sofern die Aufgabenfelder innerhalb einer Institution getrennt sind, sich also verschiedene Mitarbeiter jeweils um die suchtkranken Eltern bzw. deren Kinder kümmern, sind ein stetiger Informationsaustausch zwischen diesen Mitarbeitern und eine gemeinsam verantwortete Position der Einrichtung unerlässlich. Um einer destruktiven Polarisierung zwischen den Mitarbeitern einer Institution entgegenzuwirken, muss auf Leitungsebene eine eindeutige Entscheidung zugunsten des familienorientierten Ansatzes getroffen und dafür Sorge getragen werden, dass die Bedingungen eine Umsetzung dieses Ansatzes erlauben.

Daneben erfordert der Paradigmenwechsel der familienorientierten Arbeit in einer Sucht- und Drogenberatungsstelle flexible Leitungskräfte und Träger mit umfassenden – auch systemischen – Kompetenzen.⁹⁶ Mit dem erweiterten Leistungsangebot sind eine Vielzahl möglicher Aufgaben und Erfordernisse verbunden, die eine entschlossene Unterstützung des Konzeptes auf Leitungsebene unabdingbar erscheinen lassen:

- Notwendige systemische Kenntnisse müssen den Mitarbeitern im Rahmen von Qualifizierungs- und Weiterbildungsmaßnahmen ggf. vermittelt werden.
- In aller Regel ist mit dem zusätzlichen Angebot die Bereitstellung finanzieller, zeitlicher und räumlicher Ressourcen erforderlich.
- Die Leitungsebene ist ferner für die Gestaltung der konzeptionellen Ausrichtung verantwortlich, die auch anderen Arbeitsbereichen überzeugend kommuniziert werden muss.
- Für den Erfolg des Konzeptes ist eine Vernetzung mit den Arbeitsbereichen Kinder- und Jugendhilfe sowie dem medizinischen Bereich konstituierend.
- Um die Zielgruppen möglichst früh erreichen zu können, bedarf es einer über den originären Adressatenkreis hinausgehenden Öffentlichkeitsarbeit, die sich

⁹⁵ Exemplarisch etwa der Vertrag der Stadt Essen, der als Vorbild für weitere kodifizierte Kooperationen gedient hat. Vgl. Presseinformation anlässlich der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung im Interesse von Kindern aus suchtbelasteten Familien in der Stadt Essen, S. 4.

⁹⁶ Ingrid Arenz-Greiving (2004): a.a.O., S. 54.

u.a. an Kinder- und Frauenärzte, Hebammen, Kitas, Kindergärten und Schulen richtet.

13. Was hat sich bewährt, um arbeitsfeldübergreifend kooperieren zu können?

Wie bereits erwähnt, stellt die Kooperation verschiedener Professionen die Teilnehmer vor die Aufgabe, verschiedenartige potentielle Hürden meistern zu müssen, wenn durch Koordination und Zusammenarbeit die Effektivität von Hilfen nachhaltig optimiert werden soll. Gerade für die Herstellung produktiver Kooperationsbezüge jedoch konnten im Rahmen von begleiteten Modellprojekten wichtige Erkenntnisse gesammelt werden, wie sich Strukturen sinnvoll implementieren und Prozesse fruchtbar gestalten lassen.

Auf diese Erfahrungen wurde in der Projektpraxis nicht immer in wünschenswerter Weise zurückgegriffen, wie die Projektberichte und Dokumentationen stellenweise indizieren. Gründe dafür mögen die mangelnde Publizität mancher Untersuchungsergebnisse oder der Unwille zur Adaption fremder Lösungsansätze in der Projektpraxis gewesen sein. Im Ergebnis besteht die Gefahr, dass trotz vergleichbar gelagerter Problemkonstellationen negative Erfahrungen repliziert und Lernprozesse im Arbeitsfeld suchtbelasteter Familien unnötig verzögert werden. Insbesondere für die Ausgestaltung von Kooperationsbezügen gilt es daher, Erfahrungen zu berücksichtigen, die sich als vergleichsweise allgemeingültig erwiesen haben.

Als eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Kooperationsprozessen wird in den meisten Primäranalysen zuallererst die große Bedeutung der *Beziehungsarbeit* zwischen den potentiellen Partnern betont, die neben der fachlichen Kompetenz eine notwendige Basis für die Arbeitsfähigkeit solcher Gremien ausmacht.⁹⁷ Ein erstes Ziel muss daher darin bestehen, eine Atmosphäre des grundsätzlichen Vertrauens zwischen den Kooperationspartnern zu etablieren, die es ermöglicht, sich mit der gebotenen Offenheit über möglicherweise kritische Aspekte, wie z.B. divergierende Arbeitsaufträge und –ansätze, zu verständigen.

⁹⁷ Vgl. stellvertretend Initiative Jugendarbeitslosigkeit Neuruppin (2002): Hilfen für alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder, S. 31. (neue Version S. überprüfen)

Ausblick und Empfehlungen zu Eckpunkten eines weiteren Modellvorhabens

Über die Arbeit mit Kindern und deren suchtkranke Eltern konnten in den letzten Jahren - insbesondere in der ambulanten Arbeit - eine Vielzahl praktischer Erfahrungen gewonnen werden. Diese beziehen sich etwa auf die Verankerung solcher Angebote im lokalen Hilfesystem, Möglichkeiten der dauerhaften Etablierung und Finanzierung etwa als freier Träger der Jugendhilfe sowie die Voraussetzungen gelingender Kooperation mit anderen Trägern des Hilfesystems.

Hinsichtlich dieser Fragestellungen kann eher ein Umsetzungs- und Vollzugsproblem ausgemacht werden, als dass weitere Untersuchungen dringend erforderlich erscheinen. Sinnvoller erscheint es daher auf den Fundus des bereits Erreichten aufzubauen und diesen gezielt zur Weiterentwicklung der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern zu nutzen.

Basierend auf den Ergebnissen und Befunden der vorliegenden Bestandsaufnahme sollte nach Ansicht der Verfasser ein zukünftiges Projekt mit Modellcharakter die folgenden Bestandteile und Ziele zum Gegenstand haben:

- Die Ermittlung validerer Aussagen über die Wirksamkeit konkreter (sozial-)pädagogischer und therapeutischer Arbeitsansätze.
- Die Entwicklung von Beratungs- und Maßnahmemodulen, die im Rahmen eines Modellprojektes auf ihre Praktikabilität und ihren Nutzen überprüft werden sollten.
- Die Entwicklung / Erprobung weitere Zugangsweisen, um betroffenen Eltern zu erreichen und zur Mitwirkung im Sinne ihrer Kinder zu gewinnen.
- Die Fortentwicklung und Erprobung von Beratungsansätzen und Elterntrainings speziell für diese Zielgruppen (süchtige Eltern nehmen meist die Regeangebote für Eltern nicht wahr).
- Die Entwicklung eines praxisnahen, methodisch tauglichen Instruments zur innerinstitutionellen Qualitätsentwicklung – und sicherung, dass optional auch den Vergleich verschiedener Projektstandorte und Arbeitsansätze ermöglicht.
- Die Erarbeitung eines Indikatoren- und Kriterienkataloges zur Identifizierung von handlungsrelevanten Fällen der Kindeswohlgefährdung, der in der praktischen Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern Verwendung finden kann.

Große Teile der potentiellen Zielgruppen werden von den vorhandenen Angeboten derzeit nicht erreicht. Besondere Bedeutung hätte es daher, bestehende Angebote dahingehend zu optimieren, dass ihr Bekanntheitsgrad und ihre Akzeptanz in allen Bereichen des Hilfesystems gesteigert werden.

Umfang

Um standortübergreifende und valide Erkenntnisse hinsichtlich der genannten Projektziele erlangen zu können, erscheint die Einbeziehung mehrerer Projektstandorte unerlässlich. Dabei sollte nach Möglichkeit den Spezifika unterschiedlicher kommunaler Rahmenbedingungen Rechnung getragen werden, in dem etwa städtische Hilfeangebote ebenso Berücksichtigung finden wie ländlich angesiedelte Projekte. Von Interesse wäre auch die Frage, ob sich regionale Unterschiede vor allem im Hinblick auf die Kooperationsbereitschaft der Hilfesysteme identifizieren lassen. Die Einbeziehung von Projektstandorten in den östlichen Bundesländern könnte auf Grund der eigenständigen historischen Entwicklung der Sucht- und Drogenberatung dort wichtige Erkenntnisse liefern. Vor diesem Hintergrund erscheint eine Auswahl von etwa 10 bis 15 Projektstandorten im ganzen Bundesgebiet notwendig.

Die zu erwartende Dauer für die Konzeption und deren partizipative Ausgestaltung unter Einbeziehung des vorhandenen Erfahrungswissens an den Projektstandorten, die Implementierung der verschiedenen Projektbestandteile sowie deren begleitende und summative Überprüfung lassen eine Projektlaufzeit von mindestens drei Jahren realistisch erscheinen.

Strukturelle Voraussetzungen

Nach Auffassung der Verfasser sollte bei der Durchführung eines weiteren Modellprojektes auf bestehende Strukturen und Erfahrungen aufgebaut werden, um durch die weitere Klärung bisher zu wenig berücksichtigter Aspekte die gezielte Weiterentwicklung des Arbeitsfeldes zu befördern und damit langfristig frühzeitiger Kinder suchtkranker Eltern mit wirkungsvollen Angeboten und Hilfen zu erreichen. Bei der Auswahl möglicher Projektstandorte sollten diese daher unseres Erachtens die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- In der regionalen Zusammenarbeit mit anderen Institutionen des Hilfesystems in Bezug auf die Zielgruppe liegen bereits manifeste Erfahrungen vor. Wie die Erfahrung zeigt, dauert die Etablierung von Kooperationsstrukturen mehrere Jahre, sodass deren Existenz vorausgesetzt werden muss. Anderenfalls könnte im Laufe des Projektes wesentlichen neuen Fragestellungen nicht die ihnen zukommende Priorität beigemessen werden.
- Um eine größere Zahl betroffener Kinder suchtkranker Eltern zu erreichen und anzusprechen, sollten Hilfeangebote möglichst eigenständig vorgehalten werden. Eigenen Räumlichkeiten für die Arbeit mit betroffenen Kindern und Eltern kommt eine nicht zu überschätzende Bedeutung zu, um Schwellen- und Berührungängste der verschiedenen Zielgruppen zu verringern. Die explizit kin-

derbezogene Perspektive eines eigenständigen Angebotes erlaubt die Erschließung neuer, bisher nicht erreichter Zielgruppen.

- Auf Leitungs- und Mitarbeiterebene müsste die grundsätzliche Bereitschaft zur Erarbeitung, Erprobung und Umsetzung eines wirkungsorientierten Dokumentationssystems vorliegen, das Vergleiche zwischen den Projektstandorten und die konzeptionelle Weiterentwicklung der Arbeitsansätze ermöglicht. Inhaltlich gehört dazu u.a. die ausdrückliche Vereinbarung – partizipativ zu entwickelnder – quantitativer Projektzielparameter, die etwa den Zielgruppenerreicherungsgrad im Hinblick auf Multiplikatoren und suchbelastete Familien beinhalten sollten.
- Eng damit verbunden wäre die notwendige Bereitschaft zur Implementierung eines (Selbst-) Evaluationskonzeptes, das in Anlehnung an die Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS) sowohl die innerinstitutionelle Weiterentwicklung und Optimierung von Arbeitsansätzen und –konzepten, als auch einen (freiwilligen) Vergleich mit anderen Einrichtungen zum Gegenstand hat. Bezogen auf die beteiligten Einrichtungen bestünde ein Ziel in der Entwicklung eines arbeitsökonomischen, also leistbaren Selbstevaluationsinstruments, das den Standorten eine systematische Qualitätsentwicklung ermöglicht. Der Nutzen einer externen Evaluation, die auf diesen Ergebnissen aufbauen müsste, läge im übergeordneten Vergleich verschiedener Projektparameter. Diese sollten sich etwa auf institutionelle Rahmenbedingungen (Ansiedlung, Ressourcenausstattung etc.) und die konkrete Ausgestaltung der Hilfemaßnahmen sowie deren Wirkungen beziehen.

Die Implementierung der genannten Dokumentations- und Evaluationsinstrumente setzt bei den Mitarbeitern auf allen Ebenen in verschiedenerlei Hinsicht Vertrauen zu den externen Evaluatoren bzw. der externen Projektbegleitung voraus. Diese müssen daher über methodische Kenntnisse der empirischen Sozialforschung verfügen, zu einer verständigen Würdigung der normativen, strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen der Arbeit an den Projektstandorten in der Lage sein und einen Feldzugang besitzen.

Inhaltliche Anforderungen

Die Implementierung eines präventiv wirkenden und familienorientierten Beratungsangebotes erfordert eine sorgfältige Vorbereitung und kostet Zeit. Insgesamt ist mit einem Planungsvorlauf von 12-15 Monaten zu rechnen. Die in diesem Planungszeitraum zu klärenden Fragen müssen klare Strukturen in Bezug auf Konzeption, organisatorische Verankerung im lokalen Umfeld, organisatorische Einbettung im Rahmen

der Trägerangebote, quantitative und qualitative Personalbesetzung und Finanzierung schaffen.⁹⁸

Im Rahmen eines Modellvorhabens wäre mit Blick auf die Projektlaufzeit auf solche Projektstandorte zurückzugreifen, an denen ein Angebot für Kinder und deren suchtkranke Eltern bereits in das örtliche Hilfesystem integriert ist. Aufbauend auf den vorhandenen Integrationsstand und die damit verbundenen Erfahrungen könnten vakantere inhaltliche Fragen zur Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien zum Gegenstand der begleitenden Untersuchung gemacht werden.

Entwicklung und Erprobung eines Basismoduls

Wesentlicher inhaltlicher Gegenstand eines weiterführenden Modellprojektes sollte nach Überzeugung der Verfasser die Entwicklung und explorative Implementierung eines gemeinsamen, verbindlichen Basisangebotes in modularer Form sein.

Mittels eines solchen Basisangebotes soll gewährleistet werden, dass Kinder suchtkranker Eltern ungeachtet der individuellen Projektbedingungen (Qualifikation der Mitarbeiter, Ressourcenausstattung u.v.m.) eine gesicherte, altersgerechte beraterische Unterstützung erfahren. Darauf aufbauend kann das Hilfeangebot entsprechend der individuellen Erfordernisse vor Ort ggf. ergänzt werden.

Ein solches Basismodul

- sollte konzeptionell auf Ergebnissen der evidenzorientierten Präventionsforschung beruhen,
- hätte zentral die - altersgerechte - Vermittlung von Wissen über Sucht (Entstehung, Phänomenologie, Suchtmittelspezifika etc.) sowie mögliche Umgangsweisen zum Inhalt,
- soll den betroffenen Kindern Handlungskompetenz (Ansprechpartner etc.) vermitteln,
- sollte didaktisch so gestaltet sein, dass Fachkräften aller Hilfesysteme eine schnelle erste Unterstützung von Kindern suchtkranker Eltern ermöglicht wird,
- könnte instrumentell Elemente der motivierenden Gesprächsführung aufnehmen,
- müsste einen definierten Zeitraum umfassen, der sich aus den zu erarbeitenden Vermittlungsinhalten ergibt und mit einem erkennbaren Angebotsende markiert ist. Nach Durchführung und Abschluss des Basismoduls könnte dann über die Notwendigkeit weiterer Hilfen oder die Vermittlung in andere Angebote etwa der Jugendhilfe entschieden werden. Die gerade für Kinder suchtkranker Eltern sehr wichtige Verlässlichkeit sollte sich nicht primär in der Kontinuität einer einzelnen Maßnahme (beispielsweise eines Gruppenangebotes) manifestieren, sondern in dem dauerhaften Beziehungsangebot der Fachkräfte und Einrichtungen.

⁹⁸ Marco Puxi (1998): a.a.O., S. 125.

Literaturverzeichnis

Ingrid Arenz-Greiving und Helga Dilger (Hrsg.) (1994): Elternsüchte – Kindernöte, Berichte aus der Praxis, Freiburg.

Ingrid Arenz-Greiving (2004): Integration der Arbeit mit Kindern drogenabhängiger Eltern in bestehende Drogenberatungsstellen, Modellprojekt im Rahmen des Landesprogrammes gegen Sucht in NRW, Münster.

Jobst Böning (2003): Wenn Eltern suchtkrank sind und die Eltern leiden, in: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) (2003): Familiengeheimnisse – wenn Eltern krank sind und die Kinder leiden, Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003; Berlin.

Jürgen Bortz und Nicola Döring (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human - und Sozialwissenschaftler, 3., überarbeitete Auflage, Berlin.

Horst Bossong (2006): Oft mehr Schein als Sein, in: Sozialwirtschaft, Zeitschrift für Sozialmanagement 6/2006.

Anneke Bühler und Christoph Kröger (2006): Expertise zur Prävention des Substanzmittelmissbrauchs, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 29, Köln.

Stefan Bürkle (2007): „Drogen-Schwangerschaft-Kind“ aus der Sicht der Sucht- und Drogenberatung, Experten/innenanhörung FDR, am 29.01.07 in Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002) (Hrsg.): Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe, Band 219 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Berlin.

Deutschen Kinderschutzbund Landesverband NRW e.V. und Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.) (2007): Kindesvernachlässigung. Erkennen – Beurteilen – Handeln, 2. Aufl., Münster / Wuppertal.

Der Paritätische Wohlfahrtsverband (Hrsg.) (kein Jahr): Projekt zur Stärkung der Selbstorganisations- und Erziehungsfähigkeit suchtkranker Mütter.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2006): Kinder suchtkranker Eltern. Mögliche Angebote im Rahmen der Sucht-Selbsthilfe – ein Leitfaden für freiwillige Helferinnen und Helfer in den Selbsthilfeorganisationen, Hamm.

Theresa Ehrenfried, Christa Heinzemann, Jürgen Kähni und Reinhard Mayer (1999): Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker, Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis, 3. korrigierte Auflage, Balingen.

Petra Erger (2004): Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen, in: Ingrid Arenz-Greiving (2004): a.a.O, Münster.

Peter Frings (2004): Kann eine Drogenberatungsstelle Träger von Maßnahmen der Jugendhilfe nach SGB-VIII sein? Expertise zu einer möglichen Statusänderung einer Drogenberatungsstelle durch Integration eines neuen Geschäftsfeldes – hier Aufgaben nach dem KJHG (SGB-VIII), in: Ingrid Arenz-Greiving (2004): a.a.O., Münster.

Heinz Kindler und Susanna Lillig (ohne Jahr): Expertise „Der Schutzauftrag der Jugendhilfe unter besonderer Berücksichtigung von Gegenstand und Verfahren zur Risikoeinschätzung: Bedeutung für Ausgestaltung und Inhalt von Vereinbarungen mit Trägern der freien Jugendhilfe nach § 8a Abs.2 SGB VIII, Deutsches Jugendinstitut, München.

Heinz Kindler und Alexandra Sann (2007): Frühe Hilfen zur Prävention von Kindeswohlgefährdung, in: Kind, Jugend und Gesellschaft. Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz (KjuG) 2/2007.

Michael Klein und Martin Zobel (2001): Abschlussbericht zum Projekt Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtkrank belasteten Multiproblemfamilien (1996 – 1999), Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Mainz.

Michael Klein (2005): Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Herausgeber: Michael Klein, Tanja Hof & Anne Pauly, Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung Band 1, Regensburg.

Michael Klein (2006): Kinder drogenabhängiger Eltern. Risiken, Fakten, Hilfen. Herausgeber: Michael Klein, Tanja Hof & Anne Pauly, Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung Band 2, Regensburg.

LANDESSTIFTUNG Baden-Württemberg gGmbH (Hrsg.) (2007): Suchtfrei ins Leben. Dokumentation der Förderprogramme zur Suchtprävention für vorbelastete Kinder und Jugendliche, Stuttgart.

Roland Merten (2007): § 81 SGB VIII – Vom Neuerungswert des Altbekanntes, in: Kind, Jugend und Gesellschaft. Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz (KjuG) 2/2007.

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (2004): Soziale Frühwarnsysteme – Frühe Hilfen für Familien. Arbeitshilfe zum Aufbau und zur Weiterentwicklung lokaler sozialer Frühwarnsysteme, Münster.

Stephan Nagel (2007): Wirkungsorientierte Steuerung in der Suchtkrankenhilfe, in: Reader 16. Paritätisches Fachgespräch Suchthilfe des FRD am 18./19. Januar 2007.

Hans-Uwe Otto (2007) Zum aktuellen Diskurs um Ergebnisse und Wirkungen im Feld der Sozialpädagogik und Sozialarbeit – Literaturvergleich nationaler und internationaler Diskussion. Expertise im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe - AGJ, in: Forum Jugendhilfe 1/2007.

Marco Puxi und Ursula Kremer-Preiß (1999): Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile, Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Band 166, Stuttgart.

Hermann Scheib und Michael Steier (1998): Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, ISS-Referat 3/1998, Frankfurt.

Traudel Schlieckau (2002): Präventive Arbeit mit Kindern von Suchtkranken, in: Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (2002): 24. Fachtagung der Landesregierung mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Rheinland-Pfalz am 22. April 2002, "Rede nicht – Traue nicht – Fühle nicht" (Claudia Black) Kinder Suchtkranker und junge Suchtkranke in verschiedenen Hilfesystemen Arbeitsergebnisse, Mainz.

Reinhold Schone (2007): Zu den Herausforderungen bei der Umsetzung des § 8a Abs. 2 SGB VIII, in: Kind, Jugend und Gesellschaft. Zeitschrift für Kinder- und Jugendschutz (KjuG) 2/2007.

Klaus Theißen (2006): Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Ausgestaltung und Inhalte von Vereinbarungen aus Sicht der Träger von Erziehungshilfen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. und des Instituts für Soziale Arbeit e. V.

Therapiekette Niedersachsen (Hrsg.) (2003): Familienorientierte Drogenhilfe. Ein Handbuch für die Praxis, Münster.

Martin Zobel (Hrsg.) (2001): Wenn Eltern zuviel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder, Bonn.

Martin Zobel (2005): Misshandlung und Vernachlässigung durch süchtige Eltern, in: Günther Deegener und Wilhelm Körner (Hrsg.): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch, Göttingen.

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

Projekt- und Publikationsliste

1. Modellprojekt connect - Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien in der Modellregion Osdorf, Hamburg
 - Irene Ehmke (2006): Abschlussbericht des Modellprojektes connect - Kinder aus suchtbelasteten Familien in der Modellregion Osdorf, BFS-Berichte, KuF 2.
 - Pressemeldung Fachtagung 2003
 - Hamburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V. Broschüre: Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien
2. Kinderprojekt „Die Regenbogengruppengruppe“ – Projekt für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften, Euskirchen
 - Projektskizze 1998-2001
 - Jahresbericht 2003
3. Kinderprojekt „Fitkids“ – Hilfe für Kinder deren Eltern süchtig sind!, Wesel
 - Konzeption 2005
 - Flyer
 - Projektbeschreibung 2006
4. Modellprojekt im Landkreis Ostprignitz-Ruppin, Hilfen für alkoholabhängige Eltern und ihre Kinder
 - Dokumentation – Empfehlungen, 1. Aufl., 2000
 - Projektbericht und Empfehlungen, 2. überarbeit. Aufl., 2002
5. IGLU-Unterstützung für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern, Hamburg
 - Konzeption 2000
 - Sachbericht 2005
6. Kinderprojekt „KIBUS“, Bruchsal
 - Projektbeschreibung
 - Jahresberichte 2005, 2006
 - Zwischen- und Abschlussbericht 2005, 2006
7. „KiD“ – Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder, Karlsruhe
 - ISS-Referat 3/1988: Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe.
8. „Kids&Co“ – Hilfe für Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien, Bergisch Gladbach
 - Arbeits- und Jahresberichte 1998 - 2005
9. Modellprojekt „Kleine Riesen“ – Region Uetersen, Tornesch
 - Praxisbericht 01.01.2006 – 31.10.2006

10. „Kompaß“ – Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche alkoholabhängiger Eltern und Suchtprävention im Kindesalter, Hamburg
 - zwei Projektbeschreibungen
11. „Lichtblick“ Fachstelle des Kinderschutzbundes Trier für Kinder und Jugendliche aus suchtkranken Familien, Trier
 - Jahresberichte 2005, 2006
 - Presseberichte
12. „MAKS“ – Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken, Freiburg (25)
 - Jahresberichte 2004, 2005
13. Kinderprojekt: „Mucki“ in Wesel. Früherkennung und Intervention bei Kindern illegaler suchtkranker Eltern, Wesel
 - Projektbeschreibung
 - Jahresbericht 2002
14. VIOLA Modellprojekt: „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern, Essen
 - Abschlussbericht 07/1997 – 07/2001
15. „Die Brigg“ Kinder und Jugendliche aus suchtblasteten Familien, Neuenkirchen
 - (ursprüngliche) Konzeption
 - Konzept erste Kindergruppe / Inhalte erste Kindergruppe
 - Flyer
16. „Huckleberry&Pippilotta“ Gruppenarbeit „Kinder aus Familien Suchtkranker“, Balingen
 - Jahresberichte 2001 - 2005
17. Auryn – Kinderprojekt, Osnabrück
 - Projektskizze
 - Auszug Jahresbericht 2005
18. „Dragon Kids“ Modellprojekt im Rahmen des Landesprogrammes gegen Sucht in NRW, Aachen
 - Projektbericht 2001 – 2003: Integration der Arbeit mit Kindern drogenabhängiger Eltern in bestehende Drogenberatungsstellen.
19. Primärprävention mit „Kindern aus suchtblasteten Lebenszusammenhängen, Modellprojekt im Rahmen des Landesprogrammes gegen Sucht in NRW, Bielefeld
 - Projektbericht 2001-2004
20. Projekt „Suchtprävention mit Jugendlichen aus Suchtfamilien“, Schwäbisch Gmünd
 - Presseberichte
 - Auszüge Jahresberichte 2000 - 2005

21. WIGWAM – Beratung und Betreuung für süchtige Eltern/Schwangere und deren Kinder, Berlin
 - Konzeption 2007
 - Konzeptantrag 2006
22. www.kidkit.de Hilfe für Kinder und Jugendliche, Köln
 - Projektbericht, Projektzeitraum 08/2002 - 11/2006
23. Kids im Zentrum (KIZ) – Hilfen für suchtbelastete Familien, Neuss
 - Tagungsbericht 2000
 - Konzept 04/2004
24. HiKiDra – Hilfen für Kinder Drogenabhängiger, Kiel
 - FachAmbulanz Kiel (Hrsg.) (2006): Hilfeleitfaden für die Landeshauptstadt Kiel
25. Projekt „Kinder suchtkranker Eltern“; Rostocker Netzwerk Kind-Familie-Sucht“
 - Konzeption
26. Sozialpädagogische Familienhilfe gem. §31 SGB VIII in Familien mit Suchtproblemen, Drogenhilfe Nordhessen e.V.
 - Konzeption
27. KISEL Hilfen für Kinder von suchtkranken Eltern in Lörrach
 - Jahresbericht der Drogen- und Jugendberatungsstelle 2005
28. KOLIBRI, Bocholt
 - BMSFJ (1998): Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung 1991-1998
29. „Oase“, Wiesbaden
 - BMSFJ (1998): Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung 1991-1998
30. „Smily Kids“ – Kinder von Suchtkranken, Altenhudem & Olpe
 - Konzept 2003

Kooperationsvorhaben

München

31. Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblemen, Kooperationsvereinbarung zur Koordination interdisziplinärer Hilfen

Wolfsburg

32. Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von suchtmittelkonsumierenden Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung für diese Zielgruppe innerhalb der Stadt Wolfsburg, Stand Mai 2006

Essen

33. Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen, Stand Januar 2002

Presseinformation anlässlich der Unterzeichnung der Kooperationsvereinbarung im Interesse von Kindern aus suchtblasteten Familien in der Stadt Essen, 2006

Wesel

34. Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Wesel, Stand 2003