

Eltern-Kind-Beziehungen im Spannungsfeld zwischen Jugend- und Suchthilfe

Unterschiedliche Hilfesysteme haben unterschiedliche Aufträge



Ingrid Arenz-Greiving

In Deutschland leben 18,8 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Insgesamt fünf bis sechs Millionen von ihnen haben mindestens einen alkoholabhängigen Elternteil (EMCDDA, 2008; in: Moesgen et al., 2012); in ca. jeder zwanzigsten Familie sind beide Elternteile alkoholabhängig. Hinzu kommen schätzungsweise rund 60.000 Kinder, die mit einem opiat-

abhängigen Elternteil zusammen leben (nacoa, 2006). Jedes Jahr kommen zwischen 3.000 und 4.000 Kinder mit einem fetalen Alkoholsyndrom, d. h. schwersten Behinderungen durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft, zur Welt.

1. Zahlen, Daten, Fakten

Schätzungen zufolge haben weitere zwei bis drei Millionen Kinder mindestens einen Elternteil, der psychisch erkrankt ist und an Depressionen, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen leidet. Circa 500.000 Kinder wachsen bei einer Mutter oder einem Vater mit schweren psychischen Störungen auf (vgl. Diakonie Texte, 07.2012). Ein erheblicher Teil der betroffenen Mütter und Väter ist an einer Sucht- sowie an einer weiteren psychischen Störung erkrankt. Wegen der hohen Komorbidität von Suchtstörungen und weiteren psychischen Störungen (40 bis 80 Prozent) sind kombinierte, abgestimmte Angebote für Kinder aus allen derartigen Familiensystemen besonders wichtig (Klein, 2010).

Die Kinder sind demnach in besonderem Maße gefährdet, eine eigene psychische Erkrankung und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln. Kinder suchtkranker Eltern haben ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko, selbst eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln. Das Risiko von Kindern depressiver Eltern, eine affektive Störung zu entwickeln, ist um das Drei- bis Sechsfache höher als bei Kindern mit gesunden Eltern. Bei Eltern mit Angststörungen liegt das Risiko sogar um das Siebenfache höher. Zehn bis 15 Prozent der Kinder mit einem Elternteil, das an einer Psychose leidet, entwickeln später selbst eine Psychose. Wachsen Kinder mit zwei psychotischen Eltern auf, erkranken 35 bis 70 Prozent später an dieser schweren psychischen Störung.

Ein Drittel aller Mädchen und Jungen, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, haben mindestens einen psychisch erkrankten Elternteil; das heißt aber auch, dass dies bei zwei

Drittel der Kinder nicht zutrifft (vgl. Lenz, 2009). Angesichts der zahlreichen familiären Belastungen und Risikofaktoren sowie sozialen Problemlagen ist für viele der Kinder und ihre Eltern von einem speziellen Unterstützungsbedarf auszugehen. So zeigen Studien, dass Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine zwei- bis fünffach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, Misshandlung und sexuellen Missbrauch haben. Bei fast jedem dritten Entzug des Sorgerechts aufgrund einer Kindeswohlgefährdung spielt eine psychische Erkrankung der Eltern beziehungsweise eines Elternteils eine Rolle. Gleichzeitig ist zu erwähnen, dass etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen, die mit psychisch erkrankten und suchtkranken Müttern oder Vätern aufwachsen, auch langfristig keine (gravierenden) Störungen entwickeln. Hier kommt es unter anderem auf das Alter der Kinder bei Beginn der elterlichen Krankheit, die Schwere der Erkrankung, den Umgang in der Familie mit dem Thema und auf andere persönliche, familiäre und soziale Schutzfaktoren an, mit denen die Kinder die Belastung durch die elterliche Erkrankung ausgleichen können. Für Kinder stellt das Aufwachsen mit einem psychisch kranken und/oder suchtkranken Elternteil ein einschneidendes Lebensereignis dar. Es ist verbunden mit vielen - für sie ungünstigen - alltäglichen Anforderungen, die mit Konflikten und Spannungen sowohl innerhalb der Familie als auch im sozialen Umfeld einhergehen. Kinder von suchtkranken und/oder psychisch kranken Eltern sind mit krankheitsbedingten Verhaltensänderungen ihrer Eltern konfrontiert, die sie oft nicht nachvollziehen können und nicht einzuordnen wissen. Das kann dazu führen, dass die Kinder sich verantwortlich oder schuldig fühlen an dem ‚merkwürdigen‘ Verhalten der Eltern. Durch die schwierige Situation zu Hause sind die betroffenen Kinder und Jugendlichen belastet und haben ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Sie übernehmen Erwachsenenrollen, um das familiäre Leben aufrecht zu erhalten. Damit sind Kinder in der Regel absolut überfordert. Sie können sich meist nicht kind- oder altersgemäß entwickeln. Nach den Ergebnissen der EBIS-Statistik der ambulanten Suchtberatungsstellen haben beispielsweise 75 Prozent der alkoholabhängigen Frauen und 63 Prozent der alkoholabhängigen Männer wenigstens ein Kind. 45 Prozent der alkoholabhängigen Frauen und 32 Prozent der Väter leben mit Kindern in einem Haushalt zusammen. Elf Prozent der alkoholabhängigen Mütter leben allein mit ihren Kindern. Die Zahl der Fremdplatzierungen ist bei Kindern von alkoholabhängigen Eltern mit 13,3 Prozent höher als in der Normalbevölkerung, aber deutlich geringer als bei den Kindern drogenabhängiger Eltern (vgl. Lenz, 2009).

Etwas mehr als ein Drittel aller Drogenabhängigen hat Kinder. Konservativ geschätzt ist in Deutschland von ca. 60.000 Kindern drogenabhängiger Eltern auszugehen. Die Zahl der gebärenden drogenabhängigen Frauen hat seit Einführung der Substitutionsbehandlung in Deutschland Mitte der 1980er Jahre kontinuierlich zugenommen. Dies wird allgemein auf die günstigeren Auswirkungen des Metha-

dons auf die Empfängnisfähigkeit der drogenabhängigen Frauen zurückgeführt (Englert/Ziegler, 2001; in: Lenz, 2009). Studien zeigen, dass zwischen 30 Prozent und 40 Prozent der substituierten Drogenabhängigen mit ihren Kindern im eigenen Haushalt leben.

Obwohl bereits seit beinahe zwanzig Jahren die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit gezielter Hilfen für Kinder und deren suchtkranke Eltern in der Fachöffentlichkeit erkannt wurden und immer wieder diskutiert werden, erweist es sich in der Praxis der Sucht- und Drogenhilfe als überaus langwierig, die gewonnenen Erkenntnisse in konkrete Hilfen und Angebote umzusetzen. Bezogen auf die erkannten Erfordernisse ist demnach deutlich eher von einem Umsetzungs- als von bestehenden Erkenntnisproblemen auszugehen.

2. Sucht- und psychisch kranke Eltern

Suchterkrankung und Elternschaft ist ein sehr emotionsgeladenes Thema. Psychisch kranke und abhängige Mütter und Väter widersprechen der Vorstellung von ‚idealen Eltern‘. Die Bilder von trinkenden und heroinabhängigen Menschen aus den Medien vermitteln den Eindruck, dass abhängige Menschen verwahrlost sind. Aber nur wenige Süchtige entsprechen diesem Stereotyp.

„Niemand soll es merken!“

Der wichtigste Grund dafür, warum viele sucht- und psychisch kranke Menschen die verfügbaren Hilfen für sich und ihre Familien nicht in Anspruch nehmen, liegt darin, dass sie sich für ihre Krankheit schämen; in der Fachsprache spricht man von ‚Stigmatisierung‘ und ‚Tabuisierung‘. Die Betroffenen fürchten, dass sie wegen ihrer Krankheit noch zusätzlich negative Konsequenzen erdulden müssen und verheimlichen oder tabuisieren ihre Erkrankung. Notwendige und effektive Behandlungen nehmen sie deshalb nicht wahr.

Stigmatisierung und Tabuisierung führen zudem dazu, dass die Betroffenen selbst denken, sie hätten ein extrem ungewöhnliches Problem. Allein das Wissen darüber, dass sehr viele Menschen von Sucht- und psychischen Erkrankungen betroffen sind, kann bei ihnen schon entlastend wirken.

Ängste und Nöte suchtkranker Mütter und Väter

Suchtkranke und psychisch erkrankte Eltern entwickeln oft Schuldgefühle, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung die eigene Familie nicht mehr adäquat versorgen können oder ihr zur Last zu fallen. Zudem sind sie in Sorge, dass sie die Erkrankung an ihre Kinder weiter geben könnten. Schuldgefühle entwickeln auch die nicht erkrankten Elternteile oder die Kinder selbst. Sie haben das Gefühl, sie sind Schuld an der Entstehung der Krankheit. Hinzu kommt häufig noch ein hohes Maß an Schamgefühlen, wodurch sich die Tendenz der Familien verstärkt, sich zu isolieren und isoliert zu werden.

Damit Kinder sucht- oder psychisch kranker Menschen die Hilfe erhalten, die sie brauchen, ist es notwendig, dass die Eltern selbst und die Helfer den Hilfebedarf der Kinder erkennen. Daran hapert es jedoch noch aus verschiedenen Gründen. Die professionellen Helfer richten ihr Hauptaugenmerk meist auf die psychosozialen Hilfen für die sucht- und/oder psychisch kranken Eltern. Und diese sind aufgrund ihrer Erkrankung oft nicht in der Lage, die Probleme ihrer Kinder angemessen wahrnehmen zu können.

Allerdings konnte in diversen Studien (Wang und Goldschmidt, 1996; in: Kölch, 2010) gezeigt werden, dass diese Mütter und Väter im persön-

lichen Gespräch durchaus in der Lage sind, Probleme ihrer Kinder zu benennen. Jedoch hatte diese Wahrnehmung keine Konsequenz: Die Eltern erkannten zwar die Probleme der Kinder, sie nahmen aber deshalb kaum Hilfen in Anspruch. Das zeigt u. a.: Betroffene Eltern wissen oft kaum etwas über Hilfen für ihre Kinder oder die Hilfen rufen ambivalente Gefühle hervor. In diesem Zusammenhang sind auch die Denkmuster und Kognitionen der Eltern von Bedeutung: Die eigenen Kinder versorgen zu können, stellt oftmals die letzte Stabilisierung ihres Selbstwerts dar und wird zudem als die einzige Ressource im Leben empfunden, andererseits aber auch als Belastung. Hinzu kommt, dass Eltern mit manifesten psychischen Störungen nicht selten Angst vor der institutionellen Jugendhilfe haben – aber auch vor den Reaktionen des sozialen Umfelds. Konkret haben Eltern die Sorge, dass man sie bevormunden und ihnen das Sorgerecht für ihre Kinder aufgrund ihrer psychischen Erkrankung entziehen könnte. Eine ernstzunehmende Sorge: Mindestens ein Drittel der Sorgerechtsentzüge in Deutschland sind auf psychische Erkrankungen (inklusive Suchtstörungen) der Eltern zurückzuführen (vgl. Kölch, 2010). Es bleibt festzuhalten:

- Ein großer Teil der betroffenen Mütter und Väter schätzt seine Kinder durch die eigene Behandlung als belastet ein, und hält die Kinder verglichen mit der Normalbevölkerung für psychisch auffällig. Weniger die Art der Störung der Eltern hat primär Einfluss auf die Ausprägung einer kindlichen Belastung, sondern eher der Schweregrad der elterlichen Störung und die Tatsache, dass sie stationär behandelt wird.
- Sucht- und psychisch kranke Eltern sind durchaus sensitiv für die Probleme und Belastungen ihrer Kinder und können diese wahrnehmen und benennen.
- Nach den Angaben der befragten Eltern werden sucht- und psychisch kranke Patienten von den behandelnden Ärzten nicht ausreichend nach ihren Kindern gefragt.
- Sie beklagen zudem eine zu geringe Einbeziehung der Kinder und ihrer Bedürfnisse in die Behandlung bzw. individuelle Therapieplanung. Beides stellt eine deutliche psychische Belastung von Müttern und Vätern zusätzlich zu ihrer eigentlichen Erkrankung dar (vgl. auch Schmid et al., 2008; in: Kölch, 2009).
- Weiter belastet es die Eltern, dass sie oftmals ratlos sind, welche Hilfen sie nutzen könnten. Alle diese Faktoren können als Risikofaktoren dafür gelten, dass notwendige Behandlungen (für alle/von allen Familienmitgliedern) vermieden werden.
- Die Notwendigkeit einer gelingenden Kooperation zwischen den beteiligten Hilfesystemen liegt auf der Hand. Nur so können betroffene Kinder, Mütter und Väter und die Familien insgesamt frühzeitiger erreicht und angemessen unterstützt werden.

3. Suchtkranke Eltern und deren Kinder in der Suchthilfe

Traditionell verstand sich die Suchthilfe meist als ‚Lobby‘ der Süchtigen. Drogen- und Suchtberatungsstellen arbeiteten vorwiegend mit den Suchtkranken und -gefährdeten. Die Einbeziehung von erwachsenen Angehörigen (Partner, Eltern) wurde schrittweise zum Standard. Nach der EBIS-Statistik bieten in den alten Bundesländern acht Prozent und in den neuen Bundesländern 15 Prozent der Suchtberatungsstellen spezielle Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern an. Auf die ganze Bundesrepublik bezogen sind das etwa zehn Prozent der Suchtberatungsstellen, bzw. in absoluten Zahlen 60 bis 80 Beratungsdienste mit speziellen Angeboten. Diese Hilfen sind in der Regel projektfinanziert und damit zunächst nicht dauerhaft angelegt. Von einer flächendeckenden Versorgung und

einem Fokus auf die Kinder kann also noch lange nicht gesprochen werden (vgl. Klein in Lenz, 2009). Zu den bestehenden Angeboten zählen kindgerechte Wartebereiche in der Suchthilfeeinrichtung, unregelmäßig stattfindende Freizeitaktivitäten oder auch regelmäßig stattfindende Kindergruppen und Elterngespräche o. ä. Die diversen Hilfen sind sehr unterschiedlich in Bezug auf zeitlichen Umfang, Qualität, Kontinuität usw. Viele Suchtfachkräfte sind auch heute noch der Ansicht, dass die Klienten zuerst ihre Sucht behandeln sollen, bevor die Themen Elternschaft und Elternverantwortung eine Rolle in Beratung und Behandlung spielen könnten. Warum das so ist, zeigt sich in diversen Befragungen von Suchtfachkräften. Sie haben beispielsweise Angst,

- das Vertrauen ihrer Klienten zu verlieren bzw. keine vertrauensvolle Beziehung aufbauen zu können;
- dass ihre Klienten aus Furcht vor Kontrolle wegbleiben;
- dass die familienorientierte Perspektive eine Mehrarbeit wird;
- dass es Auseinandersetzungen im Team und unterschiedliche Sichtweisen über die Notwendigkeit dieses Ansatzes gibt;
- nicht genügend ‚geschult‘ und nicht ausreichend kompetent zu sein;
- dass ‚andere‘ Hilfesysteme denken, die Drogenhilfe wolle ihnen ein Arbeitsfeld wegnehmen.

Das Thema Elternschaft in der professionellen Suchthilfe

Suchtfachkräfte spielen eine wichtige Rolle in der Wahrnehmung des Kinderschutzes. Sie sind gefordert, suchtkranken Müttern und Vätern empathisch zu begegnen, sich mit ihren Ängsten und Nöten als Eltern auseinanderzusetzen, sie ernst zu nehmen und konkret - und oft auch pragmatisch - zu unterstützen. Die Befürchtungen der Suchtberater/-therapeuten sind an der Stelle ernst zu nehmen, wo es um eine besondere ‚Kompetenz‘, eine spezifische Empathiefähigkeit oder Anforderung geht, das Thema Elternschaft im Rahmen der Suchtberatung zu platzieren. Hier bedarf es ggf. spezifischer Sensibilität und eines hohen Maßes an Bewusstheit über die eigene Haltung zu den Themen und Fragen. Eine zeitgemäße, professionelle Suchthilfe bezieht die Themen Elternschaft und Elternverantwortung in die Beratung und Behandlung ihrer Klienten ein. Die Tatsache, dass die betroffenen Eltern bestehende Hilfen nicht oder kaum nutzen, zeigt, dass erst in zweiter Linie ein inhaltlicher Ausbau der Hilfen notwendig ist. In erster Linie gilt es, die Zugangswege zu den Hilfen zu verbessern. Suchtfachkräfte können betroffene Mütter und Väter über die Hilfemöglichkeiten der Jugendhilfe informieren und sie ermutigen - und wenn möglich dabei begleiten -, die notwendigen Schritte zur Inanspruchnahme von Hilfen für die Kinder und sich selbst in die Wege zu leiten.

Kinder als Angehörige wahrnehmen

Erfahrungen aus der bisherigen Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Müttern und Vätern in der Suchthilfe belegen, dass Kinder nur für Hilfen erreicht werden können, wenn Vertrauen zu deren Eltern hergestellt wird. Die enormen Scham- und Schuldgefühle der betroffenen Eltern erfordern von den Fachkräften ein hohes professionelles Geschick in der Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung. Die Grundprinzipien und Methoden der Motivierenden Gesprächsführung sind in diesem Zusammenhang nützlich und sinnvoll. Betroffene Eltern müssen in die Entwicklung der Hilfen für ihre Kinder einbezogen, ermutigt und in ihrer Elternrolle ernst genommen werden. Kinder brauchen die Erlaubnis der Eltern bzw. eines Elternteils, über die belastende Situation zu sprechen und spezifische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Kinder

sind in der Suchthilfe auch als Angehörige zu sehen und - altersentsprechend - in die Beratung ihrer Eltern einzubeziehen. Werden Kinder von früh an in wichtige Entscheidungsprozesse eingebunden, können sie ein Gefühl entwickeln, selbstwirksam zu sein und Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben. Werden Kindern realisierbare, kleine Verantwortlichkeiten übertragen, gewinnen sie Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und lernen, selbstbestimmt zu handeln. Erfahren Kinder schon von früh an, dass sie sich mit Problemen an ihre Eltern oder an andere Personen aus ihrem Umfeld wenden können, wächst in ihnen die Grundeinstellung, sich in Problemsituationen um soziale Unterstützung zu bemühen. Suchtfachkräfte können Kinder als Angehörige in der Suchtberatung wahrnehmen, indem sie z. B.

- Gespräche mit Kindern (allein oder mit den Eltern) altersgemäß über die Erkrankung der Eltern führen;
- ihnen Erklärungen über die Hilfen für Betroffene geben;
- Kindern altersgemäße Erklärungen geben, wie sie den Eltern helfen können;
- ihnen die Erlaubnis geben, sich von den Eltern abzugrenzen;
- bei Bedarf Familiengespräche über die aktuelle Situation führen;
- bei der Suche nach passenden Angeboten für die Kinder helfen;
- die Kinder bedarfsgemäß in die Beratung/Therapie ihrer Eltern einbeziehen.

In modernen Präventions- und Behandlungsprogrammen spielen Informationsvermittlung und Aufklärung über die Krankheit mittlerweile eine wichtige Rolle. Im psychiatrisch-psychozialen und psychotherapeutischen Bereich spricht man in diesem Zusammenhang von Psychoedukation. Dabei handelt es sich nicht um rein sachliche Wissensvermittlung, sondern es werden psychologische Prinzipien, vor allem auf der kognitiven und emotionalen Ebene, berücksichtigt (vgl. Lenz, 2005). Eine ausreichende alters- und entwicklungsgemäße Aufklärung der Kinder über die Erkrankung und Behandlung des Elternteils stellt nach Befunden aus der Resilienzforschung einen der wichtigsten Schutzfaktoren dar. Ausreichendes Wissen erhöht die Widerstandsfähigkeit der Kinder gegenüber den Belastungen, die sich aus dem familiären Zusammenleben mit dem kranken Elternteil ergeben. Wissen vermittelt Hoffnung und positive Zukunftserwartungen. Es befähigt Kinder, neue Wege zu beschreiten sowie ein Gefühl der Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu entdecken (ebenda). Für Kinder als Angehörige psychisch kranker oder suchtkranker Eltern gibt es noch keine vergleichbar elaborierten psychoedukativ-informationszentrierten Programme. Mit dem Gruppenangebot ‚Trampolin‘ liegt nun ein Programm vor mit vergleichsweise kurzen, standardisierten Interventionen, die bei den teilnehmenden Kindern positive Effekte hervorrufen können (vg. Bröning et al.; 2012). Zudem liegen mittlerweile einige ansprechend gestaltete Materialien in Form von Broschüren, Kinderfachbüchern und Kinderbüchern zu den Themen vor, die sehr gut in der psychoedukativen Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Müttern und Vätern eingesetzt werden können. Die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe für die betroffenen Kinder und ihre Familien werden erst dann wirksam greifen, wenn sie durch eine systematische Einbeziehung der Kinder als Angehörige in der Suchthilfe flankiert sind.

Blickerweiterung und Handlungsänderung der Suchtfachkräfte

Für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchthilfe ist es eine Herausforderung, ihre Klienten auch in der Elternrolle und Elternver-

antwortung wahrzunehmen und sie im Rahmen der Suchtberatung angemessen zu unterstützen und zu begleiten. Für viele Fachkräfte beinhaltet diese ‚familien-orientierte‘ Sichtweise mit entsprechenden Interventionen eine grundlegende Einstellungs- und Haltungsänderung. Diese Veränderungsprozesse sind von den Verantwortlichen sensibel und kontinuierlich zu begleiten. Für diese Arbeit mit suchtkranken Eltern und deren Kindern braucht es dann auch personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen, gemeinsame Grundhaltungen der Akteure sowie klare Entscheidungen und entsprechendes Handeln auf der Leitungs- und Trägerebene.

4. Familienorientierte Arbeit in der Suchthilfe

Eine wesentliche Grundlage dafür, Kinder und deren suchtkranke Eltern gezielt in den Blick zu nehmen und ihnen angemessene Hilfeangebote machen zu können, stellt die Implementierung eines familienorientierten Arbeitsansatzes in einer Sucht- oder Drogenberatungsstelle dar. Ungeachtet der konkreten Ausgestaltung von Angeboten zur Unterstützung von Kindern und deren suchtkranken Eltern ist ein Perspektivwechsel erforderlich, der nicht mehr die Suchtkranken alleine im Mittelpunkt der suchtherapeutischen Arbeit sieht, sondern deren Familienangehörigen in die Wahrnehmung einbezieht. Ein solcher Perspektivwechsel ist eine Herausforderung und in verschiedenerlei Hinsicht mit Folgen für die konzeptionelle, inhaltliche und ablauforganisatorische Arbeit einer Sucht- und Drogenberatungsstelle verbunden. Ein wesentliches konzeptionelles Element für die Arbeit mit suchtbelasteten 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 (vgl. Arenz-Greiving & Kober, 2007, S. 24 f.):

- Suchtbelastete Familienkonstellationen sind in überproportionalem Maße durch multifamiliale Beziehungssysteme (Ursprungs-, Pflege- oder Patchworkfamilie) oder alleinerziehende Elternteile geprägt. Beraterische und 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 Müttern und Vätern 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 suchtunterstützendem Verhalten 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.

Die familienorientierte Arbeit zeichnet sich im Besonderen durch ein ganzheitliches Herangehen an Probleme und Konfliktsituationen aus. Demnach muss der Ansatzpunkt zur Lösung von familienbezogenen Problemen immer die gesamte Familie sein. Familienorientierte Suchtarbeit geht von zwei zentralen Annahmen aus:

- Eine Suchterkrankung hat immer Konsequenzen für alle Familienmitglieder und nicht nur für den Abhängigen als direkt Betroffenen und
- die unterschiedlichen Folgen der Sucht können nur durch die Einbeziehung aller Familienbestandteile wirksam bekämpft werden.

Familie wird dabei als sich selbst regelnder Mechanismus, als System verstanden. Für eine familienorientierte Arbeit sind somit nicht nur die einzelnen Personen wichtig, sondern im Besonderen die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen ihnen. Kinder sind im Familiensystem immer die schwächsten Mitglieder und ihre Ausdrucksmöglichkeiten sind begrenzt, ihre Entwicklungsmöglichkeiten sind begrenzt oder gehemmt, wenn ein Elternteil suchtkrank ist. Kinder aus suchtbelasteten Familiensystemen finden innerhalb ihrer Familien keine stabile und Halt gebende, liebevolle und vor allem verlässliche Struktur vor. Sie müssen häufig Funktionen übernehmen, die sie als Kinder absolut überfordern – sie übernehmen beispielsweise Partnerersatz- oder Elternfunktionen.

Basierend auf Ergebnissen von Forschungsvorhaben in deren Mittelpunkt familienorientierte Arbeitsansätze standen, lassen sich verschiedene Empfehlungen herleiten, die für den Erfolg der familienorientierten Arbeit konstituierend erscheinen (vgl. Puxi und Kremer-Preiß, 1999):

- 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 suchtbelasteten 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 Suchtmittelabhängigkeit 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.

5. Die Novellierung des § 8a SGB VIII und das Bundeskinderschutzgesetz

Einen großen Bedeutungs- und Aufmerksamkeitszuwachs hat das Thema Kinder such- und psychisch kranker Eltern mit der Novellierung des §8a SGB VIII unter dem Begriff der „Kindeswohlgefährdung“, mit dem Bun-

des Kinderschutzgesetzes (BKisSchG) und dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz bekommen (KKG). Mit dem Inkrafttreten der Gesetze zum 01.01.2012 ergeben sich auch für die freien Träger, für Dienste und Einrichtungen der Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe Aspekte, die in der Arbeit beachtet werden müssen. So wurden im KKG Aussagen zur Bildung von verbindlichen Netzwerken, Regelungen zu Beratungs- und Übermittlungsbefugnissen und -verpflichtungen an das Jugendamt wie auch der Anspruch auf Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ formuliert. Netzwerke nach § 3 KKG haben das Ziel, verbindliche Strukturen der Zusammenarbeit der Träger/Institutionen im Kinderschutz regional zu schaffen (vgl. Diakonie Texte, 09.2012).

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. In diesen Prozess der Feststellung einer möglichen Kindeswohlgefährdung werden durch § 8a Absatz 2 SGB nun auch freie Träger explizit mit einbezogen. 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. 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.

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. 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 so genannter Frühwarnsysteme reagiert, deren wesentliche Bestandteile u. a. die verbindliche Koordination und Absprache der tangierten Institutionen sowie die Verwendung gemeinsamer Einschätzungsinstrumente darstellen.

Aus den Neuregelungen des § 8a SGB VIII ergeben sich demnach verschiedene Herausforderungen für Sucht- oder Drogenberatungsstellen (vgl. Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA) (2012): Handlungsempfehlungen: Beitrag zur Kinderwohlsicherung durch Suchtberatungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt, Magdeburg.):

- Sie müssen Kinder zum einen (von Gesetzes wegen) in verstärktem Maße „in den Blick“ nehmen. Dies bedeutet, dass Beratungsfachkräfte genauer nachfragen und sich ein detaillierteres Bild machen müssen, wenn sie Kenntnis davon erhalten, dass die beratenen Klienten minderjährige Kinder haben. Dies kann etwa anhand von Anamnesebögen erfolgen, mittels derer sichergestellt werden kann, dass Informationen über Kinder und deren Betreuung auch bei einem Wechsel des Beraters nicht verloren gehen.

- In der Regel erhalten Suchtberatungsstellen Anhaltspunkte für eine mögliche Kindeswohlgefährdung aus dem Gespräch mit den Erwachsenen. Eine Risikoabschätzung der Kindeswohlgefährdung gehört dann zu den Aufgaben der Fachberater, wenn sie Aufgaben nach dem SGB VIII wahrnehmen.
- Um fachgerecht auf vermutete Kindeswohlgefährdung reagieren zu können und die Handlungssicherheit im Einzelfall zu erhöhen, ist eine abgestimmte einheitliche Vorgehensweise der gesamten Suchtberatungsstelle empfehlenswert, die in einem Handlungsleitfaden fixiert werden kann.
- Um eine verbesserte Verfahrenssicherheit in Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung zu erlangen, gilt es zudem Netzwerke im örtlichen Hilfesystem zu etablieren.

Grundsätzlich ist mit den Gesetzesänderungen die Aufgabe verbunden, so früh wie möglich die familiäre Lebenssituation unter der Leitfrage in den Blick zu nehmen, ob und wie sich die Suchterkrankung auf die Beziehung zu den Kindern auswirkt.

6. Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem

Der Aufbau einer funktionalen Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem bildet die Voraussetzung für wirksame Hilfen. Es gibt starke Überschneidungen in der Klientel der Suchthilfe, der Gesundheits- wie der Jugendhilfe. Deshalb bietet sich - neben den gesetzlichen Vorgaben - eine Vernetzung oder Verzahnung der Angebote und Strukturen der beteiligten Systeme für die betroffenen Familien an - natürlich unter Beachtung der jeweiligen rechtlichen Rahmenbedingungen wie der Schweigepflicht.

Kooperationen ist jedoch nicht per se ein „Heilskonzept“, sondern für ihr Gelingen sind auch bestimmte Voraussetzungen notwendig – das ist heute auch bekannt. Offenbar liegen im Fall von Kindern sucht- und/oder psychisch kranker Eltern systemimmanente Gründe vor, die eine engere Kooperation bisher verhindert oder erschwert haben. Dabei benötigen sämtliche an der Versorgung sucht- und psychisch kranker Eltern beteiligten Hilfesysteme einander, um zielgerichtete, passgenaue und erreichbare Hilfen für die Eltern und die Kinder anbieten zu können.

Rollenkonflikte in der Wahrnehmung des jeweiligen Auftrags

Im System der Hilfen für Kinder sucht- und psychisch Kranker arbeiten verschiedene Institutionen und Professionen, deren Arbeitsweisen und -auffassungen unterschiedliche Ausrichtungen und Aufträge haben. Dies bedingt nicht nur Probleme in der Kooperation, sondern auch schon in der Suche nach Kooperation. Die Sicht der Suchthilfe oder Erwachsenenpsychiatrie auf den Patienten ist eine andere als etwa die Sicht des Jugendamts auf die Familien und auch die der Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. Kölch 2009).

Aus Sicht der Suchthilfe und Psychiatrie kann das Kind im Familiensystem und für den Patienten einen stabilisierenden Faktor darstellen. Diese Rollenzuschreibung kann wiederum aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie für ein Kind krankmachend sein und eine - je nach Alter des Kindes - inadäquate Anforderung darstellen, die zu einer Entwicklungshürde wird. Das Jugendamt wiederum zentriert seine Hilfen auf das gesamte Familiensystem ‚zum Wohle des Kindes‘ und wird in Anbetracht der Ressourcen, die für Hilfen zur Verfügung stehen, mög-

lichst eine Stabilisierung des gesamten Familiensystems anstreben. Das diffizile Vertrauensverhältnis der Suchtfachkraft oder des Psychiaters zum Patienten kann durch die Wahrnehmung weiterer Aufgaben wie z. B. Sorge um das Wohl des Kindes, Herstellung des Kontakts zur Jugendhilfe, belastet, bisweilen verunmöglicht werden (ebenda). Der Kinder- und Jugendpsychiater wiederum stößt zumindest in Grenzbereiche der Schweigepflicht vor, wenn er sich z. B. im Rahmen der Hilfeplanung zu einer ihm bekannten, aber von den Eltern verschwiegenen psychischen oder Abhängigkeitserkrankung äußert. Ebenso kommen Mitarbeiter der Jugendhilfe in Konflikte, wenn sie Maßnahmen gegen den Willen von Eltern oder Kindern ergreifen müssen und dabei auf die Expertise etwa seitens der Suchthilfe, Psychiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie angewiesen sind und diese eventuell sogar unterschiedlich zum Problem Stellung nehmen. Die verschiedenen Rollen der am Helfersystem für Kinder sucht- und psychisch Kranker Beteiligten könnten plakativ wie folgt dargestellt werden:

- Das Jugendamt hat den Auftrag des Kinderschutzes.
- Die Suchthilfe und Erwachsenenpsychiatrie hat den Auftrag der Versorgung des erwachsenen Patienten und des Aufbaus und der Erhaltung einer vertrauensvollen Therapeut- oder Arzt-Patienten-Beziehung: Kinder können dabei aus Sicht der Suchthilfe und der Erwachsenenpsychiatrie für den Patienten stabilisierende Faktoren sein.
- Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht ist die Parentifizierung (Rollenumkehr zwischen Eltern und Kind) bei Kindern psychisch kranker Eltern entwicklungspsychologisch kontraindiziert und schadet der Entwicklung.

Über diese unterschiedlichen Aufträge muss ein gegenseitiges Bewusstsein bestehen. Eine aktive Mitwirkung der Suchthilfe beim Aufbau einer funktionalen Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitssystem gilt als Voraussetzung für wirksame Hilfen zur (Früh-)Erkennung von Risikosituationen und zur Gegensteuerung und Gefahrenabwehr – zum Wohle und zum Schutz der Kinder und zur Unterstützung der betroffenen Eltern. Nach Brockmann und Lenz (2010) ist eine funktionale Kooperation der beteiligten Hilfesysteme notwendig, um wirksame Hilfen für Kinder sucht- und psychisch erkrankter Eltern und ihre Familien gewährleisten zu können. Vielfach jedoch bleiben die Kooperationsbemühungen auf der strukturellen Ebene verhaftet, ohne die Gestaltung der Beziehungen zwischen den Akteuren ausreichend in den Blick zu nehmen. In einer qualitativen Untersuchung wurde der Frage nach Voraussetzungen für die Zusammenarbeit auf der interinstitutionellen und institutionsinternen Ebene und für die fallbezogene und fallübergreifende Kooperation nachgegangen. Auf der Grundlage dieser empirischen Ergebnisse werden in der Arbeit von Brockmann und Lenz konkrete Handlungsempfehlungen für die Ausgestaltung der Kooperationsbeziehungen an der Schnittstelle zwischen den Hilfesystemen gegeben. Dabei wird auch auf die spezifischen Voraussetzungen in den Einrichtungen der Psychiatrie/Psychotherapie und der Jugendhilfe eingegangen.

7. Beispiele aus der Praxis

a. Diakonisches Werk in Siegen: Projekt „Kleine Panther“

Die familienorientierte Arbeit mit dem Schwerpunkt „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ ist seit 1986 in die Arbeit der Beratungsstelle für Suchtkranke vom Diakonischen Werk in Siegen eingebunden. Aus der

Erfahrung heraus, dass das Tempo des Heilungsprozesses suchtkranker Eltern nicht mit den berechtigten Belangen der Kinder nach gesunden Entwicklungsmöglichkeiten in Einklang zu bringen ist, lag es nahe, auch die Kinder in die Hilfen einzubinden. Unabhängig von der Familienkonstellation und der Art der Abhängigkeitserkrankung werden die Kinder hier möglichst früh in die Hilfen mit einbezogen. Die familienorientierte Arbeit ist eingebunden in den Beratungsprozess des betroffenen Elternteils und/oder der zu bearbeitenden Probleme des nichtbetroffenen Elternteils. Neben den Einzelterminen der Eltern und der Kinder werden gemeinsame Eltern- und Familientermine angeboten. Zudem besteht ein kontinuierliches Gruppenangebot für Eltern, gemeinsam mit ihren Kindern.

In der Arbeit mit dem gesamten Familiensystem können familiäre Konflikte direkt angesprochen und gemeinsame Lösungsstrategien entwickelt werden. Durch das Einüben neuer Kommunikations- und Verhaltensmuster kann sich eine tragfähige Beziehung zwischen den Kindern und ihren Eltern herausbilden. In der unmittelbaren Arbeit mit den Kindern besteht eine doppelte Zielsetzung: zum einen die Bearbeitung bereits sichtbarer Probleme, zum anderen die Vorbeugung vor möglichen Problemen, insbesondere einer eigenen Suchtgefährdung.

Die Gruppenangebote werden vor allem als Instrument angesehen, um das Vertrauen der Kinder zu gewinnen, über ihre familiäre Situation sprechen zu dürfen und sich dabei in einem Kreis gleich Betroffener zu befinden. Gerade dies trägt wesentlich zur Entlastung der Kinder bei. Diese Angebote, wie auch die Einzelangebote für Kinder, sind eng verzahnt mit den Familien-, Einzel- und Paarangeboten. Die verschiedenen Module der Hilfen werden in ihrer Kombination oder Reihenfolge jeweils individuell auf die einzelnen Familien zugeschnitten und kombiniert (mehr zu der Arbeit findet der interessierte Leser in Arenz-Greiving & Kober: Projekt „Kleine Panther“. Abschlussbericht zur Begleitevaluation des Projektes „Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien“ des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Siegen e. V., <http://www.institut-suchtforschung.de/referenzen.htm>).

b. Caritasverband Neuss: Projekt „Kids im Zeintrum (KiZ)“

Das KiZ-Projekt des Caritasverbandes im Rhein-Kreis-Neuss schließt seit mehr als 17 Jahren eine Angebotslücke: Es wendet sich speziell an die bundesweit noch unterversorgte Gruppe der Kinder suchtkranker Eltern; eine Einbeziehung und Kooperation mit den betroffenen Müttern und Vätern ist hier selbstverständlicher Bestandteil der Arbeit (vgl. Jahresbericht KiZ 2011). An der Schnittstelle zwischen Suchtkranken-, Jugend- und Familienhilfe verkörpert das KiZ-Projekt mit seinem präventiv-kompensatorischen Ansatz einen auf langfristige Vorbeugung und Verminderung bzw. Beseitigung von Begleitschäden und Entwicklungshemmnissen ausgerichteten, entlastenden Faktor. Der Aufbau einer möglichst auf Dauerhaftigkeit angelegten kompensatorischen zwischenmenschlichen Beziehung hat dabei herausragende Bedeutung. Speziell auf Kinder und Jugendliche zugeschnittene Inhalte erlebnispädagogischer und/oder familiensystemischer Prägung sorgen dabei für die passgenaue Ausrichtung des Projektes an den Bedürfnissen und an krankheitsbedingten Erfordernissen auf Seiten der Zielgruppe. KiZ bietet also präventive Angebote zur Vorbeugung und Verminderung bzw. Beseitigung von Folgeschäden/Entwicklungshemmnissen bei Kindern und Jugendlichen mit suchtkranken Eltern(-teilen), langfristige Kompensation und Entlastung der Kinder und Jugendlichen (mehr unter http://caritas.erzbistum-koeln.de/neuss_cv/sucht_hilfe/kiz).

c. Fitkids – Netze knüpfen für Kinder substituierter Eltern

Ein weiteres – familienorientiertes – Angebot, das seit einigen Jahren Erfahrungen darin sammelt, Kindern suchtkranker und substituierter Eltern zielgerichtete Hilfen anzubieten, stellt das Angebot „Fitkids“ vom Verein „Information und Hilfe in Drogenfragen“ in Wesel dar. Der Erfolg eines solchen Angebotes hängt neben inhaltlichen Aspekten in wesentlichem Maße auch von strukturellen Aspekten wie beispielsweise der Ressourcenausstattung, der internen Verankerung beim jeweiligen Träger sowie der Vernetzung im örtlichen Hilfesystem ab. Fitkids hat inzwischen zwei Arbeitsschwerpunkte:

- die intensive Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Müttern und Vätern vor Ort in Wesel, eine Angebotspalette in Ergänzung zu den Angeboten der Beratungsstelle sowie
- die stiftungsgeförderte Arbeit: Fitkids als Hilfsangebot für Kinder süchtiger Eltern weiterzuentwickeln, als Programm in andere Beratungsstellen im Land übertragbar zu machen und diesen Prozess zu begleiten (www.fitkids-wesel.de).

Das Fitkidsprogramm „Netze knüpfen für Kinder von Substituierten“ besteht aus sechs Bausteinen. Sieben Drogenberatungsstellen in Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2012 vor Ort begleitet, Teile der Fitkids-Bausteine umzusetzen: Voraussetzungen zu schaffen, die Kinder von süchtigen Müttern und Vätern in den Blick zu nehmen sowie interne und externe Kooperationsstrukturen zu bilden, die es den Kindern mit ihren Müttern und/oder Vätern ermöglichen, im Hilfesystem anzukommen (vgl. Groß, 2013).

Ingrid Arenz-Greiving

Eine Liste weiterer Angebote und Projekte finden Sie z. B. unter www.nacoa.de.

Literatur:

- Arenz-Greiving, I., Kober, M. (2007): *Metastudie: Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern*, Auftraggeber: Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
- Arenz-Greiving, I., Kober, M. (2010): *Projekt „Kleine Panther“ Abschlussbericht zur Begleitevaluation des Projektes „Arbeit mit Kindern aus suchbelasteten Familien“ des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Siegen e. V.*
- Arenz-Greiving, I., Kober, M. (2008): *Abschlussbericht des Projekts ‚Fitkids- Empirische Befunde und Empfehlungen‘*
- Arenz-Greiving, I. (2012): *Kinder als Angehörige sehen, Was muss sich in der Suchthilfe tun, damit Suchtkranke auch als Eltern wahrgenommen werden?*, In: *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.: Elternschaft und Suchterkrankung*
- Brockmann, E., Lenz, A. (2010): *Beziehung gestalten – eine Voraussetzung für wirksame interinstitutionelle Kooperation bei Hilfen für Kinder psychisch kranker Eltern*. In: *Praxis Kinderpsychologie. Kinderpsychiatrie* 59: 687-703, Göttingen
- Bröning, S. et al. (2012): *Trampolin – Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzeptes für Kinder aus suchbelasteten Familien*; https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Drogen_Sucht/

- *Diakonie Texte/Positionspapier/07.2012*, Hrsg: Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband, Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.; *Klientinnen und Klienten in ihrer Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen; Handlungsempfehlungen für diakonische Dienste und Einrichtungen in der Sozialpsychiatrie und der Suchthilfe*, September 2012
- Groß, S. (2013): *Fitkids – Kinder in suchbelasteten Familien – Netze knüpfen für Kinder von Substituierten – Ein Kinderprojekt an der Schnittstelle zwischen Jugend- und Suchthilfe in Jugendhilfe-aktuell*, 1.2013
- Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA) (2012): *Handlungsempfehlungen: Beitrag zur Kinderwohlsicherung durch Suchtberatungsstellen der Freien Wohlfahrtspflege im Land Sachsen-Anhalt*, Magdeburg, S. 10f.
- Lenz, A. (2009): *Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe, Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung*, München
- Kölch, M. (2009): *Versorgung von Kindern aus Sicht ihrer psychisch kranken Eltern, Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung*, München
- Puxi, M., Kremer-Preiß, U. (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

Kontakt:

Ingrid Arenz-Greiving
 Supervisorin DGSv, Institutsleitung
 c/o Institut für angewandte Suchtforschung & Evaluation
 Gasselstiege 23 • 48159 Münster
 Tel. 0251/60 90 099 • Fax 0251/60 90 231
 E-Mail: info@institut-suchtforschung.de
www.institut-suchtforschung.de • www.arenz-greiving.de

Angaben zur Autorin:

Ingrid Arenz-Greiving ist Diplom-Sozialpädagogin, Supervisorin DGSv, systemische Organisationsberaterin und Leiterin des Institut für angewandte Suchtforschung & Evaluation in Münster. Von 1980 bis 1985 arbeitete sie in verschiedenen Funktionen in den Bereichen Kinder- und Jugendpsychiatrie, stationäre Suchthilfe und im Sozialpsychiatrischen Dienst. Von 1986 bis 1996 war sie als Referentin bei bundesweiten Organisationen der Suchtkrankenhilfe tätig; zuletzt zwischen 1990 und 1996 als Stellvertretende Geschäftsführerin und Referentin für Grundsatzfragen, Nachsorge und Selbsthilfe bei der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen. Seit 1987 leitet sie Seminare, Fortbildungen und begleitet Projekte u.a. zu Themen aus der Sucht- und Selbsthilfe, der ehrenamtlichen Hilfe und der Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken. Seit 1997 arbeitet sie freiberuflich als Beraterin und Supervisorin in eigener Praxis sowohl in ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen und Suchthilfeeinrichtungen, sowie in Einrichtungen und Diensten der Jugendhilfe, Altenhilfe und freien Wohlfahrtspflege und publizierte verschiedene Artikel, Broschüren und Bücher.