



Herausforderungen in der Behandlung suchtkranker Familien



Positionspapier

November 2014

**Gesamtverband
für Suchthilfe e.V.**
Fachverband der
Diakonie Deutschland





Herausforderungen in der Behandlung suchtkranker Familien



Positionspapier der vom GVS initiierten Projektgruppe „Elternschaft und Suchterkrankung- Ein Projekt zur Optimierung der Hilfen für suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung“

Inhalt:

| | |
|------------------------------------|----|
| Vorwort | 3 |
| Einführung | 3 |
| Forderungen an die Kommunen | 5 |
| Forderungen an die Leistungsträger | 7 |
| Forderungen an die Politik | 8 |
| Forderungen an die Wissenschaft | 10 |
| Forderungen an die Träger | 10 |
| Zusammenfassung | 12 |
| Schlussworte | 13 |
| Autorenteam und Kontakt | 14 |



Vorwort

Die Optimierung der Beratung, Begleitung, Unterstützung und Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen mit Elternverantwortung ist dem Gesamtverband für Suchthilfe (GVS) seit vielen Jahren ein besonderes Anliegen. Gemeinsam mit seinen Kooperationspartnern macht er sich dafür stark, dass suchtkranke Eltern und deren Kinder fachlich und menschlich die Hilfen erhalten, die sie benötigen.

Welche Grundvoraussetzungen müssen auf professioneller und struktureller Ebene gegeben sein, um eine effektive und nachhaltige Versorgung suchtkranker Familien gewährleisten zu können? Welche Hilfen muss das System bereitstellen, um suchtkranken Eltern und deren Kindern eine optimale Teilhabe am sozialen Leben ermöglichen zu können? Wie können für die betroffenen Kinder Bedingungen geschaffen werden, die ein gesundes Aufwachsen ermöglichen und fördern?

Menschen, die in Einrichtungen der Suchthilfe behandelt werden, haben meist einen sehr spezifischen und komplexen Hilfebedarf, der eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert, um auf individuelle Bedarfe eingehen zu können. Dazu gehört, dass die Rehabilitation in enger Verbindung zu vor-, und nachgelagerten Angeboten stehen muss. Bei der Behandlung von suchtkranken Menschen mit Kindern besteht häufig auch ein Bedarf zu nebengelagerten Angeboten, z.B. zu Erziehungs- und Jugendhilfen. Standardisierung ist dort sinnvoll, wo sie Vernetzungsaktivitäten sicherstellt und Verfahren erleichtert. Sie darf aber nicht zu Lasten einer rehabilitativen Praxis führen, die Zeit und Raum für biographische Fragen und Gespräche benötigt und individuelle Verwirklichungschancen fördert.

In dem vorliegenden Papier fasst der GVS die Ergebnisse einer Arbeitsgruppe zusammen, die sich im Rahmen des Projektes „Elternschaft und Suchterkrankung“ über einen Zeitraum von zwei Jahren mit dem Thema beschäftigt hat. Es soll Impulse zur Weiterentwicklung der Hilfen für suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung geben – letztendlich zum Wohle der Kinder.

Einführung

Die Fürsorge und Erziehung von Kindern ist eine anspruchsvolle und fordernde Aufgabe, bei der wohl alle Eltern hin und wieder an ihre Grenzen stoßen. Dass es für Eltern, die unter einer psychischen und/oder einer Suchterkrankung leiden noch sehr viel schwieriger, zeitweise unmöglich ist, diese täglichen, jahrelangen Anforderungen zu bewältigen, erklärt sich von selbst.

Ein großer Teil der Menschen, der sich im Beratungs- und Behandlungsprozess der Suchthilfe befindet, trägt Verantwortung für Kinder. Für diese Kinder besteht ein erhöhtes physisches und psychisches Risiko infolge von Vernachlässigung, Beziehungsdiskontinuität, Weitergabe von Traumata und der erhöhten Wahrscheinlichkeit, später selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Kinder aus alkoholbelasteten Familien stellen die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung von Suchterkrankungen (Cotton, 1979). Es besteht ein Transmissionsrisiko (Lachner & Wittchen, 1997), das genetisch und durch Umweltfaktoren sowie durch ein Zusammenspiel dieser Komponenten vermittelt wird (McGue, 1999).



Nach Schätzung des Bundesgesundheitsministeriums ist davon auszugehen, dass in jeder siebten Familie Kinder zeitweise oder dauerhaft von einer Alkoholabhängigkeit oder einem Alkoholmissbrauch wenigstens eines Elternteils betroffen sind. In jeder zwanzigsten Familie sind beide Elternteile alkoholabhängig. Zahlenmäßig sind etwa 2,7 Millionen Kinder im Alter bis zu 18 Jahren von einer elterlichen Alkoholstörung betroffen (Lachner/Wittchen 1997). Rund 60.000 Kinder (Arenz-Greiving 2013) leben mit Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind. Die Zahl der Kinder, deren Eltern unter nicht-stofflichen Süchten wie Spiel-, Arbeits- oder anderen Verhaltenssüchten leiden, liegt im Dunklen.

- *7 Millionen Menschen sind von der Alkoholabhängigkeit eines Familienmitgliedes betroffen.*
- *2,65 Millionen Kinder unter 18 Jahren sind von der Alkoholabhängigkeit eines Elternteils betroffen.*
- *60.000 Kinder haben Eltern, die von illegalen Drogen abhängig sind.*
- *2.200 Neugeborene pro Jahr sind von einer Alkoholembyopathie betroffen, d.h. jedes 300. Baby.*
- *Mehr als 30% der Kinder aus suchtbelasteten Familien werden selbst suchtkrank.*
- *5-6 Millionen sind erwachsene Kinder suchtkranker Eltern. Ein Großteil leidet unter verschiedenen psychischen Beeinträchtigungen und Störungen.*

In der Zusammenarbeit mit suchtmittelabhängigen Eltern hat sich die Arbeit der Suchtberatungsstellen einem Paradigmenwechsel unterzogen. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr nur dem Klienten oder der Klientin als Einzelperson gelten, sie muss ausdrücklich um den systemischen und insbesondere den familiären Fokus erweitert werden. Die Zusage der Solidarität, der Vertraulichkeit und der Verschwiegenheit, aber auch auf Hilfestellung muss durch ein gemeinsames Interesse aller Beteiligten und Verantwortlichen des Systems an einer umfassenden Sicherung des Kindeswohls gekennzeichnet sein.

Dass es zwingend erforderlich ist, Kinder in Familien mit einem oder mehreren Suchtmittelabhängigen vorrangig und gezielt zu versorgen und zu unterstützen, steht nicht zur Diskussion. Parallel ist es aber ebenso notwendig, den konsumierenden und abhängigen Klientinnen und Klienten Unterstützung zu geben, damit diese ihre Elternverantwortung besser wahrnehmen können.



In dem vorliegenden Papier sollen die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus der Arbeit der Projektgruppe „Elternschaft und Suchterkrankung“ festgehalten und für die weitere Optimierung der Versorgung von suchtmittelabhängigen Müttern/Vätern/Eltern und ihren Kindern nutzbar gemacht werden.

Forderungen an die Kommunen

Transparenz der Behandlungs- und Hilfeangebote

Kommunen stehen grundsätzlich in der Verpflichtung, Hilfebedarfen und Notlagen ihrer Bürger, aber auch Vorurteilen und Ängsten, durch Aufklärung und Information zu begegnen. Insbesondere suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung können zielgerichtet über vielfältige Kanäle und Aktionen angesprochen und erreicht sowie den Hilfestellungen zugeführt werden:

- Im Rahmen kommunaler Veranstaltungen
- Begrüßungsschreiben für zugezogene Familien
- Informationspaketen nach Geburten
- Aushänge in Arztpraxen, Schulen, Kindertagesstätten, etc.
- Anreizprogramme

Ebenso wichtig ist es, die Fachkräfte der verschiedenen Dienste und Einrichtungen über bestehende Angebote des kommunalen Einzugsgebiets zu informieren und zur Kooperation zu motivieren:

- Gemeinsame Tagungen, Fortbildungsaktivitäten und Workshops
- regelmäßige, systematische Erfassung des aktuellen kommunalen Hilfespektrums

Regelfinanzierung statt Projektfinanzierung

Ein systematisches und professionelles Hilfesystem stützt sich nicht auf Prestige-Events und Modellprojekte, es bedarf einer regelhaften, langfristigen und gesetzlich verankerten Finanzierung. Um dauerhafte und zuverlässige Kooperationsbeziehungen zu ermöglichen, müssen kommunale Leistungsvereinbarungen daher langfristige Hilfsangebote fördern. Eine vertrauensbasierte Zusammenarbeit beispielsweise zwischen den für die Zielgruppe der suchtkranken Menschen mit Elternverantwortung maßgeblichen Einrichtungen und Institutionen der Jugend- und Suchthilfe lässt sich über eine begrenzte bzw. absehbare Projektfinanzierung selten etablieren. Nur eine Regelfinanzierung mit einer entsprechenden regelhaften Kontrolle und Dokumentation kann helfen, die gemeinsam erbrachten Leistungen dauerhaft abzusichern und zu erhalten.

Vernetzung

Eine effektive und nachhaltige Hilfe für suchtbelastete Familien setzt eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit vor allem zwischen Erziehungs-, Jugend- und Suchthilfe voraus. Aber auch Wohnungsämter, Schulen, Kindergärten, Vermietungsgesellschaften etc. sind wichtige Kooperationspartner. Das Spannungsverhältnis zwischen Hilfe-, Schutz-, Interessensvertretung und den hoheitlichen Funktionen muss angemessen ausbalanciert werden. Optimal ist ein systematisches und professionelles Hilfesystem mit einem ausgeprägten vernetzten Handeln, welches sich an den Bedürfnissen und Bedarfslagen der Familienmitglieder und nicht an ungeklärten Zuständigkeiten und



den Kassenlagen der Kommunen orientiert. Hier sollte die Auflösung der häufig noch vorhandenen Konkurrenz der Teil-Hilfesysteme (z.B. zwischen Jugend- und Suchthilfe) zugunsten einer gut koordinierten und standardisierten Kooperation in den Mittelpunkt rücken. Mit einer verlässlichen Unterstützung und Begleitung solcher Entwicklungen seitens der verantwortlichen Kommunen könnten die Bemühungen zur optimalen Abstimmung der Systeme langfristig gesehen Sparpotentiale sichtbar machen.

Multiprofessionalität und therapeutische Haltung

In der medizinischen Rehabilitation, der Suchtberatung und -begleitung abhängigkeitskranker Menschen ist ein mehrdimensionales Krankheits- beziehungsweise Suchtverständnis fachlicher Standard, da bei einer Abhängigkeitserkrankung Wechselwirkungen zwischen Körperfunktionen, den Handlungsmöglichkeiten (Aktivitäten) und der sozialen Partizipation bestehen. Zudem sind Abhängigkeitserkrankungen oftmals mit schweren biografischen Lebenskrisen verbunden.¹ Aufgrund dieser „Problembündel“, welche die Lebensbereiche Arbeit, Wohnen, Familien, Finanzierung des Lebensunterhaltes, soziale Teilhabe betreffen, ist Vernetzung und Interdisziplinarität in der Suchtrehabilitation und Suchtbehandlung besonders geboten.

Die Erweiterung des Fokus auf das gesamte Familiensystem zieht zwangsläufig die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Netzwerkes nach sich, um den komplexen Unterstützungsbedarfen der Familien gerecht werden zu können. Multiprofessionalität bedeutet in diesem Kontext nicht, dass eine Person alles können und wissen muss, sondern, dass verschiedene Professionen als Team zusammenarbeiten und jede ihre Fachlichkeit und Stärken einbringt. Die Zusammenarbeit innerhalb solcher Teams und mit dem Klienten/ der Klientin kann aber nur auf der Grundlage einer empathischen, wertschätzenden Haltung sowie eines gemeinsamen Suchtverständnisses gelingen. Durch gemeinsame Schulungen und Arbeitssitzungen können die Beteiligten „zusammenwachsen“ und eine gemeinsame Haltung entwickeln. Kommunen und Träger stehen in der Verantwortung, Ressourcen für diese Prozesse freizustellen.

Praktische und niederschwellige Hilfeangebote

Eine kinder- und familienfreundliche Kommune muss ihre entsprechenden Angebote auch und gerade für Familien mit besonderen Problemlagen zugänglich gestalten. Dazu gehören angemessene Betreuungs- und Bildungsstrukturen als auch kostengünstige Familienangebote für Freizeit und Sport. Aber auch praktische Hilfeangebote können wesentlich dazu beitragen die Situation der Familien zu verbessern, z.B.:

- Hilfe im Haushalt
- „Ersatzomas- und -opas“
- Babysitting/Kinderbetreuung
- Fahrdienste
- Hausaufgabenhilfe
- Kleiderkammern

¹ Vgl.: Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen sichern – Stellungnahme zu den Anforderungen an die Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen durch die Deutsche Rentenversicherung, Positionspapier des Diakonischen Werkes der EKD und des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der EKD, 11.2011



Durch einen gezielten Auf- und Ausbau von Ehrenämtern und in Kooperation mit Kirchen, Stiftungen, Selbsthilfegruppen u. a. können die Kosten für diese Angebote gering gehalten werden. Wichtig ist, dass die Hilfen niedrigschwellig und ohne bürokratischen Aufwand zugänglich sind, auch um Stigmatisierungen zu vermeiden.

Forderungen an die Leistungsträger

Familienorientierte medizinische Rehabilitation

Suchtbelastete Familien werden nicht ausreichend versorgt. Eine Ursache hierfür ist in der Konstruktion der bestehenden Sozialgesetzgebung zu finden, welche durch die unterschiedlichen Aufträge der Sozialgesetzbücher eine systemische Versorgung von Familien nicht vorsieht. Die einzelnen Teilbereiche der Sozialgesetzgebung verstehen sich als vorrangig zuständig für die Hilfebedarfe einer Person. Die Versorgung suchtbelasteter und/oder psychisch belasteter Familien ist in keinem Gesetz als Auftrag benannt. So gibt es im bestehenden Rechtssystem keinen Anspruch auf Hilfen für eine suchtbelastete Familie im Sinne einer gemeinsamen Therapie, Beratung usw. Infolge dessen ist auch die medizinische Rehabilitation generell darauf ausgerichtet, den einzelnen Menschen (die/den Versicherte/n) zu behandeln und zu befähigen am sozialen Leben teilzuhaben, bzw. wieder der Arbeitsfähigkeit zuzuführen.

Den abhängigen Menschen alleine in den Blick zu nehmen ist unzureichend. Erst der systemische Blick auf die Familie bzw. auf den umgebenden sozialen Kontext sichert eine effiziente und nachhaltige Hilfeerbringung und damit eine verbesserte Möglichkeit der Zieleerreichung. Dies gilt umso mehr bei suchtkranken Klientinnen und Klienten mit Kindern. Sowohl im SGB V als auch im SGB VI muss die systemische Therapie und die Versorgung von Familie als Einheit aufgenommen werden.

Die Hilferessourcen (Anzahl der Fachleistungsstunden) für Bezugspersonen müssen entsprechend angepasst und gesichert werden, um auch Kindern und Partnern von Klientinnen und Klienten optimale Angebote zur Unterstützung bieten zu können. Generell sollte die Arbeit mit Kindern in Kombination mit einer medizinischen Rehabilitation der Eltern als klassische Erziehungshilfe über die Jugendämter finanziert werden. Effektives Fallmanagement von Familien im Rahmen der Behandlung nimmt mehr Zeit in für Anspruch, da z.B. Telefonate mit anderen Diensten (ASD, etc.) geführt werden müssen, die Begleitung zu Hilfeplangesprächen gewährleistet sein muss und eine längere Beziehungsarbeit für die Vertrauensbildung nötig ist. Dieser erhöhte zeitliche Aufwand ist nicht ohne Einsatz entsprechender Ressourcen zu leisten.

Ausbau spezieller Angebote

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich fehlt es an speziellen Angeboten für eine genderspezifische Eltern/Kind-Arbeit. Gemeinsame Behandlungsangebote von Müttern und/oder Vätern mit ihren Töchtern und/oder Söhnen bestehen praktisch nicht.

In wenigen Behandlungseinrichtungen können Kinder bis zu einem bestimmten Alter ihre Eltern begleiten, doch häufig handelt es sich lediglich um ein „rooming in“, bzw. eine Betreuung der Kinder während der Behandlungszeiten der Eltern. Selten wird pädagogisch oder therapeutisch mit den Kindern und Familien gearbeitet.

Kultursensible Angebote für suchtbelastete Familien mit Migrationshintergrund bestehen nur sehr vereinzelt. Es wäre angezeigt, den Bedarf systematisch zu erfassen und entsprechende Angebote zu etablieren.

Prävention

Sowohl für die Zielgruppe der suchtkranken Menschen mit Erziehungsverantwortung als auch in Bezug auf deren Kinder sind präventive Maßnahmen selbstredend hilfreich, wenn nicht gar obligatorisch. Durch einen internationalen Vergleich lässt sich belegen, dass die in Prävention und Gesundheitsförderung liegenden Einsparmöglichkeiten hierzulande nicht im möglichen Umfang ausgeschöpft werden. Deutschland nimmt zwar bezogen auf die absolute Höhe und den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt international einen Spitzenplatz ein (nach den USA), im Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung liegen allerdings noch erhebliche Effizienzreserven.² Die gesetzlichen Krankenkassen und regionalen Rentenversicherungsträger stehen in der Verantwortung, gemeinsam mit kommunalen Einrichtungen, präventive und gesundheitsfördernde Angebote zu entwickeln und in Kooperation mit den Kommunen langfristig finanziell abzusichern.

Formulierung von Standards

Suchtbelastete Familien brauchen hochqualifizierte Hilfestellungen. Zur Installation und auch zur Aufrechterhaltung solcher qualitativ hochwertigen Angebote müssen Standards formuliert und entsprechende Zugänge in den Leistungsrechten zur Finanzierbarkeit dieser Angebote definiert werden. Familien von Suchtkranken kann vor allem durch die enge Zusammenarbeit von Suchthilfe und Jugendämtern/Jugendhelfeträgern optimal und nachhaltig geholfen werden. Solche Kooperationen müssen durch schriftlich fixierte Vereinbarungen und standardisierte Verfahrensabläufe festgeschrieben sein. Wenn die Suchthilfe sich für den Schutz von Kindern bei konsumierenden Eltern als konstruktiver Kooperationspartner zur Verfügung stellen will, muss sie eine konstitutive Rolle beim Fallmanagement und bei der Schaffung von strukturellen Voraussetzungen (in der Kooperation mit Jugendhilfe, Erziehungshilfe und Jugendsozialarbeit) einnehmen.

Forderungen an die Politik

Präventionsgesetz

Zahlreiche Studien belegen das erhöhte gesundheitliche Risiko bei Kindern aus suchtbelasteten Familien im Vergleich zu Kindern aus unbelasteten Elternhäusern sowie eine Notwendigkeit möglichst frühzeitig einsetzender Interventionen um Fehlentwicklungen entgegenzusteuern. Umso dringlicher ist die Forderung an die Politik, Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen zu verankern um präventive Maßnahmen auch hier auf eine solide Basis zu stellen. Ohne die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen wird es nicht möglich sein, Kindern mit suchtkranken und/oder psychisch kranken Eltern die Unterstützung zu geben, die sie brauchen. Denn insgesamt gilt: Investitionen in die Kinder sind Investitionen in die Zukunft unserer Gesellschaft!

² Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland, Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Mai 2002



Regelfinanzierung

Die übliche Organisation und Finanzierung von Hilfen in Form von „Projekten“ steht im Gegensatz zu dem, was die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern verlangt: Kontinuität! Neue Angebote bedürfen einer ausreichenden Entwicklungszeit, werden jedoch häufig in Form von Projekten gefördert. Projekte sind schon von ihrem Verständnis her zeitlich befristet, haben eine umgrenzte Fragestellung und eine projektspezifische Organisation. Die Folge: In der Regel ist das Ende eines Projektzeitraums absehbar – dabei wird allerdings das Projektende durch die Förderung definiert und nicht vom Entwicklungsprozess der Ratsuchenden. Für eine wirksame beratende/therapeutische Hilfe von gestörten Familiensystemen sind jedoch häufig die Projektlaufzeiten zu kurz. Zudem sind die begrenzt angebotenen Hilfeformen zumeist nicht flexibel genug, um auf die verschiedenen Problemlagen und Diagnosen des hilfesuchenden, gestörten sozialen Systems „Familie“ zu reagieren und ihrem langfristigen dauerhaften Bedarf gerecht zu werden.

Die zeitliche Begrenzung und die enge ökonomische Ausstattung vieler Projekte bieten oft zu wenig Zeit und Ressourcen für eine gründliche Vorbereitung (Recherche des Forschungsstandes, solide Ableitung der Maßnahmen) wie auch für eine gründliche Evaluation während und nach Abschluss der Maßnahme. Projektmitarbeiter/innen sind oft neue Mitarbeiter/innen, (noch) nicht in Netzwerke eingebunden und durch den Projekt-Status oft auch ohne langfristige Perspektive an diesem Ort. Dies verstärkt die Einzelkämpfer-Stellung der Projektverantwortlichen und die „stand alone“-Situation eines Projektes. Sinnvoller ist es, die unterschiedlichen, bereits existenten Hilfeangebote auf Grundlage einer gesicherten Finanzierung weiterzuentwickeln und auszubauen.

Aufklärung und Imageverbesserung

Die Annahme der Angebote von ASD und Jugendämter werden von suchtkranken Eltern nur schwer akzeptiert. Mütter und Väter fürchten Eingriffe in ihr Erziehungsrecht, sobald die Sprache auf Unterstützungsmöglichkeiten von Seiten dieser Institutionen kommt. Bei Klientinnen und Klienten, denen mitgeteilt wird, dass die Beratungsstelle im Falle eines Verdachts der Kindeswohlgefährdung Kontakt zum Jugendamt aufnimmt, besteht die große Gefahr eines Beratungs-/ Behandlungsabbruchs. Es müssen Möglichkeiten einer Imageverbesserung der Jugendämter gefunden werden. So können z.B. Babybegrüßungsdienste oder Willkommensgrüße für zugezogene Familien mit Informationen über kommunalen Beratungs- oder Unterstützungsangebote dazu beitragen, die Familienfreundlichkeit kommunaler Einrichtungen zu zeigen und Vertrauen zu schaffen.

Vernetzung mit den medizinischen Angeboten

Vor allem der medizinische Sektor muss stärker in die Mitverantwortung gezogen werden (Gynäkologen, Kinderärzte). Es besteht noch immer keine selbstverständliche Kooperation von Ärzten mit anderen Teilbereichen des Hilfesystems (Sucht-, Jugend-, Erziehungshilfe). Auch die „Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen“ konnte diesem Defizit nicht ausreichend entgegenwirken. Eine Kooperation zwischen der gynäkologischen Betreuung während der Schwangerschaft, der suchtmmedizinischen Behandlung/Betreuung, und der Jugendhilfe findet nur unzureichend statt.



Forderungen an die Wissenschaft

Das vorliegende Papier fasst die Ergebnisse von Arbeitssitzungen der beteiligten Projekteinrichtungen während einer zweijährigen Projektlaufzeit zusammen und kann insofern keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Im Arbeitskreis bestand aber Konsens darüber, dass wissenschaftliche Erkenntnisse zu folgenden Themen in der Praxis benötigt werden:

- Wirksamkeit von Kontrolliertem Trinken
- Wirksamkeit von Präventionsangeboten für Kinder
- Pränatale Auswirkungen mütterlichen *und* väterlichen Suchtverhaltens auf das ungeborene Kind (auch mit Berücksichtigung der emotionalen Entwicklung)
- Wirksamkeit von Therapie- und Beratungsansätzen für Mütter, Väter, Töchter, Söhne
- Untersuchungen zur Erreichbarkeit von Zielgruppen Wie können betroffene Eltern und/oder deren Kinder erreicht werden? Helfen „Less drink-Programme“ die Eingangstür zu öffnen? (Kiss, KT..)

Darüber hinaus besteht ein großes Wissensdefizit dahingehend, ob es sinnvoll ist, die besonderen Bedarfe von suchtkranken Eltern und deren Kindern nach Abhängigkeitsdiagnose zu differenzieren. Welche Auswirkung hat die Abhängigkeit von verschiedenen Stoffen (Alkohol, illegale Substanzen, Glücksspiel/Verhaltenssüchte) auf das elterliche Verhalten und die Dimension „Berechenbarkeit elterlichen Verhaltens“?

Rückblicke/Interviews von erwachsenen Kindern aus Suchtfamilien und mit betroffenen Eltern könnten einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Situation dieser Familien besser zu verstehen und erfolgsversprechende Hilfen zu entwickeln. Als Auftrag an die Wissenschaft sollte daher auch formuliert werden, Betroffenenerfahrung und -kompetenz zu sammeln und dem Hilfesystem zur Verfügung zu stellen.

Forderungen an die Träger

Die Mitarbeiterinnen benötigen auch von der Trägerseite einen unterstützenden Rahmen, der das Thema „Elternschaft und Suchterkrankung“ kontinuierlich im Gespräch hält und Umsetzungsprozesse fördert. Dabei kann es nicht darum gehen, dass die Suchtberatung als ein Teil-Hilfesystem alle Funktionen übernimmt (Kinderbetreuung, Erziehungsberatung, Familienhilfe, etc.). Stattdessen gilt es, auf Kooperation und „Verantwortungsgemeinschaft“ zu setzen:

- Die Trägerebene muss Kooperationsverbünde und Netzwerke bilden.
- MitarbeiterInnen müssen zur einrichtungübergreifenden Teamarbeit aufgefordert und auch dabei unterstützt werden.
- Die Kommunikation und eine kooperative Arbeitsphilosophie innerhalb der Einrichtung muss gefördert und unterstützt werden.
- Ressourcen (personell, zeitlich, finanziell) für entsprechende Fortbildungsmaßnahmen, Hilfeplangespräche, gemeinsame Fallberatungen und Arbeitssitzungen müssen freigestellt werden.
- Möglichkeiten zur gegenseitigen Hospitation müssen angeboten werden.



Viele Eltern mit einer Suchtproblematik haben keine stabilen, sozialen Beziehungen zu Familienmitgliedern oder Freunden. Oft handelt es sich um alleinerziehende Mütter. Um diesen überhaupt die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Beratung und Therapie zu geben, müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, z.B. durch das Angebot einer Kinderbetreuung während der Beratungs-/Therapiezeiten. Wenn die Suchtberatungseinrichtung aus finanziellen, personellen oder anderen Gründen nicht in der Lage ist, diese anzubieten, müssen Kooperationspartner auf kommunaler Ebene gefunden werden, die diese Aufgabe übernehmen. Der Einsatz von ehrenamtlich engagierten Personen ist nicht grundsätzlich abzulehnen, doch birgt er immer das Risiko von Unbeständigkeit (durch Krankheit, Umzug oder andere persönliche Faktoren).

Aufsuchende Hilfeleistungen sind ein Qualitätsmerkmal moderner sozialer Arbeit und sollten im Angebotsportfolio vorhanden sein. Wenn in der Beratungs-/Behandlungssituation eine aufsuchende Hilfeleistung erforderlich erscheint (Wunsch der/des Klientin/Klienten, Unregelmäßigkeiten im Behandlungsverlauf oder Unsicherheiten bezüglich einer Kindeswohlgefährdung), sollte diese bedarfsgerecht geleistet werden. Klientinnen/Klienten müssen über diese Form der Fürsorge informiert werden.

Bindungskonstanz

Der wesentliche Faktor einer erfolgsversprechenden Hilfe für suchtkranke Familien liegt in dem Prozess der Vertrauensbildung. Suchtkranke Menschen mit Elternverantwortung haben besondere Hemmschwellen aus Scham, Schuld oder der Angst vor einem Eingriff in ihr Elternrecht zu überwinden, wenn die Sprache auf ihre Kinder kommt. Probleme werden lange verdrängt, verleugnet oder bagatellisiert. Vertrauensbildung benötigt Zeit, Sensibilität und Empathie. An beratend oder therapeutisch tätige Fachkräfte stellt dies hohe fachliche Ansprüche.

Wenn eine Vertrauensbasis zwischen Berater/in oder Therapeut/in und der/dem Klientin/Klienten aufgebaut werden konnte, muss sichergestellt werden, dass diese nicht durch Fremdeinflüsse gefährdet wird. Die Vertrauensperson (Berater/in oder Therapeut/in) sollte auch bei Einbezug weiterer Hilfesysteme stets Ansprechpartner/in eine Vermittlungsrolle für die Klientin/den Klienten innehaben und im Idealfall das Case-Management übernehmen.

Schweigepflicht

Nach wie vor bestehen viele Unsicherheiten bezüglich der Regelungen zur Schweigepflicht. Die Fälle, in denen es angezeigt und erforderlich ist, die Schweigepflicht zu durchbrechen, sind relativ genau beschrieben, allerdings sind Suchtberater/innen und -therapeuten/innen zu wenig informiert. Zudem kommt es immer wieder vor, dass Berater/innen und Therapeuten/innen aus Unwissenheit Fehler begehen, die strafrechtliche, zivilrechtliche und berufsrechtliche Folgen haben, was die Unsicherheit noch verstärkt.

Es erscheint dringend erforderlich, dass Mitarbeitende des Suchthilfesystems umfassend zu Fragen der Geheimhaltungspflicht und Schweigepflichtentbindung geschult werden, um mehr Handlungssicherheit zu gewinnen. Oberste Zielsetzung und gemeinsames Interesse aller Beteiligten ist die Sicherung des Kindeswohles.



Zusammenfassung

Forderungen an die Kommunen

- Transparenz der Behandlungs- und Hilfeangebote schaffen!
- Regelfinanzierung statt Projektfinanzierung!
- Vernetzung fördern!
- Multiprofessionalität und therapeutische Haltung durch geeignete Maßnahmen unterstützen!
- Praktische Hilfsangebote zugänglich machen!

Forderungen an die Leistungsträger

- Familienorientierte Rehabilitation und systemische Therapie in den Leistungskatalog aufnehmen!
- Ausbau spezieller, zielgruppenspezifischer Angebote!
- Präventive und gesundheitsfördernde gemeinsam mit den Kommunen entwickeln und langfristig absichern!
- Formulierung von Standards in der Behandlung suchtbelasteter Familien!

Forderungen an die Politik

- Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen verankern!
- Regelfinanzierung statt Projektfinanzierung!
- Aufklärung und Imageverbesserung von Jugendämtern!
- Vernetzung, vor allem auch mit dem medizinischen Sektor vorantreiben!

Forderungen an die Wissenschaft

- Studien zur Wirksamkeit von Präventionsangeboten für Kinder
- Untersuchungen zur Wirksamkeit von Kontrolliertem Trinken
- Studien zu den pränatalen Auswirkungen mütterlichen *und* väterlichen Suchtverhaltens auf das ungeborene Kind (auch mit Berücksichtigung der emotionalen Entwicklung)
- Wirksamkeitsstudien zu Therapie- und Beratungsansätzen für Mütter, Väter, Töchter, Söhne
- Untersuchungen zur Erreichbarkeit von Zielgruppen Wie können betroffene Eltern und/ oder deren Kinder erreicht werden? Helfen „Less drink-Programme“ die Eingangstür zu öffnen? (Kiss, KT..)
- Studien zur Auswirkung verschiedener Abhängigkeitsdiagnosen (Alkohol, illegale Substanzen, Glücksspiel/Verhaltenssuchte) auf das elterliche Verhalten und die Dimension „Berechenbarkeit elterlichen Verhaltens“

Forderungen an die Träger

- Bildung von Kooperationsverbänden und Netzwerken
- Ermutigung und Motivation der Mitarbeiter/innen zur einrichtungsübergreifenden Teamarbeit
- Förderung der Kommunikation und einer kooperativen Arbeitsphilosophie innerhalb der Einrichtung
- Ressourcen (personell, zeitlich, finanziell) für entsprechende Fortbildungsmaßnahmen, Hilfeplangespräche, gemeinsame Fallberatungen, Arbeitssitzungen freistellen
- Möglichkeiten zur gegenseitigen Hospitation bieten
- Bindungskonstanz sicherstellen!
- Informationen zu Schweigepflichtregelungen transparenter machen!



Schlussworte

Eine Suchterkrankung birgt häufig nicht nur eine Belastung für die erkrankte Person, sondern meist auch für ihr gesamtes soziales Umfeld. Vorrangig die Kinder sind von der Sucht ihrer Eltern betroffen. Meist steht daher das „Kindeswohl“ bzw. die „Kindeswohlgefährdung“ im Fokus des professionellen und wissenschaftlichen Interesses.

Als bundesweit einziges Angebot legte das GVS-Projekt „Elternschaft und Suchterkrankung“ einen neuen Schwerpunkt in der Betrachtung des Zusammenspiels von Elternverantwortung und spezifischen Hilfeleistungen. Ziel war die Optimierung der Hilfestellung bzw. Versorgung für suchtkranke Menschen in einer Elternrolle durch die Sensibilisierung von Suchthilfeeinrichtungen für deren spezifische Probleme und Fragestellungen. Der Fokus lag in diesem Projekt bewusst nicht auf den betroffenen Kindern, wenngleich die Optimierung der Hilfen für Eltern natürlich auch die Situation der Kinder verbessern soll.

Dieses Papier möchte einen Beitrag dazu leisten, das Bewusstsein für die spezifischen Problemlagen suchtkranker Familien zu schärfen und als konstruktive Grundlage der Diskussion auf kommunaler, Länder- und Bundesebene dienen.

Dieses Dokument steht als Download zur Verfügung auf

www.eltern-sucht.de

Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte



Autorenteam

Folgende Personen haben an der Erstellung dieses Positionspapiers mitgewirkt:

| | |
|---------------------|---|
| Alcaide, Nicola | Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland, Berlin |
| Gahlen, Carsten | Caritas-Zentrum, Fachambulanz für Suchterkrankungen, Garmisch-Partenkirchen |
| Kiepe, Knut | Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland, Berlin |
| Mehner, Martin | EJF Beratungshaus Lichtblick, Prenzlau |
| Dr. Olm, Peter | Blaukreuz-Zentrum Wuppertal |
| Prokop, Birgit | Fachambulanz Kiel/ HiKiDra |
| Rademann, Jan | Fachambulanz Kiel/ HiKiDra |
| Roth-Leiser, Sabine | Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtgefährdete und Suchtkranke im Hohelohekreis, Öhringen |
| Svensson, Diana | Suchttherapiezentrum Hamburg |
| Wagner, Wiebke | Suchttherapiezentrum Hamburg |
| Wolf, Christoph | Diakonisches Werk An Sieg und Rhein, Suchthilfe und Suchtprävention, Troisdorf |
| Zabel, Silke | EJF Beratungshaus Lichtblick, Prenzlau |

Kontakt zum GVS:

Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS)
Fachverband der Diakonie Deutschland
Invalidenstraße 29
10115 Berlin-Mitte
Telefon: +49 30 83 001 500
Telefax: +49 30 83 001 505
E-Mail: gvs@sucht.org

Die Arbeit der Projektgruppe wurde ermöglicht durch die Unterstützung der Glücksspirale. Wir bedanken uns.



Gefördert durch die

GlücksSpirale

VON LOTTO®