Landeshauptstadt
München
**Referat für Gesundheit
und Umwelt**

Suchthilfekoordination

Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblemen

Kooperationsvereinbarung zur Koordination interdisziplinärer Hilfen

Impressum
Herausgeberin: Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt Bayerstr. 28a, 80335 München

www.muenchen.de/hilfenetzwerk

Gestaltung: RGU-KIK/GT
Druck: Stadtkanzlei München
Stand: Januar 2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 5

Einleitung 7

1. Zielsetzung des Hilfenetzwerkes 8

2. Ausgangssituation 11

2.1. Probleme der Kinder von Alkoholkranken 12

2.1.1. Das Alkohol-Embryopathie-Syndrom 12
2.1.2. Regulationsstörungen 13
2.1.3. Emotionale Störungen 14
2.1.3.1. Familiendynamik 14
2.1.3.2. Psychosoziale Belastungsfaktoren 15
2.1.3.3. Schädigungen durch die familiäre Situation 61
2.1.3.4. Schutzfaktoren 16

2.2. Eltern mit Alkoholproblemen 17

2.2.1. Definition 17
2.2.2. Medizinische Probleme 18
2.2.3. Psychosoziale Auswirkungen 19
2.2.4. Ressourcen 21

2.3. Probleme innerhalb des Hilfesystems 21

3. Rahmenbedingungen der Kooperation 23

3.1. Zielgruppe 23

3.2. Kooperationspartner/innen im Verbund 23

3.3. Gemeinsames Handlungsprinzip: Gender Mainstreaming 24

3.4. Sicherung der Grundversorgung der Kinder 25

3.5. Gefährdung des Kindeswohles 27

3.5.1. Gesetzliche Grundlagen 27
3.5.2. Einschätzung der Gefährdung 29

4. Kooperationsvereinbarung 32

4.1. Grundzüge der Kooperation und Zusammenarbeit 32

4.2. Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Sozialdatenschutz 33

4.3. Das Round-Table-Verfahren 34

4.3.1. Einberufung des Round-Table 35
4.3.2. Zusammensetzung des Round-Table 35
4.3.3. Aufgaben und Ablauf des Round-Table 36
4.3.4. Prozessverantwortung 37

4.4. Vorgehen bei Dissens 38
4.5. Grenzen der Kooperation und Zusammenarbeit 39

5. Umsetzung des Gesamtkonzepts 40

5.1. Strukturelle Rahmenbedingungen 40

5.2. Delegiertenkreis des Münchner Hilfenetzwerks 41

5.3. Evaluation 42

5.4. Koordinierung und Prozesssteuerung 43

Anhang

Ablaufschema für den Erstkontakt

Vorwort

Mit der bereits vorliegenden Kooperationsvereinbarung „Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern“ wurde in München bereits ein wesentlicher Schritt zur Verbesserung der Situation von Kindern und ihren suchtkranken Eltern getan. Die aus der Vereinbarung resultierenden Diskussionen im „Arbeitskrei Sucht des Gesundheitsbeirates“ und im „Interdisziplinären Arbeitskreis Alkohol“ zeigten jedoch sehr schnell, dass eine Über-tragung auf den Bereich Alkohol dringend erforderlich ist. Allein die Tatsache, dass das Al-koholproblem sowohl hinsichtlich seiner Verbreitung als auch im Hinblick auf die Schwere seiner Auswirkungen - so zum Beispiel erhebliche körperl iche Schädigungen besonders in der Schwangerschaft - ein Vielfaches an Schäden in gesundheitlicher, aber auch in sozialer Hinsicht zeitigt, macht eine verstärkte Kooperation aller Institutionen in München erforderlich. Mit der Einrichtung des „Interdisziplinären Arbeitskreises Alkohol“ (InterALK) und der von diesem Arbeitskreis im November 2003 veranstalteten Fachtagung zur Angehörigenarbeit „Alkohol und Co-Abhängigkeit“ hat das Referat für Gesundheit und Umwelt bereits einen deutlichen Schwerpunkt gesetzt, um das Problem der Mitbetroffenheit von Angehörigen der Alkoholkranken öffentlich zu thematisieren und Lösungsw ege aufzuzeigen.

Kurz nach Einrichtung des „InterALK“ wurde eine Redaktionsgruppe beauftragt, die bereits vorliegenden und vom „Arbeitskreis Sucht des Gesundheitsbeirates“ bereits verabschiedeten Kooperationsvereinbarungen zur Drogenproblematik auf den Problembereich Alkohol zu übertragen und damit auch für den Bereich der alkohol abhängigen Eltern und ihrer Kinder das Hilfenetzwerk in München zu erweitern und die Zusa mmenarbeit der Institutionen durch eine Kooperationsvereinbarung zu sichern und zu intensivieren.
Bei der Erarbeitung der Richtlinien für den Alkoholb ereich wurde sehr schnell klar, dass aufgrund der hochambivalenten gesellschaftlichen Haltung gegenüber dem Alkohol in seiner vielfältigen Funktion für die Gesellschaft – er ist Stimmungsmacher, Entspanner, Prestigeobjekt, Problemverdränger, Enthemmer, Genußvervollständiger, Spaßmacher und vieles mehr - die Gefährdungslage von Kindern in alkoholbelasteten Familiensituationen häufig schwieriger zu durchschauen ist, als dies üblicherweise beim Konsum illegaler Drogen allein aufgrund der Rechtslage ist oder zu sein scheint. Alkohol ist eine allgegenwärtige Freizeitdroge und die Getränkeindustrie führt durch so genannte „Alkopops“[1] immer jüngere Menschen an die Spaßdroge Alkohol heran. Diese Tatsachen schaffen ein Akzeptanzniveau dem Alltagstrinken gegenüber, das es schwer macht, den Beginn des Mi ssbrauchs, aber auch den Beginn der Abhängigkeit klar zu definieren, das Alkoholproblem gesamtgesellschaftlich exakt zu quantifizieren und volksgesundheitlich öffentlich zu kommunizieren. Die Nachweiserbrin-

[1] So genannte „Alkopops“ sind branntweinhaltige Limonaden.

gung einer Gefährdungslage für die Kinder, aber auch die Bereitschaft von Eltern, Hilfen anzunehmen, gestaltet sich bei einem gesellschaftlich akzeptierten „Genussmittel“ ebenfalls schwierig. Darüber hinaus ist es unter generalpräventiven Gesichtspunkten bereits sehr problematisch, Zugang zu betroffenen Eltern und Kindern zu erhalten; hier sind breit angelegte Präventionskonzepte von Nöten.
Aus den genannten Gründen ist mit der Vorlage der Koo perationsvereinbarung „Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre Eltern mit Alkoho lproblemen“ nicht nur die Hoffnung auf eine Verbesserung der Lage von Kindern in alkoholbelasteten Familien durch eine Kooperation der helfenden Institutionen untereinander verbunden. Es wäre darüber hinaus sehr zu begrüßen, wenn damit auch ein deutlicher Schritt in Ri chtung einer „Gesprächskultur der Ehrlichkeit“ beim Thema Alkohol in München getan werd en könnte.

Ich danke den Mitgliedern der Redaktionsgruppe des „InterAlk“ für die gute, engagierte Zusammenarbeit und die eingebrachte Expertise.

Michael Lubinski †
Suchthilfekoordinator der Landeshauptstadt München 1995 - 2006

Einleitung

Mit der vorliegenden Vereinbarung soll ein verbindlicher Rahmen für die Kooperation und Koordination innerhalb des Hilfesystems und eine Regelung der Verantwortlichkeiten im Umgang mit Kindern und ihren Müttern, Vätern oder Eltern mit Alkoholproblemen erreicht werden. Ihre Chancen auf ein Zusammenleben sollen verbessert, das gemeinsame Leben erleichtert und Gefahren abgewandt werden.

Dieses Vorhaben erfordert die Erweiterung des Zugangs zum Angebot an Fördermöglichkei-ten sowie die Anpassung desselben an die Bedürfnisse der b etroffenen Kinder und deren Eltern. Es ist darüber hinaus notwendig, dass die helfen den Institutionen gezielt auf die In-anspruchnahme dieses Angebotes hinwirken.

Ein Facharbeitskreis „Rund um die Geburt“ aus insgesamt 41 Institutionen hat über mehrere Jahre zunächst eine Kooperationsvereinbarung für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern entwickelt. Im Verlauf dieser Erarbeitung wurde deutlich, dass Familien mit einer Alkoholproblematik in gleicher Weise durch interdisziplinär vernetzte Hilfen unterstützt werden müssen und dass ein eigenes Hilfenetzwerk für den Bereich „Alkohol“ den spezifischen Problemlagen der Kinder und Eltern in Familien mit alkoholabhängigen Eltern gerecht werden soll. Die vorliegende Kooperationsvereinbarung profitierte von den Vorarbeiten aus dem Bereich der Drogenabhängigkeit und wurde von den Fachkräften, die sich im „Interdisziplinären Arbeitskreis Alkohol“ engagieren, auf die Situation der Alkoholgefährdung und –abhängigkeit umgeschrieben bzw. erweitert.

Die nun vorliegende Fassung des Münchner Hilfenetzwerks für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblematik wurde im Gesundheitsausschuss des Münchne r Stadtrates am 28.09.2006 vorgestellt. Es fand die Zustimmung aller Stadtratsfraktionen. Eine Vorstellung im Kinder- und Jugendhilfeausschuss erfolgt in 2007.

1. Zielsetzung des Hilfenetzwerkes

Vorrangige Ziele dieser Kooperationsvereinbarung sind

die Kinder vor Gefährdungen zu schützen und ihnen eine gesunde Geburt und Entwicklung zu ermöglichen

alkoholabhängige Mütter, Väter und Elternbei der Überwindung der Suchterkrankung zu unterstützen[2]

alkoholbedingte Behinderungen zu vermeiden

eine gemeinsame suchtfreie und suchtmittelfreie Zukunft der Familie anzustreben.

Hierzu werden den Eltern Hilfsangebote

- zur Erziehung,
- zur Behandlung der Suchterkrankung,
- zur Verbesserung der alltäglichen Lebensbedingungen und
- zur Krisenbewältigung

gemacht und vermittelt.

Für die betroffenen Kinder sind

- alters- und entwicklungsspezifische Untersuchungen
- medizinische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkei ten,
- Fördermaßnahmen bei Entwicklungsdefiziten,
- tagesstrukturierende Angebote und
- altersgemäße Freizeitmaßnahmen

bereitzustellen.

Um die genannten Ziele erreichen zu können, sind eine Vielzahl von **Bedingungen und Maßnahmen** erforderlich. Die wesentlichen sind

die Sensibilisierung aller am Sozialisations- und Erziehungsprozess beteiligten Institutionen, insbesondere Kindergärten, Schulen, Kinder-und Jugendhilfeeinrichtungen, für die möglichen Problemlagen von Kindern in suchtkranken Familien, um sie im Einzelfall präziser wahrnehmen und besser einschätzen zu können

die Intensivierung des Kooperationsprozesses zwischen den mit dem Alkoholproblem befassten Institutionen der Suchthilfe, der öffentlichen und freien Jugendhilfe, den beteiligten Fachkliniken und den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen [3]

---

[2] Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit nur n och der Begriff „Eltern“ verwendet. Sofern nicht anders gekennzeichnet sind mit ihm immer auch alleinerziehende Mütter und Väter oder betroffene Elternteile gemeint.

[3] Zu den einzelnen am Kooperationsprozess beteiligten Institutionen und Fachbereichen siehe 3.2. „Kooperati-

eine deutliche Verbesserung der Erreichbarkeit schwangerer Frauen und der Eltern mit ihren Kindern.

die systematische Einbeziehung weiterer Institutionen und Fachgebiete in ein geregeltes, aber dennoch der Problemstellung angemessenes und somit flexibles und sensibles Verfahren

die Evaluation der Maßnahmen vor allem im Hinblick auf das Kindeswohl (siehe 5.3.. „Evaluation“)

Die genannten Ziele machen deutlich, dass die Kooperationsvereinbarung keinesfalls auf das Krisenmanagement im Falle einer massiven Gefährdungdes Kindeswohles reduziert werden darf (siehe auch 3.4. „Sicherung der Grundversorgung“).

Ein wesentlicher Aspekt ist daher auch der **präventive** Effekt derartiger Vereinbarungen. Um diesen zu sichern, sollte bei ihrer Umsetzung insbesondere Wert gelegt werden auf

- eine Verbesserung der Früherkennung von Schwangerschafte n
- Information und Aufklärung zu Gefahren und Wirkunge von Suchtmittelgebrauch während der Schwangerschaft
- Beratung zur verantwortlichen Schwangerschaftsgestaltung bei alkoholabhängigen und -gefährdeten Frauen
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wissens über die Gefährdungen des Kindeswohles in der Familie durch den Konsum von Alkohol und anderen Suchtmitteln
- die frühzeitige Einbeziehung der Mitarbeiter und Mi tarbeiterinnen der Bezirkssozialarbeit (BSA)[4] durch die erstbefassten Stellen
- die frühzeitige Hinzuziehung medizinischer, heilpädagogischer und psychotherapeutischer Fachkompetenzen zur Vermeidung von Schädigungen und Entwicklungsverzögerungen, zur Aufarbeitung von Traumatisierungen und zur Kompensation bereits eingetretener Schädigungen
- die Intensivierung der begleitenden und nachgehenden Sozialarbeit zur Tertiärprävention, die eine Vermeidung von Rückfällen zum Ziel hat

---

onspartner/-innen im Verbund“

[4] Bezirkssozialarbeiter/-innen sind Vertreter/-innen der öffentlichen Jugendhilfe. Zu ihren Aufgaben ge hört es, Eltern bei Schwierigkeiten in der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen sowie geeignet e und notwendige Hilfen zu vermitteln. Darüber hinaus ist es ihre Aufgabe, dem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung nachzugehen und ggf. die notwendigen Maßnahmen zum Schutz des Kindes einzuleiten. Die Bezirkssozialarbeiter/-innen sind regional zuständig und andie Sozialbürgerhäuser (SBH) und die Zentraleinheit Wohnungslosigkeit (ZEW) angebunden.

Das angestrebte Verbundsystem soll durch seine Synergieeffekte langfristig zu einer **Kostensenkung** führen. Es ist unter anderem ein Rückgang von

- Schwangerschaftskomplikationen
- alkoholinduzierten Behinderungen
- Fremdunterbringungen
- schulischen Sondermaßnahmen
- weiteren sozialpädagogischen Hilfen

zu erwarten, der zur Senkung der Kosten beitragen wird.

Alle Kooperationspartner und -partnerinnen arbeiten an der Umsetzung der angestrebten Ziele. Die vorliegende Kooperationsvereinbarung stellt jedoch keine Vereinbarung dar, die im Sinne einer vertraglichen Übereinkunft die Unterz eichner rechtlich mit Ansprüchen und einklagbaren Verpflichtungen ausstattet. Die Zustimmung der Eltern ist die Voraussetzung, um das interdisziplinäre Hilfenetzwerk wirksam werdenzu lassen.

2. Ausgangssituation

Alkoholkonsum ist in unserer westlichen Kultur in einem hohen Maße gesellschaftlich akzeptiert und Alkohol als legale Alltagsdroge in nahezu allen Bevölkerungsgruppen allgegenwärtig. Deshalb ist der Zugang zu den Eltern und der Nachweis von nachteiligen Folgen ihres Alkoholkonsums für die Kinder bis hin zu einer Kindeswo hlgefährdung in der Praxis der Bezirkssozialarbeit deutlich schwieriger, als dies bei einer Drogenabhängigkeit der Eltern der Fall ist. Bei Vorliegen des Konsums einer illegalen Substanz wird allein durch die Rechtslage aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes (BtmG) die Intervention erleichtert beziehungsweise erscheint selbstverständlicher.

Hinzu kommt, dass mit dem Thema Alkohol im Hinblick auf seine negativen Folgeerscheinungen nicht offen umgegangen und es stets verharmlost wird. Die Gefährdungslage von Kindern im Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum der Eltern wird daher ebenfalls tendenziell unterschätzt. Unterstützt wird dies zusätzlich durcheine uneinheitliche Einschätzung in der Diagnostik. Hinsichtlich der Verbreitung und der massiven körperlichen und sozialen Folgen eines Missbrauchs für die betroffenen Kinder ist A lkohol das weitaus größere Problem als Drogen[5]. Der traditionellen Fokussierung auf das illegale Drogenproblem und der Verharmlosung des Alkoholkonsums sollte daher gegengesteuert werden.

Zahlen und Fakten:

- In Deutschland ist nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS) von etwa 2,5 Millionen behandlungsbedürftigen Alkoholabhängigen auszugehen. Ca. 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche sind – wenigstens zeitweise - von der Alkoholerkrankung eines Elternteils betroffen. Jedes siebte Kind unter 18 Jahren stammt somit aus einer Suchtfamilie[6].

- Die Suchthilfekoordination des Bezirks Oberbayern geht für München von 120.000 bis 150.000 betroffenen Angehörigen von Alkoholabhängigen aus, darunter eine entsprechend große Anzahl von Kindern.

- Nach der Statistik der Bezirkssozialarbeit der Landeshauptstadt München aus dem Jahr 2004 waren unter den insgesamt erfassten 28.482 Haushalten 2.356 Haushalte, in denen ein Alkoholproblem festgestellt wurde. Dies entspricht etwa 8,3 % der von der BSA erfassten Haushalte.

---

[5] Siehe dazu 2.1. „Probleme der Kinder von Alkoholkranken“
Lachner&Wittchen, 1997

- Im Jahr 2004 lebten in 885 Haushalten, in denen ein Alkoholproblem bei den Erwachsenen festgestellt wurde, 1505 minderjährige Kinderund Jugendliche zusammen mit ihren Eltern. Davon waren in 470 Haushalten 417 Mütter und 53 Väter alleinerziehend.

Aufgrund der oben genannten hohen Akzeptanz und der damit verbundenen Ambivalenz bei der Einschätzung von Alkoholproblemen muss beim Alkoholvon einer hohen Dunkelziffer bei der Erfassung der vorhandenen Problemlagen ausgegangen werden. Zusätzlich wirken hier verstärkt Co-Abhängigkeiten[7] als Faktoren, die nicht nur die individuellen Problemlagen verlängern, sondern auch dazu beitragen, dass die Probleme dem Hilfesystem gegenüber vertuscht und verschwiegen werden.

2.1. Probleme der Kinder von Alkoholkranken

2.1.1. Das Alkohol-Embryopathie-Syndrom

Unter dem Alkohol-Embryopathie-Syndrom versteht man toxische Schäden am Embryo durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Sie führen zu **angeborenen Organ-schäden** , die nicht mehr reversibel sind. Man rechnet mit circa drei Fällen auf 1000 Lebend-geburten in Deutschland. Das Syndrom ist umso schwerer, je länger die Alkoholabhängigkeit der Mutter besteht. Typische Veränderungen sind unter anderem ein vermindertes Wachs-tum vor und nach der Geburt, so auch ein zu kleiner Kopf und damit ein zu kleines Gehirn, Fehlbildungen im Gesicht, zum Beispiel eine kurze Lidspalte oder ein kleines Kinn, oder Herzfehler. Ebenso kann es zu einer Intelligenzminderung bis hin zur geistigen Behinderung und zu Verhaltensauffälligkeiten, beispielsweise zu Aufmerksamkeitsdefiziten, Steigerungen der Motorik und Störungen des Sozialverhaltens bis hin zur Delinquenz kommen.
Man unterscheidet je nach Ausprägung der Symptomatik drei verschiedene Schweregrade der Alkoholembryopathie. Grad drei umfasst praktisch alle der prinzipiell möglichen Symptome.
Rauchen in der Schwangerschaft und **punktuell exzessiver Alkoholkonsum** führen zu einer schwereren Ausprägung der Alkoholembryopathie.

Steinhausen (2000)[8] untersuchte in einer in Berlin realisierten **Langzeitstudie** alle Kinder eines Jahrgangs, die bei der Geburt in einer bestimmten Klinik die Diagnose Alkohol-Embryopathie-Syndrom erhielten. Diese Kinder wurden bis in das späte Schulalter nachun-

---

[7] Von Co-Abhängigkeit wird gesprochen, wenn Bezugsperson von der Dynamik der Suchterkrankung erfasst werden und durch ihr Verhalten, ohne es zu wollen, zur Aufrechterhaltung der Sucht beitragen.
[8] Steinhausen, H. (2000): Kinder suchtmittelabhängiger Eltern. In: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, U. (Hrsg): Suchtmedizin. W. Urban & Fischer, Münche n, S. 478-481.

tersucht. Es zeigte sich, dass fast ein Drittel dieser belasteten Kinder geistig behindert war. Dieser Wert liegt normalerweise bei 0,5 Prozent. Ein weiteres Drittel aus dieser Studie war lernbehindert und nur ein Drittel dieser Kinder lag im Bereich der normalen Intelligenz. Des weiteren fand er bei 63 Prozent Verhaltensauffälligkeiten, dabei dominierte die Hyperaktivität. Bei diesen Kindern stellte er im Erwachsenenalteraußer der verzögerten geistigen Entwicklung und neben Verhaltensproblemen in 60 Prozent der Fälle eine Alkohol- und Drogenabhängigkeit fest, in 44 Prozent Depressionen, in 40 Prozent psychotische Störungen und in 48 Prozent Persönlichkeitsstörungen .
30 Prozent der Kinder wiesen allerdings eine befriedigende körperliche und geistige Entwick-lung auf, hatten einen Hauptschulabschluss erreicht und gaben aktive Freizeitgestaltung an.

Man muss annehmen, dass die Alkoholembryopathie die häufigste Ursache geistiger Behinderung und körperlicher Fehlentwicklung durch toxische S chädigung in der Schwangerschaft ist. Sie wird allerdings **häufig nicht erkannt** , insbesondere wenn es bei der Geburt keine körperlichen Anzeichen gibt. Dies bedeutet, dass

- diese Kinder später unerkannt vorzeitig aus dem Schulsystem aussteigen,
- es hierzu keine Langzeitstudien gibt,
- es keine spezifischen Hilfsprogramme für diese Kinder gib t.

Als Belastungsfaktor kommt hinzu, dass ihre Mütter häufiger früh sterben.
Für Kinder alkoholkranker Väter wird ein genetisches Risiko angenommen, später selbst alkoholkrank zu werden. Dies erschließt sich aus Adoptiv- und Zwillingsstudien.

2.1.2. Regulationsstörungen

Unter Regulationsstörungen versteht man Schwierigkeiten des Säuglings oder Kleinkindes, seine Befindlichkeit, sein **Verhalten** und seine **körperlichen Prozesse** zu regulieren. Am häufigsten beziehen sie sich auf das Schlafen, Essen und Schreien. Die Regulationsstörungen der Kinder von Alkoholkranken entstehen zum einen nach den Belastungen des Fötus in der Schwangerschaft durch Alkohol und evtl. Nikotin, aber auch durch Stress. Zum anderen sind sie die Folge schwerer Vernachlässigung in der frühen Säuglingszeit.

Vor allem nach einem Entzug von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft, sind diese Kinder als Säuglinge häufig „Schrei-Babys“, da sie sich hrseschnell und übermäßig häufig erschrecken, irritiert sind und ihre Panik nur durch Schreien äußern können.
Aufmerksamkeitsstörungen, eventuell von Hyperaktivität begleitet, treten üblicherweise, so auch bei diesen Kindern, im Laufe der ersten fünf Lebe nsjahre auf. Diese Kinder zeigen einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, erhöhte Ablenkbarkeit und die Tendenz, zwi-

schen mehreren Beschäftigungen hin und her zu wechseln. Oft bestehen auch Leseschwierigkeiten oder andere schulische Leistungsprobleme.
In ihrem Verhalten Erwachsenen gegenüber sind sie oft d istanzlos. Von Gleichaltrigen werden sie wegen ihrer Impulsivität häufig eher gemieden.
Die Störung kann **bis ins Erwachsenenalter** bestehen bleiben.

Alle Kinder mit Regulationsstörungen haben ihrerseits e in deutlich erhöhtes Risiko, suchtmit-telabhängig, also zum Beispiel alkoholabhängig zu werden. Experten beschreiben dies in 40-50 Prozent der Fälle.

2.1.3. Emotionale Störungen

Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien sind in der Regel speziellen familiären Bedingungen ausgesetzt, die sich aus der spezifischen Dynamik der Suchterkrankung der Eltern ergeben und zu lebenslangen Störungen der Emotionalität, der Beziehungsfähig-keit und der seelischen Gesundheit führen können. Ihre Situation unterscheidet sich grundsätzlich von der anderer Kinder und stellt eine Gefährdung dar.

2.1.3.1. Familiendynamik

Zunächst sind die jüngeren Kinder der innerfamiliärenDynamik des süchtigen Verhaltens wegen ihrer realen körperlichen und seelischen Abhängigkeit hilflos ausgeliefert. Sie erleben je nach aktueller Befindlichkeit der Eltern Vernachlässigung und Verwöhnung im Wechsel, ohne dass sie zunächst verstehen können, warum das so ist und wann sie welches Verhalten zu erwarten haben. Diese Kinder wachsen ohne feste Rituale und ohne klare Familienstrukturen auf und haben damit oft keine Möglichkeit, das Geschehen um sie herum zu überblicken. Dies bedeutet, dass sie früh in eine unangem essene, sie häufig überfordernde oder einschränkende Rolle und Position innerhalb der Familie geraten.
Häufig werden solche Kinder angeleitet, die Sucht des Elternteils als Krankheit zu verstehen und zu entschuldigen. Eine Krankheit der Eltern wiederum impliziert, ihnen Schonung ge-währen zu müssen und sie nicht voll verantwortlich machen zu können. Diese Kinder werden schließlich eine verantwortungsvolle Haltung gegenüber dem entsprechenden Elternteil ent-wickeln. Sie geraten als Kind in die Rolle des „Parenting“, das heißt, wie ein Elternteil für Vater oder Mutter zu sorgen und bedeutet die Umkehrung der Familienhierarchie. Diese Kinder müssen ihre eigenen Gefühle sehr kontrollieren: Gefühle werden nicht ausgedrückt, höchstens als Vorwürfe. Angstgefühle werden zu Äußerunge n von Aggression und abwer-tendem Ärger. Da Kinder den Suchtverlauf ihrer Eltern natürlich nicht wirksam steuern kön-nen, entsteht aus der ursprünglichen Hilfsbereitschaft ein e große Hilflosigkeit mit Wut, Ent-täuschung und dem Gefühl des Scheiterns. Die Helferimpulse des Kindes kollidieren häufig

mit dieser Wut und der Enttäuschung über den abhängige Elternteil. Gleichzeitig entsteht ein innerfamiliäres gegenseitiges Misstrauen, Bitterkeit, Depression und schließlich noch mehr Verleugnung und Abspaltung von Gefühlen.
Starre Fronten der Familie nach außen vermitteln scheinbar Schutz bei hohem Schutzbedürfnis. Starre Fronten nach außen heißen aber auch, k eine Besuche und keine Kontakte zu Altersgenossen.

Für die Kinder bedeutet diese über lange Zeit bestehe nde Situation, dass sie sich nach be-stimmten, oft **unausgesprochenen Regeln** zu verhalten haben:

- Du darfst nicht auf dich achten, sondern musst alles für de ine Familie tun.
- Du musst unter allen Umständen das Familiengeheimnis wahren: Niemand darf etwas über die Rolle des Alkohols erfahren.
- Du darfst keine Freunde in die Familie bringen.
- Du darfst die Familie nicht verlassen.
- Du bist schuld, wenn etwas schief geht, wenn zum Beispiel ein Rückfall passiert. [9]

2.1.3.2. Psychosoziale Belastungsfaktoren

Zusammenfassend lassen sich die Belastungsfaktoren für die K inder wie folgt benennen:

- Mangel an altersgemäßer Versorgung und Förderung mit der Folge eines Entwicklungsrückstandes, der eine Behinderung für das ganze Leb en bedeuten kann
- ein Lebensalltag, der sich an dem Rhythmus des Suchtmittels und nicht am Rhythmus des Kindes orientiert
- mangelnde emotionale Zuwendung durch die Wirkungen des Alkoholkonsums
- Wechsel zwischen übermäßiger Verwöhnung und plötzlicher Bestrafung, der Störun-gen in der eigenen Wahrnehmung und im emotionalen Bereich hervorrufen kann
- fehlende Kindheit durch Übernahme von nicht altersgere chter Verantwortung für die Eltern und eventuell für jüngere Geschwister
- Übernahme von Schuld für die Situation zu Hause (Schul dgefühle)
- Geheimhaltung des Suchtmittelkonsums als Familiengeheimnis
- Gewalterfahrungen in der Familie bis hin zu sexuellem Missbrauch
- Einschränkung/Vermeidung sozialer Kontakte
- häufige Umzüge mit entsprechendem Umgebungswechsel, Verlust an Bindungen nach außen. Dies bewirkt Isolation und erschwert erheblich die nötige Kontinuität für die persönliche Entwicklung des Kindes / der Kinder.

---

[9] Siehe auch: Zobel/Klein (2001): Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Multiproblemfamilien

- Trennungen und Beziehungsabbrüche bis hin zum frühzeit igen Tod einer Bezugsperson sind häufiger als sonst in Familien.

2.1.3.3. Schädigungen durch die familiäre Situation

Folgende dauerhafte Beeinträchtigungen können entstehen:

- Vergeblichkeit der kindlichen Bemühungen machen latent oder offen depressiv
- niedriges Selbstwertgefühl
- Vermeidungsverhalten durch mangelndes Selbstvertrauen
- Traumatisierung durch Gewalterfahrungen
- psychosomatische Beschwerden als Möglichkeit auf sich aufmerksa m zu machen
- unbewusste Überzeugung, dass es ihnen nicht gut gehen dar f, solange es der Fami-lie schlecht geht
- spontane unkontrollierte Ausbrüche die dem Verhalten d es süchtigen Elternteils ähnlich sind
- Zurückgezogenheit und Isolation
- mangelnde Beziehungsfähigkeit durch die destruktiven Beziehungen innerhalb der Familie
- Eine starke familiäre Kohäsion verbietet Ablösungsschritte von Adoleszenten, es gilt Mitverantwortung für die Not in der Familie zu trag en.
- Eigene Bedürfnisse dürfen dann nicht so wichtig sein, müsse n zurückgehalten wer-den.

Die Kinder leiden häufig ein Leben lang unter den Folgen ihrer Erfahrungen und Erlebnisse.

2.1.3.4. Schutzfaktoren

Trotz dieser widrigen Umstände überstehen bis zu einem Drittel der Kinder aus alkoholbelasteten Familien solch schwierige Verhältnisse scheinbar unbeschadet. Die jüngere Forschung beschäftigt sich mit der Frage nach dem „Warum“, um so mögliche Ressourcen zu finden, die einen solchen Schutz bewirken können. Auf diese Art und Weise könnte eventuell anderen Kindern geholfen werden.

Die Untersuchung dieser Kinder hat folgende Schutzfaktoren feststellen können:

1. eine gelungene Mutter-Kind Interaktion von Geburt an bis mindestens zur Vollendung des ersten Lebensjahres
2. eine feste Bezugsperson in den ersten zwei Jahren
3. eine gute geistige Leistungsfähigkeit
4. eine feste Bezugsperson außerhalb der Familie
5. die Möglichkeit, Talente zu nutzen zum Beispiel in Form eines Hobbys, eventuell gemeinsam mit Freunden

6. einen Bereich im Kindergarten, in der Schule, in einem Verein oder in anderen sozialen Bezügen, in dem sie gut integriert und akzeptier t sind
7. die Möglichkeit mancher Kinder, die familiären Belastungen nicht als hilflose Opfer zu erleben, sondern als Herausforderung für ihre Entwi cklung zu sehen und nutzen zu können.

2.2. Eltern mit Alkoholproblemen

2.2.1. Definition

Alkoholprobleme hat, wer den Alkohol mißbräuchlich konsumiert bzw. nachden Kriterien des ICD-10[10] in schädlicher Weise gebraucht oder abhängig ist.

Ein mißbräuchlicher Konsum liegt vor, wenn das Genußmitel Alkohol getrunken wird, um damit periodisch oder dauerhaft psychische oder soziale Belastungen zu kompensieren. Diese Konsumform hat noch keinen Krankheitswert, ist aber eine gefährdende Vorstufe zu den folgenden Diagnosen.

Schädlicher Gebrauch von Alkohol liegt vor, wenn Alkohol konsumiert wird, obwohl bereits (mindestens) eine Gesundheitsschädigung eingetreten ist, die sich eindeutig bezeichnen läßt. Diese Schädigung kann eine körperliche Erkrankung wie z.B. eine Schädigung der Leber sein und/ oder eine psychische Störung, wie etwa ein e depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum. Schädliches Konsumverhalten führt häufig schon zu Kritik aus dem persönlichen Umfeld, evtl. zu Problemen mit der Justiz und zu negativen sozialen Folgen für die Konsumierenden und ihre Angehörigen.

Alkoholabhängig im Sinne des ICD-10 ist, wer während des vergangenenJahres drei oder mehr der folgenden Kriterien erfüllt hat:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch ni edrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Do-sen erforderlich.

---

[10] **I**nternational **C**lassification of **D**iseases (WHO), 10. Edition

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substa nz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument/ die Konsumentin sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen imKlaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Der schädliche Gebrauch von Alkohol sowie die Alkoholabhängigkeit sind von professioneller Seite zu diagnostizieren, möglichst von einem Facha rzt bzw. einer Fachärztin für Psychiatrie.

2.2.2. Medizinische Probleme

Die gegenwärtig als medizinisch unbedenklich angesehenetägliche Alkoholmenge beträgt etwa 30 g für einen etwa 70 kg schweren Mann, für Fra uen mit diesem Gewicht aus verschiedenen biochemischen Gründen 15g. 20g Alkohol entspr echen einem halben Liter Bier. Diese Grenze wird übrigens alle paar Jahre nach unten k orrigiert.

Die früheste Schädigung betrifft meistens die Leber in Form der Fettleber und der Leberzirrhose. Weitere mögliche Folgeschäden sind: Magenprobleme, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Herzschäden, Bluthochdruck, Adipositas und Fettstoffwechselstörungen, Verschlechterung vorliegender internistischer Erkrankungen, Schädigung des Gehirns (u.a. Korsakow-Syndrom) und des peripheren Nervensystems (u.a. Polyneuropathie); weiterhin gehäufte psychiatrische Probleme, u.a. Depressionen, Selbsttötungsversuche und Selbsttötungen. Auch kommen Unfälle unter Alkoholeinfluß erheblich häufiger vor. Grob gesagt schädigt der Alkohol vom Scheitel bis zur Sohle (sieheAbbildung).

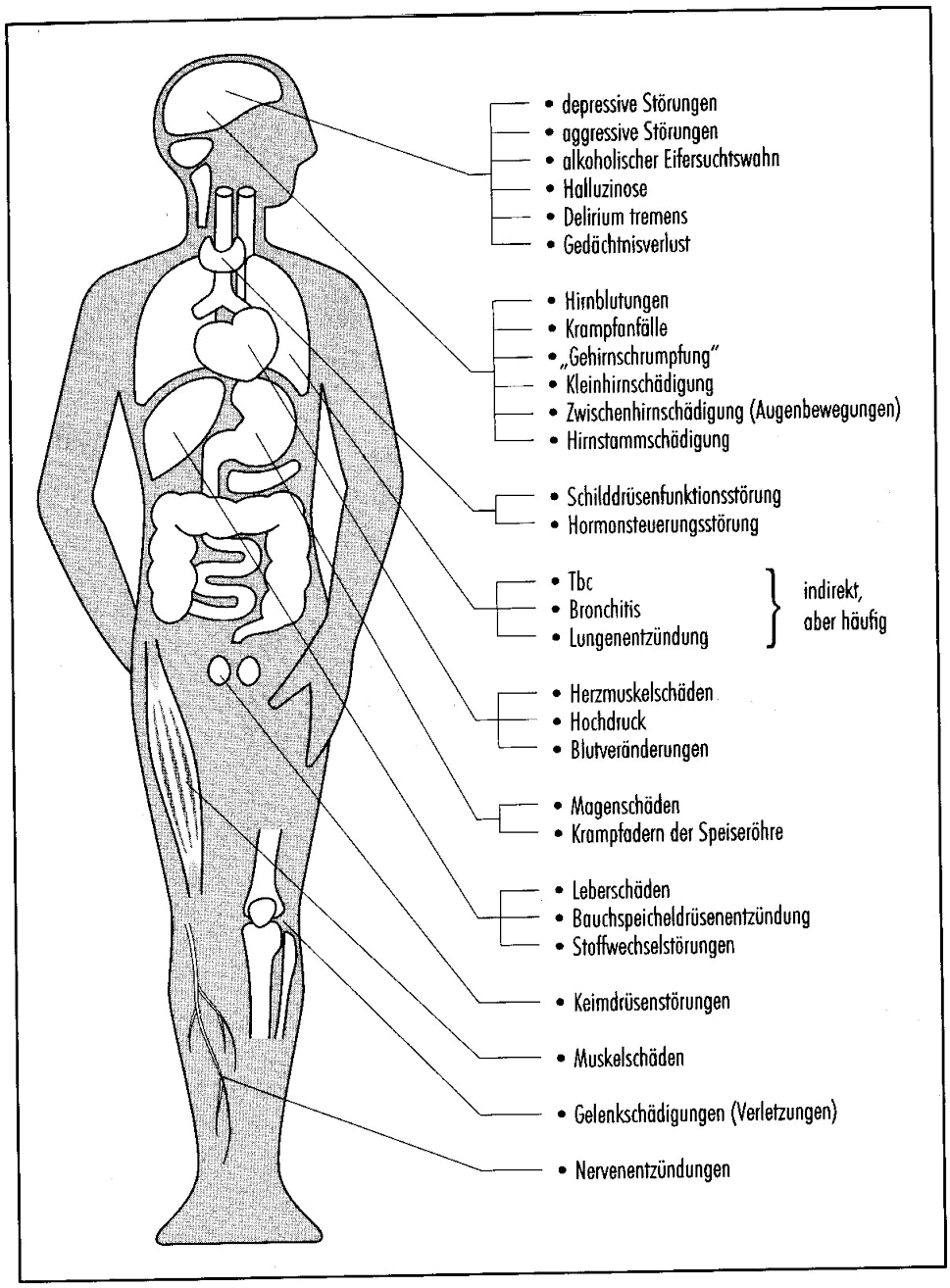


Abb.: Wichtige medizinische Schäden durch akuten und vor allem chronischen Alkoholkonsum (aus Tretter 2000, Suchtmedizin, Schattauer Verlag, Stuttgart)

2.2.3. Psychosoziale Auswirkungen

Neben dem Alkoholkonsum mit seinen spezifischen Auswirkungen lassen sich im Einzelnen folgende Probleme der Eltern benennen:

- Heimlichkeiten vor den Kindern
- allgemeine Lebensangst
- Leugnen, Verdrängen, Umdeutung von Sachverhalten

- soziale Isolation
- Führerscheinverlust
- Entzugserscheinungen oder Angst vor einsetzendem Entzug
- Politoxikomanie[11] (vor allem Medikamentenmissbrauch)
- entwürdigende Situationen
- Gewalterfahrungen
- verminderte Affektkontrolle
- strafrechtliche Vorkommnisse (Betrügereien, Gewaltausüb ung, usw.)
- wirtschaftliche Probleme bis hin zur Verarmung
- (drohender) Arbeitsplatzverlust
- Furcht die Kinder zu verlieren
- sexuelle Schwierigkeiten

Die Situation der Eltern ist meist geprägt durch finanzielle Sorgen, Schuldgefühle, Partnerprobleme und die Angst, ihre Kinder zu verlieren. Aufgrund dieser vielfältigen Belastungen können sie häufig nicht angemessen auf die schwierigen Erziehungsaufgaben reagieren. Die Auffälligkeiten der Kinder durch das Alkohol-Embryopathie-Syndrom belasten die Eltern ebenfalls erheblich und können wiederum zu einer weit eren sozialen Isolierung und Vereinsamung beitragen. Für Frauen und Männer, die ohne Partner oder Partnerin mit ihren Kindern leben, kommen die Belastungen von alleinerziehenden Müttern und Vätern hinzu. Das Ausmaß der Probleme ist grundsätzlich abhängig von erd individuellen Lebenssituation der Familie, so zum Beispiel von der Dauer der Alkoholabhängigkeit und den Konsumgewohnheiten, der finanziellen Situation und dem Grad der sozialen Integration.

[11] Abhängigkeit von mehr als einem Suchtmittel

2.2.4. Ressourcen

Neben der Beachtung der oben genannten Schwierigkeiten gilt es jedoch, im Rahmen einer Ressourcenorientierung die persönlichen und sozialen Ressou rcen der Eltern, aber auch der Kinder wahrzunehmen, zu aktivieren und zu nutzen. Diese ergeben sich zum Beispiel aus gesundheitlichen Faktoren, aus dem sozialen Umfeld, aus intakten familiären und partner-schaftlichen Beziehungen, aus dem Stand der beruflichen Ausbildung sowie den persönli-chen Interessen und Fähigkeiten.

Darüber hinaus kann die Schwangerschaft und Elternschaft selbst als Motivation für eine Lebensveränderung und für ein Herausentwickeln aus der Sucht wirken, die es durch das Hilfesystem mit den nötigen Maßnahmen zu flankieren, zu stärken und längerfristig aufrechtzuerhalten gilt.

Grundsätzlich sind jedoch gerade beim Alkohol aufgrundseines hohen Verbreitungs- und Akzeptanzgrades die zu beobachtenden Ressourcen kritisch zu betrachten. Das Vorhandensein von häufig noch formal ausreichenden Familien-und Partnerschaftsstrukturen ist dann nicht hilfreich, wenn diese Strukturen im Sinne einer – meist nicht erkannten - Co-Abhängigkeit suchtstabilisierend wirken. Krankheitsprozesse bei den Eltern können so verlängert und verfestigt werden, ohne dass dies den Akteuren selbst bewusst wird. Für die Kinder verlängert sich dadurch der Zeitraum der Einwirkung defizitärer Erziehungsmuster mit allen negativen Folgen für die eigene Persönlichkeitse ntwicklung.

Im Einzelfall ist das Spannungsfeld zwischen einer vorhandenen Bezugsperson im Sinne einer Versorgungsressource einerseits, bei gleichzeitigem Alkoholabusus derselben Bezugsperson andererseits im Hinblick auf das Kindeswohl zu berücksichtigen.

Die **Risiko- und Ressourcenabwägung** ist von Gesetz wegen grundsätzlich die Aufgabe des Jugendamtes, in München vertreten durch die Bezirkssoz ialarbeit. Es ist jedoch zunehmend darauf zu achten, und unter anderem auch Ziel dieser Kooperationsvereinbarung, dass die anderen fachlichen Disziplinen in diese Risiko- und Ressourcenabwägung einbezo-gen werden und verbindlich kooperieren.

2.3. Probleme innerhalb des Hilfesystems

Das **Hilfesystem** setzt sich im Wesentlichen aus drei Hauptbereichen zusammen:

1. **Suchthilfe/Suchtmedizin**: Sie wird geleistet durch qualifizierte Suchtberatungsstellen, die ambulanten und stationären suchttherapeutischenHilfen, sowie durch die suchtmedizinische Behandlung.
2. **Kinder- und Jugendhilfe**: Sie wird geleistet durch die Bezirkssozialarbeit in den Sozialbürgerhäusern (SBH) oder in der Zentraleinheit für Wohnungslosigkeit (ZEW), sowie in Einrichtungen der öffentlichen und freien Kin der- und Jugendhilfe.

3. **Medizinische Versorgung/Psychotherapie**: Dieser Bereich besteht aus den medizinischen und psychiatrisch/ psychotherapeutischen Hilfen durch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und in Kliniken, dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Heb ammen und den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen. Entwicklungsfö rdernde Maßnahmen, zum Beispiel im Rahmen von Ergotherapie und Logopädie, gehören ebenfalls in diesen Sektor.

Die Problemstellungen sehen für die einzelnen Bereiche unterschiedlich aus. Zusammenfassend sind folgende Schwierigkeiten zu benennen:

- Suchtprobleme in der Familie, bei Müttern oder auch V ätern, werden bei der Feststellung der Schwangerschaft, bei ärztlichen Untersuchungen oder während Krankenhausaufenthalten häufig weder erfragt noch erkannt
- die herkömmliche Suchthilfe sah die Probleme der Kinde r bisher zu wenig
- mangelhafte fachliche Ausstattung und Qualifizierung fü r die Arbeit mit Suchtfamilien in der Jugendhilfe
- keine ausreichende Nutzung der Möglichkeiten differenz ialdiagnostischer Expertisen für Kinder
- Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit der suchtkranken Eltern
- Mangel an spezifischen Hilfen für Kinder aus Suchtfamili en
- Eltern vermeiden die Hilfsangebote der öffentlichen u nd freien Jugendhilfe noch immer aus Angst vor Kontrolle und den möglicherweise sich ergeb enden Konsequenzen
- Alkoholkonsum/Alkoholmißbrauch wird als normales gesellschaftliches Phänomen gewertet. So entsteht eine verharmlosende Meinung über Alk ohol und seine negativen Auswirkungen
- mangelnde oder zu geringe Kooperation der verschieden Institutionen, Kliniken, Fachbereiche und Mitarbeiter/-innen innerhalb des Hilfesystems, zum Teil resultierend aus gegenseitigen Vorbehalten oder fehlendem Wissen
- unterschiedliche Zielvorstellungen im Hilfesystem, die zu Konflikten in der Kooperation führen.

3. Rahmenbedingungen der Kooperation

3.1. Zielgruppe

Die Kooperationsvereinbarung bezieht sich ausschließlich auf folgende Zielgruppen:

- Kinder (bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres), deren Mütter, Väter oder Eltern alkoholabhängig bzw. alkoholgefährdet sind
- Kinder und deren ehemals alkoholabhängige/-gefährd**e**tMütter, Väter oder Eltern
- alkoholabhängige/-gefährdete schwangere Frauen
- alkoholabhängige/-gefährdete werdende Väter
- alkoholabhängige/-gefährdete Mütter, Väter oder Elternpaare
- sowie die derzeitigen Partner und Partnerinnen der betroffenen Mütter und Väter.

3.2. Kooperationspartner/innen im Verbund

Die wesentlichen **Kooperationspartner/-innen** im Verbund sind:

1. im Bereich der **Suchthilfe/Suchtmedizin**:
    - ambulante Suchtberatungsstellen
    - Entgiftungskliniken
    - Eltern/Kind - Entgiftungseinrichtungen
    - Suchttherapieeinrichtungen (ambulant/stationär/teilstationär)

2. im Bereich der **Kinder- und Jugendhilfe**:
    - Bezirkssozialarbeit
    - spezielle Bereiche der öffentlichen Jugendhilfe (zum Be ispiel Vermittlungsstellen in den Sozialbürgerhäusern)
    - Kindertageseinrichtungen
    - Erziehungsberatungsstellen
    - Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Erziehungshilfen
    - Frühförderstellen

3. im Bereich **Medizin/Psychotherapie**
    - Frauenkliniken
    - Kinderkliniken
    - Allgemeinkrankenhäuser (spezielle Abteilungen)
    - Psychiatrische Kliniken
    - Krankenhaussozialdienste
    - Kinder- und Jugendärzte/-innen

- Gynäkologen/-innen
- Hebammen und Mitarbeiter/-innen im Bereich Geburtsvorbereitung
- Allgemeinmediziner/-innen
- Kinder- und Jugendpsychiater/-innen
- Ambulante Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Öffentlicher Gesundheitsdienst (Kinderkrankenpflege und Ärzt/-innen)
- Sozialpädiatrisches Kinderzentrum München
- Psychologische und ärztliche Psychotherapeut/-innen und Diplom-Psycholog/-innen

4. aus **anderen** Bereichen:

- Schwangerenberatungsstellen
- Sonstige Beratungsstellen
- Frauenhäuser
- Schulen
- Selbsthilfegruppen

Darüber hinaus existieren koordinierende und flankier ende **Verbundpartner/-innen**:

- Suchthilfekoordination der LHM
- Stadtjugendamt (weitere Abteilungen)
- Familiengericht
- Bewährungshilfe
- Polizei München (Frauenbeauftragte)
- Frauengleichstellungsstelle der LHM
- Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Pra xis (BAS)

3.3. Gemeinsames Handlungsprinzip: Gender Mainstreaming

Die Strukturanforderungen des Gender Mainstreaming[12] gelten als verbindliche politische Leitlinie der Europäischen Union für alle in München geförderten Einrichtungen. Die dort festgelegten Prinzipien bilden in diesem Sinne auch eine Grundlage für die Richtlinien und Ziele der vorliegenden Kooperationsvereinbarung.

Die **unterschiedliche Lebenswirklichkeit von Männern und Frauen** spiegelt sich in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit wieder. Väter und Mütter stehen

---

[12] Vergleiche die Veröffentlichungen der Europäischen Union von 1996, nachzulesen unter www.bmfsfj.de/gm/International/eu

aufgrund ihrer sozialen Rolle vor unterschiedlichen Problemstellungen und Herausforderungen. Diesen Tatsachen ist sowohl in der Beratung und Therapie, als auch in der fachlichen Einschätzung von Problemlagen, in der Gestaltung der Hilfsangebote und in den Entscheidungsprozessen Rechnung zu tragen.[13]

Die Kooperationspartner/-innen lenken daher ihre Aufmerksamkeit auch auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede und richten ihr Handeln auf das **Ziel der Gleichstellung der Geschlechter** aus. Insbesondere werden Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts durch geeignete Betreuungs- und Hilfsangebote ausgeglichen und verändert. So müssen Männer und Frauen die gleichen Zugangschancen zu Beratung und Therapie haben. Dies betrifft zum Beispiel die Informationsangebote, die Ö ffnungszeiten oder die Infrastruktur der Einrichtungen. Stets sollte auch geprüft werden, ob fra uen- oder männerspezifische Beratungs- und Therapieangebote anderen vorzuziehen sind. Beratungs- und Therapiekonzepte berücksichtigen die Prinzipien des Gender Mainstreaming. Dabei findet nicht nur die Situation der erwachsenen Frauen und Männer Beachtung, sondernauch die der Mädchen und Jungen. Die Ergebnisse der **Gender-Forschung** speziell zum Thema Abhängigkeit fließen in die Arbeit ein. Die Träger und Einrichtungsleiter/-innen ermöglichen ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen entsprechende Fortbildungen und Arbeitsgruppen. Darüber hinaus muss nicht nur die Arbeit mit Klienten und Klientinnen vor diesem Hintergrund reflektiert und konzipiert werden, sondern auch die Zusammensetzung der Fachkräfte und die Strukturen der Institutionen und anderer Beratungs- und Behandlungsangebote.

3.4. Sicherung der Grundversorgung der Kinder

Die im Folgenden beschriebenen Basiskriterien werden von den Kooperationspartnern und -partnerinnen als Voraussetzung für die Sicherung der Gr undversorgung, die für das Aufwachsen eines Kindes erforderlich ist, anerkannt. Sie sind jedoch nicht als Zugangsvoraussetzungen für die Inanspruchnahme des Hilfesystems zu verst ehen, sondern werden beson-ders zu Beginn als kurz- und mittelfristige Ziele verstanden, die in einem absehbaren Zeit-raum realisierbar sein müssen. Sie beschreiben auch die er forderlichen Eckpunkte und den Ermessensspielraum für die am Hilfenetzwerk beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, so daß diese eine individuelle Entscheidung darüber tre ffen können, welche Kriterien im Ein-zelnen zu erfüllen sind. Bei der Gesamteinschätzung darf der jeweilige kulturspezifische Hin-tergrund nicht außer Acht gelassen werden.

---

[13] Vergleiche das Grundsatzpapier der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) „Gender

Die durch die Basiskriterien konkretisierten Erwartungen sind Kern des Beratungsprozesses mit den Eltern. Es ist sinnvoll, diese Kriterien so früh wie möglich mit ihnen zu thematisieren und auf diese Weise ein ausreichendes Problembewusstsein aufzubauen.

Als **Basiskriterien** sind im Einzelnen zu nennen:

- ausreichendes Problembewusstsein der Eltern
- Bereitschaft zur Behandlung der Alkoholproblematik
- Inanspruchnahme von Hilfen durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, von kinder- und jugendärztlicher Versorgung (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Arztbesuche bei Erkrankungen und Einhaltung der ärztlichen Verordnungen) und gegebenenfalls von entwicklungsfördernden Maßnahmen
- Inanspruchnahme der erforderlichen Hilfen für Schwanger e
- Existenz eines geeigneten Wohnraumes beziehungsweise eine in Aussicht stehende Wohnung
- Existenz geregelter Einkünfte beziehungsweise öffentli cher Unterstützung
- Vorhandensein von ausreichend hygienischen Wohnverhältnissen
- Vorhandensein von angemessener Bekleidung, Spielzeug und sonstiger kindgerechter Ausstattung der Wohnung, zum Beispiel Schutz vor Unfällen im Wohnbereich
- emotionale Zuwendung und altersgemäße Entwicklungsförderung des Kindes durch die Eltern oder andere Bezugspersonen
- Anwesenheit von festen, kontinuierlichen Bezugspersonen für das Kind und Wahrnehmung der Aufsichtspflicht
- regelmäßige tägliche Versorgung des Kindes (zum Beispielgeregelter Wach-Schlafrhythmus des Kindes, altersgemäße Ernährung, Körperhygiene, witterungsgemäße Bekleidung)
- angemessener Umgang mit einer eventuellen Behinderung des Kindes durch die Eltern und Ausschöpfung aller bestehenden Kompensationsmöglichkei ten
- Bereitschaft zur Annahme tagesstrukturierender Angebote (gegebenenfalls außerhäusliche Kinderbetreuung) und/oder von Erziehungshilfen

Ergänzend sollte den Eltern die Möglichkeit einer **Interaktionsdiagnostik**[14] vorgestellt und angeboten werden. Diese Untersuchung ist eine sinnvolle präventive Maßnahme, die sie in ihrer Erziehungsaufgabe unterstützen kann.

Mainstreaming in der Suchtarbeit in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“.

[14] Mithilfe dieser Diagnostik können Defizite und Res sourcen in der Eltern-Kind-Interaktion erkannt und auf die-

Grundsätzlichgilt: Je jünger das Kind ist, desto dringlicher ist die S icherstellung der oben genannten Basiskriterien.

3.5. Gefährdung des Kindeswohles

Der Gesetzgeber schreibt in Artikel 6, Absatz 2 des Grundgesetzes fest: „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern un d die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht“. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Eltern das Wohl ihrer Kinder besonders am Herzen liegt und daher die Sicherung der Elternrechte gleichzeitig das Kindeswohl sichert. Dennoch kann die gesunde Entwicklung des Kindes und die Entfaltung seiner Persönlichkeit nicht immer von den Eltern alleine gewährleistet werden. Wie unter Punkt 2.1. bereits ausgeführt, stellen der Alkoholmissbrauch und die Abhängigkeit von Schwangeren und Eltern eine Gefährdung für die gesunde Entwicklung von Säuglingen und Kindern dar. Das Risiko für das Kind kann bis zur Lebensgefahr gehen.

3.5.1. Gesetzliche Grundlagen

Das **Kindeswohl** ist im Sinne von § 1666 Abs. 1 Satz 1 BGB dann **gefährdet** , wenn sich **bei Fortdauer einer identifizierbaren Gefährdungssituati on für das Kind eine erhebliche Schädigung seines körperlichen, geistigen oder seel ischen Wohls mit hoher Wahr-scheinlichkeit annehmen und begründen lässt.**

Konkret schreibt das BGB im §1666 Abs. 1 „Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ vor: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes ... durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so hat das **Familiengericht**, wenn die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sind, die Ge-fahr abzuwenden, die zur Abwehr der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen“.

Eine Kindeswohlgefährdung bestehtdamit immer aus zwei Faktoren, die beide vorliegen und damit bei der Gefährdungsabklärung auch geprüft werden müssen:
1. das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kind es wird gefährdet
und
2. die Eltern sind nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden.

Das staatliche Wächteramt verpflichtet die**Jugendhilfe** im §1 Abs. 2, Satz 2, Abs. 3. Nr. 3 SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) grundsätzlich,Kinder und Jugendliche vor Gefah-

---

ser Grundlage bleibenden Schäden rechtzeitig vorgebeugt werden.

ren für ihr Wohl zu schützen. Die Zuständigkeit und die Gesamtverantwortung zur Sicherung des Kindeswohles liegt damit aus gesetzlichen Gründen bei der öffentlichen Jugendhilfe. Auch bei Zustandekommen einer gemeinsamen Verantwortung im Rahmen des Round-Table[15], verbleibt die Fallzuständigkeit bezüglich des Kindeswohles bei der öffentlichen Jugendhilfe.

Die mit dem „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“verbundenen **Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Jugendamtes** (BSA) werden im §8a SGB VIII im Einzelnen wie folgt beschrieben:
(1) „Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hältdas Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.
(2)....
(3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichtes für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten- oder Personensorgeberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichtes nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.
(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.“

Damit hat das Jugendamt im Falle eines Verdachtes beziehungsweise im Falle einer festgestellten Gefährdung folgende**Handlungspflichten**:
- gewichtige Anhaltspunkte einer Gefährdung überprüfen
- Beteiligung der Personensorgeberechtigten sowie der Kinder

[15] Round-Table bezeichnet die Zusammenkunft aller an einem Fall beteiligten Institutionen beziehungsweise Kooperationspartner/-innen mit dem Ziel, ein gemeinsames Vorgehen zu besprechen und abzustimmen. Siehe auch 4.3. „Das Round-Table-Verfahren“

- Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrer (dazu qualifizierter) Fachkräfte
- Hilfen anbieten, die Eltern motivieren, diese anzunehmen und die Leistungen vermitteln
- Motivation der Personensorgeberechtigten zur Inanspruchnahme weiterer Leistungen (zum Beispiel von Sozial-/Leistungsträgern, Gesundheitshilfe)
- Anrufung des Familiengerichtes, wenn die Personensorgeberechtigten nicht bereit sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken
- Anrufung des Familiengerichtes, wenn sich die Gefährdungdes Kindeswohls mit den Möglichkeiten des Hilfesystems nicht beheben lässt
- bei Gefahr im Verzug und mangelnder Mitwirkung der Eltern Hinzuziehung der anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen (s.)o

Bei einer **akuten Gefahr** für das Wohl des Kindes ist die kurzfristige Unterbring ung des Kin-des durch die Bezirkssozialarbeiter/-innen in einer geeigneten Einrichtung im Rahmen der §8a Abs. 3 Satz 2 SGB VIII i.V.m. §42 SGB VIII, also eine so genannte **Inobhutnahme**, auch ohne Zustimmung der Eltern möglich. Da es sich bei d ieser Maßnahme um einen Eingriff in das verfassungsrechtlich geschützte Sorgerecht der Eltern handelt, muss eine familiengerichtliche Entscheidung in diesen Fällen umgehend nachgeholt werden.

Generell schreibt das Gesetz sowohl dem Gericht als auch den beteiligten Helfern und Helferinnen vor: **„Maßnahmen, mit denen eine Trennung des Kindes von d er elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der G efahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werde n kann“** (§1666 a Abs. 1 BGB).

3.5.2. Einschätzung der Gefährdung

Bei der Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls verdienen folgende **Aspekte** besondere Aufmerksamkeit:

- die Qualität der Versorgung der Säuglinge oder Kinder
- die gesundheitliche Situation des Kindes, sein körperlich er und psychischer Entwick-lungsstand
- die soziale Integration des Kindes
- die gesundheitliche Situation der Mutter und/oder des Vaters
- die psychische Befindlichkeit und Stabilität der Mutterund/oder des Vaters
- Art und Ausmaß des Alkoholkonsums
- die materielle und soziale Situation der Familie
- die häusliche Situation und das persönliche Umfeld.

Darüber hinaus kommt im Hinblick auf eine gesunde psychi sche und emotionale Entwicklung der Kinder der Interaktion zwischen Mutter, Vater und Kind eine besondere Bedeutung zu. Jede einzelne der an der Kooperationsvereinbarung beteiligten Institutionen trägt daher eigenständig die Verantwortung dafür, dass sie einen – wenn möglich persönlichen - Eindruck von der Interaktion zwischen Eltern und Kindern bekommt.
Gesundheits- und Entwicklungsstand, sowie vor allem die Entwicklungsdefizite bedürfen der **genauen Beobachtung** und der **speziellen Behandlung**.

Die Veränderungsbereitschaft und Lernfähigkeit der einzelnen Familienmitglieder und die vorhandenen Ressourcen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Vermeidung beziehungsweise Verringerung des Gefährdungspotentials. DieseFaktoren sind laufenden Veränderungen unterworfen, so dass die Einschätzung über das Wohl des Kindes prozessbegleitend, sowie personen- und einzelfallbezogen laufend erneut vorgenommen werden muss.

Um im Einzelfall zu einer Einschätzung über das Wohl des Kindes zu kommen, werden die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Kooperationspartner/-innen im Rahmen der regelmäßigen**Round-Table-Gespräche** ausgetauscht[16]. Dem regelmäßigen Austausch über die aktuelle Entwicklung kommt eine große Bedeutung zu, denn nur durch die laufende Vergewisserung, Reflexion und gegebenenfalls Revision der Handlungsstrategien, sowie durch die Rückkopplung und enge Zusammenarbeit mit den Betroffe nen können bedarfsgerechte und der aktuellen Situation angemessene Hilfen geleistet werden.
Der Kooperationsverbund will mit diesem Vorgehen ein Netz der gemeinsamen Verantwortung knüpfen. Die Autonomie und die Fachlichkeit der Institutionen, Einrichtungen und Personen bleibt davon unberührt.

Besteht die Kooperation zwischen allen Beteiligten noch nicht oder haben die Eltern noch nicht zugestimmt, kann bei **unklaren Gefährdungslagen** eine anonyme Erstberatung durch das Stadtjugendamt, Produktteam Erziehungsangebote / Kinderschutz stattfinden. Gegebenenfalls können in Folge auch Vertreterinnen oder Ver treter der Bezirkssozialarbeit zugezogen werden.

Liegt eine **akute Gefährdung** des Kindeswohles vor, müssen sowohl im Vorfeld als auch im Rahmen der Kooperation umgehend die geeigneten und verhältnismäßigen Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden. Insbesondere ist hier nochmals auf die gesetzlich

---

[16] Zur Rolle des Round-Table und zum Ablauf siehe 4.3. „Das Round-Table-Verfahren“

festgeschriebene Rolle und Verantwortung des Jugendamtes (BSA) hinzuweisen (vergleiche 3.5.1. „Gesetzliche Grundlagen“).

4. Kooperationsvereinbarung

Der Begriff **„Kooperation“** bezieht sich im Folgenden auf die beteiligten Institutionen und Fachkräfte des Hilfesystems.

Der Begriff **„Zusammenarbeit“** bezieht sich auf die Arbeit mit den betroffenen Mütt ern, den Vätern und den Kindern, sofern diese ihrem Alter undder Entwicklung entsprechend beteiligt werden können, sowie deren Angehörigen.

4.1. Grundzüge der Kooperation und Zusammenarbeit

Das gemeinsame Vorgehen sollte folgende **Grundzüge** tragen:

1. Die Kooperationspartner und -partnerinnen arbeiten darauf hin, die Bereitschaft zur Mitwirkung bei den Eltern - soweit nicht vorhanden - aufzubauen und die Betroffenen zu einer Zusammenarbeit im Rahmen der Kooperationsvereinbarung zu motivieren.
2. Die beteiligten Institutionen müssen ihre Intervent ionen und den Umgang mit den Be-troffenen so gestalten, dass diese Vertrauen in die unterstützende und entlastende Wirkung der Beratungs- und Hilfsangebote entwickeln kö nnen und auf diese Weise motiviert werden, die Hilfen auch in Anspruch zu nehmen.
3. Die Kooperationspartner und -partnerinnen tragen Sorge dafür, dass die Mitbestimmung und die aktive Beteiligung der Eltern an der Gestaltung des Beratungs- und Hilfeprozesses und bei der Auswahl geeigneter Hilfen gewährleistet ist. Dabei sind insbesondere die Ressourcen der Betroffenen zu nutzen.
4. Die Fachkräfte informieren die Betroffenen ausführlich über die verschiedenen Hilfe-möglichkeiten für sie und ihr Kind und geben ihnen ei nen Überblick über die unter-schiedlichen Leistungen und Bedingungen, unter denen diese in Anspruch genom-men werden können.
5. Sowohl bei der Situations- und Problemanalyse als auch bei den Beratungs-, Hilfs- und Therapieangeboten werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede, das heißt die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten von Frauen und Männern, Mädchen und Jungen in besonderem Maße berücksichtigt [17].
6. Den Eltern werden in den ersten Kontakten die durch die Basiskriterien konkretisierten Erwartungen bzw. Zielsetzungen erklärt. Sie werden darüber informiert, welche Anforderungen zur Sicherung der Grundversorgung ihres Kindes aus Sicht der Kooperationspartner/-innen bestehen. Die Vorgehensweise und die Konsequenzen bei einer Gefährdung des Kindes werden deutlich vermittelt.

---

[17] Vergleiche 3.3. „Gemeinsames Handlungsprinzip Gender Mainstreaming“

7. Im jeweiligen Einzelfall werden konkrete, möglich st schriftliche Absprachen zwischen den Klientinnen und Klienten, der BSA und den jeweiligen Kooperationspartner/-innen getroffen, in denen die Verantwortlichkeiten geklärt, das weitere Vorgehen ver-einbart sowie konkrete Berichts- und Mitteilungspflichten festgelegt werden. Dies er-folgt in der Regel in Form eines Protokolls des Round-Table-Gespräches (siehe Mus-ter im Anhang)
8. In einer kontinuierlichen Zusammenarbeit wird der Hilfebedarf und das Ausmaß der evtl. Gefährdung des Kindes in regelmäßigen Round-Table-Gesprächen mit den El-tern aktualisiert.
9. Die Kooperationspartner und –partnerinnen stellen alle erforderlichen Maßnahmen und Hilfen möglichst zeitnah zur Verfügung.

Die **Prinzipien** der beschriebenen Kooperation und Zusammenarbeit sind im Einzelnen:

Transparenz für alle Beteiligten - vor allem für die Eltern - über die jeweiligen Ar-beitsansätze und Hilfsangebote

Erleichterung des Zugangs zum Hilfesystems durch Abbau von Hemmschwellen, die Ängste hervorrufen

persönlicher Kontakt zu Eltern und Kind

klare Informationen für die Eltern über die an sie g estellten Anforderungen und Erwartungen

interdisziplinäre Zusammenarbeit und aufeinander abgestimmte Hilfen

4.2. Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Sozialdatenschutz

Grundsätzlich unterliegen alle beteiligten Fachkräftehinsichtlich der ihnen von den KlientIn-nen anvertrauten Informationen der **Schweigepflicht** (§ 203 StGB). Das heißt, zum persön-lichen Lebensbereich gehörende, im persönlichen Gespräch anvertraute Informationen dür-fen nur dann weitergegeben beziehungsweise im Rahmen der Kooperation ausgetauscht werden, wenn eine Schweigepflichtsentbindung der Klientin oder des Klienten oder ein **rechtfertigender Notstand** nach § 34 StGB vorliegt. Letzteres ist dann der Fall, wenn eine gegenwärtige, konkrete Gefahr für ein höherwertiges Rechtsgut – in diesem Fall der Schutz des Kindeswohles - nicht anders abgewendet werden kann.
Von der Möglichkeit der anonymen Form der Beratung k ann jedoch jederzeit Gebrauch ge-macht werden.

Indem die Eltern die **Einverständniserklärung** (siehe Anlage) unterschreiben, erklären sie sich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Kooperation notwendigen Informationen

zwischen den beteiligten Fachkräften im Kooperationsnetz, insbesondere während der Round-Table-Gespräche, ausgetauscht werden.

Fachkräfte der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen neben der Schweigepflicht dem **Sozialdatenschutz** (§§ 67 ff. SBG X und §§ 61 ff. SGB VIII). Sozialdaten sind in diesem Zusammenhang Einzelangaben über persönliche oder sachliche Ve rhältnisse einer Person, die vom Sozialleistungsträger im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Diese Daten sind grundsätzlich bei denBetroffenen zu erheben. Genutzt und weitergegeben werden dürfen diese Daten nur zu d em Zweck, zu dem sie erhoben wur-den. Im Rahmen der Kooperationsvereinbarung dürfen si e also zur Erbringung der oben angeführten Leistungen, Hilfen oder anderer Aufgaben weitergegeben werden. Eine Übermittlung von Sozialdaten an andere Stellen und die Verarbeitung dieser Daten ist nur sehr beschränkt zulässig und wird im Gesetz genau festgelegtIm. Regelfall muss hierzu die schriftliche Einwilligung der Betroffenen vorliegen. Gemäß § 65 SGB VIII gilt bei persönlicher und erzieherischer Hilfe zudem ein besonderer Vertrauensschutz.

4.3. Das Round-Table-Verfahren

Die „Philosophie“ die hinter dem Round-Table steht, geht davon aus, dass keine Institution beziehungsweise keine Profession alleine über ein umfasse ndes Wissen verfügt und alle Handlungsmöglichkeiten hat, um das Problem der Vernachl ässigung und Gefährdung von Kindern in Suchtfamilien zu lösen. Erst durch die Koope ration der Einrichtungen und Fachkräfte, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Schwerpunkte unterschiedliche Blickwinkel einnehmen, entsteht ein differenziertes Bild. Angebote und Interventionen können individuell angepasst und aufeinander abgestimmt werden. Auf diese Weise können ungeeignete Maßnahmen oder Doppelbehandlungen vermieden werden. Die professionelle Autonomie bleibt dabei erhalten. Zur Sicherung des Prozesses muss jedoch die Prozessverantwortung geklärt sein (siehe 4.3.4. „Prozessverantwortung“).
Die komplexen Aufgaben, die sich aus der Arbeit mit dem „System Familie“ ergeben, erfordern außer dem multiprofessionellen und abgestimmten Prozessmanagement auch die aktive Mitgestaltung des Hilfeprozesses durch alle betroffenen Mitglieder der Familie.

4.3.1. Einberufung des Round-Table

Die Entscheidung frühzeitig weitere Institutionen hinz uzuziehen sowie den ersten Round-Table einzuberufen, geschieht innerhalb einer prozessorientierten Beratung durch die erstkontaktierte Institution beziehungsweise Fachkraft. Hierbei müssen die potentiellen oder offensichtlichen Gefahren für das Kind auf der einen Se ite und die Beziehungsarbeit mit den Eltern auf der anderen Seite abgewogen werden.

Falls die erstkontaktierte Einrichtung oder Fachkraft nicht über spezifische Erfahrungen zu den Themenbereichen Kind oder Sucht verfügt, keine au sreichende Kapazität oder keinen Auftrag zur Durchführung einer prozesshaften Betreuung hat, stellt sie sicher, daß der Kontakt zu einer Einrichtung hergestellt wird, die ein Round-Table-Verfahren einleitet (s.auch 3.3.4)[18].

4.3.2. Zusammensetzung des Round-Table

Die regelmäßigenRound-Tables setzen sich je nach Problemlage im Kern zusammen aus:

1. der betroffenen Schwangeren, der Mutter und/oder dem Vater
2. einer zuständigen Fachkraft der Bezirkssozialarbeitoder eines anderen Bereiches der öffentlichen Jugendhilfe
3. der betreuenden Fachkraft der ambulanten oder stationären Suchthilfe
4. dem/der behandelnden Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin
5. den jeweiligen Fachkräften der bereits installierte Hilfen in der Familie, so zum Beispiel einem/einer AEH-Mitarbeiter/-in[19], Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Hebamme.

Für das weitere Hilfeverfahren sind bei Bedarf auch die unter Punkt 3.2. genannten Institutionen hinzuzuziehen.

Falls eine der beteiligten Personen verhindert ist, kö nnen die Stellungnahmen im Ausnahme-fall auch telefonisch oder schriftlich erfolgen oder eingeholt werden.

---

[18] Verzeichnis der Fachstellen siehe begleitendes Manual

[19] AEH bezeichnet die Ambulanten Erziehungshilfen. Dieses Angebot gehört zum Bereich der öffentlichen Ju - gendhilfe.

4.3.3. Aufgaben und Ablauf des Round-Table

Der Round Table hat folgende **Aufgaben**:

- alle Beteiligten über das interdisziplinäre Hilfenetzwerk und die Formen der Kooperation informieren
- das Einverständnis der Familie zur Zusammenarbeit erzielen und die Einverständniserklärung unterzeichnen (sofern noch nicht geschehen)
- aktive Beteiligung der betroffenen Familie sowie Transparenz gegenüber der Familie und unter allen am Round Table teilnehmenden Fachkräften
- gemeinsame Definition des Problems
- gegenseitige Konsultation bei Problemlagen
- Planung der geeigneten Maßnahmen
- klare Vereinbarungen über den jeweiligen Auftrag un d die Verantwortlichkeit der beteiligten Institutionen oder Fachkräfte sowie über die Verantwortung der Eltern treffen
- Begleitung und Unterstützung des Betreuungsprozesses der Eltern und ihrer Kinder
- kontinuierliche Kontrolle der Einhaltung und Wirksamkeit von Hilfsangeboten, Maßnahmen und Zielvorgaben.

In der konkreten Umsetzung bedeutet dies für den **Ablauf** eines Round-Table:

- Alle Beteiligten, die Familie und Fachkräfte, tauschenihre Informationen und Wahrnehmungen über die Situation des Kindes/der Kinder un d der Familie untereinander aus[20].
- gemeinsame Klärung des Hilfebedarfs der Familie sowie der jeweiligen Erwartungen und Wünsche
- Austausch über die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten und –a ngebote und deren Ziel-setzung
- Diskussionsprozess und Einigung auf das weitere Vorgehen: Welche Hilfen werden installiert, für welchen Zeitraum und unter welchen Be dingungen?
- verbindliche und schriftliche Vereinbarung mit der Familie und den Fachkräften über Art und Umfang der Hilfen
- Festlegung der Häufigkeit der Round-Tables sowie der/des Prozessverantwortlichen
- Absprachen und Vereinbarungen über ein Vorgehen in ak uten Krisen (zum Beispiel Krisen am Wochenende)
- Die prozessverantwortliche Fachkraft hält die wichtigstenAbsprachen und verbindlichen Vereinbarungen mit den Eltern in einem Ergebnisprotokoll fest. Dieses Protokoll

---

[20] Siehe hierzu 3.4. „Sicherung der Grundversorgung“ und 3.5.2. „Einschätzung der Gefährdung“

wird allen Beteiligten zugesandt und ist die Grundlage für den nächsten Round-Table.

Grundsätzliche Vereinbarungen und Entscheidungen im Sine der Kooperationsvereinba-rung werden nur beim Round-Table-Gespräch getroffen.Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Entscheidungen gemeinsam getragen werden und die erforderliche Transparenz zwischen den beteiligten Fachdisziplinen und der Familie gewährleistet ist.
Die Frequenz der Round-Table-Gespräche richtet sich nachdem individuellen Hilfebedarf, der sich aus dem Alter des Kindes und aus der konkreten Situation ergibt.

4.3.4. Prozessverantwortung

Das in der Kooperationsvereinbarung angestrebte Verfahren entspricht dem Verständnis einer Prozessverantwortung im Gegensatz zur Fallverantwortung. Die Festlegung der **Prozessverantwortung** im Einzelfall erfolgt im Round-Table-Gespräch. In der Regel übernimmt sie die Bezirkssozialarbeit oder die Suchtberatung.

Die Prozessverantwortung beinhaltet

- die Einberufung der Round-Tables (reguläre und außerordentliche)
- die Koordinierung der Hilfemaßnahmen
- die Kontrolle von Angebot und Inanspruchnahme der vereinbarten Hilfen
- die Erfassung der Rückmeldungen aller Prozessbeteiligten
- das Krisenmanagement bei akuten Gefährdungssituationen
- die Hinzuziehung der öffentlichen Jugendhilfe bei aku ten Gefährdungssituationen
- die Information der Netzwerkbeteiligten

4.4. Vorgehen bei Dissens

Die Beteiligten können unter Umständen eine unterschiedliche Wahrnehmung der vorhandenen Ressourcen und des Risikograde s einer Gefährdung des Kindes haben. Daraus und aus den speziellen Aufgabenstellungen der jeweiligen Einrichtungen können sich im Einzelfall unterschiedliche Prognosen und angestrebte Vorgehensweisen ergeben. In dieser Situation ist ein ernsthaftes Bemühen aller Beteiligten gef ordert, einen Konsens zu finden und ein gemeinsames Vorgehen zu entwickeln.

Misstrauen, Kritik oder ein Konflikt, der nicht die Familie, sondern den Beitrag einer oder mehrerer Fachkräfte im konkreten Hilfenetzwerk betrifft, können zur Klärung der Situation eine **Konferenz der Helfer/-innen** erforderlich machen. Diese dient ausschließlich der Aussprache unter den Fachkräften und der (Wieder-)Herstellung einer gemeinsamen und belastbaren Arbeitsgrundlage. Diese Helfer/-innenkonferenz behandelt keine Themen und fasst keine Entschlüsse, die die Familie direkt betreffen . Sie ist also in keinen Fall dazu ge-dacht, um in einer Kooperation außerhalb des Round-Table eine Absprache unter den Fach-kräften über das inhaltliche Vorgehen und die zu installierenden Hilfen ohne die Familie vorzubesprechen oder im Vorhinein zu beschließen.
Die Fachkraft, die eine Helfer/-innenkonferenz aufgrund einer Störung in der Kooperation als notwendig erachtet, informiert den oder die Prozessverantwortliche/n hierüber und initiiert so einen gemeinsamen Termin. Die Familie ist vor der Konferenz darüber zu informieren, dass die Fachkräfte Themen der Zusammenarbeit unter sich besprechen möchten und dass keine Inhalte des Round-Table besprochen werden. Sollten zur Lösung des Konflikts strukturelle Änderungen notwendig werden, sind diese im Anschluss mit der Familie zu besprechen und ihnen transparent zu machen.

Für den Fall, dass keine Entscheidung für ein gemeinsame s Vorgehen im Sinne der Kooperationsvereinbarung getroffen werden kann, übernimmt die öffentliche Jugendhilfe aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages das weitere Verfahren. Die beteiligten Kooperationspartner und -partnerinnen sind über die Entscheidung und deren Hin tergrund im Sinne einer guten Zusammenarbeit zu informieren.
Für den Fall, dass keine Entscheidung für ein gemeinsame s Vorgehen im Sinne der Koope-rationsvereinbarung getroffen werden kann, übernimmt die öffentliche Jugendhilfe aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages das weitere Verfahren (siehe auch 3.5.1.:Gesetzliche Grundla-gen). Die beteiligten Kooperationspartner und -partnerinnen sind über die Entscheidung und ihren Hintergrund im Sinne einer guten Zusammenarbeit zu informieren.

4.5. Grenzen der Kooperation und Zusammenarbeit

Die Grenzen der Zusammenarbeit mit den Betroffenen im Sinne der Kooperationsvereinbarung sind vorläufig erreicht, wenn die Eltern den Kontakt zu den Kooperationspartner und -partnerinnen im Hilfesystem ganz meiden oder nicht die nötige Kooperationsbereitschaft zeigen.

In diesem Fall wird von dem oder der Prozessverantwortlichen eine Zusammenkunft der beteiligten Fachkräfte einberufen. Diese entscheidet abschließend über die notwendigen weiteren Schritte und benennt die Verantwortlichkeiten.

Bei einer akuten Gefährdung des Kindes werden die nachdem Gesetz erforderlichen Maßnahmen, die im Einzelfall notwendig und geeignet erscheinen, zur Sicherung des Kindeswohles eingeleitet.

5. Umsetzung des Gesamtkonzepts

Die Voraussetzung für eine langfristig erfolgreiche Umse tzung des Konzepts sind bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen, gemeinsame Grundsätze,die das Handeln leiten und Maßnahmen zu fachlichen Begleitung und zur Qualitätssicherung.

5.1. Strukturelle Rahmenbedingungen

Die Kooperationspartner/-innen schaffen, gemäß ihrer Möglichkeiten, die entsprechenden im folgenden genannten strukturellen Rahmenbedingungen. Diese Bedingungen müssen so-wohl die Bedürfnisse der Zielgruppe als auch die der Fa chkräfte mit einbeziehen.

Zu diesen **Voraussetzungen** gehören:

- das Bereitstellen von Räumlichkeiten, in denen ungestör mit den Müttern, Vätern oder Eltern und ihren Kindern gearbeitet werden kann
- das Erstellen von themen- und angebotsspezifischem Informationsmaterial der jeweiligen Institutionen oder Disziplinen für die Zielgruppe und die Fachkräfte
- die Implementierung und Umsetzung der Prinzipien des Gender Mainstreaming in die Arbeitskonzepte und Angebotsgestaltung[21]
- die Erhebung und Bereitstellung interner statistischer Daten und deren Aussagen über Eltern, Kinder und den Verlauf der gemeinsamen Arbeit in allen Institutionen und bei allen Fachkräften, um eine Auswertung und Überprüfung der H ilfsangebote und Kooperation der Netzpartner/-innen zu ermöglichen
- Teilnahme von Mitarbeitern aus aller Fachdisziplinen an spezifischen Fortbildungen
- Fallbesprechungen und Supervision für die Fachkräfte
- die Benennung von verantwortlichen Fachkräften für diesen Arbeitsbereich beziehungs-weise für diese Thematik durch die Träger oder die zuständigen Leitungskräfte mit dem Ziel, die Kontinuität in diesem Arbeitsgebiet zu gewährleisten
- Informationsaustausch zwischen den beteiligten Fachkräftenüber ihre jeweilige Disziplin

Der zeitliche und gegebenenfalls finanzielle **Mehraufwand**, der durch die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung und den weiteren Qualifizierungsprozess bei einzelnen Institutio-nen oder Fachkräften entsteht, kann erst zu einem später n Zeitpunkt anhand der Erfah-rungswerte präzisiert werden.

---

[21] Siehe hierzu den Vorstandsbeschluss der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) vom 05.10.2004; im Internet unter www.dhs-intern.de/pdf/gender.pdf

5.2. Delegiertenkreis des Münchner Hilfenetzwerks

Das Konzept wird prozessbegleitend von allen beteiligten Institutionen reflektiert, um anhand der Praxis die Umsetzung und ihre Durchführbarkeit zu überprüfen. Hierzu wurde ein „**Delegiertenkreis des interdisziplinären Hilfenetzwerkes“** [22] gebildet, der folgende Aufgaben hat:

- inhaltliche Begleitung des Kooperations-Netzwerkes
- Verfahrensfragen klären
- konkrete Fragen aufgreifen und gegebenenfalls Empfehlungen erarbeiten
- anonymisierte Einzelfälle besprechen, um Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung zu erkennen und auszuwerten[23]
- Vorschläge zur Fortschreibung und Verbesserung des Verfahrens erarbeiten
- ergänzende Arbeitshilfen und Handlungsempfehlungen erstellen
- Tagungen oder andere Zusammenkünfte aller Kooperatio nspartner/-innen anregen

Empfehlung:
Der Delegiertenkreis berichtet dem Arbeitskreis Sucht des Gesundheitsbeirates einmal jährlich über den Stand der Umsetzung.

Anzahl der Teilnehmer/-innen und Zusammensetzung

Sozialreferat / BSA	3–4
ambulante Suchtberatungsstellen	2
Frauentherapiezentrum	1
niedergelassene Gynäkologen/-innen	1
niedergelassene Allgemeinmediziner/-innen oder Internisten/-innen	1
niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/-innen	1-2
Kinder- und Jugendpsychiater/-innen	1
Psychotherapeuten/-innen	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (RGU und freie)	1–2
Hebamme	1
Kinderkrankenhäuser	1
Frauenkliniken/Geburtsabteilungen	1

[22] Aufgrund der parallelen Hilfenetzwerke zur Drogenabhängigkeit bzw. zur Alkoholproblematik gibt es zwei Delegiertenkreise mit teilweise unterschiedlicher Besetzung, die sich miteinander vernetzen.
[23] Diese Besprechungen dienen nicht der Begleitung von Einzelfällen im Sinne einer Supervision sondern der generellen Problemanalyse.

stationäre Entgiftung und Therapie	1
Selbsthilfe	1
Kindertageseinrichtungen/Schule	1
Ambulante Erziehungshilfen	1
Gesamtzahl Teilnehmer/-innen:	19-22

Benennung beziehungsweise Delegation der Mitglieder

Die Mitglieder der oben genannten Bereiche werden von den verschiedenen Einrichtungen beziehungsweise Fachrichtungen als Delegierte benannt. Sie bringen Fragen aus ihrem Bereich ein und sorgen für die Verbreitung von Informat ionen und der Ergebnisse, zum Beispiel durch die Protokolle, in den von ihnen vertretenen Einrichtungen.

Moderation, Ort und Zeit

Die Moderation beinhaltet die Gesprächsleitung und dieVerantwortung für die Einladungen zu den Treffen. Die einzelnen Delegierten haben ihren eigenen Verteiler für den Versand der Protokolle, der auch als E-Mail möglich ist.

Die Moderation kann zum einen aus dem Kreis der Teilnehmer/-innen bestimmt werden und sollte in diesem Fall jährlich roulieren. Sie kann aber auch extern vergeben werden, sofern hierfür die Mittel bereit stehen.

Die Treffen finden mindestens viermal jährlich statt. Der Delegiertenkreis kann je nach Thema und Bedarf Fachleute von außen einladen.

5.3. Evaluation

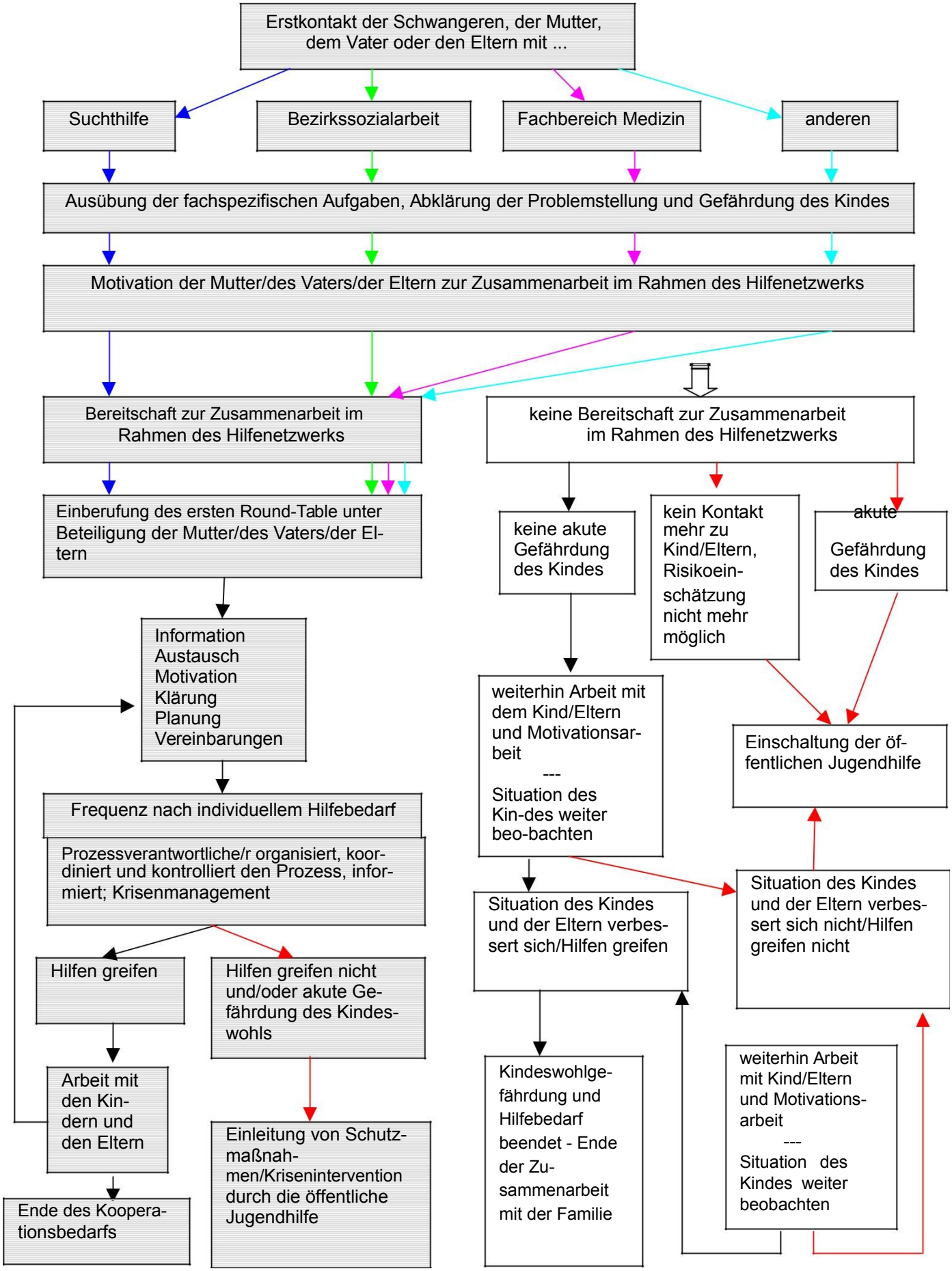
Die Notwendigkeit einer Evaluation als Maßnahme zur Qualitätssicherung und als Grundlage für die Fortschreibung des Konzepts wird von allen Koop erationspartner und -partnerinnen anerkannt. Die folgenden Fragen sollen schwerpunktmäßig Gegenstand des empirischen Prüfverfahrens sein:

1. Werden durch das Vorgehen im Rahmen der Kooperationsvereinbarung mehr Familien erreicht?
2. Sind die Kinder aus Familien mit suchtkranken Eltern durch die Kooperation besser geschützt?
3. Wird die Kooperation der verschiedenen Fachdisziplinen durch die vorliegende Vereinbarung verbessert?

Die konkreten Indikatoren für die genannten Bereiche werden von einem beauftragten Institut entwickelt und festgelegt. RGU und Sozialreferat übernehmen die Federführung für den Entwicklungs- und Umsetzungsprozess. Die erforderlichen Schritte erfolgen in Kooperation mit den Fachkräften des Delegiertenkreises.

5.4. Koordinierung und Prozesssteuerung

Beide Kooperationsvereinbarungen, also zu den Themen Drogen und Alkohol, wurden dem Stadtrat der Landeshauptstadt München, der Fachöffentli chkeit im Arbeitskreis Sucht des Gesundheitsbeirates sowie weiteren einschlägigen Arbeitskreisen vorgestellt und dort im Hinblick auf ihre Umsetzung diskutiert.
Nach einem angemessenen Zeitraum, in dem Erfahrungen gesammelt werden können, wer-den die Konzepte zu den Bereichen Drogen und Alkohol von den Mitgliedern des Verbund-systems bewertet und fortgeschrieben. Die erforderlichen Konferenzen werden durch die Landeshauptstadt München, RGU, einberufen und organisie rt.
Zu einem geeigneten Zeitpunkt ist vom Referat für Ge sundheit und Umwelt und seinen Kooperationspartnern und -partnerinnen sowie mit der Suchthilfekoordination des Bezirks Oberbayern und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesu ndheit, Ernährung und Verbraucherschutz zu prüfen, ob das vorliegende Konzept auch fü r andere Städte in Bayern eine Signalwirkung haben beziehungsweise übertragen werden kann.

Die Mitglieder des Münchner Hilfenetzwerkes für Kinder und ihre Eltern mit Alkoholproblemen und weitere Informationen aus dem Hilfenetzwerk können unter der Internetadresse www.muenchen.de/hilfenetzwerk eingesehen werden.

Ablaufschema für die Arbeit mit Kindern und deren a lkoholabhängigen Eltern im Rahmen der Kooperationsvereinbarung