



Suchthilfekoordination

Münchner Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern



Kooperationsvereinbarung zur
Koordination interdisziplinärer Hilfe

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

Vorwort	5
Einleitung	8
1. Zielsetzung des Hilfenetzwerkes	9
2. Ausgangssituation	12
2.1. Probleme der Kinder von Drogenabhängigen	12
2.1.1. Medizinische Probleme	12
2.1.2. Psychosoziale Auswirkungen	14
2.1.2.1 Schäden durch Vernachlässigung	15
2.1.2.2. Psychosoziale Belastungsfaktoren	16
2.1.2.3. Schutzfaktoren	16
2.2. Probleme drogenabhängiger Eltern	17
2.2.1. Definition von Drogenabhängigkeit	17
2.2.2. Medizinische Probleme	17
2.2.3. Psychosoziale Auswirkungen	19
2.2.4. Ressourcen	19
2.3. Probleme innerhalb des Hilfesystems	20
3. Rahmenbedingungen der Kooperation	22
3.1. Zielgruppe	22
3.2. KooperationspartnerInnen im Verbund	22
3.3. Gemeinsames Handlungsprinzip: Gender Mainstreaming	24
3.4. Sicherung der Grundversorgung der Kinder	25
3.5. Gefährdung des Kindeswohles	26
3.5.1. Gesetzliche Grundlagen	26
3.5.2. Einschätzung der Gefährdung	29
4. Kooperationsvereinbarung	31
4.1. Grundzüge der Kooperation und Zusammenarbeit	31
4.2. Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Sozialdatenschutz	32
4.3. Das Round-Table-Verfahren	33
4.3.1. Einberufung des Round-Table	33
4.3.2. Zusammensetzung des Round-Table	34
4.3.3. Aufgaben und Ablauf des Round-Table	34
4.3.4. Prozessverantwortung	35

4.4. Vorgehen bei Dissens	36
4.5. Grenzen der Kooperation und Zusammenarbeit	37
5. Umsetzung des Gesamtkonzepts	38
5.1. Strukturelle Rahmenbedingungen	38
5.2. Delegiertenkreis des Münchner Hilfenetzwerks	39
5.3. Evaluation	40
5.4. Koordinierung und Prozesssteuerung	41

Anhang

Ablaufschema nach Erstkontakt

Vorwort

Es ist eine Realität, die uns verpflichtet zu handeln: Kinder suchtkranker Eltern sind im Alltag und in ihrer Entwicklung Gefährdungen ausgesetzt, die schwerwiegende Auswirkungen auf ihr gesamtes Leben haben können. Zudem erkennen immer noch zu viele drogenabhängige Frauen ihre Schwangerschaft nicht rechtzeitig oder schädigen ihr Kind aus Unwissenheit über die Folgen des Suchtmittelkonsums bereits in dieser vorgeburtlichen Phase. Drogenabhängige Mütter und Väter verbergen ihre Notlage aus Angst, ihr Kind könnte ihnen weggenommen werden und nehmen sich damit die Chance auf Hilfestellung bei der Überwindung ihrer Suchterkrankung.

Die Ursachen für diese Problemlagen sind vielschichtig. Sie liegen unter anderem im Betäubungsmittelgesetz, das bestimmte Suchtformen de facto unter Strafe stellt und damit dazu beiträgt, dass die Betroffenen immer weiter in den Kreislauf von Heimlichkeit, Lügen und der Verschlimmerung ihrer Suchterkrankung geraten. Die Ursachen liegen jedoch auch in dem Spannungsverhältnis, das sich ergibt aus der Fürsorgepflicht für die betroffenen Kinder und ihre Rechte auf der einen Seite und der Fürsorgepflicht für deren suchtkranke Mütter und Väter und deren Rechte auf der anderen Seite. Aus diesem Spannungsfeld ergeben sich besondere Schwierigkeiten sowohl für die Institutionen und Fachkräfte des Hilfenetzwerkes, die unterschiedlichen Aufgaben gerecht werden müssen, als auch für die Eltern, die nicht nur die Suchterkrankung und ihre Folgen bewältigen, sondern auch ihren Kindern gerecht werden müssen.

Die Kooperationsvereinbarung „Münchener Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern“ ist eine Reaktion auf diese Tatsachen und die sich daraus ergebenden Herausforderungen. Im Mittelpunkt steht die Koordinierung der unterschiedlichen Fachdisziplinen und die Verbesserung der Kooperation zwischen den Beteiligten des Hilfenetzwerkes und den Eltern.

Ein wesentliches Ziel dieser Vereinbarung ist, das Vertrauen der Schwangeren, der Mütter und Väter zu den beteiligten Institutionen und ihren Hilfsangeboten zu stärken. Nur wenn die Eltern ihre Angst verlieren, können wir sie rechtzeitig erreichen und den Kindern frühzeitig die notwendige Unterstützung und Behandlung zur Verfügung stellen. Vorgehensweisen, die den Mechanismus der Verleugnung und der Unterdrückung von Problemen verstärken, schaden den Kindern, indem sie den Zugang zu den Eltern und damit eben auch zu den Kindern erschweren. Die Gefährdungslage für die Kinder verschlimmert sich unter diesen Umständen und führt im Einzelfall zu einer Eskalation, der dann oftmals nur noch mit einer Fremdunterbringung des Kindes, und damit der Trennung von den Eltern, begegnet werden kann.

Anliegen dieser Vereinbarung ist es außerdem, die destruktiven Kommunikationsmuster, die dem Phänomen Sucht zueigen sind und diese Erkrankung weiter fördern, auf der strukturel-

len Ebene der Hilfeinrichtungen sowohl in ihrem Umgang miteinander als auch mit den Betroffenen nicht zu wiederholen. Deshalb ist eine konstruktive Kommunikation unter allen Beteiligten geboten, die den unterschiedlichen Betrachtungs- und Herangehensweisen Raum lässt und dennoch nicht das gemeinsame Ziel der optimalen Hilfestellung für die Kinder und deren suchtkranke Mütter und Väter aus den Augen verliert. Die Bedürfnisse und Rechte der jeweiligen Betroffenen, die Erfordernisse und Verpflichtungen, die sich aus der vorliegenden Situation ergeben, müssen offen diskutiert und unter Einbeziehung aller Argumente abgewogen werden.

München hat bereits 1996 mit der Einrichtung von Extra e.V., dem Beratungs- und Kontaktzentrum für drogenabhängige Frauen, Mütter und ihre Kinder, durch den Bezirk Oberbayern - in Kooperation mit der Bezirkssozialarbeit (BSA) und mit starkem Zutun des Referates für Gesundheit und Umwelt (RGU) - ein erstes deutliches Signal gesetzt, zukünftig für drogenabhängige Mütter mit ihren Kindern die notwendigen Hilfen bereitzustellen. Neben dem Allgemeinen Sozialdienst (ASD) der Landeshauptstadt München mit seinen vielfältigen Aktivitäten ist es das Verdienst von Extra e.V., in den vergangenen Jahren immer wieder in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen auf die Dringlichkeit dieses Problems aufmerksam gemacht zu haben.

Der Arbeitskreis Sucht des Gesundheitsbeirates hatte erstmals in der Sitzung am 16.12.1998 das Thema „Süchtige Mütter unter der Geburt: Hilfen für Mutter und Kind“ auf der Tagesordnung. Aufgrund der Initiative des Allgemeinen Sozialdienstes und von Extra e.V. entstand in Zusammenarbeit mit dem RGU daraufhin der Arbeitskreis „Suchthilfe rund um die Geburt“. Alle beteiligten Fachleute befassten sich in dieser Zeit zunehmend intensiv mit den Lebensphasen drogenabhängiger Frauen. In einem langen kontroversen Diskussionsprozess haben sich viele Disziplinen an einen Tisch begeben und weitere kommen hinzu. Dies ist sicherlich ein Beleg dafür, dass der Wille und das Engagement, gesellschaftliche und individuelle Zustände zu verbessern, Not zu lindern und die Chance auf eine gemeinsame Zukunft von Suchtkranken und ihren Kindern zu erhöhen, als eine gemeinsame Aufgabe verstanden wird. Die hierzu erforderliche Akzeptanz der unterschiedlichen Fachdisziplinen, die akzeptierende und ressourcenorientierte Haltung gegenüber den hilfesuchenden Bürgerinnen und Bürgern sind nicht nur grundlegende Voraussetzungen für eine gezielte Kooperation und Zusammenarbeit, sie sind auch ein richtiger Schritt zur Einlösung dessen, was nach dem SGB IX im Sinne zügiger Hilfen und Zuständigkeitsklärung gefordert wird.

Die vorliegende Kooperationsvereinbarung ist eine konkrete Absichtserklärung, sich auf bestimmte Verfahren im Umgang mit drogenabhängigen Schwangeren und abhängigen Müttern und Vätern einzulassen und miteinander die notwendigen Schritte im Hilfeprozess zu

gehen. Sie ist kein rechtsverbindlicher Vertrag, es wird jedoch damit dokumentiert, dass man sich gemeinsam auf einen Weg machen will, der die Vernetzung der Hilfen als Voraussetzung hat, der aber auch noch Korrekturen und Fortschreibungen zulässt und bestehende fachliche Konflikte überwinden sowie neue Horizonte der Kooperation eröffnen wird.

Allen Beteiligten ist bereits jetzt zu danken für ihr Engagement, ihre Geduld und ihre Kompromissfähigkeit beim Zustandekommen dieser Kooperationsvereinbarung, die nun mit gleichem Engagement realisiert werden muss.

Michael Lubinski †

Suchthilfekoordinator der Landeshauptstadt München 1995 - 2006

Einleitung

Mit der vorliegenden Vereinbarung soll ein verbindlicher Rahmen für die Kooperation und Koordination der Behandlung und Hilfen sowie eine Regelung der Verantwortlichkeiten im Umgang mit Kindern und deren drogenabhängigen/substituierten Müttern, Vätern oder Eltern 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 Fördermöglichkeiten sowie die Anpassung derselben an die Bedürfnisse der betroffenen Kinder und deren Eltern. Es ist darüber hinaus notwendig, dass die helfenden Institutionen gezielt auf die Inanspruchnahme dieses Angebotes hinwirken.

Ein Facharbeitskreis „Rund um die Geburt“ aus insgesamt 41 Institutionen hat über einen Zeitraum von zwei Jahren die Vorarbeiten für die **Entwicklung dieser Kooperationsvereinbarung** geleistet. Federführend war dabei die Suchthilfekoordination des Referates für Gesundheit und Umwelt in enger Kooperation mit der Bezirkssozialarbeit und dem Jugendamt. Die Problematik der drogenabhängigen Eltern und ihrer Kinder wurde im Arbeitskreis durch Vertreter und Vertreterinnen aller Fachdisziplinen eingehend behandelt.

Für die **Abfassung** des Münchner Hilfenetzwerks wurden eine Kooperationsvereinbarung aus Essen sowie ein Erfahrungsbericht aus Hannover hinzugezogen, die über Vorträge im Arbeitskreis „Rund um die Geburt“ vermittelt wurden.

Alle beteiligten Fachbereiche, also die Bezirkssozialarbeit, das Jugendamt, die Suchthilfe und Suchtmedizin, die Pädiatrie, die Gynäkologie, die Erziehungsstellen und einige weitere Bereiche, haben sich seit Beginn der gemeinsamen Auseinandersetzung um geeignete Hilfen für die Kinder und ihre abhängigen Eltern sowohl im Bereich ihrer eigenen Fachlichkeit weiter qualifiziert als auch in der Vernetzung mit den anderen Fachkräften und Institutionen an Kompetenz und Handlungsmöglichkeiten hinzu gewonnen, die wiederum in die vorliegende Fassung des Hilfenetzwerks eingeflossen sind.

Die nun vorliegende Fassung des Münchner Hilfenetzwerks für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern wurde im Gesundheitsausschuss des Münchner 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

- ¹
drogenabhängige Mütter, Väter und Eltern bei der Überwindung der Suchterkrankung zu unterstützen
- drogenbedingte 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 Behandlungsmöglichkeiten,
- Fördermaßnahmen bei Entwicklungsdefiziten,
- tagesstrukturierende Angebote und
- altersgemäße Freizeitmaßnahmen

bereit zu stellen.

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 Drogenproblem befassten Institutionen der Suchthilfe, der öffentlichen und freien Jugendhilfe, den beteiligten Fachkliniken und den niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen ²

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit nur noch der Begriff „Eltern“ verwendet. Sofern nicht anders gekennzeichnet sind mit ihm immer auch alleinerziehende Mütter und Väter oder betroffene Elternteile gemeint.

² Zu den einzelnen am Kooperationsprozess beteiligten Institutionen und Fachbereichen siehe 3.2. „Kooperationspartner/-innen im Verbund“

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 sensib-

les 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 Gefährdung des 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 Schwangerschaften
- Information und Aufklärung zu Gefahren und Wirkungen von Suchtmittelgebrauch während der Schwangerschaft
- Beratung zur verantwortlichen Schwangerschaftsgestaltung
- Maßnahmen zur Verbesserung des Wissens über die Gefährdungen des Kindeswohles in der Familie durch den Konsum von Drogen und anderen Suchtmitteln
- die frühzeitige Einbeziehung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Bezirkssozialarbeit (BSA)³ 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

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

- Schwangerschaftskomplikationen
- drogeninduzierten Behinderungen
- Fremdunterbringungen

³ Bezirkssozialarbeiter/-innen sind Vertreter/-innen der öffentlichen Jugendhilfe. Zu ihren Aufgaben gehört es, Eltern bei Schwierigkeiten in der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zu unterstützen sowie geeignete 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 an die Sozialbürgerhäuser (SBH) und die Zentraleinheit Wohnungslosigkeit (ZEW) angebunden.

- 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 Unterzeichner rechtlich mit Ansprüchen und einklagbaren Verpflichtungen ausstattet. Die Zustimmung der Eltern ist die Voraussetzung, um das interdisziplinäre Hilfenetzwerk wirksam werden zu lassen.

2. Ausgangssituation

In der BRD leben nach Schätzungen des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. circa drei bis vier Millionen Kinder und Jugendliche in Familien, in denen mindestens ein Elternteil suchtmittelabhängig ist. Alkohol steht als Suchtmittel an oberster Stelle. Etwa 50 000 Kinder und Jugendliche haben mindestens einen Elternteil, der drogenabhängig ist. In der Praxis sind es meist Mütter, die alleinerziehend mit ihren Kindern leben. Die Kinder drogenabhängiger Väter leben häufig bei den Müttern oder nahen Verwandten. Ihre Zahl ist daher schwer zu schätzen.

Rechnet man die geschätzte bundesweite Anzahl von Kindern und Jugendlichen auf die Situation in der Stadt München um⁴, so müssten hier etwa bis 1800 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben, bei denen mindestens ein Elternteil drogenabhängig ist oder sich in Substitution befindet⁵.

Genauere Zahlen liegen beispielsweise über die Tätigkeit der BSA vor. So lebten im Jahr 2004 in 540 Haushalten mit Kindern, in denen ein Problem mit illegalen Drogen beziehungsweise eine Substitutionsbehandlung festgestellt wurde, 875 Kinder und Jugendliche zusammen mit ihren Eltern. Darunter befanden sich 288 alleinerziehende Mütter und 22 alleinerziehende Väter.

2.1. Probleme der Kinder von Drogenabhängigen

2.1.1. Medizinische Probleme

Der Konsum von legalen und illegalen Drogen während der Schwangerschaft bedeutet eine grundsätzliche Gefährdung des ungeborenen Lebens. So ist eine Neigung zu Frühgeburten festzustellen, es entstehen Mangelentwicklungen oder direkte toxische Schäden.

Die toxischen oder teratogenen⁶ Schäden der Kinder, die in der Schwangerschaft Opiaten ausgesetzt waren, sind, soweit man das bislang weiß, erstaunlich gering. Im Gegensatz dazu verursacht Alkohol schwere organische Fehlbildungen und hat mangelnde geistige Entwicklungsmöglichkeiten zur Folge. Experten gehen heute davon aus, dass ein Großteil der Kinder in Förderschulen nicht erkannte „Alkoholembryopathie-Kinder“ sind.

Inwieweit toxische Schäden durch Kokain in der Schwangerschaft entstehen, wird noch unterschiedlich diskutiert.

⁴ Anzahl der Drogenkonsument/-innen, davon Anteil der Frauen, circa die Hälfte hat mindestens ein Kind

⁵ Zahlenangaben gemäß der Schätzzahlen der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis zur Zahl der Drogenabhängigen in München

⁶ Fehlbildungen betreffend

Organische oder somatische Schäden entstehen

1. infolge einer mangelhaften Schwangerschaftsführung. Es kommt häufig zu Komplikationen wie zum Beispiel zu einer Frühgeburt, eventuelle verbunden mit Hirnblutungen oder Krampfanfällen, als Ursache für eine bleibende Behinderung.
2. durch eine Unterversorgung des Kindes in der Schwangerschaft, was zu untergewichtigen und zu kleinen Kindern (small for date) führen kann oder durch Geburtskomplikationen wie zum Beispiel Sauerstoffmangel, der das Neugeborene dauerhaft schädigen kann..

Das neonatale Entzugssyndrom, also das Drogenentzugssyndrom beim Neugeborenen, kann ebenfalls somatische Schäden verursachen. Unbehandelt führt es unter Umständen zum Tode. Es tritt in den meisten Fällen in den ersten drei Tagen nach der Geburt auf, da das Neugeborene durch die Nabelschnur die Drogen der Mutter mit eingenommen hatte und nun keinen weiteren Nachschub mehr bekommt.

Finnegan⁷ hat das neonatale Entzugssyndrom ausführlich beschrieben und auf eine Vielzahl von typischen Symptomen hingewiesen⁸. So wird unter anderem das zentrale Nervensystem beeinflusst und es lässt sich zum Beispiel Hyperaktivität und leichte Erregbarkeit beim Säugling beobachten, die in häufigem schrillen Schreien ihren Ausdruck findet. Daneben kann es zu zerebralen Krampfanfällen kommen. Im Bereich der Atmung können beschleunigtes Atmen und starke Sekretbildung auftreten. Den Magen-/Darmtrakt betreffende Auffälligkeiten sind Durchfälle, Erbrechen oder Probleme beim Saugen übertrieben (oder ineffizient). Die Belastung des vegetativen Nervensystems zeigt sich beispielsweise durch Schwitzen, Hautrötungen oder Fieber. Ein typisches Hautsymptom sind offene Stellen im Gesäßbereich.

Die **Häufigkeit des Auftretens** des neonatalen Entzugssyndroms nach Opiateinnahme der Mutter liegt bei 60-90%, sie ist meist abhängig von der Höhe der Dosis. Der Beginn ist erfahrungsgemäß 12-72 Stunden nach der Geburt, selten auch noch später.

Nach Methadongebrauch und auch nach regelmäßiger Einnahme von Benzodiazepinen⁹ ist der Entzug verzögert und länger. Er kann bis zu 6-8 Wochen, sehr selten auch mal bis zu 16 Wochen (Wolstein 2003¹⁰) dauern.

Wolstein konnte in seinen Untersuchungen nachweisen, dass die **Länge** des neonatalen Entzugssyndroms nicht korreliert mit der Höhe der Dosis der Methadonsubstitution, aber

⁷ Finnegan, L.: Neonatal abstinence syndrome: assessment and pharmacotherapy. Neonatal Therapy: An up-date. Rubaltelli, F.F., Granti, B. (editors). Elsevier Science Publishers B.V. (Biomedical Division), 1986: 122-146

⁸ Noch heute wird in den Kliniken die Schwere des Entzugs nach ihrem Vorschlag skaliert

⁹ Psychopharmaka aus der Gruppe der dämpfenden Mittel die abhängig machen

¹⁰ Wolstein, J. (2003) Drogen und Schwangerschaft. Vortrag an der Bayerischen Akademie für Suchtforschung in Forschung und Praxis (BAS).

sehr wohl korreliert mit der Höhe des Beigegebrauches¹¹. Die Häufigkeit von Krampfanfällen beträgt je nach untersuchtem Kollektiv 2-30% (Wolstein2003).

Der Entzug nach der Substitution mit Buprenorphin (Subutex) soll kürzer verlaufen. Dies wurde in französischen und österreichischen Veröffentlichungen beschrieben. Bei uns liegen erst einzelne Erfahrungen vor, da die Substitution mit Buprenorphin bei Schwangeren in Deutschland erst seit kurzem zugelassen ist.

Die **Behandlung** des neonatalen Entzugssyndroms besteht in der Schaffung einer reizarmen Umgebung und in einer medikamentösen Behandlung. Bei Krampfanfällen ist besondere Vorsicht geboten, auch ist in diesen Fällen eine weiterführende Diagnostik vonnöten. Der körperliche Kontakt zur Mutter oder einer anderen Person ist in dieser Zeit besonders wichtig.

Nach dem erfolgten klinischen körperlichen Entzug bleiben die Säuglinge häufig sechs bis neun Monate auffällig. Sie zeigen eine vermehrte Schreckhaftigkeit, schnellere heftige Panikreaktionen und schlafen schlechter. Wohl infolge davon kommt es vielfach zu schrillum Schreien. Sie sind also häufig so genannte „Schreibabys“, eine Tatsache, die für die Mütter und Väter natürlich eine besondere Schwierigkeit im Umgang mit ihnen bedeutet. Auch nicht drogenabhängige Eltern können durch „Schreibabys“ an den Rand ihrer Belastungsfähigkeit gebracht werden, so dass sie unter Umständen die Beherrschung verlieren und ihr Kind zum Beispiel schlagen oder schütteln (Schütteltrauma). Daran wird deutlich, wie sehr die betroffenen Säuglinge zusätzlich durch ein erhöhtes Misshandlungsrisiko gefährdet sind.

Mögliche **langfristige Folgen** des Drogenentzugssyndroms für das Kind sind Regulationsstörungen, wie zum Beispiel vermehrte Konzentrationsstörungen, eine verminderte Aufmerksamkeitsspanne und erhöhte Ablenkbarkeit, wie dies beim Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) beschrieben ist. Dies wird jedoch noch kontrovers diskutiert.

2.1.2. Psychosoziale Auswirkungen

Für die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder stellt der Drogenkonsum ihrer abhängigen Eltern ein Risiko bis hin zur Gefährdung des Kindeswohles im Sinne des Gesetzes¹² dar: „Einem 1996 vom Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz veranstalteten Symposium zufolge wiesen bei einer Stichprobe von

¹¹ Unter Beigegebrauch versteht man die zusätzliche Einnahme von legalen oder illegalen Drogen zum ärztlich kontrollierten Substitutionsmittel.

¹² Die gesetzlichen Grundlagen sind unter 3.5. „Gefährdung des Kindeswohles“ näher beschrieben.

54 Kindern ca. 80 % dieser Kinder Entwicklungsrückstände und ca. 40% schwere Verhaltensstörungen auf“. ¹³ Diese Zahlen entsprechen den klinischen Erfahrungen des Schwabinger Krankenhauses.

2.1.2.1 Schäden durch Vernachlässigung

Die weitaus häufigsten Schäden entstehen durch eine Vernachlässigung in der frühen Kindheit, wie zum Beispiel durch inkonstante Fürsorge, erhöhte Unfallgefahren, mangelnde Interaktion oder mangelnde Einfühlung in die Bedürfnisse des Säuglings.

Die neurowissenschaftliche Forschung bestätigt, dass sich unter diesen ungünstigen Voraussetzungen bestimmte Strukturen im Gehirn nur mangelhaft entwickeln. Eine geringere Entwicklung und Ausprägung der genetischen Anlagen kann also mittlerweile im Rahmen von neurologischen Untersuchungen durch somatische Befunde nachgewiesen werden.

Hintergrund ist die neurogene Plastizität ¹⁴ des Gehirns. Für eine altersgerechte Reifung des kindlichen Gehirns sind entsprechende Reize und Umweltbedingungen erforderlich.

Die Bindungsforschung kommt zu dem Ergebnis, dass die betroffenen Kinder gehäuft Bindungen der unsicheren beziehungsweise der orientierungslosen Kategorie zeigen. Somit liegen bei ihnen Störungen der Bindungsfähigkeit vor.

Große **Prospektivstudien** ¹⁵ beschäftigen sich mit Belastungsfaktoren für Säuglinge. Die Drogenabhängigkeit gilt dabei als ein Risikofaktor neben anderen. Sind mehr als zwei Risikobedingungen erfüllt, beschreiben die Studien als Folgen für die Kinder:

- schwere Entwicklungsverzögerungen bis hin zur Notwendigkeit besonderer schulischer Fördermaßnahmen
- schwere Verhaltensstörungen mit affektlabilen aggressiven Durchbrüchen, das heißt deutlichen Selbststeuerungsproblemen
- ein erhöhtes Risiko, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln
- nach der Pubertät gehäuft auftretende Delinquenz

Auch Kinder von chronisch kranken oder psychisch kranken Eltern zeigen emotionale Störungen. Bei Drogenabhängigen bestehen häufig **Doppeldiagnosen**, das heißt, dass neben der Drogenabhängigkeit noch eine psychiatrische Erkrankung vorliegt. Dies muss als zusätzliches Risiko für die Kinder gesehen werden.

¹³ aus: Münchner ärztliche Anzeigen, 22.01.2000, Methadonsubstitution Opiatabhängiger

¹⁴ Die Fähigkeit des menschlichen Gehirns, die strukturelle und funktionelle Organisation veränderten Bedingungen anpassen zu können. Beinhaltet jedoch auch, dass bestimmte Bedingungen zur altersgemäßen Entwicklung vorliegen müssen.

¹⁵ Epidemiologische Langzeitstudien zur Erfassung der Auswirkungen von Risikofaktoren

2.1.2.2. Psychosoziale Belastungsfaktoren

Die neugeborenen und heranwachsenden Kinder sind durch die Drogenabhängigkeit ihrer Eltern mit unterschiedlichen Problemen konfrontiert, wie zum Beispiel:

- Mangel an altersgemäßer Versorgung und Förderung mit der Folge eines Entwicklungs-rückstandes, der eine Behinderung für das ganze Leben bedeuten kann
- ein Lebensalltag, der sich an dem Rhythmus des Suchtmittels oder der Einnahme des Substitutionsmittels und nicht am Rhythmus des Kindes orientiert
- mangelnde emotionale Zuwendung
- Wechsel zwischen übermäßiger Verwöhnung und plötzlicher Bestrafung, die Störungen in der eigenen Wahrnehmung und im emotionalen Bereich hervorrufen können
- Leben in Angst vor einer Trennung von der Mutter, dem Vater oder beiden Eltern durch Haftstrafen, stationäre Therapie oder Tod,
- Überforderung der Kinder durch Übernahme von nicht altersgerechter Verantwortung für die Eltern und eventuell für jüngere Geschwister (fehlende Kindheit)
- Übernahme von Schuld für die Situation zu Hause
- Geheimhaltung des Suchtmittelkonsums als Familiengeheimnis
- Gewalt in der Familie
- Prostitution, Beschaffungskriminalität und Drogenhandel, vor allem wenn sich die Vorgänge in der Wohnung abspielen während das Kind anwesend ist
- Gesundheitsgefährdung der Kinder bis hin zu Lebensgefahr bei Zugang zu oder Verabreichung von Sucht- beziehungsweise Substitutionsmitteln

2.1.2.3. Schutzfaktoren

Es zeigt sich, dass Kinder aus Familien, die durch ein Suchtproblem eines Elternteils oder beider Elternteile belastet sind, nicht zwangsläufig schwere Schädigungen davontragen. Die Forschung hat eine Reihe von Schutzfaktoren festgestellt, die sich positiv auf die Entwicklung der Kinder auswirken:

1. eine gelungene Mutter-Kind Interaktion in den ersten Wochen, nach Möglichkeit über die ersten zwei Jahre
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. ein Bereich im Kindergarten, in der Schule, in einem Verein oder in anderen sozialen Bezügen, in dem sie gut integriert und akzeptiert sind

2.2. Probleme drogenabhängiger Eltern

2.2.1. Definition von Drogenabhängigkeit

¹⁶

Drogenabhängig im Sinne des ICD-10 ist, wer während des vorangegangenen Jahres 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 niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz 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 sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

2.2.2. Medizinische Probleme

Im Vergleich zur gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung leiden opioidabhängige Menschen hochsignifikant häufiger unter zusätzlichen medizinischen Erkrankungen. Darunter sind sowohl psychische bzw. psychiatrische Komorbiditäten als auch somatische Erkrankungen zu verstehen. Häufig bestehen auch psychische und somatische Erkrankungen zusammen. All diese Erkrankungen können eine Schwangerschaft und die Geburt komplizieren und stellen eine große Belastung für die Eltern und ihre Kinder dar.

¹⁶ International Classification of Diseases (WHO), 10. Edition

Wirkungen der psychotropen Substanzen auf den Körper :

Opiate/Opioide (Morphin, Heroin, Methadon, Buprenorphin) schädigen die Körperzellen prinzipiell nicht. Sie können bei richtiger Dosierung ohne eine körperliche Schädigung hervorgerufen, jahrelang eingenommen werden. Im Gegensatz dazu kann **Alkohol** jede Körperzelle schädigen. Daher können Menschen, die schädlich viel Alkohol trinken, an den unterschiedlichsten Folgen erkranken. Am häufigsten sind Leberverfettungen, Leberzirrhose, Bauchspeicheldrüsenentzündungen, Kardiomyopathien, Polyneuropathien, Karzinome u.v.a.m. **Nikotin** schädigt den Körper durch die Verengung und Verkalkung der Blutgefäße und die Reduktion der Sauerstoff- und Nährstoffversorgung. Zusätzlich stark schädigend sind die beim Verbrennen des Tabaks entstehenden chemischen Verbindungen, die für die Lunge (chronische Bronchitis, Lungenkrebs) und viele andere Organe, insbesondere die Gefäße (Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Durchblutungsstörungen) toxisch sind. Ob **Canabis** in hohen Mengen Körperzellen schädigen kann, ist wissenschaftlich umstritten. **Kokain** wurde eine direkte schädigende Wirkung auf das unmittelbar benachbarte Gewebe der Herzkranzgefäße nachgewiesen.

Psychische Erkrankungen

43% der opioidabhängigen Patientinnen und Patienten leiden an Angststörungen, 34% an affektiven Störungen, 5% an Essstörungen und 4% an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Meist ist eine kontinuierliche medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung notwendig. Am besten kann diese während einer Substitutionsbehandlung begonnen werden.

Somatische Erkrankungen

Die häufigste somatische Erkrankung ist die chronische Hepatitis C. In München sind 65% der Drogenabhängigen mit dem Hepatitis C Virus (HCV) infiziert, in anderen Städten bis zu 98%. Auch leiden bis zu 6% an einer chronischen Hepatitis B. 4,9% der Drogenabhängigen Münchens sind HIV-infiziert. Besonderer Bedeutung kommen diesen Infektionskrankheiten in Hinblick auf eine Schwangerschaft und Geburt zu, da eine optimale Behandlung und Betreuung das Infektionsrisiko für das Kind z.B. mit HIV von 20% auf unter 1% senken kann. Ebenso kann eine Hepatitis B-Infektion des Kindes vermieden werden. Eine HCV-Infektion von Mutter auf das Kind ist äußerst selten bei adäquater Betreuung. Auch andere somatische Erkrankungen treten bei Drogenabhängigen häufiger auf als in der gleichaltrigen Allgemeinbevölkerung. Daher sollten Geburtshelfer/-innen und Suchtmediziner/-innen mit Ärztinnen und Ärzten kooperieren, die in der Behandlung von Infektionskrankheiten erfahren sind.

2.2.3. Psychosoziale Auswirkungen

Neben dem Drogenmissbrauch 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
- entwürdigende Situationen
- Gewalterfahrungen
- verminderte Affektkontrolle
- strafrechtliche Vorkommnisse (Betrügereien, Gewaltausübung, 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 nach dem neonatalen Entzugssyndrom belasten die Eltern ebenfalls erheblich und können wiederum zu einer weiteren 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 der individuellen Lebenssituation der Familie, so zum Beispiel von der Dauer der Drogenabhängigkeit und den Konsumgewohnheiten, der finanziellen Situation und dem Grad der sozialen Integration.

2.2.4. Ressourcen

Drogenabhängige Menschen verfügen immer auch über Fähigkeiten und Potenziale, die ihre Situation, die Bewältigungen von Anforderungen und den Weg aus der Sucht individuell mitgestalten. Neben der Beachtung auftretender Schwierigkeiten gilt also für das Hilfesystem, im Rahmen einer Ressourcenorientierung **die persönlichen und sozialen Ressourcen** der Eltern ebenfalls wahrzunehmen, zu aktivieren und zu nutzen. Diese ergeben sich zum Beispiel aus gesundheitlichen Faktoren, aus dem sozialen Umfeld, aus intakten familiären und

partnerschaftlichen Beziehungen, aus dem Stand der beruflichen Ausbildung, den persönlichen Interessen und Fähigkeiten.

Schließlich kann die Schwangerschaft und Elternschaft selbst zu einer Lebensveränderung führen und zur Überwindung der Sucht motivieren. Dies gilt es mit den nötigen Maßnahmen zu flankieren, zu stärken und längerfristig aufrechtzuerhalten.

In diesem Zusammenhang muss auch angesichts der hohen Zahl substituierter Frauen wie Männer eine **qualifizierte substitions-gestützte Behandlung Opiatabhängiger** gefordert beziehungsweise weiterentwickelt werden¹⁷. Eine verantwortungsvoll durchgeführte Substitution mit der dazugehörigen psychosozialen Betreuung hat eine nicht zu unterschätzende positive Funktion für die Abwendung der Gefährdungen von den Kindern, da sich die Lebenssituation vieler Drogenabhängiger erfahrungsgemäß durch diese Form der Behandlung stabilisieren oder verbessern lässt. Sie kann unter anderem dazu beitragen, die Erziehungsfähigkeit der Eltern zu stärken. Im Einzelfall bleibt jedoch zu prüfen, inwieweit die Einnahme des Substitutionsmittels die Emotionalität beeinflusst und damit zu einer eingeschränkten oder unangemessenen Interaktion zwischen Eltern und Kind führt.

Die bisherige Substitutionspraxis in München bedarf im Hinblick darauf noch deutlich der Verbesserung unter anderem durch den gezielten Ausbau der psychosozialen Betreuung.

Aufgrund der bereits benannten Probleme und Folgen der Abhängigkeit von Drogen oder vom Substitutionsmittel für die Familie, die Kinder und deren Eltern bleibt das **langfristige Ziel der Suchtmittelfreiheit** trotz der unter Umständen positiven Effekte der Substitution weiterhin bestehen.

2.3. Probleme innerhalb des Hilfesystems

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

1. **Drogenhilfe/Suchtmedizin:** Sie wird geleistet durch die Drogenberatungen¹⁸, die ambulanten und stationären suchtherapeutischen Hilfen, sowie durch die suchtmmedizinische 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 Kinder- und Jugendhilfe.

¹⁷ Siehe hierzu: Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis „Empfehlungen zur Qualitätssicherung bei der substituiergestützten Behandlung Opiatabhängiger“ 4. Auflage 2001.

¹⁸ Mit Drogenberatungen sind im Folgenden alle Stellen und Institutionen gemeint, die Beratungen von drogenabhängigen und substituierten Menschen durchführen, so zum Beispiel auch psychosoziale Fachkräfte in den Substitutionspraxen.

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), Hebammen und den Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen¹⁹. Entwicklungsfördernde Maßnahmen, zum Beispiel im Rahmen von Ergotherapie und Logopädie, gehören ebenfalls in diesen Sektor.

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

- Suchtprobleme in der Familie, bei Müttern oder auch Vätern, werden bei der Feststellung der Schwangerschaft, bei ärztlichen Untersuchungen oder während Krankenhausaufenthalten häufig weder erfragt noch erkannt
- die herkömmliche Suchthilfe sah die Probleme der Kinder bisher zu wenig
- mangelhafte fachliche Ausstattung und Qualifizierung für die Arbeit mit Suchtfamilien in der Jugendhilfe
- keine ausreichende Nutzung der Möglichkeiten differentialdiagnostischer Expertisen für Kinder
- Schwierigkeiten bei der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit der suchtkranken Eltern
- Mangel an spezifischen Hilfen für Kinder aus Suchtfamilien
- Eltern vermeiden die Hilfsangebote der öffentlichen und freien Jugendhilfe noch immer aus Angst vor Kontrolle und den möglicherweise sich ergebenden Konsequenzen
- mangelnde oder zu geringe Kooperation der verschiedenen 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.

¹⁹ Der Begriff „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in“ ersetzt ab 2006 den herkömmlichen Begriff der Kinderkrankenschwester/des Kinderkrankenpflegers.

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 drogenabhängig sind beziehungsweise substituiert werden
- Kinder und deren ehemals drogenabhängige Mütter, Väter oder Eltern
- drogenabhängige und substituierte schwangere Frauen
- drogenabhängige und substituierte werdende Väter
- drogenabhängige und substituierte Mütter, Väter oder Elternpaare
- sowie die derzeitigen Partner und Partnerinnen der betroffenen Mütter und Väter

3.2. KooperationspartnerInnen im Verbund

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

1. im Bereich der Drogenhilfe/Suchtmedizin:

- ambulante Drogenberatungen
- Entgiftungskliniken
- Eltern/Kind - Entgiftungseinrichtungen
- Substitutionsärzte/-innen/ Substitutionsambulanzen
- Suchttherapieeinrichtungen (ambulant/stationär)

2. im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe:

- Bezirkssozialarbeit
- spezielle Bereiche der öffentlichen Jugendhilfe (zum Beispiel Vermittlungsstellen in den Sozialbürgerhäusern)
- Kindertageseinrichtungen
- Erziehungsberatungsstellen
- Einrichtungen der ambulanten, teilstationären und stationären Erziehungshilfen
- Frühförderstellen

3. im Bereich **Medizin**:

- 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 Gesundheitsdienste für Kinder (Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen), Öffentlicher Gesundheitsdienst (Kinderkrankenpflege und Ärztinnen)
- Sozialpädiatrisches Kinderzentrum München

4. aus **anderen** Bereichen:

- Schwangerenberatungsstellen
- Sonstige Beratungsstellen
- Frauenhäuser
- Schulen

Darüber hinaus existieren koordinierende und flankierende **Verbundpartner/-innen**:

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

3.3. Gemeinsames Handlungsprinzip: Gender Mainstreaming

Die Strukturanforderungen des Gender Mainstreaming²⁰ 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 Drogenabhängigkeit wieder. Väter und Mütter stehen 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.²¹

Die Kooperationspartner und -partnerinnen lenken daher ihre Aufmerksamkeit auch auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede und richten ihr Handeln auch 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 Öffnungszeiten oder die Infrastruktur der Einrichtungen. Stets sollte auch geprüft werden, ob frauen- oder männer-spezifische 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, sondern auch die der Mädchen und Jungen. Die Ergebnisse der **Gender-Forschung** speziell zum Thema Abhängigkeit fließen in die Arbeit ein. Die Träger und Einrichtungsleitungen 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.

²⁰ Vergleiche die Veröffentlichungen der Europäischen Union von 1996, nachzulesen unter www.bmfsfj.de/gm/international/eu

²¹ Vergleiche das Grundsatzpapier der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) „Gender Mainstreaming in der Suchtarbeit: Chancen und Notwendigkeiten“.

3.4. Sicherung der Grundversorgung der Kinder

Die im Folgenden beschriebenen Basiskriterien werden von den Kooperationspartnern und -partnerinnen als Voraussetzung für die Sicherung der Grundversorgung, die für das Aufwachsen eines Kindes erforderlich ist, anerkannt. Sie sind jedoch nicht als Zugangsvoraussetzungen für die Inanspruchnahme des Hilfesystems zu verstehen, sondern werden besonders zu Beginn als kurz- und mittelfristige Ziele verstanden, die in einem absehbaren Zeitraum realisierbar sein müssen. Sie beschreiben auch die erforderlichen Eckpunkte und den Ermessensspielraum für die am Hilfenetzwerk beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, so daß diese eine individuelle Entscheidung darüber treffen können, welche Kriterien im Einzelnen zu erfüllen sind. Bei der Gesamteinschätzung darf der jeweilige kulturspezifische Hintergrund nicht außer Acht gelassen werden.

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 Drogenabhängigkeit
- 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 Schwangere
- Existenz eines geeigneten Wohnraumes beziehungsweise eine in Aussicht stehende Wohnung
- Existenz geregelter Einkünfte beziehungsweise öffentlicher 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 Beispiel geregelter Wach-Schlafrhythmus des Kindes, altersgemäße Ernährung, Körperhygiene, witterungsgemäße Bekleidung)

- angemessener Umgang mit einer eventuellen Behinderung des Kindes durch die Eltern und Ausschöpfung aller bestehenden Kompensationsmöglichkeiten
- Bereitschaft zur Annahme tagesstrukturierender Angebote (gegebenenfalls außerhäusliche Kinderbetreuung) und/oder von Erziehungshilfen

Ergänzend sollte den Eltern die Möglichkeit einer **Interaktionsdiagnostik**²² vorgestellt und angeboten werden. Diese Untersuchung ist eine präventive Maßnahme, die sie in ihrer Erziehungsaufgabe unterstützen kann.

Grundsätzlich gilt: Je jünger das Kind ist, desto dringlicher ist die Sicherstellung 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 und 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 Suchtmittelmissbrauch 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 Gefährdungssituation für das Kind eine erhebliche Schädigung seines körperlichen, geistigen oder seelischen Wohls mit hoher Wahrscheinlichkeit 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 Gefahr abzuwenden, die zur Abwehr der Gefahr erforderlichen Maßnahmen zu treffen“.

²² Mithilfe dieser Diagnostik können Defizite und Ressourcen in der Eltern-Kind-Interaktion erkannt und auf dieser Grundlage bleibenden Schäden rechtzeitig vorgebeugt werden.

Eine Kindeswohlgefährdung besteht damit 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 Gefahren 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-Table²³, 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. Hält das 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.

²³ 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“

(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
- Einschätzung des Gefährdungsrisikos im Zusammenwirken mehrerer (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 Gefährdung des 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 (so.)

Bei einer **akuten Gefahr** für das Wohl des Kindes ist die kurzfristige Unterbringung des Kindes 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 dieser 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 der elterlichen Familie verbunden ist, sind nur zulässig, wenn der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch öffentliche Hilfen, begegnet werden 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 körperlicher und psychischer Entwicklungsstand
- die soziale Integration des Kindes
- die gesundheitliche Situation der Mutter und/oder des Vaters
- die psychische Befindlichkeit und Stabilität der Mutter und/oder des Vaters
- Art und Ausmaß des Drogenkonsums
- die materielle und soziale Situation der Familie
- die häusliche Situation und das persönliche Umfeld

Darüber hinaus kommt im Hinblick auf eine gesunde psychische 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 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. Diese Faktoren 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 und -partnerinnen im Rahmen der regelmäßigen **Round-Table-Gespräche** ausgetauscht²⁴. 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 Betroffenen können bedarfsgerechte und der aktuellen Situation angemessene Hilfen geleistet werden.

²⁴ Zur Rolle des Round-Table und zum Ablauf siehe 4.3. „Das Round-Table-Verfahren“

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 Vertreter 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 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 Müttern, den Vätern und den Kindern, sofern diese ihrem Alter und der 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 des Hilfenetzwerkes zu motivieren.
2. Die beteiligten Institutionen müssen ihre Interventionen und den Umgang mit den Betroffenen so gestalten, dass diese Vertrauen in die unterstützende und entlastende Wirkung der Beratungs- und Hilfsangebote entwickeln können 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 Hilfemöglichkeiten für sie und ihr Kind und geben ihnen einen Überblick über die unterschiedlichen Leistungen und Bedingungen, unter denen diese in Anspruch genommen 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 berücksichtigt²⁵.
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.

²⁵ Vergleiche 3.3. „Gemeinsames Handlungsprinzip: Gender Mainstreaming“

7. Im jeweiligen Einzelfall werden konkrete, möglichst schriftliche Absprachen zwischen den Klienten und Klientinnen, der BSA und den jeweiligen Kooperationspartnern und -partnerinnen getroffen, in denen die Verantwortlichkeiten geklärt, das weitere Vorgehen vereinbart sowie konkrete Berichts- und Mitteilungspflichten festgelegt werden. Dies erfolgt in der Regel in Form eines Protokolls des Round-Table-Gespräches (Muster siehe Anlage).
8. In einer kontinuierlichen Zusammenarbeit wird der Hilfebedarf und das Ausmaß der evtl. Gefährdung des Kindes in regelmäßigen Round-Table-Gesprächen mit den Eltern 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: Erleichterung des Zugangs zum Hilfesystem durch Abbau von Hemmschwellen

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

persönlicher Kontakt zu Eltern und Kind

klare Informationen für die Eltern über die an sie gestellten Anforderungen und Erwartungen

interdisziplinäre Zusammenarbeit und aufeinander abgestimmte Hilfen

4.2. Bestimmungen zur Schweigepflicht und zum Sozialdatenschutz

Grundsätzlich unterliegen alle beteiligten Fachkräften hinsichtlich der ihnen von den Klientinnen und Klienten anvertrauten Informationen der **Schweigepflicht** (§ 203 StGB). Das heißt, zum persönlichen Lebensbereich gehörende, im persönlichen Gespräch anvertraute Informationen dürfen 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 kann jedoch jederzeit Gebrauch gemacht werden.

Indem die Eltern die **Einverständniserklärung** (Muster siehe Begleitheft) unterschreiben, erklären sie sich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Kooperation notwendigen Informationen zwischen den beteiligten Fachkräften im Hilfenetzwerk, insbesondere während der Round-Table-Gespräche, ausgetauscht werden.

Fachkräfte der öffentlichen Jugendhilfe unterliegen neben der Schweigepflicht dem **Sozialdatenschutz** (§§ 67 ff. SGB X und §§ 61 ff. SGB VIII). Sozialdaten sind in diesem Zusammenhang Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer Person, die vom Sozialleistungsträger im Rahmen seiner Aufgabenerfüllung erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Diese Daten sind grundsätzlich bei den Betroffenen zu erheben. Genutzt und weitergegeben werden dürfen diese Daten nur zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden. Im Rahmen der Kooperationsvereinbarung dürfen sie 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 festgelegt. Im 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 allein über ein umfassendes Wissen verfügt und alle Handlungsmöglichkeiten hat, um das Problem der Vernachlässigung und Gefährdung von Kindern in Suchtfamilien zu lösen. Erst durch die Kooperation der Einrichtungen und Fachkräfte, die aufgrund ihrer unterschiedlichen Schwerpunkt 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 hinzuzuziehen 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 Seite 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 ausreichende Kapazität oder keinen

Auftrag zur Durchführung einer prozesshaften Betreuung hat, stellt sie sicher, dass der Kontakt zu einer entsprechenden Fachstelle hergestellt wird, die ein Round-Table-Verfahren einleitet.²⁶

4.3.2. Zusammensetzung des Round-Table

Die regelmäßigen Round-Table setzen sich je nach Problemlage im Kern zusammen aus:

1. der betroffenen Schwangeren, der Mutter und/oder dem Vater
2. einer zuständigen Fachkraft der Bezirkssozialarbeit oder eines anderen Bereiches der öffentlichen Jugendhilfe
3. der betreuenden Fachkraft der ambulanten oder stationären Drogenhilfe
4. dem/der behandelnden Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin
5. dem/der behandelnden Substitutionsarzt/ärztin
6. den jeweiligen Fachkräften der bereits installierten Hilfen in der Familie, so zum Beispiel ein/ eine AEH-Mitarbeiter/-in²⁷, 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, können die Stellungnahmen im Ausnahmefall auch telefonisch oder schriftlich erfolgen oder eingeholt werden.

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 herstellen
- gemeinsame Definition des Problems
- gegenseitige Konsultation bei Problemlagen
- Planung der geeigneten Maßnahmen
- klare Vereinbarungen über den jeweiligen Auftrag und die Verantwortlichkeit der beteiligten Institutionen oder Fachkräfte sowie über die Verantwortung der Eltern treffen
- Begleitung und Unterstützung des Betreuungsprozesses der Eltern und ihrer Kinder

²⁶ Verzeichnis der Fachstellen siehe begleitendes Manual.

²⁷ AEH bezeichnet die Ambulanten Erziehungshilfen, diese gehören zum Bereich der öffentlichen Jugendhilfe.

- 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, tauschen ihre Informationen und Wahrnehmungen über die Situation des Kindes/der Kinder und der Familie untereinander aus²⁸.
- gemeinsame Klärung des Hilfebedarfs der Familie sowie der jeweiligen Erwartungen und Wünsche
- Austausch über die verschiedenen Hilfsmöglichkeiten und –angebote und deren Zielsetzung
- Diskussionsprozess und Einigung auf das weitere Vorgehen: Welche Hilfen werden installiert, für welchen Zeitraum und unter welchen Bedingungen?
- 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 akuten Krisen (zum Beispiel Krisen am Wochenende)
- Die prozessverantwortliche Fachkraft hält die wichtigsten Absprachen und verbindlichen Vereinbarungen mit den Eltern in einem Ergebnisprotokoll fest. Dieses Protokoll wird allen Beteiligten zugesandt und ist die Grundlage für den nächsten Round-Table.

Grundsätzliche Vereinbarungen und Entscheidungen im Sinne der Kooperationsvereinbarung 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 nach dem 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 ambulante Drogenberatung.

Die Prozessverantwortung beinhaltet

- die Einberufung der Round-Tables (reguläre und außerordentliche)
- die Koordinierung der Hilfemaßnahmen
- die Überprüfung von Angebot und Inanspruchnahme der vereinbarten Hilfen
- die Erfassung der Rückmeldungen aller Prozessbeteiligten
- das Krisenmanagement bei akuten Gefährdungssituationen
- die Hinzuziehung der öffentlichen Jugendhilfe bei akuten Gefährdungssituationen
- die Information der Netzwerk Beteiligten.

4.4. Vorgehen bei Dissens

Die Beteiligten können unter Umständen eine unterschiedliche Wahrnehmung der vorhandenen Ressourcen und des Risikogrades 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 gefordert, 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 gedacht, um in einer Kooperation außerhalb des Round-Table eine Absprache unter den Fachkräften 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 gemeinsames Vorgehen im Sinne der Kooperationsvereinbarung getroffen werden kann, übernimmt die öffentliche Jugendhilfe aufgrund

²⁸ Siehe hierzu 3.4. „Sicherung der Grundversorgung“ und 3.5.2. „Einschätzung der Gefährdung“

ihres gesetzlichen Auftrages das weitere Verfahren (siehe auch 3.5.1.: Gesetzliche Grundlagen). 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 Kooperationspartnern 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 einberufen³¹. Diese entscheidet abschließend über die notwendigen weiteren Schritte und benennt die Verantwortlichkeiten.

Bei einer akuten Gefährdung des Kindes werden die nach dem 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 Umsetzung des Konzepts sind bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen, gemeinsame Grundsätze, die das Handeln leiten und Maßnahmen zur 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 Fachkräfte mit einbeziehen.

Zu diesen **Voraussetzungen** gehören:

- das Bereitstellen von Räumlichkeiten, in denen ungestört 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 Angebotsgestaltung²⁹
- 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 Hilfsangebote und Kooperation der Netzpartner/-innen zu ermöglichen
- Teilnahme von Angehörigen aller Fachdisziplinen an spezifischen Fortbildungen
- Fallbesprechungen und Supervision für die Fachkräfte
- die Benennung von verantwortlichen Fachkräften für diesen Arbeitsbereich beziehungsweise für diese Thematik durch die Träger oder zuständigen Leitungskräfte mit dem Ziel, die Kontinuität in diesem Arbeitsbereich zu gewährleisten
- Informationsaustausch zwischen den beteiligten Disziplinen über ihre jeweiligen Arbeitsweisen.

Der zeitliche und gegebenenfalls finanzielle **Mehraufwand**, der durch die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung und den weiteren Qualifizierungsprozess bei einzelnen Institutionen oder Fachkräften entsteht, kann erst zu einem späteren Zeitpunkt anhand der Erfahrungswerte präzisiert werden.

²⁹ 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 Münchner Hilfenetzwerkes**“³⁰ gebildet, der folgende Aufgaben hat:

- inhaltliche Begleitung des Kooperations-Netzwerkes
- Verfahrensfragen klären
- konkrete Fragen aufgreifen und gegebenenfalls ergänzende Arbeitshilfen und Handlungsempfehlungen erstellen
- anonymisierte Einzelfälle besprechen, um Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung zu erkennen und auszuwerten³¹
- Vorschläge zur Fortschreibung und Verbesserung des Verfahrens erarbeiten
- Tagungen oder andere Zusammenkünfte aller Kooperationspartner/-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	3–5
ambulante Drogenberatungen	2
Beratungsstelle extra e.V.	1
Substitutionsärzte/-innen	1
niedergelassene Kinder- und Jugendärzte/-innen	1-2
Kinder- und Jugendpsychiater/psychotherapeut/-innen	1
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen (RGU und freie)	1–2
Hebammen	1
Kinderkrankenhäuser	1
Frauenkliniken/Geburtsabteilungen	1
stationäre Entgiftung und Therapie	1
Kindertageseinrichtungen	1
Ambulante Erziehungshilfen	1

Gesamtzahl Teilnehmer/-innen:	16-19

³⁰ Aufgrund der parallelen Hilfenetzwerke zur Drogenabhängigkeit bzw. zur Alkoholproblematik gibt es zwei Delegiertenkreise mit teilweise unterschiedlicher Besetzung, die sich miteinander vernetzen.

³¹ Diese Besprechungen dienen nicht der Begleitung von Einzelfällen im Sinne einer Supervision sondern der generellen Problemanalyse.

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 informieren über die Ergebnisse, zum Beispiel durch die Protokolle, die von ihnen vertretenen Einrichtungen.

Moderation, Ort und Zeit

Die Moderation beinhaltet die Gesprächsleitung und die Verantwortung 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 und Teilnehmerinnen bestimmt werden und sollte in diesem Fall jährlich rotieren. 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 Kooperationspartnern 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 Fachöffentlichkeit 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, werden die Konzepte zu den Bereichen Drogen und Alkohol von den Mitgliedern des Verbundsystems bewertet und fortgeschrieben. Die erforderlichen Konferenzen werden durch die Landeshauptstadt München, RGU, einberufen und organisiert.

Zu einem geeigneten Zeitpunkt ist vom Referat für Gesundheit und Umwelt und seinen Kooperationspartnern und -partnerinnen sowie mit der Suchthilfekoordination des Bezirks Oberbayern und dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz zu prüfen, ob das vorliegende Konzept auch für andere Städte in Bayern eine Signalwirkung haben beziehungsweise übertragen werden kann.

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

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

