



BELLA DONNA

**Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.
Drogenberatung für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA**

**Implementierung von Angeboten für suchtbelastete
Mütter/Väter/Eltern und deren Kinder -
Voraussetzungen und Anforderungen
an die ambulante Sucht- und Drogenhilfe**

**Fachgespräch am 14.03.2013 in Essen
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit**

Dokumentation der Arbeitsergebnisse

vorgelegt am 30.04.2013

von Martina Tödte, Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen, Essen

Inhaltsverzeichnis

1	Zur Einführung	2
2	Die Ausgangslage für das Fachgespräch	4
3	Gesprächsrunde 1: Forschung und Praxis – Wissensstand und Wissenstransfer	6
3.1	Grundlage für die erste Gesprächsrunde	6
3.2	Ergebnisse der ersten Gesprächsrunde: Wissenstransfer Forschung - Praxis.....	8
4	Gesprächsrunde 2: Besonderheiten des Hilfesystems	11
4.1	Grundlage für die zweite Gesprächsrunde	11
4.2	Ergebnisse der zweiten Gesprächsrunde: Besonderheiten des Hilfesystems.....	13
5	Gesprächsrunde 3: Die Organisation von Hilfen	15
5.1	Vorbereitung zur dritten Gesprächsrunde	15
5.2	Ergebnisse der dritten Gesprächsrunde: Die Organisation von Hilfen ...	17
6	Erste Schlussfolgerungen aus den drei Gesprächsrunden des Vormittags	19
7	Vertiefung spezieller Fragestellungen	20
7.1	AG 1: Rahmenbedingungen.....	20
7.2	AG 2: „Elternschaft“, „ Kinderschutz“, „Trauma“, „Bindung“,	22
7.3	AG 3: Zugänge	24
8	Rückblick auf den Tag - Ausblick	27
Anhang A:	Quellenangaben	29
Anhang B:	Liste der teilnehmenden Expert/innen	31

1 Zur Einführung

Mit der vorliegenden Dokumentation sollen die Ergebnisse, Einschätzungen und Schlussfolgerungen aus dem Fachgespräch vom 14.03.2013 festgehalten und für weitere Planungen zur Versorgung von suchtmittelabhängigen Müttern/Vätern/Eltern und ihren Kindern nutzbar gemacht werden.

Dabei werden Aussagen nicht personenscharf zugeordnet, denn viele Aussagen und Erkenntnisse spiegeln eine breite Basis unter den Expert/innen wider (die Liste der teilnehmenden Expert/innen finden Sie im Anhang). Es wird jedoch im Einzelfall deutlich gemacht, wenn eine Aussage nicht breit geteilt wurde.

Die Thematik des Fachgesprächs ist hochkomplex und berührt eine Vielzahl von Arbeitsfeldern und Berufsgruppen. Angesichts der zeitlichen Begrenzung auf einen Tag haben wir für dieses Fachgespräch eine künstliche und fachlich durchaus schmerzliche Grenze gezogen, um eher zu bestimmten Themen intensiver ins Gespräch zu kommen als eine Vielzahl von Fragestellungen nur "anticken" zu können. So haben wir den Zusammenhang zur medizinischen Versorgung (Gynäkologie, Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Suchtmedizin etc.) ebenso außen vor gelassen wie die Suchtselbsthilfe und weitere Disziplinen und Arbeitsfelder. Diese Entscheidung ist ausschließlich der zeitlichen Situation geschuldet – sie bedeutet nicht, dass über die in diesem Fachgespräch aufbereiteten Aspekte hinaus nicht auch weitere Themen für die Versorgung suchtbelasteter Mütter und Väter und ihrer Kinder relevant sind.

Der Vormittag war in 3 Gesprächsfelder strukturiert. Zu jedem Feld dokumentieren wir auch die Thesen, die der vorbereitende Verein als Basis für das Fachgespräch aufbereitet hatte und die Startpunkt für die Diskussion waren; diese Unterlagen waren – ebenso wie die Skizze der Ausgangssituation (vgl. Kap. 2) allen Teilnehmer/innen zusammen im Vorfeld des Fachgesprächs zugegangen.

Am Nachmittag wurden spezifische Fragestellungen in Arbeitsgruppen vertieft diskutiert und ihre Ergebnisse anschließend ausgetauscht und gemeinsam beraten.

Wir hoffen, dass es mit dieser Dokumentation gelingt, den roten Faden zu verfolgen:

- von der Fragestellung des Bundesministeriums für Gesundheit, die die Organisation des Fachgesprächs auslöste,
- und der vorbereitenden Erkundung der Ausgangslage
- über die Schwerpunkte des Austauschs unter den Expert/innen, die den Erkenntnisstand zur Ausgangslage erhellen, differenzieren und ergänzen,
- bis hin zu den Schlussfolgerungen, die aus dem Austausch gezogen wurden.

Dass am Ende eines solchen Fachgesprächs noch keine fest umrissenen Aktionsplanungen stehen können, ist selbstverständlich – trotzdem haben erste Orientierungen und Empfehlungen hinsichtlich der konstruktiven Weiterverfolgung der Thematik den Tag abgerundet.

Mit der Initiative für dieses Fachgespräch hat das Bundesministerium für Gesundheit eine äußerst wichtige und drängende Fragestellung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung aufgegriffen. Ein herzlicher Dank gilt allen Expert/innen für ihre ausgesprochen positive Resonanz auf die Einladung zur Teilnahme an diesem Fachgespräch und ihre große Bereitschaft, an diesem Thema auch in dieser Form zu arbeiten!

Die hier vorgelegte Dokumentation mit den Erkenntnissen aus dem Fachgespräch kann nun als Basis für Entscheidungen des Bundesministeriums für Gesundheit dienen, welche Rahmenbedingungen zu schaffen sind, um den suchtbelasteten Müttern/Vätern/Eltern und ihren Kindern die Hilfen zu erschließen, die sie benötigen.

Essen, d. 30.04.2013

Martina Tödte

2 Die Ausgangslage für das Fachgespräch

Dass es zwingend erforderlich ist, Kinder in Familien mit einem oder mehreren Suchtmittelabhängigen gezielt zu versorgen und zu unterstützen, ist für Fachleute inzwischen selbstverständlich: zu eindrücklich sind die psychischen und physischen Folgen, die Bedrohung der Kinder durch Vernachlässigung, Diskontinuität in Beziehungen, durch das Risiko, selbst suchtmittelabhängig zu werden u.v.m. Ebenso eindrücklich zeigt sich die Weitergabe von Traumata, Bindungsstörungen und Suchterkrankungen über Generationen.

Dennoch ist festzuhalten, dass sowohl die Kinder als auch deren Eltern derzeit nicht flächendeckend adäquat versorgt bzw. unterstützt werden.

Bei einer vertiefenden Recherche zeigt sich rasch, dass ...

- ... es durchaus ertragreiche Forschung zum Thema "Kinder in Familien mit suchtmittelabhängigen Familienmitgliedern" gibt;
- ... es eine Fülle von Ressourcen gibt, die in dieses Arbeitsfeld auf unterschiedlichen Ebenen eingebracht werden;
- ... es eine Vielzahl von Praxisprojekten gibt, deren Ergebnisse schriftlich niedergelegt sind, dazu Handreichungen, Handlungsempfehlungen, einige wenige Evaluationen, Checklisten usw.;
- ... es viele Empfehlungen "aus Erfahrung" gibt (wenn auch noch selten tragfähige Evaluations- oder Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit bestimmter Hilfen).

Aber:

- Es fehlen eine Bündelung der Erfahrungen und Erkenntnisse, ein systematisches Zusammenführen und Aneinander-Anknüpfen sowie Auswertungen im Gesamtzusammenhang (z.B. als Metastudien).
- Die unterschiedlichen Disziplinen, Berufsgruppen und Arbeitsfelder finden noch zu selten zusammen; ebenso wenig die Erkenntnisse aus Forschung und Praxis. So kann einerseits kein „vollständiges Bild“ dieser komplexen Thematik entstehen, andererseits werden Fragestellungen untersucht bzw. formuliert, die bereits an anderen „Stellen“ (Projekten, Evaluationen etc.) beantwortet wurden.
- Die vorliegenden Erkenntnisse und Erfahrungen werden offenbar nicht genügend verbreitet und in der Praxis genutzt. In diversen Studien werden auch bereits erste Hypothesen aufgezeigt, wie es dazu kommt, dass die Nutzung erschwert bzw. verhindert wird.
- Zusammengefasst: Die Vielzahl von Erkenntnissen und Erfahrungen spiegelt sich nicht im Grad der Umsetzung in gezielte und wirksame Hilfen - weder für Kinder suchtmittelabhängiger Eltern noch für die Mütter und Väter.

Die Schlussfolgerung:

- Es muss Hindernisse geben, die eine systematische Entwicklung von Hilfeangeboten, ein Voneinander-Lernen, Anknüpfen, Auswerten, Aufeinander-Aufbauen ... gerade in diesem Feld erschweren.

- Es ist notwendig, diese Hindernisse in den Blick zu nehmen und deren Analyse gezielt in die weitere Entwicklung von Angeboten einzubeziehen, bevor „einfach nur“ die bisherigen Anstrengungen verdoppelt werden.

Diese (hier sehr knapp skizzierte) Einschätzung der derzeitigen Situation war Ausgangspunkt für das Fachgespräch am 14.03.2013, das das Bundesministerium für Gesundheit initiierte. Das Ministerium beauftragte den Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. mit der Planung, Durchführung und Dokumentation dieses Fachgesprächs.

Der Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. arbeitet auf unterschiedlichen Ebenen bereits seit mehr als 2 Jahrzehnten zu dieser Thematik – sowohl in der eigenen Praxis als auch in der Projektentwicklung, –begleitung und -auswertung. U.a. hat er in dem Modellprojekt „VIOLA, Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“ die erste Kooperationsvereinbarung zwischen der Drogenhilfe, der Jugendhilfe und der medizinischen Versorgung in Deutschland entwickelt und Empfehlungen für die ambulante Arbeit mit den unterschiedlichen Zielgruppen (schwangere Frauen, Frauen als Mütter, Mädchen und Jungen als Töchter und Söhne) formuliert.¹

Der Verein betreibt die Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, und die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA. Er ist anerkannter Träger der Jugendhilfe und hält seit vielen Jahren spezifische Angebote für Kinder substanzkonsumierender Mütter/Väter/Eltern vor sowie spezifische Hilfen für schwangere drogenabhängige Frauen und Mütter. In Kooperation mit dem Jugendamt der Stadt Essen sowie Jugendämtern aus Nachbarstädten bietet der Verein neben anderen Angeboten auch „Hilfen zur Erziehung“ (§ 27 ff SGB VIII) für diese Zielgruppen.

Die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW ist u.a. die Geschäftsstelle für das aktuell gegründete NRW-Netzwerk „Kinder von süchtigen Müttern und Vätern“.²

¹ Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA: Modellprojekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, Abschlussbericht, Essen, 2001

² Siehe: <http://www.belladonna-essen.de/nrw-netzwerk-kinder-von-suechtigen-muettern-und-vaetern/>

3 Gesprächsrunde 1: Forschung und Praxis – Wissensstand und Wissenstransfer

3.1 Grundlage für die erste Gesprächsrunde

Thesen-Bündel 1:

Faktoren, die dazu führen, dass (noch) wenig von den Forschungserkenntnissen in der Beratungs-Praxis genutzt wird

These 1.1:

Die Situation der Betroffenen ist hoch komplex und äußerst belastet.

- Bei der Zielgruppe der Eltern haben wir es mit mehr oder weniger schwer suchtkranken und komorbid belasteten Frauen und Männern zu tun, die als Mutter und Vater die Versorgung und Erziehung mehr oder weniger schwer kranker (psychisch und physisch belasteter, bereits pränatal belasteter) Kinder im Sinne „des Wohls der Kinder“ erfüllen sollen. Hier ist auch die Frage nach den Strategien zu stellen, mit denen Elternkompetenz unter diesem Blickwinkel gefördert werden kann.
- Schon die hohe Prävalenz von Traumatisierung und Traumafolgestörungen bei substanzkonsumierenden Frauen fordert das Hilfesystem bezüglich Beratungs- und Behandlungskompetenzen. Sind Frauen schwanger, erhalten sie in der Regel keine spezifische prä-, peri- und postnatale traumasensible Betreuung³ durch das Hilfesystem. Auch hier ist die Frage nach den Strategien zu stellen, mit denen betroffene Frauen in der "Wochenbettzeit" und in der frühen Zeit der Mutterschaft unterstützt werden können.
- Armut ist in der Mehrzahl der betroffenen Familien allgegenwärtige Rahmenbedingung, ebenso die besondere Aufgabe, alleinerziehend für Kinder verantwortlich zu sein. Zwei Bedingungen, die auch ohne eine Suchtproblematik schon eine herausfordernde Aufgabe zur Lebensbewältigung darstellen.

These 1.2:

Insbesondere bezogen auf geeignete Hilfen während der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt ist der Wissensstand noch gering – und ist es besonders schwierig, den Betroffenen diese Hilfen zu geben.

- Die Risikobelastung der ungeborenen Kinder von drogenabhängigen Frauen durch die jeweils konsumierten Substanzen ist nicht bekannt (Pharmakodynamik). Oftmals fehlen Angaben der Frauen zu den während der Schwangerschaft konsumierten Substanzen. Gleichzeitig ist relativ wenig über die Auswirkungen von Mischkonsum auf die fötale Entwicklung und die möglicherweise entstehenden Schädigungen bekannt⁴. Erkenntnisse bestehen am ehesten zum Suchtmittel „Alkohol“.⁵
- Entsprechend sind Störungsbilder der Kinder wissenschaftlich nicht abgesichert definiert, eine angemessene Behandlung/Betreuung ist also schwierig.

³ Siehe z.B.: Leeners, B. et al: Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 100, Heft 11, März 2003

⁴ Siehe z.B. Stachowske, R. (Hrsg.); Drogen, Schwangerschaft und die Lebensentwicklung der Kinder, Asanger, 2012

⁵ Grundlegend fehlen Langzeitstudien von Schwangerschaftsverläufen bei drogenabhängigen Frauen im Zusammenhang mit den kurz-, mittel- und langfristigen Folgen für die Lebensentwicklung der Kinder.

- Es besteht (noch) keine selbstverständliche Kooperation/Koordination zwischen der gynäkologischen Betreuung während der Schwangerschaft, der suchtmmedizinischen Behandlung/Betreuung, der Tätigkeit von Sucht-/Drogenberatungsstellen und der Jugendhilfe (trotz der „Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen...“).
- Das Risiko für Frauen, an einer psychischen Erkrankung in der Wochenbettphase zu erkranken, erhöht sich bei suchtkranken Frauen u.a. durch vorliegende Traumatisierungen und Traumafolgestörungen. Die Sucht- und Drogenhilfe ist ebenso wie die Jugendhilfe faktisch überfordert mit der Suche nach adäquaten Hilfen für die Frauen in dieser psychischen und physischen Überforderungssituation.

These 1.3:

Differenzierte Forschungsergebnisse werden nicht weiter verfolgt, die Differenzierung "verschwindet", bevor sie an der Basis / in der Praxis angekommen ist.

- Differenzierte Forschungserkenntnisse, die die Komplexität der Wirkungszusammenhänge erfassen und würdigen, „verschwinden“ wieder, als wären sie in Vergessenheit geraten. Geschlecht bzw. geschlechtsbezogen relevante Erkenntnisse werden z.B. durchaus erforscht (z.B. Lachner/Wittchen, 1997; Klein, 2003, Hoff/Klein, 2005), finden jedoch keinen selbstverständlichen Eingang in die weitere Auseinandersetzung bezogen auf Konzepte, Angebote und Hilfen.⁶
- Sprache verschleiert: „Kinder“ und „Eltern“ statt „Jungen“, „Mädchen“, „Mütter“, „Väter“; „Suchtmittelbelastung“ statt Differenzierung der jeweiligen Suchtstoffe (Alkohol, illegale Drogen). Damit geht u.U. ein differenzierter Erkenntnisstand verloren, ebenso das Wissen um Erkenntnisdefizite und spezifische Bedarfe. Ebenso wird erschwert, für die einzelnen Zielgruppen – wo nötig – differenzierte Präventions- und Interventionsstrategien mit dem entsprechenden konzeptionellen und methodischen Instrumentarium zu entwickeln.
- Die hohe Komplexität der Forschungsfragen und –ergebnisse macht es Praktiker/innen schwer, differenziertes und zugleich pragmatisches Handeln im Beratungskontext abzuleiten.

These 1.4:

Geschlechtsrollenbezogene Aspekte sind bekannt, aber noch zu wenig konzeptionell verankert, um den Klient/innen langfristig Veränderungen in der Rollenwahrnehmung und Lebensbewältigung zu ermöglichen.

- Das Risiko für die Entwicklung einer Suchtstörung bei Kindern aus alkohol- und drogenbelasteten Familien ist unterschiedlich hoch: abhängig vom Geschlecht des Kindes und des erkrankten Elternteils (wobei Töchter immer ein höheres Risiko tragen als Söhne, so der Kenntnisstand in Bezug auf Alkoholabhängigkeit).
- Mädchen und Jungen erleben in Familien mit suchtmittelkonsumierenden Müttern und Vätern oft Modelle, die ihre Rolle mit Schuld- und Schamgefühlen, mit nicht oder wenig gelingenden Bewältigungs- und Anpassungsstrategien und damit implizit mit einer Abwertung dieser Rolle leben. Je nach gleichgeschlechtlicher oder gegengeschlechtlicher Kombination ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen.⁷

⁶ Siehe z.B.: Klein, Michael; Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven, reportpsychologie <28> 6/2003; http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/350/pdf/report_psychologie_06-2003_1.pdf; Hasenjürgen, B.; Rohleder, Ch. (Hrsg), Geschlecht im sozialen Kontext, Opladen 2005

⁷ Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA: Modellprojekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, Abschlussbericht, Essen, 2001

- Entsprechend sind zentrale Themen für betroffene Mädchen und Jungen unterschiedlich.⁸

3.2 Ergebnisse der ersten Gesprächsrunde: Wissenstransfer Forschung - Praxis

In der Gesprächsrunde wurden die vorgelegten Thesen nicht im Einzelnen diskutiert, wohl aber aufgegriffen und einbezogen – z.T. bestätigend, an einigen Stellen differenzierend, ergänzend, modifizierend.

Als besonders wichtige Aspekte schälten sich im Verlauf dieser ersten Gesprächsrunde heraus:

Der (noch) geringe Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis

Dass es 8 -10 Jahre Zeit braucht, bis Forschungsergebnisse Eingang in die Praxis finden, gilt generell. Gerade im Forschungsfeld "Sucht / Familien" erschweren aber bestimmte Faktoren zusätzlich die Umsetzung der Erkenntnisse: Diese sind komplex, eine konsequente Umsetzung wäre nur in Kooperation zu leisten, die dafür notwendige Vernetzung und Kooperationserfahrung fehlt aber vielerorts noch. Darüber hinaus sind die Fachkräfte zunächst mit vielen praktischen Hilfestellungen beschäftigt. Neben der Ressourcenknappheit, die nicht nur den Wissenstransfer von der Forschung in die Praxis erschwert, sondern auch den Erfahrungstransfer unter den Mitarbeiter/innen, sorgt auch die emotionale Besetzung des Themas "Kinder/Elternschaft" dafür, dass es leicht in den Hintergrund rückt.

Drei Wege scheinen aussichtsreich, um weiterzukommen:

- Forschungsergebnisse sollten leichter verständlich formuliert und damit leichter von Praktiker/innen rezipierbar sein – im angloamerikanischen Sprachraum gibt es bereits positive Erfahrungen mit Forschungsberichten in einfacher Sprache.
- Kein/e im Hilfesystem Tätige/r wird alle Forschung verfolgen und in das eigene Handeln umsetzen können. Es ist viel wichtiger, dass jeder Fachbereich seine bereichsspezifischen Erkenntnisse in die Arbeit einbringt (z.B. Erkenntnisse zur kindlichen Entwicklung, zu den Gelingensbedingungen gesunden Aufwachsens → Jugendhilfe; Erkenntnisse zu Suchtspezifika und Hilfen für Erwachsene, damit diese ihre Elternverantwortung wahrnehmen können → Suchthilfe) und deren Verknüpfung im Sinne der Rat-/Hilfesuchenden durch gute Kooperation sicherstellt.
- Transferforschung ist notwendig: Was erleichtert Transfer in die Praxis, was erschwert ihn – gerade bezogen auf dieses Forschungsgebiet? Also auch: Wie kann es gelingen, dass sich Praktiker/innen (ggf. auch trotz erster Abwehrhaltung und des Gefühls der Überforderung angesichts knapper Ressourcen und persönlicher Belas-

⁸ Für Mädchen z.B.: Stärkung von Selbstachtung, Selbstwert und Selbstbewusstsein, die Reflexion von Frauen- und Männerbildern, die Auseinandersetzung mit Rollenerwartungen, eigenen Wünschen und Bedürfnissen etc.; für Jungen z.B.: Auseinandersetzung mit eigenem Jungen- und Männerbild, vor allem unter den Aspekten der Gewalt gegen und Abwertung von Frauen, jedoch auch zur Stärkung eines Jungen- und Männerbildes, welches insgesamt tradierte Rollenerwartungen in Frage stellt.

tung) mit neuen, differenzierten, das eigene Handeln beeinflussenden Forschungserkenntnissen auseinandersetzen?

Die Frage, welche Differenzierung wirklich wichtig ist

An einigen Thesen entzündeten sich Kontroversen, inwieweit sie durch eine spezielle Brille betrachtet seien (z.B. seien die Thesen 1.1 geprägt durch den Kontext illegaler Drogen), ggf. aber so nicht für alle anderen Arten von Sucht gelten würden. Davon ausgehend wurde die Frage nach notwendiger Differenzierung fokussiert. Diese Frage ist zentral für die Bereitstellung von Hilfen: Wie differenziert müssen Hilfen angeboten werden?

Im Laufe des Gesprächs schälte sich heraus, dass hier die Forschungsperspektive mit ihrer notwendigen Suche nach Differenzierung hinsichtlich Voraussetzungen, Einflussfaktoren und Wirkungsbeziehungen eine andere Aufgabenstellung hat als die Praxisperspektive mit ihrer Frage, welche Unterschiede tatsächlich bedeutsam für die Entwicklung der notwendigen Hilfen sind.

Mit Blick auf die Praxis wurde deutlich, dass die Sicht von den Zielgruppen her am ertragreichsten ist, um sinnvoll zu selektieren, welche Differenzierung erforderlich wird und welche nicht:

- Was brauchen die Kinder? Ihre Situation ist nicht unbedingt unmittelbar vom Suchtmittel o.ä. geprägt, sondern vom konkreten elterlichen Verhalten. Hier spielt z.B. die Dimension "Berechenbarkeit elterlichen Verhaltens" eine wichtige Rolle – und diese Berechenbarkeit kann bei drogenkonsumierenden, bei alkoholabhängigen oder auch bei psychisch kranken Eltern vergleichbar beeinträchtigt sein, bei anderen Suchtmitteln (Glücksspiel) aber auch deutlich weniger. Hilfen für Kinder müssen also vermutlich weniger nach dem Suchtmittel ihrer Eltern differenziert werden als vielmehr nach der Beeinträchtigung des elterlichen Verhaltens und der konkreten, mehr oder weniger gesicherten Lebenssituation und Versorgung. Wie können Schutz und Hilfe für Kinder in der jeweils mehr oder weniger belasteten Lebenssituation ausbalanciert geleistet werden?
- Wenn sich elterliches bzw. mütterliches/väterliches Verhalten oder auch bestimmte Lebensbedingungen auf Kinder unterschiedlichen Alters oder Geschlechts unterschiedlich auswirken, sind differenzierende Angebote für unterschiedliche Altersgruppen und/oder spezifische Angebote für Jungen/Mädchen sinnvoll.
- Viel grundlegender als eine feine Ausdifferenzierung von Hilfeformen ist die Erreichbarkeit der Kinder – und als Voraussetzung: die Erreichbarkeit ihrer Eltern. Hier scheint es, dass eine geschlechterdifferenzierte aktive Ansprache es Müttern und vermutlich auch Vätern (derzeit noch weniger Erfahrung) erleichtert, Probleme der Elternschaft und der Versorgung der eigenen Kinder zu thematisieren und Hilfen für die Kinder zuzulassen und zu unterstützen.

Die Differenzierung der Erkenntnisse zu Suchtmitteln, zur Geschlechtsspezifik, zu ... fördert die Sensibilisierung und führt damit, wo notwendig und sinnvoll, zu einem differenzierten Verhalten der Fachkolleg/innen. Auch eine differenzierte Sprache ist notwendig, um eine notwendige Differenzierung nicht zu verschleiern: Wo ist es gerechtfertigt, von "Eltern" zu sprechen, wo ist die Differenzierung in "Mütter" und "Väter" erforderlich?

Die Differenzierung von Erkenntnissen ist also als Basis notwendig, in einem nächsten Schritt ist dann ihre Bedeutung für die konkreten Hilfen zu bewerten. Längst nicht jede differenzierte Erkenntnis muss zu einer differenzierten Hilfeform führen, diese "Über-Spezialisierung" wäre kontraproduktiv.

Sinnvoller Ausgangspunkt für Hilfen, insbesondere für Kinder, ist vielmehr ihre jeweilige Lebens- und Erlebenssituation und der daraus resultierende Hilfebedarf.

Bereits im Verlauf dieser ersten Runde wurden mehrfach thematische Verknüpfungen zu den nachfolgenden Schwerpunktthemen hergestellt – diese Aspekte werden in die nachfolgenden Abschnitte mit aufgenommen.

4 Gesprächsrunde 2: Besonderheiten des Hilfesystems

4.1 Grundlage für die zweite Gesprächsrunde

Thesen-Bündel 2: Besonderheiten des Hilfesystems

These 2.1:

Die Sucht- und Drogenhilfe ist nicht auf die Arbeit mit Kindern eingestellt, ist darin nicht geübt.

- Die Sucht- und Drogenhilfe wendet sich traditionell an Einzelpersonen – Erwachsene bzw. junge Erwachsene. Sie werden kaum in ihrer aktuellen Rolle als „Kinder von“ oder „Eltern von“ angesprochen.
- Die Geschlechterfrage: „Kinder“ ist vor allem ein `Frauenthema`. Die „klassische“ Sucht- und Drogenhilfe ist eher männlich geprägt (Klient/innen-Seite).
- Berater/innen in der Drogenhilfe arbeiten mit Klient/innen, die fast immer auf der Grenze von Legalität agieren – und lehnen möglicherweise hoheitliche Eingriffe (z.B. die Inobhutnahme von Kindern) in einer unbewussten Solidarisierung ab.
- Mitunter wird das Ausgrenzen von Kindern aus der Drogenhilfe mit deren Wohlergehen begründet: „Sie sollen das Elend in diesem Kontext nicht erleben, davor muss man sie bewahren.“ So werden die Kinder tatsächlich nicht „gesehen“, gleichzeitig findet keine Fachdiskussion darüber statt, ob und wie Drogenberatungsstellen Räume für Kinder (und ihre entsprechende Betreuung) zur Verfügung stellen können.
- Die Sucht- und Drogenhilfe trifft in der Beratung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen überwiegend auf Männer als Klienten. Die Thematisierung von „Vaterschaft“ muss durch den/die Berater/in erfolgen, scheint aber häufig als keine `vordergründige Problemlage`. So werden die spezifischen Bedarfe der Männer als Väter (auch wenn sie nicht mit ihren Kindern zusammen leben), nicht identifiziert⁹.

These 2.2:

Die unterschiedlichen Traditionen von Hilfen erschweren deren Zusammenarbeit.

- Die unterschiedlichen Hilfen haben etwas mit dem Gegenstand der Hilfen und dem gesellschaftlichen Kontext dazu zu tun:
 - Sucht-/Drogenhilfe agiert eher „abgrenzt“ (Zshg. zur männlichen Prägung?)
 - Jugendhilfe agiert eher „integriert“ (Zshg. zur weiblichen Prägung?)
- Berufliche Selektion: Wer Sucht-/Drogenberatung als Berufsfeld wählt, entscheidet sich damit nicht selten bewusst gegen die Arbeit in der Jugendhilfe. Zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe besteht (historisch) häufig ein Spannungsfeld, manchmal sogar gegenseitige Ablehnung. Dadurch hat die Drogenhilfe auch noch zu wenige Entwicklungen der Jugendhilfe (z.B. systemische Arbeit, vernetzte Kooperation durch integrierte Hilfepläne u. ä.) übernommen.

⁹ Klingemann, Harald; Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema. In: abhängigkeiten 2/06, http://www.gesunde-maenner.ch/data/data_148.pdf

These 2.3:**Die Arbeit mit Kindern stellt sehr hohe Anforderungen an die Mitarbeiter/innen in den Einrichtungen und birgt Risiken.**

- Aus der Arbeit der Jugendhilfe ist bekannt, was die Arbeit mit Kindern verlangt:
- Neben der fachlich-beraterischen Qualifikation braucht es Qualifikation zum Agieren im rechtlichen Raum (Datenschutz, Kinderschutz). Alle, die mit dem Thema "Kindeswohlgefährdung" beruflich zu tun haben, stehen unter hoher individueller Belastung. Für professionelle Helfer/innen außerhalb der Jugendhilfe, die mit dem Thema "Kindeswohlgefährdung" nur in geringer Fallzahl zu tun haben, kommt eine grundsätzliche Verunsicherung im Umgang mit dem Thema hinzu.
- Darüber hinaus und damit verbunden braucht es besondere persönliche Qualifikationen: Sich einlassen können darauf,
- Lebensräume kennenzulernen (→ Hausbesuche), die sich i.d.R. deutlich von den eigenen unterscheiden, und vielfache Not zu erleben,
- Unsicherheit oder gar Zerrissenheit auszuhalten zwischen dem Verständnis für die Situation der Mütter/Väter/Eltern und dem Nicht-Einverstanden-Sein mit einer mangelnden Versorgung von Kindern,
- Bindungen einzugehen (ohne dazu bereit zu sein, gelingt keine Arbeit mit Kindern) und zugleich in Distanz zu bleiben, um professionell handlungsfähig zu sein.
- → Bindung ist Thema der Klient/innen und zugleich Thema des Beratungs-Systems.
- Dies zu fordern, bedingt zugleich, Ressourcen für Entlastung bereitzustellen. Fehlt diese Entlastung, wird die Belastung eher abgewehrt. Hier gilt es für die Träger und die Leitungen von Einrichtungen, entsprechende Maßnahmen zu implementieren.
- Professionelle Beziehungsarbeit ist ein wesentliches Merkmal der Frauensuchtarbeit und belegt eindrücklich die Erreichbarkeit auch von Frauen, die Mütter sind (und somit auch die Erreichbarkeit der Kinder). Professionelle Beziehungsarbeit erfordert u.a. Bindungsfähigkeit bei den Mitarbeitenden.

These 2.4:**Der Blick der Mitarbeiter/innen in der Drogenhilfe verändert sich bereits – aber ohne Unterstützung ist es schwer, neben der Haltung auch das konkrete Handeln zu verändern.**

- Eine Reihe von Mitarbeiter/innen der Sucht-/Drogenberatung schaut inzwischen durchaus anders auf die zu Beratenden (von der Orientierung auf den einzelnen Klienten / die einzelne Klientin zur Familienorientierung, vermehrte Diskussion über Kinderschutz u.ä.), aber:
- Der Wunsch nach Qualifizierung in diesem Arbeitsfeld wird von den Mitarbeitenden zwar offensiv geäußert, Ressourcen werden jedoch von Trägerseite kaum umfassend zur Verfügung gestellt (in diesem Fall: finanzielle und personelle Ressourcen).
- Die MA brauchen einen unterstützenden Rahmen (z.B. ein Programm wie "fitkids" der Drogenberatung Wesel), der das Thema kontinuierlich im Gespräch hält, Raum schafft für Fortbildung, Informationen etc. und ggf. Umsetzungsprozesse unterstützt.

4.2 Ergebnisse der zweiten Gesprächsrunde: Besonderheiten des Hilfesystems

In diesem Block wurde – ausgehend von der Unterschiedlichkeit der Hilfesysteme¹⁰ - intensiv beraten, wie es denn zu der für die Eltern und Kinder dringend notwendigen komplexen Hilfe kommen könnte. Dazu muss die lang gewachsene und durch unterschiedliche Finanzierungswege, Traditionen usw. gestützte Trennung und Konkurrenz der Hilfesysteme überwunden werden. Die Bedürfnislagen von Eltern (→ auch suchtmittelabhängige Eltern wollen i.d.R. ihre Elternrolle ausfüllen) und Kindern (→ sie sollen geschützt und mit Orientierung in die Welt gehen) stehen immer wieder in einem Konkurrenzverhältnis, und damit müssen die Hilfesysteme verantwortlich umgehen. Bisher haben Suchthilfe und Jugendhilfe aber noch zu wenig gegenseitigen Einblick in die jeweils andere Arbeitsweise und die genutzten Instrumente, auch die Definition von "Erfolg der eigenen Arbeit" unterscheidet sich.

Folgende Handlungsleitlinien zeichneten sich deshalb im gemeinsamen Austausch ab:

"Raus aus der Komplexität, die macht alle verrückt."

Aufhören damit, von einem bestimmten Teil-Hilfesystem "alles" zu verlangen.

Ein solcher umfassender Anspruch würde nämlich eine Überforderung der Mitarbeitenden mit sich bringen, weil die Traditionen und Instrumente der Hilfesysteme tatsächlich sehr unterschiedlich sind und die Themen Elternschaft und Kinderschutz auch sehr belastende Themen darstellen – "Abwehr" zum Selbstschutz der Mitarbeiter/innen wäre eine verständliche, aber unproduktive Folge.

Stattdessen gilt es auf Kooperation zu setzen:

- Die Trägerebene muss Kooperationsverbünde und Netzwerke bilden.
- Die Kooperation auf operativer Ebene basiert am besten auf gemeinsamer Fallberatung, um voneinander zu lernen und im Zusammenschluss multiperspektivisch arbeiten zu können, ohne dies alles von einer einzelnen Person zu verlangen → "Verantwortungsgemeinschaften" für den Einzelfall bilden.

Frühe Angebote schaffen – kontinuierliche Betreuung in den ersten Jahren sichern.

Die Forschung belegt eindeutig, dass Hilfen für drogenabhängige bzw. substituierte schwangere Frauen am besten bereits im letzten Drittel der Schwangerschaft beginnen und dann in den ersten Lebensjahren der Kinder kontinuierlich fortgesetzt werden, damit die Kinder genügend Schutz, Sicherheit und Orientierung erhalten und Eltern auch die notwendige Stützung ihres Eltern-Sein-Wollens erfahren.

¹⁰ Anmerkung von Teilnehmenden: Eigentlich müsste der Block "Besonderheiten der Hilfesysteme" heißen ...

Gegenseitig Fach-Know-how "einkaufen".

Die Berufsbiographien von Sozialarbeiter/innen bzw. Sozialpädagog/innen sind nicht mehr so scharf nur dem einen oder anderen Hilfesystem zuzuordnen, anders also, als es in These 2.2. formuliert ist. Diese Beweglichkeit könnten Träger gezielt fördern, indem z.B. in der Jugendhilfe Soz.-Pädagog/innen mit Vorerfahrungen in der Suchthilfe gesucht und eingestellt werden und umgekehrt. Über solche "Grenzgänger/innen" kann explizites wie auch implizites Fachwissen in den jeweils anderen Bereich hineinwachsen.

Rahmenbedingungen geschickt so "stricken", dass es nur eine Finanzierung gibt, wenn die Teil-Hilfesysteme kooperieren.

Derzeit unterstützen Finanzierungsregeln oft noch die Konkurrenz der Teil-Hilfesysteme. Stattdessen müsste Kooperation durch Finanzierung belohnt, ggf. sogar erzwungen werden. Am Beispiel des Projekts "Schulterschluss": Es gibt nur Ressourcen für Fortbildung, wenn ein Jugendhilfeträger und ein Suchthilfeträger gemeinsam das Projekt tragen und Mitarbeiter/innen beider Systeme gemeinsam die Qualifizierung durchlaufen. Vergleichbare Vorerfahrungen gibt es im Bereich Kinderschutz, in Modellprojekten zur Betreuung psychisch Kranker, in der Implementierung von QM-Systemen, die immer dann erfolgreich waren, wenn sie erwünschte Kooperationsweisen zur Voraussetzung von Finanzierung definiert hatten.

Gerade dieser letzte Punkt stellt schon die Brücke zum Gesprächsblock 3 dar (s. Kap. 5.2).

Es wurde allerdings durch alle Themen und Vorschläge hindurch deutlich, dass neben der Frage von Haltung und Bereitschaft zur Kooperation die Frage der Ressourcen entscheidend ist:

Für die Suchthilfe sind Betreuungen mit Elternschaft ungewohnte "Langläufer", sie umfassen oft mehrere Jahre. Auch die Zusammenarbeit (Fallberatung u.ä.) erfordert Zeit und damit Ressourcen – neben der persönlichen Bereitschaft, sich auf den anstrengenden Perspektivenwechsel, die andere Sprache, neue Instrumente und Vorgehensweisen usw. einzulassen.

Zu fragen ist deshalb auch, was "ganz normale" Einrichtungen der Suchthilfe brauchen, um Elternschaft mit im Blick zu haben und mit der Jugendhilfe fallbezogen zusammenzuarbeiten – einzelne "Beauftragte" zum Thema Kinder helfen genauso wenig wie ausgewählte Leuchtturm-Projekte.

5 Gesprächsrunde 3: Die Organisation von Hilfen

5.1 Vorbereitung zur dritten Gesprächsrunde

Thesen-Bündel 3: Die Organisation von Hilfen

These 3.1:

Die Komplexität der Ursache- und Wirkungsfaktoren bei betroffenen Familien spiegelt sich in der Komplexität des Hilfesystems.

- Familien mit suchtmittelabhängigen Müttern und/oder Vätern haben oft eine Vielzahl von Problemen. Neben sozialen Fragen spielen auch gesundheitliche eine Rolle (körperliche und psychische Gesundheit, Entwicklungsstörungen, Regulationsstörungen, Resilienz etc.), außerdem Fragen, die insbesondere die Kinder betreffen (z.B. Schule/schulische Probleme) oder die die Väter/Mütter in ihren anderen Rollen betreffen (als Berufstätige oder Arbeitsuchende, als Kinder alter Eltern, ...).
- Es wird deshalb in der Regel nicht "eine" Hilfe gebraucht, sondern ein Bündel verschiedener und wechselnder Hilfen, das auch nach den verschiedenen Rollen und Situationen der Betroffenen differenziert. So brauchen auch Kinder unterschiedlicher Altersgruppen und unterschiedlichen Geschlechts unterschiedliche Hilfen – das bedeutet unterschiedliche Anforderungen an das Hilfesystem, auch organisatorisch.
- In unserem spezialisierten Hilfesystem sind für all die genannten Fragen jeweils unterschiedliche Fachleute und Institutionen zuständig. Die Vielzahl der Probleme bleibt also, wenn das Hilfesystem nicht strukturiert miteinander kooperiert, in einzelnen „Zuständigkeiten“ isoliert – das Ganze ist dann für keine der involvierten Einrichtungen/Institutionen zu verstehen. Daraus resultieren nicht nur Unverständnis über die Interventionen der anderen Beteiligten im Hilfesystem, sondern – im schlimmsten Fall – auch Fehleinschätzungen hinsichtlich der Versorgungssituation von Kindern.
- Grundlegende Themen von drogenabhängigen Frauen dürfen im Zusammenhang mit Mutterschaft nicht unbearbeitet bleiben: Gewalt, Trauma – geschlechtsbezogene Arbeit. (Zugespitzt: Frauen, die Mutter werden, sind nicht plötzlich nur noch Mutter.) Deshalb müssen Erkenntnisse unterschiedlicher Disziplinen (Neurobiologie, Geburtshilfe, Traumaforschung, Stressforschung,...) besser zusammengeführt werden.

These 3.2:

Hilfen gezielt in Anspruch zu nehmen, fällt betroffenen Familien schwer.

- Obwohl suchtmittelabhängige Eltern in der Regel Unterstützung für ihre Kinder wünschen, erschweren Scham- und Schuldgefühle seitens der Eltern ("die Kinder sollen nichts merken", "aus der Familie soll nichts nach außen dringen" – besonders im ländlichen Raum), dass Hilfen für die Kinder angenommen werden. Das heißt: Schon der Weg, Hilfen anzunehmen, ist ohne begleitende Ermutigung schwierig.
- Da suchtmittelabhängige Eltern oft wenig Durchhaltevermögen zeigen und mit sich selbst und der eigenen Aufarbeitung der Suchterkrankung schon sehr viel zu tun haben, ist es notwendig, dass Hilfen zum Zeitpunkt hoher Motivation der Eltern möglichst passgenau zur Verfügung stehen. Das wird nur gelingen, wenn es schon einen "Kooperations-Sockel" in der Region gibt.

These 3.3:

Die Komplexität des Hilfesystems stellt eine zusätzliche Hürde für die Klient/innen dar – vielleicht auch schon für die Mitarbeitenden im System?

- Für die Klient/innen bedeutet all das, dass die Mütter und Väter mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Institutionen, Systemen und Helfenden zu tun haben, oftmals auch mit jeweils unterschiedlichen – z.T. auch entgegengesetzten – Anforderungen (insbesondere in bestimmten Lebensphasen, z.B. während der Schwangerschaft einer drogenabhängigen Frau). Bereits das in diesem Zusammenhang erforderliche

Planungs- und Zeitmanagement würde auch psychisch und physisch stabile Menschen heraus- bzw. überfordern.

- Die erforderlichen Hilfen sind kaum von einer Person zu leisten. Wo unterschiedliche Hilfen geleistet werden, müssen diese professionell koordiniert werden – zumal, wenn bei den Klient/innen selbst genau diese Organisations- / Kooperationskompetenz nicht vorausgesetzt werden kann.
- Die Koordination der Hilfen für die Erwachsenen wie für die Kinder, durch die schon Fachleute nur mit Mühe "durchblicken", könnte durch einen Lotsen/eine Lotsin (eine/n Case Manager/in) geleistet werden. Diese/r müsste die Begleitung aus der Grundhaltung des "Empowerment" den Betroffenen gegenüber ausfüllen, um die Ratsuchenden in ihrer Rolle als aktiv Handelnde zu bestärken und sie nicht zum "Objekt" in einem Hilfenetz zu machen.

These 3.4:

Die Organisation von Hilfen als "Projekte" verhindert genau das, was die Arbeit mit Kindern und ihren Eltern braucht.

- Die Arbeit mit diesen Kindern und ihren Familien braucht Kontinuität. Neue Angebote brauchen ausreichend Entwicklungszeit. Sie werden jedoch fast ausschließlich in Form von Projekten gefördert. Projekte sind per definitionem zeitlich befristet, haben eine umgrenzte Fragestellung und eine projektspezifische Organisation. Die Folgen:
- Beim Start ist das Ende klar – und dieses wird von der Förderung gesetzt, nicht vom Entwicklungsprozess der Ratsuchenden. Um in ihren Grundlagen verstörten Familiensystemen Beraterisch/therapeutisch zu helfen, sind die Projektlaufzeiten zu kurz.
- Die Hilfeformen werden von der Projektfragestellung bestimmt und nicht aus der Diagnose des hilfesuchenden sozialen Systems (Familie) und ihrem Bedarf in Zeit und Raum abgeleitet.
- Viele Projekte sind zeitlich kurz getaktet und ökonomisch eng ausgestattet. Das bedeutet: Zeit und Ressourcen für eine gründliche Vorbereitung (Recherche des Forschungsstandes, solide Ableitung der Maßnahmen) wie auch für eine gründliche Evaluation während und nach Abschluss der Maßnahme fehlen, oft wird ein Projekt von „Einzelkämpfer/innen“ durchgeführt.
- Projektmitarbeiter/innen sind oft neue Mitarbeiter/innen, (noch) nicht in Netzwerke eingebunden und durch den Projekt-Status oft auch ohne langfristige Perspektive an diesem Ort. Dies verstärkt die „stand alone“-Situation eines Projektes.

These 3.5:

Bündelung von Hilfen braucht Vernetzung und verbindliche Kooperation – Kooperation ohne den Einsatz von Ressourcen gelingt nicht.

- Kooperation bedeutet den systematischen Aufbau von verbindlichen Strukturen zwischen den Teil-Hilfe-Systemen (Kennenlernen, Absprachen von Verfahrensweisen, festgeschriebene Formen und Wege der Zusammenarbeit, Respekt, Wertschätzung, Verständnis der jeweiligen Systemlogiken usw.), damit die gemeinsame Hilfe im Einzelfall gelingt und damit ggf. neue, angepasste Formen von Hilfen bzw. Kombinationen von Hilfen entwickelt werden.
- Diese Kooperation – die sich von einer eher unverbindlichen „Vernetzung“ unterscheidet – wird regelmäßig gefordert, aber keinesfalls genauso regelmäßig in die Ressourcenbereitstellung „eingepreist“.
- Reibungsverluste, die sich auch in einem ineffektiven Ressourcen-Einsatz zeigen, entstehen zwangsläufig, wenn das Hilfesystem nicht befriedigend miteinander kooperiert.
- Ohne Vernetzung und ohne den Aufbau von verbindlichen Kooperationsstrukturen fehlt die Grundlage, dass das Hilfesystem im Einzelfall, also bezogen auf eine konkrete Familie, zügig, sicher und selbstverständlich Hand in Hand arbeiten kann.

5.2 Ergebnisse der dritten Gesprächsrunde: Die Organisation von Hilfen

Anknüpfend an manche Fragen aus den ersten beiden Runden sowie Inhalte der Thesen aufgreifend und bestätigend wurden v.a. folgende Aspekte herausgearbeitet und geschärft:

Projekte sind ungeeignet, um ein dauerhaftes Angebot aufzubauen.

Die auch als "Projektitis" bezeichnete, inzwischen leider vorherrschende Organisationsform von Neuerungen im Hilfesystem als Projekte wurde von allen kritisch gesehen. Es muss klar unterschieden werden, wozu die Organisationsform „Projekt“ sehr gut geeignet ist (→ spezifische Erkundung zu einer bestimmten Fragestellung, die zu Recht beendet ist, wenn die Erkenntnis gewonnen wurde; → Piloterprobung einer Innovation) und wozu nicht: nämlich wenn es um die Einrichtung einer Daueraufgabe geht. Ein Projekt kann nicht die Aufgabe "Versorgung von ..." haben, sondern allenfalls die Aufgabe "Aufbau der Versorgung von ...", und dann muss von Beginn an der Übergang in den Dauerbetrieb mit gedacht und geplant sein.

Projekte sind auch denkbar ungeeignet, um qualifizierte Mitarbeitende zu finden und zu binden – genau solche erfahrenen, gut qualifizierten MA braucht es aber in diesem komplexen Arbeitsfeld.

Dass Projekte derzeit eine kreative Form darstellen, überhaupt Finanzierungsquellen zu erschließen, solange es keine anderen Ressourcen gibt, kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Fokussierung auf die Organisationsform "Projekt" kontraproduktiv ist.

Hilfen für suchtbelastete Familien müssen sich auf langjährige Begleitung und auf unterschiedlichste Themen einstellen.

Krisen der Kinder, die typischerweise an biographischen Übergängen aufbrechen (→ aus der Familie zur Kita, → von der Kita zur Schule), müssen aufgefangen werden, damit dadurch nicht Krisen der Eltern ausgelöst werden.

Die eigenen biografischen Erfahrungen der suchtkranken Eltern haben einen entscheidenden Einfluss auf die Fähigkeit, stabile Bindungen zu den Kindern aufzubauen. Mitarbeiter/innen, die beraterisch-therapeutisch tätig sind, fällt die notwendige Beziehungsarbeit tendenziell leichter, sie können die besonders belastenden Themen (Auseinandersetzung mit Elternschaft, traumatische Erfahrungen der Eltern) offen ansprechen. Dies von allen Mitarbeiter/innen aus der Suchthilfe zu verlangen, deren gewohnte Rolle oft in temporärer, distanzierterer Begleitung und Weitervermittlung besteht, würde Überforderung bedeuten → dort andocken, wo es leichter geht.

Hilfen für suchtbelastete Familien sind oft "Hilfesystem-Grenzen überschreitend" und brauchen deshalb eine Poolfinanzierung.

Bei der Neukonstruktion von Hilfen wird z.T. die Chance von Kooperation und Verknüpfung vertan (z.B. bei den "Frühen Hilfen", die leider nicht im Gesundheitsbereich angesiedelt wurden). Bei einem Teil von Hilfen sind suchtmittelabhängige Eltern auch ausge-

geschlossen (z.B. explizit, z.T. implizit), zumindest gibt es diesbezüglich regionale Unterschiede.

Wenn weniger in Projekten und mehr in stabilen, gut qualifizierten Dauereinrichtungen gearbeitet wird, würde sich die Zahl der betreuten Familien durch evidenzbasierte Standardangebote erhöhen lassen, wenn auch nicht zu verkennen ist, dass die intensive aufsuchende und nachgehende Arbeit wie auch der notwendige Kooperationsaufbau (s.u.) keinesfalls allein durch "Fallpauschalen" zu finanzieren sein wird.

Prävention und Sensibilisierung von Berufsgruppen im sozialen, pädagogischen und Gesundheitsbereich , die mit Eltern/Elternschaft und Kindern zu tun haben

Prävention stellt ein herausragendes Arbeitsfeld mit Blick auf die Klientel dar – für selektive wie für indikative Prävention braucht es allerdings qualifizierte Mitarbeiter/innen und Finanzierung.

Für viele Berufsgruppen gehört es immer noch nicht selbstverständlich zur Ausbildung, sich mit suchtmittelabhängigen, psychisch belasteten Eltern und den (potenziellen) Auswirkungen für deren Kinder auseinanderzusetzen. Wer nicht weiß, sieht weniger und kann weniger unterstützen oder gezielt weitervermitteln – oder ist dann überfordert im Umgang mit der Klientel (wie es z.B. von Hebammen berichtet wurde).

Umgekehrt: Gut sensibilisierte und ausgebildete Fachkräfte im Drogenbereich können bei intensiver Kooperation die Mitarbeiter/innen der Jugendhilfe auch entlasten.

Voraussetzungen für erfolgreiche Kooperation und Vernetzung

Für erfolgreiche Kooperation braucht es

1. Bereitschaft: gemeinsame Haltung → vertrauensgeprägte Kooperationskultur → gemeinsame Ansprache der Zielgruppe
2. Finanzierung – in zweifacher Hinsicht:
 - Finanzierung der Akteur/innen, sich an Kooperation zu beteiligen (z.B. besteht für Freiberufler/innen derzeit keine Möglichkeit, diese Aktivitäten abzurechnen). Und:
 - Finanzierung der Vernetzung und Steuerung von Netzwerken - der Aufbau und die Steuerung von Netzwerken in der Region ist eine gesonderte aufwändige Arbeit und ohne Ressourcen nicht zu leisten.

Bezüglich der in vielen Regionen inzwischen etablierten Arbeit in Netzwerken ist – in Verknüpfung mit der nicht immer produktiven Projektorientierung – inzwischen aber kritisch zu fragen, ob die wachsende Zahl von Arbeitskreisen und Netzen, oft mit sich überschneidenden Themenstellungen und denselben Akteuren/innen, tatsächlich hilfreich ist. Dass eine Projektfinanzierung dem Zusammenfassen von Netzwerken, die dieselbe Klientel im Blick haben, entgegensteht, ist kontraproduktiv.

Gute Netzwerkarbeit und Kooperation setzt auch Wissen voraus – die Erfassung der Klientel ist eine wichtige Basis, um Handlungsnotwendigkeiten zu erfassen (wenn auch der Druck in Richtung Tätigwerden, der durch diese Transparenz erzeugt wird, nicht immer politisch erwünscht sein mag).

6 Erste Schlussfolgerungen aus den drei Gesprächsrunden des Vormittags

Herr Kern und Frau Schumann zogen nach diesen ersten drei Gesprächsrunden ein erstes Zwischenfazit aus dem Blick der ministeriellen Ebene – noch nicht im Sinne von "Was folgt daraus an konkreten Aktivitäten?", sondern im Sinne von: "Was war neu – eindrücklich – lohnend zum Weiterverfolgen?"

Herr Kern versuchte, das Gehörte vom eigenen Auftrag her in ein Raster zu bringen: Welche/r Akteur/in ist jeweils im Blick – welche Handlungsebene – welcher Leistungsträger / Leistungserbringer – welcher Zeithorizont ist machbar? Folgende Punkte hob er als neu oder besonders eindrücklich hervor:

1. Abrechnungsmöglichkeit für Freiberufler/innen für die Kooperations- und Netzwerkarbeit (EBM)
2. Poolfinanzierung für Jugend- und Suchthilfe übergreifend
3. Poolangebote zur Auflösen des Gegeneinanders (→ von der Konkurrenz über die Vernetzung und dann zur intensiven Kooperation). Da könne man mit geschicktem Druck seitens der Geldgeber steuern. In diesem Kontext sei auch das Thema "Zugänglichkeit verbessern" als Thema der Kooperationsabsprachen zwischen Trägern wichtig, um Angebote abzustimmen und nicht in Konkurrenz zu gehen.
4. Forschung
5. Finanzierung von Steuerungsgremien ist notwendig (Beispiel: Ba-Wü Suchthilfe-netzwerke)
6. § 8a SGB VIII – zu Recht angesprochen, da braucht die Praxis aber noch Zeit.
7. Zu geringe Finanzierung der Suchthilfe → ist auch Aufgabe der Träger, hier die eigenen Leistungen umzusteuern.
8. Fortbildungsbedarf: Wichtig sei der Blick darauf, dass nicht alle alles können sollen. Da könne das BMG gezielt unterstützend tätig werden.

Frau Schumann ergänzte aus ihrer Sicht der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten, von der aus keine direkte Finanzierung möglich sei, wohl aber Sensibilisieren, Impulse setzen, Einfluss geltend machen. Sie sieht Netzwerkstrukturen und Kooperation als das A und O. Sie müssen mit Leben gefüllt werden, brauchen langen Atem. Diesen langen Atem wird es vermutlich auch brauchen, um dafür Gelder freimachen zu können.

Auf lokaler Ebene sieht sie die lokalen Stadtteilkonferenzen als wichtig für das gegenseitige Kennenlernen der Hilfesysteme, auf Bundesebene könne die AG Schnittstelle des Drogen- und Sucht-Rats wichtig sein für Überlegungen zur systemübergreifenden Kooperation. Die Qualifizierung unterschiedlichster Berufsgruppen zu unterstützen, könnte ggf. Aufgabe für den Bund sein.

Ihr sei der Blickwinkel von den Kindern aus besonders wichtig gewesen. Und die Perspektive der Familien: Sie sind in so viele Hilfen eingebunden, dass allein das überfordernd ist – da muss jemand "den Hut aufhaben".

7 Vertiefung spezieller Fragestellungen

Spezifische Fragestellungen, die am Vormittag immer wieder als bedeutsam hervorgehoben wurden, wurden zur Konkretisierung in drei Arbeitsgruppen parallel vertiefend beraten, die Ergebnisse anschließend im Plenum vorgestellt und weiter diskutiert.

7.1 AG 1: Rahmenbedingungen

Die Arbeitsgruppe beschäftigte sich mit den Fragestellungen:

- Welche Rahmenbedingungen auf Bundesebene wären besonders unterstützend für die Arbeit vor Ort?
- Wie kann die Arbeit mit Kindern/Eltern verstetigt werden (statt "Projektismus")?

• Komm-, Geh-, Holzstruktur
→ Traditionen abschaffen

• Übersichtsinformation(en) zu:

- 1) Rechtlichen Grundlagen
- 2) Forschungsergebnissen (Meta Review)
- 3) Best oder Good Practice

• Thema „Suchtbelastete Familien“ bei der anstehenden „Größen Lösung“ der Zusammenlegung von Eingliederungs- und Jugendhilfe (Personen bis 18 J.) „unterbringen“

• Leitfaden Kooperationsvereinbarungen

• Inhouse-Schulungen

Rahmenbedingungen auf Bundesebene, die unterstützend wären für die Arbeit "vor Ort"

Arbeit mit Kindern / Eltern verstetigen (statt "Projektismus") → wie?

Ergebnisse der AG (mit kleinen Ergänzungen aus dem Plenum):

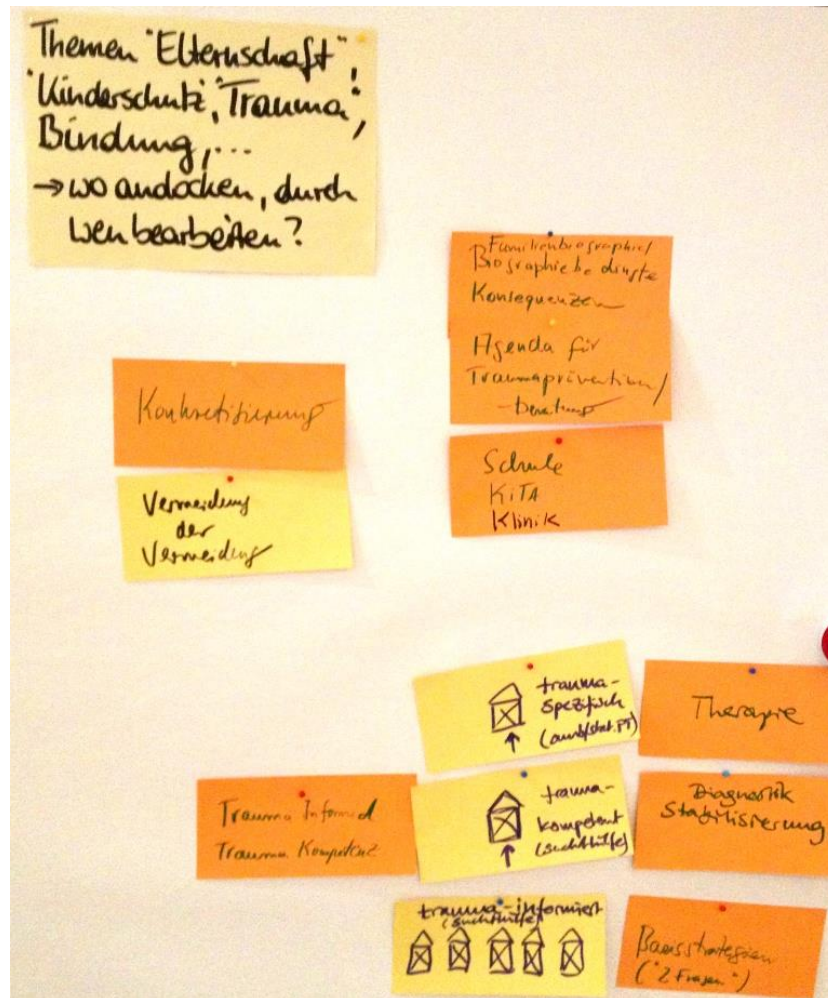
- ⇒ Alle drei Arbeits-Ansätze sind notwendig – das zeigt die gewachsene Erfahrung: Die Komm-Struktur ist dringend zu ergänzen durch Geh- und Holstruktur. Ob das durch die Bundesebene zu unterstützen ist, ist nicht klar, aber einen Einstellungswandel in den Hilfesystemen braucht es auf jeden Fall. Ändern geht aber nicht immer von selbst – wie kann man also erste Schritte unterstützen? Oder die Steuerung in diese Richtung lenken – und diese Veränderung durch Rahmensetzung erzwingen?
- ⇒ Es gibt viel Material zum Thema, aber die Suche ist mühsam – allzumal aus Sicht von Mitarbeitenden in der Praxis. Deshalb muss es unbedingt gelingen, dass Überblicks-Informationen und Handlungsempfehlungen schnell gefunden werden. Eine hilfreiche Gliederung für die Aufbereitung und das Zugänglichmachen dieser Materialien (vermutlich am besten webbasiert) könnte sein:
 - Rechtliche Grundlagen
 - Forschungsergebnisse in Form zusammenfassender "Meta Reviews"
 - Best Practice/ Good Practice Beispiele als Anregungen für lokales/ regionales Handeln

Ein solches Vorhaben könnte durchaus Gegenstand einer Bundesförderung werden. Dabei wäre der Aufbau als Projekt zu gestalten – die anschließende dauerhafte Unterhaltung dieser Plattform wäre auf andere Weise sicherzustellen.

- ⇒ Das Thema "suchtbelastete Familien" ist bisher nicht Thema in der derzeit geführten Diskussion zur "großen Lösung" bei der Zusammenführung von Jugendhilfe und Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche (bis zum 18. Lj.). Es hier einzubringen, wäre eine zentrale Aufgabe für die ministerielle Ebene / Bundesebene.
- ⇒ Ein Leitfaden "Kooperationsvereinbarungen" wird derzeit von BELLA DONNA, Essen, erarbeitet. Damit Kooperationen regional aber lebensfähig werden, braucht es Unterstützung jeweils im konkreten Prozess, wenn die Kooperation vor Ort aufgebaut wird - "wissen, wie es geht" und "erfolgreich realisieren" sind zwei Schritte. Für eine solche externe Prozessbegleitung wäre eine Unterstützung der Bundesebene hilfreich. Vielleicht sind auch Belohnungsanreize für Beratungsstellen denkbar, die kooperativ arbeiten (→ mit bestimmter Auszeichnung werben können)?
- ⇒ Inhouse-Schulungen mit allen Mitarbeitenden einer Institution sind erfolgreicher als wenn einzelne MA extern Fachtagungen besuchen und als Prophet/innen im eigenen Haus nicht gehört werden. Vielleicht könnten Rahmenbedingungen geschaffen werden, die solche Inhouse-Schulungen attraktiv machen (Zuschüsse? Derzeit sind die Fortbildungsbudgets in der Regel zu gering.).

7.2 AG 2: „Elternschaft“, „Kinderschutz“, „Trauma“, „Bindung“,...

Ausgangspunkt für die Beratung in dieser AG war die Erfahrung, dass biographische Belastungen bei suchtkranken Eltern, die ihnen die Wahrnehmung ihrer Elternschaft schwer machen, immer wieder "durchrutschen" - vielleicht weil es auf beiden Seiten das Gefühl der Überforderung gibt?



Die AG stellt, angelehnt an Modelle aus dem angelsächsischen Raum, ein Modell vor, das davon ausgeht, dass alle Hilfe-Einrichtungen sich des Themas "die Elternschaft belastende biographische Erfahrung / Trauma" annehmen müssen, aber auf sehr unterschiedlichen Stufen in jeweils unterschiedlicher Intensität:

↑	trauma-spezifisch → ambulante / stationäre Psychotherapie	Therapie
↑	trauma-kompetent → Suchthilfe, besondere Kompetenz	Diagnostik, Stabilisierung
↑	trauma-informiert → Suchthilfe, jede Einrichtung	Basisstrategien ("2 Fragen")

Das Modell macht die unterschiedlichen und jeweils begrenzten Aufgaben der Ebenen deutlich. Auf der unteren Ebene geht es zunächst nur um Klärung. Auch da braucht es Fortbildung, damit die Kolleg/innen Sicherheit in dieser Klärung erlangen, aber mehr eben auch nicht. Das Modell zeigt zugleich: Es muss nicht jede Stufe durchlaufen werden, d.h.: nicht jede/r Klient/in muss bis zur Psychotherapie gehen.

Zu beobachten ist, dass es eine verbreitete Vermeidung des Themas "Trauma" gibt – wie kann man nun diese Tendenz zur Vermeidung vermeiden? Sicherheit im Handeln und die Sicherheit, dass man einen *begrenzten* Hilfebeitrag leisten kann, scheinen dafür wichtig zu sein. Diese bewusste Begrenzung der Arbeit mit dem Thema "Trauma" auf den unteren Modellstufen dient also zugleich dem Schutz sowohl der Klient/innen wie auch der Mitarbeiter/innen.

Für jede Ebene sollten "good practice guidelines" bereitgestellt werden; dazu liegt bereits international eine Menge Material vor. Hieraus könnten konkrete Hilfen / "Tool Kits" erstellt und z.B. webbasiert zur Verfügung gestellt werden.

Das Stufenmodell macht deutlich, dass nicht nur der klinische Bereich im Blick sein muss, sondern auch schon das Vorfeld, durchaus auch im präventiven Sinn. Es bezieht deshalb nicht nur spezielle Institutionen der Suchthilfe ein, sondern auch Berufsgruppen aus anderen Institutionen, bei denen Familien ankommen (z.B. Schulen, Kitas): Sie müssen aufmerksam sein, geschult in ihrer Sensibilität, und sie sollten über eine Basiskompetenz zu einer ganz niederschweligen Beratung verfügen.

Die Familienbiografie und damit die transgenerationale Perspektive muss in die Arbeit einbezogen werden, entsprechende Standards sind auch in Aus- und Fortbildung zu verankern.

Die Übergänge der Klient/innen müssen begleitet werden, es muss also gute "Übergaben" geben, damit die Klient/innen sicher an der nächsten Station/auf der nächsten Stufe ankommen. Diese sorgsame Gestaltung von Übergängen ist integraler Bestandteil des oben beschriebenen Modells.

Die Frage der Übergabe von den allgemeinen Institutionen zu spezifischer Suchtberatung stellt sich ja auch schon weit vor solch besonders belastenden Themen wie "Trauma", nämlich z.B. wenn ein/e Erzieher/in feststellt, dass ein Vater beim Abholen des Kindes aus der Kita betrunken ist.

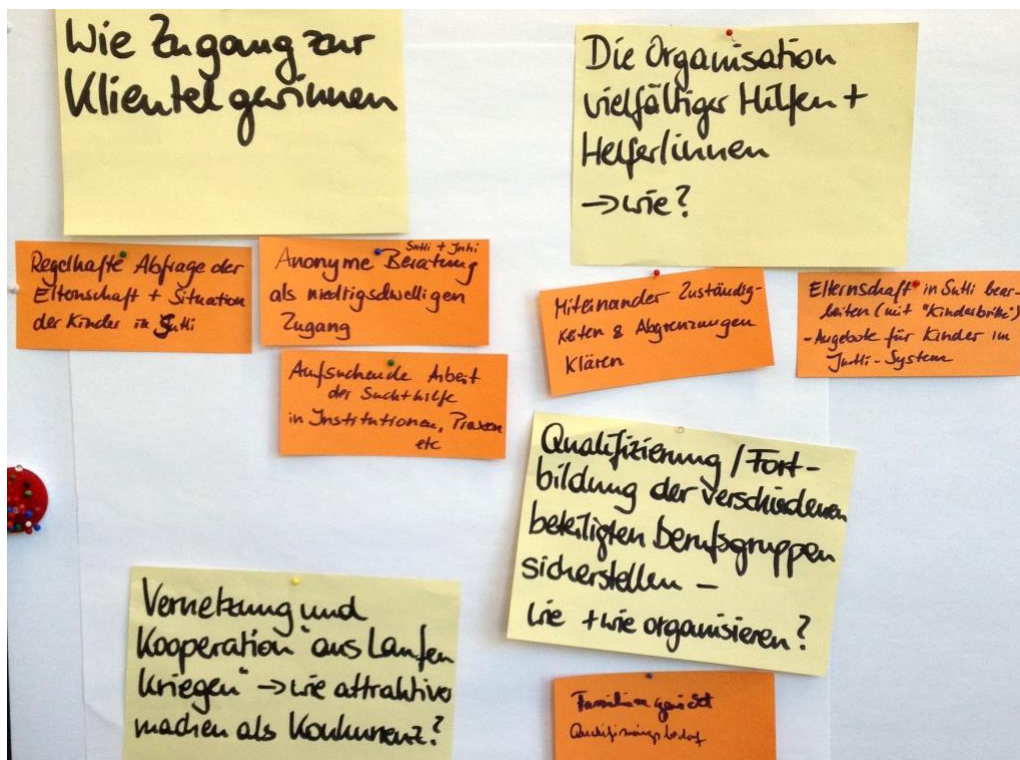
Letztlich stellt sich auch hier wieder die Frage nach dem Aufbau regionaler Netzwerke, in denen die Kontexte, die mit Familien/Kindern zu tun haben, voneinander wissen. Das braucht aber zugleich auch die Klärung, welche Institution sich für solche übergreifenden Fragen von Strukturen, Übergaben, Koordination und Steuerung der Kooperation verantwortlich fühlt.

7.3 AG 3: Zugänge

Diese Arbeitsgruppe hatte sich ein ganzes Bündel von Themen vorgenommen

- Wie kann der Zugang zur Klientel gewonnen/verbessert werden?
- Wie können die vielfältigen Hilfen und Helfer/innen organisiert werden?
- Wie kriegt man Vernetzung und Kooperation „ans Laufen“? Wie macht man Kooperation attraktiver als Konkurrenz?

und hat es gedanklich von der letzten Frage ausgehend bearbeitet:



Als Ausgangspunkt wurden noch einmal die wichtigen Basisprinzipien des Projekts "Schulterschluss" in Erinnerung gerufen → Die Ziele "Qualifizierung" und "sich in der Region kennenlernen" werden durch die Förderstruktur kombiniert, und das wiederum stellt eine sehr gute Voraussetzung dafür dar, die gemeinsame Kooperation aufzubauen.

Von da aus wurden die Fragen in den Blick genommen, was den Zugang zur Klientel erleichtert und wie deshalb die Kooperation aufgebaut sein muss.

Als Voraussetzung wird von allen gesehen, dass zukünftig in der Suchthilfe "Elternschaft" und "Situation von Kindern" regelmäßig abgefragt werden müssen. Weil das zumindest ungewohnt ist, mitunter aber offenbar sogar eine Hürde für die MA darstellt, sollte es Schulungen geben, wie man diese Abfrage positiv in Gespräche einbringen kann (Beispiel: mit Hilfe eines attraktiven Posters).

Mit Blick auf die Kooperation von Sucht- und Jugendhilfe stellen sich konkrete Fragen nach Zuordnung und Übergaben: Wann / wie lange ist Suchthilfe verantwortlich? Wann wird zur Jugendhilfe abgegeben? Also: "Was mache ich selbst? Wann gebe ich ab? Was machen wir gemeinsam?"

Als allgemeine Ausrichtung wird breit geteilt, Kinder eher nicht in der Suchthilfe zu halten, sondern zu den regelhaften Angeboten für Kinder zu überführen, die meist im Bereich der Jugendhilfe angesiedelt sind. Deshalb sollte in der Suchthilfe eher keine sehr ausführliche Anamnese erhoben und auch nicht intensiv in die Arbeit mit Kindern eingestiegen werden.

Es muss anonyme Beratung zwischen Suchthilfe und Jugendhilfe möglich sein als kollegialer Konsiliardienst (Wie würden Kinder- und Jugendfachleute mit der Frage umgehen?) und zur Vorbereitung einer möglichen Kooperation oder Übergabe (Was erwarten die Kinder- und Jugendfachleute von mir in der Suchthilfe?). Auf diese Weise kann die Suchthilfe einen Schritt auf die Jugendhilfe zugehen, aber noch im Anonymen. Es ist wichtig, dass es dieses Angebot gibt, wenn auch die Realität offenbar zeigt, dass es gar nicht so oft wahrgenommen wird.

Um Zugänge zu geeigneten Hilfen zu erleichtern, muss es auch aufsuchende Arbeit der Suchthilfe geben – weniger im klassischen Sinne (in die Familienhaushalte zu gehen), sondern: andere Institutionen aufsuchend (Substitutionsambulanzen etc.). Damit wird deutlich: "Zugänglichkeit verbessern" und "Kooperation" sind als Themen unmittelbar verknüpft.

Was Qualifizierung betrifft, so ist der Blick gezielt zu erweitern auf andere Berufsgruppen, die mit betroffenen Familien zu tun haben. In München wurde z.B. das Familiengericht dazu fortgebildet, welche Angebote die Suchthilfe macht, welche die Jugendhilfe und wie diese Hilfen dann ggf. auch miteinander koordiniert und kombiniert werden. Eine solche Fortbildung trägt zu fundierteren Entscheidungen des Familiengerichts bei.

Fortbildungen sind häufig am besten gemeinsam zu organisieren. Wenn z.B. Suchthilfe und Jugendhilfe gemeinsam Kolleg/innen aus dem ASD fortbilden, stellt dies ein gutes, lebendiges Modell dar dafür, wie Gemeinsamkeit und gutes Eingespieltsein in der Kooperation als Tandem (gemeinsame Arbeitshaltung, gemeinsame Kultur) gelebt werden können und wie zugleich die Eigenständigkeit in der jeweils eigenen Fachlichkeit bestehen bleiben kann (wenn jede/r aus dem Tandem speziell die Fragen behandelt, die sein/ihr eigenes Hilfesystem und Fachgebiet betreffen).

Es muss also ein deutlicher Auftrag an die Suchthilfe gehen, dass Elternschaft für sie auch Thema ist. Es bleibt die Frage, wo und wie das Thema in der Suchthilfe anzusiedeln ist. Als Auftrag für alle (über die grundsätzliche Abfrage von Elternschaft hinaus) könnte es schwierig werden, weil es als "noch was oben drauf, worum ich mich kümmern soll" empfunden wird. Denkbare Möglichkeiten:

- Eine spezialisierte Beratungsstelle im Suchthilfebereich.
- Alternativ wäre ein Kooperationsprojekt denkbar mit einer Sprechstunde für suchtbelastete Eltern, die Erziehungsprobleme haben, die dann von 1 MA aus der Suchthilfe und 1 MA aus der Jugendhilfe / EFB gemeinsam besetzt wird. Dies könnte besonders hilfreich sein, wenn einzelne MA aus der Suchthilfe, die sich auf Elternschaft/Kinder spezialisieren, oder einzelne MA aus der Jugendhilfe, die sich auf Belastung von Familien durch Sucht spezialisieren, in ihrem jeweiligen System dann doch eher "Solitäre" sind, über ihre Zusammenarbeit aber gegenseitige Stärkung und Unterstützung erfahren.
- Gegenseitige fallbezogene Konsiliardienste zwischen Einrichtungen der Jugend- und der Suchthilfe, z.B. im Vorfeld eines Hilfeplangesprächs, um das jeweilige Feldwissen gegenseitig zur Verfügung zu stellen.

Ist Elternschaft nun ein Thema der Suchthilfe oder der Jugendhilfe? Das Thema kann unterschiedlich angesiedelt / aufgeteilt sein (s. Ideen für Modelle oben), aber die Zuordnung muss innerhalb einer Region klar sein.

Elternschaft als Thema der Erwachsenen kann gut in der Suchthilfe angesiedelt sein, muss also dort auch aktiv angesprochen werden. Auch Kinder müssen in der Suchthilfe im Blick sein, die Angebote selbst für die Kinder sollten dann aber eher in der Jugendhilfe angesiedelt sein, so die breite Meinung. Dann sollten dort – so die Empfehlung – allerdings auch die Eltern einbezogen sein mit allen Fragen, die den Umgang mit den Kindern betreffen, damit die Hilfe für die Kinder systemisch eingebettet ist.

Eltern in der Suchthilfe sind allerdings oft alarmiert, wenn "Jugendhilfe" einbezogen werden soll, weil Befürchtungen ausgelöst werden ("Nehmen die mir mein Kind?") Da hat es sich in der Praxis manchmal als leichter erwiesen, wenn ein freier Träger Angebote für die Kinder macht. Die scheinen von Eltern leichter akzeptiert zu werden als Angebote, die unmittelbar durch das kommunale Jugendamt ("Amt") erbracht werden.

Wichtig: Auch bei Übergaben dürfen die zu beratenden Menschen nicht "verloren gehen", da wäre ein Lotsendienst hilfreich. Was dabei abzuwägen ist: Übergaben bedeuten immer auch Brüche im Beziehungsaufbau. Das ist jeweils bei der Planung der konkreten Kooperation und Übergaben zu bedenken!

Die anonyme Beratung kann übrigens nicht nur ein Mittel der kollegialen Unterstützung sein, sondern auch Betroffene gut unterstützen. Die BKE (Bundeskongress für Erziehungsberatung) bietet seit langem online-Beratung für Eltern und Kinder/ Jugendliche an, auch ein spezielles Angebot für suchtmittelbelastete Eltern wie auch ein Forum für Kinder/Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Beides wird offenkundig gut genutzt.

Abschließend wurde noch angerissen, wie sich das Gesamtsystem der Hilfen aktuell entwickelt und möglicherweise weiter entwickelt:

Das Profil der Suchtberatungsstellen verändert sich derzeit - durchaus diskussionswürdig: Der Beratungsbegriff dehnt sich aus, es gibt nicht mehr nur "vermittelnde Beratung", sondern auch erweiterte Beratung, Betreuung und Behandlung mittels unterschiedlicher Hilfeformen. Dabei differiert die "Landschaft" bundesweit sehr. Die Frage von Rollen und Rollenteilung in der Behandlung/Betreuung und in den Interventionen wird oft von Jugendamt zu Jugendamt sehr unterschiedlich definiert. Auch "Leitlinien" u. ä. führen derzeit nicht dazu, dass sich das Feld besser klärt und koordiniert.

Ideen gehen in Richtung von Kompetenzzentren oder medizinischen Zentren, wo unterschiedlichste Hilfeangebote unter einem Dach zu finden sind. Es wird allerdings darauf ankommen, jeweils lokal regional passende Lösungen zu finden - ein einheitliches "Musterjugendamt vom Reißbrett" wird es nicht geben, die regionalen Rahmenbedingungen prägen natürlich auch das jeweilige Handeln vor Ort. Aber in einer spezifischen Region sollte es für alle Hilfesysteme klar sein, wie die Gesamtheit der Hilfen organisiert und wie das "Hand-in-Hand-Arbeiten" abgestimmt ist.

8 Rückblick auf den Tag - Ausblick

Was brauchen suchtmittelabhängige Eltern an Hilfen? Und wer kann wie diese Hilfen am besten zur Verfügung stellen? Und wer kann sie so organisieren, dass es den Betroffenen leicht gemacht wird, sie in Anspruch zu nehmen?

Alle Expert/innen sind sich einig, das hat die Diskussion der vielfältigen thematischen Zugriffe heute im Laufe des Tages gezeigt, dass die Komplexität des Themenfeldes und der Aufgabenstellung nicht durch die Sucht-/Drogenhilfe allein zu bewältigen ist, sondern nur durch gute und wohl überlegte Kooperation unterschiedlicher Hilfesysteme, die ihre speziellen Kompetenzen klug koordinieren und einander ergänzend einbringen – und zugleich Kontinuität sicherstellen in der Begleitung der Eltern und Kinder.

Diese Netzwerke zur Kooperation sind nicht per Dekret / Handlungsempfehlung / Leitfaden handlungsfähig, ihr Aufbau braucht Zeit. Dabei gilt: Der Weg zum Ziel muss schon Elemente des Gewünschten enthalten – Netzwerke entstehen nicht über Appelle, sondern in kooperativer Erarbeitung und gegenseitiger Wertschätzung der je spezifischen Fachlichkeit; im Prozess des Aufbaus muss also schon das Ziel der gewünschten verlässlichen Kooperationsstruktur schrittweise vorweggenommen werden.

Rückmeldungen der Teilnehmenden zum Fachgespräch sind im Folgenden schlaglichtartig zusammengefasst:

- Es war gut, aus dem Praxisalltag heraus in angenehmer Atmosphäre ausführlich miteinander zu diskutieren.
- Es ist deutlich geworden, wie wichtig Vernetzung ist – das müssen wir mehr anschieben. Wenn nötig: Auch top-down vorgeben und indem Vernetzung attraktiv gemacht wird.
- Wenn der Bund die vorhin verabredeten Hilfestellungen umsetzt, wäre das sehr hilfreich!
- Wir müssen Kontinuität auch in den Drogenberatungsstellen verankern.
- "Information über" ist zentral und gilt für alle Hilfen übergreifend.
- Man muss auf die Familie gemeinsam, als gesamtes System schauen, nicht den Blick auf die Kinder vom Blick auf die Eltern separieren.
- Danke für die Organisation und Moderation des Fachgesprächs – im Vorfeld wie heute am Tag!
- Die Thesen als Basis waren eine hervorragende Vorbereitung und Einstimmung auf den Tag; die meisten wurden ja auch breit geteilt, an einigen Stellen haben wir noch in die Tiefe und ergänzend, hier und da auch kontrovers, diskutiert.
- Kooperation und Vernetzung sind das zentrale Thema – lokal/regional wie auch auf Bundesebene! Andere Berufsgruppen einbeziehen, mit sensibilisieren und Kooperation anbieten.

Frau Tödte hob abschließend als "Auftrag in eigener Sache" hervor, dass die Fraueneinrichtungen im Suchtbereich die Kolleg/innen in den "traditionellen" Suchtberatungsstellen noch besser unterstützen müssten. Auch die Fraueneinrichtungen haben ja keine spezielle Akquise für Mütter und ihre Kinder betrieben, geschlechtersensible Arbeit mache es aber offenbar leichter, dass Trauma, Bindung, Elternschaft Thema wird – und dass Frau-

en ihre Kinder zur Beratung mitbringen. Diese Erkenntnisgewinne müssen an die Kolleg/innen weitervermittelt werden, damit es ihnen leichter fällt, Elternschaft zu thematisieren.

Die Kooperation der Hilfesysteme würde sicherlich erleichtern, öfter über "Schnittmenge" statt über "Schnittstellen" zu sprechen – also mehr danach zu schauen, was verbindet, als dorthin, wo das Trennende ist.

Herr Kern vom Bundesministerium für Gesundheit resümierte den Tag mit der Einschätzung, dass das Fachgespräch Bewegung ausgelöst habe – allerdings in Richtung eines Marathons ... Er hoffe, dass die Arbeit am Thema nicht immer wieder vom selben Punkt aus startet, sondern dieser Langlauf sich in einer hermeneutischen Spirale voran bewegt.

Als konkrete Handlungsimpulse für die Bundesebene benannte er – neben den schon vor der Mittagspause angesprochenen und den in AG 1 des Nachmittags vertieften Handlungsfeldern:

- Blick auf die Väter – da bestehe sicher noch eine besonders große Lücke
- Leitfaden für Kooperation und Organisation von Hilfen
- Fortbildungen für die unterschiedlichsten Berufsgruppen – gegenseitig und gemeinsam gestaltet.

Herr Kern beschloss das Fachgespräch mit einem herzlichen Dank an alle Teilnehmer/innen für die große Bereitschaft, sich einen ganzen Tag lang so intensiv auszutauschen und das eigene Know-how zu teilen!

Anhang A: Quellenangaben

Arenz-Greiving, I., Kober, M.; Metastudie – Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern; Münster 2007

Bader, T. (fdr), Thomasius, R. (DZSKJ), (Hrsg.), Schwangere und Eltern mit Suchtmittelkonsum im Hilfesystem – wie wirkt die Netzwerkarbeit? Schlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Hannover, Hamburg, 2009

Belles, S., Budde, A., Moesgen, D., Klein, M.; Implizite und explizite Alkoholwirksamkeitserwartungen und elterliches Problemtrinken;
http://80.92.48.160/addiction.de/fileadmin/user_upload/pdf/beitraege/suchtkongressposter.pdf

Bodenmann, G., Die Folgen der Scheidung für die Kinder aus psychologischer Sicht, in: Rumo-Jungo, A. Pichonnaz, P. (Hrsg.), Kinder und Scheidung, Zürich, 2006,

Bohn, I. (Hrsg.), Resilienz - Was Kinder aus armen Familien stark macht. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Dokumentation der Fachtagung, Frankfurt am Main, 2005 (http://www.issffm.de/downloads/tagungsberichte/doku_ft_resilienz_2006_09.pdf)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Schmidt, M., Schneider, K., Hohm, E., Pickartz, A., Macsenaere, M., Petermann, F., Flosdorf, P. Hölzl, H. & Knab, E.; Effekte erzieherischer Hilfen und ihre Hintergründe; Band 219 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Stuttgart, 2002

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Schröttle M., Gewalt gegen Frauen in Paarbeziehungen, Iff Bielefeld 2008,
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewalt-paarbeziehung-langfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.; Positionspapier: Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln, Berlin, 2012

Hasenjürgen, B.; Rohleder, Ch. (Hrsg), Geschlecht im sozialen Kontext, Perspektiven für die soziale Arbeit, Opladen 2005

Helming, E., Sandmeir, G., Sann, A., Walter, M., Kurzevaluation von Programmen zu Frühen Hilfen für Eltern und Kinder und sozialen Frühwarnsystemen in den Bundesländern. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und Deutsches Jugendinstitut, München, 2006
(<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/evaluation-fruehe-hilfen-kurzbericht,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>)

Hoff, Tanja, Klein, Michael: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Kindern aus suchtblasteten Familien, in: Hasenjürgen, Brigitte, Rohleder, Christiane (Hrsg.): Geschlecht im sozialen Kontext, Perspektiven für die soziale Arbeit. Verlag Barbara Buderich, Opladen, 2005

Kißgen, R., Heinen, N. (Hrsg.), Familiäre Belastungen in früher Kindheit, Stuttgart, 2011

Klein, M., Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität. In: Westermann, B., Jellinek, C. & Bellmann, G.U. (Hrsg.). Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim, 2001

- Klein, Michael; Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven, *reportpsychologie* <28> 6/2003; http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/350/pdf/report_psychologie_06-2003_1.pdf;
- Klingemann, H. Gomez, V., Egli, P., Schlüsselberger, M., Geschlechtsrollenorientierung und maskuline Identität, Dimensionalität und Therapierelevanz bei Patienten in der stationären Suchttherapie. Schlussbericht zuhanden der Schweizerischen Stiftung für Alkoholforschung (SSA), atf Schweiz, 2008
- Klingemann, Harald; Sucht, Männergesundheit und Männlichkeit – ein neu entdecktes Thema; *abhängigkeiten* 2/06, http://www.gesundemaenner.ch/data/data_148.pdf
- Krens, I., Krens, H., Zur Psychotherapie vorgeburtlicher Bindungsstörungen und Traumata. Göttingen, 2006
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA: Modellprojekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, Abschlussbericht, Essen, 2001
- Leeners, B. Richter-Appelt, H., Schönfeld, K., Neumaier-Wager, P., Görres, G., Rath, W.; Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter, *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 100, Heft 11, 14. März 2003
- Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H. (Hrsg.), Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext, Stuttgart, 2010
- Metz-Göckel, S., Kamphans, M., Zum geschlechterbewussten Sprachgebrauch, http://dimeb.informatik.uni-bremen.de/documents/projekt.gender.Infopapier_No3a.pdf
- Moesgen, D., Klein, M., Bröning, S., Haevelmann, A., Thomasius, R., Projekt Trampolin - ein modulares Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Konzept und erste Ergebnisse, http://www.sucht.de/tl_files/pdf/veranstaltungen/25.%20Heidelberger%20Kongress%202011/moesgen_f1.pdf
- Stachowske, R. (Hrsg.); Drogen, Schwangerschaft und die Lebensentwicklung der Kinder, Asanger, 2012
- Schigl, B., Psychotherapie und Gender. Konzepte.Forschung.Praxis. Wiesbaden, 2012
- Tödte, M., Drogenabhängigkeit und Mutterschaft. *Suchtmedizin*, 2/2010, *ecomед Medizin* (2010)
- Wygold, Thorsten, Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft Versorgung von Mutter und Kind, *gynäkologie + geburtshilfe* 2011, <http://www.diakonierwl.de/materialien/suchtinfor/7.2011/VesorgungMutterundKind.pdf>

Anhang B: Liste der teilnehmenden Expert/innen

Alcaide, Nicola	GVS Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V., Berlin
Dilger, Helga	MAKS Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken, Freiburg
Gorgas, Birgit	Stadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt, München
Heedt, Christa	Drogenberatung für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, Essen
Kern, Albert	Bundesministerium für Gesundheit, Referat Sucht und Drogen, Berlin
Kißgen, Prof. Dr., Rüdiger	Universität Siegen, Fakultät II, Siegen
Klein, Prof. Dr., Michael	Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Köln
Kons, Jörg	Information und Hilfe in Drogenfragen e. V., Projekt Fit-kids, Wesel
Leune, Jost	Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Hannover
Luhmer, Frederik	Wigwam Mitte, vista gGmbH, Berlin
Münzel, Brigitte	Fortbildung, Supervision, Coaching, Köln
Quilitzsch, Claudia	MAKS Modellprojekt Arbeit mit Kindern von Suchtkranken, Freiburg
Ruffing, Klaus Guido	Saarpfalz-Kreis, Jugendamt, Homburg
Schäfer, Ingo	Priv.-Doz., Dr. med., MPH, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg
Schumann, Manuela	Vertreterin der Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten der Bundesregierung im Bundesministerium für Gesundheit
Tatomir, Hella-Talina	„Hilf.Kids- Hilfen für Kinder von Drogenabhängigen“, Drogenverein Mannheim e. V., Mannheim
Tödte, Martina	Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V., Essen

Frau Dr. S. Dybowski, Bundesministerium für Gesundheit, und Frau B. Kiefer, Ministerium für Arbeit und Soziales Sachsen-Anhalt, Magdeburg, waren leider erkrankt und konnten deshalb an der Tagung nicht teilnehmen.

Moderation: Herrmann, Dorothea - synexa-consult, Essen

Protokoll: Böcker, Stefanie und Scherotzki, Judith (beide: Drogenberatung für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, Essen)

Dokumentation: St. Böcker, D. Herrmann, J. Scherotzki, M. Tödte