

Stellungnahme zu den drei Fachexpertisen im Rahmen der Arbeitsgruppe Hilfen für Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern.

NACOA Deutschland hat die beiden veröffentlichten Expertisen über seinen Mailverteiler an Praktiker geschickt, die unmittelbar Hilfen für COAs anbieten, und sie um Rückmeldung gebeten. Tendenziell wurden die Expertisen gute Praxis und Forschung eher kritisch bewertet. **So zeigen die Praktiker aus verschiedenen Hilfeprojekten für COAs deutlichen Unmut, darüber, dass in den Expertisen neuerlich bekannte Sachverhalte diskutiert werden. Der Leidensdruck bei den Hilfeangeboten ist angesichts der chronischen Unterfinanzierung groß. An die Arbeitsgruppe wird klar die Erwartung gerichtet, dafür zu sorgen, dass endlich Geld für die Finanzierung der Hilfeangebote zur Verfügung gestellt wird.**

Bemängelt wird ferner, dass in den Expertisen gute Praxis und Forschung **das Thema Kinder Suchtkranker gegenüber den Kindern psychisch Kranker unterrepräsentiert** ist. Auch zeigen sich Praktiker/innen verärgert darüber, dass als Beispiele wiederum allein das bundesfinanzierte „Trampolin“ beschrieben wurde und die vielfältige **Rolle der Suchthilfe bei den Hilfen für COAs** weitgehend ausgeblendet bleibe. So ist nach Einschätzung der Praktiker/innen die Vernetzung von Suchthilfe mit anderen Hilfesystemen im Einzelfall wesentlich besser als in den Expertisen beschrieben. Insbesondere in Baden-Württemberg ist nach deren Einschätzung **die vor Ort praktizierte Kooperation durch das Vernetzungsprogramm „Schulterschluss“ weit entwickelt** und dies obwohl der Arbeitsaufwand zur Pflege der Kooperationen bis jetzt von keiner staatlichen bzw. gemeindlichen Stelle bezahlt wird.

Die **Expertisen** werden als **zu optimistisch hinsichtlich der Zahl der vorhandenen Hilfen** (im Vergleich zur Zahl der betroffenen Kinder sind die Angebote ein Tropfen auf dem heißen Stein) und als **zu stark auf Kurzzeitinterventionen ausgerichtet** empfunden. Zwei umfangreichere gesonderte Stellungnahmen von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA (Essen) und von Lilith e. V. (Nürnberg) sind im Anhang auf den Seiten 8 und 12 zu finden.

Zusätzlich zu den Rückmeldungen von der Basis hat die Geschäftsstelle von NACOA bei Durchsicht der drei Expertisen folgende Punkte gefunden, die der Ergänzung bzw. Korrektur bedürfen:

Expertise „Gute Praxis“

S. 11: In der Expertise heißt es: „Um insgesamt zu einer bedarfsorientierten Ausrichtung und Weiterentwicklung des Hilfesystems auch für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern zu kommen, bedarf es der fortlaufenden Kooperation von Jugendhilfe-, Sozial- und Psychiatrieplanung.“ **Die Suchthilfeplanung fehlt.**

S. 18/19: „Die Auflistung der Angebote getrennt nach Bundesland zeigt, dass das Vorhandensein von Unterstützungsansätzen bundesweit und regional recht unterschiedlich ist. Am Beispiel Rheinland-Pfalz, wo es mit dem Projekteatlas Rheinland-Pfalz 2017 eine landesweite Erhebung zu Angeboten gibt, wird deutlich, dass in diesem Bundesland weit mehr Angebote für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern vorhanden sind als auf den bundesweiten Webseiten abgebildet. Daraus kann die Hypothese abgeleitet werden, 19 dass dies auch für andere Bundesländer zutrifft. Insofern ist davon auszugehen, dass es weit mehr Angebote für Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern und deren Familien in der Praxis gibt, als über die verschiedenen Homepages bekannt sind.“ **Diese Schlussfolgerung halten wir für spekulativ. Rheinland-Pfalz ist ein Vorreiterland für das Thema und unterstützt Hilfeangebote aktiv, was in den meisten anderen Bundesländern nicht der Fall ist.**

S. 26: „Darüber hinaus werden von den Fachkräften folgende **Erfolgsfaktoren** genannt: (z. T. ehrenamtliche) **Fahrdienste, eine telefonische Kontaktaufnahme zu den Eltern** vor den Terminen, um an die Teilnahme des Kindes zu erinnern.“ **Hier müsste dringend ergänzt werden, dass der enorme Aufwand rund um die Maßnahmen zeitlich und finanziell mitberücksichtigt werden muss!**

Es ist ein allgemein anerkannter Erfahrungssatz in der Arbeit mit Kindern aus Suchtfamilien **dass Gruppenangebote von den Kindern als verlässlich wahrgenommen werden und deshalb langfristig angelegt sein sollten.** Sie erleben suchtbedingt in Ihren Familien ein permanentes Wechselbad aus Zuwendung (und zwar wenn der/die Süchtige sie braucht) und unvermitteltem Kontaktabbruch. Wenn ein Hilfeangebot nach wenigen Wochen abbricht, machen die Kinder dieselbe katastrophale Erfahrung. **Das Kriterium der Langfristigkeit als wesentliche Gelingensbedingung für Gruppenangebote ist hier unbedingt zu ergänzen.** Pädagogische und therapeutische Bemühungen werden nur da fruchtbar, wo Kinder und pädagogische Begleiter über einen längeren Zeitraum miteinander in Kontakt sind. **Nur so können die Kinder stabile und belastbare Bindungsangebote erfahren, die in den Beziehungen zu den suchtkranken Eltern oft nicht möglich sind. Kurzfristige Angebote im Sinne von „Schutzimpfungs-Maßnahmen“ zeigen keinen nachhaltigen Erfolg, sondern bergen die Gefahr, auch spätere Interventionen zu erschweren.**

S. 27 Die gesicherte Finanzierung als Kriterium für gute Praxis zu nehmen, halten wir für **falsch. Ob ein Angebot heute eine gesicherte Finanzierung hat, hängt von den lokalen Gegebenheiten ab**, z.B. dem guten Willen der politisch Verantwortlichen in der jeweiligen Kommune. Es gibt hervorragende Angebote, die von ihren Kommunen zumindest anteilig finanziert werden. Es gibt genauso hervorragende Angebote die von den ihren Kommunen finanziell völlig im Stich gelassen werden. **Angebote aufgrund ihrer fehlenden Finanzierung**

als schlechte Praxis zu klassifizieren und deswegen von künftigen Förderungen auszuschließen, würde den Auftrag dieser Arbeitsgruppe verkennen. Diese soll ja gerade die Schnittstellenprobleme überwinden und Wege aufzeigen, wie Angebote - unabhängig vom Glücksfall günstiger lokaler Gegebenheiten - auskömmlich regelfinanziert werden können, die sich bislang mangels gesetzlicher Grundlagen auf der Basis von Ehrenamtlichkeit, Spenden oder Quersubventionierung am Leben halten mussten.

S. 28 NACOA lehnt die Verengung des Blicks auf die wissenschaftliche Evidenzbasierung als alleinigem Qualitätsmerkmal für Gruppenangebote ab. Es gibt in Deutschland ca. 180 Hilfeangebote, die – ausgehend von den lokalen Gegebenheiten in Kommune oder Landkreis - ein eigenes Konzept entwickelt haben, mit dem sie Kinder suchtkranker Eltern unterstützen (freie Angebote).¹ Hilfeangebote wie z.B. das der Kompaß-Beratungsstelle in Hamburg machen seit bis zu 30 Jahren erfolgreiche resilienzfördernde Arbeit mit den Kindern. Bei diesen Angeboten ist es durch ihre langjährige Existenz und aufgrund der Tatsache, dass betroffene Kinder die dort angebotenen Hilfen freiwillig und gerne oft über mehrere Jahre hinweg annehmen, offensichtlich (evident), dass sie von den Kindern als wirksame Hilfe wahrgenommen werden. Hinsichtlich der Wirkung konnte z.B. ein Hilfeangebot wie **Mikado in Köln** durch seine Verankerung in der Kommune die weitere Entwicklung „ihrer Kinder“ über einen längeren Zeitraum beobachten. Mikado **schätzt, dass von rund 150 Kindern, die in ihren Gruppen betreut wurden, nur ca. acht später Suchtprobleme entwickelten.**² **Vor diesem Hintergrund ist es nicht nachvollziehbar, warum in der Expertise „Gute Praxis“ als einziges Beispiel für Gruppenangebote das vom BMG in Auftrag gegebene „Trampolin“ beschrieben wird.** Das Programm wird wegen seiner wissenschaftlichen Evidenzbasierung und aufgrund des Umstandes, dass es als eines von wenigen die notwendigen finanziellen Mittel für die Begleitforschung erhalten hat, von den Krankenkassen gefördert. **Die Beschränkung auf Trampolin ist umso weniger nachvollziehbar, als es in der Expertise Forschung heißt, dass die langfristige Wirksamkeit bei evidenzbasierten Programmen für Kinder suchtkranker Eltern bislang nicht untersucht wurde. „Es ist unklar, wie die langfristigen präventiven Wirksamkeiten dieser Programme sind und sich protektive Effekte bis ins Erwachsenenalter zeigen...“**³ Im Evaluationsbericht von Trampolin ist ferner festgehalten, dass das evidenzbasierte Programm einen signifikanten Nutzen bei der nachhaltigen Wissensvermittlung über Sucht feststellt, dass sich aber nach sechs Monaten keine Verbesserung im psychischen Wohlbefinden der Kinder mehr erkennen lässt.⁴

Es ist nach unserer Einschätzung ein Fehler, eine Vielzahl von langjährig offensichtlich (evident) erfolgreichen Angeboten zugunsten eines evaluierten, wissenschaftlich evidenzbasierten und staatlich geförderten Programms von Förderungen auszuschließen. **Die freien Angebote brauchen vielmehr die Möglichkeit einer** möglichst unkomplizierten

¹ <https://nacoa.de/hilfeangebote/professionelle-hilfeangebote-f%C3%BCr-kinder>. Stand: März 2019

² Mündliche Präsentation des Projekts Mikado auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, "Die Kinder aus dem Schatten holen" im Juni 2017 in Berlin.

³ Wiegand Grefe, Klein, Kölich et al.: Kinder psychisch kranker Eltern „Forschung“, S. 36

⁴ Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien, Abschlussbericht, Hamburg / Köln 2012, S. 103

Nachevaluation, um Zugang zu Förderungen der Krankenkassen zu erhalten. **Um eine funktionale Helfelandschaft zu entwickeln braucht es** nach unserer Überzeugung **eine Vielfalt von Ansätzen und keine Monokultur.**

Ein Manko der evidenzbasierten Programme besteht darin, dass sie das Problem der Kinder aus suchtbelasteten Familien oft zu einseitig über die Kognition anzugehen. So wird es zwar sicherlich einige Kinder und Jugendliche geben, denen es ausreicht, mit Wissen über die elterliche Erkrankung versorgt zu werden. **Dem Gros der Kinder und Jugendlichen jedoch mangelt es an zugewandten, empathischen Erwachsenen, die es längerfristig und umfassender begleiten.** Diese Kinder brauchen eine Begleitung und Betreuung über weite Lebensstrecken hinweg, manchmal bis zur Autonomieerlangung hin. Ferner bedarf es der zusätzlichen Hilfe für Problemfelder, die mit der elterlichen Suchterkrankung und ggf. auch Komorbiditäten einhergehen und sich in Verhaltensauffälligkeiten auf Seiten der Kinder niederschlagen. Dies bedeutet im Einzelfall Entwicklung passgenauer Unterstützungen gemeinsam mit der Familie, oft auch mit der sozialpädagogischen Familienhilfe oder mit der stationären Jugendhilfemaßnahme, in der sich das Kind befindet.

Expertise „Forschung“

S. 22 Die Expertise stellt fest: *„Bislang sind nur wenige passgenaue evidenzbasierte präventive Programme für Kinder suchtkranker Eltern oder betroffene Familien entwickelt worden. Es liegen jedoch mit ca. 70 Angeboten deutlich mehr nicht evaluierte lokale Ansätze im Bereich der Suchtberatungsstellen vor.“* **Die Zahl der Angebote verschiedener Träger vor Ort ist nach Kenntnis von NACOA mit schätzungsweise 180 wesentlich höher.**⁵ Leider wird auf die Inhalte der Arbeit in diesen Angeboten in der Expertise aber nicht weiter eingegangen und deren Wert als Modelle für einen flächendeckenden Aufbau eines Hilfesystems für COAs verkannt. **Diese Angebote arbeiten mit Fachkräften, die die Gruppenangebote auf Grundlage der aus der Resilienzforschung bekannten und in der einschlägigen Literatur nachzulesenden wissenschaftlichen Erkenntnisse entwickelt haben.**⁶ **Ihnen wegen des Fehlens einer nachweisenden Begleitforschung (der sogenannten wissenschaftlichen Evidenzbasierung) die Wirksamkeit und Passgenauigkeit abzusprechen, halten wir für unzulässig.** Durch meist langfristig angelegte Gruppen (resilienzfördernder Faktor Beziehung), der Vermittlung von Wissen über das Wesen der elterlichen Suchterkrankung (resilienzfördernder Faktor Einsicht) sowie der Bereitstellung eines Raumes, in dem Kinder Kinder sein können, bieten diese Angebote die wesentlichen Gelingensbedingungen, damit Kinder aus suchtbelasteten Familien verbesserte Chancen auf Resilienz bekommen. **Die Stärke von langfristigen Angeboten liegt im Aufbau von tragfähigen Beziehungen, an denen Kinder aus suchtbelasteten Familien ihre Beziehungsfähigkeit schulen können. Dies aber ist eine fundamental menschliche Qualität, die sich wissenschaftlicher Evidenzbasierung entzieht.**

⁵ Die Zahl erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie stützt sich auf die Liste der Hilfeprojekte auf <https://nacoa.de/hilfeangebote/professionelle-hilfeangebote-f%C3%BCr-kinder>. Stand: März 2019

⁶ Nachzulesen beispielsweise bei S. Wolin & S. Wolin: www.projectresilience.com

S. 79 Die Expertise Forschung streift leider nur am Rande die Forschungen zu „Adverse Childhood Experiences“ (ACE)⁷ und geht überhaupt nicht auf die damit korrespondierenden Forschungen zu „Toxic Stress“ und dessen schädigende Auswirkungen auf die Hirnentwicklung in der frühen Kindheit ein.⁸ Beide Forschungen sind wesentlich für das Verständnis, was die Kinder aus psychisch- und suchtkranken Familien schädigt und in welchem hohem Maß dies in unseren modernen Gesellschaften der Fall ist. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über „Toxic Stress“ belegen darüber hinaus, warum nährnde, stabile und anregende Beziehungen zu erwachsenen Bezugspersonen (z.B. in einem Hilfeangebot) essenziell für die Resilienzentwicklung bei Kindern mit Belastungen durch ACE sind.

Expertise „Recht“

Die Expertise berücksichtigt nur Kinder solcher Eltern, die bereits im Hilfesystem sind. Dies ist aber der weitaus kleinste Teil der betroffenen Kinder, weil die allermeisten Süchtigen nicht zu einer Krankheitseinsicht gelangen und Hilfe suchen. Laut Deutscher Suchthilfestatistik finden derzeit lediglich ca. 14 % der Süchtigen Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens den Weg in das Suchthilfesystem. Deswegen ist die Schaffung eines elternunabhängigen Anspruchs auf Beratung und Hilfe (auch ohne akute Notlage) im SGB VIII von zentraler Bedeutung, um vor allem jene Mehrheit von Kindern zu erreichen, deren Eltern keine Hilfe suchen. Ferner müsste geklärt werden, wie Angebote in den Bereichen Kita Schule, Jugendarbeit, Erziehungsberatung, öffentlichem Gesundheitswesen finanziert werden, die diese Kinder, die mit Eltern ohne Krankheitseinsicht leben, bei der Entwicklung von Resilienz fördern, und wie die Qualifikation der dort tätigen Fachkräfte bundeseinheitlich organisiert und dauerhaft finanziert werden kann.

Die nun folgenden Anmerkungen beziehen sich sämtlich auf den von der Rechtsexpertise abgedeckten Bereich der Kinder, die mit krankheitseinsichtigen Eltern zusammenleben, die bereits im Hilfesystem sind.

Randnummer 19 Die Interpretation von § 20a Abs. 1 Satz 1 SGB V in der aktuellen Fassung des Leitfadens Prävention, wonach Kinder aus suchtblasteten und/oder psychisch belasteten Familien ausdrücklich zu den Zielgruppen der Prävention gehören⁹, muss Eingang in den Gesetzestext finden, damit dort die Bedeutung der **Familie als für die Gesundheit bedeutsames, abgrenzbares soziales System (Lebenswelt)** durch den Gesetzgeber selbst

⁷ Anda, Robert: The Health and Social Impact of Growing Up With Alcohol Abuse and Related Adverse Childhood Experiences: the Human and Economic Costs of the Status Quo. San Diego 2006
Gute Zusammenfassung: Nadine Burke Harris: How childhood trauma affects health across a lifetime https://www.ted.com/talks/nadine_burke_harris_how_childhood_trauma_affects_health_across_a_lifetime?utm_campaign=tedsread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare#t-946945

⁸ Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. Journal of the American Medical Association, 301(21), 2252-2259.

⁹ Leitfaden Prävention, Kapitel 4: Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, S. 39

festgeschrieben wird und nicht nur als Untergruppe der Lebenswelt Kommune, wie im derzeitigen Gesetzestext.

Randnummer 54ff Die sogenannten „**Begleitkinder**“ von Eltern, die sich wegen einer psychischen / Suchterkrankung der Eltern in einer Rehabilitationseinrichtung befinden, **brauchen ebenfalls einen Anspruch auf Therapie** und dürfen nicht wie bisher während der stationären Therapiemaßnahme nur verwahrt werden. Ihre Gesundheit ist durch die Erkrankung des Elternteils erheblich gefährdet, was absehbar einen negativen Einfluss auf ihre spätere Erwerbsfähigkeit haben wird.¹⁰ Daraus ergibt sich ein **Anspruch auf Kinderrehabilitation** nach § 15a, Abs.1. Es handelt sich also nicht um „Begleitkinder“, sondern um gleichzeitig mit den Eltern auf eigener Rechtsgrundlage zu behandelnde Kinder. Da als wesentlicher Faktor zum Aufbau von Resilienz ein stabiler Kontakt zu verlässlichen Vertrauenspersonen für die Kinder unabdingbar ist, muss während der Maßnahme sichergestellt werden, dass im Anschluss am Heimatort eine regelmäßige Betreuung in einer resilienzfördernden Unterstützungsgruppe z.B. nach § 29 und § 35, SGB VIII erfolgt.¹¹

Randnummer 65 Das SGB VIII bietet zwar theoretisch vielfältige Möglichkeiten für präventive Maßnahmen, die real aber wegen der schon immer völlig unzureichenden finanziellen Ausstattung der Jugendämter nicht in reale Angebote umgesetzt werden können.

§ 27 SGB VIII ermöglicht individuelle, rechtlich einklagbare Hilfemaßnahmen, mit denen Eltern bei der Erziehung bei der Erziehung geholfen wird. Das setzt voraus, dass die Eltern einen entsprechenden Antrag stellen. Bei der Thematik Kinder aus sucht- bzw. von psychischer Krankheit belasteten Familien sind aber **Präventionsangebote** notwendig, die keine Hilfe zur Erziehung sind. Sie müssen niedrigschwellig, allgemein und insbesondere **unabhängig vom Elternwillen für die minderjährigen Kinder zugänglich** sein (offene Angebote). Damit dies praktisch funktionieren kann, muss eine erhebliche Anzahl solcher offenen Angebote zur Verfügung stehen, damit nicht allein das Aufsuchen des Ortes bereits stigmatisierend wirkt. Da die Bereitstellung solche Angebote nicht individuell einklagbar ist, wird dies von den Kommunen aus Mangel an Mitteln in der Regel nicht finanziert. Notwendig wäre es, ähnlich wie es in der ursprünglichen Fassung des Ausführungsgesetzes zum Kinder- und Jugendhilfegesetz des Landes Berlin von 1995 vorgesehen war, eine **Quote von mindestens 10 % des gesamten Jugendhilfebudgets verbindlich für Präventionsarbeit** fest zu schreiben. Der Bundesdrogenbeauftragten ist zuzustimmen, wenn sie fordert: „Wir brauchen funktionierende Netzwerke und klare Ansprechpartner in den Städten und Gemeinden – und das nicht nur punktuell, sondern flächendeckend. **Wir müssen die Länder gewinnen, den**

¹⁰ Effertz, Tobias: Kosten bei Kindern aus Suchtfamilien: Die volkswirtschaftliche Dimension eines kaum beachteten Problems: **Das Wahrscheinlichkeit, das Abitur zu machen, ist bei Söhnen von Alkoholiker/innen um 15% und bei Töchtern 12,7% niedriger. Die Wahrscheinlichkeit, am Beginn des Erwerbslebens arbeitslos zu sein, ist bei Söhnen von Alkoholiker/innen 24 % und bei Töchtern 23 % höher.**

<https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/vortrag%20effertz%20volkswirtschaftliche%20kosten.pdf>

¹¹ <https://drogennotdienst.de/jugend-und-familienhilfe/>

Aufbau dieser Strukturen finanziell zu unterstützen. Und der Bund muss die Frage beantworten, wie die Sozialsysteme zum Wohle dieser Kinder noch besser zusammenwirken können.¹²

In der Praxis scheitern viele mögliche Angebote der Prävention an der Bereitstellung oft geringer Haushaltsmittel. Demgegenüber werden für die Versorgung der Folgeschäden durch verschiedene Varianten der Hilfe zur Erziehung notgedrungen Millionenbeträge aufgewendet.¹³ Auf mittlere Sicht würde die Finanzierung der Prävention in den Jugendhilfebudgets die Kommunen finanziell entlasten – mehr noch als Kranken- und Rentenversicherung.

Randnummer 190 Diese Beurteilung der Gutachter ist nicht nachvollziehbar. § 15 SGB VI regelt den eigenständigen Anspruch von Kindern Rentenversicherter auf Reha-Maßnahmen zum Schutz ihrer Gesundheit als Grundlage der künftigen Erwerbsfähigkeit. Wie oben unter Randnummer 54ff ausgeführt, ist der wirtschaftliche Schaden pro Kind, das keine rechtzeitige Hilfe erfährt immens.¹⁴ Es wird hier nur die akute Gesundheitsgefährdung gesehen, nicht aber die Langzeitperspektive bzgl. eigener psychischer Erkrankung und gebrochener Bildungsbiographien.

Randnummer 233 Tatsächlich verlangt z. B. der BARMER Bundesverband bei Beantragung von Präventionsprojekten eine **Ko-Finanzierung von Rentenversicherung, Unfallkasse und/oder Gemeinde.** Die Krankenkassen sehen Kommunen und Rentenversicherungsträger als ebenfalls zuständig an, weil sie Nutznießer erfolgreicher Prävention sind und dementsprechend an der Finanzierung zu beteiligen sind. **In der Folge unterbleiben denkbare Hilfeprojekte, weil in den Kommunen die Jugendhilfebudgets in der Regel keine Mittel für Prävention bereitstellen** und die Suchthilfe oftmals keine Mittel für Präventionsarbeit mit Kindern zur Verfügung stellt. So ziehen sich verschiedene Kostenträger mit dem Hinweis auf das Nicht-Engagement der anderen Kostenträger aus der Verantwortung.

Wir fordern daher, im SGB V zu regeln, dass die Krankenkassen Präventionsprojekte aus den Mitteln nach dem dritten Abschnitt des SGB V (§§ 20 ff) auch alleine finanzieren können, wenn die kommunalen Finanzen eine Ko-Finanzierung nicht zulassen.



**Interessenvertretung für Kinder
aus Suchtfamilien e. V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Tel.: 030 / 35 12 24 30
E-Mail: info@nacoa.de**

¹² Presseerklärung anlässlich der Vorstellung des Bundesdrogenberichts am 18.8.2017

¹³ Vom ganz normalen Wahnsinn, ein Hilfeprojekt für Kinder aus Suchtfamilien zu finanzieren
<https://nacoa.de/neuigkeiten/vom-ganz-normalen-wahnsinn-ein-hilfeprojekt-f%C3%BCr-kinder-aus-suchtfamilien-zu-finanzieren>

¹⁴ Effertz, Tobias: Kosten bei Kindern aus Suchtfamilien: Die volkswirtschaftliche Dimension eines kaum beachteten Problems: **Das Wahrscheinlichkeit, das Abitur zu machen, ist bei Söhnen von Alkoholiker/innen um 15% und bei Töchtern 12,7% niedriger. Die Wahrscheinlichkeit, am Beginn des Erwerbslebens arbeitslos zu sein, ist bei Söhnen von Alkoholiker/innen 24 % und bei Töchtern 23 % höher.**
<https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/vortrag%20effertz%20volkswirtschaftliche%20kosten.pdf>

Stellungnahme zur

Expertise:

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN „FORSCHUNG“ IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern

Die starke Fokussierung auf psychische Erkrankungen vernachlässigt die spezifische Situation von substanzkonsumierenden Menschen in Elternverantwortung,

insbesondere von Frauen und Männern, die illegale Substanzen konsumieren. Bekannte, z.T. auch durch Forschung belegte Aspekte bezogen auf die Auswirkungen von Substanzkonsum auf die alltägliche Lebenssituation und deren Auswirkungen auf die Versorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern finden somit keine Berücksichtigung – Lebensrealitäten werden ausgeblendet, Strategien zur Intervention werden nicht umfassend entwickelt.

Zentral handelt es bei diesen Aspekten beispielsweise um ökonomische Unsicherheit; Armut; geringe soziale Unterstützung – soziale Isolation; Probleme in der Partnerbeziehung; Beziehungs- und Kontaktprobleme; körperliche Komplikationen und Komorbiditäten (psychische und somatische), insbesondere unbehandelte Erkrankungen; biografische und akute Gewalterfahrungen, unverarbeitete traumatische Erfahrungen und Traumafolgestörungen (oft unbehandelt), Kriminalisierung und deren weitreichende Folgen.

Die Probleme und spezifischen Themen substanzkonsumierender Frauen und Männer liegen auch dann noch vor, wenn sie Mütter und Väter werden.

Die Vernachlässigung geschlechtsbezogener Aspekte – und Forschungserkenntnisse – bezogen auf die Mütter und Väter wirken sich auch auf die Inanspruchnahme von Hilfen, Angeboten und Programmen der Suchthilfe aus,

indem beispielsweise bei den benannten „Barrieren mit erheblicher Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten der Familien“, insbesondere bezogen auf die Passgenauigkeit (S. 8 ff) nicht erwähnt werden:

- geschlechtsbezogene Angebote für Frauen und Männer in ihrer Elternrolle
- geschlechtsbezogene Angebote für Frauen in der Schwangerschaft
- strukturelle Zugangshürden (beispielsweise Komm-Struktur der Suchthilfe, schlechte Erreichbarkeit von Frauen, fehlende Kinderbetreuungsangebote während der Beratungszeiten, mangelnde Finanzierung)
- individuelle Hürden (beispielsweise die schwierige Erreichbarkeit von Einrichtungen mit Kinderwagen und öffentlichen Verkehrsmitteln).

Ebenso bezogen auf die Zugangswege für Kinder suchterkrankter Eltern (S. 14) werden Zugangshürden wie die Komm-Struktur der Suchthilfe nicht berücksichtigt. Es fehlt zwar an Forschung, dennoch liegen Praxiserkenntnisse vor.

Forschung, wenn auch nur in sehr geringem Umfang, findet sich beispielsweise auch bezogen auf die Situation von Männern, die illegale Substanzen konsumieren und Väter sind¹. Diese Erkenntnisse werden bislang überwiegend ausgeblendet. Entsprechend werden Männer in ihrer Vaterrolle kaum angesprochen.

Von „betroffenen Patienten“ (S. 9) zu sprechen macht insbesondere die Frauen unsichtbar und zeigt ebenfalls nicht auf, dass es häufig auch die Väter sind, die nicht sichtbar sind: Die geschlechtsbezogen unterschiedliche Beteiligung an Angeboten für „Eltern“ – Männer werden als Väter insgesamt kaum erreicht – wird nicht thematisiert.

In diesem Arbeitsfeld von „Eltern“ zu sprechen ist oftmals nicht korrekt, da unter diesem Begriff sowohl Mutter und Vater verstanden werden, in der Suchthilfe häufig aber alleinerziehende Mütter anzutreffen sind. Sowohl Frauen als auch Männer fühlen sich oftmals mit diesen Begrifflichkeiten nicht angesprochen. Die spezifischen, bekannten Probleme allein Erziehender werden somit nicht benannt.

Die Praxis belegt, dass Frauen als Mütter sehr wohl erreicht werden können, wenn die Angebote auf ihre spezifische Situation zugeschnitten sind. Eine kleine und bislang einzigartige Studie zur Situation von substanzkonsumierenden Vätern belegt, dass Männer sehr wohl mit spezifischen Angeboten angesprochen werden möchten (siehe oben).

Die Vernachlässigung geschlechtsbezogener Aspekte verhindert Möglichkeiten der Interventionen der Suchthilfe und der medizinischen Versorgung bereits in der Schwangerschaft

und vernachlässigt somit einerseits eine Lebensphase mit hoher Motivation, sich aus der Drogenbindung zu lösen (Frauen²) oder Substanzkonsum zu verringern (Männer³); andererseits eine i. d. Regel erforderliche medizinische und psychosoziale engmaschige Betreuung/Stabilisierung der schwangeren Frauen.

Insbesondere bezogen auf den Konsum von Substanzen in der Schwangerschaft und den Schutz des ungeborenen Kindes sind nicht nur adäquate Interventionen dringend erforderlich und hilfreich, sondern auch Aufklärungs- und Informationsarbeit, besonders hinsichtlich des Konsums von Alkohol und der ungünstigstenfalls verheerenden Auswirkungen für die Kinder. Hier liegen häufig eklatante Informationsdefizite bei den betroffenen Frauen vor.

Diese Lebensphase von Frauen und Männern zu vernachlässigen, kommt weder den Betroffenen noch den Kindern zu Gute. Gleichmaßen müssen auch die Problemstellungen benannt werden, die mit einer Betreuung von schwangeren Frauen (und werdenden Vätern) in Verbindung stehen: Ein hoher Ressourcenaufwand, der in keinster Weise durch Finanzierungsmöglichkeiten gedeckt werden kann.

¹ Christiane Bernard, Martina Tödte, Sven Buth, Hermann Schlömer, Jens Kalke, 2016: Problematischer Substanzkonsum und Vaterschaft. Abschlussbericht. Das Projekt wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit. http://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Vaeterprojekt/Problematischer_Substanzkonsum_und_Vaterschaft_Abschlussbericht.pdf

² Martina Tödte, Christiane Bernard (Hg.), 2016: Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. transcript Verlag, Bielefeld

³ Siehe ¹

Hinzu kommt, dass traumatisch erlebte Geburten, häufig bei Frauen mit traumatischen Vorerfahrungen, sich sowohl auf die Bindungsfähigkeit, als auch auf die psychische und somatische Situation der Mutter auswirken, ebenso auf die Situation des Kindes⁴. Der Anteil von substanzkonsumierenden Menschen mit traumatischen Erfahrungen ist bekanntermaßen hoch.

Die Ausführungen zur Schwangerschaft (S. 25) greifen zu kurz. Den nicht „unerheblichen Auftretenshäufigkeiten von postpartalen Belastungen und Störungen bei jungen Müttern...“ (S. 25) werden bislang zu wenig Aufmerksamkeit durch mangelnde Thematisierung und Angebotsgestaltung in der Suchthilfe gewidmet. Auch bezogen auf die unter 7.2 genannten Neurobiologischen Erkenntnisse (S. 78) fehlen beispielsweise Hinweise auf die Auswirkungen von Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft, von denen substanzkonsumierende Frauen betroffen sind. Stress in der Schwangerschaft ist definitiv ein Thema von Frauen, die illegale Substanzen konsumieren und muss als solcher Beachtung finden. Die Bedeutung von Mutterschaft im Leben von substanzkonsumierenden Frauen muss Berücksichtigung finden, um deren Situation und Verhalten zu verstehen und professionelle, adäquate Strategien zur Unterstützung und Intervention entwickeln zu können.

Auch die Situation der werdenden Väter sowie deren Bedarfe verdienen, berücksichtigt zu werden.⁵

Die Qualität der elterlichen Partner*innenbeziehung wirkt sich unmittelbar auf die Versorgung von Kindern aus⁶, entsprechend profitieren Kinder, wenn die Eltern in ihrer Beziehung Unterstützung erfahren.

Es muss hinterfragt werden, bei welchen Themen eine Differenzierung bzw. Präzisierung hinsichtlich einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung der Mütter und Väter erforderlich ist

und wenn ja, welche Konsequenzen daraus abgeleitet werden können/müssen. Die gesellschaftliche Akzeptanz und die Tabuisierung unterscheiden sich (Sucht = soziales Fehlverhalten), ebenso unterscheiden sich viele weitere Aspekte, insbesondere dann, wenn illegale Substanzen konsumiert werden (u.a. bereits diagnostisch erforderliche Untersuchungen sowie therapeutische Interventionen nach der Geburt eines Kindes bei Substanzkonsum der Mutter; sozial stützende Systeme, Stigmatisierung, u.v.m.).

Bezogen auf medikamentös behandelte psychische Erkrankungen der Mutter ist bislang wenig bekannt über die Auswirkungen psychoaktiv wirkender Medikamente in der Schwangerschaft bzw. auf das mütterliche Verhalten gegenüber dem Kind.

Psychotherapeutische Hilfen stehen beispielsweise substanzkonsumierenden Frauen und Männern erst mit einer Abstinenz zu Verfügung.

Hinsichtlich der Erziehungsfähigkeit suchtkranker Mütter und Väter müssen die spezifischen Bedingungen einer Suchterkrankung, hier vor allem die Motive zum Konsum, einbezogen werden. Die hohe Prävalenz von sexuellen Gewalterfahrungen in der Herkunftsfamilie, die häufig daraus resul-

⁴ Vgl. beispielsweise: Karl Heinz Brisch, Theodor Hellbrügge (Hrsg.), 2007: Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung, Klett Cotta, Stuttgart; Franz Ruppert, 2014: Frühes Trauma: Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre, Klett-Cotta, Stuttgart

⁵ Siehe ¹

⁶ Vgl. beispielsweise: Laucht M, Resilienz im Entwicklungsverlauf von der Kindheit bis zum Erwachsenenalter - Ergebnisse der Mannheimer Risikokinderstudie. Frühförderung Interdisziplinär 2012 31:111-9.

tierenden Bindungsstörungen u.v.m. erfordern spezifische, in der Regel engmaschige und entsprechend ressourcenintensive multiprofessionelle Betreuung/Behandlung. Die Suchthilfe ist hier im Allgemeinen nicht gut ausgestattet – weder finanziell, noch bezogen auf erforderliche Qualifikationen.

„Psychische Erkrankungen können auch zu sozialen Problemen führen.“ (S. 82). Ergänzt werden muss: „Suchterkrankungen führen nahezu zwangsläufig zu sozialen Problemen.“

Die lokalen Netzwerke der Frühen Hilfen beziehen die Suchthilfe nicht selbstverständlich (flächendeckend) ein. Erst seit einer kurzen Zeit wächst das Bewusstsein beider Systeme, dass die Zusammenarbeit sinnvoll und gewinnbringend ist. Zum jetzigen Zeitpunkt ist die selbstverständliche Beteiligung der Suchthilfe an den regionalen Netzwerken der Frühen Hilfen (noch) nicht gegeben (NRW).

Das Kapitel „10 Ausblick“ müsste um die oben genannten Aspekte erweitert werden – eine geschlechtsbezogene Suchthilfe kann die Situation sowohl der betroffenen Kinder, als auch der Mütter und Väter verbessern und die Erreichbarkeit der Zielgruppen durch das Hilfesystem insgesamt erleichtern. Praxiserfahrungen belegen diese Aspekte eindrucklich, Forschung fehlt.

Eine nicht durchgängig geschlechtergerechte Sprache und eine nicht durchgängig geschlechtsbezogene Reflexion

wird von unserer Seite aus den – hier nur unvollständig aufgezeigten – Aspekten bemängelt.

Ebenso wird bemängelt, dass nicht aufgezeigt wird, in welchem Anteil Frauen und Männer durch die dargestellten Gruppenangebote für Eltern, in welchem Anteil Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen mit Suchterkrankungen erreicht werden. Für die Praxis ist diese Differenzierung im Sinne der Entwicklung und Bereitstellung adäquater Angebote in vielerlei Hinsicht erforderlich – so beispielsweise bezogen auf die Bedeutung einer zielgruppengerechten Ansprache hinsichtlich der Inanspruchnahme von Hilfen, Angeboten und Programmen.

Essen, 14. März 2019



Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA

Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.
– Geschäftsführung –

Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
www.belladonna-essen.de



Stellungnahme zur Expertise KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN

Lilith e.V. erreicht mit frauen- und kinderspezifischen Angeboten ca. 100 Schwangere und Mütter sowie fast 150 Kinder pro Jahr. Aus der 25-jährigen Erfahrung mit dieser Zielgruppe muss angemerkt werden, dass in der Expertise die Zielgruppe der Kinder suchtkranker Eltern nicht hinreichend Beachtung findet. Dies gilt ebenso für die besondere Situation schwangerer, suchtkranker Frauen:

- Es bedarf unabdingbar einer Differenzierung zwischen Kindern psychisch kranker Elternteile und Kindern suchtkranker Mütter und Väter hinsichtlich ihrer Lebensrealitäten, der Zahlen und vor allem auch der bestehenden Angebote für die Zielgruppe. Unserer Einschätzung nach ist die Angebotsstruktur für Kinder aus suchtbelasteten Familien deutlich schlechter, die Zielgruppe schwerer erreichbar, die Risiken für Gefährdungen und Langzeitschäden deutlich höher. **Es bedarf einer gesonderten Expertise für diese Zielgruppe mit einer Differenzierung zwischen legalen und illegalen bzw. nicht stoffgebundenen Konsumformen.**
- Die Zielgruppe der Kinder aus suchtbelasteten Familien ist nur schwer erreichbar. In bestehenden Angeboten der Frühen Hilfen oder auch der Kinder- und Jugendhilfen wird eine Suchterkrankung meist verschwiegen. Gerade jüngere Kinder zu erreichen gelingt häufig am ehesten über eine Anbindung der Eltern(-teile) an die Suchthilfe und nur über spezifische, niedrighschwellige, sichtbare Angebote für (werdende) Elternteile. **Diese Angebote sind über die Suchthilfe nicht regelfinanziert!**
- In Hinblick auf eine Minimierung von Gesundheitsrisiken und den Risiken für eine Kindeswohlgefährdung bedarf es im Sinne der Frühen Hilfen unbedingt spezifischer Angebote für suchtkranke werdende Eltern, vor allem auch zur Begleitung **Schwangerer**. Auch hier fehlt es an einer Regelfinanzierung innerhalb der Suchthilfe. **Gerade in der Zeit der Schwangerschaft besteht ein hoher Hilfebedarf bei gleichzeitiger hoher Motivation zu Veränderungen.**
- Ergebnisse aus den Frühen Hilfen zeigen zudem, dass über die bestehenden, gut ausgebauten Frühen Hilfen Familien mit Drogenproblematik nicht erreicht werden. **Im Rahmen der Frühen Hilfen bedarf es daher spezifischer Angebote, insbesondere auch über die Suchthilfe mit engen, verbindlichen Kooperationsstrukturen.**
- Das Thema **Doppeldiagnosen** (von denen ein Großteil suchtkranker Elternteile betroffen ist) findet keine Erwähnung in der Expertise trotz hohem Hilfebedarf, Risiken für die Kinder und gleichzeitigem Mangel an Angeboten (in der Regel fällt diese Gruppe durch alle Netze).
- Es wäre unabdingbar, in einer solchen Expertise **Genderspekte** zu berücksichtigen. Dies gilt sowohl für die Situation und Hilfebedarfe von (werdenden) Eltern, als auch für die der betroffenen Kinder, insbesondere aber natürlich auch für notwendige Angebotsstrukturen. Im Bereich der illegalen Substanzen beispielsweise lebt ein Großteil der Kinder bei seinen alleinerziehenden Müttern.
- So zeigt sich, dass vor allem Mütter Hilfsangebote nur wahrnehmen können, wenn ihnen in dieser Zeit eine Kinderbetreuung bereitgestellt wird. **Eine solche, unbedingt notwendige Kinderbetreuung wird i.d.R. ebenfalls nicht finanziert.**

- Die in der Expertise als notwendig erachteten Leistungen der Fachkräfte im Rahmen der Netzwerk- und Kooperationsarbeit, bzw. gesetzlich vorgegebenen Leistungen im Bereich des Kinderschutzes werden in der Suchthilfe nicht finanziert.

Nürnberg, 15.03.2019

Daniela Dahm
Dipl. – Sozialpäd. (FH)
Geschäftsführung

Anne Leuders
Dipl. Sozialarbeiterin (FH)
Leitung Liliput – Mutter + Kind