

CRYSTAL-KONSUMIERENDE ELTERN UND DEREN KINDER

Standardisierte Instrumente zur
Gefährdungseinschätzung für Fachkräfte



Eine Handreichung der Hochschule Merseburg

HOME
HOCHSCHULE
MERSEBURG^{HTH}

University of
Applied Sciences

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1.

Arbeitsmaterialien in der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen

Kapitel 2.

Zur Rolle von Haltung und Standards in der sozialpädagogischen Praxis

Kapitel 3.

Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern

Kapitel 4.

Rechtliche Grundlagen für die Helfer in der Arbeit mit konsumierenden Eltern

Kapitel 5.

Grundgedanken zur Integration des Crystal-Konsumverhaltens von Müttern und Vätern in die Beurteilung der Risikosituation in Bezug auf eine Gefährdung des Kindeswohls

Kapitel 6.

Literaturhinweise



Impressum

Herausgeberinnen:	Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch MA Aline Organo
Fachgebiet	„Drogen und Soziale Arbeit“ im Fachbereich „Soziale Arbeit, Medien und Kultur“
Erste Auflage:	März 2016 gefördert mit Geldern des Bundesministeriums für Gesundheit
Bezugsquelle:	Fachbereich „Soziale Arbeit, Medien und Kultur“ Eberhard-Leibnitz-Str. 2 06217 Merseburg
Ansprechpartnerin:	Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch
Kontakt:	gundula.barsch@hs-merseburg.de

Anmerkung:

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten ausdrücklich auf das Kenntlichmachen der weiblichen Formen verzichtet – dies, obwohl gerade im Bereich der Jugend- und Familienhilfe ebenso wie in der Drogenarbeit überproportional viele Frauen tätig sind.

Verteilhinweise:

Alle Rechte, insbesondere das Recht auf Vervielfältigung und Verbreitung sowie Übersetzung verbleiben bei den Herausgeberinnen. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung zu kommerziellen Zwecken oder zu Zwecken der Wahlwerbung reproduziert werden. Die Arbeit mit den vorgefertigten Arbeitsblättern ist denjenigen erlaubt, die diese Materialsammlung zur Verfügung gestellt bekommen haben. Ohne vorherige Genehmigung ist eine Weitergabe an Dritte sowie die Verarbeitung, Vervielfältigung oder Verbreitung, auch unter Verwendung elektronischer Systeme nicht gestattet.



Vorwort

Mit dem Bereitstellen von Forschungsmitteln im April 2015 ermöglichte die Hochschule Merseburg dem Fachbereich Soziale Arbeit, Medien und Kultur, hier insbesondere dem Fachgebiet „Drogen und Soziale Arbeit“, ein Jahr zum Thema „Crystal-konsumierende Eltern und deren Kinder“ wissenschaftlich zu arbeiten. Ausgehend von den aktuellen Problemlagen, vor die sich vor allem Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern gestellt sehen, wurde der Fokus der Arbeit auf ein Transfer-Projekt gelegt. In diesem ging es ausdrücklich darum, vorliegende wissenschaftliche Ergebnisse zur Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern für die unmittelbare praktische Arbeit aufzubereiten bzw. bereits vorhandene standardisierte Instrumente zur Gefährdungseinschätzung für professionelle Fachkräfte mit Blick auf die besonderen Problemlagen Crystal-konsumierender Eltern weiterzuentwickeln.

In der Praxis stehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jugendamtes häufig vor dem Dilemma sich entscheiden zu müssen, ob eine Hilfe zur Erziehung die Erziehungsfähigkeit der Eltern nachhaltig stärken und somit das Kindeswohl sicherstellen kann oder ob bereits eine akute Gefährdung besteht, so dass eine Inobhutnahme der Kinder unumgänglich ist. Insofern ergeben sich in der Praxis der Jugendhilfe, grob gesagt, nur zwei mögliche Optionen: Zögert ein/e Mitarbeiter/in des Jugendamtes zu lange, eine mögliche Gefährdung für das Kind festzustellen, kann dies zu schwerwiegenden Entwicklungsbeeinträchtigungen oder sogar zum Tod des Kindes führen. Werden zu voreilig Eingriffe in das Sorgerecht oder wird sogar die Inobhutnahme des Kindes veranlasst, können tiefgreifende Schäden für das gesamte Familiensystem entstehen, die eine Sekundärtraumatisierung des Kindes bedingen¹.

Durch die Entwicklung eines Instrumentariums zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung speziell für Familiensysteme mit Crystal-konsumierenden Eltern soll den involvierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Chance eingeräumt werden, sich nachhaltig Handlungssicherheit zu erarbeiten und falsche Entscheidungen verringern zu können.

Unterstützt durch Mittel des Bundesministeriums für Gesundheit gelang es, in zwei interdisziplinär angelegten Werkstattgesprächen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Jugendämtern, aus Drogenberatungsstellen sowie aus Suchtkrankenhilfeeinrichtungen Thüringens, Sachsens und Sachsen-Anhalts zu einem Fachaustausch zusammenzuführen, erste Entwürfe entwickelter Arbeitsma-



Vorwort

terialien einer kritischen Wertung und Weiterentwicklung zu unterziehen sowie notwendige inhaltliche Themen anzusprechen, die für die Praxis von besonderer Bedeutung sind.

In Umsetzung dieser Hinweise und Anregungen ist die nunmehr vorlegte Handreichung entstanden, mit der ein praxisrelevantes Instrumentarium zur adäquaten Einschätzung der Risikosituation von Kindern Crystal-konsumierender Eltern angeboten wird. Diese besteht aus einer Sammlung aus Arbeitsmaterialien, Hinweisen auf rechtlich einzuhaltende Rahmenbedingungen, Erläuterungen zu den Möglichkeiten und Grenzen von Drogentests sowie einem Standpunktpapier zum Umgang mit drogenkonsumierenden Eltern. Damit reiht sich die Handreichung in Bemühungen um Strategien, Konzepte und Methoden ein, mit denen eine adäquate Einschätzung der Risikosituation von Kindern Crystal-konsumierender Eltern entwickelt und damit sowohl dem staatlichen Wächteramt als auch dem Schutzauftrag der öffentlichen Jugendhilfe nachgekommen werden kann.

Dies alles soll den Mut befördern, sich auch im Umgang mit drogenkonsumierenden Eltern einem Paradigmenwechsel anzuschließen. Dieser lässt sich, vereinfacht gesagt, als diese Grundhaltung formulieren: „Auch drogenkonsumierende Eltern wollen gute Eltern sein, sie benötigen dafür aber überhaupt/mehr/andere Hilfen!“

Eine erste Testung des erstellten Instrumentariums in der Praxis erfolgte bereits durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Werkstattgespräche. Den dabei deutlich werdenden Veränderungen und Weiterentwicklungen wurden in den nun vorgelegten Fassungen bereits nachgekommen. Insofern wünschen sich die beiden Autorinnen, dass die erstellten Arbeitshilfen nunmehr breit in den praktischen Arbeitsfeldern ausprobiert werden. Im Fokus der Evaluation sollten dabei die Handhabbarkeit, die Auswirkungen auf die zu treffenden Entscheidungen (Inobhutnahme) in der Praxis und das Installieren von Jugendhilfemaßnahmen sowie der weitere Verlauf etwaiger Hilfen stehen.

Wünschenswert wäre, über weitere Publikationen den Fachdiskurs „Hilfen für drogenkonsumierende Eltern“ mit dem Ziel anzuregen, das Instrumentarium zur Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung bei elterlichem Drogenkonsum weiter zu vervollständigen (z. B. indem weitere psychoaktive Substanzen in ihrer Wirkung auf die Elternschaft dargestellt werden), um sie schließlich in die Pra-



Vorwort

xis zu implementieren und für eine breite Anwendung zu werben. Dies wäre ein wichtiger Meilenstein hin zu bundesweiten Regelungen, die nach Art medizinischer Behandlungsstandards den verantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sicherheiten verschaffen, dass sie das professionell Richtige und Mögliche auch tatsächlich veranlassen und deshalb im tragischen Falle eines Misslingens der Wächter- und Schutzrolle nicht wehrlos oft emotional aufgeladenen und deshalb unsachlichen Vorwürfen ausgeliefert sind.

Wir bedanken uns bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die an den Werkstattgesprächen zu der Erstellung von Arbeitshilfen, mit denen bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung eine Risikoeinschätzung besser gelingen kann, beteiligt waren:

Institution	Teilnehmer
Hochschule Merseburg Fachbereich Soziales. Medien und Kultur Fachgebiet „Drogen und Soziale Arbeit“	Prof. Dr. Gundula Barsch
HS Merseburg Fachbereich SMK, Fachgebiet „Drogen und Soziale Arbeit“ Allgemeiner Sozialer Dienst – Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden	M.A. Aline Organo
Katholische Hochschule NRW	Prof. Dr. Michael Klein
Allgemeiner Sozialer Dienst – Jugendamt der Landeshauptstadt Dresden	Annett Strangfeld
RaSop GmbH Dresden	Petra Wagner, Friederike Schaller
Jugend- und Drogenberatungsstelle Dresden	Sindy Riebschläger
TWSD GmbH „Seelensteine“ SK	Stefanie Lauch, Antje Reinicke
SCHIRM-Projekt Halle	Antje Weise
drobs Halle, Jugend- und Drogenberatungsstelle, akzeptanz- und ausstiegsorientierte Drogenarbeit mit u.a. Crystal-konsumierenden Eltern	Monique Sander, Laura Radecker
PSBBS Diakonie Gera	Jan Janovic
Klinik Mühlhausen	Alexander Jähnichen
TOPOI Erfurt	Andrej Singer, Claudia Plöttner
Zentrum für Drogenhilfe Alternative I, Leipzig Zentrum für Drogenhilfe Alternative II, Leipzig	Birgit Müller, Kathrin Raßmann
SBB „Haus Alt-Schönefeld“ Leipzig	Doris Franzen
Hochschule Merseburg	Diana Jahn
Substitutionspraxis Jeschke	Julia Walta

Merseburg, März 2016

Prof. Dr. Gundula Barsch
MA Aline Organo



KAPITEL I

ARBEITSMATERIALIEN FÜR DIE ARBEIT MIT SUCHTBELASTETEN FAMILIENSYSTEMEN



Übersicht

Dieser Baustein besteht aus:

I. Orientierungsmatrix	Zum Zusammenhang unterschiedlicher Konsummuster und deren unterschiedlicher Einfluss auf die Erziehungsfähigkeit: Das Beispiel Crystal.
II. Risikoeinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung	Arbeitshilfe zur ersten Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung.
III. Konsumbedingte Risikofaktoren für das Kindeswohl - am Beispiel von Crystal	Übersicht über drogenspezifische Risikofaktoren am Beispiel von Crystal Ergänzung zur Arbeitshilfe einer ersten Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung
IV. Auswertung der ersten Intervention	Auswertungsschema der ersten Intervention Hilft die ersten eingeleiteten Maßnahmen oder Schritte auszuwerten und das weitere Vorgehen zu planen.
V. Schutzplan	Schema Schutzplan Instrument, um mit allen Beteiligten Maßnahmen zum Schutz des Kindes verbindlich festzusetzen.



Orientierungsmatrix**Crystal-Konsummuster und Beeinträchtigungen
der Erziehungsfähigkeit der Eltern**

Konsummuster	Kind/er 0-3 Jahre	Kind/er 3-6 Jahre	Kind/er 6-14 Jahre
Versuchsweiser Konsum	Orange	Orange	Yellow
Punktuelle Freizeitkonsum	Red	Orange	Orange
Binge- Freizeitkonsum	Red	Red	Orange
Punktuelle Stressbewältigung	Orange	Orange	Yellow
Regelmäßiger kontrollierter Niedrigdosis-Konsum	Orange	Orange	Orange
Regelmäßiger starker Konsum / periodische Exzesse	Red	Red	Red



Orientierungsmatrix

	Handlungsnotwendigkeiten der Eltern	Handlungsnotwendigkeiten des Hilfesystems
GELB	<p>Erziehungsfähigkeit eingeschränkt für die Zeit der Drogenwirkung und -nachwirkung, bei entsprechenden Vorkehrungen aber kaum Risiken für das Kind/die Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeit entwickeln • Vorsichtsmaßnahmen planen • Vorkehrungen zur Sicherung der Grundversorgung und Aufsicht treffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Information und Aufklärung • Ansprüche an die Eltern formulieren • Entlastungsangebote vorhalten (z. B. Kinderhotel, Sitting)
ORANGE	<p>Erziehungsfähigkeit eingeschränkt für die Zeit der Drogenwirkung und -nachwirkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikomanagementstrategien entwickeln und umsetzen • Vorkehrungen zur Sicherung der Grundversorgung und Aufsicht treffen • Konsum unter Kontrolle bringen/halten 	<p>Bedarf nach Hilfe und Unterstützung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information und Aufklärung • genaue Situationsanalyse • Beratung/Begleitung der Umsetzung von Risikomanagementstrategien, ggf. korrigieren • Hilfeangebote für risikoreiche Situationen • Absicherung von Versorgung und Aufsicht kontrollieren
ROT	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahr für das Kind, Erziehungsfähigkeit bzw. Grundversorgung und Aufsicht stark eingeschränkt / nicht gesichert: • Hilfe / Behandlung suchen und annehmen • Konsum unter Kontrolle bringen 	<ul style="list-style-type: none"> • genaue Situationsanalyse • engmaschige Betreuung • komplexe Hilfen einschalten • Interventionen bis zur Inobhutnahme



Orientierungsmatrix

Die Orientierungsmatrix:

- kennt keinen GRÜNEN Bereich:

Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist immer mit Risiken auch für die Erziehungsfähigkeit der Eltern verbunden. Durch geeignete Managementstrategien lassen sich diese Risiken reduzieren und stark einschränken, aber nicht vollständig aufheben.

- setzt allgemeine Grundregeln bei der Beurteilung der Situation eines Kindes nicht außer Kraft:

Die Matrix lenkt den Blick auf die Zusammenhänge, die zwischen unterschiedlichen Konsummustern und der Erziehungsfähigkeit der Eltern bestehen. Darüber hinaus können sich für das Wohl der Kinder aber auch aus anderen Lebensbereichen Einschränkungen für das Kindeswohl ergeben, die ebenfalls in den Blick zu nehmen sind.

- geht in dieser Fassung von den Wirkungen und langen Nachwirkungen beim Crystalkonsum aus.
- Die skizzierten Grundannahmen der Matrix sind unter Beachtung der jeweiligen Besonderheiten aber auch auf andere psychoaktive Substanzen übertragbar.
- Gilt nicht für die besondere Situation während Schwangerschaft und Stillzeit:

Crystal ist plazentagängig, weshalb während der Schwangerschaft das ungeborene Kind mitkonsumiert. Crystal geht vermutlich auch in die Muttermilch über, weshalb das Kind über diesen Weg die Substanz ebenfalls aufnimmt. Bei bestehendem Kinderwunsch sollten Frauen deshalb während Schwangerschaft und Stillzeit auf den Konsum von Crystal verzichten. Da eine Beeinflussung der Entwicklung des Kindes nicht ausgeschlossen werden kann, gilt für alle Konsummuster der Bereich ROT.



Risikoabschätzung*bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung***VERFAHRENSDOKUMENTATION IN KINDERSCHUTZFÄLLEN**

Name des/r Kindes/r: _____ geb. _____

Aufenthalt: _____

Name des/r Kindes/r: _____ geb. _____

Aufenthalt: _____

Name des/r Kindes/r: _____ geb. _____

Aufenthalt: _____

Eltern/ Betreuungsperson:

Name: _____ Vorname: _____, geb. _____

wohnhaft _____

Tel: _____

Beschäftigungsverhältnis: Ja Nein

Name: _____ Vorname: _____, geb. _____

wohnhaft: _____

Tel: _____

Beschäftigungsverhältnis: Ja Nein**Weitere Bezugspersonen im familiären Umfeld:**

Name: _____ Vorname: _____, geb. _____

wohnhaft: _____

Tel: _____



Risikoabschätzung

bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern

Tag der Einschätzung: _____

Grund der Einschätzung: _____

Institution die einschätzt: _____

Beteiligte Personen und deren Funktion (*Berater/in, Sozialarbeiter/in, Leitung, Lehrer/in*):

1. Gibt es gegenwärtig Hinweise auf eine Konsumproblematik eines Elternteiles oder einer Betreuungsperson?

Ja

wenn ja, beschreiben Sie diese **Hinweise** und benennen Sie die **Substanz**.

Nein

2. Gab es bereits in der Vergangenheit Gefährdungssituationen für das Kind / den jungen Menschen aufgrund der Konsumproblematik eines Elternteiles oder einer Betreuungsperson?

Ja

wenn ja, beschreiben Sie die **damalige Konsumproblematik** und **damalige Gefährdung** für das Kind / jungen Menschen.

Nein



Risikoabschätzung

bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern

3. Ist das betroffene Kind / der junge Mensch als besonders verletzlich anzusehen?
(Beachten Sie: Alter des Kindes, körperliche / seelische Behinderung, Traumatisierung etc.)

Ja

wenn ja, warum?

Nein

4. Wurden aktuelle **konsumbedingte Verhaltensweisen** der gegenwärtigen Betreuungsperson geschildert, die das körperliche und / oder seelische Wohl des Kindes / jungen Menschen gefährden?

Ja

wenn ja, beschreiben Sie bitte die **Verhaltensweisen** und welche **Gefährdung** sich daraus ergibt.

Nein

Im Folgenden können die detaillierten Fragestellungen genutzt werden, um konsumbedingte Verhaltensweisen einzuschätzen und somit ein mögliches Gefährdungsrisiko zu ermitteln. Ebenfalls finden sich in der *HANDREICHUNG* zur jeweiligen Substanz Hinweise, welche bei der Gefährdungseinschätzung behilflich sein können.

5. Ist die dem Wohle des Kindes entsprechende **Alltagsstruktur**, durch das Konsumverhalten der Betreuungsperson beeinträchtigt?
(Hierbei muss das Alter des Kindes berücksichtigt werden. Säuglinge benötigen eine entsprechend stabilere Alltagsstruktur als ältere Schulkinder.)

Ja

wenn ja, inwieweit?

Nein

Einhaltung Aufsichtspflicht:

ja/ nein

Tag- / Nachtrhythmus:

ja/ nein



Risikoabschätzung

bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern

Kita- / Schulbesuch:

ja/ nein

Haushaltsführung:

ja/ nein

Terminwahrnehmung:

ja/ nein

Sonstiges:

6. Ist die **Versorgung** der primären **Grundbedürfnisse** des Kindes / jungen Menschen durch das Konsumverhalten der Betreuungsperson beeinträchtigt?

Ja

wenn ja, inwieweit?

Nein

Versorgungszeiten absichern:

(bsw. Mahlzeiten, Waschen, Zubettgehzeiten, Abholzeiten)

ja/ nein

Emotionale Zuwendung:

ja/ nein

Förderung der kindlichen Entwicklung:

ja/ nein

Sonstiges:



Risikoabschätzung

bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern

7. Ist die **Wohnsituation** durch das Konsumverhalten der Betreuungsperson beeinträchtigt?
(frei zugängliche Substanzmittel / Utensilien, drohende Inhaftierung, Zwangsräumung)

 Ja

wenn ja, inwieweit?

 Nein

8. Gibt es Anhaltspunkte, welche darauf hinweisen, dass **die wirtschaftliche Situation** durch das Konsumverhalten der Betreuungsperson beeinträchtigt ist?

 Ja

wenn ja, welche?

 Nein

9. Inwieweit beeinträchtigt das Konsumverhalten der Betreuungsperson das **Bindungsverhalten** des Kindes / jungen Menschen?
(Bindungsverhalten gemäß der Bindungstheorie nach Bowlby, 1973)

 Ja

wenn ja, wie?

 Nein

10. Wird das Kind / junger Mensch in drogenspezifische Aktivitäten einbezogen?
(bsw. Beschaffung, Konsum der Substanz oder Beeinträchtigung von Verhalten / Gesundheit der Betreuungsperson durch die Substanz)

 Ja

wenn ja, welche?

 Nein



Risikoabschätzung

bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern

11. Wurden bereits Maßnahmen ergriffen, um die Situation des Kindes / jungen Menschen zu verändern?

Ja

wenn ja, welche?

Nein

12. Gibt es zuverlässige Bezugspersonen, die das Kind / jungen Menschen aktuell schützen können?

Ja

wenn ja, wer?

Nein

1.1. Erste Gefährdungseinschätzung der Fachkräfte

Ist das Kind ungeschützt und liegen die genannten Aspekte einzeln oder in Kombination vor, ist von der Möglichkeit ernsthafter Schädigungen für das Kind auszugehen.

- Keine Gefährdung
- Es fehlen noch wichtige Informationen zur Einschätzung
Informationseinholung:
- Kolleg/Innen im Jugendamt
 - Arzt
 - SPD
 - Kindergarten / Schule
 - Polizei
 - Behörden (Jobcenter, Sozialamt)
 - Drogenberatungsstelle
 - Leistungserbringer (Hilfe zur Erziehung)
 - Sonstige:
- Sofortige Maßnahmen zur Aufklärung der Situation sind erforderlich
(bzw. Meldung an das Jugendamt)
- Akute Kindeswohlgefährdung



Risikoabschätzung

bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern

1.2. **Dringlichkeit des Handelns** (Aus Sicht der einschätzenden Fachkraft)

Zeitraum, in dem Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen sein müssen

- Sofort (i.d.R. bei **akuter Gefährdung** und nicht Einschätzbarkeit der Gefährdung)
- Innerhalb von 24 Stunden
- Innerhalb einer Woche
- Mehr als eine Woche

Achtung: Für die einschätzende Fachkraft besteht eine Informationspflicht an die zuständigen Institutionen. Die Einschätzung erfolgt immer mit dem Blick auf das Kind.

1.3. Weitere Verfahrensstrategie

Weitergabe an zuständige Stelle: _____

- Hausbesuch am: _____
 - angemeldet unangemeldet mit Kolleg/In: _____
- Gespräch mit Eltern / jungen Menschen an anderem Ort am: _____

Achtung: Eine Meldung oder der Verdacht eine Kindeswohlgefährdung sollte immer mit den Betroffenen besprochen werden.

Fallzuständige Fachkraft

zur Kenntnis: Leitung / Sachgebietsleitung



Konsumbedingte Risikofaktoren für das Kindeswohl - am Beispiel von Crystal

Applikationsform

Crystal gehört zur Gruppe der Stimulanzien (Weckamine). Crystal kann auf sehr verschiedene Weise konsumiert werden: schlucken, sniefen, rauchen, spritzen. Die jeweilige Applikationsform beeinflusst nicht nur den Zeitpunkt des Wirkeintritts, sondern nimmt auch Einfluss auf die für das Drogengefühl benötigte Wirkstoffmenge. Ganz allgemein lassen sich für Crystal folgende Applikationsformen und Anhaltspunkte für den Wirkeintritt benennen:

- Beim Sniefen: nach 5 bis 15 Minuten
- Beim Rauchen: innerhalb weniger Sekunden
- Beim Spritzen: sofort nach der Injektion
- Beim Schlucken: nach ca. 30 bis 45 Minuten, dafür längere Wirkung

Die Zeit, um die Hälfte der konsumierten Substanz zu resorbieren (Halbwertszeit) beträgt ca. 10 Stunden (bei einer hohen Dosis 24-36 h) und ist damit im Vergleich zu anderen illegalisierten Substanzen relativ lang. Bei der Beurteilung der jeweiligen Fähigkeiten, den Anforderungen einer Elternschaft nachkommen zu können, ist deshalb zwischen der Wirkdauer (Rush), den subjektiven Effekten für die Person und der Eliminationshalbwertszeit zu unterscheiden. Diese bestimmt die Nachweisbarkeitsdauer.

Besonderheiten bei der Dosierung von Crystal:
Methamphetamin wurde ursprünglich als Medikament entwickelt, um in bestimmten Situationen Wachheit zu erzielen, wenn die körperlichen und psychischen Belastbarkeitsgrenzen längst überschritten sind.

In geringer Dosierung von Müttern und Vätern konsumiert, ist Crystal deshalb geeignet, oftmals widersprechende Anforderungen wie Berufstätigkeit und Elternschaft besser bewältigen zu können. Eine unmittelbare Beeinträchtigung der Kompetenzen für eine gelingende Elternschaft ergibt sich daraus nicht folgerichtig. Die Tatsache, dass mit einem niedrigdosiertem Konsum allerdings die natürlichen Schutzsignale von Körper und Psyche ausgeschaltet werden, verweist darauf, dass eine auf Dauer angelegte Bewältigung unvereinbarer Anforderungen mit Hilfe von Crystal zu einer enormen physischen und psychischen Erschöpfung führt, die ihrerseits, wie auch anders zustande gekommene Erschöpfungszustände (z. B. eine schwere Erkrankung), Ressourcen und Fähigkeiten einer Elternschaft untergraben kann.

In der Regel haben wir es in der Arbeit der Jugend- und Suchthilfe jedoch mit einem hochdosierten Crystal-Konsum zu tun: Zu klären ist der Zeitpunkt, an dem der elterliche Konsum eine Gefährdung für das Wohl des Kindes darstellen könnte. Diese spezifischen Effekte und Auswirkungen auf die Erziehungsfähigkeit sollen in der folgenden Übersicht anhand der Konsumphasen dargestellt werden.



Konsumbedingte Risikofaktoren: Crystal

Mögliche Auswirkungen auf die Lebensbereiche eines Familiensystems

	Körperliche Faktoren:	Psychische Faktoren:	Beeinträchtigungen der Erziehungsfähigkeit:
1. Konsum & 2. Rush	<ul style="list-style-type: none"> • Gesteigerte Leistungsfähigkeit • Kein Hungergefühl • Kein Durstgefühl • „Tunnelaktivitäten“ • Kein Schmerzempfinden • Keine Müdigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Euphorische Gefühle • Gesteigertes Selbstbewusstsein • Gesteigerte Kontakt und Kommunikationsfreude • Verringerte Angst • Gesteigerte Libido • Mögliche psychotische Episoden • Zunahme aggressiver Verhaltensbereitschaft ist möglich • Stimmungs labilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsumuntersilien werden in der Wohnung, dem Kind zugänglich, aufbewahrt. • Es wird vor dem Kind konsumiert. • Die Beschaffung der Substanz erfolgt im Beisein des Kindes. • Gemeinsamer Drogenkonsum (Betreuungsperson und junger Mensch). • Bedürfniswahrnehmung und Versorgung des Kindes gestört. (Bsw: Kind wird nicht gefüttert). • Durch Stimmungs labilität wird die emotionale Zuwendung zum Kind beeinträchtigt. Das Kind bekommt sehr viel emotionale Zuwendung in der euphorischen Phase und im nächsten Moment überhaupt keine (emotionale Verflachung). • Gewalt / Misshandlung des Kindes. • Sexueller Missbrauch des Kindes oder sexuelle Handlungen / Prostitution in Anwesenheit des Kindes. • Häusliche Gewalt / Gewalt zwischen den Eltern. • Gefahren können nicht adäquat eingeschätzt werden. • Verletzung der Aufsichtspflicht oder Delegation der Aufsichtspflicht an ungeeignete Dritte. • Durch „Tunnelaktivitäten“ geht der Blick aufs Kind verloren. • Gestörter Schlafrhythmus / kein geregelter Tagesrhythmus
3. Adaption	<ul style="list-style-type: none"> • Die positiven Effekte der ersten Konsumphase (belohnend, euphorisch, leistungsfähig) lassen nach etwa 8-10 Stunden nach. 	s.o.	Beeinträchtigungen s.o.



Konsumbedingte Risikofaktoren für das Kindeswohl – am Beispiel von Crystal

4. Runterkommen	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Abgeschlagenheit mit immensem Schlafbedürfnis, aber blockiertem Schlafvermögen. • Diese erste Phase des Abklingens der Wirkung hält zwischen 7-10 Tagen an. • Die als sehr leidvoll erlebten Symptome sind in den ersten 24 Stunden der Abstinenz am stärksten und fallen danach steil ab. 	<ul style="list-style-type: none"> • Zustände von Gereiztheit, Angst und Depression und eine Zunahme aggressiver Verhaltensbereitschaft. • Mögliche psychotische Symptome, aggressive Gedanken, starke Kopfschmerzen und exzessives Sprechen. 	<ul style="list-style-type: none"> • In dieser Phase können Kinder, die Forderungen an Fürsorge und Aufmerksamkeit stellen, insbesondere wenn sie wach und lebhaft sind, von ihren „im Runterkommen befindlichen“ Eltern als Störung und Überforderung empfunden werden.
5. Crystal-Kater	<ul style="list-style-type: none"> • Die Phase des „Runter-Kommens“ geht in die Phase des „Crystal-Katers“ über. In dieser Phase halten die Symptome des „Runterkommens“ auf niedrigem Niveau an. • Körper und Psyche holen die Erholung nach, die durch den Crystal-Konsum verwehrt wurde (sehr lange Schlafphase). • Massiv gesteigerter Appetit in den kurzen Wachphasen. • Diese Phase kann – wenn nicht weiter konsumiert wird – 1-4 Tage andauern, bis sich der Körper vollständig regeneriert hat. 	<ul style="list-style-type: none"> • depressive Verstimmung bis zu Suizidgedanken können in 24 % der Fälle moderat bis schwer drei Wochen und länger bestehen bleiben. • Orientierungs- und Gedächtnisverlust • Affektive Verflachung • Schlechter gesundheitlicher Zustand • Allgemeine Erschöpfung 	<p>Überwältigendes Schlafbedürfnis mit der Folge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränktes Vermögen zur Pflege, Fürsorge und Aufsicht des Kindes. • Eingeschränktes Vermögen, emotionales Interesse für die Belange des Kindes aufzubringen. • Eingeschränktes Vermögen, auf das Kind bezogene Zeiten und Strukturen zu entwickeln und umzusetzen.
6. Rekonvaleszenz	<ul style="list-style-type: none"> • Der Körper hat sich nach dem Crystal-Konsum vollständig regeneriert. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine substanzspezifischen Beeinträchtigung mehr vorhanden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine substanzspezifischen Beeinträchtigung mehr vorhanden.

Beachte: Jede einzelne Phase des Konsums stellt ein erhebliches Risiko für das Wohl des Kindes dar!



Auswertung

der ersten Interventionen

AUSWERTUNG DER ERSTEN INTERVENTIONEN

(nach max. 2 Wochen)

Tag der Auswertung: _____

Beteiligte Personen: _____

2.1. Konsumspezifische Gefährdungsbereiche für das Kind oder den jungen Menschen *(Mehrfachnennung möglich)*

- Körperliche Gewalt
- Häusliche Gewalt / Partnerschaftsgewalt
- Gesundheitliche Gefährdung
- Seelische Verwahrlosung
- Aufsichtspflichtverletzung
- Aufforderung zur Kriminalität
- Autonomiekonflikt
- Sexueller Missbrauch

- Keine Gefährdung

2.3. Kurze Benennung der Fakten / Sachverhalte zum o.g. Gefährdungsbereich:

2.4. Anhaltspunkte für den Kooperationswillen der Sorgeberechtigten zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung:



Auswertung

der ersten Interventionen

2.4.2. Problemkongruenz:

Stimmen die Sorgeberechtigten und die fallzuständige Fachkraft in der Problemansicht überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?

2.4.2 Hilfeakzeptanz:

Sind die Sorgeberechtigten bereit, Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur zum Teil oder gar nicht der Fall? (*Kooperationsfähigkeit der Betroffenen*)



Auswertung

der ersten Interventionen

2.5. Welche Ressourcen sind im Familiensystem vorhanden, um die Kindeswohlgefährdung abzuwenden?

(Selbsthilfekompetenz des Kindes entsprechend seines Alters; Resilienzfaktoren, Entwicklungsstand, Fähigkeit sich Hilfe zu holen, Unterstützung durch verlässliche Dritte)

2.6. Falleinordnung und Festlegung des weiteren Vorgehens

(Mehrfachnennung möglich)

Leistungsbereich

- Leistungsbereich: Die Betroffenen sind auf freiwilliger Basis in Kontakt mit dem Jugendamt – auch wenn sie von anderen Institutionen ‚geschickt‘ wurden. Jugendhilfemaßnahmen können jederzeit beendet werden, ohne dass von Seiten der Professionellen weitere Handlungskonsequenzen ergriffen werden müssen (z. B. Mitteilung ans Familiengericht).

Graubereich

- Graubereich: es gilt fortwährend zu überprüfen,
 - Liegt eine Kindeswohlgefährdung tatsächlich vor oder nicht?
 - Sind die von Dritten benannten oder bereits von Professionellen erkannten Sachverhalte einem der o.g. Gefährdungsbereiche zuzuordnen?

oder

- Durch welche Hilfen können konkrete Aspekte einer drohenden Kindeswohlgefährdung abgewendet werden?

Gefährdungsbereich

- Gefährdungsbereich: es ist Fakt, dass gegenwärtig konkrete gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung in den o.g. Bereichen vorliegen.

Mitteilung gem. § 8a SGB VIII an das Familiengericht Abgabe am: _____

Antrag gem. § 1666 BGB (ggf. per einstweiliger Anordnung) Abgabe am: _____

Inobhutnahme

Hilfe zur Erziehung (SGB VIII) Hilfebeginn bis spätestens: _____

Kollegiale Beratung am: _____

Formlose Betreuung/Beratung gem. § 16 SGB VIII

Aufträge/Auflagen, die verbindlich mit Konsequenzen verbunden sind und den Beteiligten bei Bedarf schriftlich mitgeteilt werden
(Bsp.: Drogentest, Arztbesuch, Anbindung Beratungsstelle, Wohnung aufräumen, Kita-Anmeldung, Helferkonferenz)



Auswertung*der ersten Interventionen*

Auftrag / Auflage	Konsequenz bei nicht-Erfüllung	Frist

 Keine weitere Veranlassung

Ggf. erneute Wiedervorlage zur Sachstandsabfrage in der Familie am: _____

Fallzuständige Fachkraft_____
zur Kenntnis Leitung / Sachgebietsleitung

Schutzplan

Schutzplan für _____

Erstellt von:

aufgrund der Risikoabschätzung vom:

1. Angaben zu den Kindern/Jugendlichen:

Name	Vorname	Geburtsdatum	wohnhaft bei

2. Angaben zu den Kindeseltern:

Name	Vorname	Adresse	Sorgerecht (ja/nein)

3. Beteiligte an der Erstellung des Schutzplanes:

Name	Funktion	Träger/Angebot	Erreichbarkeit



Organo, Aline (2015): Risikoabschätzung bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern - Schutzplan. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.

Schutzplan

4. Folgende Gefährdungssituation ist Grundlage für diesen Schutzplan:

5. Schutzfaktoren

bezüglich der Familie:

bezüglich des/der Minderjährigen:

bezüglich des sozialen Umfeldes:

6. Kontaktabsprachen

Wo?	Familienmitglieder	Helfernetzwerk	Wie häufig?	Unangemeldet?



Organo, Aline (2015): Risikoabschätzung bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern - Schutzplan. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.

Schutzplan

7. Schutzmaßnahmen für das Kind/den Jugendlichen _____

Maßnahme/Hilfe	Hilfeadressat/in	Ziel	verantwortlich	Termin



8. Notwendigkeit der Information/Einbeziehung weiterer Fachkräfte/Institutionen nein ja, dann bitte Tabelle ausfüllen

Wen?	Durch wen?	Bis wann?

9. Zeitpunkt der Überprüfung des Schutzplanes durch die Beteiligten

Ort	Datum/Uhrzeit

Es ist die Verantwortung der sorgeberechtigten Kindeseltern ihre Kinder zu schützen, zu versorgen und die Absprachen dieses Schutzplanes umzusetzen. Bei Nichteinhaltung der oben genannten Punkte erfolgt von allen Beteiligten eine sofortige Meldung bei der zuständigen Fachkraft im Jugendamt. Über die weitere Vorgehensweise, z.B. die Einschaltung des Familiengerichts wird im Jugendamt beraten und entschieden.

Mit meiner Unterschrift bezeuge ich, dass die Inhalte des Schutzplanes mit mir entwickelt und besprochen wurden und ich diese verstanden habe.

Datum

Unterschrift Kindesmutter

Unterschrift Kindesvater

Unterschrift Fachkraft freier Träger

Unterschrift Fachkraft Jugendamt

Unterschrift weitere Beteiligte

Unterschrift weitere Beteiligte

Unterschrift weitere Beteiligte



Organo, Aline (2015): Risikoabschätzung bei Verdacht einer Kindeswohlgefährdung bei Drogen-konsumierenden Eltern - Schutzplan. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.

KAPITEL 2

ZUR ROLLE VON HALTUNG UND STANDARDS IN DER SOZIAL- PÄDAGOGISCHEN PRAXIS



Übersicht

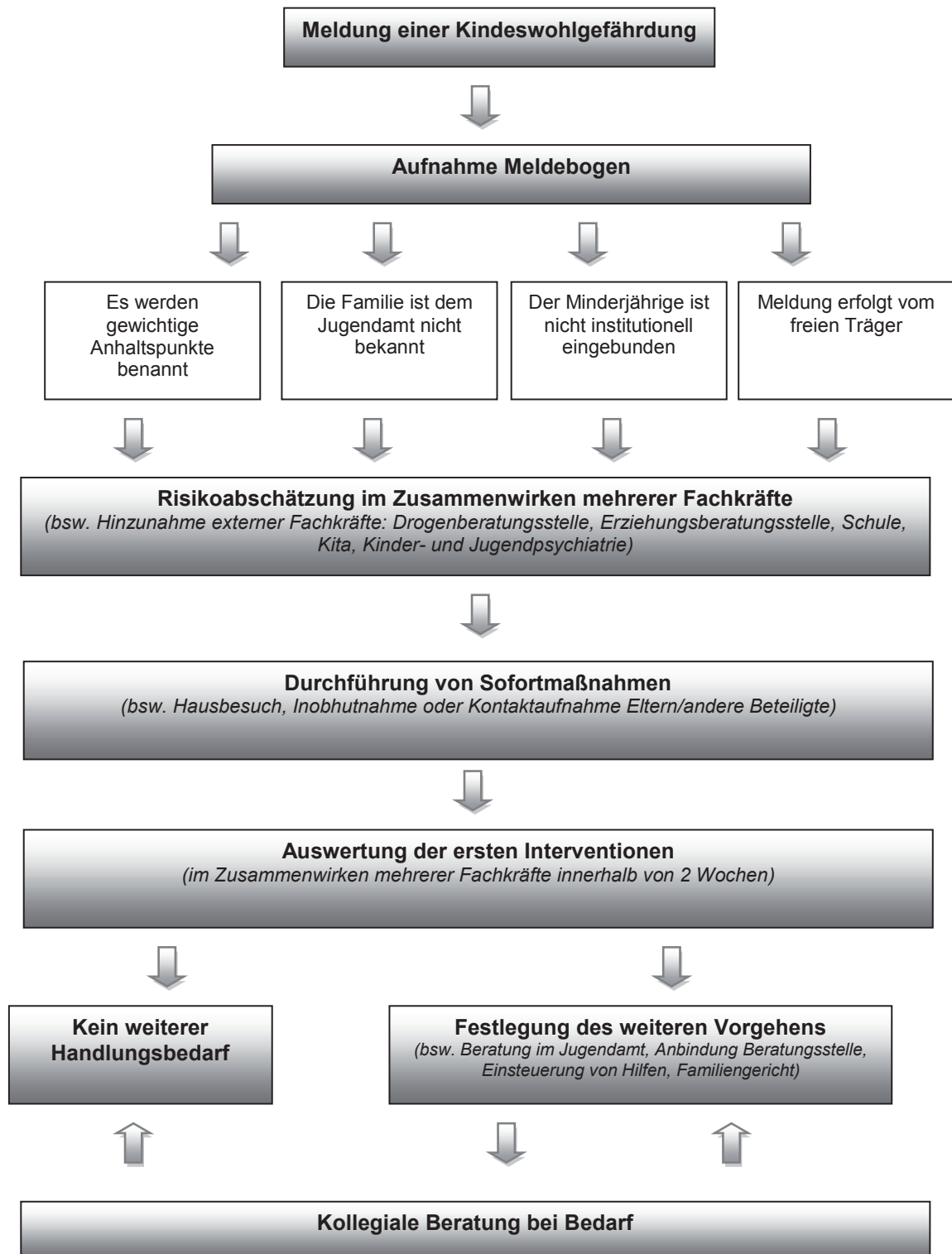
Dieser Baustein besteht aus:

I. Interventionsschema zur Sicherstellung des Schutzauftrages	Muster für einen standardisierten Ablauf bei Eingang einer Kindeswohlgefährdung
II. Schema zur Einordnung der Gefährdung	Erarbeitung einer Übersicht über relevante Gefährdungsbereiche und Hinweise zu mögliche Interventionsmaßnahmen
III. Haltung in Institutionen – Ein roter Faden	Zur besonderen Bedeutung von Haltungen, die in einer Institution vertreten werden und wie diese die Art prägt, in der praktische Arbeit umgesetzt wird (am Beispiel zweier möglicher Haltungen)
IV. Standardisierung in der Sozialen Arbeit	Eine kritische Betrachtung von Standardisierungsprozessen in der Sozialen Arbeit



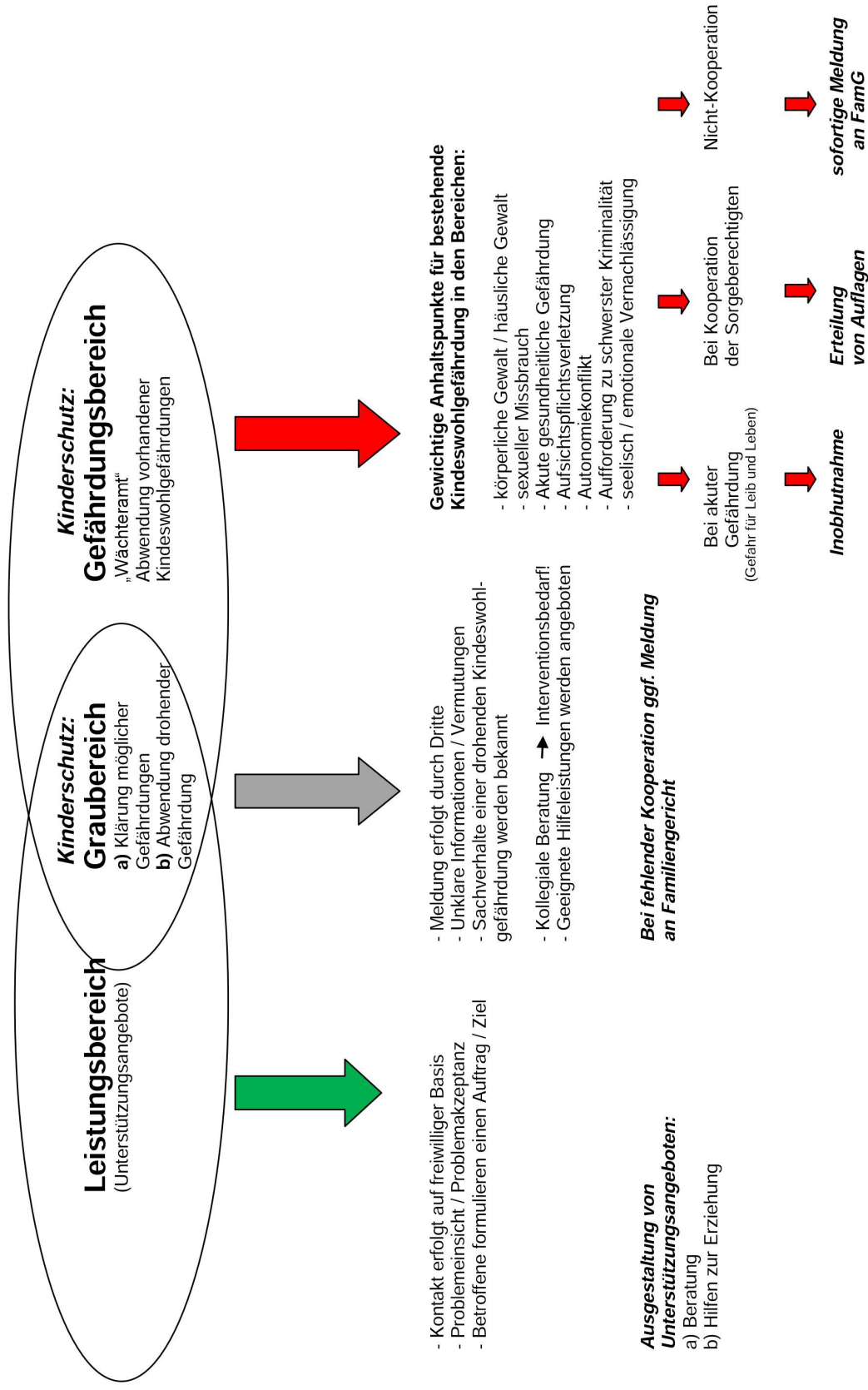
Interventionsschema

zur Sicherstellung des Schutzauftrages

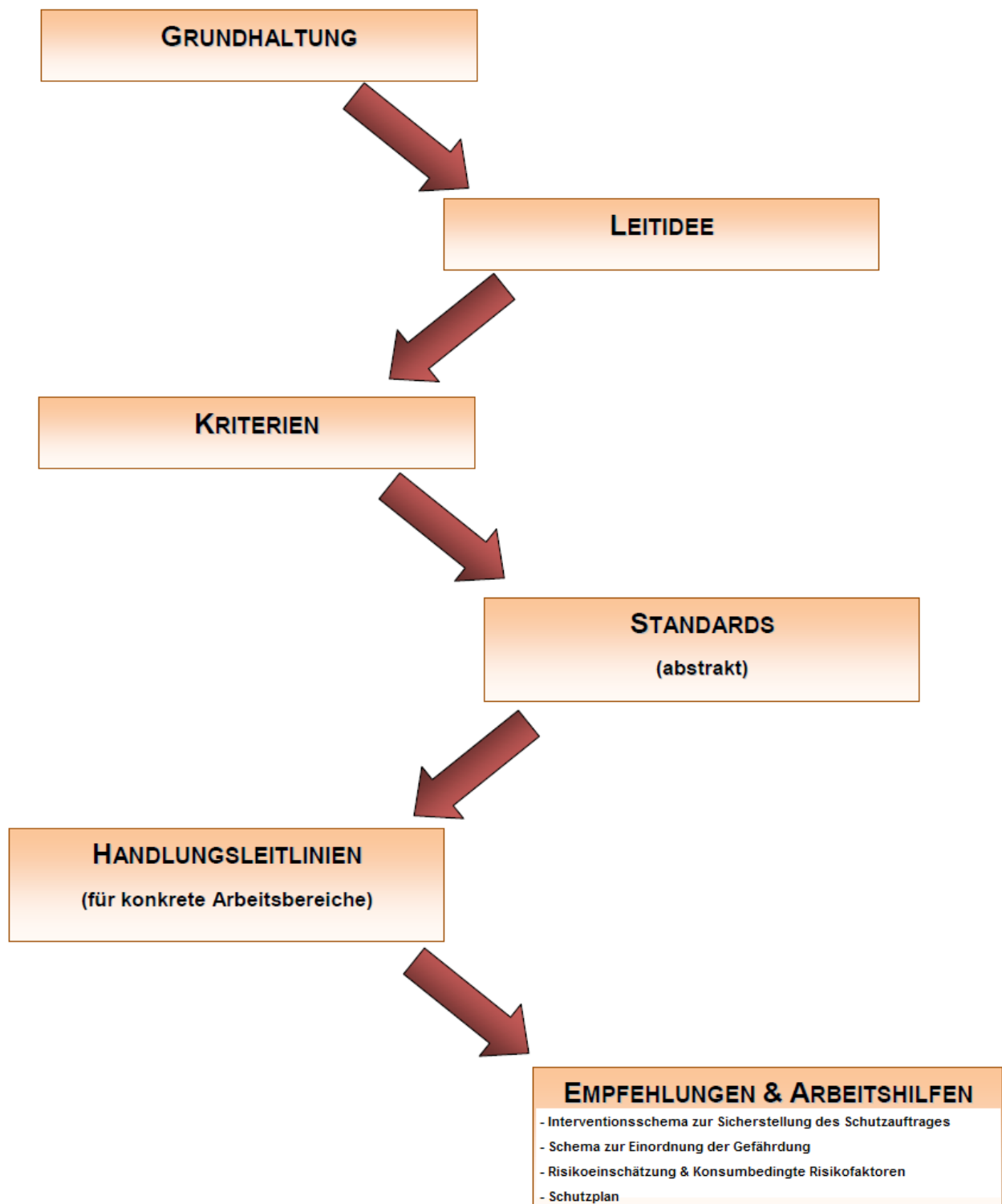


Schema zur Einordnung der Gefährdung

ZUR ROLLE VON HALTUNG UND STANDARDS
IN DER SOZIALPÄDAGOGISCHEN PRAXIS



Organo, A. (2015): Schema zur Einordnung einer Kindeswohlgefährdung. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen. Orientiert am Schaubild Arbeitsbereiche in der Jugendhilfe In: Lüttringhaus/Streich (2007): Institut für Stadtteilbezogene Soziale Arbeit und Beratung der Universität Duisburg-Essen, ISSAB)

Schema zur Bedeutung von Haltungen in Institutionen

Schema zur Bedeutung von Haltungen in Institutionen

Ein Beispiel könnte sich wie folgt gestalten:

Haltung (negativ)		Haltung (positiv)
Kontrolle	Haltung	Familienerhaltend arbeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Eltern müssen konsumfrei leben, um ihre Erziehungsverantwortung herzustellen 	Leitidee	Trotz einer Konsumproblematik können Eltern mit den passenden Hilfen in ihrer Erziehungsverantwortung bleiben.
<ul style="list-style-type: none"> • Konsum illegaler Substanzen ist (generell) eine Gefährdung für das Kindeswohl • Die Eltern sind nicht mehr dazu in der Lage, ihrer elterlichen Verantwortung nach zu kommen. • Konsum bedingt Fehleinschätzungen, Traumatisierung, Verlusterleben, Vernachlässigung der Kinder etc. • Kinder können nicht im Haushalt verbleiben. 	Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Konsum ist unter bestimmten Voraussetzungen eine Gefährdung (spezifisch). • Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wird berücksichtigt. • Elternautonomie und Sekundärtraumatisierung des Kindes werden berücksichtigt. • Familien sollten durch entsprechende Hilfsangebote erhalten bleiben.
<p>Prüfung der Gefährdung anhand der Kriterien. Erste Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere Informationen einholen • Weitergabe der Information an die zuständigen Stellen • Austausch mit anderen Stellen (Netzwerkarbeit) • Hausbesuch • Gespräch mit den Betroffenen 	Standards	<p>Prüfung der Gefährdung anhand der Kriterien. Erste Interventionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Weitere Informationen einholen • Weitergabe der Information an die zuständigen Stellen • Austausch mit anderen Stellen (Netzwerkarbeit) • Hausbesuch • Gespräch mit den Betroffenen
<ul style="list-style-type: none"> • Es erfolgt im Verdachtsfall immer ein Drogentest. • Bei positivem Test erfolgen Sanktionen (Inobhutnahme, weitere Kontrollen, Meldung an zuständige Institutionen). • Abwendung der Gefährdung durch restriktive Eingriffe in das Familiensystem 	Handlungsleitlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Nach erster Risikoeinschätzung erfolgt persönlicher Kontakt zu den betroffenen Familien. • Gemeinsam werden mögliche Hilfsangebote besprochen • Ein adäquates Hilfsangebot wird umgehend eingesteuert. • Abwendung der Gefährdung durch entsprechende Hilfen.
<ul style="list-style-type: none"> • Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung • Drogentests 	Empfehlungen & Arbeitshilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung • Niedrigschwelliges Verfahren um passende Hilfen zu installieren • Funktionierende Netzwerke (Suchthilfe & Jugendhilfe)
	Passende Hilfen installieren	



Organo, A. (2015): Matrix zur Bedeutung von Haltungen einer Institution und praktischer Arbeit. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtblasteten Familiensystemen.

Standardisierung in der Sozialen Arbeit

Eine kritische Betrachtung

Die Festsetzung von Standards erfolgt oft mit dem Ziel, Soziale Arbeit zu **professionalisieren**. Standards werden aber gleichermaßen auch zur **Kontrolle** fachlichen Handelns herangezogen. Angesichts dieser Widersprüchlichkeiten sollten in der Sozialen Arbeit deshalb besser **Orientierungshilfen für berufliches Handeln** formuliert werden, wenn es darum geht, die zentrale Frage: „**Wann ist unsere Arbeit gut?**“ objektiv zu beantworten.

Obwohl es Sinn ergibt, nach professionellen Standards zu suchen, um Qualität zu beschreiben, sollte man sich die Vieldeutigkeit von Standards dringlich vor Augen halten: Man spricht von Standards, wenn man **Strukturqualität** meint, aber auch, wenn man **komplexe Anforderungen** auf der Ebene des **pädagogischen Handelns** kennzeichnen will und somit **Prozessqualität** beschreibt. Ebenso wird mit dem Begriff „Standards“ **Ergebnisqualität** beschrieben, wenn man z. B. bestimmte **Erfolgsquoten als Standard** setzt (z. B. die Zahl der Rückführungen von Kindern aus einer stationären Kinder- & Jugendhilfeeinrichtung in die Herkunftsfamilie) (vgl. Merchel, 2005, S. 178-182).

Meinhold und Matul (2003, S. 126) formulieren eine Definition der Standardisierung folgendermaßen: „*Eine Dienstleistung ist dann ‚standardisiert‘ zu nennen, wenn sie unabhängig von der ausführenden Person jedes Mal in gleicher Weise erbracht wird.*“

Diese Definition zeigt die **Grenzen von Standardisierbarkeit** in der Sozialen Arbeit, welche auf **Individualität** und **situationsangemessenem, flexibel ausgerichtetem Handeln** beruht.

Absichten einer Standardisierung in der Sozialen Arbeit:

Eine Standardisierung in der Sozialen Arbeit verfolgt maßgeblich eine **disziplinäre Funktion**. Sie soll **Orientierung und Sicherheit** bringen und damit zur **Entlastung von Fachkräften** beitragen. Darüber hinaus wird versucht, durch die Formulierung von Standards erstens ein **Maß für Qualität**, zweitens eine **Differenzierungsmöglichkeit** innerhalb der Breite von professionellen Maßstäben und drittens einen **Professionalitätsgewinn** zu erwirken. All diese Strategien im Umgang mit Standards sollen **Legitimation und Notwendigkeit** des sozialarbeiterischen Handelns aufzeigen, auch um finanzielle und personelle Kürzungen abzuwenden (vgl. Merchel, 2005, S. 178-182).



Standardisierung in der Sozialen Arbeit

Eine kritische Betrachtung

Mögliche Konsequenzen von Standardisierungsprozessen

in der Sozialen Arbeit:

Standards schaffen zwar Orientierung und erzeugen innerhalb einer Organisation Verbindlichkeit, bedingen jedoch im gleichen Maße verschiedene Formen von Kontrolle. Kontrolle in der Sozialen Arbeit sollte jedoch aus folgenden Gründen kritisch hinterfragt werden:

1. Kontrolle ist mit Bewertung und Hierarchie verbunden. Was geschieht im Arbeitsprozess zwischen mir und dem Klienten? (*bsw. Vorgabe zu Hilfezeiträumen*)
2. Kontrolle kann als Gegenpol zur professionellen Autonomie gesehen werden. Damit ist gemeint, dass das Vertrauen in eigenes fachliches Handeln fortbestehen und Kontrolle lediglich auf Fälle extremen fachlichen Versagens beschränkt werden sollte (vgl. Merchel, 2005, S. 178-182).

Weiterhin wird die Definition von Standards häufig mit einem **Instrument zur Qualitätsentwicklung** gleichgesetzt. Dadurch entsteht möglicherweise der Eindruck, dass Standardsetzung die Gewährleistung von Qualität über eine Steuerung des Handelns der Mitarbeiter beinhaltet. Allerdings ist das Gleichsetzen von Standardsetzung und Qualitätssicherung gerade im sozialpädagogischen Handlungsfeld problematisch: Hier geht es um ein individualisierendes und auf dem Verstehen von Situationen (situitives) basierendes Vorgehen. Qualität in der Sozialen Arbeit ist **eben nicht** an der stringenten Umsetzung klar dokumentierter Handlungsanweisungen zu bemessen, sondern daran, dass situationsangemessen, kreativ, offen und somit neuen Situationsentwicklungen immer wieder angepasst, sowie das eigene Vorgehen im Nachhinein reflektierend agiert wird. Demnach können in der Sozialen Arbeit „Standards“ nur als Handlungsleitlinien in Form einer Orientierungshilfe fungieren. Sie erbringen allerdings keine Lösung für grundlegende Probleme in der Sozialen Arbeit.

Deutlich wird, dass Standards im Sinne grundlegender Handlungsleitlinien und mit der Aufgabe der Festschreibung von Orientierungen und Mindestanforderungen notwendig sind. Diese Handlungsleitlinien sollten jedoch situationsspezifisch (themenbezogen) konkretisiert werden und auf diese Weise der Überprüfung des eigenen Handelns dienen. Eine Kombination aus **fachlichen Handlungsleitlinien** (richtunggebende Ebene) und **Angaben von Qualitätskriterien** (messbare Ebene) könnten weit mehr zum Professionalitätsgewinn beitragen, als der Versuch, die Dynamik sozialarbeiterischen Handelns in unbewegliche Standards zu zwingen (vgl. Merchel, 2005, S. 178-182).



Organo, Aline (2015): Haltung und Standards in der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeits-hilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.

KAPITEL 3

NETZWERKE UND HELFER- STRUKTUREN IN DER ARBEIT MIT DROGEN- KONSUMIERENDEN ELTERN



Übersicht

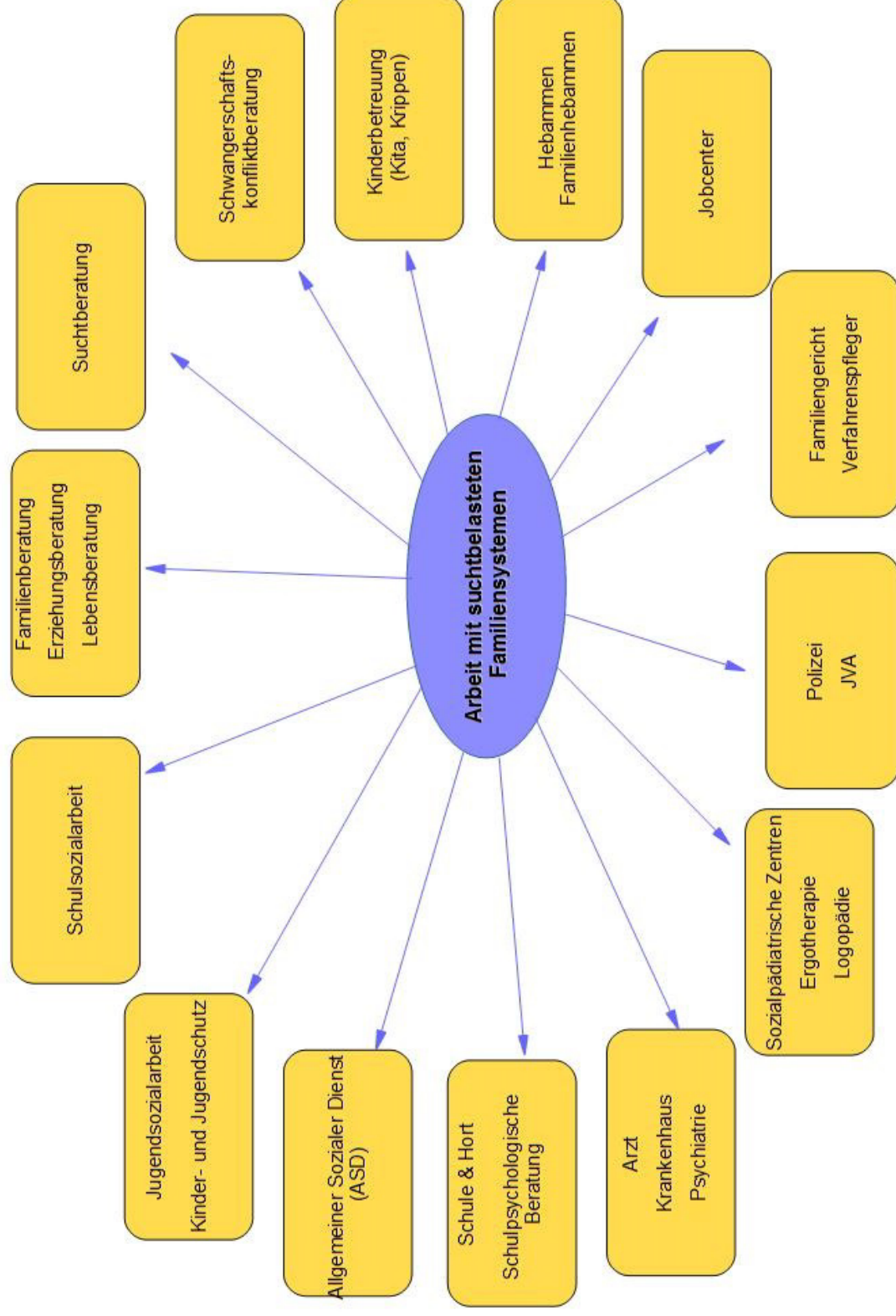
Dieser Baustein besteht aus:

I. Übersicht Netzwerkpartner	Schaubild
II. Netzwerkpartner und deren Aufgaben	Chancen und Risiken bei einer bedarfsgerechten Zusammenarbeit bei der Unterstützung suchtbelasteter Familiensysteme
III. Chancen und Risiken von Kooperationen in der Sozialen Arbeit	Zur besonderen Bedeutung von Haltungen, die in einer Institution vertreten werden und wie diese die Art prägt, in der praktische Arbeit umgesetzt wird (am Beispiel zweier möglicher Haltungen)
IV. Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen	Es werden die gegenseitigen Anforderungen und Wünsche der Kooperationspartner Jugendhilfe, Suchthilfe und Kita/Schule betrachtet.



Übersicht Netzwerkpartner

NETZWERKE UND HELFERSTRUKTUREN IN DER ARBEIT MIT DROGENKONSUMIERENDEN ELTERN



Organo, Aline (2016): Übersicht Netzwerkpartner in der Arbeit mit suchtblasteten Familiensystemen. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtblasteten Familiensystemen.

Netzwerkpartner und deren Aufgaben

	Aufgaben	Netzwerkpartner
<p>Kinder- und Jugendhilfe</p>	<p>Grundsätzliche Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist die Förderung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und der Schutz vor Gefahren für ihr Wohl.</p> <p>Aufgaben, die sich daraus ableiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, - Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen, - Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und - dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.¹ 	<p>Jugendsozialarbeit Schulsozialarbeit Kinder- und Jugendschutz Familienberatung & Erziehungsberatung Kinderbetreuung (Kita, Krippen) Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)</p>
<p>Bildungswesen</p>	<p>Aufgaben des Bildungswesens in Deutschland ist es, den Erwerb von Bildung zu ermöglichen.</p> <p>Aufgaben, die sich daraus ableiten:</p>	<p>Beratungslehrer/-in Lehrer/-in allgemein Schulpsychologische Beratung Vertrauenslehrer/-in</p>

¹ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: <http://www.familien-wegweiser.de/wegweiser/stichwortverzeichnis.did=110338.html>, am 29.01.2016



NETZWERKE UND HELFERSTRUKTUREN IN DER ARBEIT MIT DROGENKONSUMIERENDEN ELTERN

Netzwerkpartner und deren Aufgaben

	<ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Werten, Normen und Traditionen der repräsentierenden Gesellschaft. - Erfüllung eines Bildungs- und Erziehungsauftrages. 	
<p>Gesundheitswesen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ökonomische Bildung: Vermittlung von Aufgaben des Gesundheitswesens sind: - Prävention und Gesundheitsschutz, - Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, Gesundheitserziehung, - Erkennen, Verhütung und Bekämpfen von Krankheiten sowie ihre Bewertung hinsichtlich Gefährlichkeit und Verbreitungsgrad. <p>Die Beratung und Begleitung in gesundheitlich relevanten Fragen gehört ebenfalls zu den Aufgaben des Gesundheitswesens.</p>	<p>Öffentlicher Gesundheitsdienst</p> <p>Allgemeinmediziner/-in, Hausarzt/Hausärztin, Frauenärztin/-arzt, Kinderärztin/-arzt,</p> <p>Psychiater/-in, Psychotherapeut/-in,</p> <p>Ergotherapeut/in</p> <p>Hebammen/Entbindungspfleger</p> <p>Schwangerschafts(konflikt)beratung,</p> <p>Suchtberatung</p> <p>Sozialpädiatrische Zentren</p>



Netzwerkpartner und deren Aufgaben

<p>Ordnungswesen</p>	<p>Zur Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen gehört nicht selten die Auseinandersetzung mit Behörden des Ordnungswesens.</p> <p>Eine intensive Zusammenarbeit mit dem Familiengericht, Verahrenspfliegern oder der Polizei ist deshalb wichtig.</p> <p>Diese ist nicht nur dem Jugendamt vorbehalten. Auch Erzieher Kindertagesstätten oder Lehrer und Schulsozialarbeiter können sich bei Fragen oder einem konkreten Verdacht einer Kindeswohlgefährdung direkt an das Familiengericht oder die Polizei wenden.</p> <p>Aufgabe des Ordnungswesens sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung in einem Gebiet abwehren und - die Einhaltung gesetzlicher Regelungen durchsetzen. <p>Die Aufgaben im Bereich Sicherheit und Ordnung sind vielfältig und umfassen. Sie schränken sich nicht nur auf den Bereich der klassischen Gefahrenabwehr, sondern umfassen auch das Erteilen von Genehmigungen sowie Dienstleistungen in unterschiedlichen Lebenslagen.²</p>	<p>Polizei</p> <p>Ordnungsamt</p> <p>Familiengericht</p> <p>Verfahrenspfleger/-in (Anwalt des Kindes), Bewährungshelfer/-in</p>
-----------------------------	---	---

² vgl. Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement: <https://www.kgst.de/themenfelder/buergerservice-ordnungswesen/>, am 30.01.16



Netzwerkpartner und deren Aufgaben

<p>Sozialwesen</p>	<p>Die lokalen Jobcenter eines Kreises oder einer kreisfreien Stadt gewähren Leistungen zum Lebensunterhalt (Grundsicherung) und unterstützen bei der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit.</p> <p>Neben dem Arbeitslosengeld II können unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen für Mehrbedarfe gewährt werden.</p> <p>Ziel ist, die Eingliederung der Leistungsbezieher in den Arbeitsmarkt zu unterstützen, sie zu informieren, zu beraten und zu vermitteln. Dazu gehören beispielsweise die Förderung beruflicher Weiterbildung, aber auch die Vermittlung in psychosoziale Beratung, Suchtberatung oder Schuldnerberatung.³</p> <p>Aufgaben der kommunalen Beratungsstellen ist es, in schwierigen Lebenslagen oder konkreten Problemkonstellationen zu unterstützen und zu begleiten. Damit adäquate und auf den Einzelfall abgestimmte Hilfsangebote konzipiert werden können, ist die Vernetzung mit anderen Institutionen von zentraler Bedeutung.</p>	<p>Jobcenter</p> <p>Schuldner- und allgemeine Lebensberatung</p>
---------------------------	--	--

³ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: http://www.perspektive-wiedereinstieg.de/Inhalte/DE/Wiedereinstieg/Wiedereinstieg_konkret/Beratung_vor_Ort/faq_aufgaben_von_arbeitsagentur_und_jobcenter.html , am 30.01.16



Chancen und Risiken

von Kooperationen in der Sozialen Arbeit

Kooperation meint in diesem Kontext die fallbezogene und oder institutionelle Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachkräfte und Einrichtungen innerhalb eines Versorgungssektors bzw. sektorübergreifend im Hinblick auf eine bedarfsgerechte personenbezogene Hilfeerbringung (vgl. Oliva/Walter-Hamann, 2013, S.45).

Es geht um das Optimieren des Schnittstellenmanagements, wodurch nahtlose Übergänge zwischen unterschiedlichen Behandlungs- und Betreuungsangeboten geschaffen werden. Durch ein funktionierendes Netzwerk können nicht nur verbindliche Absprachen und ein vereinfachter Informationsaustausch schneller erfolgen. Einzelne Helfersysteme können zudem ihre Leistungen und Hilfeangebote aufeinander abstimmen und dem Unterstützungsbedarf der Familien adäquat anpassen (vgl. Oliva/Walter-Hamann, 2013, S.72).

Gut funktionierende Kooperationsvereinbarungen ermöglichen einen ständigen Erfahrungsaustausch der einzelnen Netzwerkpartner und erhöhen auf diese Weise die Fachlichkeit der Akteure. Bestenfalls lassen sich im Zusammenwirken der einzelnen Institutionen gemeinsame Leitlinien und Konzepte entwickeln und finanzielle und personelle Ressourcen effizienter nutzen (ebd.).

Zusammenfassend benennen Oliva und Walter-Hamann (2013, S. 73) folgende

Kooperationsvorteile:

- ◆ einfache und niedrigschwellige Zugänge in das Hilfesystem
- ◆ schnelle und zielgenaue Vermittlung
- ◆ Vermeidung von Doppelbetreuungen
- ◆ maßgeschneiderte, auf die individuelle Situation zugeschnittene Angebote und (Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungs-) Leistungen „aus einer Hand“
- ◆ nahtlose und flexible Übergänge in weiterführende Angebote
- ◆ personelle Kontinuität in der Behandlung und Betreuung
- ◆ weniger Brüche, Wechsel und Wartezeiten bei der Beratung, Behandlung und Betreuung
- ◆ Chance auf ganzheitliche Behandlungsansätze mit höherer Betreuungs- und Behandlungsqualität
- ◆ ausführliche und transparente Informationen über Dienste und Einrichtungen
- ◆ Vermeidung wiederholter Datenerfassungen



Organo, Aline (2015): Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden Eltern. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.

Chancen und Risiken

von Kooperationen in der Sozialen Arbeit

- ♦ unbürokratische und schnelle Klärung leistungsrechtlicher und finanzieller Fragen

Im Hinblick auf die **Risiken** einer umfangreichen Netzwerkarbeit sind primär die Einschränkung des Schutzes der Privatsphäre der Klienten sowie datenschutzrechtliche Aspekte zu benennen (ebd.).

Besondere Bedeutung hat in diesem Kontext die Zusammenarbeit zwischen Sucht- und Jugendhilfe. Schwierigkeiten in der Kooperation beider Helfersysteme ergeben sich zum einen aus den unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen sowie aus den divergierenden Haltungen im Umgang mit konsumierenden Eltern und Jugendlichen. Von beiden Seiten leiten sich dementsprechend wechselseitige Anforderungen an eine gelingende Kooperation ab (vgl. Oliva/Walter-Hamann, 2013, S. 159). Diese werden im folgenden Abschnitt eingehender benannt.



Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen

Aufgaben des Allgemeinen Sozialen Dienstes:

Der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) ist als Organisationseinheit in den verschiedensten Leistungsbereichen der sozialen Arbeit und in allen Städten und Landkreisen in Deutschland zu finden. In den letzten Jahren fungiert der ASD nicht mehr nur als „*Basisdienst*“, welcher lediglich auf die Sozialadministration beschränkt ist. Längst , wird von den dort beschäftigten Sozialarbeitern/innen und Sozialpädagogen/innen ein hohes Maße sozialpädagogischer Fachkompetenz abverlangt. Das tägliche Geschäft des Allgemeinen Sozialen Dienstes besteht darin, Familien in Krisen zu unterstützen sowie in der Planung und Kontrolle von Hilfeprozessen (vgl. AGJ, 2010).

Für Sozialpädagogen/innen und Sozialarbeiter/innen ist das Tätigkeitsfeld des Allgemeinen Sozialen Dienstes eines der vielseitigsten und anspruchsvollsten in der Sozialen Arbeit. Neben **der Beratung zur Förderung der Erziehung in der Familie**, dem **Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung** und **Maßnahmen zum Schutz von Kindern** sowie den **Hilfen zur Erziehung** gehört auch die **Eingliederungshilfe** für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, die **Hilfe für junge Volljährige**, die **Adoptionsvermittlung**, die **Jugendgerichtshilfe** und die **Mitwirkung in Verfahren vor den Familiengerichten** zu den Aufgaben eines ASD. Dadurch nimmt er die zentralen Steuerungsfunktionen des Jugendamtes wahr (ebd.).

Die Klientel des ASD umfasst Männer und Frauen, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und alte Menschen, Alleinstehende, Ehepaare, Familien und Alleinerziehende, Deutsche, Aussiedler, Ausländer und Asylanten sowie Randgruppenangehörige.⁴

Ihre Probleme liegen beispielsweise in folgenden Bereichen:

Im persönlichen Bereich:

Einsamkeit, psychische Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen, kriminelle Delikte, Suchtproblematiken

⁴ Martin R. Textor (Hrsg.) (1994): *Allgemeiner Sozialdienst. Ein Handbuch für soziale Berufe*, http://www.ipzf.de/ASD_Teil1.htm, am 19.02.16)



Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen

Im gesundheitlichen Bereich:

körperliche oder psychische Krankheit, psychosomatische Leiden, Behinderung, Pflegebedürftigkeit

Im beruflichen Bereich:

Probleme am Arbeits- oder Ausbildungsplatz, Jugend-Arbeitslosigkeit oder Schulverweigerung

Im familiären Bereich:

Eheprobleme, Trennung, Scheidung, Überlastung oder fehlende Kinderbetreuung

Im Erziehungsbereich:

Erziehungsschwierigkeiten, Vernachlässigung, Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch

Sowie im materiellen Bereich:

unzureichendes Einkommen, Schuldenproblematik, Bedrohung von/eingetretene Wohnungslosigkeit.⁵

Der ASD ist ebenfalls präventiv tätig und beteiligt sich an der **Entwicklung neuer Hilfe- und Schutzkonzepte** sowie an **sozialraumorientierter Arbeit**. In der Regel wird im Allgemeinen Sozialen Dienst nach dem Sozialraumprinzip gearbeitet. Das bedeutet, dass jede sozialpädagogische Fachkraft einem räumlich definierten Bereich zugeordnet wird. Aufgrund der „aufsuchenden Arbeit“ gibt es eine umfangreiche Vernetzung mit unterschiedlichsten Kooperationspartnern im jeweiligen Sozialraum. Kennzeichnend für die Arbeit im ASD ist zudem, dass Kontakte zu den Familien, anders als in Beratungsstellen, häufig im Zwangskontext zustande kommen (vgl. AGJ, 2010).

Für die Arbeit in Netzwerken ist wichtig zu wissen, dass auch im Zuge umfangreicher Kooperationsbeziehungen zu Netzwerkpartnern, vieler Unterstützungsangebote weiterer Dienste und weitreichenden Empfehlungen anderer Professioneller die finale Verantwortung für Hilfen und Entscheidungen beim ASD liegt. Dieser ist gleichzeitig mit verschiedenen Kontrollaufgaben, insbesondere im Hinblick auf mögliche Kindeswohlgefährdungen betraut (vgl. AGJ, 2010). Auf diese Weise nehmen die sozialpädagogischen Fachkräfte im Allgemeinen Sozialen Dienst das im Gesetz verankerte **Wächteramt** wahr und haben somit eine **Garantenstellung**⁶ inne.

⁵ Martin R. Textor (Hrsg.) (1994): *Allgemeiner Sozialdienst. Ein Handbuch für soziale Berufe*, http://www.ipzf.de/ASD_Teil1.htm, am 19.02.16

⁶ Garantenstellung meint, das Strafbarmachen, wenn durch eigenes Handeln gegen ein Strafgesetz verstoßen wird. Bei gewissen Tatbeständen wird indes das Nichtstun bestraft. Diese Verpflichtung zum Tätigwerden wird als Garantenpflicht bezeichnet. Sie kann auf einem Gesetz, einem Vertrag oder einem besonderen Vertrauensverhältnis beruhen (vgl. *Rechtslexikon*, <http://www.rechtslexikon.net/d/garantenstellung/garantenstellung.htm>, am 19.02.16)

Organo, Aline (2015): Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden Eltern. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.



Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen

Anforderungen/Wünsche aus Sicht der Jugendhilfe an die Kooperationspartner

Suchthilfe:

- ◆ Entwicklung und Umsetzung von (bedarfs- und sozialraumbezogenen) Präventionskonzepten, die auch nicht-drogenspezifische Inhalte thematisieren
- ◆ Entwicklung und Umsetzung alters- und bedarfsgerechter Angebote für Jugendliche
- ◆ Einbeziehung der Dienste und Einrichtungen der Suchthilfe in die sozialraumbezogene Ausgestaltung sozialer Arbeit
- ◆ Umsetzung gemeinsamer Angebote/Projekte zwischen Sucht- und Jugendhilfe
- ◆ Teilnahme der Fachkräfte der Jugendhilfe an Fortbildungsmaßnahmen der Suchthilfe
- ◆ Entwicklung und Durchführung von Fortbildungsangeboten für die Fachkräfte der Suchthilfe (vgl. Oliva/Walter-Hamann, 2013, S. 159).

Anforderungen/Wünsche aus Sicht der Jugendhilfe an den Kooperationspartner

Kita/Schule:

- ◆ Grundhaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollte sein, dass die Kita/Schule als Schutzraum für das Kind fungiert.
- ◆ Meldungen an das Jugendamt ergehen erst nach eingehender selbstständiger Prüfung durch die diesbezüglich erfahrene Fachkraft der Kita/Schule.
- ◆ Meldungen werden gegenüber den Eltern transparent gemacht.
- ◆ Mögliche Gefährdungen werden objektiv und detailliert benannt. Deshalb müssen spezifische Vorfälle schriftlich dokumentiert und in dieser Form dem Jugendamt zugearbeitet werden.
- ◆ Mögliche Konsequenzen der Meldung werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kita/Schule zuvor durchdacht. Genaue Vorstellungen zu Interventionsmaßnahmen werden gemeinsam mit dem Jugendamt besprochen. Das setzt voraus, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kita/Schule auch im Rahmen der eigenen Möglichkeiten das Jugendamt unterstützen, sollte es zu eingreifenden Interventionsmaßnahmen kommen.
- ◆ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kita/Schule sollte zur Klärung einer Gefährdungsmeldung zu gemeinsamen Gesprächen mit den Eltern und dem Jugendamt bereit sein.
- ◆ Verständnis wenn Rückmeldungen zu einer Gefährdungsmeldung nicht in jedem Fall und sofort erfolgen können.
- ◆ Keine Stigmatisierung der Eltern und Kinder im Kita/Schul-Alltag.

Organo, Aline (2015): Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden Eltern. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.



Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchbelasteten Familiensystemen

- ◆ Verständnis für mögliche Verhaltensauffälligkeiten der Kinder aufgrund der belastenden Lebenssituation im familiären Kontext. Durch Disziplinarverfahren (Ausschluss von Schule/Kita) ist dem Kind nicht geholfen. Derartige Maßnahmen sollten zuvor mit dem Jugendamt beraten werden. Wenn ein Kind die Kita/Schule nicht mehr besucht, könnte das zu einer zusätzlichen Gefährdung führen, weil der Schutzraum Kita/Schule nicht mehr gegeben ist.
- ◆ Teilnahme von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kita/Schule an Helferkonferenzen soweit die Eltern damit einverstanden sind und es im Verlauf der Hilfeplanung sinnvoll erscheint.
- ◆ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kita/Schule nehmen den ihnen obliegenden Schutzauftrag ebenso verantwortungsvoll wahr und überlassen die Verantwortung nicht alleinig dem Jugendamt.
- ◆ Zuverlässige Rückmeldung zu Auffälligkeiten (verspätete Essensgeldzahlung, Beitragszahlung, Verhaltensauffälligkeiten der Kinder) und unentschuldigter Abwesenheiten der Kinder, ohne vorherige Aufforderung des Jugendamtes.
- ◆ Gute Zusammenarbeit im Hinblick auf Inobhutnahmen oder Kriseninterventionen.

Aufgaben Suchthilfe:

Zu den Kernaufgaben der Suchtkrankenhilfe zählen:

- ◆ ein wohnortnaher, niedrighschwelliger Zugang für Betroffene und für Angehörige,
- ◆ das Bereithalten fachlich qualifizierter Informationen über Suchterkrankungen und über entsprechende verfügbaren Hilfen,
- ◆ der Zugang zu psychosozialen Hilfen in jedem Stadium der Abhängigkeitserkrankung und auch in jedem Stadium einer Suchtbewältigung,
- ◆ die Förderung und Aufrechterhaltung von Krankheitseinsicht, Veränderungs- und Behandlungsbereitschaft,
- ◆ die qualifizierte Feststellung des umfassenden Hilfebedarfs und eine mit dem Hilfesuchenden entwickelte Hilfeplanung,
- ◆ die Vermittlung in weitergehende leistungsrechtlich geregelte Hilfen, z.B. in Substitution, Entgiftung, Rehabilitation,



Organo, Aline (2015): Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden Eltern. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchbelasteten Familiensystemen.

Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen

- ◆ die Durchführung einzelner spezifischer Suchtpräventionsmaßnahmen, insbesondere für Hochrisikogruppen
- ◆ die Begleitung von und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (vgl. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe Fachverband im Diakonischen Werk der EKD, 2006).

Neben diesen Aufgaben einer unmittelbaren Grundversorgung ist für die Kommunen aber auch die Wahrnehmung einer umfassenden Vernetzungskultur von unmittelbarem Interesse. Es gibt in der Suchtkrankenhilfe zahlreiche Schnittstellen mit anderen Netzwerken. Zum Beispiel mit der Jugendhilfe (Kinderschutz), Ordnungsbehörden (Fahrerlaubnisentzug) und Jobcenter (Grundsicherung).

Anforderungen/Wünsche aus Sicht der Suchthilfe an den Kooperationspartner

Jugendhilfe:

- ◆ Abstimmung der Grundhaltungen, Ziele und Qualitätsstandards in der Arbeit mit Jugendlichen
- ◆ frühzeitige Vermittlung suchtmittelkonsumierender Jugendliche an die Dienste und Einrichtungen der Suchthilfe
- ◆ eindeutige und verbindliche Absprachen zur Fallsteuerung und Fallbearbeitung
- ◆ gemeinsame Aktivitäten und Projekte von Sucht- und Jugendhilfe
- ◆ Entwicklung und Durchführung von Fortbildungsangeboten für die Fachkräfte der Jugendhilfe
- ◆ Teilnahme der Fachkräfte der Suchthilfe an Fortbildungsangeboten für die Fachkräfte der Jugendhilfe (vgl. Oliva/Walter-Hamann, 2013, S. 159)

Anforderungen/Wünsche aus Sicht der Suchthilfe an den Kooperationspartner

Kita/Schule:

- ◆ Kita/Schule akzeptiert, dass die Beraterinnen und Berater der Suchthilfe primär für die Eltern zuständig sind.
- ◆ Ein Austausch über die Eltern ist nur dann zulässig, wenn diese damit einverstanden sind und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbunden haben.
- ◆ Keine Stigmatisierung der Eltern und Kinder im Kita/Schul-Alltag aufgrund der Konsum/Suchtproblematik der Eltern.

Organo, Aline (2015): Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden Eltern. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen.



Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchtbelasteten Familiensystemen

Aufgaben Kita und Schule:

Grundlegende Aufgaben jeder Kindertagesstätte, Schule und Hort sind Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen. Spezifisch gehören ebenfalls folgende Aspekte zum Tätigkeitsbereich der Pädagogen:

- ◆ frühe Bildungsförderung,
- ◆ kompensatorischer Auftrag,
- ◆ Ungleichheit der Bildungschancen mindern,
- ◆ Vereinbarkeit von Familie und Beruf unterstützen,
- ◆ Präventive Arbeit im Hinblick auf das System früher Hilfen,
- ◆ Präventives Hilfesystem für den Gesundheitsbereich.

Weiterhin ist der Schutzraum Kindertagesstätte, Schule und Hort ein Ort ethischen und politischen Handelns.⁷

Anforderungen/Wünsche aus Sicht von Kita/Schule an den Kooperationspartner

Jugendhilfe:

- ◆ Schule/Kita wünscht umgehende Rückmeldung der Jugendhilfe zu einer getätigten Meldung.
- ◆ Schule/Kita wünscht zeitnahe Reaktion vom Jugendamt nach einer getätigten Meldung.
- ◆ Schule/Kita ist darum bemüht, die Arbeitsbeziehung zu den Eltern nicht zu beeinträchtigen, auch wenn eine Meldung an das Jugendamt erfolgt ist.
- ◆ Schule/Kita möchte zuvor informiert werden, sollte eine Inobhutnahme in der Einrichtung erfolgen.
- ◆ Schule/Kita wünscht eine gute Kommunikation und Rücksprache mit dem Jugendamt.
- ◆ Schule/Kita möchte am Hilfeprozess der Familien beteiligt werden.
- ◆ Schule/Kita wünscht sich, dass das Jugendamt in schwierigen Fällen als Mediator oder Vermittler zwischen Schule und Familie auftritt.
- ◆ Schule/Kita wünscht sich eine fortlaufende anonyme Fallberatung im Hinblick auf Kinderschutz mit einer sozialpädagogischen Fachkraft im Jugendamt.

⁷Vgl. Kathrin Bock-Famulla, *Wissenschaftlicher Abend der Berliner Kitatage – Berliner Kitabündnis Berlin*, 9. September 2009: http://www.berliner-kitabuendnis.de/downloads/daks_berlin_kbf_90909.pdf, am 25.01.16



Besondere Bedeutung von spezifischen Kooperationen der Arbeit mit suchbelasteten Familiensystemen

Anforderungen/Wünsche aus Sicht von Kita/Schule an den Kooperationspartner

Suchthilfe:

- ◆ **Kita/Schule wünscht sich eine** Beteiligung an Helferkonferenzen
- ◆ **Kita/Schule wünscht sich Informationen** zum aktuellen Stand der therapeutischen Interventionen und Hilfeplanung
- ◆ **Kita/Schule wünscht sich** Rückmeldungen über mögliche Auswirkungen des Konsums auf den Alltag des Kindes
- ◆ **Kita/Schule wünscht sich** Information/Aufklärung über Auswirkungen des Konsum konkreter Substanz auf die Eltern und deren Erziehungsfähigkeit (Substanzkunde/Aufklärung)
- ◆ **Kita/Schule wünscht sich eine** Übersicht über Beratungs- und Hilfsangebote für Familien und deren Kinder (Information/Aufklärung über Angebote der Drogen- und Suchtkrankenhilfe der Region und darüber hinaus)



Organo, Aline (2015): Netzwerke und Helferstrukturen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden Eltern. In: Crystal konsumierende Eltern und Kinderschutz - Arbeitshilfen für die Arbeit mit suchbelasteten Familiensystemen.

KAPITEL 4

RECHTLICHE GRUNDLAGEN FÜR DIE HELFER IN DER ARBEIT MIT KONSUMIERENDEN ELTERN



Übersicht

Dieser Baustein besteht aus:

I. Datenschutz und die Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern und deren Kindern	Allgemeine Grundsätze
II. Datenschutz bei Frühen Hilfen Kapitel 2	„Datenschutz im Jugendamt“ Kapitelauszug der Publikation: <i>Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen kompakt. 2015</i>
II. Datenschutz bei Frühen Hilfen Kapitel 3	„Datenschutz in der Gesundheitshilfe, bei Trägern der freien Jugendhilfe und in Schwangerschaft(konflikt)Beratungsstellen“ Kapitelauszug der Publikation: <i>Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen kompakt. 2015</i>



Datenschutz

und die Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern und deren Kindern

Die Rechtslage in Bezug auf das Erheben und den Umgang mit Daten ist kompliziert, in den verschiedenen Bereichen des psychosozialen Hilfesystems unterschiedlich geregelt, hat zum Teil widersprechenden Aufgaben nachzukommen und wird durch die aktuelle Rechtsprechung in Form von Gerichtsurteilen und Kommentaren immer wieder spezifiziert.

Natürlich gelten auch bei diesem Thema die grundlegenden gesetzlichen Vorschriften, die Rechte und Pflichten zum Umgang mit Geheimnissen festschreiben:

- Das Allgemeine Schweigerecht gegenüber der Polizei gilt für alle BürgerInnen des Landes und beinhaltet das Recht jeder/s Einzelnen, zu Straftaten in der Regel schweigen zu dürfen und diese nicht zur Anzeige bringen zu müssen. Dazu gibt es nur wenige Ausnahmen. Diese Ausnahmen beziehen sich in der Regel auf Delikte (u. a. Kriegsvorbereitung, Vorbereitung terroristischer Anschläge, Massenmord), die in den hier zur Rede stehenden Bezügen kaum zutreffen.
- Die Verschwiegenheitspflicht gilt für alle, die als Erziehungs- und JugendberaterIn, BeraterIn für Suchtfragen in anerkannten Beratungseinrichtungen und SozialarbeiterIn tätig sind. Diese dürfen Privatgeheimnisse, die ihnen in ihrer beruflichen Eigenschaft anvertraut werden, nicht unbefugt offenbaren. Das betrifft sowohl den Umgang mit diesen Informationen im privaten Umfeld als auch gegenüber anderen professionellen HelferInnen. Zuwiderhandlungen können verfolgt und nach § 203 Abs. 1 StGB bestraft werden. Personen, die der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, müssen allerdings vor Gericht als ZeugInnen aussagen. Das heißt, wenn ein Richter vom ihnen eine Aussage verlangt, dann sind diese Personen auch verpflichtet, eine Aussagen zu leisten. Diese Aussagepflicht kann sogar mit Ordnungsgeld oder Ordnungshaft durchgesetzt werden.
- Das Zeugnisverweigerungsrecht ist eine spezielle gesetzliche Regelung und berechtigt, über Geheimnisse der Mandanten auch vor Gericht zu schweigen und vom Richter auch nicht zu einer Aussage genötigt werden zu können. Herauszustellen ist dazu jedoch, dass das Zeugnisverweigerungsrecht nicht allen BeraterInnen zusteht, auch wenn diese in irgendeiner Form mit drogenkonsumierenden Klienten arbeiten. Der Personenkreis, denen dieses Recht zugesprochen wird, ist rechtlich klar beschrieben und unterscheidet sich auch in Zivil- und Strafverfahren. In den hier zur Rede stehenden Bezügen wird nur denjenigen BeraterInnen, die in einer, vom Land anerkannten Suchtberatungsstelle tätig sind, das Recht eingeräumt, zwar vor Gericht aussagen zu können, wenn der Klient das wünscht, dies aber auch nach richterlicher Aufforderung nicht zu müssen. Wieweit sich ein Berater unter den Schutz eines Geheimnisträgers stellen kann, muss im Einzelfall geprüft werden.



Datenschutz

und die Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern und deren Kindern

Von diesen allgemeinen Grundsätzen ausgehend leiten sich allerdings weitere Regelungen und detaillierte Verfahrensregeln ab. Es ist deshalb ein unabweisliches Gebot, auf rechtliche Hinweise und Empfehlungen zurückzugreifen, die durch kompetente ExpertInnen zusammengestellt und immer wieder aktualisiert werden.

Deshalb wurde für diese Handreichung auf eine Gemeinschaftspublikation des Nationalen Zentrums für Frühe Hilfen, des Informationszentrums für Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung und des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. zurückgegriffen:

Datenschutz bei Frühen Hilfen. Praxiswissen kompakt. 2015



In den vorliegenden Unterlagen werden insbesondere die Kapitel 2:

„Datenschutz im Jugendamt“

und Kapitel 3:

„Datenschutz in der Gesundheitshilfe, bei Freien Trägern der Jugendhilfe und in Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen“ hinterlegt.

Es wird jedoch allen MitarbeiterInnen des psychosozialen Hilfesystems dringlich nahegelegt, sich mit der Gesamtpublikation auseinanderzusetzen.

Diese ist unter folgendem Link kostenlos verfügbar:

[http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/
Publikation_NZFH_IzKK_Datenschutz_bei_Fruehen_Hilfen_2015.pdf](http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_IzKK_Datenschutz_bei_Fruehen_Hilfen_2015.pdf)



18	DATENSCHUTZ IM JUGENDAMT Der Datenschutz im Jugendamt ist im Gesetz geregelt. Es gelten die Vorschriften zum Sozialdatenschutz, vor allen Dingen diejenigen im Sozialgesetzbuch Aches Buch – Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). Im Zentrum der täglichen Arbeit steht die Gewinnung von Informationen (Datenerhebung) und deren Weitergabe (Datenübermittlung und -nutzung). Informationsgewinnung Auch für das Jugendamt gilt der feste Grundsatz: »Sozialdaten sind beim Betroffenen zu erheben.« Mit dem unschönen Begriff des »Betroffenen« meint das Gesetz die Person, über die Informationen gewonnen werden. Bei Hilfen im Kontakt mit Familien erweitert sich dieser Grundsatz auf das Familiensystem. Wenn es sich nicht um ein gezieltes Ausfragen hinter dem Rücken der Betroffenen handelt, dürfen die Fachkräfte im Jugendamt mit ihren Adressatinnen auch über die anderen Familienmitglieder und deren Beziehungen zu einander reden.	Informationsgewinnung 19
>>>	Das Ermitteln und Erheben von Informationen über Familien auf Vorrat, z.B. falls sich zukünftig irgendwann einmal eine Aufgabe ergeben sollte, ist also nicht gestattet. Erreichen Informationen das Jugendamt jedoch ungefragt, dürfen diese entgegengenommen werden. Es gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach stellen die Sozialen Dienste im Jugendamt »von Amts wegen« Erkundigungen an und bestimmen deren Art und Umfang. Dabei haben sie – so das Gesetz – »alle für den Einzelfall bedeutsamen, auch die für die Beteiligten günstigen Umstände zu berücksichtigen.« Um seine Aufgaben im Zusammenhang mit Frühen Hilfen oder mit dem Schutzauftrag bei möglicher Kindeswohlgefährdung wahrzunehmen, braucht das Jugendamt mitunter mehr Informationen, als die Beteiligten im Familiensystem bereit sind mitzuteilen. Auch hier bleibt es dabei: Ohne Einwilligung ist die Informationsgewinnung bei Institutionen oder Personen, die nicht dem Familiensystem angehören, nur ausnahmsweise zulässig. Die Fachkräfte im Jugendamt sind somit zunächst aufgefordert, die benötigten Informationen bei den »Betroffenen« zu erfragen oder um die Einwilligung zur Erhebung bei Dritten zu werben. Eine Datenerhebung an den »Betroffenen« vorbei (»Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen«) kann erforderlich werden, wenn die Eltern Erinnerungslücken haben, Dinge	2



20	<p>DATENSCHUTZ IM JUGENDAMT</p> <p>nicht wissen oder nicht mitteilen wollen oder wenn Erkenntnisse und Einschätzungen von Anderen, etwa der Hebamme, der Kinderklinik, den Erzieherinnen in der Kita, der Großmutter wichtig sind. Es ist erforderlich, solche Informationen Dritten einzuholen, wenn auf die zusätzlichen Informationen nicht verzichtet werden kann und das Ob und Wie der Wahrnehmung der Aufgabe durch das Jugendamt nicht von der Familie frei entschieden werden kann.</p> <p>Das Gesetz erlaubt eine solche Ausnahme vom Grundsatz der »Betroffenerhebung« vor allem in Fällen, in denen gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und diese Kenntnisse für eine Gefährdungseinschätzung dringend benötigt werden oder in denen eine Datenerhebung im Familiensystem den Zugang des Kindes zur Hilfe ernsthaft gefährden würde.</p>	Informationsgewinnung 21
<p>§</p> <p>§ 62 SGB VIII. Datenerhebung</p> <p>(1) Sozialdaten dürfen nur erhoben werden, soweit ihre Kenntnis zur Erfüllung der jeweiligen Aufgabe erforderlich ist.</p> <p>(2) Sozialdaten sind beim Betroffenen zu erheben. Er ist über die Rechtsgrundlage der Erhebung sowie die Zweckbestimmungen der Erhebung und Verwendung aufzuklären, soweit diese nicht offenkundig sind.</p>	<p>(3) Ohne Mitwirkung des Betroffenen dürfen Sozialdaten nur erhoben werden, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eine gesetzliche Bestimmung dies vorschreibt oder erlaubt oder 2. ihre Erhebung beim Betroffenen nicht möglich ist oder die jeweilige Aufgabe ihrer Art nach eine Erhebung bei anderen erfordert, die Kenntnis der Daten aber erforderlich ist für <ol style="list-style-type: none"> a) die Feststellung der Voraussetzungen oder für die Erfüllung einer Leistung nach diesem Buch oder b) die Feststellung der Voraussetzungen für die Erstattung einer Leistung nach § 50 des Zehnten Buches oder c) die Wahrnehmung einer Aufgabe nach den §§ 42 bis 48a und nach § 52 oder d) die Erfüllung des Schutzauftrages bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a oder 3. die Erhebung beim Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass schutzwürdige Interessen des Betroffenen beeinträchtigt werden oder 4. die Erhebung bei dem Betroffenen den Zugang zur Hilfe ernsthaft gefährden würde. <p>(...)</p>	2



22	<p>DATENSCHUTZ IM JUGENDAMT</p> <p>Informationsweitergabe</p> <p>Auch für die Weitergabe von Informationen gibt es einen festen Grundsatz. Sie ist – auch im Jugendamt – stets erlaubt, wenn diejenigen, um deren Informationen es geht oder die sie anvertraut haben, damit ausdrücklich einverstanden sind. Es muss eine qualifizierte Einwilligung vorliegen. Das heißt, die Beteiligten im Familiensystem müssen wissen, welche Informationen an wen und zu welchem Zweck weitergegeben werden.</p>	23	<p>Informationsweitergabe</p>
<p>»»</p>	<p>Mit Einwilligung ist Datenübermittlung stets erlaubt.</p> <p>Die Datenübermittlung durch das Jugendamt, für die keine Einwilligung vorliegt, hat das Gesetz in zwei Vorschriften geregelt. Es unterscheidet <i>anvertraute</i> Sozialdaten, für die es einen ganz besonderen Vertrauensschutz in der persönlichen, erzieherischen Hilfe anerkennt, und <i>sonstige</i> Sozialdaten, die von den Beteiligten im Familiensystem nicht »anvertraut« wurden.</p> <p>Zunächst zur Weitergabe der anvertrauten Sozialdaten: Als solche bezeichnet das Gesetz Informationen, die eine Adressatin oder ein Patient in einer Hilfebeziehung einer Fachkraft</p>	<p>2</p> <p>persönlich und ausdrücklich als Geheimnis anvertraut und bei denen die Fachkraft der Adressatin signalisiert, eine besondere Vertraulichkeit erwarten zu können. Beides muss nicht explizit ausgesprochen sein, sondern kann sich regelmäßig auch aus den Umständen des Hilfekontakts ergeben. Die Vorstellung der Adressatin lässt sich wie folgt in Worte fassen: »Das ist für mich etwas Persönliches. Ich sage das jetzt nur Ihnen und ich möchte, dass das zwischen uns bleibt.« Es bietet sich an, die Frage der Vertraulichkeit in solchen Gesprächssituationen ausdrücklich aufzugreifen. Die Bestätigung der Fachkraft könnte wie folgt ausfallen: »Das geht in Ordnung. Es gibt aber Ausnahmesituationen, wenn ich sehen sollte, dass Ihre Kinder in eine sehr schwierige Situation kommen und unbedingt Schutz brauchen. Sollte ich dann die Notwendigkeit sehen, Ihre vertraulichen Informationen weitergeben zu müssen, werden wir das besprechen. Ich werde das nicht hinter Ihrem Rücken tun, sondern mit Ihrem Wissen.«</p>	<p>»»</p> <p>Anvertraute Informationen sind besonders geschützt.</p>
	<p>Damit sich die Beteiligten in den Familiensystemen mit ihren Ängsten, Nöten, Sorgen und Schwierigkeiten öffnen können,</p>		



24	<p>DATENSCHUTZ IM JUGENDAMT</p> <p>wird die Vertrauensbeziehung zwischen ihnen und der Fachkraft im Jugendamt also funktional geschützt. Die Informationen bleiben zwischen dem Klienten und der Fachkraft. Das Jugendamt kann anvertraute Informationen aber auch ohne Einwilligung weitergeben (»Vielleicht gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen.«), wenn eine Grenze erreicht ist, an der</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ gewichtige Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung vorliegen und zur Gefährdungseinschätzung im Fachteam andere Fachkräfte und Expertinnen hinzugezogen werden; ◆ Anhaltspunkte für eine Gefährdung vorliegen und es zu einem Wechsel der fallzuständigen Fachkraft kommt, etwa wegen Zuständigkeitswechsels, Urlaubs- oder Krankheitsvertretung; ◆ die Fachkraft zu der Einschätzung gelangt ist, dass ein Kind gefährdet ist und das Familiengericht angerufen werden muss, um dem Kind den Zugang zu den benötigten Hilfen zu ermöglichen oder die Gefährdung weiter abzuklären; ◆ zum Schutz eines Kindes ein sofortiges Tätigwerden erforderlich ist und hierzu andere Stellen eingeschaltet werden müssen, etwa eine Klinik, das Gesundheitsamt, die Polizei. 	<p>Informationsweitergabe</p> <p>25</p>
	<p>Das Jugendamt hat jedoch auch viele Informationen über Familien, die nicht im beschriebenen Sinne anvertraut wurden. Die Weitergabe dieser nicht anvertrauten Sozialdaten ohne Einverständnis unterliegt nicht den gleichen, strengen Voraussetzungen. Das Übermitteln ist erlaubt, wenn es erforderlich ist, die eigenen Aufgaben im Jugendamt zu erfüllen, oder wenn ein anderer Sozialleistungsträger, etwa das Sozialamt oder das Jobcenter, die Information benötigt, um ihre Aufgaben erfüllen zu können. Das Jugendamt ist jedoch noch nicht automatisch zur Weitergabe befugt, wenn es ihm oder der anderen Stelle bei der Erledigung der Aufgaben nützt. Vielmehr verpflichtet das Gesetz die Jugendämter auch hier zur Beachtung der Fachlichkeit in helfenden Beziehungen.</p>	<p>2</p>
	<p>Ist eine Weitergabe ohne Einwilligung hilfreich?</p> <p>Steht zu befürchten, dass mit einer Übermittlung ohne ausdrückliche Einwilligung oder sogar gegen den Willen der Betroffenen der Erfolg der Hilfe in Frage gestellt ist, darf das Jugendamt die Informationen nicht weitergeben. Erfolg meint in diesem Zusammenhang nicht nur die aktuelle oder eine ganz konkrete Hilfesituation, sondern richtet den Blick auf</p>	<p>«</p>



26	<p>DATENSCHUTZ IM JUGENDAMT</p> <p>die Zielerreichung: die Entwicklung einer Perspektive für das Kind, mit der es gefördert wird und geschützt ist.</p> <p>Hält das Jugendamt den Informationsaustausch in diesem Sinne für erforderlich und erscheint die Gefahr für das Kind nicht so akut, dass sofortiges Tätigwerden erforderlich ist, weist das Recht den Weg über das Werben um Einwilligung.</p> <p>Kann Einverständnis zunächst nicht erreicht werden, sind die Fachkräfte im Jugendamt gefragt, eine Prognoseentscheidung zu treffen. Die Frage ist, wie sich der Vertrauensbruch durch die Weitergabe von Informationen ohne Einverständnis auf den Erhalt der Hilfebeziehung und damit den weiteren Hilfeprozess sowie ggf. die Chancen zur Sicherstellung des Schutzes für das Kind auswirken würde.</p> <p>Die Wichtigkeit des Vertrauensverhältnisses, zu der auch die Arbeit am und das Aushalten von Widerstand insbesondere unfreiwilliger Adressatinnen und Adressaten gehört, ist ins Verhältnis zu setzen zur Dringlichkeit, mit der eine andere Person oder Stelle die betreffenden Informationen erhalten soll. Die Schlüsselfrage lautet somit: »Ist die Weitergabe gegen den Willen hilfreich oder nicht?« Das Recht gibt hierauf keine weiteren Antworten. Sie können nur von den sozialpädagogischen Fachkräften auf der Grundlage ihrer Fachlichkeit erarbeitet werden.</p>	<p>Informationsweitergabe</p> <p>27</p>
	<p>§</p> <p>§ 64 SGB VIII. Datenübermittlung und -nutzung</p> <p>(1) Sozialdaten dürfen zu dem Zweck übermittelt oder genutzt werden, zu dem sie erhoben worden sind.</p> <p>(2) Eine Übermittlung für die Erfüllung von Aufgaben nach § 69 des Zehnten Buches ist abweichend von Absatz 1 nur zulässig, soweit dadurch der Erfolg einer zu gewährenden Leistung nicht in Frage gestellt wird.</p> <p>(2a) Vor einer Übermittlung an eine Fachkraft, die der verantwortlichen Stelle nicht angehört, sind die Sozialdaten zu anonymisieren oder zu pseudonymisieren, soweit die Aufgabenerfüllung dies zulässt.</p> <p>(3) Sozialdaten dürfen beim Träger der öffentlichen Jugendhilfe zum Zwecke der Planung im Sinne des § 80 gespeichert oder genutzt werden; sie sind unverzüglich zu anonymisieren.</p> <p>§ 65 SGB VIII. Besonderer Vertrauensschutz in der persönlichen und erzieherischen Hilfe</p> <p>(1) Sozialdaten, die dem Mitarbeiter eines Trägers der öffentlichen Jugendhilfe zum Zweck persönlicher und erzieherischer Hilfe anvertraut worden sind, dürfen von diesem nur weitergegeben werden</p> <p>1. mit der Einwilligung dessen, der die Daten anvertraut hat, oder</p>	<p>2</p>



28	DATENSCHUTZ IM JUGENDAMT
	<p>2. dem Familiengericht zur Erfüllung der Aufgaben nach § 8a Abs. 3, wenn angesichts einer Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen ohne diese Mitteilung eine für die Gewährung von Leistungen notwendige gerichtliche Entscheidung nicht er-möglicht werden könnte, oder</p> <p>3. dem Mitarbeiter, der aufgrund eines Wechsels der Fallzuständigkeit im Jugendamt oder eines Wechsels der örtlichen Zuständigkeit für die Gewährung oder Erbringung der Leistung verantwortlich ist, wenn An-haltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls ge-geben sind und die Daten für eine Abschätzung des Gefährdungsrisikos notwendig sind, oder</p> <p>4. an die Fachkräfte, die zum Zwecke der Abschät-zung des Gefährdungsrisikos nach § 8a hinzugezo-gen werden; § 64 Abs. 2a bleibt unberührt, oder</p> <p>5. unter den Voraussetzungen, unter denen eine der in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuches genann-ten Personen dazu befugt wäre.</p> <p>Gibt der Mitarbeiter anvertraute Sozialdaten weiter, so dürfen sie vom Empfänger nur zu dem Zweck weiterge-geben werden, zu dem er diese befugt erhalten hat.</p> <p>(...)</p>



DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE, BEI TRÄGERN DER FREIEN JUGENDHILFE UND IN SCHWANGERSCHAFTS(KONFLIKT)BERATUNGSSTELLEN³	3
Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung	30
Informationsgewinnung	34
Informationsweitergabe mit Einwilligung	35
Informationsweitergabe ohne Einwilligung	39
3 Grundsätze entwickelt im Projekt Guter Start ins Kinderleben der Uniklinik Ulm (Prof. Dr. Jörg M. Fegert/PD Dr. Ute Ziegenhain), gemeinsam mit dem Deutschen Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (DIJuF) (Dr. Thomas Meysen/Lydia Schönecker/Hanne Stürtz).	



30	DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE (...)	<p>Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung</p> <p>Seit 2005 enthält das Kinder- und Jugendhilferecht für die Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung ein rechtliches Gelände: § 8a SGB VIII. Er gilt für die Jugendämter und über Vereinbarungen finden vergleichbare Prinzipien auch bei Trägern der freien Jugendhilfe Anwendung.</p> <p>Seit dem Bundeskinderschutzgesetz haben auch Berufsheimnisträger, die mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien in einem vertrauensvollen Kontakt stehen, aber nicht zur Kinder- und Jugendhilfe gehören, mit § 4 KKG (Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) ihren eigenen gesetzlichen Schutzauftrag erhalten. Ihnen obliegen Pflichten im Kontakt mit den Familien, sie haben Anspruch auf Beratung und sind ab einer genauer umschriebenen Schwelle zur Informationsweitergabe befugt.</p> <p>Die Vorschrift zur Beratung und Übermittlung von Informationen bei Kindeswohlgefährdung in § 4 KKG richtet sich an die Berufsgruppen der Ärzte, Hebammen und an andere Angehörige eines Heilberufs – auch im Gesundheitsamt –, Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Lehrer sowie an sonstige Beraterinnen in der Ehe-, Familien-, Erziehungs-, Jugend-, Sucht- oder Schwangerschafts(konflikt)beratung.</p>	Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung	31
<p>§ 8a SGB VIII. Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (1)-(3) (...)</p> <p>(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen, 2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie 3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. <p>In die Vereinbarungen ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.</p>		3		



32	DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE (...)	Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung	33
<p>§ 4 KKG. Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung</p> <p>(1) Werden</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ärztinnen oder Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern oder Angehörigen eines anderen Heilberufes, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, 2. Berufspsychologinnen oder -psychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung, 3. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberaterinnen oder -beratern sowie 4. Beraterinnen oder Beratern für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist, 5. Mitgliedern oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, 6. staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagoginnen oder 		<p>7. Lehrerinnen oder Lehrern an öffentlichen und an staatlich anerkannten privaten Schulen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.</p> <p>(2) (...)</p> <p>(3) Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.</p> <p>(...)</p>	



34	<p>DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE (...)</p> <p>Informationsgewinnung</p> <p>Für Angehörige eines Heilberufs, für Fachkräfte bei Trägern der freien Jugendhilfe und in Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen ergeben sich die datenschutzrechtlichen Befugnisse und Pflichten in der Regel nicht aus dem Gesetz. Es gilt der Grundsatz: »Alles ist verboten, es sei denn, es ist erlaubt.« Und was erlaubt ist, das bestimmen die Patientinnen und Adressaten mit. In den Behandlungs- und Hilfeverträgen wird vereinbart, was die Helferin untersuchen, wozu beraten oder wobei unterstützt werden soll und darf.</p> <p>Ein solcher Vertrag muss nicht schriftlich vereinbart werden. Er kommt beispielsweise dadurch zustande, dass die Mutter auf das Angebot der Hebamme eingeht, sich mit ihr auch über die Gewalttätigkeit ihres Partners auszutauschen, dass die Ärztin den Vater auffordert, den Säugling auszuziehen und er sich darauf einlässt, dass die Fachkraft in der Beratungsstelle mit den Eltern ausmacht, den nächsten Beratungstermin in der Wohnung der Familie durchzuführen oder dass die Mutter die Einladung der Geburtsklinik annimmt, sich über die persönliche Lebenssituation zu unterhalten. In allen diesen Beispielfällen ergibt sich aus der Form und dem Inhalt der Kommunikation für die Helferrinnenseite eine Vereinbarung auch zur Frage der Zulässigkeit des Einholens und des Austauschs von Informationen.</p>	<p>Informationsweitergabe mit Einwilligung</p> <p>35</p>
	<p>«</p> <p>Gewinnen von Informationen heißt die Beteiligten im Familiensystem gewinnen.</p> <p>3</p> <p>Das Gewinnen von Informationen heißt bei Frühen Hilfen die Beteiligten im Familiensystem zu gewinnen. Die Helferinnen und Helfer in der Gesundheits- und Jugendhilfe sind gefragt, aktiv darum zu werben, dass sich die Eltern und andere Erziehungsberechtigte auf die Hilfe einlassen, ihnen vertrauen und sich so mit ihrem Kind oder in der Schwangerschaft unterstützen, behandeln, beraten oder unterstützen lassen.</p> <p>Bei anderen Personen und Stellen dürfen Informationen nur eingeholt werden, wenn die Patientinnen bzw. Adressatinnen damit einverstanden sind, wenn sie also dafür gewonnen werden konnten. Es braucht ihre ausdrückliche, qualifizierte Einwilligung.</p> <p>Informationsweitergabe mit Einwilligung</p> <p>Zeigt sich bei einer Vorsorgeuntersuchung oder Beratung in der Schwangerschaft, während des Aufenthalts in der Geburtsklinik, bei einer Behandlung, während der Begleitung durch eine Hebamme oder bei der Familienbildung etc., dass weitergehende Hilfe oder Abklärung erforderlich wäre, stellt sich die Frage des wichtigen Schritts eines Übergangs. Dieser</p>	



36	<p>DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE (...)</p> <p>ist nicht gleichzusetzen mit einer »Fallabgabe«, sondern bedeutet ein Hinzuziehen einer weiteren helfenden Stelle oder Person, etwa einer Beratungsstelle, der Entwicklungspsychologischen Beratung, des Jugendamts oder der Kinderärztin.</p>	<p>Informationenweitergabe mit Einwilligung</p> <p>37</p>
<p>»»</p>	<p>Der Königsweg ist die Einwilligung.</p> <p>Die große Aufgabe der Helferinnen und Helfer in der Gesundheits-, Kinder- und Jugendhilfe, Schwangerschafts(konflikt-)beratung und Frühförderung etc. besteht oft darin, den Weg zu weitergehenden Hilfen zu ebnen. Wichtig ist dabei, dass Eltern und ihre Kinder, wo auch immer sie zuerst angekommen sind, sich mit ihren Bedürfnissen und Problemen wahrnehmen sehen. So besteht die Chance, über diesen Kontakt etwas zur Verbesserung der Lebensumstände des Kindes und seiner Familie anzustoßen und zu erarbeiten. Über einen glaubwürdigen Vertrauensaufbau und -erhalt kann wirklich etwas bewirkt werden.</p> <p>Andere Helferinnen und Stellen sollten möglichst einvernehmlich und gemeinsam mit den Eltern hinzugezogen werden. Eltern sollten sich nicht weiter-, abgeschoben oder »gemeldet« vorkommen, sondern diesen Schritt als Vermittlung eines Angebots für sich erleben können.</p>	<p>Auch für die Informationsweitergabe ist, wie das Gesetz seit dem Bundeskinderschutzgesetz nun ausdrücklich betont, der Königsweg daher die Einwilligung der Beteiligten im Familiensystem. Dafür braucht es in der Beziehung zu den Patientinnen bzw. Adressaten vor allem Zeit und Gesprächsführungskompetenz im Ansprechen auch schwieriger Themen. Gelingt das möglichst frühzeitige Werben für die Angebote anderer helfenden Personen und Stellen nicht gleich im ersten oder zweiten Anlauf, hilft mitunter nur zähes Weiterringen. Im stetigen »Dranbleiben« können immer wieder die positiven wie negativen Veränderungen thematisiert werden. Mögliche Hilfen sollten konkret beschrieben und ggf. auch die potenziellen Konsequenzen einer ausbleibenden Inanspruchnahme weitergehender Hilfen zur Sprache gebracht werden.</p>
<p>««</p>	<p>Ob das Werben um Einwilligung von Erfolg gekrönt ist, hängt entscheidend von der Kooperation in Frühen Hilfen ab.</p>	<p>Ob dieses Werben um Einwilligung auf dem »Königsweg« von Erfolg gekrönt ist, hängt nicht nur, aber auch entscheidend von der Qualität der Kooperation und Vernetzung im Bereich der Frühen Hilfen ab. Soll ein Übergang gestaltet</p>



38	<p>DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE (...)</p> <p>werden, braucht die HelferIn oder die Stelle, bei der die Beteiligten im Familiensystem angekommen sind, Wissen darüber, wo es die weitergehenden Hilfen gibt und was die Patienten bzw. Adressatinnen dort erwarten können. Umgekehrt benötigen die Personen oder Stellen, die hinzugezogen werden sollen, Kenntnisse davon, aus welchem Hilfefunktionstext die Familie zu ihnen kommt, um die bisherige Hilfebeziehung wertschätzen und angemessen an ihr anknüpfen zu können. Im Verhältnis der Akteure und Akteurinnen in den Frühen Hilfen zueinander besteht ein Bedarf nach Erweiterung des Wissens über die Aufgaben und Handlungslogiken der jeweils Anderen, aber auch die Bearbeitung der vielfältigen Bilder und Vorurteile. Besonders unscharf ist häufig das Wissen über die Aufgabenwahrnehmung im Jugendamt, entsprechend markant sind bestehende Vorurteile. Die Bilder voneinander zu reflektieren und miteinander hierüber in Austausch zu treten, spielt für die konstruktive Verwirklichung des Datenschutzes in der Kooperation eine große Rolle. Eine wertschätzende Haltung zu den Kooperationspartnern in den Frühen Hilfen hat einen wesentlichen Anteil daran, ob die Beteiligten im Familiensystem ihr Einverständnis dazu geben, dass diese hinzugezogen werden und ihnen dabei Informationen weitergegeben werden dürfen.</p>	<p>Informationsweitergabe ohne Einwilligung</p> <p>39</p>
	<p>Informationsweitergabe ohne Einwilligung</p> <p>Erscheint die Situation für ein Kind so bedrohlich, dass der Helfer zum Schutz des Kindes ein zeitnahes Tätigwerden für erforderlich hält, stellt sich manchmal die Frage nach einer Informationsweitergabe ohne Einwilligung oder im Einzelfall sogar gegen den ausdrücklich erklärten Willen der Patienten bzw. Adressatinnen. Das Hinzuziehen weiterer Stellen, zum Beispiel des Jugendamts, kann dringend notwendig sein, um eine nähere Einschätzung der Gefährdung vornehmen oder erforderliche weitergehende Hilfen etablieren zu können.</p> <p>In einer solchen akuten Gefährdungssituation bietet das Recht Ärztinnen, Hebammen, Beratern und allen weiteren Fachkräften die Möglichkeit, Informationen rechtssicher weiterzugeben. Dabei ist zu berücksichtigen, inwieweit die Informationsweitergabe für das Kind hilfreich wirkt und dessen Situation nicht ungewollt noch verschlimmert. Daher verpflichtet das Recht Angehörige von Gesundheitsberufen in diesem Fall zur Gefährdungseinschätzung sowie zum Hinwirken auf die Inanspruchnahme von Hilfen:</p> <p>Um zu klären, ob Informationen zwar nicht ohne Wissen, aber vielleicht gegen den Willen weitergegeben werden dürfen, ist in einem ersten Schritt das Gefährdungspotenzial zu</p>	<p>3</p>



40	DATENSCHUTZ IN DER GESUNDHEITSHILFE (...)	Informationsweitergabe ohne Einwilligung	41
	<p>bewerten. In einem zweiten Schritt ist die Tragfähigkeit der eigenen Hilfebeziehung zu den Patientinnen bzw. Adressatinnen zu prüfen.</p>	<p>Landesrechtliche Konkretisierungen des Konzepts in § 4 KKG haben hingegen Bestand.«</p>	
»»	<p>Eine Informationsweitergabe ohne Einwilligung setzt eine Gefährdungseinschätzung voraus.</p> <p>Rechtliche Grundlage für eine Datenübermittlung, mit der sich die Betroffenen nicht ausdrücklich einverstanden erklärt haben, findet sich für Berufsheiministräger z.B. in § 4 Abs. 3 KKG. Für andere nicht in § 4 Abs. 1 KKG genannte Berufsheiministräger kann die Weitergabe vor allem aufgrund des allgemeinen rechtfertigenden Notstands in § 34 des Strafgesetzbuchs gerechtfertigt sein.</p>		3
»»	<p>Bundesweite Rechtssicherheit</p> <p>»Mit Inkrafttreten der bundesrechtlichen Regelung in § 4 KKG hat der Bundesgesetzgeber eine abschließende Regelung getroffen für die benannten Berufsheiministräger. Damit tritt für den Landesgesetzgeber bei zukünftiger Gesetzgebung eine Sperrwirkung ein (Art. 72 Abs. 1 GG).</p>		



KAPITEL 5

**GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION
DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS
VON MÜTTERN UND VÄTERN
IN DIE BEURTEILUNG
DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF
EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS**



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 1

Merseburg, Februar 2016

Prof. Dr. phil. habil. Gundula Barsch
Dipl. Päd. Claudia Plöttner
MA Aline Organo

Hintergrund

Die Vereinbarkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen und Elternschaft gehört schon immer zu den besonderen Herausforderungen, vor die konsumierende Mütter und Väter gestellt sind. Möglichkeiten und Grenzen, die die Vereinbarkeit des Konsums psychoaktiver Substanzen und Elternschaft hat, werden aber auch für diejenigen Institutionen zu wichtigen Themen, die für die Unterstützung konsumierender Eltern und deren Kinder zuständig sind: die Jugendhilfe, die Drogenhilfe und die Suchtkrankenhilfe. Hier wird die Frage, ob es eine solche Vereinbarkeit überhaupt geben und unter welchen Bedingungen diese gelingen kann, in der Regel kontrovers diskutiert, mit dem Verweis auf tragische gescheiterte Fälle vielfach bestritten, vielerorts totale Abstinenz von allen psychoaktiven Substanzen gefordert und über Drogentests und Sanktionsdrohungen erzwungen.

Unabhängig von emotionsgeladenen Diskussionen muss jedoch festgehalten werden, dass im Zentrum der Überlegungen die zentrale Frage zu stehen hat, wie das gesunde Aufwachsen des Kindes in diesen besonderen Familienkonstellationen gesichert und den konsumierenden Mütter und Vätern dabei geholfen werden kann, ihren Aufgaben und Pflichten als Eltern bestmöglich nachzukommen. Diese Fragestellung stellt sich unabhängig davon, welche psychoaktive Substanz von den Eltern konsumiert wird und welchen rechtlichen Status dieser Konsum hat Substanzen haben. Insofern sei daran erinnert, dass der elterliche Konsum von Alkohol, Tabak und Substitutionsmitteln schon lange zu den Themenkreisen gehört, für die Erfahrungen mit einer gezielten Begleitung von Familien durch die zuständigen Institutionen vorliegen. Insofern können diese Institutionen diesbezüglich auf einen Fundus von Kompetenzen zurückgreifen, der auch auf einen Hilfeprozess anwendbar ist, wenn von den Eltern illegalisierte Substanzen wie Cannabis, Heroin, Kokain und nun auch Crystal¹ konsumiert werden.

Vor den Hintergrund der aktuellen Entwicklungen um die Etablierung von Konsumformen zu der Substanz „Crystal“ werden vielfach Unsicherheiten signalisiert, die nahelegen, den Erfahrungsschatz von Drogen- und Jugendhilfe zu sichten und auf die neuen, oft aber eben auch altbekannten Risikokonstellationen anzuwenden und ggf. weiterzuentwickeln. Ziel ist über die Entwicklung von Strategien, Konzepten und Methoden zu einer realitätsgerechten Einschätzung der Risikosituation von Müttern und Vätern mit Drogenkonsum im Umgang mit ihrem/n Kind/ern zu kommen und dabei dem gesetzlich verbrieften Wächter- und Schutzauftrag gerecht zu werden, ohne Kollateralschäden für die betroffenen Kinder, die Eltern und das Familiensystem als Ganzes hinnehmen zu müssen.

Zur Vereinbarkeit von Elternschaft und Drogenkonsum

Drogenkonsum allgemein und *unterschiedliche* Konsummuster psychoaktiver Substanzen von Müttern und Vätern im Besonderen können für deren Kinder zu besonderen Risiken werden:

- Unter dem unmittelbaren Konsum und während des Nachklingsens der Konsumeffekte besteht die Gefahr, dass Fürsorge- und Aufsichtspflichten punktuell, episodisch oder lang anhaltend nur eingeschränkt wahrgenommen werden;

¹ In diesem Text wird mit dem Szenenamen „Crystal“ eine auf dem Schwarzmarkt kursierende psychoaktive Substanz bezeichnet, deren pharmakologischer Hauptwirkstoff „Methamphetamin“ ist. Deshalb werden im Weiteren die Bezeichnungen „Crystal“ und „Methamphetamin“ synonym verwendet.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./2

- Fehleinschätzungen von Situationen und elterlichen Fähigkeiten können Kinder in Gefahren und Nöte bringen, denen sie selbst nicht gewachsen sind;
- das Involviert-Sein der Kinder in Drogenbeschaffung und gemeinschaftliche Konsumsettings kann nachhaltig das psychische und soziale Wohlbefinden der Kinder beeinträchtigen;
- längere Einschränkungen in der Wahrnehmung bezüglich der elterlichen Pflichten können für die Kinder problematische Situationen entstehen lassen (u. a. physische, psychische und soziale Vernachlässigung) und deren gesunde Entwicklung in Frage stellen.
- insbesondere bei exzessivem und dauerhaftem Konsum kann es zudem innerhalb des Familiensystems zu Verwerfungen kommen (u. a. Parentifizierung, gewalttätige Übergriffe), die das gesunde Aufwachsen der Kinder nachhaltig schädigen.

Mit Blick auf diese Zusammenhänge hat Jugendhilfe immer schon den Auftrag, parteilich für das Kind zu wirken, d. h. das Kindeswohl im Blick zu behalten, Unterstützungsangebote für eine gesunde und altersentsprechende Entwicklung des Kindes zu erarbeiten und zusammen mit den Eltern umzusetzen. Dazu ist es notwendig, die familiäre Situation komplex, d. h. sowohl bezüglich ihrer Ressourcen und Kompetenzen als auch ihrer Risiken und Defizite zu analysieren und in Bezug auf die Entwicklung des Kindes realistisch einzuschätzen. Erst auf dieser Basis kann es gelingen, geeignete Maßnahmen zur Unterstützung der Eltern bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Aufgaben und Pflichten anzubieten.

Das Fehlen belastbarer Informationen zum Umfang und zu den mit dem Crystal-Konsum verbundenen Phänomenen, die mediale Aufmerksamkeit, die Unwissen mit dramatisierenden und ängstigenden Spots füllte, ein vielerorts bis heute andauerndes Ausbluten der Ressourcen des Drogen- und Jugendhilfesystems u. ä. zählen zu den Faktoren, die zu einer Verunsicherung im Umgang mit Crystal-konsumierenden Klientengruppen in unterschiedlichen Hilfestrukturen geführt haben. Umso dringlicher erscheint, für eine fachliche Einordnung des Konsumverhaltens zu werben, die auf einer professionellen Risikoeinschätzung beruht, aus der ein gestuftes Unterstützungsangebot der Jugendhilfe abgeleitet werden kann.

Mütter und/oder Väter und der Konsum psychoaktiver Substanzen

Die aktuellen epidemiologischen Untersuchungen zum Methamphetamin-Konsum in Deutschland ermitteln in Bezug auf einen Amphetaminkonsum eine Lebenszeitprävalenz von 6,8 %, eine 12-Monats-Prävalenz von 2,4 % und eine 30-Tage-Prävalenz von 1,5 % und damit die jeweils höchsten Werte in der Altersgruppe der 25-29-Jährigen (vgl. Kraus, Pabst, Gomes de Matos, Piontek 2013). In Deutschland haben in dieser Altersgruppe 64 % der Frauen ein Kind und 29 % ein zweites Kind (vgl. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2013). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass für die Gruppe der Crystal-Konsumenten ein höherer Anteil von Eltern vermutet werden muss, als dies aus anderen Klienten-/Patientengruppen im illegalisierten Drogenbereich bekannt ist. Insofern ist die hier zur Rede stehende *Thematisierung der Vereinbarkeit von Crystal-Konsum und Elternschaft ein Phänomen, das eine hohe praktische Relevanz hat und ernst genommen werden muss.*

Innerhalb der Hilfesysteme sind in den vergangenen Jahren Kinder aus einem Familiensystem mit abhängig konsumierenden Elternteilen stärker in den Blick professioneller Arbeit gerückt. War zunächst oft allein das Erlangen der Kenntnis von einem Drogenkonsum beispielsweise durch einen positiven Test auf eine Substanz ein ausreichender Grund, den Eltern jegliche elterliche Kompetenzen abzusprechen und das Kind alternativlos aus seiner Familie zu nehmen, haben sich die Handlungsstrategien auch der Institutionen mit Wächter- und Schutzauftrag im Interesse des Kindes modernisiert. Durchgesetzt hat sich derweil ein geradezu paradigmatischer Blickwechsel, der vor allem mit Rückgriff auf den von Wolin/Wolin entwickelten und international durchgesetzten Challenge-Ansatz² erfolgt. Dieser ist salutogenetisch und ressourcenorientiert angelegt und geht davon aus, dass *auch Eltern, die eine psychoaktive Substanz konsumieren, gute Eltern sein wollen, dafür aber Hilfe und*

² Wolin/Wolin entwickelten das traditionelle „Damage-Modell“ für belastende Familiensituationen weiter zu einem „Challenge-Modell“. Deren Ideen wurden von einer Reihe Autoren aufgegriffen und weiterentwickelt. In Deutschland haben sich dabei insbesondere Martin Zobel und Michael Klein verdient gemacht (vgl. Klein 2010).



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./3

Unterstützung benötigen. Gestützt wird dieser Leitgedanke durch Forschungen zur Bedeutung von Bindungserfahrungen. Auch aus diesen leitet sich der besondere Respekt vor der Eltern-Kind-Bindung ab, aus der sich für das Kind zentrale Bindungserfahrung ergeben, die nachhaltig prägend für sein ganzes Leben werden. Die Eltern-Kind-Bindung ist deshalb unter besonderen Schutz zu stellen. Auch vor diesem Hintergrund wurde das Recht der elterlichen Sorge als hohes Gut in den relevanten gesetzlichen Bestimmungen festgeschrieben.

Crystal-Konsum (Methamphetamin): Wirkungen/Effekte des Konsums und deren Folgen für die Elternschaft

Die Wirkungen und Verhaltensbeeinflussungen psychoaktiver Substanzen lassen sich unter sehr unterschiedlichen Aspekten betrachten. Für die Beurteilung, welche Handlungsmöglichkeiten und Beeinträchtigungen des elterlichen Handelns sich aus dem Konsum von „Crystal“ ergeben können, sollen im Weiteren regelmäßig eintretende Wirkungen des Konsums und die Dauer, mit der diese Wirkungen anhalten, betrachtet werden. Diese hängen von der gewählten Dosis, der Applikationsform, den gewählten Konsumintervallen, dem Set und den Settings des Konsums ab, d. h. *in jeden Einzelfall sind diese konkreten Koordinaten des Konsums mit in die Betrachtungen einzubeziehen.*

Applikationsform

Crystal kann auf sehr verschiedene Weise konsumiert werden: schlucken, sniefen, rauchen, spritzen. Die jeweilige Applikationsform beeinflusst nicht nur den Zeitpunkt des Wirkeintritts, sondern nimmt auch Einfluss auf die Wirkstoffmenge, die im Körper verstoffwechselt wird. Wird z. B. oral konsumiert (schlucken), erfolgt der Wirkeintritt je nach Füllstand des Magens nach 30-40 Minuten. Da während des Stoffumsatzes durch die Leber bereits ein Teil der Substanz entgiftet wird (First-Pass-Effekt), entsteht hier ein Resorptionsdefizit von 10-20 % der aufgenommenen Substanz. Auf Grund der Verzögerungen bei der Passage der Substanz durch den Magen-Darm-Trakt, hält die Wirkung jedoch länger als bei anderen Applikationsarten an (8-10 h, steigt mit zunehmender Menge)(vgl. eve&rave Schweiz 2016).

Ganz allgemein lassen sich für Crystal folgende Applikationsformen und Anhaltspunkte für den Wirkeintritt benennen:

- Beim Sniefen: nach 5 bis 15 Minuten
- Beim Rauchen: innerhalb weniger Sekunden
- Beim Spritzen: sofort nach der Injektion
- Beim Schlucken: nach ca. 30 bis 45 Minuten, dafür längere Wirkung

Die Zeit, um die Hälfte der konsumierten Substanz biologisch abzubauen (**Eliminationshalbwertszeit**)(vgl. Drogen-Wiki 2016)) beträgt ca. 10 Stunden (bei einer hohen Dosis 24-36 h) und ist im Vergleich zu anderen illegalisierten Substanzen relativ lang. Bei der Beurteilung der jeweiligen Fähigkeiten, den Anforderungen einer Elternschaft nachkommen zu können, ist deshalb zwischen der Wirkdauer (High/Rush), den subjektiven Effekten für die Person und der Eliminationshalbwertszeit (Zeit, bis die Substanz aus dem Körper eliminiert ist) zu unterscheiden.

Wirkstoff und Dosis

Crystal gehört zur Gruppe der Stimulanzien (Weckaminen). Wie bei allen psychoaktiven Substanzen variiert auch deren Wirkdauer in Abhängigkeit vom **Wirkstoffgehalt**, den enthaltenden Beimischungen und der verwendeten Konsumform. Als Besonderheit von Crystal kann gelten, dass bedingt durch die hohe Verfügbarkeit, die geringen Produktionskosten und die unmittelbare Herstellung der Substanz in nahe gelegenen „Crystal-Küchen“ auch auf dem Schwarzmarkt mit einer hohen Reinheit (ca. 90 % und mehr) gerechnet werden muss. Anders als bei anderen illegalisierten psychoaktiven Substanzen erübrigt sich durch die geringen Produktions- und Vertriebskosten in der Regel der Zusatz von Streckmitteln und Beimengungen. Deshalb lassen sich für den Wirkstoffgehalt von Crystal, anders als bei sonst auf dem Schwarzmarkt erworbenen Substanzen, bisher keine extremen Schwankungen nachweisen.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5 - I. / 4

Alle bisher vorliegenden Informationen unterstreichen, dass auch bei dieser psychoaktiven Substanz sehr unterschiedliche Konsumformen praktiziert werden. Für das hier zur Rede stehende Thema ist zumindest die Unterscheidung in einen niedrig- und einen hochdosierten Konsum von zentraler Bedeutung.

Der Niedrigdosis-Crystal-Konsum

Methamphetamin wurde ursprünglich als Medikament entwickelt, um in bestimmten Situationen Wachheit zu stimulieren, wenn die körperlichen und psychischen Belastbarkeitsgrenzen längst überschritten sind. In geringer Dosierung von Müttern und Vätern konsumiert, ist Crystal deshalb geeignet, widersprechende Anforderungen wie Berufstätigkeit und Elternschaft besser bewältigen zu können. Eine unmittelbare Beeinträchtigung der Kompetenzen für eine gelingende Elternschaft ergibt sich daraus nicht folgerichtig.

Die Tatsache, dass mit einem niedrigdosiertem Konsum allerdings die natürlichen Schutzsignale von Körper und Psyche ausgeschaltet werden, verweist darauf, dass eine auf Dauer angelegte Bewältigung unvereinbarer Anforderung mit Hilfe von Crystal zu einer enormen physischen und psychischen Erschöpfung führt. Diese kann Ressourcen und Fähigkeiten einer Elternschaft untergraben, wie dies auch bei anders zustande gekommenen Erschöpfungszuständen möglich ist (z. B. eine schwere Erkrankung). Insofern kann an den Fundus von Erfahrungen angeknüpft werden, der aus der Unterstützung von Familien mit einer schwerwiegenden Erkrankung eines oder beider Elternteile hervorgegangen ist. Dazu gehören beispielsweise Eltern mit psychischen Störungen (siehe dazu auch Leitner 2010).

Der hochdosierte Crystal-Konsum

In hoher Dosierung und in entsprechenden Settings konsumiert, kann Crystal folgende akute Effekte anstoßen (vgl. Barsch 2014):

- Steigert die Leistungsfähigkeit
- Euphorische Gefühle
- Gesteigertes Selbstbewusstsein
- Gesteigerte Kontakt- und Kommunikationsfreude
- Verringerte Angst
- Kein Hungergefühl
- Kein Durstgefühl
- Konzentration auch auf monotone Tätigkeiten
- Kein Schmerzempfinden
- Gesteigerte Libido, sexuelles Durchhaltevermögen und Genussfähigkeit („Marathonsex“)

Deutlich wird, dass der akute Konsum von Crystal Konsumeffekte vermitteln kann, die typisch für **Stimulanzien** sind. Das bedeutet, es müssen andere akute Effekten des Crystal-Konsums in Bezug auf das Wahrnehmen von Elternschaft bedacht werden, als beim Konsum von Substanzen, deren akute Effekte eher mit zentralen Dämpfungen, Trunkenheit und schlafähnlichen Einschränkungen einhergehen.

Bisher vorliegende Erfahrungen bestätigen, dass durch den akuten Crystal-Konsum, insbesondere bei hohen Dosen, eher folgende Fähigkeiten und Kompetenzen (vgl. nach DSM-IV-TR (APA 2000)) für eine Elternschaft tangiert werden:

- Fehleinschätzungen von Situationen
- Überschätzungen eigener Fähigkeiten
- Vermindertem Zeitgefühl mit deutlichen Problemen des Findens und/oder Haltens von Zeit- und Alltagsstrukturen
- Psychotische Episoden
- Eine Zunahme aggressiver Verhaltensbereitschaften (was nicht folgerichtig eine pauschale Zunahme von Aggressivität bedeutet!)



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5 - I. / 5

- Emotionale Verflachung
- Stimmungslabilität

Deutlich wird, dass in der Phase eines akuten Crystal-Konsums für das gesunde Aufwachsen der Kinder Herausforderungen zu bewältigen sind, die in den unterstützenden Institutionen in ähnlicher Form bereits bekannt sind. Verwiesen sei diesbezüglich beispielsweise auf Familiensystemen, in denen einer oder beide Elternteile psychisch gestört oder psychiatrisch krank sind.

Die Adaption-Phase

Wiederum in Abhängigkeit von der konsumierten Menge enden die angenehmen subjektiven Empfindungen in der Akutphase des Konsums nach 8-10 Stunden. Nach dieser Zeit lässt die belohnende, angenehme und erwünschte Akutwirkung nach und Rebound-/Spiegeeffekte setzen ein. Auch für diese Phase des Konsums kann es den Eltern gelingen, ihren elterlichen Pflichten nachzukommen, solange die Adaptionphase noch nicht in die Phase des „Runterkommens“ übergeht.

„Runterkommen“ und „Crystal-Kater“: Die beiden Phasen des Abklingens der Crystal-Wirkung

Zu den beachtenswerten Besonderheiten des Crystal-Konsums bei der Einschätzung des Vermögens, den Anforderungen von Elternschaft gerecht werden zu können, gehören die oft sehr lange nachklingenden Folgen eines höher dosierten Crystal-Konsums (20-50 mg). Diese werden in den Konsumentenkreisen oft als **„Runterkommen“** und **„Crystal-Meth-Kater“** zusammengefasst. Schon diese Szene-Worte verweisen auf ähnliche Bezüge, wie sie vom Alkoholtrinken bekannt sind.

Die erste Phase des Abklingens der Crystal-Wirkung, das sogenannte **„Runterkommen“**, wird als starke Abgeschlagenheit mit immensem Schlafbedürfnis, aber blockiertem Schlafvermögen erlebt, die zudem gekennzeichnet ist durch Zustände von Gereiztheit, Angst und Depression und eine Zunahme aggressiver Verhaltensbereitschaft. Wird eine hohe Dosis (mehr als 50 mg) konsumiert, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich psychotische Symptome, aggressive Gedanken, starke Kopfschmerzen und exzessives Sprechen einstellen (vgl. Angrist & Gershon 1970, Bell 1973, Griffith, Cavanaugh, Held & Oates 1972). Aus diesen können sich in ungeeigneten Settings schnell Störungen des Sozialverhaltens ergeben. Es liegt auf der Hand, dass in dieser Phase auch Kinder, die Forderungen an Fürsorge und Aufmerksamkeit stellen, insbesondere wenn sie wach und lebhaft sind, von ihren „im Runterkommen befindlichen“ Eltern als Störung und Überforderung empfunden werden können, auf gereizt und aggressiv reagiert wird.

Diese erste Phase des Abklingens der Crystal-Wirkung hält zwischen 7-10 Tagen an, wobei die als sehr leidvoll erlebten Symptome in den ersten 24 Stunden der Abstinenz am stärksten sind und danach steil abfallen. Insbesondere die sich regelmäßig einstellenden Zustände von Angst und Depression werden allerdings am stärksten für den 2-3 Tag der Abstinenz beschrieben (vgl. McGeorg et al. 2005).⁴

Diese als sehr leidvoll erlebte Phase des „Runter-Kommens“ löst sich mit einer Phase der Erholung auf, die hier als **„Crystal-Kater“** bezeichnet wird. In dieser Phase halten die Symptome des „Runterkommens“ auf niedrigem Niveau an. Körper und Psyche holen quasi die Erholung nach, die durch den Crystal-Konsum verwehrt wurde. In dieser Phase wird lange geschlafen, wobei sich tiefe Schlafphasen mit Phasen ablösen, in denen lebhaft und unangenehm geträumt wird. Craving, gesteigerter Appetit, depressive Verstimmung bis zu Suizidgedanken können in 24 % der Fälle moderat bis schwer drei Wochen und länger bestehen bleiben (vgl. London et al. 2004). Für

⁴ Diese Nachwirkungen werden von den Konsumenten oft als Entzugserscheinungen fehlinterpretiert, müssen aber eher als Rebound-/Spiegeeffekte erklärt werden. Sie ergeben sich aus den leeren Dopamin- und Noradrenalin-Speichern, die sich nur langsam wieder auffüllen. Entzugserscheinungen im engeren Sinne lassen sich für den Crystal-Konsum nicht nachweisen. Der als schwer aushaltbar erlebte „Crystal-Kater“ lässt sich durch erneuten Konsum blockieren. Aus diesen Erfahrungen kann sich der Übergang von einem gelegentlichen Wochenend-Konsum zu einem alltäglichen Konsum entwickeln, wenn der Konsument nicht die Motivation aufbringt/keine Unterstützung erhält, diese Nachwirkungen auszuhalten.

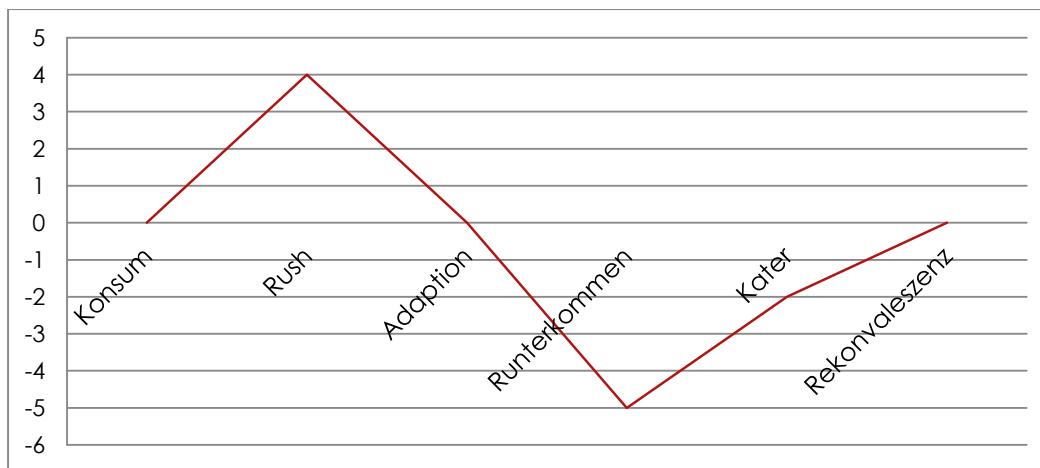


GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./6

konsumierende Eltern ergibt sich, dass bereits in dieser Phase zunehmend wieder elterliche Pflichten übernommen werden können, wenngleich dafür anfänglich Hilfe und Unterstützung nützlich sein können. Die Länge dieser zweiten Erholungsphase wird durch die Intensität und die Wirkdauer des Konsums bestimmt und kann weitere 14 Tage anhalten. Bei gelegentlichem Konsum mit ausgesprochen weiten Konsumabständen mündet diese Phase in einer Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit.

Abb. 1 Beispielhafte Darstellung der Wirkung von Crystal über mehrere Tage



Deutlich wird, dass eine wesentliche Besonderheit des Crystal-Konsums darin besteht, dass sich an eine relativ lange Akutphase (bis zu 10 Stunden) eine lange Phase des Abklingens der Effekte des Konsums (drei Wochen und länger) anschließt, die subjektiv als leidvoll und belastend erlebt wird und auch die Möglichkeiten tangiert, den Anforderungen einer Elternschaft nachzukommen.

Mit Blick auf die Besonderheiten, die sich für diese beiden Phasen des Abklingens des Crystal-Konsums darstellen, können folgende Einschränkungen herausgestellt werden, die Rechte und Pflichten einer Elternschaft wahrzunehmen:

- Schlechter gesundheitlicher Zustand (vgl. DSM-IV-TR)
- Allgemeine Erschöpfung (vgl. DSM-IV-TR)
- Affektive Verflachung (vgl. DSM-IV-TR)
- Psychotische Symptome, Orientierungs- und Gedächtnisverlust (vgl. DSM-IV-TR)
- Überwältigendes Schlafbedürfnis mit Folgen wie:
 - Eingeschränktes Vermögen zur Pflege, Fürsorge und Aufsicht des Kindes
 - Eingeschränktes Vermögen, emotionales Interesse für die Belange des Kindes aufzubringen
 - Eingeschränktes Vermögen, auf das Kind bezogene Zeiten und Strukturen zu entwickeln und umzusetzen

Deutlich wird, dass insbesondere die erste Phase des Abklingens der Konsumeffekte, das sogenannte Runterkommen, nur bedingt vereinbar ist mit dem Wahrnehmen von Elternschaft. In dieser Phase ähnelt die Situation der Kinder Crystal-konsumierender Eltern der, in der sich auch Kinder schwerkranker Eltern wiederfinden können. Insofern muss anknüpfend an diese Erfahrungen nach neuartigen Formen von Unterstützung gesucht werden, mit denen der Crystal-Konsum der Eltern und die gesunde Entwicklung der Kinder vereinbar gemacht werden. Dazu gehört ein abgestuftes Hilfeangebot, das von stationären Einrichtungen für abstinentzfähige Eltern, über tagesklinische Angebote für Eltern und parallelen Tagespflegestätten für Kinder abstinentwilliger Eltern bis hin zur Konsumbegleitung nicht abstinentwilliger/-fähiger Eltern reicht wie z. B. „Kinderhotels“, „Mutter-Kind-Häuser“ usw. (vgl. Kapitel „Wünschenswerte innovative ambulante Angebote, S. 12 ff)



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./7

Vereinbarkeit von Crystal-Konsum und Elternschaft: Fazit

In der Gesamtschau verweisen die dargelegten Zusammenhänge in Bezug auf die verwendete Dosis, die Wirkdauer, die unterschiedlichen Phasen des Crystal-Konsums, die Halbwertszeit und die sich einstellenden Nachwirkungen des Konsums darauf, dass es einer sehr differenzierten Auseinandersetzung mit den jeweiligen Konsummustern bedarf, um die jeweils gegebenen Möglichkeiten und Grenzen für das Wahrnehmen von Elternschaft auszuloten. Pauschale Urteile, die ausschließlich nach „Konsum oder Abstinenz“ gefällt werden, sind zwar schnell zu treffen, benötigen kaum professionelles Können und lassen sich auch mit fehlenden personellen Kapazitäten umsetzen. Sie sind aber weder für die Eltern noch für die Kinder hilfreich: Auf Seiten der Eltern wird die Chance verpasst, nach Strategien und Möglichkeiten zu suchen, wie konsumierende Mütter und Väter ihren elterlichen Pflichten trotz Crystal-Konsums nachkommen können, indem sie zugunsten ihres Kindes ihren Konsum unter eine Kontrolle bringen und Alternativen für den Fall finden, dass sie selbst sich nicht in ausreichendem Maß um das Wohl ihrer Kinder kümmern können. Für die Kinder sind digital gefällte Urteile („Konsum der Eltern ja oder nein“) insofern verhängnisvoll, als diese zu einer vorschnellen Herausnahme des Kindes aus seiner Familie führen, die bedeutungsvollen Eltern-Kind-Bindungen zusätzlich beschädigt werden und nachhaltige Kollateralschäden für das Familiensystem als Ganzes hingenommen werden.

Insofern ist in allen Hilfesystemen der Blick dafür zu schärfen, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen nicht per se mit einer Vernachlässigung von Kindern einhergehen muss. Dazu kann auf den Alkoholkonsum verwiesen werden: Alkohol ist in unserer Gesellschaft ein kulturell eingebettetes Phänomen, das mit klaren informellen Regeln in Bezug auf die Vereinbarkeit von Elternschaft und Alkoholkonsum reguliert wird. Erwartet und sanktioniert wird z. B. Punktnüchternheit in verschiedenen Lebensbereichen und -phasen von Elternschaft, z. B. während der Schwangerschaft und Stillzeit. Eltern wissen, dass Alkoholkonsum das Vermögen beeinträchtigt, Situationen sachgerecht einzuschätzen und zu handeln. Wenn anlassbezogen ein höherer Alkoholkonsum geplant wird, wird deshalb die Betreuung von Kindern in der Regel über Partner, Freunde, andere Familienmitglieder oder Dienste (z. B. Baby-Sitting) abgesichert. Auch die Entwicklung der vergangenen Jahre rund um das Passiv-Rauchen ist längst bei rauchenden Eltern angekommen. Vor dem Hintergrund des Wissens zu den Nah- und Fernwirkungen des passiven Tabakkonsums hat sich das Rauchverhalten vieler Eltern verändert. Rauchfreie Bereiche, beispielsweise die Zimmern, in denen sich Kinder aufhalten, werden heute von vielen rauchenden Eltern respektiert.

Das bereits existierende praktische Alltagshandeln, bei geplantem Konsum auf alternative Handlungsstrategien bei der Sicherung und Versorgung von Kindern zurückzugreifen, verweist auf den verantwortungsvollen Umgang eines Großteils der Eltern mit Lebenssituationen, in denen sie bedingt durch den Konsum psychoaktiver Substanzen diese Betreuung nicht selbst absichern können. Es sollte auch für Eltern popularisiert werden, die nicht auf die psychoaktive Substanz Alkohol zurückgreifen. Es lassen sich keine Argumente finden, diese Strategien der Hilfe und Unterstützung nicht auch bei Crystal-konsumierenden Müttern und Vätern anzuwenden.

So selbstverständlich ein differenziertes Herausarbeiten vorliegender Konsummuster des Crystal-Konsums und daraus abgeleiteter möglicher Beeinträchtigungen bezüglich der Versorgung von Kindern sein muss, so folgerichtig ist auch, dass der hieraus resultierende Unterstützungsbedarf dezidiert festzuhalten und umzusetzen ist. Dazu gehören auch professionelle Kompetenzen, um Eltern über mögliche substanzbezogene Beeinträchtigung aufzuklären und gemeinsam mit ihnen Handlungsalternativen für den Fall entwickeln zu können, dass der Konsum psychoaktiver Substanzen geplant wird. Wünschenswert ist zugleich die Existenz praktischer Hilfestellungen (z. B. Baby-/Kinder-Sitting, Kinderhotel), die den Eltern bekannt gemacht werden und/oder deren Aufbau in Angebote der Elternarbeit einfließen sollten. Grundlage dafür ist, dass die Mitarbeiter aller Hilfesysteme, die für konsumierende Eltern arbeiten, die jeweils konkreten substanzbezogenen Beeinträchtigungen und möglichen Handlungsalternativen detailliert kennen, um darauf aufbauend Eltern aufzuklären und passgenaue praktische Angebote der Elternarbeit entwickeln zu können.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./8

Der Stellenwert eines qualitativen Screenings bei der Beurteilung des Konsums

Mit Blick auf die aktuellen Diskussionen um die Anwendung von Drogentests durch Mitarbeiter der Jugendhilfe sind Nachweiszeiten und zulässige Interpretationen von Drogentests kritisch in den Blick zu nehmen.

Drogentests: Immer Symbol für Machtanspruch und Misstrauen

Die Entwicklungen rund um praktikable, d. h. einfach zu handhabende und kostengünstige Tests, mit denen der Konsum einer oder verschiedener Substanzen nachgewiesen werden kann, hat derweil zu einer Palette von Möglichkeiten geführt, sich Gewissheit über Abstinenz oder Konsum einer Person zu verschaffen. Die vielfältigen Angebote wecken ihrerseits aber auch immer Begehrlichkeiten, sich solcher Rückversicherungen zu bedienen. Dies insbesondere dann, wenn man nicht auf Aussagen der betroffenen Person und anderweitige Hinweiszeichen vertraut, die jeweilige Person unter Druck setzen will bzw. sich vordergründig (Schein-)Sicherheiten für die Arbeit verschaffen will.

Bevor man in professionellen Bezügen über den Rückgriff auf Drogentests in der Arbeit mit Klienten nachdenkt, sollte sich jedoch dringlich damit auseinandergesetzt werden, dass in unserer Gesellschaft kein Fall existiert, in dem Drogentests in positive Bezüge eingeordnet sind. Sowohl in Behandlungssettings, als auch im Rahmen beruflicher Eignungstests, bei Beurteilungen von Tauglichkeit z. B. in Bezug auf die Teilnahme am Straßenverkehr oder bei der Prüfung der Legitimität einer erbrachten Leistung z. B. im Sport – überall signalisieren Drogentests, dass der Aussage einer Person nicht vertraut wird, dass das zur Diskussion stehende Verhalten auf seine Redlichkeit hin in Frage gestellt wird oder ein generalisierter Verdacht gegenüber der Person oder der Personengruppe durch einen scheinbar objektiven Beweis aus der Welt gebracht werden muss.

Zudem werden Drogentests oft auch als Sanktionsmittel verwendet, wenn z. B. per Auflagen das regelmäßige Erbringen einer cleanen Urinprobe eingefordert wird, um die Erinnerung an die Verfehlung aktiv zu halten. Vielfach ergeben sich aus Drogentests Sanktionen, wenn die geforderten Ergebnisse nicht vorzeigbar sind (z. B. wenn die Totalabstinenz von allen psychoaktiven Substanzen gefordert wird, obwohl nur eine bestimmte Substanz problematisch konsumiert wurde). Selbst dann, wenn Personen von sich aus Drogentests verlangen, zielen diese in der Regel darauf, bereits ausgesprochene Sanktionen zu mildern oder das in Frage gestellte Vertrauen oder das in Abrede gestellte Vermögen zurückzugewinnen.

Von den Betroffenen werden Drogentests als Hinweiszeichen für Misstrauen, als Unterstellung von Unehrlichkeit und Unaufrichtigkeit sowie als Eingriff in die persönliche Integrität verstanden. Immerhin wird damit in das informelle Selbstbestimmungsrecht einer Person eingegriffen, darüber zu entscheiden, über welche privaten Bezüge Auskunft gegeben wird.

Die Anordnung entsprechender Tests signalisiert dem Betroffenen zudem die Machtposition seines Gegenübers: Tests sind in der Regel nicht verhandelbar, sondern werden mit massiven Sanktionsdrohungen erzwungen. Schließlich demonstriert die praktische Durchführung (z. B. Urinabgabe unter Sichtkontrolle, oft bei vorheriger Inspektion des Intimbereichs) die demütigende Machtbefugnis, bis in den Schambereich hinein regieren zu dürfen. All diese Facetten, die Drogentests per se und unabhängig von der jeweiligen praktischen Durchführung haben, sollten insbesondere dann sorgsam abgewogen werden, wenn es um Angebote von Hilfe und Unterstützung geht, die eine Vertrauensbasis zwischen den Betroffenen und den professionellen Helfern brauchen. Die vielfältigen negativen Konnotationen von Drogentests sind den überschaubaren Effekten gegenüber zu stellen, die sich aus der Arbeit mit Drogentests in helfenden Institutionen ergeben können.

Was Drogentests leisten können

Je nachdem, wie umfangreich und aus welchem Anlass ein Drogentest durchgeführt werden soll, kann heute auf verschiedene Vorgehensweisen zurückgegriffen werden. Dabei bestimmt die über Tests zu klärende Fragestellung, welcher Test durchgeführt werden sollte. Die Kosten und die Dringlichkeit des Ergebnisses beeinflussen des Weiteren, ob Schnell- oder Labortest anzuwenden sind. Damit unmittelbar verbunden ist zugleich die durchaus



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./9

wichtige Frage, welches Untersuchungsmaterial von der zu testenden Person gefordert wird. Zu unterscheiden sind Tests über Schweiß-, Speichel-, Urin⁵-, Haar- und Blutproben.

Die Wahl des Probenmaterial ist von zentraler Bedeutung: So können im Urin, Haar und Blut Abbauprodukte der einzelnen psychoaktiven Substanzen, im Schweiß und Speichel dagegen die Substanzen direkt nachgewiesen werden. D. h. je nach gewählter Test-Art lässt sich mit dem Test eine unterschiedliche Aussage dazu treffen, in welchem zurückliegenden Zeitraum (Stunden, Tage, Wochen) eine Person eine psychoaktive Substanz konsumiert hat oder ob bezüglich einer oder mehrerer Substanzen eine Abstinenz nachgewiesen werden kann.

Herauszustellen ist, dass bisher mit keinem Test Aufschluss darüber gegeben werden kann, welche Muster der nachgewiesene Konsum genau hat und welche Konsequenzen sich daraus beispielsweise für die Beurteilung der elterlichen Sorge für ihre Kinder ableiten. Dafür müssen beispielweise Informationen zur Regelmäßigkeit, zur Konsumzeit, zum Konsumort und zum Konsumsetting hinzugezogen werden, die über Drogentests jedoch nicht beschafft werden können. Darüber hinaus können sich problematische Folgen für das gesunde Aufwachsen von Kindern auch aus Umständen ergeben, die nur mittelbar mit dem Konsum zu tun haben – z. B. kann das Involviert-Sein der Kinder in Bezüge von Drogenbeschaffung und gemeinschaftliche Konsumsettings nachhaltig das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Kinder stören. Auch bei der Klärung derartiger Zusammenhänge kann ein Drogentest nicht weiterhelfen.

Drogenscreenings zu Methamphetamin

Für die Durchführung von Drogen-Screenings haben sich in den vergangenen Jahren Urintests sowohl bei Schnell- als auch Labortests als am weitesten verbreitete Untersuchungsmethode durchgesetzt. Zu den Besonderheiten einer Testung auf Methamphetamin zählt, dass der Nachweis des Konsums dieser Substanz stark vom pH-Wert des Urins abhängig ist, weshalb dieses Screening eine hohe individuelle Sensibilität hat – in saurem Urin sind nachweisbare Wirkstoffe schneller abgebaut als im basischem. Ganz allgemein verweist ein Nachweis von Methamphetamin in einer Urinprobe in der Regel darauf, dass der letzte Konsum ein bis drei Tage zurückliegen kann.

Toxikologische Untersuchungen im Blut, Blutserum oder Blutplasma werden vorrangig dann vorgenommen, wenn es um die Einschätzung der akuten Beeinflussung einer Person durch einen bestimmten Wirkstoff geht. Für eine Testung auf Methamphetamin gilt, dass durch einen Nachweis im Serum davon ausgegangen werden kann, dass seit dem letzten Konsum zwischen 6–24 Stunden (im Mittel 11–13 Stunden) vergangen sind⁶. Die große individuelle Spanne, die bei vorliegenden Testergebnissen zu berücksichtigen ist, unterstreicht auch bei dieser Art des Screenings die Relativität der erbrachten Befunde.

Die Untersuchung von Speichelproben auf Drogenwirkstoffe stellt eine moderne Alternative zur Untersuchung von Blutproben dar. Mit diesen Tests kann ohne medizinischen Eingriff eine Probe gewonnen werden, mit der sich die momentane Beeinflussung einer Person durch den Konsum einer psychoaktiven Substanz prüfen lässt. Die Aussagefähigkeit dieser Art der Testung beschränkt sich allerdings auf eine zurückliegende Zeit von 24–36 Stunden nach Konsum.

Schließlich hat sich für besondere Fragestellungen ein Drogenscreening über Haare durchgesetzt. Die Tatsache, dass bestimmte Abbauprodukte im Haar abgelegt werden, bietet die Möglichkeit, über einen relativ aufwändigen

⁵ Schweiß-, Speichel- und Urintests werden sowohl als Schnell-, als auch als Labortest angeboten. Wichtig ist zu wissen, dass es zwischen beiden einen großen Unterschied gibt: Während Schnelltests nach dem Prinzip des Cut-Off arbeiten, durch den das Überschreiten eines Grenzwertes dazu führt, dass über positiven oder negativen Befund entschieden wird, legen Labortests immer einen qualitativen Befund vor, in dem die gefundenen Werte zu den ermittelten Substanzen ausgewiesen sind, die ihrerseits eine professionelle Interpretation einfordern. Test ist also nicht gleich Test.

⁶ Erfahrungen unterstreichen, dass die mögliche Spanne der Aussagen noch größer sein kann (7–34 Stunden).



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 10

Test Aussagen zu ermitteln, wie oft in den letzten Monaten eine Substanz konsumiert wurde. Die Möglichkeiten einer solchen Analyse hängen von der Haarlänge und Haarbeschaffenheit (z. B. gefärbt, blondiert) ab. Für Methamphetamin lassen sich über diese Art der Testung Aussagen dazu treffen, wie oft in den letzten sechs Monaten konsumiert wurde. In Ausnahmefällen ist auch Rückblick auf bis zu 12 Monate möglich.

Bei einem Rückgriff auf Drogentests in Rahmen professioneller Hilfebezüge ist unbedingt zu berücksichtigen, dass all diese Drogentests in ihrer Reliabilität durchaus sehr verschiedenen Störungen unterliegen und deshalb immer auch mit der Möglichkeit eines falsch positiven Ergebnisses gerechnet werden muss.

Möglichkeiten und Grenzen von Drogentest in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Eltern: Fazit

Deutlich wird, dass ein einfacher quantitativer positiver Drogentest nur den Konsum einer psychoaktiven Substanz nachweisen kann. In Hilfeprozessen, in denen die Durchsetzung von Abstinenz bei den hilfenachfragenden Personen im Vordergrund steht, können diese Tests in Abhängigkeit von ihrer sehr spezifischen Aussagefähigkeit eine Rückmeldung zum jeweils erreichten Stand geben.

Aus Drogentests allein lässt sich jedoch weder eine Beurteilung des konkreten Konsumverhaltens von Eltern noch eine Aussage zum Vorliegen einer Abhängigkeit ableiten. Für eine belastbare Situationseinschätzung, insbesondere für ein realitätsgerechtes Urteil über die Möglichkeiten und Grenzen der Vereinbarkeit von Elternschaft und Methamphetamin-Konsum, bedarf es eines differenzierten Klärungsprozesses, der im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen professionellem Helfer und konsumierenden Eltern zu erarbeiten ist. Insofern ist gründlich auszuloten, wann und in welchen Bezügen Drogentests ein sinnvoller Bestandteil eines professionellen Hilfeprozesses sein können.

Grundsätzlich gilt, dass ein durch ein Testverfahren nachgewiesener Drogenkonsum lediglich einen Anhaltspunkt liefern kann, sich mit dem Konsumenten und seiner jeweiligen Konsumsituation intensiver auseinanderzusetzen. Dieses Handlungsschema hat sich auch bei der substitutionsgestützten Behandlung bewährt: Auch hier werden nur qualitative Drogen-Screenings genutzt, um eine differenzierte Betrachtung der Konsummuster vorzunehmen, (z. B. um u. a. Beikonsum angemessen bewerten zu können) und darauf in der Behandlung mit abgestuften Interventionen reagieren zu können. Hier gilt ein sofortiger Abbruch der Behandlung nach einem positiven Drogentest als Behandlungsfehler!

Diese professionellen Standards sollten auch beim Konsum von Crystal/Methamphetamin beibehalten werden! Es widerspricht professionellen Qualitätsmaßstäben, nach einem positiven Drogentest auf eine weitere Analyse und Auseinandersetzung mit der Situation der konsumierenden Eltern zu verzichten. Auch in diesem Bereich müssen positive Testergebnisse zum Anlass werden, an einer differenzierten Analyse der Konsummuster und der damit verbundenen Risiken und Gefährdungen auch in Bezug auf eine Elternschaft zu arbeiten.

Drogenkonsum: Ein Phänomen mit sehr unterschiedlichen Facetten

Unsicherheiten bei der Auseinandersetzung mit dem Crystal-Konsum von Eltern erklären sich auch dadurch, dass in den Hilfesystemen nicht konsequent zwischen den verschiedenen Formen des Konsums unterschieden wird. Insbesondere bei illegalisierten Substanzen wird oftmals unbesehen davon ausgegangen, dass es sich immer um eine Abhängigkeit bzw. eine Vorstufe zur Abhängigkeit handeln würde. Die mediale Auseinandersetzung um die sogenannte „Monsterdroge“, die „schon beim ersten Mal Abhängigkeit“ auslöse, hat eine Mythenbildung angestoßen, die vielerorts dafür sorgt, dass die längst verfügbaren und bewährten Handlungsstrategien zum Umgang mit konsumierenden Eltern nun als nicht mehr gültig eingestuft werden. In Anbetracht fehlender Alternativen setzt sich auf diese Weise aber ein semi-professionelles Handeln durch, das stark durch die, durchaus



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 11

nachvollziehbaren persönlichen Ängste einzelner Mitarbeiter und einen Rückgriff auf radikale, aber scheinbar sichere Lösungswege geprägt ist (z. B. Herausnahme des Kindes aus der Familie).

Drogenkonsum ist in vielen Hilfesystemen ein stark tabuisiertes Themenfeld. Noch immer sind eher pauschalisierende Sichtweisen auf das Thema verbreitet, so dass ausschließlich zwischen Abstinenz und Abhängigkeit unterschieden wird. Insbesondere bei Methamphetamin wird über das mediale Bild „der Monsterdroge“ auch mehr oder weniger bewusst Einfluss auf die Mitarbeitern der Hilfesysteme genommen, wodurch eine bedarfsgerechte Unterstützung konsumierender Eltern jedoch eher verhindert wird. Insofern gilt es, in den Hilfesystemen zunächst zu einem differenzierten Verständnis des Phänomens „Drogenkonsum“ zu befähigen und für eine sachgerechte Einordnung der jeweils vorliegenden Konsumformen zu sensibilisieren.

Theorie und Praxis der Drogenarbeit gehen heute von einer weit differenzierteren Sicht auf den Drogenkonsum aus, durch den sich der Konsum illegalisierter psychoaktiver Substanzen differenzieren lässt. Die folgende Systematisierung erweist sich auch in der Auseinandersetzung mit Crystal-Konsumenten als hilfreich⁷:

- **Versuchsweiser Konsum (1-3 Konsumepisoden im Leben oder eine Menge weniger als 300 mg):** Hauptmotiv dieses Konsums ist Neugier und/oder Gruppendruck.
- **Gelegentlicher/punktuelle Freizeitkonsum (1-2 Konsumepisoden pro Monat oder eine Menge weniger als 2,0 g in der Lebenszeit):** Der Konsum erfolgt meist spontan und ungeplant, wenn die Droge leicht erhältlich ist. Die Hauptgründe sind geselliger Art. Der Konsum hat kein besonderes Gewicht für den Lebensstil des Konsumenten, deshalb wird eher begleitend zu anderen Aktivitäten konsumiert (u. a. Party, Spaß, Genuss).
- **Freizeitkonsum als Binge-Konsum (48 Stunden pro Woche/Wochenende und eine Menge weniger als 2,0 g in der Lebenszeit):** Der Konsum erfolgt eher begleitend zu anderen Aktivitäten (u. a. Party, Spaß, Genuss), hat aber bei jeder Konsumepisode ein starkes Ausmaß.
- **Gelegentlicher/punktuelle Konsum zur Stressbewältigung (1-2 Konsumepisoden pro Monat oder eine Menge weniger als 2,0 g in der Lebenszeit):** Der Konsum erfolgt nur in ausgewählten Situationen, die mit Hilfe des Konsums besser bewältigt werden sollen (u. a. Prüfungen, Sonderschichten, besondere Arbeitsbelastungen wie Dauerdienste).
- **Regelmäßiger kontrollierter (Dauer-)Konsum (mehrere niedrigdosierte Konsumepisoden wöchentlich oder eine Menge von 2-10 g in der Lebenszeit):** Ein Konsum zur besseren Alltagsbewältigung. Es stellt sich eine gewisse psychische Gewöhnung und Einbindung in den Lebensstil des Konsumenten ein. Ohne Konsum fallen bestimmte Alltagsroutinen schwer. Deshalb werden Anstrengungen unternommen, Möglichkeiten für den Konsum zu finden (z. B. zur Bewältigung von Traumata und Depressionen, bei Diäten und Essstörungen).
- **Starker Konsum (tägliche oder periodische Exzesse oder eine hohe Dosis):** Der Konsum dominiert das Leben, die Beschaffung, der Konsum und die Erholung vom Konsum binden Zeit, Denken, Kommunikation, Interessen und Energien.

Aus dieser Differenzierung lässt sich einsichtig abzuleiten, dass sich die Möglichkeiten und Grenzen einer Vereinbarkeit von Elternschaft und Crystal-Konsum sehr danach unterscheiden, um welche elterliche Konsumform es sich jeweils handelt (vgl. Tabelle Orientierungsmatrix). So ist beispielsweise ein punktueller Konsum nach einer Therapie als „Ausrutscher“ zu bewerten (vgl. Körkel 2005), der als Regelfall den Ausstieg aus einer Abhängigkeit begleitet und in einem entsprechenden Setting jedoch ohne Konsequenzen für ein gesundes Aufwachsen des/r Kind/er bleiben kann. Im Hilfesystem deshalb von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen und mit einer Herausnahme der Kinder aus der Familie zu reagieren, wäre der Situation nicht angemessen und verursacht

⁷ Die Grundideen einer solchen Differenzierung wurden von Kleiber und Soellner mit Blick auf Cannabiskonsumenten entwickelt (vgl. Kleiber, Söllner 1996). Diese sind hier aufgegriffen und unter Berücksichtigung empirischer Befunde unter Crystal-Konsumenten (vgl. Kienbacher 2010, S. 91 ff.) weiterentwickelt worden. Dadurch erweisen sich die Grundideen dieser Systematisierung auch bei der Auseinandersetzung mit Crystal-Konsumenten als hilfreich.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 12

unverhältnismäßige und damit nicht hinnehmbare Kollateralschäden für die gesunde physische, psychische und soziale Entwicklung des Kindes, schädigt die Eltern-Kind-Bindung und beeinträchtigt das Familiensystem als Ganzes.

Zusätzlich dazu schädigen sich auch die Institutionen in eigener Sache. Sie sollten sich mit ihrem Wächter- und Helferauftrag auch anderen Crystal-konsumierenden Eltern als Begleiter empfehlen. Semi-Professionelles, weil unprofessionelles Handeln, sorgt jedoch dafür, dass hilfebedürftige Eltern viel Kraft darauf verwenden, von diesen Institutionen nicht erkannt zu werden bzw. aus deren Aktionsradius herzukommen. Diese Strategien werden insbesondere dann mit besonderer Anstrengung umgesetzt, wenn ein erheblicher Hilfebedarf sowohl für die Eltern, als auch für die Kinder und das Familiensystem als Ganzes besteht. Insofern werden mit semi-professionellen, undifferenzierten Handlungsansätzen eher Drifting-Prozesse heraus aus helfenden Institutionen angestoßen, als für eine Nachfrage nach und eine Inanspruchnahme von Hilfeangeboten motiviert.

Die Vereinbarkeit von Elternschaft und Crystal-Konsum: Anhaltspunkte einer differenzierten Bewertung

Bezogen auf den Zusammenhang zwischen Elternschaft und Konsum psychoaktiver Substanzen müssen neben den jeweiligen Konsumformen (versuchsweiser Konsum, punktueller Gelegenheitskonsum, regelmäßiger niedrigdosierter Dauer-Konsum, exzessiver starker Konsum) und den materiell-organisatorischen Lebensumständen (Zustand der Wohnung, finanzielle Absicherung der Familie, allgemeiner gesundheitlicher Zustand der Eltern) prinzipiell auch die Schutz- und Risikofaktoren der konkreten Betreuungsverhältnisse berücksichtigt werden. Dazu gehören:

- Das **Lebensalter des Kindes**: Je jünger das/die Kinder, je höher sind die Anforderungen an die Elternschaft.
- Die **Zahl der Bezugspersonen** für das Kind in der Familie: Je weniger stabile Bezugspersonen in der Familie vorhanden sind, je höher sind die Anforderungen an die Elternschaft.
- **Häufigkeit und Ausmaß des Konsums**: Je häufiger und exzessiver die Konsummuster sind, je eingeschränkter können die Fähigkeiten sein, den Anforderungen an Elternschaft nachkommen zu können.
- In welcher **Dosierung** die psychoaktive Substanz konsumiert wird: Je höher die Dosierung je eingeschränkter können die Fähigkeiten sein, den Anforderungen an Elternschaft nachkommen zu können.
- In welchem **Setting** wird konsumiert: Je häufiger in Situationen mit hohen Anforderungen an Fürsorge, Pflege und Zuwendung konsumiert wird, je eingeschränkter können die Fähigkeiten sein, den Anforderungen an Elternschaft nachkommen zu können.
- **Art der konsumierten Substanz**: Je länger die Wirkdauer insbesondere in Bezug auf die Länge und Stärke der Beeinträchtigung der allgemeinen Wahrnehmung und Situationseinschätzung, je eingeschränkter können die Fähigkeiten sein, den Anforderungen an Elternschaft nachkommen zu können.

Deutlich wird, dass die Abschätzung der Erziehungsfähigkeit Crystal-konsumierender Eltern ein anspruchsvolles professionelles Handeln voraussetzt, welches in der Lage ist, die unterschiedlichen Dimensionen von Schutz- und Risikofaktoren (Konsumform, Art der Betreuungsverhältnisse, materiell-organisatorische Lebensumstände) zueinander in Bezug zu setzen und daraus passgerechte Hilfe- und Unterstützungsangebote abzuleiten, die die Erziehungsfähigkeit der Eltern so fördern, dass das physische, psychische und soziale Wohl der Kinder gesichert werden kann.



Tabelle: Orientierungsmatrix „Crystal-Konsumverhalten und Erziehungsfähigkeit der Eltern“

Orientierungsmatrix: Crystal-Konsummuster und Beeinträchtigungen der Erziehungsfähigkeit der Eltern

Konsummuster	Kind/er 0-3 Jahre	Kind/er 3-6 Jahre	Kind/er 6-14 Jahre
Versuchsweiser Konsum			
Punktuelle Freizeitkonsum			
Binge-Freizeitkonsum			
Punktuelle Stressbewältigung			
Regelmäßiger kontrollierter Niedrigdosis-Konsum			
Regelmäßiger starker Konsum/periodische Exzesse			

	Handlungsnotwendigkeiten der Eltern	Handlungsnotwendigkeiten des Hilfesystems
GELB	<p>Erziehungsfähigkeit eingeschränkt für die Zeit der Drogenwirkung und -nachwirkung, bei entsprechenden Vorkehrungen aber kaum Risiken für das Kind/die Kinder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achtsamkeit entwickeln • Vorsichtsmaßnahmen planen • Vorkehrungen zur Sicherung der Grundversorgung und Aufsicht treffen 	<ul style="list-style-type: none"> • Information und Aufklärung • Ansprüche an die Eltern formulieren • Entlastungsangebote vorhalten (z. B. Kinderhotel, Sitting)
ORANGE	<p>Erziehungsfähigkeit eingeschränkt für die Zeit der Drogenwirkung und -nachwirkung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risikomanagementstrategien entwickeln und umsetzen • Vorkehrungen zur Sicherung der Grundversorgung und Aufsicht treffen • Konsum unter Kontrolle bringen/halten 	<p>Bedarf nach Hilfe und Unterstützung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Information und Aufklärung • genaue Situationsanalyse • Beratung/Begleitung der Umsetzung von Risikomanagementstrategien, ggf. korrigieren • Hilfeangebote für risikoreiche Situationen • Absicherung von Versorgung und Aufsicht kontrollieren
ROT	<p>Gefahr für das Kind, Erziehungsfähigkeit bzw. Grundversorgung und Aufsicht stark eingeschränkt/nicht gesichert:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • genaue Situationsanalyse • engmaschige Betreuung • komplexe Hilfen einschalten
	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe/Behandlung suchen und annehmen • Konsum unter Kontrolle bringen 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventionen bis zur Inobhutnahme



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-I. / 14

Die Orientierungsmatrix:

- kennt keinen GRÜNEN Bereich:
Der Konsum psychoaktiver Substanzen ist immer mit Risiken auch für die Erziehungsfähigkeit der Eltern verbunden. Durch geeignete Managementstrategien lassen sich diese Risiken reduzieren und stark einschränken, aber nicht vollständig aufheben.
- setzt allgemeine Grundregeln bei der Beurteilung der Situation eines Kindes nicht außer Kraft:
Die Matrix lenkt den Blick auf die Zusammenhänge, die zwischen unterschiedlichen Konsummustern und der Erziehungsfähigkeit der Eltern bestehen. Darüber hinaus können sich für das Wohl der Kinder aber auch aus anderen Lebensbereichen Einschränkungen für das Kindeswohl ergeben, die ebenfalls in den Blick zu nehmen sind.
- geht in dieser Fassung von den Wirkungen und langen Nachwirkungen beim Crystalkonsum aus:
Die skizzierten Grundannahmen der Matrix sind unter Beachtung der jeweiligen Besonderheiten aber auch auf andere psychoaktive Substanzen übertragbar.
- Gilt nicht für die besondere Situation während Schwangerschaft und Stillzeit:
Crystal ist plazentagängig, weshalb während der Schwangerschaft das ungeborene Kind mitkonsumiert. Crystal geht vermutlich auch in die Muttermilch über, weshalb das Kind über diesen Weg die Substanz ebenfalls aufnimmt. Bei bestehendem Kinderwunsch sollten Frauen deshalb während Schwangerschaft und Stillzeit auf den Konsum von Crystal verzichten. Da eine Beeinflussung der Entwicklung des Kindes nicht ausgeschlossen werden kann, gilt für alle Konsummuster der Bereich ROT.

Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit versus psychische Belastungssituation und psychische Störung/Erkrankung: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Innerhalb des Gesundheitssystems der BRD ist Abhängigkeit sozialrechtlich als Krankheit anerkannt und wird in den medizinischen Diagnoseschemata (ICD-10 oder DSM V) der Gruppe der psychischen Störung zugeordnet.

Leider haben die zum Teil separat voneinander laufenden Entwicklungen in der Psychiatrie und der Suchtkrankenhilfe dazu geführt, dass weder in der Bevölkerung noch in bestimmten Hilfesystemen Ähnlichkeiten und Parallelen, die sich in beiden Bereichen aufzeigen lassen, ausreichend wahrgenommen werden. So werden psychische Störungen auf Grund ihrer Intensität und Ausprägung differenziert in „krankhafte Störungen“ und „episodenhafte psychische Auffälligkeiten“, wobei letztere nicht zwingend als interventionsbedürftig gelten. Selbst die Bevölkerung kennt die „Novemberdepression“ und „Frühjahrs Müdigkeit“ als Beispiele zeitbegrenzter Veränderungen der eigenen Affektivität, die zudem jeweils sehr individuelle Ausprägungen haben. Auch bezüglich der Entwicklungsdynamik der jeweiligen Störungen wird zwischen episodischen und persistierenden Verläufen differenziert. Für viele Krankheitsverläufe wird zudem seit längerem auf zirkuläre Modellbeschreibungen zurückgegriffen.

Von einer solchen differenzierten Betrachtung, die sich im Bereich psychischer Störungen als selbstverständlich durchgesetzt hat, ist der Bereich der Suchtkrankenhilfe noch entfernt. Wenn es um den Konsum psychoaktiver Substanzen und hier insbesondere um illegalisierte Drogen geht, dominieren sowohl in bestimmten professionellen Bereichen als auch in der Bevölkerung noch immer bipolare Wahrnehmungs- und Handlungsmuster nach Art „Abstinenz versus Abhängigkeit“. Impulse eines Umdenkens sind allerdings bereits in der Einführung des ICF angelegt.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 15

Die epidemiologische Betrachtung psychischer Störungen zeigt für Deutschland, dass der Begriff „normal“ sowohl in Bezug auf psychische Störungen als auch in Bezug auf substanzbezogene Störungen zu relativieren ist: Seit 1998 zeigt sich ein immer wieder ähnliches Bild, wonach ein Drittel (31 %) der Bevölkerung (37 % Frauen und 25 % Männer) aktuell eine psychische Störung hat. Zu psychischen Störungen lassen sich in der Bevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 42,6 %, eine 12-Monatsprävalenz von 31,1 % und eine Ein-Monatsprävalenz von 19,8 % aufzeigen (vgl. Wittchen, Jacobi, Hoyer 1998). In Bezug auf die Versorgungssituation wird deutlich, dass 63,6 % der Betroffenen manifester 12-Monatsdiagnosen keinerlei Interventionen in Anspruch nehmen. Unter den psychischen Störungen insgesamt haben die substanzbezogenen Störungen einen Anteil von 2 % bei den Frauen und 7 % bei den Männern⁸. Werden Klienten in eine Interventionsstruktur eingebunden und wird in diesem Zusammenhang eine gründliche Anamnese erarbeitet – ob nun im Bereich Psychiatrie oder im Bereich Suchtkrankenhilfe – stellt sich häufig eine „überraschende“ Doppel- bzw. Mehrfachproblematik dar. Trotz dieser beeindruckenden empirischen Belege wird in vielen Bereichen unserer Gesellschaft an einem Bild von „Normalität“ festgehalten, in dem psychische Probleme und der Konsum psychoaktiver Substanzen keinen Platz zugesprochen bekommen. In der Konsequenz wird u. a. von einer realitätsfernen und folgenreichen Forderung ausgegangen, das Gewähren von Hilfe- und Unterstützungsangeboten an eine zu erbringende absolute Abstinenz bei allen psychoaktiven Substanzen zu koppeln.

Hier soll ausdrücklich die Brücke zwischen Herangehensweisen in der psychiatrischen Versorgung und dem Drogenhilfe- und Suchtkrankenhilfesystem geschlagen werden. Auf diese Weise wird erkennbar, dass die bisherigen Konzepte im Umgang mit psychisch kranken Eltern interessante Handlungsansätze anbieten, die sich für den Prozess der Hilfe und Unterstützung für Crystal-konsumierende Eltern adaptieren lassen. Folgende Gemeinsamkeiten treffen sowohl auf psychisch kranke als auch auf Crystal-konsumierende Eltern zu (vgl. Schmitt-Schäfer 2010):

- Verschiedene psychische Erkrankungen treten erstmals in der Alterspanne zwischen 20-30 Jahren auf. Insofern gibt es auch in diesem Bereich ein hoher Handlungsdruck, psychisch kranke Eltern zu unterstützen, wenn die Elternschaft von deren Erkrankung tangiert wird.
- Die Erkrankungen haben bezüglich ihrer Dynamik ein breites Spektrum und können von einmalig auftretenden Episoden bis hin zu chronischen persistierenden Verläufen reichen.
- Auch bei psychischen Erkrankungen wird von episodischen Krisensituationen ausgegangen, die zeitlich begrenzte Einschränkungen oder sogar eine zeitlich begrenzte Verhinderung der Gewährleistung elterlicher Aufsichts- und Betreuungsaufgaben nach sich ziehen. Die Erziehungsfähigkeit der betroffenen Eltern wird deshalb aber nicht generell und grundsätzlich in Abrede stellt.
- Auch wenn sich in den vergangenen Jahren das Verständnis für diese Patientengruppe und deren Hilfebedarfe stark verändert hat, ergibt sich für betroffene Mütter und Väter aus der noch immer bestehenden Tabuisierung dieser Krankheiten innerhalb der Gesellschaft eine hochkomplexe Problemlage, wenn sie sich der Herausforderung der Vereinbarkeit der Elternschaft mit ihrer Erkrankung stellen wollen.

⁸ Im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys 2012 gaben bezogen auf die letzten 30 Tage 57,3 % Befragten einen risikoarmen Alkoholkonsum und 14,2 % einen riskanten Alkoholkonsum an. 30,2 % verwiesen darauf, dass sie in diesem Zeitraum geraucht haben. In den letzten zwölf Monaten haben 4,5 % der Befragten Cannabis, 0,8 % Kokain und 0,7 % Amphetamine konsumiert. Schmerzmittel waren die am häufigsten eingenommenen psychoaktiven Medikamente (12-Monats-Prävalenz: 61,9 %). Schätzungen zur Substanzabhängigkeit nach DSM-IV gaben Prävalenzwerte von 3,4 % für Alkohol, 10,8 % für Tabak, 0,5 % für Cannabis, 0,2 % für Kokain, 0,1 % für Amphetamine und 3,4 % für Schmerzmittel (vgl. Kraus, Pabst, Gomes de Matos, Piontek 2013).



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 16

Deutlich wird, dass die Lebenslage psychisch kranker Eltern in vielen Aspekten der von Crystal-konsumierenden Müttern und Vätern nahekommmt. Insofern lassen sich viele der in diesem Bereich bewährten Ansätze für Hilfe und Unterstützung daraufhin prüfen, wieweit sie vom Bereich Psychiatrie in den Bereich der Drogen- und Suchtkrankenhilfe übertragen werden können (dazu u. a. Kreis Rendsburg-Eckernförder mit Lüttring 2007).

Hilfe- und Unterstützungsangebote für Crystal-konsumierende Eltern: Was wird gebraucht?

Das psychosoziale Hilfesystem hält bereits eine Reihe Angebote vor, um Eltern zu unterstützen, die aus verschiedenen Gründen episodisch oder längere Zeit mit der Betreuung ihrer Kinder überfordert sind. Mit Blick auf Crystal-konsumierende Eltern sind die bereits existierenden Angebote dahin zu prüfen, ob sie den speziellen Hilfebedürfnissen dieser neu in Erscheinung tretenden Zielgruppe entsprechen bzw. wie sie konzeptionell ausgestaltet werden müssen, damit sie nachhaltig auch Crystal-konsumierenden Eltern und deren Kindern Unterstützung und Hilfe bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen bieten.

Bei der Ausgestaltung der Angebote ist zu berücksichtigen, dass die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen der Jugendhilfe in der Regel das Offenlegen der jeweiligen Konsumsituation der Eltern erfordert. Der informelle Erfahrungsschatz insbesondere von Konsumenten illegaler Substanzen ist geprägt von Unsicherheiten, wie die Institution „Jugendhilfe“ auf das Bekanntmachen aktueller Konsumepisoden reagiert und welche weiterführenden Maßnahmen das eingeschaltete Jugendamt anordnet. Die häufig bestehenden Ängste, dass die Kinder den Eltern „weggenommen“ werden, verhindern oft eine frühzeitige Inanspruchnahme von Hilfe, Unterstützung und Behandlung. Frühzeitige und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote für Crystal-konsumierende Eltern und deren Kinder sind aber eine wichtige Voraussetzung, um einen missbräuchlichen bzw. in die Abhängigkeit driftenden Konsum zu unterbrechen und alternative Handlungskonzepte zu entwickeln.

Die allgegenwärtigen Ängste und Befürchtungen konsumierender Eltern fallen bei Crystal-Konsumenten konsumbedingt auf einen besonderen Nährboden: Zu den Folgen eines länger anhaltenden oder höherdosierten Konsums zählen häufig psychotische Zustände, Misstrauen, oft unbegründetes paranoides Erleben und Feindseligkeit gegen andere. Diese Crystal-bedingten Reaktionsmuster entwickeln ihrerseits eine besondere Dramatik, wenn nunmehr überdeutliche tatsächliche Anlässe für Disharmonie, Konfrontation, Angst, Misstrauen gegeben sind. Deshalb wird es bei dieser Zielgruppe besonders wichtig, den Aufbau von Kontakt und das Gewähren von Unterstützung möglichst ohne „bedrohliche“ Interventionsformen vorzunehmen und Zugewandtheit und Empathie zu einem zentralen Element der professionellen Arbeitsbeziehung zu machen.

Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden Elemente eines wünschenswerten Systems abgestufter Unterstützungsleistungen für konsumierende Eltern aufgezeigt. Ein solches nuancenreiches Hilfesystem basiert auf der Grundidee, dass auch in Zusammenhang mit dem Konsum von Crystal nichtlineare Entwicklungsverläufe existieren, weshalb unter Crystal-konsumierenden Eltern sehr verschiedene Konsummuster mit jeweils sehr unterschiedlichen Auswirkungen auf das Wahrnehmen von Elternschaft existieren, die jeweils eine eigene Wertigkeit haben, sistieren oder sich in ihrer Intensität vor oder zurück entwickeln können, aber keineswegs geradlinige Entwicklung hin zu exzessiven Mustern mit einer starken Abhängigkeit laufen.

Wünschenswerte innovative ambulante Angebote

Mit Blick auf die gegenwärtig in Erscheinung tretende Zielgruppe ist davon auszugehen, dass Crystal-konsumierende Eltern in der Regel Kinder im Baby- und Kleinkindalter haben und für diese sorgen müssen. Dieses Lebensalter der Kinder stellt mit seinen Anforderungen an Aufmerksamkeit, Zuwendung und unmittelbarem Involviert-Sein in die Betreuung an alle Eltern hohe Anforderungen. In diesem Kindesalter führen beispielsweise Episoden von Krankheit und starken beruflichen Belastungen der Eltern schnell zu Problemen und Krisen, wenn der Familie keine Unterstützung zuteil wird.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 17

Diese allgemeinen Rahmenbedingungen einer Elternschaft mit Baby und Kleinkindern kann durch den Crystal-Konsum einer oder beider Elternteile schärfer konturiert werden. Entsprechende hilfreiche Angebote sind deshalb dringlich zu entwickeln.

„Kinder-Hotels“⁹

Sogenannte „Kinder-Hotels“ sind Kita-Einrichtungen, die Kindern im Bedarfsfall eine Betreuung von bis zu fünfzehn Stunden und auch eine Betreuung über Nacht anbieten. Die Grundidee von Kitas in Form eines Kinder-Hotels ist, den Kindern von Eltern, die beispielsweise längere Zeit beruflich gebunden sind, einen sicheren Ort zu gewähren, an dem sie altersgerecht sowohl tagsüber als auch nachts betreut und versorgt werden.

Für Crystal-konsumierende Eltern, vor allem, wenn sie zu den gelegentlichen/punktuell konsumierenden Freizeitkonsumenten gehören, kann ein solches Angebot besonders dann wichtig werden, wenn sich der, als belastend erlebte Prozess des „Runterkommens“ einstellt und sich durch depressive, psychotische oder/und hoch agitierte Befindlichkeitsstörungen der Eltern deutlich Schwierigkeiten ergeben, angemessen auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen zu können und innerhalb der Familie (z. B. Großeltern, Angehörige, Freunde) keine Betreuung für die Kinder gefunden werden kann. Ziel dieses Angebots wäre, mit dem Konsum verbundene Episoden eingeschränkter Wahrnehmung von Elternschaft zu überbrücken und die Eltern im Interesse ihrer Kinder zu entlasten, ohne tiefgreifende Eingriffe in die Familie als Ganzes vornehmen zu müssen.

„Wochen-Kita“ – ein besondere Form des Kinder-Hotels

In Fällen, in denen die konsumbedingten Einschränkungen der Erziehungsfähigkeit der Eltern länger andauern, können sich Angebote als nützlich erweisen, die Kinder nicht nur bis zu fünfzehn Stunden, sondern bis zu einer Woche betreuen. Mit diesem Angebot ginge es darum, den Eltern notwendige Erholungszeiten einzuräumen, um ihren Kindern danach wieder mit allen Kräften zur Verfügung stehen zu können. Auch über ein solches Angebot könnte darauf verzichtet werden, durch eine Herausnahme der Kinder die Familie als Ganzes tiefgreifend zu stören.

Sozialpädagogische Familienhilfe und begleitende Betreuungsangebote

Eine sozialpädagogische Familienhilfe kann eine intensive Betreuung und Begleitung in der Familie anbieten. Sie stärkt die Eltern bei der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben und bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, unterstützt bei der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen. Diese Hilfemaßnahme findet im eigenen sozialen Umfeld statt und trägt dafür Sorge, dass sich die Situation in der Familie stabilisiert, erfolgreiche Handlungsstrategien zum Umgang mit Alltagsproblemen und Krisen entwickelt werden, eine Anbindung an weitere regionale Unterstützungsangebote erfolgt und auf diese Weise die Ressourcen der Eltern und der Familie als Ganzes ausgebaut werden.

Durch eine langfristig angelegte Begleitung im Alltag können die Ressourcen und Handlungskompetenzen (Risikomanagement) innerhalb der Familienstruktur herausgearbeitet und unterschiedliche Problemstellungen bearbeitet werden, so dass auch den Anforderungen an die Erziehungsfähigkeit immer besser nachgekommen werden kann.

Ambulante Entgiftung/Homebase Detox

Eine Entgiftung im eigenen Zuhause ist für viele Konsumenten mit Veränderungswunsch eine der ersten Optionen, für die sie sich motivieren können. Die Tatsache, dass das als leidvoll erlebte „Runterkommen“ und der „Crystal-Kater“ im vertrauten häuslichen Umfeld bewältigt werden können, die eigene Ressourcen und die des Familien-

⁹ Diese Form einer Kita ist bisher wenig verbreitet und wird am ehesten im Reise- und Erholungsbereich von speziell konzipierten Familien-Hotels angeboten.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1. / 18

und Freundeskreises eine „interne“ Lösung ohne langwierige und schwierige organisatorische Vorleistungen ermöglichen und eine Trennung der Familie/von den Kindern nicht folgerichtig vorausgesetzt wird, sind die großen Vorteile, die dieser Lösung eingeräumt werden. Mit speziell entwickelten Angeboten sollten diese immer wieder entstehenden selbstinitiierten Impulse stärker und unbürokratisch gefördert und ausgebaut werden. Eine Herausforderung, die in anderen Ländern schon länger praktiziert wird, der sich Deutschland aber erst noch stellen muss.

Für Crystal-konsumierende Eltern ergeben sich bei der praktischen Umsetzung eine „Homebase Detox“ besondere Herausforderungen, um auch in dieser Zeit den Anforderungen einer Elternschaft gerecht werden zu können. Die in dieser Phase deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Eltern sollte über die Weiterführung des Haushaltes (mit Kindern unter 12 Jahre) durch Haushaltshilfen nach §38 SGB V unterstützt werden – eine Maßnahme, die auch bei krankheitsbedingten Gefährdungen (nicht nur bei stationärem Krankenhausaufenthalt) zu gewähren ist.

Zusätzlich dazu sind die Möglichkeiten der Unterstützungsbehandlungen nach § 43a SGB V „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen“ über die Krankenkassen weiterzuentwickeln und in die konzeptionellen Überlegungen von Jugend- und Suchthilfe zu integrieren. Angebote der Unterstützung über die Krankenkasse können die Hemmschwelle bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Behandlungsangebote im Rahmen von Frühinterventionen deutlich verringern, da eine Einbindung des Jugendamtes als Unterstützer nicht unmittelbar zu Beginn erfolgen muss, was die Hemmschwellen für eine Kontaktaufnahme senkt.

Weiterhin besteht ein Bedarf, begleitende Unterstützungsangebote für konsumierende Eltern über § 67-69 SGB XII weiterzuentwickeln und auszubauen, um auf diese Weise Hilfestellungen wie Informationsvermittlung, Krisenmanagement sowie Vermittlung in weiterführende Hilfen anbieten zu können und so zu helfen, die psychosoziale Situation der betroffenen Familien zu verbessern und zu stabilisieren.

Tabelle: Zu entwickelnde ambulante Unterstützungsangebote nach SBG XII

Bedarf	Mütter/Väter	Kinder
Vorbereitung	-Situationsklärung über Hausarzt -Terminierung	-Situationsklärung und Begleitung während der angestrebten Veränderung
Umsetzung	- Entwicklung und Installieren von Routinen für Homebased detox - Ruhe, Entspannungs- und Ablenkungsmaßnahmen - Gesprächsangebote (Arzt, Suchtberatung/-therapeuten)	-Versorgung in häuslichem Umfeld über Angehörige (Patenschaften) und Begleitung durch Hilfe zur Erziehung
Nachsorge	-Stabilisierung der Veränderung (ggf. Psychoedukation)	-Gesprächsangebot und Begleitung



Tagesklinische Entwöhnungsbehandlung

Für eine Vielzahl problematisch konsumierender Crystal-Konsumenten erweist sich eine ambulante Entwöhnungsbehandlung als ein Angebot, für das nicht nur die Bereitschaft, dieses Angebot anzunehmen groß ist, sondern auch die Erfolgsaussichten einer solchen Behandlung durchaus gegeben sind (vgl. u. a. Kielstein 2014, Meinhardt 2012, Härtel-Petri 2012).

Für viele problematisch konsumierende Eltern hat eine wohnortnahe Entwöhnungsbehandlung Attraktivität, deren Therapieangebote beispielsweise morgens um 9.00 Uhr beginnen und am Nachmittag enden. Mit einem solchen Behandlungssetting eröffnet sich die Chance, die betroffenen Kinder, so sie in Kindertagesstätten oder in der Schule tagsüber betreut werden, in ihren gewohnten Bezügen zu belassen und einen weitgehend normalen Alltag mit ihren in Therapie befindlichen Eltern zu erleben. In einem tagesklinischen Setting sind Eltern und Kinder zugleich vor die Notwendigkeit gestellt, die durch Therapie angeschobenen Veränderungen direkt und unmittelbar in den Alltag zu übersetzen, haben aber den Vorteil, bei dabei auftretenden Problemen und Krisen direkt und unmittelbar therapeutische Hilfe zu erhalten und Routinen für das Familienleben zu entwickeln und einzuführen, die die erreichten Fortschritte nachhaltig sichern. Gerade für diese besondere Zielgruppe sollten tagesklinische Angebote verstärkt entwickelt und ausgebaut werden.

Wünschenswerte stationäre Angebote

Mutter-Kind-Haus/Eltern-Kind-Haus ohne Abstinenzzwang und Altersbegrenzung

Mutter-Kind Einrichtungen sind ein Leistungsangebot nach §19 SGB VIII und haben in der Helfelandschaft seit vielen Jahren einen festen Platz. Zielgruppen sind in der Regel schwangere Frauen und junge Mütter/Väter ab 15 Jahren, deren Entwicklung aufgrund ihrer Jugend, ungünstiger Sozialisationsbedingungen oder ihres persönlichen Entwicklungsstandes noch nicht abgeschlossen ist. In diesen Projekten werden sie in ihrem Bestreben unterstützt, Verantwortung für sich und ihr Kind/ihre Kinder zu übernehmen.

Bisher wird in derartigen Angeboten in der Regel Abstinenz erwartet, weshalb drogenkonsumierende Eltern von diesen Hilfeansätzen ausgeschlossen bleiben. Insbesondere, wenn in derartigen Projekten sowohl Wohngruppen als auch Individualangebote und Betreutes Einzelwohnen nach §19 SGB VIII vorgehalten werden, sollte dringlich zu einer Öffnung dieser Angebote für Crystal-konsumierende junge Eltern ermutigt werden. Unabweisbar bleibt dann jedoch die Forderung, zusätzliche drogenspezifische Interventionen und Ansätze zu entwickeln und in das Angebot zu integrieren.

Mutter-Kind-Entgiftung

Zwischen Konsumepisoden haben Konsumenten psychoaktiver Substanzen immer auch Pausen unterschiedlichster Länge und Dauer. Deshalb ist der Nichtkonsum eine Erfahrung, die allgemein geteilt wird, auch von Crystal-Konsumenten. Im Laufe der Konsumkarriere probieren und entwickeln Konsumenten immer auch Strategien und Handlungskompetenzen, wann sie wie eine konsumfreie Episode planen und umsetzen, um daraus einen Gewinn für ihren Alltag zu ziehen.

In Zusammenhang mit dem Konsum von Crystal stellen allerdings das subjektive Empfinden von Leistungsfähigkeit und Energie bei der Bewältigung von Alltagsproblemen sowie die als wohltuend erlebte Übersteigerung des Selbstbildes eine besondere Herausforderung dar. Diese machen das Management von Abstinenz besonders schwierig. Insbesondere die langanhaltenden Phasen des „Runterkommens“ und des „Crystal-Katers“ werden zu Side-Effects, die schwer auszuhalten sind. Deshalb benötigen Konsumenten Hilfe und Unterstützung, um zu verstehen, dass das von ihnen empfundene Missbefinden und das emotionale Tief, das sich an die Akutwirkung des Konsums anschließt, folgerichtiger Bestandteil einer Konsumepisode ist („Kater“) und lernen, diese Phase als



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./20

notwendige Regenerationszeit zu akzeptieren, anzunehmen und dafür passende Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Die Ausprägungsintensität der einzelnen nachklingenden Phasen und die Länge der Regenerationszyklen sind u. a. von der Konsumintensität, -dauer und -menge abhängig, können sich über Wochen hinziehen und auch die Möglichkeiten tangieren, den Anforderungen einer Elternschaft nachzukommen. Insofern werden Entgiftungsangebote nötig, in denen Eltern diese Phasen (ambulant/stationär) bewältigen können und in Abhängigkeit von den jeweiligen individuellen Rahmenbedingungen (u. a. mit oder ohne stabile Bezugspersonen im familiären Umfeld) Unterstützung bei der Betreuung ihre Kinder erhalten.

Stationäre Entgiftungsbehandlungen mit einer Dauer von 10–21 Tagen können zwar relativ zügig über den Hausarzt initiiert werden (Krankenseinweisung). Dieser Schritt ist jedoch für Eltern mit einem großen organisatorischen Aufwand verbunden. Bisher werden **keine** stationären Entgiftungsangebote vorgehalten, in denen auch die Betreuung von Kindern abgesichert wird. Insofern muss zunächst die Versorgung des/der Kindes/r organisiert werden, ehe sich die Eltern um ihr eigenes Befinden kümmern können. Meist ist eine Absicherung der Kinderbetreuung über die Familie und Freunde nur bedingt möglich. Insbesondere für Alleinerziehende, die räumlich getrennt von ihren Eltern (Großeltern) leben, die oft auch noch selbst einer eigenen Berufstätigkeit nachgehen, sind diese Hürden aus eigener Kraft kaum zu realisieren. Insofern stehen Konsumenten mit Kindern häufig vor dem Dilemma, eine notwendige Behandlung nicht wahrnehmen zu können, weil die Betreuung ihrer Kinder nicht absichert ist.

Behandlungs- und Unterstützungsoptionen während der Entgiftung

Vor diesem Hintergrund gilt es, die oft vorhandenen individuellen Ressourcen von Freunden und Bekannten der Familie zu stärken. Hierzu sollten Erfahrungen aus Modellprojekten zur Versorgung von Kindern psychisch kranker Eltern beispielsweise über Patenschafts-Modelle weiterentwickelt werden. Ähnlich der gesellschaftlichen und finanziellen Anerkennung von Pflegeleistungen, die Angehörige für Angehörige erbringen, sollten Paten und Freunde, die eine mehrwöchige Betreuung von Kindern für den Fall der Inanspruchnahme notwendiger Behandlungen Crystal-konsumierender Eltern gewährleisten, stärker finanziell, organisatorisch und lebenspraktisch unterstützt werden.

Für den Fall einer sozialen Isolation der Familie oder wenn für die Kinder keine stabilen Bezugspersonen vorhanden sind, muss eine Betreuung der Kinder als Notsituation (§ 20 SGB VIII) organisiert oder eine Vollzeitpflege (§ 30 SGB VIII) vorgehalten werden. Bei der Organisation entsprechender Maßnahmen und Angebote sollte jedoch den Bedürfnissen der Kinder insofern ein besonderer Stellenwert eingeräumt werden, als dass zum einen die Aufrechterhaltung von Alltagsbezügen in der Heimatstadt (u. a. Schule, Großeltern, Freunde) und der Bezug zu den in Behandlung befindlichen Eltern (z. B. mit Begegnungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten innerhalb der Entzugseinrichtung) möglich bleibt.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./21

Tabelle: Zu entwickelnde ambulante Unterstützungsangebote nach SGB VIII

Bedarf	Mütter/Väter	Kinder
Vorbereitung	-Einweisung über Hausarzt -Terminierung	-Situationsklärung und Begleitung während der Veränderung
Umsetzung	-frühzeitige Inanspruchnahme -medizinische Versorgung und umfangliche Diagnostik -Initiierung von Veränderungsprozessen	-begleitende Unterbringung in räumlichem Umfeld und Begleitung durch geschultes pädagogisches Personal - Eltern-Kind-Stationen
Nachsorge	-Stabilisierung der Veränderung und Unterstützung im Alltag	-Gesprächsangebot -begleitende altersgerechte Informationen
Rechtlicher Rahmen	SGB V	§20, 33, SGB VIII/ §38, 43a SGB V

Stationäre Eltern-Kind-Behandlung

Angebote von stationären Entwöhnungsbehandlungen, zu denen die Kinder mit ihren Eltern aufgenommen werden, sind in den vergangenen Jahren in einigen Suchtrehabilitationseinrichtungen entwickelt und eingerichtet worden. In welcher Weise die Kinder während der Behandlung in den Einrichtungen betreut werden, ist in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Mit Blick auf das Lebensalter der betroffenen Kinder wurden in einigen Kliniken sogar Angebote für eine kindliche Förderung und schulische Ausbildung installiert. Stationäre Einrichtungen mit diesen besonderen Angeboten für konsumierende Eltern und deren Kinder sollten deshalb vorzugsweise mit dieser Zielgruppe belegt werden bzw. diese Zielgruppe sollte bei vorliegenden Wartelisten bevorzugt aufgenommen werden.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-1./22

Zusammenfassung

Vor dem Hintergrund einer vielerorts anzutreffenden Verunsicherungen in Bezug auf mögliche Besonderheiten des Vorgehens in Familien, in denen Mutter, Vater oder beide Elternteile Crystal konsumieren, kann herausgestellt werden, dass es sich für alle mit entsprechenden Problemen konfrontierten Hilfesysteme als hilfreich erweisen würde, auf Handlungsstandards, ähnlich wie sie in der medizinischen Behandlung vorliegen, zurückgreifen zu können. In diesen sollten Allgemeingültiges und die bereits vorliegenden Erfahrungen in der Arbeit mit konsum-/abhängigkeitsbelasteten Familien ebenso einen Platz finden, wie Leitideen und Handlungsempfehlungen, wie auf Besonderheiten zu reagieren ist, die sich aus der Spezifik der konsumierten Substanz „Methamphetamin“ ergeben.

Zentrale Herausforderung der Arbeit aller helfenden Institutionen bleibt, nicht einer substanzfixierten Sicht- und Handlungsweise zu erliegen, durch die der Blick allein auf einem nachgewiesenen Konsum stehen bleibt, sondern sich immer wieder zu vergewissern, ob und wie die Erziehungsfähigkeiten der Eltern durch den Crystal-Konsum tangiert werden, welche Aspekte der Lebenssituation der Kinder davon unberührt bleiben und an welcher Stelle die Eltern Unterstützung und Hilfe benötigen.

In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass ein passendes methodische Handwerkzeug für die Mitarbeiter helfender Institutionen fehlt, mit denen eine differenzierte und realitätsgerechte Beurteilung des Kindeswohles möglich werden könnte. Ein solches allgemein gültiges Inventar hätte ein großes Potential, Sicherheiten und Handlungsorientierungen für durchaus schwierige Entscheidungen zu treffen, wenn es um Abwägungen im Interesse des Wohlergehens der involvierten Kinder geht. Derartige methodische Handreichungen können sich als eine große Stütze bei der Umsetzung des nach wie vor gültigen Auftrags an alle Helfer erweisen, Unterstützungsleistungen für risikobelastete Familiensysteme vorzuhalten und auf diese Weise für das Wohl des Kindes zu sorgen. Dabei muss der Fokus auf Unterstützung und familienstärkende Maßnahmen liegen und durch entsprechende Rahmenbedingungen auch eine verantwortbare Chance einer Umsetzbarkeit bekommen. In beiden Bereichen gibt es erheblichen Nachholbedarf.

Jugend-, Drogen- und Suchtkrankenhilfe können in diesem Entwicklungsprozess einerseits auf lange bewährte professionellen Strategien zurückgreifen und an bewährten Standards festhalten und sollten andererseits durch eine gemeinsame, übergreifende und abgestimmte Neu- und Weiterentwicklung in der Lage zu sein, auf die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe Crystal-konsumierender Eltern und deren Kindern einzugehen.



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-I./23

Literaturhinweis

Angrist B.M./Gershon S. (1970): The phenomenology of experimentally induced amphetamine psychosis- preliminary observations. *Biol Psychiatry* 2: 95-107

Barsch, G. (2014): Drogen und soziale Praxis – Teil 2: Das Drogenthema und wie es in Berufsfeldern der sozialen Arbeit auftaucht, Leipzig

Bell, D. S. (1973): The Experimental Reproduction of Amphetamine Psychosis. „Archives General Psychiatry. 1973. In: Everett H. Ellinwood/ George King, Ph.D./ Tong H. Lee, M.D. Chronic Amphetamine Use and Abuse.“ The American College of Neuropsychopharmacology Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress

Drogen-Wiki (2016): In: <http://drogen.fach-wiki.de/index.php/Methylamphetamin> vom 02.02.2016

Eva&rave Schweiz (2016): In: <http://www.eve-rave.ch/Forum/viewtopic.php?f=7&t=30214> vom 02.02.2016

Griffith J.D./Cavanaugh J./Held J./Oates J.A. (1972): Dextroamphetamine. Evaluation of psychomimetic properties in man. *Arch Gen Psychiatry*. 1972 Feb; 26 (2): 97-100

Härtel-Petri, R. (2012): Crystal-Speed: Amphetamin und Methamphetaminabhängigkeit II. Beratung und Behandlung. In: <http://www.bezirksklinikum-obermain.de/pdf/hochstadt/infomaterial/vortraege/crystal2.pdf> vom 01.02.2016

Hellbrügge, Th., Schneeweiß, B. [Hrsg.] (2011): Frühe Störungen behandeln – Elternkompetenz stärken. Stuttgart

Kienbacher, Ch. (2010): Methamphetamine – Knocking on Europe’s door? Eine Typologie von Methamphetaminkonsumenten im deutschsprachigen Europa, Diplomarbeit, Wien

Kleiber, D., Soellner, R. (1998): Cannabiskonsum – Entwicklungstendenzen, Konsummuster und Risiken. In Zusammenarbeit mit Peter Tossman. Weinheim u. München

Klein, M. (2010): Wie Kinder aus suchtbelasteten Familien gestärkt werden können. In: *Konturen* 6 (2010) 31: 8-11

Körkel, J., Kruse, G. (2005): Basiswissen: Rückfall bei Alkoholabhängigkeit. Köln

Kramer, J. (2014) Tagesklinik an der Sternbrücke Magdeburg entgiftet auch Crystal ambulant. In: <http://suchttagesklinik.de/tagesklinik-an-der-sternbruecke-magdeburg-entgiftet-auch-crystal-ambulant/> vom 01.02.2016

Kraus, L.; Pabst, A., Gomes de Matos, E.; Piontek, D. (2013): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. 2013, München: IFT Institut für Therapieforchung

Kreis Rendsburg-Eckernförde in Kooperation mit Lüttring Haus [Hrsg.](2007): Fachliche Grundlagen für die Hilfeplanung und Berichterstattung – Handreichung. In: http://www.kreis-rendsbu- eckernfoerde.de/fileadmin/download_internet/Jugend_Soziales_Gesundheit/JSD/Handreichung_Hilfeplanverfahre n_Rendsburg04.pdf vom 01.02.2016



GRUNDGEDANKEN ZUR INTEGRATION DES CRYSTAL-KONSUMVERHALTENS VON MÜTTERN UND VÄTERN IN DIE BEURTEILUNG DER RISIKOSITUATION IN BEZUG AUF EINE GEFÄHRDUNG DES KINDESWOHLS

5-I./24

Literaturhinweis

Leitner, H. (2010): „Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern - Arbeitsmaterial“; Start gGmbH – Fachstelle Kinderschutz im Land Brandenburg in Kooperation mit ASD- Leiterinnen Brandenburger Jugendämter, Henningsdorf

London E.D./Berman S.M./Voytek B./Simon S.L./Mandelkern M.A./Monterosso J. (2005): Cerebral metabolic dysfunction and impaired vigilance in recently abstinent methamphetamine abusers. *Biol Psychiatry*. 2005; 58: 770-778.

McGeorg C./Srisuraponont M./Jittiwutikarn J./Laobhripatr S./Wongtan T./White J.M. (2005): The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal in *Addiction* 2005 Sep 100 (9): 1320-9.

Meinhardt, R. (2012): Ambulante Behandlung von Methamphetaminabhängigen. In: http://www.bezirkskliniken-oberfranken.de/pdf/hochstadt/infomaterial/12hochstadter_gespraech/Meinhardt_Ambulante_Behandlung.pdf vom 01.02.2016

Schmitt-Schäfer, Th. (2010): Checkliste zur Risikoeinschätzung von Kindern psychisch kranker Eltern für Fachleute aus der Jugendhilfe und Psychiatrie. In: <http://www.pantucek.com/diagnose/kinderrechte/psyEltern.pdf> vom 01.02.2016

Statistisches Bundesamt (2013): Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland 2012. Wiesbaden

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Hoyer, J. (1998): Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland; Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden und dem Max Planck Institut



KAPITEL 8

LITERATURHINWEISE



- Diakonie-Texte (2008): Die „insoweit erfahrene Fachkraft nach §8a Abs. 2 SGB VIII – eine neue fachdienstliche Aufgabe? In: <http://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/februar-2009/fachkraft-nach-8a-abs.2-sgb-viii.pdf> vom 01.02.2016
- Diakonie-Texte (2012): Klientinnen und Klienten in Elternrolle stärken – Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern achtsam wahrnehmen. In: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Handreichung/Elternrolle_staerken.pdf vom 01.02.2016
- Klein, M. (2015): Vortrag auf der Jahrestagung der Drogenbeauftragten der Bundesregierung am 06. November 2015, Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung, Berlin
- Stachowske, R. (2008): Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder – Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien, Kröning
- Ecker, S. (2003): Hilfen für Kinder psychisch Kranker Eltern – mit dem Beispiel des Projektes „Flips“ in Witten. Diplomarbeit Fachhochschule Dortmund

