

Ingrid Arenz-Greiving
Supervisorin (DGSv)

Marcus Kober
Politologe M. A.

Abschlussbericht des Projekts

Fitkids

Empirische Befunde
und Empfehlungen

ABSCHLUSSBERICHT DES PROJEKTES



EMPIRISCHE BEFUNDE UND EMPFEHLUNGEN

VERFASSER:

INGRID ARENZ-GREIVING

MARCUS KOBER

MÜNSTER, SEPTEMBER 2008

Projektbegleitung und Evaluation:

 **trialog** – Institut für angewandte Suchtforschung und Evaluation

Ingrid Arenz-Greiving (Institutsleitung)

und Marcus Kober

Gasselstiege 23

48159 Münster

Fon: 0251 60 90 099

Fax: 0251 60 90 231

www.Institut-suchtforschung.de

info@institut-suchtforschung.de

Auftraggeber:



Informationen und Hilfe in Drogenfragen e. V.

Fluthgrafstrasse 21

46483 Wesel

Fon: 0281 22432

Fax: 0281 28691

www.drogenbearatung-wesel.de

Dank

An dieser Stelle bedanken wir uns bei all denen, die uns durch Ihr Engagement im Rahmen des Projektes *Fitkids* ermöglicht haben, mit und von Ihnen zu lernen. Ein besonderer Dank gilt den Eltern, die uns in Interviews Ihre Erfahrungen, Wünsche und Einschätzungen erläutert haben. Durch Ihren Mut zur Rückmeldung ist unser Blickwinkel bereichert worden. Zudem ermöglichen sie damit, dass auch die Sichtweisen betroffener Eltern in die Weiterentwicklung von Hilfeangeboten aufgenommen werden können.

Bedanken möchte wir uns auch bei der Leiterin des Jugendamtes der Stadt Wesel sowie bei Ihrem Stellvertreter und den Mitarbeiterinnen des Teams Allgemeine Soziale Dienste, die bereit waren, mit uns die „Mysterien der Kooperation“ zu suchen. Wir sind gemeinsam durch den offenen Austausch „fündig“ geworden.

Auch den Chefärzten und Oberärztinnen des Marienhospitals, Abteilung Gynäkologie und Sozialpädiatrie sowie ihren Mitarbeitern gilt unser besonderer Dank. Sie haben sich an allen Gesprächen, Befragungen und Workshops in der Projektlaufzeit stets aktiv beteiligt, obwohl auch ihr Zeitplan sehr eng getaktet ist.

Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Drogenberatungsstelle sowie den Projektmitarbeiterinnen danken wir für besonders für Ihr Durchhaltevermögen und Ihre Offenheit. Es ist sicherlich nicht leicht, regelmäßig über einen so langen Zeitraum die alltägliche Arbeit so intensiv und regelmäßig mit externen Personen zu reflektieren.

Wir wünschen uns, dass die Erfahrungen, die wir in diesem Projekt sammeln konnten, wesentlich dazu beitragen, die zukünftige Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern einen Schritt voran zu bringen.

Gliederung

Gliederung	3
1. Entstehungshintergrund und Zweck des Leitfadens	4
2. Zur Situation von Kindern suchtkranker Eltern	6
a. Familienorientierte Suchtarbeit	7
b. Inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Angebote	10
3. Zur Konzeptqualität von Angeboten	11
4. Strukturqualität	15
a. Etablierung des Angebotes im regionalen Hilfesystem	16
Anerkennung als Träger der Jugendhilfe	16
Einzelfallbezogene Förderung von Leistungsangeboten	19
b. Verortung des Angebotes im regionalen Hilfesystem	23
c. Zielgruppenanalyse	24
d. Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung	27
e. Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen	28
f. Die Bedeutung des §8a SGB VIII für Sucht- und Drogenberatungsstellen	32
Literaturhinweise	39

Abschlussbericht Fitkids

Empirische Befunde und Empfehlungen

1. Entstehungshintergrund und Zweck des Leitfadens

Der vorliegende Leitfaden reflektiert Erfahrungen, die in den zurückliegenden drei Jahren (Juni 2005 – Ende Mai 2008) im Projekt *FitKids* in der Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern gesammelt wurden. Neben der Wahrung von Rechenschaftspflichten den Finanzgebern des Projekts gegenüber besteht eine wesentliche Intention des vorliegenden Berichts darin, die im Projekt gewonnen Erfahrungen und Erkenntnisse über die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern sowie die Kooperation mit anderen Institutionen und Hilfesystemen – u.a. zur Gewährleistung des Kindeswohls –, Dritten zugänglich zu machen. Wenngleich zu den beiden Arbeitsfeldern Jugend- und Suchthilfe mittlerweile eine Vielzahl theoretischer Erörterungen und - hinsichtlich der Arbeit mit suchtblasteten Familien - auch mannigfaltige Erfahrungsberichte vorhanden sind, so fehlt es nach Ansicht der Verfasser doch an praxisrelevanten und gleichermaßen empirisch begründeten Informationen, um die Professionalisierung dieser Arbeit und der bisher entwickelten Angebote voranzubringen.

Empirische Grundlagen des Berichtes resultieren zum einen aus Erhebungen, die unmittelbar im Projekt, in Form von Workshops der Projektbeteiligten sowie mittels Befragungen von betroffenen Eltern und Kooperationspartnern durchgeführt wurden. Darüber hinaus fließen Erfahrungen ein, die in vergleichbaren Projekten gesammelt wurden und von den Autoren u.a. in Form einer Metastudie ausgewertet worden sind.¹

Mit dem vorliegenden Leitfaden wollen wir

- ☒ Trägern und Leitern von Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen Wege aufzeigen, wie Angebote für Kinder suchtkranker Eltern als Ergänzung des vorhandenen Dienstleistungsspektrums in einer Beratungsstelle implementiert werden können und
- ☒ die Notwendigkeit von ‚gelebter‘ Kooperation zwischen verschiedenen Hilfeanbie-

tern herausarbeiten, zudem möchten wir auf mögliche Stolpersteine in der Zusammenarbeit aufmerksam machen und Perspektiven für gelingende Kooperation aufzeigen.

- ❖ Praktikern, die bereits in entsprechenden Hilfemaßnahmen tätig sind, Problemlösungsvorschläge darstellen (etwa bei der Anerkennung als Jugendhilfeträger) und Anregungen zur Ausgestaltung und Verortung bestehender Angebote geben.

Ungeachtet der Frage, aus welchen Gründen ein Interesse an der Arbeit mit suchtkranken Eltern, deren Kindern und Familien besteht, stellt die Gestaltung entsprechender Angebote eine Herausforderung auf verschiedenen Ebenen innerhalb einer Beratungsstelle dar:

❖ Grundsätzlich gilt es, sich in die Lebens- und Erlebensrealitäten der Kinder wie auch der Eltern einzufühlen, um sowohl für die Kinder als auch deren süchtige Eltern ein unterstützendes Angebot entwickeln und aufrecht erhalten zu können.

❖ Klienten erscheinen zusätzlich in anderen Rollen und Bezügen, wenn sie auch als Mütter und Väter mit Elternverantwortung und -kompetenzen wahrgenommen werden.

❖ Wenn auch Kinder Platz in der (Sucht-) Beratungsstelle haben, prägen neue Situationen und Eindrücke die Atmosphäre in der Einrichtung.

❖ Die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bringt auch den fachlichen Austausch mit neuen Institutionen und Kollegen mit sich. Hierzu gilt es, neue oder erweiterte Arbeits- und berufliche Kommunikationsbeziehungen aufzubauen und sich ggf. mit fremden Arbeitsabläufen, unterschiedlichen Kulturen, Bestimmungen und Vorschriften auseinander zu setzen.

❖ In beraterischer Tätigkeit gilt es, sich von der Rolle verabschieden zu müssen, ausschließlich der Therapeut eines suchtkranken Klienten zu sein. Die Kinder der Klienten haben von ihren Eltern divergierende Interessen und Bedürfnisse. Es bedarf daher eines neu reflektierten Selbstverständnisses, um individuellen Rollen- und Loyalitätskonflikten zuvor zu kommen.

2. Zur Situation von Kindern suchtkranker Eltern

In der professionellen Suchthilfe wie auch in der Praxis der Jugendhilfe wurde lange übersehen, dass Suchtkranke häufig Kinder haben und sie als Kinder vielfach selbst in suchtblasteten Familien aufgewachsen sind.² Erst seit Mitte der 80er Jahre wächst in Deutschland das Bewusstsein, dass Kinder aus suchtblasteten Familien eine Risikogruppe darstellen, die spezifischer, zielgruppengerechter Hilfen bedarf. Schätzungsweise 2,65 Millionen Kinder von alkoholmissbrauchenden oder -abhängigen Eltern³ und ca. 30.000 – 40.000 Kinder drogenabhängiger Mütter⁴ leben in Deutschland, womit etwa jedes fünfte Kind in einer suchtblasteten Familie aufwächst. Von der Sucht eines Elternteiles sind immer alle Familienmitglieder, insbesondere aber die Kinder betroffen. Sie sind nach heutigem Kenntnisstand die größte bekannte Risikogruppe für spätere Suchtstörungen. Zudem weisen sie oftmals auch andere psychische Störungen auf, wobei vor allem die psychosozialen Folgen des Alkohol- und Drogenmissbrauchs in Familien sich negativ auf viele betroffene Kinder auswirken. Für die Zielgruppe der Kinder suchtkranker Eltern stehen bundesweit derzeit schätzungsweise etwa 40 bis 50 (mit steigender Tendenz) professionelle ambulante Angebote zur Verfügung, von denen die meisten projektfinanziert sind. Dies bedeutet, dass die Angebote auf Grund der nur mittelfristigen finanziellen Perspektiven, zunächst nicht dauerhaft angelegt sind. Prozentual verfügen etwa 10% aller bundesweiten Suchtberatungsstellen über ein Angebot für die Kinder ihrer Klienten. Die Versorgungsdichte mit adäquaten Angeboten für diese Zielgruppe muss demnach immer noch als deutlich unzureichend bezeichnet werden.

Dramatisch ist das Risikopotential bei Kindern suchtkranker Eltern durch medienwirksame Fälle der Kindeswohlgefährdung in das öffentliche Bewusstsein gelangt. Der Gesetzgeber hat mit den Vorgaben des §8a SGB VIII darauf reagiert und Grundlagen auch für verbindlichere Verantwortlichkeitsregelungen treffen wollen. Durch diese Regelungen werden auch Sucht- und Drogenberatungsstellen direkt oder indirekt vor neue Anforderungen im Hinblick auf die Gewährleistung des Kinderwohls in dieser Risikogruppe gestellt.

a. Familienorientierte Suchtarbeit

In einer ganz überwiegenden Zahl bestehender Angebote für Kinder suchtkranker Eltern wird - mehr oder weniger - explizit ein systemischer, familienorientierter Ansatz verfolgt. Die familienorientierte Arbeit zeichnet sich insbesondere durch ein ganzheitliches Herangehen an Probleme und Konfliktsituationen aus. Demnach muss der Ansatzpunkt zur Lösung familienbezogener Probleme immer die ganze Familie sein. Bezogen auf die Suchtarbeit sind mit diesem Ansatz zwei zentrale Prämissen verbunden:

1. Eine Suchterkrankung hat immer Konsequenzen für alle Familienmitglieder und nicht nur für den direkt betroffenen Abhängigen.
2. Die unterschiedlichen Folgen der Sucht können demzufolge nur unter Einbeziehung aller Familienmitglieder wirksam behoben werden.

Die funktionale Betrachtungsweise von Familien erscheint in verschiedenerlei Hinsicht für die Arbeit mit suchtkranken Eltern und deren Kindern besonders geeignet:

⚠ Suchtbelastete Familienkonstellationen sind überproportional häufig durch multifamiliale Beziehungssysteme (z.B. Ursprungs-, Pflege-, Patchworkfamilie) oder alleinerziehende Elternteile geprägt. Beraterische und therapeutische Maßnahmen sind daher sinnvollerweise nicht an personellen Kriterien, wie beispielsweise der leiblichen Vaterschaft ausgerichtet, sondern an den Funktionen, die Individuen innerhalb des Familiensystems wahrnehmen.

⚠ Die Suchterkrankung eines Elternteils wirkt sich zumeist deutlich auf die Rollenverständnisse und -zuweisungen der Familienmitglieder etwa in Form kollektiver Verleugnungsstrategien oder der Ausprägung spezifischer Rollenmuster¹, aus. Um einzelnen Familienmitgliedern den Weg aus diesen (co-) abhängigen Beziehungsstrukturen ebnen zu können, ist es zunächst notwendig, solche Wechselwirkungen zu identifizieren und zu benennen.

¹ In dem Versuch das als gefährdet erscheinende Familiengleichgewicht (wieder-) herzustellen nehmen Kinder charakteristische Rollen ein, die zurückgehend auf Wegscheider (1988) vielfach beschrieben worden sind. Dazu zählen etwa die Rollenmuster des ‘Helden’, des ‘schwarzen Schafes’, des ‘Clowns’ oder des ‘stillen Kindes’. Vgl. etwa Ingrid Arenz-Greiving (1994): Suchtkranke Mütter und ihre Kinder, In: Ingrid Arenz-Greiving und Helga Dilger (Hrsg.): Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis, Freiburg, S. 39 f.

Familien werden diesem Verständnis zufolge als sich selbst regelnde Systeme verstanden. Für einen familienorientierten Arbeitsansatz sind somit nicht nur die einzelnen Individuen wichtig, sondern besonders auch die wechselseitigen Abhängigkeiten zwischen ihnen.

Aus familientherapeutischer Perspektive wird Sucht weniger als eine Krankheit sondern als eine Form symptomatischen Verhaltens verstanden. Suchtmittelkonsum stellt diesem Verständnis nach einen Versuch dar, problematische Situationen zu umgehen, für die der Betroffene und dessen Familie derzeit keine angemessene Lösungsstrategie zur Verfügung hat. Familientherapeutisch gesehen macht ein Symptom wie Alkoholabhängigkeit in dem Kontext, in dem es entstanden ist, Sinn bzw. erfüllt einen Zweck. Um zur Aufgabe eines Suchtverhaltens Hilfestellung bieten zu können, ist es daher unerlässlich, die Familie als Entstehungs- und Bedingungskontext in die systemische Betrachtung einzubeziehen.

Kinder sind im familiären System grundsätzlich die schwächsten Mitglieder, ihre Ausdrucks- und Entwicklungsmöglichkeiten sind begrenzt oder gehemmt, wenn ein Elternteil suchtkrank ist. Sie finden in ihren Familien zumeist keine stabile und haltgebende, vor allem aber keine verlässliche Struktur vor. Häufig müssen sie Funktionen übernehmen, die sie als Kinder absolut überfordern, wie etwa Partnerersatz- oder Elternfunktionen. Die Loyalität der Kinder zur Familie - insbesondere auch zum suchtmittelabhängigen Elternteil - führen oftmals zur Unterdrückung eigener Bedürfnisse; nur schwer können sie eigene Wünsche oder Gefühle wahrzunehmen und ausdrücken.

Hinsichtlich Vorteile und Nutzens eines familienorientierten Ansatzes für die Arbeit einer Suchtberatungsstelle lassen sich u.a. folgende Praxiserfahrungen benennen:

-  Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Dieses Ziel der Betroffenen bietet den Suchtberatern einen weiteren und noch zu selten genutzten Ansatzpunkt, Abhängige zu einem langfristig suchtmittelfreien Leben zu motivieren und sie auf diesem Weg zu begleiten, wobei zusätzliche Selbstheilungskräfte der Abhängigen mobilisiert werden können.

 Indem die Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle ihren Blick nicht nur auf ihre suchtabhängigen Klienten, sondern auch auf deren Kinder richtet, bedeutet dies zugleich, Suchtmittelabhängige nicht ausschließlich als Kranke mit ihrer individuellen Geschichte zu sehen, sondern zugleich als Eltern in ihrer Elternrolle und -verantwortung. Dies ermöglicht sowohl den Betroffenen als auch den Suchtberatern einen anderen Zugang zu den suchtkranken Eltern und nicht ausschließlich suchtbedingten Problemen sowie zu den sich daraus für den Beratungsprozess ergebenden Interventionsmöglichkeiten.

 Werden die Kinder in unterschiedliche Angebote der Beratungsstelle eingebunden, lässt sich für alle Beteiligten unmittelbarer und nachhaltiger darstellen und nachvollziehen, wie sich das Suchtverhalten der Eltern auf die Kinder auswirkt. Individuell erforderliche und angemessene Hilfen können zudem gezielter zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung eingesetzt werden. Von großer Bedeutung ist es dabei, nicht vor allem Schuldgefühle und Ängste - etwa diejenigen, den Kindern nicht gerecht werden zu können - bei den abhängigen Eltern zu wecken oder zu verstärken, sondern sie vor allem darin zu fördern und zu fordern, ihre Elternrolle und -verantwortung wahrzunehmen.

 Erst wenn Abhängige auch in ihrer Elternrolle und mit ihrem diesbezüglichen Beratungsbedarf ernst genommen werden, können sie am Aufbau und der Entwicklung ihrer Elternkompetenz arbeiten bzw. ihre diesbezüglichen Grenzen akzeptieren lernen, was wiederum die Beziehung zwischen Kindern und Eltern erheblich verbessern kann.

 Der hieraus entstehende 'Nutzen' vor allem für die Kinder liegt auf der Hand.

 Durch den veränderten Blickwinkel kann sich das Verhältnis suchtkranker Eltern zur Institution 'Suchtberatung' und deren Mitarbeitern entspannen, da sich bei diesem Arbeitsansatz der Fokus vom zentralen Thema der Suchtmittelabhängigkeit hin zur Annahme und Ausübung der Elternrolle verschiebt. Abhängige Klienten werden nicht mehr ausschließlich in einer ‚Identität‘ als Suchtkranke gesehen. Vielmehr werden in verstärktem Maße als Menschen in ihren verschiedenen sozialen Bezügen, Rollen und Aufgaben wahrgenommen. Sie können hinsichtlich ihrer differenzierten Bedürfnisse und Anliegen entsprechend beraten werden.

In den meisten Projekten zur Unterstützung von Kindern suchtkranker Eltern wird ein systemisch familienorientierter Ansatz verfolgt und das hat sich für diese Arbeit bewährt.

b. Inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Angebote

Verschiedene Konzeptionen, die im Rahmen diverser Projekte in varierten Formen bereits umgesetzt wurden, sind durchaus als Vorlage für Träger zu empfehlen, die ein familienorientiert ausgerichtetes Angebot in ihrer Beratungsstelle installieren möchten. Das Spektrum der angebotenen Maßnahmen umfasst

- ◉ Gruppenangebote für Kinder die zumeist nach Altersgruppen differenziert angeboten werden.
- ◉ Elternarbeit, die etwa in Form von niedrig schweligen, offenen Treffs oder Einzel- und Gruppengesprächen praktiziert wird.
- ◉ Einzel- und Gruppengespräche, die mit dem Ziel der Verbesserung der Kommunikation und Interaktion zwischen Eltern und Kindern durchgeführt werden.
- ◉ Erlebnispädagogische Angebote, wie Tagesausflüge oder Ferienfreizeiten.

Wichtiger als diese konzeptionelle Ausgestaltung sind strukturelle Aspekte einzuschätzen, die es zu berücksichtigen gilt. Familienorientierte Angebote sollten ...

- ◉ langfristig und mit der Zielsetzung einer dauerhaften Implementierung ausgerichtet sein.
- ◉ als ambulantes Beratungsangebot angesiedelt werden.
- ◉ eine sinnvolle Ergänzung des bereits bestehenden Beratungsangebotes darstellen.
- ◉ präventiv und mit Schwerpunkt auf die Kinder-/Jugendarbeit ausgerichtet sein.
- ◉ das Ziel verfolgen, mit allen Familienmitgliedern zusammenzuarbeiten.

Daneben haben sich organisatorische Aspekte in der Projektpraxis und bei der Befragung betroffener Eltern im Rahmen der Projektbegleitung als wichtig für die Akzeptanz und Praktikabilität von familienorientierten Angeboten erwiesen:

Für die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern bedarf es eigener Räumlichkeiten. Wenn ein familienorientierter Ansatz realisiert werden soll, benötigen Kinder und Jugendliche eigene Räumlichkeiten an einer für Kinder geeigneten Stelle. Es sollte also ausreichend Platz für die Eltern- und Kinderarbeit zur Verfügung stehen. Eigene Räume sind notwendig, um die Kontinuität der Intervention und Identifikationsmöglichkeiten der Klientel wie auch der Mitarbeiter zu gewährleisten. Reibungsverluste wie Doppelbelegungen von Räumen, Terminüberschneidungen etc. können vermieden werden, wenn sich die Selbstständigkeit des neuen Angebotes auch in eigenen Räumlichkeiten niederschlägt.

Nach Möglichkeit sollten die Räumlichkeiten für die Arbeit mit Kindern außerhalb der Sucht- oder Drogenberatungsstelle untergebracht sein. Deutlich artikulierten befragte Eltern die Befürchtung, ihre Kinder könnten beim Aufsuchen der Beratungsstelle beobachtet und dadurch in den Augen Gleichaltriger stigmatisiert werden. Zudem fürchteten sie ein Zusammentreffen ihrer Kinder mit anderen Suchtkranken, das sie gerne vermeiden würden.

Ein weiterer organisatorischer Aspekt betrifft die Einrichtung eines Hol- und Bringdienstes für Kinder. Unabhängig von der konstitutionellen Verfassung der Eltern oder deren logistischer Probleme beim Aufsuchen der Beratungsräume, sollte es den Kindern in jedem Fall ermöglicht werden, an den Angeboten teilzunehmen. Der aktuelle, ggf. ständig wechselnde Suchtmittelkonsum betroffener Eltern darf kein Ausschlusskriterium für die Kinder sein, an bestehenden Entlastungsangeboten teilzunehmen.

3. Zur Konzeptqualität von Angeboten

Auch im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe werden in den letzten Jahren vermehrt Schlagwörter (Qualität, Effektivität, Evidenz, Effizienz u.a.) diskutiert, mit denen inhaltlich primär die Anwendung betriebs- und volkswirtschaftlicher Güte- und Bewertungskriterien verbunden ist. Danach gilt es, therapeutisches Handeln an der Schnittstelle

-  der Differenz zwischen „qualitativ gut“ und „qualitativ schlecht“ (Qualitätsmanagement),
-  der Differenz von „effizient“ und „ineffizient“ (Gesundheitsökonomie) und
-  der Differenz von „verantwortbar“ und „nicht verantwortbar“ (Ethik)

anzusiedeln und therapeutisches Handeln als eine Verknüpfung dieser drei Disziplinen zu verstehen und zu praktizieren.⁵ Ungeachtet einer grundsätzlichen Auseinandersetzung über die vielfältigen Implikationen, die mit einer verstärkten Ausrichtung des Hilfesystems an ökonomischen Modernisierungsstrategien verbunden sind, kann doch festgehalten werden, dass die Teilbereiche des Hilfesystems neben den fachlichen Anforderungen einer evidenzbasierten Therapie in zunehmendem Maße auch das Spannungsfeld von Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit berücksichtigen müssen.⁶

Zur Entwicklung und Sicherung der Qualität von Dienstleistungsangeboten und –prozessen gibt es eine Vielzahl von Verfahren und methodischen Ansätzen, die auch in sozialen Einrichtungen praktiziert werden. Dazu zählen die Zertifizierung nach Normen der DIN ISO 9000 ff., das „Total Quality Management“ (TQM), Qualitätsmanagement nach dem EFQM-Modell, Konzepte des „Kronberger Kreises“, das Benchmarking vergleichbarer Einrichtungen oder die Durchführung von Evaluationen in verschiedenen Formen (etwa Selbst- oder Fremdevaluation).⁷ Als Basis und empirische Grundlage aller dieser verschiedenen Ansätze kann eine transparente und systematische Dokumentation angesehen werden. Zum Nachweis der erbrachten Leistungen müssen Dokumentationen in einer wachsenden Zahl von Einrichtungen auch der Sucht- und Drogenhilfe mittlerweile erbracht werden. Bezogen auf die Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern weist die auf „weichen Daten“ beruhende Dokumentationspraxis vieler Einrichtungen jedoch noch erhebliche Defizite auf. In vielen Projektberichten und –dokumentationen fehlt die Darstellung konzeptioneller und theoretischer Grundannahmen, der praktischen Umsetzungsschritte sowie nachvollziehbar ermittelter Ergebnisse. Ohne dass dies (nach einer Gewöhnungsphase) notwendigerweise mit großem zeitlichen oder personellen Mehraufwand bei der Erstellung verbunden wäre, sollte eine Dokumentation etwa die folgenden Basisbestandteile beinhalten:

- ⑤ Wie groß sind die verschiedenen anvisierten Zielgruppen (z.B. suchtbelastete Familien, Multiplikatoren und Fachkräfte oder potenzielle Kooperationspartner)?
- ⑤ Angaben zum grundsätzlichen Konzept des Projektes: Welche Maßnahmen werden auf Grund welcher Wirkungsannahmen, in welcher Form und welchem Umfang, mit welchen Ressourcen erbracht?
- ⑤ Welche konkreten Ziele sollen mit den verschiedenen Hilfeangeboten erreicht werden? Welche Indikatoren für die Erreichung dieser Ziele lassen sich benennen? Konnten einzelne oder alle angestrebten Maßnahmewirkungen realisiert werden?

Eine systematische Berichtlegung und Dokumentation von Hilfeangeboten erleichtert und ermöglicht Bestandsaufnahmen zu regelmäßigen Zeitpunkten, die Identifizierung von Stärken und Schwächen der jeweiligen Arbeitsansätze sowie die Optimierung der eigenen Arbeitsprozesse.

Die Qualität eines Angebotes oder eines Projektes bemisst sich aus einer Vielzahl von Rahmenbedingungen, Einflussfaktoren und Kriterien. Um den multidimensionalen Begriff der Qualität handhabbarer zu machen, hat sich ein Modellkonzept bewährt, das die drei Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterscheidet. In Anlehnung an eine Adaption dieses Modells für die Jugendhilfe durch Macsenare und Knab (2004, S. 16) lässt sich Qualität bezüglich der genannten drei Komponenten etwa wie folgt darstellen:

Unter dem Begriff der *Strukturqualität* werden Rahmenbedingungen einer Einrichtung verstanden, die über ein Projekt oder eine konkrete Maßnahme hinausgehend die Möglichkeiten zur Ausgestaltung von Angeboten beeinflussen und bedingen. Dazu zählen etwa die personelle und sonstige Ausstattung einer Beratungsstelle, der Verbund mit anderen Einrichtungen eines Trägers oder die externe Vernetzung innerhalb des Hilfesystems. Beim Angebot von Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern können wichtige Aspekte der Strukturqualität etwa darin bestehen, welche Zugänge zur Zielgruppe bereits bestehen, über welche Qualifikationen die Mitarbeiter im Hinblick auf diese Arbeit bereits verfügen oder inwieweit die Beratungsstelle bereits Arbeitsbeziehungen zum Bereich der Jugendhilfe unterhält. Indirekt werden diese Angebotsvor-

aussetzungen durch externe Faktoren mit bestimmt, die sich einer unmittelbaren Beeinflussung entziehen. Dazu zählen die Lage der öffentlichen Haushalte ebenso wie gesetzliche Rahmenbedingungen. Beispielsweise kann eine Gesetzesnovelle, wie die des § 8 a SGB VIII die Notwendigkeit eines Angebotes für die Risikogruppe der Kinder suchtkranker Eltern aus Sicht politischer Gremien dringlicher erscheinen lassen. Besteht hingegen etwa in einer anderen Einrichtung bereits ein Angebot für eine, wenn auch eingeschränktere Zielgruppe, z.B. die Kinder drogenabhängiger Eltern so dürfte dies die Chancen auf Bereitstellung weiterer Ressourcen schmälern. Mit dem Begriff der *Prozessqualität* sind Aspekte gekennzeichnet, die unmittelbar mit der Leistungserstellung im Zusammenhang stehen. In erster Linie sind damit die Konzeption und Umsetzung konkreter therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen in Bezug auf bestimmte Zielgruppen gemeint. Zur Prozessqualität gehört aber auch die Zufriedenheit von Mitgliedern der Zielgruppe sowie der Mitarbeiter im Hinblick auf Inhalte und Ausgestaltung der Angebote. Abhängig von den jeweiligen Zielen kann ein Kriterium auch der Erfolg beim Aufbau neuer Kooperationsstrukturen darstellen.

Die *Ergebnisqualität* eines Angebotes bemisst sich typischerweise daran, in wieweit die gesetzten Ziele erreicht werden konnten und welche gewünschten (aber auch nicht intendierten) Wirkungen in den jeweiligen Zielgruppen realisiert wurden. Im Falle von Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien könnten etwa der Abbau von Risikofaktoren und die Zunahme resilienzsteigernder Faktoren als Indikatoren für die Einschätzung des Erfolges oder Misserfolges von Maßnahmen herangezogen werden. Einen weiteren Aspekt der Ergebnisqualität kann die Frage der Effizienz der Leistungserbringung darstellen. Hier wäre zu klären, mit welchem Ressourceneinsatz die Maßnahmen erbracht wurden und ob eine alternative Leistungserbringung mit geringerem Einsatz von Ressourcen möglich gewesen wäre.

Die jeweiligen Qualitätsdimensionen bauen jeweils aufeinander auf. Das heißt, dass etwa die Strukturqualität eine notwendige, wenngleich nicht hinreichende Voraussetzung für die Prozessqualität darstellt. Gleiches gilt für das Verhältnis von Prozess- und Ergebnisqualität. So muss ein bestimmtes Maß an Struktur- und Prozessqualität vorhanden sein, um Ergebnisqualität gewährleisten zu können.

Anhand der dargestellten Qualitätsdimensionen und deren jeweiligen Unterkriterien lässt sich ein Angebot bzw. eine Maßnahme systematisch so beschreiben, dass außenstehenden Dritten eine zumindest basale Einschätzung und Beurteilung der Maßnahmen sowie ihrer Rahmenbedingungen möglich ist. Die Erfassung und Messung von Kriterien der Ergebnisqualität stellt die Mitarbeiter einer Beratungsstelle möglicherweise vor methodische Probleme, so dass dieser Analyseschritt gegebenenfalls methodenkundigen Dritten überlassen werden sollte. Eine Beschreibung der ersten beiden Qualitätsdimensionen hingegen ist für die Mitarbeiter einer Beratungsstelle ohne methodische Vorkenntnisse leistbar. Für die Dokumentation von Angeboten ist mit der Anwendung einer solchen Systematik ein großer Qualitätszugewinn verbunden.

Um ein Beispiel für die Anwendung dieses Qualitätsmodells zur Beschreibung eines Angebotes der Sucht- und Drogenhilfe zu geben, orientiert sich auch der vorliegende Bericht an den genannten Qualitätskriterien und gibt dabei Hinweise auf Möglichkeiten, wie diese in der Arbeitspraxis einer Suchtberatungsstelle realisiert werden können.

4. Strukturqualität

Wie oben bereits erwähnt werden die meisten ambulanten Angebote für Kinder aus suchtblasteten Familien immer noch in Projektform durchgeführt. In nur wenigen Fällen sind sie fest als Regelangebot im kommunalen Hilfesystem verankert. Die Finanzierung erfolgt vielfach im Rahmen von Modellvorhaben regionaler Träger oder Stiftungen sowie durch kommunale Zuschüsse und Spenden. Dies hat zur Folge, dass die Projekte zeitlich jeweils auf eine bestimmte Förderungsdauer beschränkt sind und ihren Fortbestand periodisch neu sichern müssen. Durch diesen anhaltenden Legitimationsdruck sowie die fehlende zeitliche Planungsperspektive werden in der Praxis viele Ressourcen gebunden und gehen für die therapeutische und pädagogische Arbeit verloren. Auch aus Sicht der viele Modellvorhaben finanzierenden Stiftungen erscheint es wünschenswert, wenn die Angebote nach dem Auslaufen der Projektphase als Regelangebote in den kommunalen Hilfesystemen verankert werden.

Für eine dauerhafte substanzielle Absicherung von ambulanten Angeboten für Kinder

suchtkranker Eltern bietet sich insbesondere die Möglichkeit einer Finanzierung von Jugendhilfeleistungen an. Grundsätzlich bietet das Kinder- und Jugendhilfegesetz Grundlagen zu einer Regelfinanzierung solcher Angebote, wobei ein freier Träger zwei Wege beschreiten kann:

- ◉ Zum einen kann eine individuelle einzelfallbezogene Förderung von Leistungsangeboten gemäß §§ 27-35a KJHG (Hilfen zur Erziehung) beantragt werden.
- ◉ Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer institutionellen Förderung (z.B. durch Vertrag oder Leistungsvereinbarung). Der Abschluss von Kooperationsabsprachen über Verträge, Entgelt- und Leistungsvereinbarungen basiert auf den Regelungen der §§ 74, 75, 76, 77 & 78 KJHG.

Im Falle des Projektes *Fitkids* in Wesel wurde zunächst die einzelfallbezogene Förderung von Leistungsangeboten beantragt, doch wird mittelfristig angestrebt eine institutionelle Förderung durch das Jugendamt zu erhalten. Im Rahmen des Projektes wurde der damit verbundene „Lernprozess“ in einer Drogenberatungsstelle begleitet. Die dabei gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse sowie eine Darstellung der notwendigen Verfahrensschritte werden im folgenden vorgestellt.⁸

a. Etablierung des Angebotes im regionalen Hilfesystem

In einem ersten Schritt gilt es zu klären, ob die Einrichtung schon als Träger der Jugendhilfe gemäß § 75 KJHG anerkannt ist. Ist eine Einrichtung nicht, wie im Fall der Drogenberatungsstelle Wesel, bereits als Jugendberatungsstelle gegründet worden oder anerkannt, muss dieser Schritt zunächst beim Jugendamt initiiert werden. Grundsätzlich sind Mitglieder der großen Wohlfahrtsverbände als Träger der freien Jugendhilfe anerkannt.

Anerkennung als Träger der Jugendhilfe

Jede Suchtberatungsstelle sollte zunächst im örtlichen Kontext klären, ob ein Antrag auf Anerkennung von Jugendhilfe erforderlich sein wird und was dabei konkret beachtet und umgesetzt werden muss. Voraussetzungen und Anforderungen dieser An-

erkennungsverfahren sind in den Kommunen unterschiedlich geregelt. Dabei empfiehlt es sich auf jeden Fall, das zuständige Jugendamt direkt zu konsultieren, um die Rahmenbedingungen für eine Förderung zu klären. Eine institutionelle Förderung sollte, besonders wenn sie über eine einzelne individuelle Förderung von Kindern und Jugendlichen hinausgeht, immer vorher mit dem Jugendamt verhandelt werden. Dem Abschluss einer solchen Vereinbarung geht oftmals ein längerer Verhandlungsprozess voraus. Die Jugendämter sind gehalten, sehr genau Inhalte, Umfang und Qualität sowie die Höhe der beantragten Leistungen zu prüfen. Hilfestellung bei der Ermittlung der Höhe zu beantragender Leistungen bieten vielfach die Wohlfahrtsverbände, etwa bei der Bestimmung und Berechnung zu beantragender Fachleistungsstunden. Voraussetzungen für die Anerkennung als „freier Träger der Jugendhilfe“ regeln die folgenden Vorschriften des KJHG: § 4 Abs. 2; § 71 Abs. 1 Nr.2 (JHA) § 74 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 6; § 76 ABS. 1; § 78, § 80 Abs. 3. Vorab ist zudem die Frage des Bedarfs zu klären. Besteht etwa ein vergleichbares Angebot bereits bei einem anderen Träger im regionalen Hilfesystem, wird sich dies negativ auf die Bereitschaft zum Abschluss weiterer Verträge seitens des zuständigen Jugendamtes auswirken. In diesem Planungs- und Entscheidungsprozess ist die beantragende Suchtberatungsstelle gehalten, einen aktiven Beitrag zu leisten und sich flexibel auf Veränderungen und Anpassungen in ihrem ursprünglichen Konzept einzustellen. Förderlich für eine Anerkennung als freier Jugendhilfeträger wirkt es sich aus, wenn sich die Beratungsstelle in diesem Verhandlungsprozess als professioneller und kompetenter Leistungsanbieter darstellen kann, der Vereinbarungen einhält, sich gut über die vorhandene örtliche Bedarfslage sowie die entsprechende Infrastruktur und Jugendhilfelandschaft informiert und dementsprechend das eigene Angebot konzeptionell in die vorhandene Angebotspalette anderer Träger integriert hat. Trotz dieser administrativen Hürden ist eine Anerkennung als Träger der freien Jugendhilfe mit einigen Vorteilen verbunden. Dazu zählen etwa die folgenden institutionellen Privilegien

- Möglichkeit der Mitgliedschaft im Jugendhilfeausschuss,
- Teilnahme an Arbeitsgemeinschaften, Beteiligung in der Jugendhilfeplanung),
- eine Förderung in materieller und finanzieller Hinsicht (§ 74 KJHG) sowie
- die Beteiligung oder Übertragung von Aufgaben der Jugendhilfe im Rahmen von § 76 KJHG.

Nach Abschluss dieser Vorverhandlungen werden Vertragsvereinbarungen auf Grund ihrer jugendpolitischen Bedeutung dem Jugendhilfeausschuss zur Entscheidung vorgelegt. Grundsätzlich kann ein freier Träger auch direkt beim Jugendhilfeausschuss den Abschluss eines Leistungsvertrages beantragen. Ohne vorherige Abstimmung mit dem Jugendamt wird ein solcher Antrag erwartungsgemäß aber zur weiteren Sonderung und Beurteilung an die Verwaltung verwiesen. Erfolg versprechender ist es erfahrungsgemäß, mit dem Jugendamt zunächst Fragen des Bedarfs, Vertragsinhalte und den beantragten Finanzrahmen abzustimmen. Bei der Entscheidungsfindung im Jugendhilfeausschuss können auf Grund der Zusammensetzung und Funktion dieses Gremiums neben fachlichen Gesichtspunkten auch finanzielle und politische Aspekte eine Rolle spielen, die manchmal nicht zur gewünschten Entscheidung führen (diese entsprechen den schwer oder gar nicht zu beeinflussenden exogenen Faktoren des oben vorgestellten Modells).

In zeitlicher Hinsicht ist bei der Beantragung zu berücksichtigen, dass sowohl die oben beschriebenen Vorverhandlungen als auch die Entscheidungsprozesse kommunaler Entscheidungsgremien erfahrungsgemäß - von ersten Vorüberlegungen bis zur abschließenden Beschlussfassung – zusammengenommen durchaus ein Jahr in Anspruch nehmen können. Sofern es sich im Rahmen des Antrages um nennenswerte Beträge zur Finanzierung eines neuen Angebotes handelt, wird das Jugendamt diese Mittel nur bis zu einer bestimmten Höhe aus laufenden Mitteln finanzieren können und ansonsten vermutlich als Haushaltsposition in den Haushaltsplan des Folgejahres einbringen. Daher gilt es die entsprechenden Anträge möglichst frühzeitig zu stellen. Erste interne kommunale Haushalts- und Budgetaufstellungen erfolgen in der Regel bereits im Sommer des Vorjahres, die politischen Beratungen über das Budget des Folgejahres vielfach direkt nach der Sommerpause bzw. im Frühherbst. Budgetentscheidungen im Jugendhilfeausschuss und anderen politischen Gremien werden dann Ende des Jahres bzw. zu Beginn eines neuen Haushaltsjahres getroffen. Gelegentlich verzögern sich diese Entscheidungen noch länger, was zu großen Unsicherheiten bei Anbietern führt. Diese zeitlichen Abläufe variieren in den Kommunen, folgen aber grundsätzlich dem beschriebenen Muster. Details des Ablaufes der Budgetplanung

sind den kommunalen Verhandlungspartnern (etwa dem Jugendamt) aber bekannt und sollten dort erfragt werden, um das eigene Vorgehen zielgerichteter planen zu können. Um eine möglichst schnelle Beschlussfassung zu befördern, ist es daher sinnvoll, den Antrag auf Förderung nach Abschluss der Abstimmung und Verhandlung mit dem Jugendamt beschlussreif vorzulegen, wenn im Frühjahr der Haushalt des Folgejahres in den Fachausschüssen beraten wird.

Einzelfallbezogene Förderung von Leistungsangeboten

Neben der institutionellen Förderung einer Beratungsstelle als Träger der freien Jugendhilfe in Form von Leistungsverträgen und –vereinbarungen, kann diese auch individuelle Hilfen zu Erziehung (§§27 – 35a KJHG) beantragen. Dabei handelt es sich Leistungen, für die ein individueller Rechtsanspruch besteht. Zu den in der Praxis geläufigsten Hilfeformen, die auch von einer Suchtberatungsstelle angeboten werden können, zählen die folgenden Leistungen

-  Hilfe zur Erziehung (§ 27 KJHG)
-  Erziehungsberatung (§28 KJHG)
-  Soziale Gruppenarbeit (§ 29 KJHG)
-  Erziehungsbeistandschaft, Betreuungshelfer (§ 30 KJHG)
-  Sozialpädagogische Familienhilfe(§31 KJHG)
-  Erziehung in einer Tagesgruppe (§32 KJHG)
-  Vollzeitpflege (§33 KJHG)
-  Heimerziehung(§34 KJHG)
-  Intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§ 35 KJHG)
-  Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a KJHG)

Voraussetzung für die Finanzierung einer dieser Leistungen aus Mitteln der Jugendhilfe ist, dass einer der Personensorgeberechtigten eine solche Hilfe vor Beginn der Leistungen beantragt. Dies kann nicht durch das Kind oder Jugendlichen selbst bzw. eine Institution geschehen. Ein Personensorgeberechtigter hat nach §27 KJHG einen Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung, wenn vom örtlichen Träger der Jugendhilfe

festgestellt wird, dass ohne eine sozialpädagogische Hilfe eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht sichergestellt ist. Dabei muss die beantragte Hilfe geeignet und notwendig sein. Die Begleitung und Betreuung von Erziehungsberechtigten bei der Beantragung von Hilfen zur Erziehung konfrontiert Beratungseinrichtungen regelmäßig mit zwei Problemen:

- ⌚ Zum einen scheuen die Personensorgeberechtigten oft eine Beantragung solcher Hilfen, weil sie bei der Beantragung die problemverursachenden Faktoren und die Familiensituation offenlegen müssen, womit für sie die Angst vor Stigmatisierung, einem Entzug der elterlichen Sorge und totaler Offenlegung ihrer Probleme vor einer staatlichen Einrichtung verbunden ist.
- ⌚ Zweitens kann sich der anschließende Prüfungs- und Entscheidungsprozess seitens des Jugendamtes abhängig von der Komplexität des zu beurteilenden Sachverhaltes über einen längeren Zeitraum hinziehen, der von den Antragstellern manchmal als zu langwierig wahrgenommen wird. Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn zur Entscheidungsfindung die Hinzuziehung oder Stellungnahme weiterer Fachkräfte oder externer Experten (Ärzte o.ä.) erforderlich ist.

Hinsichtlich einer Abwägung dieser beiden Finanzierungsformen von Jugendhilfeleistungen in einer Beratungsstelle ist festzustellen, dass die Finanzierung der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen einer Suchtberatungsstelle über die individuellen Hilfen zur Erziehung nach dem KJHG immer eine Einzelbeantragung durch die Erziehungsberechtigten beim Jugendamt bedeutet. Dabei müssen die individuellen Voraussetzungen zur Hilfeleistung in jedem Einzelfall dargelegt werden, dies ist für eine dauerhafte Sicherung der Kinder- und Jugendarbeit in einer Suchtberatungsstelle oft ein sehr aufwendiger Prozess. Im individuellen Einzelfall wird dies immer wieder erforderlich und unumgänglich sein, selbst wenn grundsätzlich ein Leistungsvertrag besteht, der aber die konkreten Hilfen nicht mit einschließt. Zu empfehlen ist jedoch jeder Suchtberatungsstelle, die dauerhaft Kinder- und Jugendhilfeangebote installieren möchte, den im ersten Anlauf sicherlich hürdenreicheren Weg der institutionellen Förderung durch einen Vertrag oder eine Leistungsvereinbarung anzugehen, um eine kontinuierliche Arbeit mit dieser Zielgruppe sicherzustellen.

Zusammenfassend lassen sich aus Sicht eines Jugendamtes die folgenden Anforderungen und Voraussetzungen an eine Suchtberatungsstelle formulieren, wenn diese individuelle oder vertragsbasierte Leistungen beantragen will, um dauerhaft mit Kindern suchtkranker Eltern arbeiten zu können:

- ❖ Kooperationsfähigkeit und Vernetzungsbereitschaft mit den Trägern der Jugendhilfe
- ❖ Anerkennung als Träger der Jugendhilfe
- ❖ Erfahrungen im Feld der Jugendhilfe
- ❖ Professionelles, auf Qualität, Weiterentwicklung , Effektivität und Dauer, sowie Bedarfsdeckung angelegtes Konzept
- ❖ kompetenter Vertrags- und Verhandlungspartner
- ❖ Kenntnisse im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)
- ❖ Flexibilität, Fachwissen und Engagement bei der Hilfekonzipierung
- ❖ Kenntnisse der örtlichen Jugendhilfestrukturen
- ❖ Durchhaltevermögen bei langwierigen Vertrags- und Antragsverfahren

Insgesamt betrachtet formuliert diese Anforderungsliste hohe fachliche Standards an den Träger einer Suchtberatungsstelle und natürlich auch für die potenziellen Vertragspartner.

Im individuellen Einzelfall vor Ort kann es ganz problemlos und kurzfristig gelingen, ein Angebot der Kinder- und Jugendhilfe in einer Suchtberatungsstelle zu installieren. Dies ist erfahrungsgemäß tendenziell eher der Fall, wenn es bereits gewachsene und verankerte Kooperationsbeziehungen zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe gibt. Langwierig gestalten sich die beschriebenen Prozesse insbesondere dann, wenn die Kooperationspartner erstmals zu Vereinbarungen kommen müssen und die notwendige Basis hierfür erst im Spannungsfeld der immer schwierigeren finanziellen Rahmenbedingungen entwickelt werden muss.

Für die Implementierung eines Angebotes für Kinder suchtkranker Eltern und dessen Verankerung im lokalen Hilfesystem lassen sich sieben grundsätzliche Arbeitsschritte im Überblick zusammenfassen:

Erster Schritt: Die Leitungsebene

Träger und die Geschäftsführung überzeugen, dafür materielle und inhaltliche Argumentationssammlung

Zweiter Schritt: Die Mitarbeiterebene

Mitarbeiter einbeziehen, überzeugen und motivieren; Benennung einer Projektgruppe

Dritter Schritt: Die örtliche Infrastruktur

Jugendhilfeträger erkunden, Kontakte herstellen, Verbündete / Interessenten (auf-)suchen

Vierter Schritt: Die fachlichen Grundlagen

Konzepterstellung, Leistungsbeschreibung, Informationsvermittlung (ggf. Fachöffentlichkeit, Klienten)

Fünfter Schritt: Das Jugendamt

Kontaktaufnahme mit der Leitung (und Mitarbeitern), Vortrag über Ziele des Angebotes, Meinungsaustausch

Sechster Schritt: Die Kooperation mit dem Jugendamt

Überarbeitung und Feinabstimmung der Konzeption, Zeitplanung für Wiedervorlage, umfassende Vorbereitung auf Gespräch mit dem Jugendhilfeausschuss

Siebter Schritt: Der Jugendhilfeausschuss

Abschluss eines Leistungsvertrages mit dem Jugendamt (nach positivem Entscheid des Jugendhilfeausschusses)

b. Verortung des Angebotes im regionalen Hilfesystem

In organisatorischer Hinsicht lassen sich verschiedene Modelle unterscheiden, wie ambulante Angebote für Kinder suchtkranker Eltern in einem regionalen Hilfesystem verankert werden können. Grundsätzlich lassen sich drei typische Organisationsformen unterscheiden:

- ◉ Spezielle Angebote für die Kinder suchtkranker Eltern können bei einem Träger angesiedelt sein - etwa der Sucht-, Drogen- oder Jugendhilfe -, richten sich aber dezidiert an alle betroffenen Kinder in den verschiedenen Hilfesystemen. Individuelle Unterstützungsmaßnahmen, die etwa auf die Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit der Eltern/-teile abzielen, verbleiben aber bei den entsprechenden Fachstellen. Wesentlich für den Erfolg von Hilfen für Kinder ist in einer solchen Organisationsform u.a., dass eine enge Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Fachkräften der Hilfesysteme gepflegt wird und die verschiedenen Interventionen insgesamt eine gleichgerichtete Zielsetzung verfolgen.⁹
- ◉ Davon zu unterscheiden sind Strukturen, in denen alle Interventionen fall- und familienorientiert aus einer Hand erfolgen. Schwerpunktmäßig bestehen in solchermaßen organisierten Projekten die Interventionsziele darin, die abhängigen Eltern an das bestehende Suchthilfesystem heranzuführen und darüber hinaus den Kindern Maßnahmen aus dem Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendhilfe anzubieten.
- ◉ Schließlich können auf die Bedürfnisse von Kindern suchtkranker Eltern ausgerichtete Maßnahmen aber auch ohne Anbindung an einen einzelnen Träger oder die Entwicklung spezieller Angebote realisiert werden. In solchen Netzwerkstrukturen trägt etwa eine Koordinationsstelle dafür Sorge, dass die Interessen und Bedürfnisse der Kinder in allen Teilen des Hilfesystems Berücksichtigung finden. In Form von Fallkonferenzen o.ä. werden die Lebenssituationen der Kinder von allen tangierten Fachkräften erörtert und es findet ggf. eine Vermittlung in bereits bestehende Unterstützungsangebote statt.

Für eine relativ lose Anbindung von Unterstützungsangeboten für Kinder suchtkranker Eltern an einen einzelnen Träger spricht die Beobachtung, dass die Klienten der verschiedenen Säulen lokaler Hilfesysteme Berührungsängste bei der Anspruchnahme institutionsfremder Angebote haben.

Die Erfahrungen im Projekt *Fitkids* haben beispielsweise bestätigt, dass es sich als überaus schwierig erwiesen hat, alkoholkranke Eltern und deren Kinder mit dem Angebot zu erreichen.

c. Zielgruppenanalyse

Möglichst genaue Kenntnisse der unterschiedlichen Zielgruppen eines Angebotes sind in verschiedenerlei Hinsicht von Bedeutung für dessen erfolgreiche Implementierung. Zum einen gilt es, Informationen darüber zu erlangen, wie groß die avisierten Adressatengruppen des Angebotes (drogen- und/oder suchtkranke Klienten, professionelle Akteure, angehörige Kinder und Jugendliche etc.) überhaupt sind. Das ist notwendig, um die Angebote adäquat ausgestalten und zu einem späteren Zeitpunkt feststellen zu können, ein wie großer Anteil dieser Zielgruppen mit den ergriffenen Maßnahmen erreicht werden konnte. Aber auch inhaltlich ist eine möglichst genaue Kenntnis der Adressaten für den Erfolg der Maßnahmen von Bedeutung. Richtet sich ein Schwerpunkt der intendierten Maßnahmen beispielsweise auf die Information, Weiterbildung und Sensibilisierung der regionalen Fachöffentlichkeit, empfiehlt sich vor Erarbeitung konkreter Inhalte die Erstellung einer Strukturskizze, in der systematisch die Gesamtheit der potenziell in Frage kommenden Adressaten des jeweiligen Bezugsraumes erfasst sind. Anhand dieser Informations- und Bezugsdaten lässt sich eine Priorisierung der wichtigsten Akteure und Einrichtungen vornehmen sowie ein Verteiler für die zielgerichtete Öffentlichkeitsarbeit erstellen. Zudem gilt es, die zu vermittelnden Informationen den ermittelten Empfängern anzupassen, etwa im Hinblick auf Wahrnehmungsweisen, Auftragstellungen, Handlungslogiken und Reaktionsmöglichkeiten.

Auch die Gestaltung therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen erfordert die Berücksichtigung spezifischer, suchtbedingter Voraussetzungen der Klienten, die einen Interventionserfolg fördern oder behindern können. Eine besondere Zielgruppe des Projektes *Fitkids* etwa waren substituierte drogenabhängige Eltern, deren spezifischen Lebensumstände es in Besonderem zu berücksichtigen galt, um deren Kinder für eine Teilnahme an den Hilfeangeboten gewinnen zu können.

Die Substitution Drogenabhängiger steht in verschiedenerlei Hinsicht in Wechselwir-

kung zu deren Elterndasein. Zum einen hat sich gezeigt, dass der Anteil Substituierter, die Kinder haben, größer ist als bei anderen Drogenabhängigen. Im Rahmen der Substitutionsbehandlung scheint es gelungen zu sein, einen größeren Kreis drogenabhängiger Frauen zu erreichen und so zu versorgen, dass diese Eltern werden. Des Weiteren stellt die Substitution eine Behandlungsform dar, die sich positiv auf den Schwangerschaftsverlauf auswirkt, wodurch das Risikopotenzial für ungeborene Kinder reduziert wird.¹⁰

Wie die Erfahrungen im Projekt *Fitkids* unterstreichen, ist die Substitution für Familien auch mit älteren Kindern zumeist mit verschiedenen positiven Auswirkungen verbunden. Zunächst einmal eröffnet die Substitution einen Weg aus der Illegalität der Drogenbeschaffung, womit in aller Regel eine Verbesserung der Lebenssituation der betroffenen Eltern aber auch ihrer Angehörigen verbunden ist. Die Substitution ermöglicht wieder einen geregelten Tagesrhythmus, da die Tagesabläufe nicht mehr durch die Beschaffung illegaler Drogen, die „Jagd nach dem Suchtmittel“ dominiert werden. Diese Stressreduktion erlaubt es den Müttern bzw. Eltern mehr Zeit für ihre Kinder aufzubringen und eine höhere familiäre Stabilität und Verlässlichkeit zu gewährleisten. Mit Beginn der Substitutionsbehandlung werden zudem außefamiliäre Personen mit den Suchtproblemen des abhängigen Elternteils beschäftigt, wodurch das „Familiengeheimnis“ der Suchterkrankung gelüftet und es den nichtabhängigen Familienmitgliedern erleichtert wird, ebenfalls professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Mit der Offenbarung der Suchtabhängigkeit reduziert sich die Notwendigkeit zur Leugnung und Vertuschung innerhalb und außerhalb der Familie, was ebenfalls zum Stressabbau und zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehungen beiträgt.

Trotz dieser möglichen positiven Auswirkungen der Substitution auf Drogenabhängige und deren Familien, stellt eine Substitutionsbehandlung keine Lösung der vielfältigen, mit einer Drogenabhängigkeit verbundenen Probleme dar. Sie kann als eine „Krücke“ bis zu dem Zeitpunkt angesehen werden, da die Motivation zum Entzug und zur Aufgabe des Konsums illegaler Suchtmittel stark genug ist. Diese Motivation ist während der Schwangerschaft und in der Zeit danach, wenn Drogenabhängige Eltern sind, vergleichsweise ausgeprägt.¹¹

Trotz der beschriebenen Vorteile, die mit der Substitution für die betroffenen Familien verbunden sind, ist deren Situation im Alltag problembehaftet:¹²

- ◉ Auch im Rahmen der Substitutionsbehandlung nimmt die Sucht einen großen Raum in der Familie ein. Gerade in der ersten Zeit haben die Betroffenen täglichen Kontakt zum substituierenden Arzt und regelmäßige Kontakte zur Drogenberatungsstelle. Diese Verpflichtungen müssen im familiären Alltag organisiert und kommuniziert werden. Tägliche Arztbesuche des betroffenen Elternteils wirken auf die Kinder zunächst bedrohlich und sie können sich darüber kaum außerfamiliär und auch selten mit Familienmitgliedern austauschen.
- ◉ Wenn - wie im begleitenden Projekt - die Zahl der substituierenden Ärzte einer Kommune gering ist, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die „Szene“ dort trifft und latente Problemlagen untereinander ausgetragen werden. Kinder, die ihre Eltern in solchen Ausnahmesituationen begleiten, beschreiben das Erleben anderer Suchtkranker als für sich ausgesprochen unangenehme und belastende Erfahrung.
- ◉ Substitute vermindern den Suchtdruck der Betroffenen, haben aber zugleich zur Folge, dass diese sich sehr viel deutlicher mit ihren vielfach prekären Lebensbedingungen auseinandersetzen können und müssen. Soziale, finanzielle, gesundheitliche und sonstige vielfältige Probleme treten wieder zu Tage und werden als Überforderung empfunden. Rückfälle und Beigebrauch stellen für die Abhängigen häufig Möglichkeiten dar, um sich rasch Erleichterung zu verschaffen, ungetagt der möglichen Konsequenzen und Auswirkungen für ihre Angehörigen und Kinder.
- ◉ Angesichts dessen sind die unbeständigen Alltagssituationen der Kinder mit Beginn der Substitutionsbehandlung nicht beendet, sondern bewegen sich in noch stärkerem Maße zwischen Hoffen auf Veränderung und Verbesserung sowie bangiger Erwartung von Rückfällen.

Diese typischen Entwicklungsverläufe und Problemlagen einer spezifischen Zielgruppe - wie beispielsweise substituierter Drogenabhängiger- zu kennen, erleichtert und ermöglicht die Entwicklung angemessener Hilfen und Unterstützungsangebote – im Besonderen für die Kinder.

d. Öffentlichkeitsarbeit und Fortbildung

Eine erste unabdingbare Voraussetzung dafür, die mitunter sehr schwer zugänglichen Zielgruppen, wie sucht- und drogenabhängige Eltern sowie deren Kinder mit einem speziellen Angebot überhaupt erreichen zu können ist eine effektive Öffentlichkeitsarbeit. Betroffene Eltern die Zugang zu den Suchthilfestellen finden, stellen nur die Spitze eines Eisberges potenziell bedürftiger Familien dar. Der wesentlich größere Teil der Zielgruppe ist in den Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe zu finden, wo sie zwar ggf. durch ihr Verhalten auffallen, dies jedoch häufig nicht als Symptomatik verstanden wird, die auf Suchtprobleme in der Familie hinweist.¹³ Diesbezüglich besteht ein hoher Bedarf an Information, Sensibilisierung und Unterstützung für Institutionen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe (sozialpädagogische Familienhilfen, Allgemeine Soziale Dienste, Erziehungsberatungsstellen etc.), Betreuungseinrichtungen für Kinder (Kindergärten und –horte) sowie Einrichtungen des Gesundheitssystems (Entbindungsstationen, gynäkologische Stationen, Methadonambulanzen, psychologischer Dienst etc.). Inhaltlich sollte eine Beratungsstelle mit Hilfeangeboten für Kinder aus suchtblasteten Familien daher Informations- und Fortbildungsangebote offerieren, die u.a. die folgenden Schwerpunkte beinhalten:¹⁴

- ◉ Wie kann die unterschiedliche Symptomatik der betroffenen Kinder erkannt und verstanden werden?
- ◉ Welches sind die wesentlichen Belastungen, denen Kinder in suchtblasteten Systemen ausgesetzt sind?
- ◉ Wie kann größere Sicherheit im Umgang mit diesen Kindern entwickelt werden, um sie zu entlasten und zu fördern?
- ◉ Welche Ressourcen sind in den verschiedenen Einrichtungen des Hilfesystems vorhanden und wie können diese genutzt werden?
- ◉ Welche Orientierungshilfen gibt es zur Einschätzung der familiären und sozialen Situation sowie des Krankheitsverlaufes der Abhängigen?

Wichtig ist es dabei, die Kinder nicht aus dem zentralen Fokus zu verlieren und stattdessen über Gebühr auf die Aufklärung und Wirkung verschiedener Suchtmittel sowie auf die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Eltern einzugehen.

Die Erfahrung in Wesel belegt die Notwendigkeit das Hilfeangebot in regelmäßigen Abständen bei den genannten Institutionen in Erinnerung zu bringen, insbesondere wenn diese keinen kontinuierlichen und direkten Kontakt zur Sucht- oder Drogenberatungsstelle unterhalten. Neben personeller Fluktuation in den Einrichtungen mag ursächlich dafür sein, dass betroffene Eltern mit ihrer Suchterkrankung vielfach im Mittelpunkt der Beratung und Behandlung stehen, die Notwendigkeit eines eigenständigen Angebotes für Kinder hingegen zu wenig gesehen wird und aus dem Blick gerät.¹⁵

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit muss es sein, die Betroffenen an möglichst vielen Stellen auf das Hilfeangebot aufmerksam zu machen. Dazu erscheint es sinnvoll aber nicht ausreichend, Informationsmaterialien mit Hinweisen auf die Unterstützungsangebote für Kinder auszulegen und darauf zu vertrauen, dass diese im Bedarfsfall ausgehändigt werden. Vielmehr bedarf es der wiederholten und kontinuierlichen Sensibilisierung und Aufklärung von Fachkräften und Multiplikatoren.

Örtliche Presse- und Medienkampagnen, die über die Situation von Kindern suchtkranker Eltern aufklären und vorhandene Hilfeangebote einer breiten kommunalen Öffentlichkeit bekannt machen sollen, können von den Betroffenen selbst leicht als stigmatisierend empfunden werden und ersetzen daher keine niederschwellige kontinuierliche Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit.

e. Auf- und Ausbau von Kooperationsstrukturen

Mit den oben dargestellten Vorteilen bestehender Kooperationsbeziehungen im lokalen Hilfesystem gerät ein weiteres Kriterium zur Beurteilung der Prozessqualität eines Angebotes in den Blick, das in den letzten Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen hat. Die strukturell verankerte Kooperation von Suchtberatungsstellen mit dem Jugendamt, aber auch anderen Einrichtungen des Hilfesystems auf lokaler Ebene wird insbesondere aus folgenden Gründen zunehmend wichtiger:

-  Förderliche Bedingung, wenn nicht sogar notwendige Voraussetzung für eine feste Etablierung von Angeboten für Kinder aus suchtbelasteten Familien ist, wie oben bereits angedeutet, der Aufbau funktionsfähiger Kooperationsstrukturen zu anderen Einrichtungen des Hilfesystems.



Mit den gesetzlichen Neuregelungen des §8a SGB VIII zum Schutz des Kindeswohls rückt die Notwendigkeit zur Entwicklung eines tragfähigen kooperativen Handlungskonzeptes für alle Einrichtungen verstärkt in den Fokus, die Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder offerieren. In besonderem Maße gilt dies für eine Suchtberatungsstelle, wenn sie mit Kindern aus der Risikogruppe suchtbla- steter Familien arbeiten.

Von möglichen Problemen der Kinder suchtkranker Eltern sind verschiedene Hilfesystem, wie z.B. die Jugendhilfe, die Sucht- und Drogenhilfe oder die medizinische Primärversorgung tangiert. Hinsichtlich der Handlungsaufträge dieser Professionen sind in Bezug auf die Zielgruppe Schnittmengen festzustellen, die ein abgestimmtes und kooperatives Agieren der Akteure sinnvoll und notwendig erscheinen lassen. Die genannten Arbeitsbereiche kooperieren in der Praxis oftmals aber nur wenig miteinander oder hegen gar Vorurteile gegeneinander. Auch intrasektoriell lassen sich solche Abstimmungs- und Kooperationsdefizite attestieren, wie etwa zwischen sucht- und drogenspezifischen Hilfeträgern.¹⁶ Eine strukturell verankerte Kooperation etwa zwischen Jugendhilfe und Suchtberatung ist nach wie vor keine übliche Praxis. Die Zusammenarbeit dieser, wie auch der anderen Säulen des Hilfesystems basiert häufig auf der Basis bestehender persönlicher Kontakte und ist selten fester Bestandteil der örtlichen Vernetzungsstrukturen. Kooperationsbarrieren stellen dabei die vielerorts noch bestehenden gegenseitigen Vorurteile sowie unterschiedliche Spezialisierungen der Hilfesysteme dar, die einen gemeinsamen Blick auf die Gesamtsituation eines Klienten und seiner Familie verstehen.

Auf Seite der Jugendhilfe sind der Sucht- und Drogenhilfe gegenüber nach wie vor etwa folgende Vorbehalte anzutreffen:



Mitarbeiter in Sucht- und Drogenberatungsstellen fühlten sich in erster Linie ihren Klienten, den suchtkranken Erwachsenen gegenüber verpflichtet. Die Interessen der Kinder würden dabei nicht in ausreichendem Maße wahrgenommen.



Auch eine Gefährdung, Vernachlässigung oder Traumatisierung betroffener Kinder werde billigend in Kauf genommen, weil primär die Gesundung oder Stabilisierung der suchtkranken Eltern im Vordergrund stünde.

- ◉ Zudem sei die Kommstruktur in Suchtberatungsstellen zu unverbindlich, um Hilfen für Kinder suchtkranker Eltern sicherzustellen.

Aber auch seitens der Suchtkrankenhilfe spielen Vorbehalte der Jugendhilfe gegenüber immer noch eine Rolle:

- ◉ Jugendämter werden in erster Linie als Interventions- und Kontrollinstanzen wahrgenommen.
- ◉ Die Zusammenarbeit berge daher die Gefahr für die Klienten, dass ihnen die Kinder weggenommen würden.
- ◉ Dem Jugendamt werden ausreichende Fachkenntnisse in den Bereichen der Suchtprävention, den Erscheinungsbildern von Sucht sowie ein entsprechend professioneller Umgang mit süchtigen Eltern abgesprochen.
- ◉ Schließlich gelten die Arbeitsweisen der Jugendhilfe als zu bürokratisch und unflexibel in der Kooperation.

Solche Vorbehalte und die Unkenntnis der Arbeitsweisen anderer Hilfesysteme behindern das Zustandekommen von Kooperation. Notwendigerweise müssen daher die vorurteilsbelasteten „Bilder“ von der Arbeit der jeweils anderen Organisation angesprochen und ausgeräumt werden, um eine auf Dauer angelegte Kommunikations- und Kooperationsbasis zu schaffen. Die Notwendigkeit der Kooperation ergibt sich bei der Arbeit mit suchtblasteten Familien bereits aus deren inneren Strukturen. Auf Grund der häufig sehr diffusen, in Bezug auf Rollen, Generationsgrenzen und Verantwortlichkeiten verworrenen Konstellationen in suchtkranken Familien, ist die Klarheit der helfenden Institutionen von besonderer Bedeutung, um den Familienmitgliedern Orientierung zu geben und Spaltungstendenzen vorzubeugen. Leicht kann es in der Praxis geschehen, dass Fachkräfte verschiedener involvierter Institutionen - in ihrer jeweils auf die Eltern oder die Kinder gerichteten Perspektive - zu abweichenden Einschätzungen über ein geeignetes Vorgehen gelangen oder gegeneinander ausgespielt werden.¹⁷

Neben dem Abbau von Vorurteilen als Kooperationshemmnissen haben sich für den Bereich der Jugendhilfe Voraussetzungen für erfolgreiche Kooperationen als evident erwiesen¹⁸, die ohne Einschränkung auch auf andere Hilfesysteme übertragbar sind,

und sich auch bei der Begleitung des Kooperationsprojektes in Wesel als wesentlich erwiesen haben. Danach lassen sich Gelingensvoraussetzungen unterscheiden, die sich unterteilen in Aspekte des Kooperationszusammenhangs, des Individuums sowie der jeweiligen Herkunftsorganisation.

Für den Bereich des Kooperationszusammenhangs lassen sich unterschiedliche zeitliche Phasen mit spezifischen Anforderungen differenzieren. Zu Beginn einer Kooperation stellen die Verständigung über gegenseitige Erwartungen, Ziele und Arbeitsformen; die Herstellung von Verbindlichkeit durch Einordnung in einen rechtlichen und akteursbezogenen Kontext sowie die Verständigung über vorhandene Ressourcen wesentliche Voraussetzungen dar.

Im Verlauf der Kooperation sind der Aufbau von Vertrauen und gegenseitiger Offenheit der Beteiligten untereinander sowie eine personelle Kontinuität, die Klärung der zeitlichen Perspektive der Zusammenarbeit, ein erkennbares Profil des Kooperationszusammenhangs, das Vorhandensein eines Informationsknotenpunktes zur Sicherstellung des Informationsflusses, die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, gemeinsamer Zielsetzungen sowie eine realisierbare Arbeitsplanung wesentliche Erfolgsvoraussetzungen.

Auf individueller Ebene lassen sich

-  die Bereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation,
-  die Kenntnis der Kooperationsbereiche,
-  Kenntnis des individuellen Nutzens von der Kooperation,
-  sowie das Wissen über die Kooperationspartner in Bezug auf deren interne Struktur, Personalressourcen, Handlungsgrundlagen und Zuständigkeiten als wesentliche Bedingungen gelingender Kooperation benennen.

Hierzu gilt es, eine Klärung von und Verständigung über die verschiedenen Aufgaben und gesetzlichen Aufträge, Qualitätsstandards sowie Arbeitsweisen und Methoden der beteiligten Institutionen sicherzustellen. Für Fachkräfte einer Suchtberatungsstelle bedeutet dies beispielsweise, sich mit kinder- und jugendspezifischen Arbeitsansätzen vertraut zu machen und sich dauerhaft in diesem Bereich (etwa über gesetzliche Veränderungen) weiterzubilden. Aber auch für die Mitarbeiter der Jugendhilfe ist es

notwendig, sich mit der Arbeitsweise und fachlichen Ansätzen der Suchtkrankenhilfe vertraut zu machen und Entscheidungsabläufe in der Jugendhilfe zu vermitteln. Unterschiede der Kooperationspartner müssen dabei respektiert und alle Beteiligten als gleichwertig anerkannt werden.

Die dritte Ebene betrifft die Herkunftsorganisationen in der Kooperation. Als Voraussetzungen für deren Erfolg lassen sich auf dieser Ebene die folgenden Faktoren benennen:

- ☒ Die Kompatibilität der mit der Kooperation verbundenen Ziele und Nutzwertungen mit anderen originären Zielen der beteiligten Einrichtungen.
- ☒ Das Gelingen von Abstimmungs- und Klärungsprozessen innerhalb einer Institution.
- ☒ Die Verankerung der Kooperation im Aufgabenspektrum von einzelnen Personen, verbunden mit einer entsprechenden zeitlichen Ressourcenausstattung.
- ☒ Die Akzeptanz und Beachtung von Ergebnissen der Kooperation.

Zum einen stellt die aktive Kooperationsbereitschaft einer Suchtberatungsstelle mit der örtlichen Jugendhilfe damit eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen dar, ohne die deren dauerhafte und strukturelle Einbindung in das lokale Hilfesystem kaum möglich ist.

Zusätzliches Gewicht hat die Entwicklung arbeitsfähiger und stabiler Kooperationsbeziehungen der verschiedenen Hilfesysteme auf örtlicher Ebene durch die Einführung des §8a SGB VIII erhalten, der einen verbesserten Schutz vor Fällen der Kindeswohlgefährdung gewährleisten soll.

f. Die Bedeutung des §8a SGB VIII für Sucht- und Drogenberatungsstellen

Das ab 01.10. 2005 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsge-
setz (KICK) präzisiert durch verschiedene neu gefasste oder neu eingefügte Normen den Schutz bei Kindeswohlgefährdung. Neben verschiedenen anderen Normen ist damit auch der §8a SGB VIII verabschiedet worden, der den Schutzauftrag bei Kin-

deswohlgefährdung konkretisieren soll. Einen gravierenden Bedeutungszuwachs hat der Begriff der „Kindeswohlgefährdung“ durch die Einführung des § 8a SGB VIII insbesondere für freie Träger erfahren. Im Wesentlichen hat der Gesetzgeber juristische Vorgaben hinsichtlich des Verfahrensablaufes aufgestellt, durch die bestimmt wird, dass das Jugendamt (als öffentlicher Träger) bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes durch das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte die Gefährdung abzuschätzen hat. Bei anderen (freien) Trägern ist durch Vereinbarungen sicherzustellen, dass diese ähnlich verfahren und eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen.“ Ein Novum stellt die verpflichtende Einbindung einer Fachkraft dar, die nach alter Rechtslage nicht vorgesehen war. Unverändert stehen Fachkräfte des Jugendamtes jedoch vor dem Problem, entscheiden zu müssen, ob noch eine Hilfe zur Erziehung angeboten werden soll, wenn eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung seitens der Eltern nicht gewährleistet ist, oder ob durch ein Familiengericht in die elterliche Sorge (nach § 1666 BGB) eingegriffen werden muss, woran hohe juristische Hürden geknüpft sind. Wird das körperliche, geistige und seelische Wohl von Kindern durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder durch das Verhalten eines Dritten gefährdet, so liegt eine Kindeswohlgefährdung vor (§ 1666 BGB). Die Eltern sind dann in der Pflicht, diese Gefahren für ihr Kind abzuwenden. Hierzu kommen die Leistungen der Jugendhilfe als unterstützende Maßnahmen in Betracht. Wenn die Eltern nicht Willens oder in der Lage sind, auch mit angebotener Unterstützung durch die Jugendhilfe die Gefahr für ihr Kind abzuwenden, so hat das Familiengericht die erforderlichen Schutzmaßnahmen zu treffen. Gerade Eltern mit Suchtproblemen haben häufig große Schwierigkeiten, Jugendhilfeleistungen in Anspruch zu nehmen, auch wenn ihre Kinder diese benötigen. Diese Zurückhaltung basiert u.a. auf erheblichen Schuld- und Schamgefühlen der Eltern und auf der Sorge, dass die Suchterkrankung grundsätzlich als Indiz für eine Kindeswohlgefährdung gewertet wird.

Suchterkrankungen sind tatsächlich grundsätzlich Anhaltspunkte des Jugendamtes für eine möglicherweise vorliegende Kindeswohlgefährdung. Die freiwillige Inanspruchnahme von Hilfen zur Erziehung und eine enge, verantwortungsbewusste Zusammenarbeit der Eltern mit dem Jugendamt sind aber die besten Voraussetzungen,

dass es nicht zur einer Einschätzung von Seiten des Jugendamtes kommt, dass hier in das Elternrecht eingreifende Maßnahmen erforderlich sind.

In diesem Verfahren ist sehr entscheidend, wie und ob die Eltern sich engagieren, um die Gefahren für ihre Kinder abzuwenden und an welchem Punkt die Jugendhilfe die Notwendigkeit des Eingreifens auch gegen den Willen der Eltern festlegt. Hier ist die Jugendhilfe gehalten, ihr Vorgehen, ihre fachlichen Einschätzungen und Handlungsweisen so transparent und eindeutig wie möglich für alle Beteiligten zu machen. In diesen Prozess der Feststellung einer möglichen Kindeswohlgefährdung werden durch § 8 a Abs.2 SGB nun auch freie Träger explizit mit einbezogen. Trotz einer großen Anzahl vorliegender Interpretationen und Empfehlungen herrscht in der Praxis gerade bei den freien Trägern große Unsicherheit hinsichtlich der Bedeutung, Anwendung und Umsetzung der neuen Norm.¹⁹

Es gibt es in vielen Orten inzwischen Kooperationsvereinbarungen zwischen der öffentlichen Jugendhilfe, Trägern von Maßnahmen und den Wohlfahrtverbänden, die hierüber deutliche Aussagen treffen. Die Einführung des § 8a verpflichtet die öffentliche Jugendhilfe, Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten (auch mit Selbsthilfeorganisationen) zu treffen, die Aussagen beinhalten über Definition, Vorgehensweise, Beteiligung der Betroffenen, Rollen und Aufgaben bei Fällen von Kindeswohlgefährdungen. Diese Vereinbarungen sind notwendig, um eine eindeutige Kooperationsbasis für alle Beteiligten zu schaffen.

Im begleiteten Projekt wurden diese Vereinbarungen in Form eines Kooperationsvertrages schon vor Erlass des § 8 a SGB zwischen dem Jugendamt, der Drogenberatungsstelle und einem örtlichen Krankenhaus geschlossen. Zielgruppe dieses Kooperationsvertrages waren zunächst schwangere drogenabhängige Frauen, drogenabhängige Mütter und Väter und deren Kinder. Erst im weiteren Verlauf der Kooperation wurden auch die Kinder alkoholabhängiger Eltern in die Zielgruppe mit einbezogen.

Neben den oben dargestellten allgemeinen Voraussetzungen zum Gelingen von Kooperationen innerhalb örtlicher Hilfesysteme haben sich für die Ausgestaltung von Kooperationsvereinbarungen zum Schutz des Kindeswohls spezifische Inhalte und Faktoren als besonders wesentlich für deren Effektivität erwiesen:

- Grundlage und Basis für die Einschätzung möglicher Fälle der Kindeswohlgefährdung sollte ein von allen Beteiligten gemeinsam entwickelter und anzuwendender Kriterienkatalog sein, der es den Mitarbeitern der verschiedenen Einrichtungen erlaubt, nach einheitlichen Indikatoren die Gefahr einer Kindeswohlverletzung einzuschätzen und vereinbarte Verfahrensschritte einzuleiten.
- Unter Berücksichtigung der verschiedenen berufsspezifischen Sozialisationen der Beteiligten gilt es, klar herauszustellen und immer wieder zu vergegenwärtigen, dass der Fokus der Kooperation in erster Linie auf die Wahrung der Interessen und des Wohls der Kinder gerichtet ist.
- Ein Grundprinzip für die Anwendung von Kooperationsvereinbarungen ist das Einverständnis der Eltern in eine Schweigepflichtsentbindung, auf die die jeweilige Einrichtung bei einem Erstkontakt explizit hinweisen muss. Dieses Erfordernis stellt die Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle vor die Herausforderung, trotzdem das Vertrauen der betroffenen Eltern zu gewinnen. In der Praxis hat sich gezeigt, dass ein solches Einverständnis bei den Betroffenen durchaus auf Verständnis stieß, wenn mit ihnen sowohl die zugrunde liegenden Kriterien für die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung als auch die daraus resultierenden Verfahrensschritte deutlich kommuniziert und sie als Eltern in die Verfahren einbezogen wurden.
- Eine wesentliche Voraussetzung für die praktische Umsetzung von Kooperationsvereinbarungen zum Schutz des Kindeswohls ist eine gegenseitige Einführung und Verständigung der Beteiligten in und über ihre Arbeitsgrundlagen und Arbeitsweisen. Diese sollte u.a. einen gemeinsamen Wissensstand aller Beteiligten zu gesetzlichen Grundlagen und Handlungsmöglichkeiten der Kooperationspartner, Aspekte der Sucht, ihrer Auswirkungen gerade auch für die Kinder sowie über Möglichkeiten der Therapie beinhalten.
- Dies kann beispielsweise wie im begleiteten Projekt in Form strukturierter und moderierter Fachgespräche geschehen oder im Rahmen gemeinsamer Fortbildungen. Auf Grund der personellen Fluktuation innerhalb der verschiedenen Einrichtungen müssen solche Veranstaltungen regelmäßig angeboten werden, um einen gemeinsamen Wissens- und Informationsstand der tangierten Mitarbeiter sicherzustellen.

-  Regelmäßige gemeinsame Treffen der Beteiligten in nicht zu langen zeitlichen Abständen stellen das Kernelement jeder Kooperation dar. Gemeinsame Einschätzungspraktiken, Kenntnisse der strukturellen, fachlichen und kulturellen Unterschiede der beteiligten Akteure und deren wechselseitige Akzeptanz, kommunikative Kompetenz im Umgang miteinander und eine klare Aufgaben- und Verantwortungsverteilung zwischen den beteiligten Professionen können sich nur durch praktische Anwendung und Übung ausbilden. Leitbild sollte die Entwicklung einer gemeinsamen Kultur sein, in deren Zentrum übergreifende Hilfen, eine abgesicherte Weitervermittlung und die Zusammenführung der vorhandenen Fachpotenziale zu einer gemeinsamen Hilfe stehen.
-  Wenngleich die Einbindung eines möglichst großen Spektrums der örtlich mit Kindern arbeitenden Institutionen in ein Netzwerk zur Unterstützung betroffener Familien und zum Schutze des Kindeswohls sinnvoll erscheint, ist nicht die Zahl der unter einer Kooperationsvereinbarung „geleisteten Unterschriften“ - der bei Gründung beteiligten Institutionen - Ausweis für die Arbeitsfähigkeit und Wirksamkeit von Kooperationsvereinbarungen. Funktionierende und stabile Kooperationsbeziehungen zeichnen sich vielmehr durch verbindlich geregelte Verantwortlichkeiten, die aktive Teilnahme der Beteiligten und eine konsequente Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Ziele und Prozederes aus.²⁰
-  Nahtstellensituationen in der Arbeit mit Kindern von suchtkranken Eltern bedingen klare Absprachen, etwa im Hinblick auf Zielgruppen, Ziele, Verfahrensabläufe und Zuständigkeiten. Es lohnt sich daher, Zeit in die Formulierung konkreter Ziele zu investieren. Unterschiedliche Interessenlagen lassen sich dabei frühzeitig erkennen und aufeinander abstimmen. Für die weitere Arbeit wird zudem ein Orientierungsrahmen geschaffen, der es erleichtert im Falle von Konflikten wieder zu einer gemeinsamen Linie zu finden.²¹
-  Fehlen solche klaren Absprachen und Verantwortlichkeiten, birgt dies u.a. die Gefahr, dass Zuständigkeiten und Verantwortung im Hilfesystem wechselseitig verschoben werden, sich Aufgabenfelder überschneiden und sich Konfliktpotentiale zwischen den Beteiligten – etwa in Bezug auf die rückblickende Einschätzung konkreter Vorgehensweisen - aufbauen. Dadurch werden nicht zuletzt auch finanzielle Ressourcen nicht optimal ausgeschöpft.

- ◉ Kooperationen bedürfen, wie die Erfahrung zeigt, nicht nur eines Initiators, sondern ebenso eines Koordinators und „Promoters“, der hilfesystemübergreifend die spezifischen Interessen der Kinder im Auge behält, den Informationsfluss zwischen den beteiligten Akteuren gewährleistet, die Einhaltung von Verfahrensabläufen sicherstellt und u.a. die regelmäßigen Treffen der Beteiligten organisatorisch vorbereitet und moderiert.
- ◉ Eine zunehmende Arbeitsbelastung der Mitarbeiter in den verschiedenen involvierten Arbeitsbereichen sowie knapper werdende finanzielle Ressourcen im Hilfe- und Gesundheitssystem erschweren eine sich dauerhaft selbsttragende Struktur von Kooperationsbeziehungen. Ohne eine zielgerichtete Koordination und Motivation der Personen und Institutionen auch über die Implementierungsphase hinaus droht die „Gefahr der Versandung“ von Kooperationsbeziehungen.²² Die Wahrnehmung von Organisations- und Koordinationsaufgaben ist – wie die Erfahrung nicht nur der begleiteten Kooperation zeigt - neben originären Zuständigkeiten und Aufgaben der Beteiligten ohne zusätzliche Ressourcen kaum zu leisten. Dies führt dauerhaft absehbar zu einem Motivationsverlust der Akteure, einem Rückgang der kooperationsbezogenen Interaktionshäufigkeit sowie einer qualitativen Verschlechterung der Zusammenarbeit.
- ◉ Eine auf Dauer angelegte Kooperation lokaler Akteure mit dem Ziel der frühen Vermittlung von Hilfen und der Sicherung des Kindeswohls erfordert daher die Bereitstellung eigener personeller bzw. finanzieller Ressourcen. Der zu erwartende Ressourcenbedarf einer solchen Koordinationsstelle ist sinnvollerweise kaum abstrakt zu ermitteln, sondern in hohem Maße abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen vor Ort sowie den Erwartungen und Anforderungen, die an ein solches Kooperationsnetzwerk gerichtet werden. Ungeachtet der Höhe der hierfür zur Verfügung gestellten Ressourcen signalisiert die Einrichtung einer solchen Koordinationsstelle die Bedeutung, die dieser Herausforderung und Aufgabe im kommunalen Hilfesystem beigemessen wird.
- ◉ Fraglich erscheint, wo eine solche Koordinationsstelle im lokalen Hilfesystem sinnvollerweise anzusiedeln wäre. Für eine enge Anbindung an das Jugendamt sprächen dessen fachliche Expertise beim Schutz des Kindeswohls, die besondere Kenntnis der örtlichen Angebotsstrukturen im Hinblick auf diese Zielgruppe sowie

das breite Spektrum vorhandener Arbeitsbeziehungen zu Einrichtungen des Hilfesystems und Gesundheitswesens. Gegen eine dortige Verortung könnten die Unsicherheit der Mitarbeiter im Umgang mit suchtkranken Eltern, deren mangelnde Kenntnisse in Bezug auf die Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf die Familie sowie vorhandene Berührungsängste und Zugangsschwierigkeiten auf Seiten der Betroffenen sprechen.

Nur wenn es gute stabile Kooperationsbeziehungen mit klaren und bewusst wahrgenommenen Verantwortlichkeiten vor Ort gibt, kann es auf Dauer ein tragfähiges, qualifiziertes Handlungskonzept zum Schutz von Kindern und Jugendlichen geben.

Literaturhinweise

¹ Ingrid Arenz-Greiving und Marcus Kober (2007): Metastudie Arbeit mit Kindern suchtkranker Eltern, Bundesministerium für Gesundheit: Forschungsbericht 010/ Gesundheitsforschung, Berlin.

² Vgl. Michael Klein (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien, In: Michael Klein (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen, Stuttgart, S. 114.

³ Vgl. Michael Klein (2005): Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Herausgeber: Michael Klein, Tanja Hof & Anne Pauly, Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung Band 1, Regensburg, S. 10.

⁴ Michael Klein (2006): Kinder drogenabhängiger Eltern. Risiken, Fakten, Hilfen. Herausgeber: Michael Klein, Tanja Hof & Anne Pauly, Schriftenreihe Angewandte Suchtforschung Band 2, Regensburg, S. 1.

⁵ Gerhard Eckstein (2003): Suchthilfe und Ökonomie – Bemerkungen zu ethischen Aspekten der Qualitätsdiskussion, S. 16 m.w.N., Beitrag auf dem 26. BundesDrogenKongress 5.-7. Mai 2003 Weimar.

⁶ Vgl. F. Treter (2003): Suchthilfe und Ökonomie – Im Spannungsfeld zwischen Evidenzbasierung, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit, S. 10, Beitrag auf dem 26. BundesDrogenKongress 5.-7. Mai 2003 Weimar.

⁷ Zu diesen verschiedenen Ansätzen der Qualitätsentwicklung und –sicherung im sozialen Bereich vgl. Michael Macsenaere und Eckhart Knab (2004): Evaluationsstudie erzieherischer Hilfen (EVAS) . Eine Einführung, S. 18.

⁸ Die nachfolgenden Ausführungen zur Beantragung von Jugendhilfeleistungen beruhen zum einen auf den Erfahrungen, die im Rahmen dieses Prozesses im Projekt *fit kids* gesammelt werden konnten und zum anderen - vor allem hinsichtlich der juristischen Voraussetzungen - auf einem Gutenachten von Petra Erger (2004): Anforderungen des örtlichen Trägers der Jugendhilfe an Suchtberatungsstellen, die mit Kindern aus suchtkranken Familien arbeiten wollen, In: Ingrid Arenz-Greiving (2004): Integration der Arbeit mit Kindern drogenabhängiger Eltern in bestehende Drogenberatungsstelle, S. 75 ff.

⁹ Vgl. zu diesen Ergebnissen der Begleitung zweier Modellprojekte Marco Puxi und Ursula Kremer-Preiß (1999): Familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen alkohol- bzw. drogenabhängiger Eltern/-teile, Endbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Band 166, Stuttgart, S. 126.

¹⁰ Vgl. Hermann Scheib und Michael Steier (2001): Hilfen für drogenabhängige Eltern und deren Kinder. Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts KiD Hilfe für Kinder von Drogenabhängigen in Karlsruhe, ISS-Referat 3/1998, S. 20 f. m.w.N.

¹¹ Dies. S. 21, m.w.N.

¹² Vgl. zur spezifischen Situation substituierter Eltern und deren Kinder in der Beratungspraxis des Projektes *fit kids* Sandra Groß (2008): Auswirkungen und Risiken für die Kinder, In: Informationen und Hilfe in Drogenfragen in Wesel e.V. (Hrsg.): Brücken bauen für Kinder substituierter Kinder. Ein Leitfaden für die praktische Arbeit von Drogen- und Jugendhilfe. Fakten, Risiken, Hilfen. Wesel, S. 16 ff.

¹³ Brigitte Münzel (2000): NETZWERK Kinder von Suchtkranken. Qualifizierungsprojekt zur Früherkennung und Frühintervention in suchtblasteten Familien, In: SKM Köln: Suchtkranke Eltern – Suchtkranke Kinder?! Informationen und Hilfemöglichkeiten, Köln, S. 35.

¹⁴ Vgl. Dies., S. 37.

¹⁵ Vgl. zu ähnlichen Beobachtungen Helga Dilger (1994): Kind-Elter-Sucht. „MAKS“: Ein Modellprojekt für Kinder aus und ihre suchtkranken Eltern. In: Ingrid Arenz-Greiving und Helga Dilger (Hrsg.): Elternsüchte - Kindernöte. Berichte aus der Praxis, Freiburg, S. 77.

¹⁶ Vgl. Michael Klein & Martin Zobel (2001): Abschlussbericht zum Projekt Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtblasteten Multiproblemfamilien (1996-1999), Ministerium für Kultur, Jugend, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz (Hrsg.), Mainz, S. 28.

¹⁷ Vgl. Brigitte Münzel und Wolfgang Scheiblich (2008): Netzwerkarbeit, In: Michael Klein (Hrsg.): Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen, Stuttgart, S. 455.

¹⁸ Vgl. Eric van Santen und Mike Seckinger (2003): Kooperation und Mythos einer Praxis. Eine empirische Studie zur inter-interinstitutionellen Zusammenarbeit am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe, München, S. 424 ff.

¹⁹ Einen Überblick juristischer Implikationen sowie weiterführende Informationen enthält eine CD der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen sowie Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008): Kind – Sucht – Familie. Wegweiser für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Suchtprävention.

²⁰ Vgl. Peter Frings (2008): „Schweigepflicht zwischen Kooperation und Kindeswohl“, Vortragsmanuskript (unveröffentlicht), S. 1.

²¹ Vgl. Institut für soziale Arbeit (2007): Soziale Frühwarnsysteme in Nordrhein-Westfalen. Die Herner Materialien zum Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten in Kindertageseinrichtungen, Münster, S. 14.

²² Theo Baumgärtner und Catharina Scharping (2006): Kinder aus suchtbelasteten Familien. Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der evaluativen Begleitung des Modellprojekts connect, BfS-Berichte EVA 23, Hamburg, S. 24.