

Im Interesse der Kinder eine angemessene Kontrolle bei Opiat- und polytoxikomaner Abhängigkeit entwickeln

Opiat-/polytoxikomane Abhängigkeit der Eltern hat für Kinder bedeutsame Folgen

Kinder von Eltern mit Suchtstörungen sind in ihrer Entwicklung einer deutlich erhöhten Belastung ausgesetzt.¹ Erfahren die Kinder die Suchtstörung der Eltern über einen längeren Zeitraum, bilden sie später selbst zu ca. 1/3 mittel- bis schwere psychiatrische Störungsbilder aus. Unberücksichtigt bleiben bei dieser Betrachtung die verminderten Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe dieser betroffenen Kinder.

Die Gruppe der opiat- bzw. polytoxikomanen Abhängigen hebt sich innerhalb der Eltern mit Suchtstörungen besonders hervor. Untersuchungen von Todesfällen von Säuglingen und Kleinkindern von Eltern mit Suchtstörungen belegen dies.² Häufig war zu beobachten, dass neben der Abhängigkeit weitere psychiatrische Störungen, vor allem die dissoziale Persönlichkeitsstörung, hinzukamen.

Abhängigkeit von illegalen Drogen bedingt in der Regel eine größere soziale Ausgrenzung bzw. geringere Aussicht auf Teilhabe von Familien am gesellschaftlichen Leben als dies bei Abhängigkeit von legalen Substanzen der Fall ist. Erfahrungen der Suchthilfe zeigen, dass illegaler Suchtmittelkonsum oft mit einem früheren Beginn der Suchtstörung einhergeht. Als Folge erwerben Betroffene in weit geringerem Umfang die erforderlichen Lebenskompetenzen. Familien mit einem oder mehreren drogenabhängigen Elternteilen haben folglich größere Defizite hinsichtlich gesellschaftlicher Integration und Teilhabe.

Lehren aus dem Fall Kevin und den Haaranalysen bei Kindern substituierter Eltern

Die Todesfälle von „Kevin“ in Bremen (2006) und auch aktuell „Chantal“ in Hamburg (Januar 2012) lenken den Blick in besonderer Weise auf die Gruppe substituierter Eltern. Ein Blick in die Dokumentation im Fall des getöteten Kevin lehrt, dass viele professionelle Fachkräfte verschiedenster Organisationen beteiligt waren, die Form der Zusammenarbeit war jedoch nicht in geeigneter Weise organisiert. Eine zentrale verantwortliche Fallführung fehlte: Ein Systemversagen!

In der Folge wurden vor Ort in Bremen Konsequenzen gezogen, vor allem indem Kapazitätsobergrenzen für die Fallführung definiert und Regeln für das Zusammenspiel der beteiligten Organisationen klarer definiert wurden.

¹ Besprechung der Situation unter anderem in: Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe: Suchtberatung bei suchtkranken Eltern zur Förderung des Kindeswohls, Berlin 2011, S. 3ff.

² Stachowske, R.: Steht das Kindeswohl nach einer Abwägung in der Suchthilfe als Priorität im Mittelpunkt? Vortrag zur Arbeitstagung der AWO Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe zum Thema „Suchthilfe und Jugendhilfe“ am 5. und 6. Februar 2009 in Berlin. www.wesd.de/texte/Vortrag_Berlin_Kindeswohl_2009.pdf.



Sicher hat dieser Fall ebenfalls dazu beigetragen, dass in vielen Kommunen die gängige Praxis überprüft und gegebenenfalls nachjustiert wurde. Von einer flächendeckenden und substanziellen Veränderung kann jedoch nicht gesprochen werden. Nach wie vor gibt es keine verbindlichen Standards und Absprachen, wie die Hilfesysteme mit abhängigen Eltern bzw. generell bei Eltern mit zusätzlichen schweren psychiatrischen Störungsbildern zu agieren haben. So fehlt im Fall von opiat- bzw. polytoxikomanabhängigen Eltern die Absprache, welche Hilfesysteme zusammenarbeiten müssen (medizinischer Bereich, Suchthilfeeinrichtung und Jugendamt mit Jugendhilfe) und innerhalb dieses Hilfesystems die Absprache, ab wann Kindeswohlgefährdung vorliegt und falls es eine Absprache über eine Grenze zur Kindeswohlgefährdung gibt, mit welchen Kontrollstandards diese überprüft wird. Für das Führen von Kraftfahrzeugen ist das geregelt, nicht jedoch für die Versorgung von Kleinkindern! Obwohl die Analysen des Falls Kevin und die anderer Fälle detailliert vorliegen, hat dies noch keinesfalls in angemessener Weise dazu geführt, dass Strukturmängel substanziell und flächendeckend angegangen wurden.

Die drogenpositiven Haaranalysen von Kindern aus Familien in denen ein Elternteil substituiert ist aus dem Jahr 2011 verdeutlichen den Fortbestand dieses Systemmangels. Zur Erinnerung: Bei Kevin wurden postmortal bereits entsprechende Mengen an Methadon und Kokain per Haaranalyse nachgewiesen, die nur durch direkte Aufnahme dieser Stoffe zu erklären sind. Das Problem ist folglich nicht neu – neu ist nur die Erregung eines gewissen medialen Aufsehens.

Erfahrungen aus Suchthilfeeinrichtungen zeigen, dass wenn Anlass bezogene Untersuchungen durchgeführt wurden, sich die Bremer Ergebnisse bestätigen. Ein in seiner Größe noch unbekanntes Dunkelfeld hinsichtlich der Verabreichung von Substituten an Kinder ist damit als sicher anzunehmen. Die Bremer Ergebnisse offenbaren keine Ausnahme, sondern weisen auf einen generellen Missstand hin: Ein Teil der Eltern, denen zur Behandlung ihr Substitut überlassen wird, verabreichen das Substitut ihren Kindern. Geprägt durch den eigenen Umgang mit den Substanzen scheinen diese Eltern diese Substanzen ebenfalls bei ihren Kindern einzusetzen z.B. in Situationen der Überforderung.

*Substitutionsbehandlung bei Opiatabhängigkeit,
psychosoziales Hilfesystem und Kinderschutz*

Eine bedeutsame Rolle hinsichtlich des vielfach fehlenden Kinderschutzes muss der Substitutionsbehandlung einschließlich der – eigentlich integrativ zu betrachtenden – psychosozialen Beratung durch die Suchtberatung zugewiesen werden.

Die Substitutionsbehandlung in Deutschland ist ein fest etablierter und unverzichtbarer Hilfebaustein bei der Behandlung von Abhängigkeitsstörungen. Inzwischen wird die übergroße Mehrheit der Opiatabhängigen mit dieser Behandlung erreicht. Es ist ein Versorgungsgrad erreicht worden, von welchem Abhängige mit anderen Diagnosen noch weit entfernt sind.



Gleichzeitig ist mit Blick auf behandelte opiatabhängige Eltern festzustellen, dass die konkrete Umsetzungspraxis offensichtlich nicht sicherstellt, dass die Kinder der Behandelten hinreichend vor negativen Folgen geschützt werden!

Gleichwohl ist nicht die Substitutionsbehandlung an sich deshalb als ungeeignet anzusehen, sondern zu konstatieren, dass ihre Umsetzung in Deutschland – abgesehen von gesondert finanzierten Modellprojekten – entsprechende Mängel in sich trägt. Es funktioniert das Zusammenspiel zwischen dem medizinischen Behandlungsteil und den psychosozialen Hilfeeinrichtungen, welche die Integration der Behandelten erreichen sollen, in Bezug auf den Kinderschutz nur unzureichend.

Angesichts in der Regel komplexer Hilfebedarfslagen bei Opiatabhängigkeit und insbesondere bei Komorbidität ist zu bezweifeln, dass unser segmentiertes Hilfesystem in Deutschland ausreichend in der Lage ist, den indirekt betroffenen Kindern angemessenen Schutz zu bieten. Dort wo ein System bereits im Normalfall lediglich den Mangel verwaltet, ist es mit den komplexen Hilfebedarfen opiatabhängiger Eltern und dem gleichzeitig erforderlichen Blick auf die Kinder überfordert. Und diese Feststellung bezieht sich noch gar nicht auf die Frage, welche Unterstützungsbedarf die Kinder benötigen würden, um ähnlich gute Entwicklungsbedingungen zu haben, wie jene Kinder, deren Eltern nicht entsprechend erkrankt sind. Es geht um das Abwenden konkreter Gefährdungssituationen.

Systemmangel beim Kinderschutz endlich anerkennen

Von Abhängigkeit betroffene und ebenso von schweren psychischen Störungen betroffene Familien sind generell durch unser segmentiertes Hilfesystem unzureichend versorgt. Dies gilt besonders für jene Familien, in dem ein oder beide Elternteil/e opiat- bzw. polytoxikomanabhängig sind.

Immens steigt das Erkrankungsrisiko für die Kinder, wenn weitere schwere psychiatrische Störungsbilder der Eltern hinzukommen (dissoziale Persönlichkeitsstörung).

Zusammengefasst ist evident, dass Kinder sterben, behindert geboren werden bzw. durch Verabreichung von Suchtstoffen zu Schaden kommen, obwohl deren suchtmittelabhängige Eltern in professionellen Hilfesystemen versorgt werden. Diese völlig unbefriedigende Situation ist strukturell teilweise analysiert, jedoch bisher nur vereinzelt angegangen worden. Es setzen sich tagtäglich Schädigungen bei Ungeborenen und Kindern fort. Bekannt werdende Todesfälle sind nur die Spitze des Eisbergs.

Umsetzung minimaler Handlungsstandards dringend erforderlich

Unabhängig davon, welche rechtlichen Konsequenzen oben getroffene Feststellungen eigentlich haben müssten – Veränderungen im Rechtssystem sind langwierig – müssen innerhalb der bestehenden Handlungspraxis rasch Anpassungen erfolgen.



Die ersten Ergebnisse des Bremer Runden Tisches vom 30.11.2011 gehen hierbei in die richtige Richtung und werden in nachfolgender Auflistung durch Erfahrungen aus der Suchtberatung der Mitglieder des GVS ergänzt:

1. Substitutionsbehandlung in der Arztpraxis:

- Der Standard bei *Beigebrauchskontrollen* ist, zumindest bei abhängigen Eltern, die Verantwortung für Kinder ausüben, deutlich zu erhöhen: Urin ist unter Aufsicht abzugeben. Bei Urinuntersuchungen müssen massenspektrografische Analyseverfahren eingesetzt werden. Parallel sind Atemalkoholkontrollen anzuwenden. Haaranalysen sollten ergänzend eingesetzt werden. In der Praxis unterbleiben diese Kontrollen aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen oder kommen nur sehr selten zum Einsatz. Dies konterkariert den Ansatz der Substitutionsbehandlung vollständig. Ein definierter Kontrollstandard muss endlich bezahlt werden!
- Bei der *Take-Home-Vergabe* existiert eine Verordnung, deren Vorgaben in der Praxis nach Beobachtungen vielfach unterschritten werden. Es ist sicher zu stellen, dass zumindest diese Standards bei behandelten Eltern nicht unterschritten werden. Den Vorgaben ist hinzuzufügen, dass keine Kinder im Haushalt leben sollten. Wird bei im Haushalt lebenden Kindern dennoch eine Take-Home-Rezept vergeben, sollte für den Arzt eine Meldepflicht an das Jugendamt bestehen.
- *Konsum von Alkohol* während der Behandlung bzw. vorliegende Alkoholabhängigkeit: Was vom Bremer Runden Tisch vorgeschlagen wurde ist schlüssig! Grundsätzlich soll eine Substitutvergabe nur bei einem Alkoholmesswert von 0,0 Promille erfolgen. Auf dem Weg dahin, besonders bei Beginn der Substitutionstherapie können Blutalkoholkonzentrationen von 0,5 Promille als vergabefähig toleriert werden.
- *Verschreibung von Tranquilizern, Hypnotika und Sedativa* an drogen-abhängige Patienten ist kontraindiziert. *Verschreibung von Neuroleptika, Antidepressiva und anderen psychotropen Medikamenten* ist ausschließlich vom oder in Absprache mit dem substituierenden Arzt vorzunehmen.

2. Psychosoziale Beratung:

- Der festgestellte psychosoziale Hilfebedarf ist von den beauftragten Suchtberatungsstellen in geeigneter Weise zu dokumentieren. Hier gibt es vereinzelt zweckmäßige Standards, die flächendeckend und homogen zur Anwendung kommen müssen.
- Für die Entscheidung, dass keine Erfordernis zur psychosozialen Betreuung besteht, bedarf es einheitlicher Kriterien in der Anwendung. Eine solche Entscheidung ist nicht unbefristet zu treffen sondern in geeigneten zeitlichen Abständen (mindestens jährlich) zu überprüfen.
- Innerhalb der Beratung muss dem Kinderschutz Rechnung getragen werden, indem die Versorgungs- bzw. Erziehungsfähigkeit von Kindern in verbindlicher Zusammenarbeit mit dem örtlichen Jugendamt festgestellt wird. Bei festgestellten Mängeln sind geeignete Jugendhilfemaßnahmen anzuregen.



3. Orientierung an Leitlinien:

Es gibt bereits gut ausgearbeitete Standards für die PSB mit substituierten Schwangeren und Eltern (Siehe im **Anhang** die „Berliner Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern“). Diese könnten flächendeckend als Orientierung dienen.

4. Zusammenarbeit substituierende Arztpraxis und psychosoziale Suchtberatung:

Der eigentlich rechtlich geforderte, jedoch in der Praxis weitgehend unerfüllte Standard, dass alle substituierten Patientinnen und Patienten vom behandelnden Arzt an die zuständigen Beratungsstellen zur Ermittlung des psychosozialen Hilfebedarfs zu überweisen sind, muss endlich rechtlich verbindlich umgesetzt werden. Eine Kontrolle dieses Standards durch das Qualitätsmanagement der ärztlichen Selbstverwaltung ist dabei nicht ausreichend, da Behandlung vielfach außerhalb des Kassenrechts erfolgt. Eine regelhafte staatliche Überwachung ist deshalb geboten. Bisher erfolgen staatliche Kontrollen allenfalls Anlass bezogen.

5. Rolle des Jugendamts:

Da die Entbindungskliniken verpflichtet sind dem Jugendamt anzuzeigen, wenn ein Baby mit Entzugssymptomen geboren wird, ist in den überwiegenden Fällen bei der Geburt eines Kindes einer substituierten Mutter das Jugendamt von Anfang an informiert und damit handlungsführend. Es sollte daher Standard sein, dass eine verbindliche Vereinbarung auf kommunaler Ebene getroffen wird. Der Kooperationsvertrag beinhaltet dabei auch die Regelung der Verantwortlichkeiten im Umgang mit den Eltern zwischen den Hilfesystemen der Jugendhilfe, der Suchthilfe und dem gesundheitlichen Versorgungssystem. Die Regelung muss sich neben suchtkranken Eltern auch auf den Fall der Schwangerschaft beziehen.

Der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (GVS) setzt sich dafür ein, dass die 5 benannten Minimal-Standards flächendeckend umgesetzt werden. Im Interesse der Kinder aus suchtbelasteten Familien, insbesondere bei Substitutionsbehandlungen, beschreiben diese Standards angemessene Rahmenbedingungen und deren Überprüfungen.

Berlin im Juni 2012

Dr. Theo Wessel, Geschäftsführer GVS

Dieses Positionspapier ist unter Mitwirkung von Magrit Stoll (Fachambulanz Kiel) und Uwe Zehr (Suchthilfezentrum Sindelfingen) aus dem GVS-Ausschuss Drogenhilfe entstanden.

Berliner Handlungsempfehlungen für die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern

vom 22.01.2007

Die psychosoziale Betreuung substituierter Menschen, die mit Kindern in einem Haushalt leben, stellt professionelle Helfer¹ vor besondere Herausforderungen. Es gibt substituierte Eltern², die ihre Erziehungsaufgaben gut meistern, anderen gelingt dies nur unzureichend. In manchen Fällen gerät der Helfer sogar in die Situation, das Kindeswohl – auch gegen den Willen der Eltern – schützen zu müssen. Er bewegt sich dann in einem Spannungsfeld, das von ihm ein hohes Maß an Professionalität und Reflexion erfordert. Um die Positionierung zu erleichtern, legen wir im Folgenden Handlungsempfehlungen für die unterschiedlichen Phasen des Betreuungsprozesses vor. Ziel ist es, unter Berücksichtigung des Kindeswohls, die Eltern in ihrem Stabilisierungsprozess zu begleiten und im Umgang mit dieser spezifischen Klientengruppe ein höheres Maß an beraterischer Qualität zu erreichen.

1. Betreuungsbeginn:

a) Anamnese

In der ausführlichen Anamnese zu Beginn der Betreuung ist die differenzierte Abklärung der familiären Situation unabdingbar. Wird bekannt, dass ein Klient ein Kind³ hat oder mit einem Kind zusammenlebt, ist es erforderlich, die Anamnese um folgende Punkte zu erweitern:

- War das Kind bereits einmal außerhalb des elterlichen Haushalts untergebracht (z.B. bei anderen Familienmitgliedern, in einer Pflegefamilie oder in einer sozialen Einrichtung)?
- Hat es Zeiten gegeben, in denen seine Erziehung überwiegend durch einen Anderen übernommen worden ist (z.B. durch den anderen Elternteil, einen Freund / eine Freundin, die Großeltern)?
- Gibt es eigene Kinder außerhalb des Haushaltes?
- Gibt es ggf. Kontakt zu ihnen?
- Bei Fremdunterbringung: Welche Gründe liegen dafür vor?
- Leben weitere Personen im Haushalt (z.B. der andere Elternteil, ein Freund, Bekannte)?
- Gibt es andere Bezugspersonen, die an der Betreuung des Kindes beteiligt sind, und wie gestaltet sich deren Kontakt zum Kind (z.B. hinsichtlich Dauer und Häufigkeit)?
- Wie sieht der Konsumstatus aller beteiligten Bezugspersonen aus?
- Wie lässt sich die Qualität der Partnerschaft und des Erziehungsumfelds beschreiben? (Spielt Gewalt eine Rolle?)
- Wer unterstützt die Familie? Welche Ressourcen hat sie (z.B. in finanzieller Hinsicht oder in schwierigen Situationen, wie etwa bei einer Krankheit)?
- Besteht / bestand bereits Kontakt zum Jugendamt? Wie wird dieser Kontakt ggf. von der Familie beurteilt?
- Ist aktuell eine Hilfe des Jugendamtes eingesetzt (Familienhilfe etc.)? Wie beurteilt die Familie diese Hilfe?
- Besucht das Kind einen Kindergarten, eine Schule, einen Hort o. Ä.?

b) Betreuungsvereinbarung / Hilfeplanung

Um eine realistische Einschätzung der Situation innerhalb der Familie zu erlangen, empfiehlt es sich, im Rahmen der PSB Hausbesuche durchzuführen. Ebenso kann es sinnvoll sein, weitere Bezugspersonen des Kindes bzw. der Familie in die Betreuung einzubeziehen. Dergleichen Vereinbarungen sind im Hilfeplan oder im Betreuungsvertrag festzuhalten.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form verwendet.

² Wir gebrauchen die Begriffe „Eltern“ und „Familie“, auch wenn es sich um Alleinerziehende, Stieffamilien usw. handelt.

³ Vereinfachend wird im Folgenden immer von einem Kind gesprochen.

2. Kontakt zum Jugendamt und Schweigepflicht

Ob im Verlauf der PSB Kontakt zum Jugendamt aufgenommen werden soll, hängt von der individuellen Situation der Familie ab.

- Es ist aktuell eine Familienhilfe eingesetzt. In diesem Fall sollte bereits zu Beginn der Betreuung mit ihr bzw. dem Jugendamt
- Kontakt aufgenommen werden, um den Betreuungsprozess zu optimieren (Case-Management).
- Die Familie ist dem Jugendamt bekannt, aktuell wird jedoch keine Hilfe eingesetzt. Es bedarf einer genauen, individuellen Situationsklärung. Bietet die Familie dem Kind einen stabilen Entwicklungsrahmen, so ist eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt nicht erforderlich.
- Die Familie hat noch nie Kontakt zum Jugendamt gehabt.

Es sollte geklärt werden, ob eine Hilfe durch das Jugendamt hilfreich oder gar notwendig ist und welche Vorstellungen die Familie vom Jugendamt hat. Hegt sie Vorurteile gegenüber dieser Institution? Im Rahmen der PSB sollte über die unterstützende Funktion des Jugendamtes aufgeklärt, Hürden abgebaut und ggf. ein Kontakt angebahnt werden.

Ob eine Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber dem Jugendamt bereits zu Beginn der Betreuung obligatorisch vereinbart werden sollte, wird unter erfahrenen Helfern kontrovers diskutiert. Einerseits kann eine bereits bestehende Schweigepflichtsentbindung hilfreich sein, in Krisensituationen frühzeitig Hilfen einbinden zu können, die durch das Jugendamt angeboten werden. Andererseits kann sich eine verpflichtende Schweigepflichtsentbindung kontraproduktiv auf das Helfer-Klient-Verhältnis auswirken und den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung von Anfang an empfindlich stören. Gegebenenfalls sprechen die Eltern, vielleicht aus Angst vor dem Jugendamt, relevante Themen nicht an und verheimlichen Missstände und Schwierigkeiten. Die nötigen Hilfen würden somit weder ihnen noch dem Kind zu Gute kommen.

Im Notdienst Berlin e.V. wird standardmäßig zu Beginn der psychosozialen Betreuung eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Jugendamt eingeholt.

Es ist wichtig, die Klienten zu informieren, dass wir im Falle einer Gefährdung des Kindeswohls gesetzlich verpflichtet sind, unmittelbar das Jugendamt bzw. die Polizei zu informieren. Im Rahmen einer Betreuung sollte jedoch alles versucht werden, den Klienten zuvor über diesen Schritt zu informieren.

3. Kriterien zur Situationseinschätzung

Die Betreuung substituierter Klienten, die Kinder haben, wird häufig von Unsicherheiten begleitet, wie die Situation der Kinder innerhalb der Familie einzuschätzen ist. Im Folgenden sind einige Kriterien aufgeführt, die uns einen sicheren Umgang in diesem Betreuungskontext ermöglichen sollen. In diesem Zusammenhang empfehlen wir den „Stuttgarter Kinderschutzbogen“⁴, der sehr anschauliche Ankerbeispiele aufführt.

- Wohnung: Anzahl der Zimmer, Zustand, Hygiene.
- Raum und Schlafplatz des Kindes: Hat es ein eigenes Bett und einen sauberen, ruhigen und rauchfreien Platz?
- Ernährung: Ist sie ausreichend, altersgemäß, ausgewogen?
- Kleidung: Ist sie sauber, der Witterung entsprechend?
- Finanzen: Wird das Geld sinnvoll über den gesamten Monat eingeteilt? Gibt es ein Budget für die Bedürfnisse des Kindes (Spielzeug, Schulsachen etc.)?
- Körperpflege: Zahn-, Körper-, ggf. Windelbereich etc.
- Schutz vor Gefahren: Werden das Substitut, andere Medikamente, Drogen und das Spritzbesteck sicher gelagert? Wie ist es um die Sicherheit in der Wohnung bestellt?
- Medizinische Versorgung: Ist ein Kinderarzt vorhanden? Wird bei akuten Erkrankungen der Arzt aufgesucht? Werden die empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen?
- Betreuung: Besucht das Kind regelmäßig den Kindergarten oder die Schule? Gibt es eine Betreuung durch geeignete Personen (älter als 12 Jahre, nüchtern)?

⁴ © Jugendamt Stuttgart; Bezugsadresse: Wulfhild Reich, Jugendamt der Landeshauptstadt Stuttgart, 51-00-1QQ, Wilhelmstrasse 3, 70182 Stuttgart; E-Mail: Wulfhild.Reich@Stuttgart.de.

- Emotionale Zuwendung: Ist der Kontakt zum Kind wohlwollend, respektvoll,
- wertschätzend oder demütigend, abwertend, gleichgültig? Ist das Kind in familiäre Aktivitäten eingebunden oder stellt es eine Randerscheinung dar?
- Gewalt: Gibt es verbale oder physische Gewalt gegen das Kind? Ist es Drohungen, Einschüchterungen oder erniedrigender Behandlung ausgesetzt?

4. Umgang mit Rückfällen

Phasen der Rückfälligkeit erfordern von der psychosozialen Betreuung Sensibilität und große Aufmerksamkeit. Die Situation ist im Rahmen von Fallbesprechungen, Supervisionen und ggf. mit dem Arzt, der die Substitution durchführt, zu erörtern, um einen klaren Rahmen erarbeiten und Hilfen anbieten zu können.

- Einmalige Rückfälle werden in der PSB bearbeitet.
- Bei mehrmaligen Rückfällen und Beikonsum ist dringend die Versorgung des Kindes abzuklären: Wo befindet sich das Kind während des Erwerbs und des Konsums der Droge? Wann wird konsumiert? Wie riskant wird konsumiert?
- Möglicherweise Einbindung stabiler Bezugspersonen.
- Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfsangeboten (Beikonsumenzug, Jugendamt etc.).
- Bei Kindeswohlgefährdung muss gehandelt werden.

TIPP: Es ist ratsam, zu Beginn der Betreuung grundsätzlich einen Rückfallplan zu erarbeiten. Folgende Fragen sollten in diesem Plan unbedingt klar beantwortet sein:

- Woran erkennt der Klient als erstes, dass ein Rückfall droht?
- Welche Situationen sind riskant?
- Wie ist der Klient mit seinem letzten Rückfall umgegangen?
- Wer oder was hat ihn unterstützt, seinen letzten Beigebrauch aufzugeben?
- Wie möchte er beim nächsten Mal mit der Situation umgehen?
- Wem berichtet er als erstes über einen Rückfall?
- Wann berichtet er darüber?
- In welcher Situation würde er den Arzt bzw. die PSB informieren?
- Wie kann der Berater erkennen, dass der Klient rückfallgefährdet oder bereits rückfällig geworden ist?
- Was erwartet der Klient von der PSB?
- Was, glaubt der Klient, erwartet die PSB von ihm?
- Wie sichert er die Versorgung des Kindes?
- Wie, denkt der Klient, hat das Kind den Rückfall erlebt?

5. Kooperation mit Arztpraxen

Zur verbindlichen Kooperation mit substituierenden Arztpraxen sollen folgende Punkte in den Behandlungsvertrag aufgenommen werden:

Bei Kindern im Haushalt:

- Information des Klienten über Sicherheitsrisiken, v.a. hinsichtlich Beigebrauch und Take-Home-Vergabe
- Information der PSB über vorhandenen Beikonsum
- rasche Informationsmöglichkeiten per Telefon
- Dreiergespräche
- gesichertes Drogen- und Alkoholscreening
- keine Mitgabe des Substituts über Dritte

Bei Schwangerschaft:

- Information der Klientin über Sicherheitsrisiken, v.a. hinsichtlich Beigebrauch
- Information der PSB über vorhandenen Beikonsum
- rasche Informationsmöglichkeiten per Telefon
- Dreiergespräche
- gesichertes Drogen- und Alkoholscreening
- keine Mitgabe des Substituts über Dritte
- Zusammenarbeit mit dem Frauenarzt

Wird die Klientin während der PSB schwanger, ist der Behandlungsvertrag entsprechend zu ergänzen.

Im Falle einer Schwangerschaft ist es empfehlenswert, die Klientin an die Infektionsambulanz der Charité, Standort Virchow-Klinikum, oder an die Entbindungsstation im Vivantes Klinikum Neukölln zu vermitteln. Darüber hinaus sollen Hebammen und Gynäkologen, die über Fachwissen im Suchtbereich verfügen, einbezogen werden. Entsprechende Adressen sind über Wigwam erhältlich.

6. Kooperation mit dem Jugendamt

Wird mit dem Jugendamt zusammengearbeitet, muss dies durch die PSB dem Klientenvollkommen transparent gemacht werden.

- Informationen, die an das Jugendamt weitergeleitet werden, sollten, soweit möglich, zuvor mit dem Klienten besprochen werden.
- Hilfefunktionen sollten ebenfalls gemeinsam mit dem Klienten geplant werden.

Hilfefunktionen haben das Ziel,

- die unterschiedlichen Perspektiven, Anliegen und Interessen der Beteiligten offenzulegen,
- klare Bedingungen seitens des Jugendamtes an die Eltern zu formulieren,
- passgenaue Hilfen für die Familie zu erarbeiten,
- klare Zuständigkeiten zu vereinbaren (die Verantwortlichkeit für das Kindeswohl liegt in erster Linie beim Jugendamt, die Bearbeitung der Suchtproblematik bei der PSB),
- einen unmissverständlichen Rahmen für die Informationsweitergabe zu erarbeiten, und
- die Situation, soweit möglich, dem Jugendamt transparent zu machen (ggf. auf Schweigepflicht hinweisen, wenn die Weitergabe bestimmter Informationen verboten ist).

TIPP: Es ist nützlich, Hilfefunktionen zu protokollieren und Vereinbarungen schriftlich festzuhalten. Das Protokoll dient der Absicherung des Betreuers. Es sollte allen Teilnehmern der Konferenz ausgehändigt werden.

Da die psychosoziale Betreuung substituierter Eltern ein komplexes Arbeitsfeld ist, stellen die vorgelegten Handlungsempfehlungen nur eine Auswahl der Möglichkeiten dar. Sie sollen der Orientierung dienen. Zur weiteren Unterstützung finden sich im Anhang verschiedene Adressen. Die Einbeziehung der dort aufgeführten Stellen in die Arbeit kann die Familien entlasten und zu einer größeren Stabilität führen.