



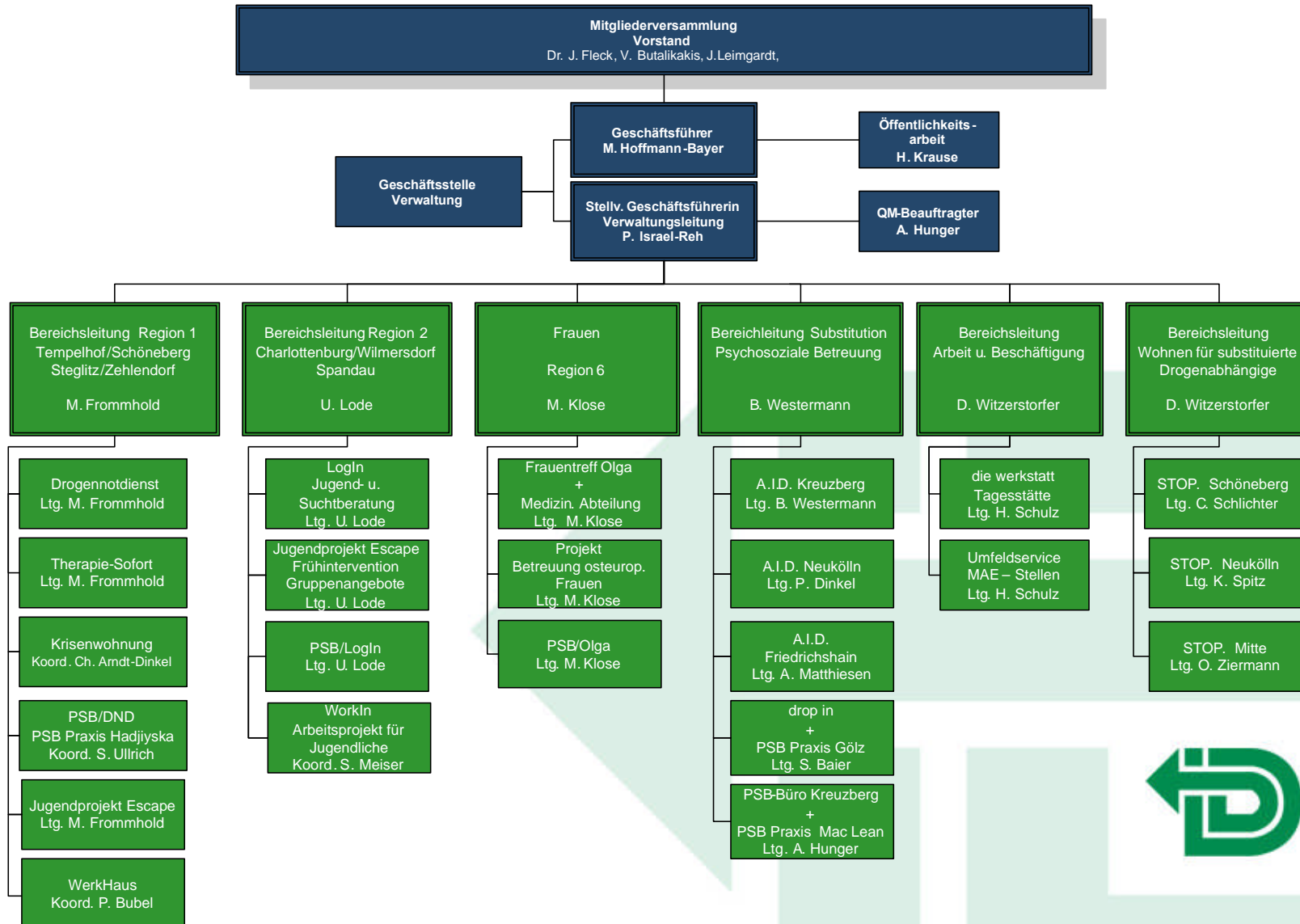
Substituierte Eltern in der Drogenhilfe: Risiken und Sicherungen, Haltungen, Vereinbarungen und Netze

**SFBB-Fachtag: Zur Erziehungsfähigkeit drogenabhängiger substituierter Eltern
Konsequenzen für die Praxis von Jugendhilfe, Gerichten und Gesundheitsämtern**

Berlin, 23. Januar 2009, Jagdschloss Glienicke

Dr. Bernd Westermann, Bereichsleiter Substitution & Betreuung





Was Sie erwartet:

- ▶ Vorwort
- ▶ Rückblende und Eingrenzung des Themas
- ▶ Das „Elternabendsyndrom“
- ▶ Mutter - Vater - Kind
- ▶ Sicherungen, Haltungen, Vereinbarungen, Netze
- ▶ Fazit



Vorwort

Umgang mit substituierten Eltern: für den Notdienst kein neues Thema, aber:

- ▶ allein schon die Zahlen = Aufforderung zu Aufmerksamkeit und Handeln
in 9,58 % von 700 PSB-Fällen ein / mehrere minderjährige Kinder im Haushalt
(= 88, in weiteren Fällen regelmäßiger Kontakt), bei Beratungsfällen 7,34 %
- ▶ öffentliche Diskussion nicht folgenlos
- ▶ maßgeblich beteiligt an trägerübergreifenden Standards, eigene Standards in
einigen Punkten deutlich darüber hinaus gehend
- ▶ eine Vielzahl von Aktivitäten und Ergebnissen in den letzten Jahren
(Fortbildungen, Kooperationen - z.B. mit Kindernotdienst - , QM ...)



Rückblende (November 2007): Verwunschene Kinder, engagierte Väter, subversive Mütter

Im Fokus: Substitution und Schwangerschaft. Was war die Botschaft?

Schon vor der Geburt, u. U. schon vor der Zeugung, stehen die Kinder von Drogenabhängigen „unter einem besonderen Stern“.

Sie sind nicht nur „Erben“ ihrer häufig schwer beeinträchtigten Eltern, sondern dazu noch mit besonderen, z. T. völlig überzogenen Erwartungen überladen.

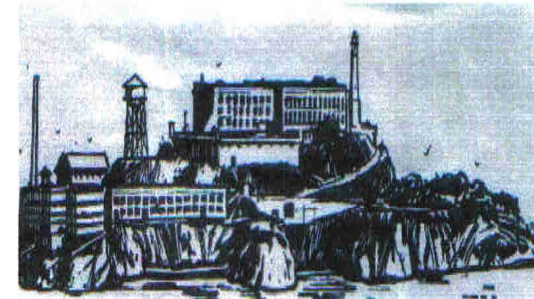
Vor diesem Hintergrund engagieren sich die (nicht gänzlich distanzierenden) Väter erheblich und demonstrieren Mütter einen beachtlichen subversiven Eigen-Sinn.



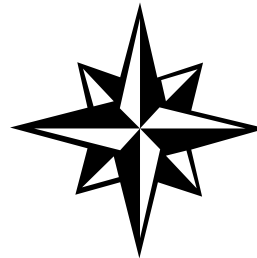
Insel-Konstellationen



„frisch gestrandet“



„Gefangener“



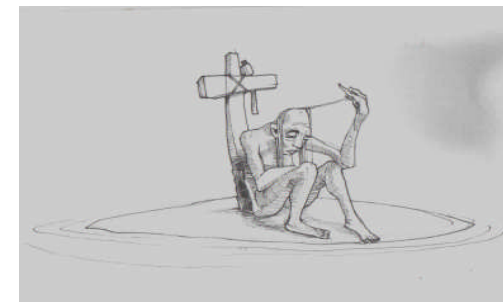
„Rettungsbootbauer“



„Kolonist“



„Freischwimmer“



„Scheiternder“

Januar 2009:

Die Kinder sind jetzt da und die Eltern als Erzieher gefordert.

Im Fokus diesmal:

„Welche Besonderheiten, Einschränkungen und Risiken lassen sich im Erziehungs- und Versorgungsverhalten wahrnehmen?“

Was bedeutet das für die involvierten Dienste und HelferInnen?

Welche Hilfe- und Schutzkonzepte gibt es und haben sich bewährt?

Wie sehen die Anforderungen an Kooperation und Vernetzung aus?“



Alte Wahrheit: Fast jede Behandlung ist besser als keine Behandlung.

Aber: Die Behandlung löst nicht „nebenbei“ alle Probleme des Patienten.

Z. B.: Hinsichtlich der Frage der Erziehungskompetenz

- ▶ muss ein Substituierter nicht unbedingt besser „funktionieren“ als ein nicht-substituierter Opiatabhängiger.
- ▶ muss auch ein betreuter Substituierter nicht unbedingt besser „funktionieren“ als ein nicht betreuter Substituierter.



Worum es definitiv nicht geht:

um den / die Drogenabhängigen „an sich“!

und auch nicht: um den / die Substituierten „an sich“!

Statt dessen geht es um: Berliner (z. T. Brandenburger) Substituierte in einer laufenden psychosozialen Betreuung (PSB) beim Notdienst.



Siehe Abstract:

„Bei Berliner Substitutionspatienten in einer laufende Betreuungsmaßnahme ist davon auszugehen, dass auf dem Wege von Hilfeplanung und persönlicher Begutachtung regelmäßig ein weiterhin begründeter Hilfebedarf nachzuweisen ist.

Ausgangspunkt ist also, dass die Fähigkeiten dieser Erwachsenen eingeschränkt sind,

- ▶ ihre Selbstversorgung eigenverantwortlich zu sichern und / oder
- ▶ einen strukturierten Alltag zu organisieren und / oder
- ▶ förderliche soziale Beziehungen einzugehen und zu pflegen und / oder
- ▶ eine Beschäftigung oder eine Arbeit zu finden und / oder
- ▶ sich gesundheitsbewusst und juristisch unauffällig zu verhalten.“



Das „Elternabendsyndrom“

Syndrom: Mehrere Symptome treten regelmäßig in Kombination auf.

Hier: Die mit den meisten und größten Erziehungsproblemen konfrontierten Eltern sind zugleich diejenigen, die am „erfolgreichsten“ jede denkbare Hilfe vermeiden.

= Jedermanns-Erfahrung



Forschung zur Lage in der „Normalbevölkerung“:

„Ich bin unsicher, ob ich meine Erziehungsaufgabe gut oder schlecht erfülle.“

68 % Ja-Antworten

Aber: Die Beratungsangebote greifen nicht: **nur eine von zehn** betroffenen Familien sucht professionelle Hilfe.

Alternative: Vorbeugung durch Elternschulungen, die positive, gewaltfreie Erziehungsmodelle vermitteln

(allerdings: keine evidenzbasierten Elterntrainings)

Quelle: K. Hahlweg, Internationaler Stand der Präventionsforschung zur Förderung elterlicher Erziehungscompetenz



Wirksamkeit besonderer Hilfen:

ESF-Modell-Projekt (seit Januar 2007) für langzeitarbeitslose Eltern, im
Wochenabstand 12 Termine á 3 h (Liste der Trainingsinhalte auch im Netz)
(www.goldnetz-berlin.de/de/inhalt/newsletter_Erziehungskompetenz_02.html)

Ziel: „Erziehungs- und Selbstmanagementkompetenzen im Rahmen von SGBII-
Maßnahmen fördern“

ExpertInnen beklagen, dass Familienbildungsstätten, Jugendämter und freie
Anbieter zwar durchaus ein breites Angebotsspektrum für Eltern (u. a. auch
Elterntrainings) bereithalten, **„ausgerechnet diejenigen aber nicht erreichen,
die einer besonderen Unterstützung bedürfen.“**



Eine der Hilfen
im Internet:

www.familienhandbuch.de



Das Online-Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP)

Erziehungskompetenzen laut Handbuch:

Was sollen Eltern (selbständig) können?

Drei Bereiche laut Bericht des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen:

- Elterliche Wertschätzung
- Fordern und Grenzen setzen
- Gewährung und Förderung von Eigenständigkeit



Sehen so substituierte Eltern mit ihren Kindern aus?



Mutter - Vater - Kind



Mutter

Katja, 23 Jahre, geboren in Brandenburg, Schwester 3 Jahre älter
ruhiges Kind mit Mutterbindung, „graue Maus“
Vater selten präsent (Auslandsarbeit)

Einschulung mit 5, sehr gute Noten, Selbstbezeichnung „Streberin“, Schulwechsel

kurz vor Abitur auf Therapie (davor ½ Jahr regelmäßig psychologische Beratung)
Hintergründe:

- seit 6. bis 14. Lebensjahr magersüchtig, danach Bulimie
- ab 11. Lebensjahr selbstverletzendes Verhalten,
Steigerung, mit 16: Rasierklingen (keine Erkrankungstheorie)



Mutter

während der Therapie (3 Monate) lernt sie damaligen Freund und über ihn Heroin kennen, seltener Konsum, auch danach (wieder bei Eltern)

eigene Wohnung über JA

Freund pendelt zwischen ihr und Berlin, bringt täglich Heroin mit

Versuch, den Schulabschluss nachzuholen, Abbruch, da von Freund unter Druck gesetzt, zu ihm zu ziehen

knappes Geld, Betteln für Unterhalt und Drogen, tägliches Trampen nach Berlin und zurück



Mutter

dann (Winter 05/06) zu kalt, Übernachtung in Berliner Abrisshäusern

Mitte 2006 gemeinsamer Einzug bei substituiertem „Szenekollegen“
Trennung vom früheren Partner, jetzt Heroin i. v.

zu Substitutionsbeginn keinerlei Einkünfte und Papiere, 1000.- € Schulden

Babysitting bei substituierter Freundin

Verheimlichung der Drogenabhängigkeit gegenüber den Eltern

behandlungsbedürftige Epilepsie, keinerlei „Beikonsum“



Mutter

Zitat KV-Antrag

unter dem Abschnitt: „Beschreibung der körperlichen und seelischen Verfassung (keine medizinische Diagnose)“:

„Die Klientin wirkt körperlich gesund und möchte stets den Eindruck eines gepflegten Gesamtzustandes erwecken (z. B. durch übermäßiges Make-up, sorgfältig gefeilte aber schmutzige Fingernägel etc.). Ihre verschreckte und eingeschüchterte Körperhaltung lässt sie dabei wirken, als trage sie eine Maske.“

Zu Behandlungsbeginn angegebene Hauptziele (neben der Suchtbehandlung):
Interferon und Ausbildung



Vater

Peter, (West-)Berliner, Jahrgang 1964, 3 Brüder

Aus dem Lebenslauf:

„bin in normale Familie aufgewachsen...

Grundschule, Hauptschulabschluss, Handwerkslehre...

dann ein ganz normales Leben geführt“

im 22. Lebensjahr Beginn einer Serie von Beziehungskatastrophen, in diesem Zusammenhang dann auch Drogen



Vater

„Sie hatte Mariuhana geraucht und zur Drogenzene kontakt.
Ich habe auch mit Haschich angefangen, ich wollte kein Außenseiter sein.

1986 brachte meine Freundin Heroin nach Hause und ich nam es auch.

1987 bekam sie ein Kind von mir. Damit kam sie nicht klar und brachte sich um.
Für mich brach eine Welt zusammen.“



Vater

Es folgen:

5 Jahre exzessiver Heroin-Konsum,
3 Jahre Haft (auch in der JVA weiterer Konsum),
Stationäre und ambulante Cleantherapie,
eine neue Freundin („was ich nicht wusste, dass auch sie Drogenerfahrung hatte“)
Rückfälligkeit, Entgiftung(en)

2001: eine weitere Therapie, dort neue Freundin, Beziehungsende, Rückfälligkeit
...

Seit 6 Jahren in Substitutionsbehandlungen, schwieriger Verlauf (Auf und Ab),
episodischer „Beikonsum“ mehrerer Substanzen, HCV-Infektion



Kind, Januar 2007

Da bin ich nun also!

Geplant war ich überhaupt nicht.

Ich bin irgendwie passiert, Ergebnis einer Augenblickslaune.

Gewollt war ich dann aber, ohne jeden Zweifel.



Kind, Rückblick auf die Schwangerschaft

Eigentlich war diese Zeit doch relativ ruhig, obwohl sich für meine Mutter sehr viel geändert hat. (Pläne vom Substitutionsbeginn Herbst 2006 „vertagt“)

ungeheuer entlastend: die Auskunft vom Gynäkologen und vom Neurologen, dass meine Mutter mich ohne unverantwortliches Risiko austragen kann!

Natürlich gab es auch Stress:

- ▶ In der Beziehung zu meinem Vater knisterte es oft und knallte es auch manchmal.
- ▶ Die Kontakte zu den Gläubigern meiner Mutter liefen nicht nur erfolgreich.
- ▶ Im 6. Monat fing meine Mutter wieder an, sich zu schneiden.
- ▶ Kurz vorher hatte sie ihren Eltern die Schwangerschaft gebeichtet (insbesondere ihrem Vater den Vater des Kindes!)
- ▶ Es gab Sorgen um die Wirkungen des Polamidons und Schwierigkeiten beim Aufhören mit dem Rauchen. (Contradict)



Kind, erste Erlebnisse

Meine Ankunft war anscheinend gut organisiert:

In der Klinik hat man Erfahrungen mit „Kindern wie mir“. (Und das war gut so.)

Es standen schon (noch mehr) Menschen bereit, um meine Eltern dabei zu unterstützen, mit mir (und sich) zurecht zu kommen.

Nach zwei Wochen war ich zu Hause. Mutter, Vater, Kind – eine richtige Familie, verstärkt durch eine täglich erscheinende Familienhilfe.

Mein Vater gibt sich große Mühe. Vor allem nachts kümmert er sich um mich, um meiner Mutter etwas Erholung zu ermöglichen.

Die Anspannung ist trotzdem groß genug:

Meine Mutter hat gelegentlich Krampfanfälle – und ich auch.

Wir müssen beide zum Arzt.



Kind, nächste Erlebnisse

Nach zwei Monaten sind meine Eltern - trotz aller Hilfe - deutlich überfordert.
(Außer mit mir haben sie auch mit sich einiges zu tun, so hat mein Vater gerade seinen Job verloren und seine Interferontherapie begonnen.)

Wahrscheinlich ist ihnen nicht wirklich klar, dass ich das mit- und abbekomme.
Nach außen dringt vorläufig noch nichts oder nur wenig von dem ständigen Streit.

Der Einfall meiner Mutter, allein mit mir ein paar Tage zu ihren Eltern zu fahren,
gefällt mir auf jeden Fall sehr: eine kleine Ruhepause!

Um so größer der Kontrast danach: „Katja möchte die räumliche Trennung,
hält es einfach nicht mehr aus. Peter beleidigt sie ständig...“



Kind, wenig später (April)

Ich staune, mit wie vielen Leuten meine Eltern ständig zu tun haben:

Ärzte, Psychiater, Vergabepersonal, PSB meiner Mutter, PSB meines Vaters, Familienhelferin, noch mehr Ärzte, SachbearbeiterInnen vom Jobcenter usw.

Viele davon reden immer wieder mit uns und über uns. Der Stress bleibt aber.

PSB der Mutter: „Auszug ist noch immer aktuell. Berichtet von der letzten Woche mit Peter, häufige Streitereien... Peter will Beziehung beenden, wenn sie auszieht.“

Meine Mutter versucht alles Mögliche, um besser klarzukommen (Elterngruppe, Akupunktur...). Einen kleinen Teil davon schafft sie.

Mein Vater hat massive Angst davor, „abzustürzen“.

Und dann wird er auch noch krank, schwere Lungenentzündung.



Kind, jetzt fast ein halbes Jahr alt

Nach mehr als sechs Wochen ohne wirkliche Bewegung war meine Mutter jetzt zusammen mit der Familienhelferin auf Wohnungsbewerbungstour. (Mein Vater scheint das gar nicht gut zu finden.)

Der Streit hört gar nicht mehr auf!

„Heute früh war die Familienhelferin bei Katja. Sie sieht das Wohl des Kindes gefährdet, da es ständig Auseinandersetzungen zwischen den Eltern gibt. Haben das Jugendamt informiert... Angestrebt ist zunächst die räumliche Trennung vom Kindsvater.“

Meine Mutter will auf keinen Fall in eine Mutter-Kind-Einrichtung. Da geht sie lieber erst einmal erneut „auf die Flucht“ zu ihren Eltern. Damit können auch alle Helferinnen erst einmal gut leben.



Kind, ein halbes Jahr alt

Jetzt war sogar die Rede davon, man würde mich „in Obhut nehmen“!

Das hat gewirkt: Mein Vater ist erst sofort ausgezogen, zu einem Freund, und dann in die Klinik gegangen. (Er war in letzter Zeit irgendwie anders, weniger aufgeregt, allerdings manchmal auch ziemlich weggetreten. Ich habe gehört, das sollen die Benzos gewesen sein, die er sich besorgt hat.)

Meine erste Helferkonferenz:

Im Jugendamt war ich vorher noch nie. Mein Vater ist nicht dabei, der versucht ja, in der Klinik den „Beigebrauch“ zu entziehen. Wenn er wieder raus kommt, soll das sofort gemeldet werden. Wir sollen auf gar keinen Fall wieder zusammen wohnen.

Ich bin ziemlich stolz auf meine Mutter: Sie bekommt „gute Zensuren“ in den Fächern Versorgung und Mutter-Kind-Bindung.



Kind, ein halbes Jahr alt

Von meinem Vater hält die Familienhelferin wohl weniger - kein Wunder bei dem Zustand, in dem sie ihn neulich gesehen hat. (Da war er gar nicht ruhig und hat außerdem ziemlich eklig gerochen.)

Auch als er dann ein paar Tage später in der U-Bahn ungefallen ist, tippte man in der Rettungsstelle zuerst auf Alkohol.

Später zeigt sich aber, dass es - diesmal jedenfalls - doch eher sein miserabler körperlicher Zustand war. (Das Interferon macht ihm ganz schön zu schaffen.)

Meine Mutter hat dieser Vorfall heftig mitgenommen.
(Aller Streit schien plötzlich fast vergessen.)



Kind, sieben Monate

Jetzt ist es klar: Wir, meine Mutter und ich, werden bald ausziehen, in eine eigene Wohnung. Der Mietvertrag ist unterschrieben.

Mein Vater reagiert kaum, er wirkt sehr mit sich beschäftigt und ziemlich erschöpft.

Auch bei der nächsten Helferkonferenz geht es sehr ruhig zu.

Im Alltag versuchen meine Eltern, etwas mehr Abstand zu halten, schaffen das aber nur teilweise.

Trotz der Unterstützung durch die Großeltern verzögert sich der Umzug.



Kind, acht Monate

Eine „Bedarfsgemeinschaft“ sind meine Eltern jetzt schon nicht mehr.

Der Stress im Noch-Zuhause wächst wieder.

„Katja macht sich Sorgen um Peter. Er wirkt breit, sagt aber er konsumiert nichts. Vereinbaren, dass sie ihm aktuell nicht die Verantwortung für das Kind übergibt und ihn auch nicht mit dem Kind allein lässt.“

Es gibt ein „Vierer-Gespräch“: Am Anfang demonstrieren meine Eltern ihren beiden Betreuerinnen, wie sie sich heute schon einmal „angegiftet“ haben. (Ich erlebe das inzwischen ständig.) Jetzt sollen sie lernen, ihre Konflikte anders auszutragen – ein ehrgeiziger Plan...



Kind, neun / zehn Monate

„Vereinbarungen: respektvoller Umgang miteinander, keine lauten Streitereien vor dem Kind, keine Schimpfwörter. Katja ist weiter allein verantwortlich für das Kind. Nochmaliger Hinweis auf das Jugendamt, das ggf. zu informieren ist.“

Dass mein Vater immer weniger mit sich klar kommt, lässt sich inzwischen gar nicht mehr verstecken.

„Peter wieder in komischem Zustand...“

Vereinbaren, dass sie ihm auf keinen Fall die Verantwortung für das Kind übergibt, auch nicht, wenn sie dabei ist. Sie sieht keine Perspektiven für sich und Peter. Hoffte, dass sie so schnell wie möglich in ihre Wohnung kann...“

Eigentlich wäre meine Mutter jetzt am liebsten mit mir bei ihren Eltern, aber es ist so viel zu erledigen und dann sind wir auch noch beide erst einmal krank...



Kind, elf / zwölf Monate

Mein Vater hat inzwischen zwei völlig verschiedene Gesichter:
Wenn er getrunken hat, ist er wütend und sehr laut, manchmal sogar gewalttätig.
Dann wieder ist er traurig und gibt sich große Mühe, bis zur nächsten Explosion...

Heute sind wir endlich in unsere neue Wohnung gezogen!
Die Großeltern und die Betreuerin meiner Mutter waren mit dabei, mein Vater nicht.

„Katja kann von Peter zur Zeit keine Unterstützung erwarten...
Er kommt nicht gut zurecht mit ihrem Umzug“

„Peter wieder komplett verpeilt, angeblich Metha verloren, heute die Hälfte ...
muss wieder jeden Tag herkommen.“

„... am Wochenende wohl totaler Stress und Bruch mit Katja...“



Jahresbilanzen: Vater

Nach zwischenzeitlicher Euphorie: Wieder einmal ist eine mit sehr viel Hoffnung verbundene Beziehung gescheitert.

Erneut ist Peter zutiefst enttäuscht, verletzt, gekränkt.

Nach zwischenzeitlichem Absturz und seinen Konsequenzen: laufende Versuche der Stabilisierung mit Hilfe der PSB („Beikonsum“-Reduktion, Wohnungskündigung abgewendet, Schuldenregulierung)

Nach großer Kraftanstrengung: Chronische Hepatitis C: erfolgreich austherapiert

dennoch: schwierige Prognose



Jahresbilanzen: Mutter

Katja ist jetzt alleinerziehende Mutter. (Der Kindsvater ist immer weniger präsent, am ehesten noch als Adressat von mitleidiger Sorge.)

Katja ist ziemlich erschöpft und häufig krank, bekommt aber viel Unterstützung von ihren Eltern. (fährt dorthin oder bekommt Pflege- und Entlastungsbesuche)

Katja ist gut eingebunden in ein auf sie zugeschnittenes System professioneller Hilfen mit klaren Zuständigkeiten und geregelter Kooperation. (Ärzte, PSB, FH, JA)

Kindswohl, Versorgung und Entwicklung des Kindes waren bislang durchgängig hinreichend (!) gesichert, kritische Situationen wurden gemeistert.

Im Hinblick auf ihre Suchterkrankung ist Katja vollkommen stabil.

Anspannung, Belastung und Hilfebedarf sind und bleiben äußerst hoch!!!
(u. a. steht nun auch Katja eine Interferon-Therapie bevor,
eine Ausbildung wird weiterhin angestrebt...)



Jahresbilanzen: Kind

Inwieweit haben es meine Eltern geschafft,

- für eine sichere und interessante Umgebung zu sorgen?
- eine positive und anregende Atmosphäre zu schaffen?
- konsequent zu sein?
- nicht zuviel (von mir) zu erwarten?
- ihre eigenen Bedürfnisse zu beachten?

(Quelle: Erziehungsprogramm Triple P: 5 Grundprinzipien, mit denen die Hauptaspekte von Erziehungskompetenz zu beschreiben sind)



Warum dieser Fall?

- „Durchschnitt“: weder besonders problemlos noch besonders dramatisch
- Kombination verschiedener, schon jeweils für sich allein höchst komplexer Problemkonstellationen: 2 (unterschiedlich) schwer kranke Erwachsene, die ihrer Elternrolle nicht gleichermaßen gewachsen sind
- gelungenes Zusammenspiel der beteiligten Institutionen
- Fall „mit Zukunft“: unter bestimmten Voraussetzungen relativ günstige längerfristige Prognose (keineswegs selbstverständlich!)
- Fall „mit Zukunft“: auf jeden Fall weiterhin koordinierter Hilfebedarf



Sicherungen, Haltungen, Vereinbarungen, Netze



Wir sehen nicht nur die Eltern, sondern auch die Kinder regelmäßig in Alltagssituationen.



Was nötig ist:

- Aufmerksamkeit und Informationsflüsse strukturell nachhaltig verankern!
- Gemeinsame Haltungen nicht einfach voraussetzen oder dekretieren!
- Größtmögliche Transparenz und Verbindlichkeit bei allen Vereinbarungen!
- Installierung und laufende Prüfung der nötigen Netze (Kontrollen, Hilfen)
- Dabei: Klärung von Rollen und Verantwortlichkeit aller Beteiligten
- Dokumentation!!!
- Innovative konkrete Hilfen (GAIA: Obligatorische Elterngruppe)



Vereinbarung zur Regelung der Schweigepflicht

Standardformular (Auszug)

Zwischen dem Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V.
(im Folgenden Notdienst Berlin genannt)

und

Frau/ Herrn , geb. am

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

...

Alle für die Kostenregelung notwendigen Daten werden an meine zuständigen Kostenträger und dessen Fachstellen weitergegeben. Dazu gehören auch die Begutachtungsstelle des sozialpsychiatrischen Dienstes oder andere Einrichtungen des Gesundheitsamts und im Falle der Substitutionsbehandlung die Kassenärztliche Vereinigung.

- Mit dem mich behandelnden Arzt findet eine fachliche Kooperation statt.
- Mit dem gesetzlichen Betreuer, sofern für mich eingesetzt ist, findet eine Kooperation statt.
- Mit dem Jugendamt findet eine Kooperation statt, sofern die Notwendigkeit dafür von Mitarbeiter/innen des Notdienstes Berlin festgestellt wird
- Zwischen den Mitarbeiter/innen der Einrichtung findet ein Austausch im Rahmen von Fallbesprechungen und Supervision statt, ebenso findet zwischen den Mitarbeiter/innen der Einrichtungen des Notdienstes ein Informationsaustausch statt.

Mit folgenden im weiteren aufgeführten Personen findet eine Kooperation statt:

Sonstige Vereinbarungen:

...

Ich verpflichte mich, den Notdienst Berlin stets zeitnah über Wechsel der o. g. Institutionen zu informieren. Komme ich dem nicht nach, kann ich den Notdienst nicht für unberechtigte Informationen verantwortlich machen.

Die Schweigepflicht gilt darüber hinaus nicht, wenn den Mitarbeiter/innen bekannt wird, dass der Klient/ die Klientin sich selbst oder andere gefährdet.



QuHb-Notdienst



Fachstandard

Kinderschutz

Ziel: In ihrer täglichen Arbeit können die Mitarbeiter des Notdienstes mit Hinweisen auf Situationen konfrontiert werden, die das Wohl von Kindern gefährden.
Durch

- die Beschreibung von solchen das Kindeswohl gefährdenden Situationen,
- Hilfestellung bei der Erfassung und Bewertung von Informationen und
- die Festlegung von Handlungsrichtlinien

werden die Mitarbeiter des Notdienstes im verantwortungsvollen Umgang mit diesem Thema unterstützt und es wird ein fachlich qualifiziertes und einheitliches Vorgehen aller Einrichtungen des Notdienstes gewährleistet.

Zur Verdeutlichung wurde das Vorgehen in einem Flussdiagramm dargestellt, dem Anmerkungen und Anlagen zugeordnet sind.



Das Kindeswohl gefährdende Situationen, die bei Klienten der Suchthilfe bzw. in deren Umfeld erfahrungsgemäß auftreten können (Aufzählung nicht abschließend):

- Zusammenleben von Kindern und Drogenkonsumenten (betrifft auch Umgang)
- „Beikonsum“ von Substituierten
- Tätigkeit zu ungünstigen Zeiten
- Gewalterleben
- Psychische Auffälligkeiten / Doppeldiagnosen

Dokumentation

Zusätzliche Vermerke bei Einbeziehung Dritter
→ Ablage in Akte
→ Horizont/RIOS

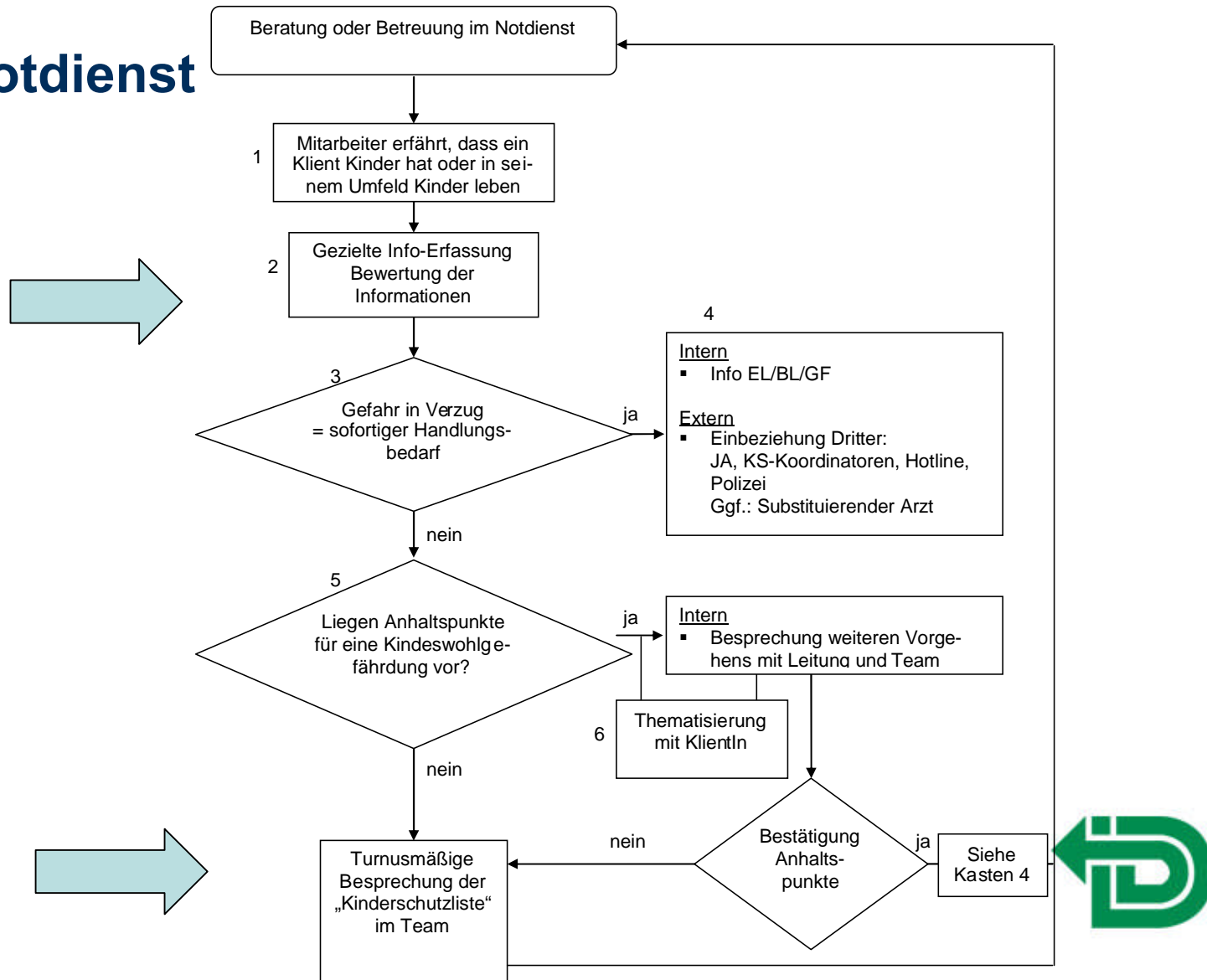
Verantwortlichkeiten in den Einrichtungen

Einrichtungsleitung

Vorschlag Implementierung:
2 * pro Jahr Projektgruppe als Multiplikatoren für Standards und Begleitung
Anwendung: Start nach Freigabe durch Donnerstagsrunde.



QuHb-Notdienst



QuHb-Notdienst

Anmerkungen

- 1. Wenn ein Mitarbeiter erfährt, dass ein Klient Kinder hat oder in seinem Umfeld Kinder leben, werden von dem betreuenden Mitarbeiter gezielt Informationen erfasst, die eine Einschätzung der Situation des Kindes ermöglichen. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Informationen aus den folgenden Themenbereichen:**
 - Lebensmittelpunkt und Umfeld der Kinder und u. U. Umgangsregelungen
 - Bezugspersonen und Kontaktdichte
 - außerfamiliäre Kontakte (Kita, Sport und Schule)
 - Konsumstatus und Differenzierung Substanzen
 - Kontakt zum Jugendamt und bisherige Hilfen
 - Konsumhäufigkeit und Relation zu Versorgung, Aufsicht und Geld
 - Informationen aus zweiter Hand zu Kindeswohlgefährdung
- 2. Hilfsmittel zur Risikoeinschätzung** siehe → Anlage 1 zu diesem Standard
- 3. Sofortiger Handlungsbedarf besteht:**
 - Verdacht akuter Gefährdung von „Leib und Leben“ (Vitalgefährdung)
 - bei 0-3-jährigen Kindern (Zeitfaktor!), kein Ermessensspielraum
→ sofort externe Institution einschalten
- 4. Wenn sich aus der Einschätzung der Mitarbeiter bzw. des Teams Anhaltspunkte für eine Gefährdung des Kindeswohls ergeben, werden vereinsintern umgehend einbezogen:**
 - Einrichtungsleitung
 - Bzw. alternativ Bereichsleitung
 - Geschäftsführung
(Alternativ, falls EL nicht erreichbar)
- 5. Zur Orientierung- und Entscheidungshilfe** siehe → Anlage 2 zu diesem Standard: **Beispielfälle und Handlungsempfehlungen**
- 6. Thematisierung mit Klienten:**
 - Abgleich und Erweiterung der Informationen
 - Erarbeitung von Alternativen
 - Verhalten im Krisenfall
 - schriftliche Fixierung der Vereinbarungen
 - Eventuell Vereinbarung?



QuHb-Notdienst



Beispielfälle und Handlungsempfehlungen

„Beikonsum“ von Substituierten

- 0 – 6jährige Kinder
 - grundsätzlich Meldung von PsB mit Kindern 0 – 6 Jahre an das Jugendamt (Schaffung von Kooperationsbeziehungen, gemeinsames Forum, Abbau von Hemmschwellen)
 - grundsätzlich bei „unsauberer“ Urinkontrolle sofort Information an das Jugendamt (3er Gespräch), Fixierung konkreter Schritte mit Terminen und Verantwortlichkeiten

- ab 6 Jahre
 - Frist setzen und schriftlich vereinbaren
 - alternative Versorgung im Umfeld prüfen
 - differenzierte Gefährdungsbeurteilung
 - Kooperationen suchen
 - Information über Existenz von Kindern an den Arzt (genaue Prüfung der Urinkontrolle, konkrete Absprachen bzgl. Beikonsum)
 - evtl. Einbeziehung JA und/oder mehrere Institutionen KJGD

Klienten haben Umgang mit Kindern, die nicht fest im Haushalt leben

- Kontakt zum Erziehungsberechtigten bzw. anderer Institution
→ bei 0-3 Jahre: Hotline als Option, wenn Erziehungsberechtigter nicht erreichbar und akute Gefährdung
- bei weiteren anhaltenden Verdachtsmomenten Einbeziehung Jugendamt (Transparenz Sorgeberechtigte)

Klient ohne soziales Umfeld

- Problematik thematisieren
- Vor- und Nachteile, Verantwortung aufzeigen
- Rückfallprophylaxe
- Möglichkeiten erarbeiten, soziales Umfeld aufzubauen, Bsp.: Teilnahme an Elterngruppen etc.
- Einbeziehung Jugendamt

Betreutes Wohnen:

grundsätzlich analog,, ergänzt durch Besonderheiten für diesen Betreuungsrahmens



QuHb-Notdienst



Risikoeinschätzung – Kindeswohlgefährdung

Durch Mitarbeiter und/oder Dritte

1. Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung

- a. Zugang der Kinder zu Drogen
- b. Versorgung der Kinder
- c. Beaufsichtigung der Kinder
- d. Verminderte Steuerungsfähigkeit z. B. durch Intoxikation oder Entzug

Relevante Themenbereiche:

Alter des Kindes
 Lebensmittelpunkt und Umfeld des Kindes (Umgangsregelungen)
 Bezugspersonen und Kontaktdichte
 Außerfamiliäre Kontakte (Kita, Sport, Schule)
 Konsumstatus und Substanzen
 Kontakt zum Jugendamt und bisherige Hilfen
 Ressourcen(karte)

2. Problemakzeptanz

Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem oder ist dies weniger bzw. gar nicht der Fall?

3. Problemkongruenz

Stimmen die Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstruktion überein oder ist dies weniger bzw. gar nicht der Fall?
 Bsp.: Überforderung durch Kinder und nicht durch Konsum
 Selbstwahrnehmung Mutter und Fremdwahrnehmung Fachkraft divergieren.

4. Hilfeakzeptanz

Sind die Sorgeberechtigten und die Kinder bereit, die ihnen gemachten Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist dies nur zum Teil bzw. gar nicht der Fall?

	Sehr gut 1	2	3	4	Mangelhaft 5	Bewertung a-d
Gewährleistung des Kindeswohls						
Problemakzeptanz						
Problemkongruenz						
Hilfeakzeptanz						



HINWEIS:

Keinen „mathematischen“ Durchschnitt errechnen, sondern Ziel:

Hintergrund und Richtung des Handlungsbedarfes verdeutlichen

- Bereits eine 4 oder 5 heißt: Vorgehen entsprechend dem Standard Kinderschutz

Fazit

- ▶ Kinderschutz beginnt – gerade bei unserer Zielgruppe / Klientel – schon vor der Zeugung!

(Ein nicht unerheblicher Teil der Kinder ist nicht nur kein Resultat bedachter Familienplanung, sondern Ergebnis von „Unfällen“ und / oder nicht unbedingt gewollt.)



Fazit

- ▶ Wenn es dann aber klar ist, dass Kinder zur Welt kommen werden oder sie bereits da sind, gilt: Den Eltern soll die Chance gegeben werden, ihre Versorgungs- und Erziehungskompetenzen zu entwickeln, allerdings stets unter der Bedingung, dass dies nicht zu Lasten der Kinder geht.
- ▶ Das ist keine einmalige Entscheidung, sondern „unterwegs“ immer wieder neu zu prüfen.
- ▶ Die Prüfung sollte bei sich andeutenden schlechten Aussichten auch im Hinblick auf erst künftig zu erwartende massive Überforderungen nicht zu lange ausgedehnt werden.
- ▶ Rechtzeitige Entscheidungen können für alle entlastend sein.



Fazit

- ▶ Kinderschutz und gezielte Förderung von Elternkompetenzen müssen unbedingt als Gemeinschaftsprojekt verschiedener Institutionen und Professionen verstanden und organisiert werden!
- ▶ Dazu sind regelmäßige und enge fallbezogene und fallübergreifende Kontakte nicht nur hilfreich, sondern unabdingbar!
- ▶ Auf diese Weise lassen sich gravierende Fehler am besten vermeiden.
(Ziel auch hier: bestinformierte Einzelfallentscheidung, d. h. möglichst aktuell möglichst alle verfügbaren Quellen ausschöpfen)
- ▶ Zugleich besteht so die beste Chance, voneinander zu lernen, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln sowie die Kontrollen und Hilfen effizient abzustimmen.





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Notdienst für Suchtmittelgefährdete und –abhängige e.V.
Ansbacher Straße 11
D – 10787 Berlin

Telefon: 030 235553 28

Telefax: 030 235549 23

Email: bwestermann@drogennotdienst.org

Internet: www.drogennotdienst.org, www.aid-berlin.org

Der Verein dankt seinen Unterstützern:



Der Verein ist Mitglied im:

