

**Informationsveranstaltung des Jugend- und Sozialamts Frankfurt am Main
21. April 2010, 14:00 bis 18:00 Uhr**

Vortrag 15:00 – 15:45 Uhr:

Prof. Dr. Ruthard Stachowske

**Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch,
Jugendhilfe Lüneburg gGmbH**

Thema: Suchterkrankung der Eltern – Folgen für die Kinder

1. Einführung

Anliegen dieses Beitrags ist es, die Hintergründe des Lebens, Leidens und Sterbens dieser Kinder zu analysieren, eine komplexe Ursachenanalyse der Lebensrealitäten dieser Kinder zu erarbeiten und dabei auch den (professionellen) Kontext zu beachten – dies mit dem Ziel, den Schutz der Kinder durch dieses Wissen zu verbessern.

Daher werde ich versuchen, eine lineare Betrachtungsweise zu überwinden – denn diese ist meines Erachtens ein Risikofaktor in sich, da mit einer solchen linearen Betrachtungsweise „inhärent“ die komplexe Interaktion zwischen Familien und dem professionellen Helfersystem dahinter abgespalten wird. Aber genau aus dieser speziellen Interaktion entwickeln sich die Krisen, die das Leiden und Sterben dieser Kinder wesentlich bedingt haben. Dabei sind gleichwertig

- Faktoren der Lebensentwicklung dieser Kinder und ihrer suchtkranken Familiensysteme

sowie

- Faktoren in professionellen Helfersystemen, in Politik und Kultur

als Einflussgrößen zu beachten.

Mein Grundgedanke ist, dass suchtkranke Familiensysteme in einer speziellen Interaktion mit professionellen Systemen, politischen Realitäten und anderen Bereichen dieser Kultur stehen. Daher sind die Folgen der elterlichen Suchterkrankung für die Kinder nicht ausschließlich auf die Interaktion zwischen Eltern und ihren Kindern zu reduzieren oder durch diese zu begründen – sondern es entstehen „auch Folgen für die Kinder“ durch Realitäten im Kontext von suchtkranken Familiensystemen – und diese gilt es ebenso in einer Ursachenanalyse „über die Folgen der elterlichen Suchterkrankung für die Kinder“ zu berücksichtigen wie „primär elterliches Handeln“. Die Interaktion aller Wirkfaktoren ist Teil der Krisenentwicklung und bedarf genauso einer Analyse wie die der Familiensysteme selbst.

Meinen Ausführungen stelle ich folgende Bemerkungen voran:

- Das Thema ist so komplex, dass ich mit diesem Beitrag nur einen Teil erfassen werde. Meine Analyse erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit.
- Ich werde mit keiner Silbe die Frage einer „Schuld von irgendjemand“ erörtern. Diese Frage lenkt meines Erachtens nur von den eigentlichen Problemen ab.
- Ich distanziere mich von der Hypothese „Die Jugendämter haben versagt“¹. In der jahrelangen Zusammenarbeit mit Jugendämtern erlebe ich überwiegend kompetente KollegInnen und komplexe Helfersysteme, die nach konstruktiven Antworten suchen.

2. Das Leben und Leiden von Kindern in drogen- und suchtkranken Familiensystemen – oder die Folgen elterlicher Suchterkrankung für Kinder

Wie sind die Folgen elterlicher Suchterkrankung für Kinder zu beschreiben? Eine Möglichkeit ist, das grundsätzliche „hohe Risiko“ für Kinder zu beschreiben und im Detail zu analysieren. Eine solche Beschreibung und Analyse möchte ich gern im Folgenden erarbeiten.

In den letzten Jahren sind mehrere Kinder im Kontext abhängigkeitskranker Familiensysteme gestorben oder waren in ihrer Lebensentwicklung hochgradig bedroht – die Fokussierung auf das Kind Kevin in Bremen lenkt von diesen „anderen“ Kindern ab.

Zunächst möchte ich Ihnen einige dieser Fälle vorstellen:

1.	München	Junge, 3 Jahre gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter , Suchtmediziner empfiehlt Behandlung = Entzugssymptomatik des Kindes mit Methadon, Überdosierung des Kindes mit Todesfolge
2.	anonym süddeutsche Großstadt	Junge, ca. 3 Jahre überlebt	komorbides Störungsbild der Mutter, Überdosierung des Kindes mit Drogensubstanzen
3.	Goslar	Säugling, 8 Monate gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, Überdosierung des Kindes mit Drogensubstanzen
4.	Memmingen „Karolina“	Mädchen, 3 Jahre gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, dissoziale Persönlichkeit des drogenabhängigen Ziehvaters, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge
5.	Kiel/Rendsburg	Säugling, 2 Monate gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge
6.	Bremen „Kevin“	Junge, 2 Jahre gestorben	komorbide Störungsbilder beider drogenabhängiger Elternteile, dissoziale Persönlichkeit des Ziehvaters, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge
7.	München	Junge, 2 Jahre überlebt	Alkoholabhängigkeit der Mutter, schwere Kindesmisshandlung
8.	Berlin	Säugling, 3 Monate gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, komorbides Störungsbild, das Kind verhungert und verdurstet

(vgl. Stachowske 2008, 42 f.)

¹ Dies schließt auch komplementäre Dienste wie die Sozialpädagogische Familienhilfe u. a. mit ein.

Diese „statistischen Daten möchte ich durch folgende Informationen ergänzen – sie führen in die „Aura“ des Lebens dieser Kinder ein.

Zu Kind 2: „Anonymus“

Dieses 2 ½ Jahre alte Kind wurde von seiner Mutter mindestens 6 Monate lang mit Drogen-
substanzen „medikamentiert“. Zitat aus dem rechtsmedizinischen Gutachten: „Zur qualitativen Beurteilung des Kokainkonsums kann nur gesagt werden, dass es sich in dem Vergleich zu bisher untersuchten Haarproben von Kokainkonsumenten um einen mittleren Wert handelt. Außerdem konnte die regelmäßige Aufnahme von Methadon nachgewiesen werden.“ (Andere analysierte Substanzen: EDDP 0,5; Heroin/Spuren; MAM 1,8; Morphin 0,4) (vgl. Stachowske 2008, 46).

Zu Kind 4: Karolina aus Memmingen

„Am langen ersten Verhandlungstag erzählt die 26-jährige [...] (Kindesmutter, d. V.) von den letzten schrecklichen Tagen ihrer Tochter. [...] Karolinas Existenz stört das Paar von Anfang an, sie wird geschlagen, wenn sie nicht schlafen will, sie wird geschlagen, wenn sie zu langsam isst. [...] Im Inneren des Hauses steigern sich die ‚Erziehungsmaßnahmen‘ zur wahren Folterorgie. [...] Karolinas Anblick war so entsetzlich, dass das Krankenhauspersonal der Klinik Weißenborn, wo man sie noch zu retten versuchte, psychologisch betreut werden musste.“ (zit. n. ebd., 47 f.)

Zu Kind 6: „Kevin aus Bremen“

„In einer Haarprobe des zweijährigen zu Tode gequälten Kevin aus Bremen sind Spuren von Kokain und des Drogensatzstoffes Methadon nachgewiesen worden. Der Junge müsse der Droge über einen längeren Zeitraum ausgesetzt gewesen sein, sagt Toxikologe [...]. Die Haaranalyse bestätigt zwei verschieden hohe Konzentrationen von Kokain sowie von Methadon. [...] Bei der Obduktion wurden rund zwei Dutzend Knochenbrüche festgestellt.“ (zit. n. ebd., 49 f.)

Zu Kind 8: Baby aus Berlin

„Es war offenbar eine Überdosis Drogen, an der die 25-jährige Mutter [...] gestorben ist. [...] Die 6 Wochen alte Tochter sei sehr wahrscheinlich verdurstet.“ (zit. n. ebd., 51).

Diese Mutter hat ihr Kind gestillt, sich in dieser Zeit überdosiert, und der Säugling ist neben seiner toten Mutter verhungert und verdurstet.

An der Versorgung dieser Familiensysteme und dieser Kinder waren z. T. hochkomplexe interdisziplinäre Helfersysteme beteiligt, im Fall von Kevin aus Bremen mehr als 20 verschiedene Institutionen und mehr als 60 KollegInnen aus unterschiedlichen sozialen und

medizinischen Institutionen – und eben nicht nur die Öffentliche Jugendhilfe – und sie alle konnten die Entwicklung dieser Dramen nicht verhindern. Warum konnte dies geschehen? Warum konnten sich diese für die Kinder so gefährlichen Prozesse trotz installierter komplexer Helfersysteme entwickeln?

Um eine Antwort auf diese Frage zu finden, gilt es, 3 Ebenen zu unterscheiden, diese sind

- die der beschriebenen Fälle und die erkennbaren relevanten und ursächlichen Einflussfaktoren,
- die der kontextuellen Hintergründe, die als Wirkfaktoren eine Bedeutung haben (diese waren und sind immer „offensichtlich“),
- die handlungsleitenden Annahmen der Eltern und auch der professionellen Systeme, die in ihrer Substanz und Bedeutung tatsächlich nicht real geprüft waren und sind.

Ich beginne mit der Analyse der Annahmen.

2.1 Professionelle Interventionen – Optionen und Grenzen – oder „Sich selbst qualifiziert in Frage stellen“

Die Eltern sind als im Sinne der ICD-10 „abhängigkeitskranke Erwachsene“ im System der Suchtkrankenhilfe versorgt worden. Die professionellen Aufträge bestanden daher in der Versorgung von abhängigkeitskranken Erwachsenen nach dem „State of the Art“ im System der Suchtkrankenhilfe.

Einige dieser Eltern waren im Sinne der ICD-10 schwer gestört, etwa durch dissoziale Persönlichkeitsstörungen (Fall 4), oder es sind schwere psychiatrische Störungsbilder als wahrscheinlich anzunehmen (Fall 5, 6 und 7).

Hier wäre es wichtig gewesen, vor Beginn einer professionellen Intervention zu (hinter)fragen, ob die eigenen Optionen und fachlichen Werkzeuge ausreichen, um eine tatsächliche Veränderung der Elternpersönlichkeiten zum Wohl der Kinder zu erreichen, über die ich eingangs gesprochen habe. (Gutachter haben z. T. komorbide dissoziale Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, in den Urteilen wurde eine besondere Schwere der Tat festgestellt, so in Bremen und Memmingen.) Dies zu fragen, ist insbesondere notwendig, wenn mit der Übernahme eines Auftrags auch die Übernahme einer Rechtsverantwortung im Sinne der Garantenstellung erfolgt! Mit den Optionen klassischer professioneller Helfersysteme wie der Öffentlichen Jugendhilfe und/oder der Suchtkrankenhilfe sind solche schweren Störungsbilder nicht sicher zu „behandeln“ (!) – siehe Bremen und Memmingen, Berlin und München ...

Es gilt daher auch zu fragen: Wie müssen professionelle Helfer ausgebildet sein, um mit diesen Eltern zu arbeiten? Sind „wir alleine“ die richtigen Berater? Macht es nicht auch Sinn, erfahrene Psychiater oder in der Forensik tätige psychotherapeutische KollegInnen um Rat zu fragen?

2.1.1 Annahme 1: „Jugendamt nimmt Kinder weg“

Die kontextuelle Analyse der einzelnen Fälle zeigt als handlungsleitende Orientierung, dass die Herausnahme der Kinder durch das Jugendamt drohe und verhindert werden müsse (vgl. u. a. Ausschuss Kevin, Bremen; Lahann 2008, 262 ff.).

Diese „handlungsleitend“ angenommene „Bedrohung durch das Jugendamt“ erscheint in manchen Fällen als das eigentliche Risiko, mehr und anders als das Gefährdungspotential, dem die Kinder in suchtkranken Familien ausgesetzt sind. Die Annahme, das Jugendamt nehme Kinder weg, ist aufgrund der Rechtssystematik dieser Kultur nicht begründbar: Das System Familie und das Wohl der Kinder ist, wie ich meine, durch das bestehende Rechtssystem hochgradig geschützt und gesichert. Es ist sehr genau geregelt, **wann** in das System Familie von außen eingegriffen werden kann und **was** eine nachgewiesene Gefährdung des Kindeswohls tatsächlich ist (vgl. § 1666 BGB, Palandt 2002, 1814 ff.).

Nur ein Familiengericht entscheidet anhand der durch das Jugendamt beschriebenen Fakten, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und ob diese Kinder in der Folge einer beschriebenen Kindeswohlgefährdung von ihrer Familie zu trennen sind (Ausnahme: Inobhutnahme). Im Falle einer Kindeswohlgefährdung **müssen** die Öffentliche Jugendhilfe und das Familiengericht vor möglichen Einschränkungen des Elternrechts **Hilfen für die Eltern** begründen, **bevor** eine Trennung realisiert werden darf (vgl. u. a. Novellierung des § 1666 BGB in 2008). Hilfsangebote für Eltern zur Absicherung des Kindeswohls sind als wesentlicher Teil eines Urteils zwingend (vgl. Röchling, 1495 ff.).

Selbst im Falle einer Einschränkung der elterlichen Sorge nach § 1666 BGB **muss** diese Entscheidung revidiert werden, wenn die Gründe, die dazu geführt haben, wegfallen. Entscheidungen im Sinne von „Eingriff in das Elternrecht“ sind regelmäßig zu überprüfen. Wenn Eltern die erkennbaren Einschränkungen ihrer elterlichen Kompetenzen nicht ausgleichen und ihre Kinder in der Folge leiden, hat die staatliche Gemeinschaft **das Recht und die Pflicht**, das Wohl dieser Kinder zu schützen (Art. 6 Abs. 1, 2, 3 GG). Ich persönlich denke: Manchmal ist es auch gut, Kinder vor ihren Eltern zu schützen.

Ein Phänomen bleibt in diesem Zusammenhang ungeklärt: Warum sollen Jugendämter einerseits bei Kindeswohlgefährdungen die „Schuldigen“ sein, weil sie Kinder nicht früh genug auch vor ihren Eltern schützen, und sind andererseits als diese „Schuldigen“ dem Vorwurf ausgesetzt, sie „nähmen Kinder weg“?

2.1.2 Annahme 2: Eine interdisziplinäre Versorgung suchtkranker Familien durch eine interdisziplinäre Kooperation ist möglich

Die Idee einer interdisziplinären Kooperation in der Versorgung suchtkranker Familiensysteme und ihrer Kinder als Königsweg ist von der Annahme getragen, dass eine solche Kooperation gelingen kann, wenn „alle nur wollen“. Jedoch ist

- eine angemessene Versorgung suchtkranker Familiensysteme in einer interdisziplinären Kooperation aufgrund des bestehenden Rechtssystems nicht uneingeschränkt möglich.

In manchen Fällen sind eine Absicherung der Familiensysteme durch professionelle Instanzen und der Schutz des Kindeswohls ausgeschlossen – dies ergibt sich zwingend durch bestehende Gesetze!

Wie ist diese Paradoxie begründet? Professionelles Handeln ist in aller Regel durch einen gesetzlichen Auftrag legitimiert, z. B. durch SGB V/PsychThG, SGB VI, SGB VIII, Heilpraktikergesetz, Richtlinien der Kammern. Diese Aufträge sind als kontextuelle Rahmenbedingungen zwingend handlungsleitend – nicht ein Konzept, ein Richtlinienverfahren, eine therapeutische Orientierung oder ein Glaubenskrieg zwischen hoch- oder niedrigschwelligen Hilfen, medizinischen oder therapeutischen Menschenbildern ist die entscheidende handlungsleitende Maxime, sondern der bindende Rechtsauftrag für professionelles Handeln. Jedoch – die Begriffe „**Familie**“ oder „Versorgung abhängigkeitskranker **Familien**“ oder „Versorgung von abhängigkeitskranken **Eltern** mit schweren Störungsbildern“ (nicht Erwachsenen) sind in keinem dieser Gesetze benannt. „Kranke“ **Familiensysteme** können durch Teile der Sozialgesetzbücher nicht so versorgt werden, wie „**krank**“ **Familien und der Schutz ihrer Kinder** dies bräuchten – da „Eltern“ in ihrer besonderen Lebenslage der Verantwortung für ihre Kinder als „Zielgruppe“ in diesen Gesetzen gar nicht „vorkommen“. Im bestehenden Rechtssystem gibt es nur einen Anspruch auf Hilfen für die jeweilige natürliche **einzelne anspruchsberechtigte Person**, für die dieses Gesetz konstruiert wurde – nicht jedoch z. B. für ein **abhängigkeitskrankes Familiensystem** auf beispielsweise eine gemeinsame Therapie, Beratung usw. Die Paradoxie zwischen dem Anspruch und der Notwendigkeit für Eltern auf eine angemessene Versorgung ihrer Kinder einerseits und diesem eklatanten Mangel im Rechtssystem andererseits, erklärt sich dadurch, dass die verschiedenen Teile der Sozialgesetzbücher als Adressaten jeweils nur **eine** natürliche Person meinen. Aus keinem dieser Gesetze sind Hilfen für **Eltern** mit schweren Störungsbildern abzuleiten!

Anders gesagt: Die Versorgung von schwer gestörten Familiensystemen ist durch diese Gesetze nicht primär möglich. Sie kann nur durch indirekte Hilfen wie z. B. die Sozialpädagogische Familienhilfe erfolgen, die jedoch im Gesetz nicht so konstruiert sind, dass abhängigkeitskranke Familien erreicht werden können. So meint Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII nicht, dass auch schwer gestörte Eltern (wie der Ziehvater von Kevin in Bremen oder der von Karolina in Memmingen) versorgt werden können, vielmehr schließen Hilfen nach dem SGB VIII ausdrücklich die Versorgung von solch schwer gestörten **Eltern** aus!!! In Ermangelung zielgerichteter Hilfen werden dann häufig genug diese einzig erreichbaren Hilfen genutzt – nicht bedenkend, dass diese für den ambulanten Bereich konstruiert sind – und nicht für die Begleitung „schwer kranker“ Eltern.

Wenn unter solch schwierigen Grundlagenbedingungen eine Kooperation zwischen verschiedenen Hilfssystemen dann doch gelingt, verunmöglichen die Bestimmungen des § 203

StGB zur Schweigepflicht und der Sozialdatenschutz eine interdisziplinäre und interfakultative Kooperation.

Der Rückkopplungseffekt der elterlichen Störungsbilder auf das Kindeswohl bestand in den gesamten Fällen und ist der entscheidende Faktor für die Gefährdung des Kindeswohls! Diese Kinder wurden von Eltern „zerstört“, die so schwer krank waren, „dass sie nicht mehr wussten, was sie taten“. Solche Eltern können weder von einem Jugendamt noch von einer sozialpädagogischen Familienhilfe noch von einer ambulanten oder stationären Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen so versorgt werden, dass ein Schaden für die Kinder ausgeschlossen werden kann – dafür sind ihre Störungsbilder zu schwer und die therapeutischen Ausbildungen nicht spezifisch genug. Anders gesagt – es ist zu fragen, ob diese professionellen Systeme Eltern mit solch schweren Störungsbildern überhaupt erreichen können.

Eine abschließende Anmerkung: Nach meinem Verständnis sind diese rechtlichen Inkompatibilitäten sind die wesentlichen Gründe für die oft immensen Spannungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit in professionellen Systemen. Sie wirken wie Bremsen – und oft werden diese Bremsenergien in kollegialen Streiten abgearbeitet bzw. delegiert. Professionelle Instanzen müssen durch ihr Handeln in der Fallarbeit etwas miteinander verbinden, was qua Gesetz nicht verbunden ist – dies ist die andauernde „Quadratur des Kreises“.

Nun zu den kontextuellen Wirkfaktoren.

2.2 Kontextuelle Wirkfaktoren

2.2.1 Das nicht gesicherte Wohl des ungeborenen Lebens

Wesentliche Teile unserer wissenschaftlichen Grundlagenarbeit im Kontext von suchtkranken Eltern beschreiben das Wohl des Kindes ab dem Moment der Geburt. Dieses Konstrukt spaltet eine wesentliche, wenn nicht *die* wesentliche Einflussgröße qua Definition ab. Kinder aus suchtkranken Familien, die bereits in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung eine suchtbelastete Schwangerschaft erlebt haben, waren toxischen (giftigen) und teratogenen (missbildenden) pharmakologischen Potenzen (= Pharmakodynamik) durch die von der Mutter im Verlauf der Schwangerschaft konsumierten Substanz ausgesetzt. Alle bekannten Suchtstoffe sind im pharmakologischen Sinne zugelassene Arzneimittel oder pharmakologische Substanzen, die ein teratogenes oder fetaltoxisches Risiko und eine erhöhte Abort- bzw. Fehlgeburtgefahr mit sich bringen (vgl. Mutschler 2001, 95 f.). Dies gilt auch für die in der suchtmmedizinischen Behandlung zugelassenen Arzneimittel „Subutex“, „L-Polamidon“ und „Methadon“, sie haben keine uneingeschränkte Zulassung für den Gebrauch in Schwangerschaft und Stillzeit (vgl. Mutschler 2001, 87 ff.; Stachowske 2008, 78 ff.). Das ungeborene Leben wird massiv geschädigt, wenn es an diesen Substanzen (Drogen/zugelassene Arzneimittel/Alkohol) partizipiert. Dies ist das Prinzip der Contergan-Katastrophe, jedoch sind die Schädigungen nicht im ersten Moment sichtbar (vgl. Kirk 1998, 8 ff.), vielmehr gibt es subtile neurobiologische und anatomische Veränderungen mit erheblichen Folgen für das ganze

Leben dieser Kinder. Sie haben in der Regel nur eine eingeschränkte Chance auf eine altersgemäße Entwicklung und sind in ihrer Teilhabe am Leben beeinträchtigt (vgl. Czyrnek/Bozkurt 2008, 247 ff.; Sobot 2008, 177 ff.).

Die Kinder sind pharmakologischen Einflüssen ausgesetzt, die keinem humanmedizinischen Standard mehr entsprechen. Das Wohl des ungeborenen Lebens ist hier nicht geschützt, und es gibt **keine Chance**, es zu **schützen**! Diese Kinder ohne Beachtung **dieser** Realität nachgeburtlich im Helfersystem zu übernehmen, bedeutet, fachliche Strategien mit exorbitanten Unbekannten durchzuführen. Wer würde seinem eigenen Kind oder sich selbst dies zumuten wollen?

Tatsache ist: Das Wohl des ungeborenen Lebens ist als juristischer Wert in dieser Kultur nicht realisiert. § 1 BGB „Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt“ gilt ausschließlich für das geborene Leben.

2.2.2 ... und nach der Geburt dieser Kinder ...

Die speziellen Störungsbilder von Kindern, die diese prä- und postnatale Entwicklung erlebt haben, sind bis heute nicht als eigenständige pädiatrische Störungsbilder in internationalen Diagnosesystemen wie der ICD 10 und der ICF klassifiziert. Eine sichere Definition der Folgen dieser speziellen Einflüsse in der Schwangerschaft für das ungeborene und nachgeburtliche Leben ist daher in Diagnose und Therapie nicht möglich! Spezifisch ist bisher nur die **Alkohol-Fetal-Embryopathie** als Störungsbild ICD-10Q86.0/P04.3 beschrieben und anerkannt; unspezifisch sind Störungen des intrauterinen Lebens durch toxische und teratogene Wirkfaktoren und psychotrope Substanzen in ICD-10 P04 und P04.4 klassifiziert. Eine **Drogen-Fetal-Embryopathie** oder eine **Arzneimittel-Fetal-Embryopathie** oder mögliche Schädigungen bei Kindern, die von **abhängigkeitskranken Männern gezeugt** wurden, sind als Störungsbilder in den internationalen Krankheitsklassifikationen nicht definiert und/oder für die Pädiatrie nicht ausreichend erforscht. Dem Grunde nach sprechen wir über Kinder aus suchtkranken Familien und versorgen diese, ohne dass die Wirklichkeit dieser Kinder wissenschaftlich abgesichert beschrieben ist.

Daraus folgt: Weder Ärzte noch Psychologen oder Sozialarbeiter, Juristen, Jugendämter, andere beteiligte Professionen und/oder Psychotherapien aller Schulen können sichere Beschreibungen nutzen, um überhaupt die Besonderheiten dieser Kinder als Folge ihrer hochbelasteten vor- und nachgeburtlichen Entwicklung zu erkennen, zu definieren, zu diagnostizieren und um angemessene Therapien zu entwickeln – kurz, um ihnen zu helfen. Die Störungsbilder dieser Kinder können nicht sicher pädiatrisch diagnostiziert und behandelt werden! Durch den rudimentären Forschungsstand und die sich hieraus ergebende fehlende Definition von Störungsbildern besteht nicht einmal ein sozialrechtlich abgesicherter Anspruch auf Hilfen, denn im deutschen Rechtssystem sind sichere Diagnosen Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Hilfen (vgl. Stachowske 2008, 118 ff.).

Nun zu den erkennbaren relevanten nachgeburtlichen Einflussfaktoren.

2.2.3 ... eine Analyse der Schwangerschaftsverläufe dieser Kinder ...

In den letzten Jahren haben wir 100 suchtkranke Schwangerschaftsverläufe von polytoxikoman abhängigen Frauen und die Lebensentwicklung der Kinder aus diesen Schwangerschaften untersucht. Wir haben einen Blick in die Schwangerschaften und die nachgeburtliche Lebensentwicklung dieser Kinder in ihren Familiensystemen gewagt (vgl. Hüllen 2008, 127 ff.; Czyrnek/Bozkurt 2008, 247 ff.). Die Ergebnisse dieser Forschung möchte ich im Folgenden vorstellen.

Vorweg zwei wichtige Zahlen. Von den 100 Schwangerschaften waren 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig ohne suchtmedizinische Betreuung, 24 Mütter waren polytoxikoman drogenabhängig und wurden suchtmedizinisch betreut, 8 Mütter hatten unterschiedliche Hintergründe.

Zu den Konsummustern in den Schwangerschaften

Substanzabhängigkeit u. Polytoxikomanie (68)		Substitution mit Beikonsum (24)
ICD 10. F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24		ICD 10: F19.22, F17.24
Methadon/Polamidon	13,2 %	100 %
Heroin	38,2 %	87,7 %
Kodein	10,2 %	4,2 %
Kokain	32,3 %	91,7 %
Benzodiazepine	17,6 %	62,5 %
Barbiturate	2,9 %	8,3 %
Cannabis	72,0 %	58,3 %
Trizyklische Antidepressiva	1,47 %	8,3 %
Antidepressiva	5,9 %	4,2 %
LSD	5,9 %	4,2 %
Nichtopioide Analgetika	10,2 %	
Alkohol	76,4 %	37,5 %
Nikotin	92,6 %	100 %

(Vollständige Darstellung s. Hüllen 2008, 168)

Was sagen diese Zahlen?

- Sie zeigen eine Paradoxie: Mütter **in** suchtmedizinischer Behandlung haben bei einigen Substanzen signifikant größere Mengen Drogen konsumiert als Mütter **ohne** suchtmedizinische Behandlung.
- Kein Schwangerschaftsverlauf entsprach dem „State of the Art“ der suchtmedizinischen, medizinischen, gynäkologischen Standards.

- Jeder Schwangerschaftsverlauf zeigte ein Konsummuster mit toxischen und teratogenen Substanzen, das pharmakologisch nicht mehr erklärbar ist.
- Es zeigten sich nicht erklärbare unbekannte Variablen; einige Mütter berichteten von einem „wahren Drogenhunger“ in ihren Schwangerschaften, einige dieser Mütter haben sich nachgeburtlich mit den Mengen, die sie in der Schwangerschaft konsumierten, lebensbedrohlich überdosisiert.
- Die gute Nachricht: Die Mütter **in** suchtmedizinischer Behandlung waren eindeutig **besser medizinisch grundversorgt** als die **ohne** suchtmedizinische Behandlung.

2.2.4 ... über das Leben nach der Geburt dieser Kinder ...

Wir haben auch nach der weiteren Lebensentwicklung dieser Kinder gefragt, hierfür haben berechnete Personen entsprechende Diagnosen gestellt.

Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich

Substanzabhängigkeit und Polytoxikomanie (56)	Substitution mit Boikonsum (23)		Substitution ohne Boikonsum (1)		weitgehend abhängigkeitsfrei (8)		abhängigkeitsfrei (1)			
ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24	ICD 10: F16.22, F17.24		ICD 10: 11.22, F10.21, 17.24		ICD 10: F17.24, F10.1, F12.1		ICD 10: F17.1			
Neonatales Abstinenzsyndrom	18*	32,1%	22	95,7%	1	100%	0	0%	0	0%
bis zu 3 Monate Entzug	13	23,2%	22	95,7%	1	100%	0	0%	0	0%
Frühgeburt (v.d. 37. Woche)	6	10,7%	5	21,7%	1	100%	0	0%	0	0%
Störung der geistigen, sozialen u. körperl. Entwicklung	44	78,6%	16	69,6%	1	100%	3	50%	1	100%
Hyperkinetische Störungen	5	8,9%	6	26,1%	0	0%	1	16,7%	0	0%
Sensibilität beeinträchtigt	7	12,5%	8	34,8%	0	0%	1	16,7%	0	0%
Herzfehler	4	7,1%	2	8,7%	0	0%	0	0%	0	0%
Fütterstörungen im Säuglings- u. Kleinkindalter	29	51,8%	9	39,1%	1	100%	0	0%	1	100%
Alkoholemoryopathie	11	19,6%	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
Reaktive Bindungsstörung	41	73,2%	11	47,9%	1	100%	3	50%	1	100%
Körperliche Misshandlung des Kindes	32	57,1%	2	8,7%	0	0%	5	83,3%	1	100%
Sexueller Missbrauch des Kindes	7	12,5%	2	8,7%	0	0%	1	16,7%	0	0%

*wahrscheinlich unerkannt 22 (39,0%)

(Vollständige Darstellung s. Czyrnek/Bozkurt 2008, 260 f.)

Diese Daten zeigen die hohe Vorbelastung der Kinder, eine altersgemäße Entwicklung ohne Einschränkungen scheint kaum mehr möglich. Komplexe interdisziplinäre, interfakultative Hilfen wären nötig, jedoch – eine flächendeckende fachliche Infrastruktur besteht nicht!. Somit bleiben die Fragen:

- „Wie soll die Versorgung dieser Kinder durch die Öffentliche Jugendhilfe überhaupt gelingen?“

und

- „Wie soll die sichere Versorgung dieser Kinder durch das System der Suchtkrankenhilfe überhaupt gelingen?“

Ein erstes Resümee: Bevor ich zu der Entwicklung von **Lösungsstrategien** komme, möchte ich das bisher Dargestellte resümieren.

1. Das Thema „Suchtbelastete Familien – Risiken und Hilfen für Kinder und Eltern“ ist dem Grunde nach sicher definiert, ausreichende Handlungsoptionen sind entwickelt. Aber: Im professionellen System, in den Gesetzen, in den Definitionen der Störungsbilder in suchtkranken Familiensystemen bestehen eklatante Lücken. Hier gilt es, Grundlagenarbeit zu leisten, um überhaupt Lösungsstrategien entwickeln zu können. Solange diese Lücken nicht erkannt und durch Lösungsstrategien geschlossen werden, werden hochgradige Risiken in suchtkranken Familiensystemen sowohl für die Familiensysteme an sich als auch für das professionelle Helfersystem manifest bleiben.
2. Die Störungsbilder der Kinder – oder anders gesagt – die Krisen dieser Kinder als Ausdruck eines nicht gesicherten Wohls der Kinder sind erheblich. Gleichzeitig sind sie durch die nicht definierten Störungsbilder der „Medikamenten-Fetal-Embryopathie“ und der „Drogen-Fetal-Embryopathie“ weitestgehend unerkannt. Kinder mit diesen Störungsbildern haben kaum eine Chance, altersgemäß ihren Lebensplan zu entwickeln. Professionelle Helfersysteme übernehmen die Versorgung dieser Kinder, obwohl sie im Grunde genommen gar nicht erkennen können, wie groß das Ausmaß ihrer Krise tatsächlich ist. In diesem Sinne können professionelle Aufträge nur eingeschränkt wirken. Das wiederum bedeutet, dass trotz aller Bemühungen, Kinder in suchtkranken Familien und suchtkranke Familiensysteme an sich zu versorgen, diese Aufträge zum Teil wirkungslos bleiben müssen.
3. Die eklatanten Lücken in den Gesetzen sind erkennbar, so u. a. im Bereich des „Wohls des ungeborenen Lebens“ und der Inkompatibilität der verschiedenen Teile der Sozialgesetzbücher.
4. Professionelles Handeln, so z.B. die Substitution mit einem andauernden polytoxikomanen Konsummuster, ist möglicherweise bei „kinderlosen Erwachsenen“ tolerabel – bei schweren Formen entstehen für das ungeborene Leben enorme Risiken, die häufig genug das Leben dieser Kinder nachhaltig beeinträchtigen. Hier bedarf es eines

professionellen Umdenkens – das ungeborene Leben, seine Entwicklung und sein „langes nachgeburtliches Leben“ muss in das professionelle Handeln mit einbezogen werden.

Übergeordnete Lösungsstrategien

Was muss geschehen, um dieses Problem zu definieren?

1. Expertengremien sind umgehend einzurichten, um das Problem „Kindeswohl in suchtkranken Familiensystemen“ in seiner wirklichen Dimension zu beschreiben.
2. Die Drogen-/Medikamenten-Embryopathien sind als Störungsbilder zu definieren und anzuerkennen.
3. Die Inkompatibilität zwischen den Rechtsbereichen ist aufzulösen. Dies kann gelingen, indem das SGB IX genutzt wird und die Klammer, die durch das SGB IX entwickelt wurde, verpflichtend genutzt wird.
4. Fortbildungen mit verpflichtendem Charakter zur Teilnahme sind anzubieten, in denen professionelle Systeme überhaupt erst einmal lernen, eine wertschätzende Kooperation zu leisten. Wir alle sind nicht grundsätzlich ausgebildet, mit anderen Berufsgruppen im Standard wertschätzend zusammenzuarbeiten. Jede Disziplin befähigt durch ihre Ausbildungswege, das Wissen dieser Disziplin zu nutzen; die Fähigkeit, in komplexeren Systemen zu denken und zu arbeiten, ist jedoch im Standard nicht ausreichend entwickelt.
5. Die großen Verbände sollten – eigentlich sollte ich sagen „müssten“ – zeitnah alle Mitglieder verpflichten, nach dem „State of the Art“ zu arbeiten; dies ist bis heute keine Selbstverständlichkeit.
6. Es sollten der Komplexität jedes Falles angemessene Versorgungskonzepte entwickelt und angeboten werden, d. h., interdisziplinäre und interfakultative Kooperationen sollten das Standardmodell sein. Dies kann **sofort** gelingen, wenn im Sinne des § 8a und des § 36 SGB VIII gehandelt wird.

Fallbezogene Lösungsstrategien

1. Das Störungsbild der Eltern muss im Sinne der ICD/ICF sicher diagnostiziert und im Sinne des BGB § 1666 sicher eingeschätzt werden; im Sinne des „neuen“ § 1666 BGB können dann in Kenntnis der Optionen der Suchtkrankenhilfe differenzielle Hilfsangebote entwickelt werden.

2. Rückkopplungseffekte dieser Störungsbilder auf die Kinder müssen als **Standard** in Diagnose und Therapie eingeschätzt werden – und sie müssen den Instanzen mitgeteilt werden, die im Sinne des „Wohls der Kinder“ tätig sind.
3. Die Störungsbilder der Kinder müssen sicher diagnostiziert werden.
4. Alle im Standard erreichbaren Informationen, so
 - Mutterpass,
 - U-Heft,
 - ärztliche Stellungnahmen,
 - Auszüge aus den Strafregistern (!),
 - Diagnosen von Kosten- und Leistungsträgern,
 - vorherige Diagnosen (!),

müssen in ihrer Aussagekraft berücksichtigt werden, damit die Störungsbilder der Eltern und die der Kinder sicher als Grundlage in die Hilfeplanung integriert werden können.

5. Vereinbarungen nach § 8a SGB VIII sollten in der Region geschlossen werden; die Fallarbeit mit suchtkranken Familiensystemen verlangt immer eine interdisziplinäre Kooperation; eine lernende Region ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Fallarbeit.
6. Eine klare und strukturierte Arbeit und eine professionelle Strategie sind notwendig – als Polarität zu den diffusen Strukturen in suchtkranken Systemen.
7. Spezifische Weiterbildungen sollten entwickelt und angeboten werden.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Prof. Dr. Ruthard Stachowske
Leiter der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch
Jugendhilfe Lüneburg gGmbH
Reiherstieg 15
21337 Lüneburg

Tel.: (0 41 31) 74 93-0
Fax: (0 41 31) 74 93-17
Mobil: (01 60) 7 24 57 84

E-Mail: stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de
wilschenbruch@jugendhilfe-lueneburg.de

Internet: www.stachowske.de
www.jugendhilfe-lueneburg.de

Literatur zum Thema

Ruthard Stachowske

„Sucht und Drogen im ICF-Modell“, Heidelberg 2008

Ruthard Stachowske

„Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder“, Heidelberg 2008

Arnhold Sobot

„Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung“, Lüneburg 2001

Ruthard Stachowske

„Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe“, Heidelberg 2002

Ruthard Stachowske

„Familienorientierte stationäre Drogentherapie“, Geesthacht 1994

Christian von Dewitz

„Pränataldiagnostik, Behinderung und Schwangerschaftsabbruch.
Eine (verfassungs-)rechtliche und rechtspolitische Betrachtung“,
in: Graumann, Sigrd/Grüber, Katrin (Hrsg.), Biomedizin im Kontext, Beiträge
aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Lit-Verlag Berlin 2006