

Hilfen für Suchtkranke Eltern und ihre Kinder: Drei Jahrzehnte Erfahrungen und Erfolge in der Suchthilfe: ein Modell für Zuversicht, Mut, Erfolg

FDR Kongress 11. und 12.4.2016, Werder/H., Schwielowsee

Horst Brömer

Abstract:

Die neue Suchthilfe hat bereits in den Anfängen wegweisende Konzepte und Modell erarbeitet. Unter den erfolgreichen Ansätzen in Beratung, Prävention und Therapie erwies und erweist sich die integrierte Behandlung von suchtkranken Eltern mit ihren Kindern als besondere Herausforderung und schließlich als besonders erfolgreich. Die konkreten Erfahrungen dieser integrierten Behandlung werden analysiert. Dabei geht es auch um die Würdigung der Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen und Mitarbeiter/innen: Familien, Jugendamt, Ärzte, Suchthilfe, u.v.a. Die Abstimmung zwischen den Beteiligten ist komplex; wenn das Handlungskonzept abgestimmt ist, wird es eher einfach. Allein, es sind weitere Vorgaben zu bedenken. Die Beachtung der Vorgaben der Kosten- und Leistungsträger hat mancherorts die Entwicklung von integrierten Angeboten verhindert; den Abgleich zwischen dem SGB VI- und dem SGB III-Bereich zu bewerkstelligen, stellt ein fachliches Kunstwerk dar. Dort, wo es gelingt, sind meist wohlgesinnten Fachleute am Werke. Heute können wir weitere optimistische Aussagen machen.

Dort, wo das gelingt, gleicht es einem (fachlichen) Kunstwerk dar. Dort, wo es gelingt, sind meist hoch engagierte Fachleute am Werke.

Heute können wir weitere sehr motivierende Aussagen machen, wie die Begleitung von suchtkranken Eltern und Kindern im Mehrgenerationenkontext gelingt.

Erkennen und Verändern - Draufsicht – Einsicht – Außensicht :

Es bedarf einer Theorie [komplexer Systeme](#), um das Gesamt des Suchtgeschehens deutlich zu machen; die Systemebenen Individuum – Umwelt – Familie – Unternehmen Institutionen – Finanzen – Kommunal / Nation / International müssten gleichzeitig erfassbar sein.

Sind sie jedoch nicht. Die Anzahl der Wechselwirkung ist nahezu unendlich. Denn: Ein komplexes System ist dabei ein System, dessen Eigenschaften sich nicht vollständig aus den Eigenschaften der Komponenten des Systems erklären lassen. Komplexe Systeme bestehen aus einer Vielzahl von miteinander verbundenen und interagierenden Teilen, [Entitäten](#) oder Agenten. (Wikipedia)

Wir können nicht wirklich erkennen, was im Gesamtsystem wie mit welchen Ergebnissen und Effekten wirkt. Wir können nur Teilsysteme aus subjektiver Sicht beschreiben.

Komplexe Systeme sind von der Welt der Elementarteilchen bis hinauf zur menschlichen Gesellschaft weit verbreitet, ja geradezu dominant.^[2] Sie entstehen überwiegend durch Prozesse der spontanen Selbstorganisation und sind meist einer [Theorie](#) auf der Basis bekannter mathematischer Funktionen nicht zugänglich. Beispiele sind die Bildung der [Atomkerne](#), der [Atome](#), die Umwandlung von Stoffen von einem [Aggregatzustand](#) in einen anderen, die [Kristallisation](#), [chemische Reaktionen](#), die [Evolution](#), die geistigen Prozesse im [Gehirn](#), die Entwicklung der [Sozialsysteme](#) usw. In der belebten Natur sind offene Systeme dominant, die die Zufuhr von Energie benötigen, in der unbelebten Natur bilden sich komplexe Systeme meist spontan unter Abgabe von Energie oder auch im [thermischen Gleichgewicht](#). (Wikipedia)

Was können wir feststellen, wenn wir die Tatsache hinzunehmen dass der Beobachter immer Teil der Beobachtung und des Berichtes über die Beobachtung, die Prozesse und Abläufe sowie über die Interpretation dessen bleiben wird?

Es kommt auf unsere Orientierung an: wenn geregeltes und gut verwaltetes Chaos herrscht, entdecken wir gute Kernprozesse im Hilfesystem Sucht, was uns Mut und Zuversicht gibt.

Das ist tatsächlich der Bereich suchtkranke Eltern und Kinder in der Suchtrehabilitation. Hier herrscht – suchtbedingt – soziales Chaos. Die Sucht als Ausdruck von hilflosem Lösungsverhalten, als Ausdruck von generationsübergreifenden belasteten Bindungen. (Bowlby)

1. Vorbemerkungen

Erfolg:

Die Qualität und der Erfolg Sozialer Arbeit stehen auf dem Prüfstand. Im Spiegel des allgemeinen Trends hin zu einer fortschreitenden Ökonomisierung und Dienstleistungsorientierung stellt sich die Frage nach den Kriterien, an denen der "Erfolg" beruflich-sozialer Praxis zu bemessen ist, mit neuer Dringlichkeit. Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen die subjektiven Erfahrungs- und Interpretationsmuster, auf die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sozialer Dienste und Einrichtungen zurückgreifen, um gelingendes berufliches Handeln in der Sozialen Arbeit zu vermessen.

Die N-Ebenen des Erfolges:

Der wirtschaftliche Erfolg

Der Reha-Erfolg der Einrichtung

Der Reha-Erfolg der Rehabilitanden

Der Erfolg einer Kommune

Der Erfolg weitere Institutionen: Jobcenter, Krankenkassen

Der Erfolg von Notfallstationen

Der Erfolg der Polizei und des Zolls

Der Erfolg von Jugendämtern

Der Erfolg der Kinder suchtkranker Eltern

Der Erfolg von Unternehmen

Der Erfolg von Behandlungsteams

Der Erfolg einer Nation und eines Bundeslandes

Der Erfolg der UNO und der WHO

Der Erfolg des einzelnen und seiner Familie.

Geschichte der modernen Suchtarbeit begann 1970 in B, FF/M, S, HH...mit: Selbsthilfe, Elternkreise, erste Betreuungsformen / soziales Engagement „nach '68“; Beteiligte kamen zusammen und bauten zusammen erste Hilfenetzwerke auf: gemeinsame Ziele, vergleichbare Maßnahmen und Angebote, hohes, oft ehrenamtliches Engagement: der Weg zurück ins abstinente Leben

In der Realität sehen wir die engen Grenzen in den Handlungsmöglichkeiten des Jugendamtes. Kooperation kommt dann an eine Grenze, wenn die „Fallzahlen steigen“. Wir müssen einen wesentlichen Schritt weitergehen. Hier sehe ich den FDR gefordert!

Insgesamt sind auch heute noch erhebliche strukturelle Mängel im Gesamtsystem von Kinder- und Jugendhilfe, Gesundheit, Rehabilitation und (Wieder-) Eingliederung festzustellen. Auch

wenn in Facheinrichtung das Thema „Kinderschutz und Sucht“ inzwischen auf einem hohen fachlichen Niveau behandelt wird, so kommt unser differenziertes das Handlungswissen oftmals nicht die Betreuungspraxis an.

Das Thema Kinderschutz ist klar gesetzlich klarer geregelt (§ 8a SGB VIII, §1666 BGB). Auch in der Öffentlichkeit werden dagegen immer wieder die Fälle von unterversorgten Kindern von süchtigen Eltern zur Kenntnis genommen; manchmal auch nicht mehr als das.

Dabei bestehen vielerorts fachlich ausgesprochen gut definierte Netzwerke und Kooperationsabsprachen, um eben auf Krisen und Notfälle von Kindern in Haushalten mit süchtigen Eltern richtig reagieren zu können.

Regionale Kooperationsverträge zielen darauf ab, den Schutz der Kinder möglichst genau zu definieren, damit in der konkreten Praxis alle Beteiligten angemessen handeln und die in suchtblasteten Haushalten lebenden Kinder „sicher“ sind.

Deshalb:

Kinderschutz und gute Begleitung suchtkranker Familien funktionieren oftmals. Praxisanleitungen- und vereinbarungen greifen.

Allein die Zahlen, die wir gestern in den Vorträgen hörten, weisen darauf hin, dass der Kinderschutz praktisch in einigen Fällen funktioniert; für alle Fälle fehlen die Kapazitäten.

D ist also einerseits kein Kinderschutz-Land und gleichzeitig doch.

2. Das Tannenhof-Modell

Strukturelle Aspekte: SGB V, VI und VIII verbinden

Der besondere Modellansatz im Tannenhof Zentrum I in Berlin-Lichtenrade besteht in dem engen strukturellen und inhaltlichen Verbund aus Kinderhaus Tannenhof und Reha-Einrichtung. Beide Einrichtungen liegen auf dem gleichen Gelände. Die Herausforderung besteht darin, beide Einrichtungen und Teams so zu verbinden, dass wir von einer integrierenden Therapie sprechen können.

2.1. Stationäre Therapie

Die Kosten für die Betreuung der Kinder, die zusammen mit ihren Eltern im Tannenhof aufgenommen werden, übernimmt nach einem festgestellten Erziehungshilfebedarf der für die Kinder zuständige Jugendhilfeträger. Wird von diesem kein Erziehungshilfebedarf festgestellt, übernimmt die Kosten für die Unterbringung und Versorgung des Kindes als "Begleitkind" der für die Eltern zuständige Rentenversicherungsträger gemäß § 54 Abs. 2 SGB IX.

Das Entgelt für Begleitkinder / Tag gem. SGB VI beträgt 43,00 €. Dieser Satz ist einrichtungsabhängig und wird von der DRV Bund und der DRV Berlin-Brandenburg für die Begleitkinder im Tannenhof Zentrum I gezahlt. Für die Begleitkinder in der Adaption Neuruppin (Land Brandenburg) werden 64,00 € pro Tag gezahlt. Der Aufenthalt eines Kindes im Tannenhof nach SGB VIII kostet hingegen z.Z. 120.--/Tag (7 Tage die Woche).

Die stationäre Sucht-Reha im Tannenhof ist von der DRV Berlin-Brandenburg federführend und von der DRV Bund anerkannt. Seit 2006 ist sie DQS-zertifiziert und seit 2011 erfolgt die Zertifizierung nach den Richtlinien der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR).

Die Behandlungspläne werden aufeinander abgestimmt und dabei die Erziehungsaufgaben der Eltern besonders beachtet. In der Wochenplanung der individuellen Rehabilitation müssen diese Aufgaben den angemessenen Zeitraum erhalten. Die Koordination der Fachteams („Erwachsenenteam und „Kinderteam“) entspricht dieser Aufgabenstellung: die Zeitstruktur der komplexen und differenzierten Reha-Leistungen und die Zeitstruktur der Kinderbetreuung im Kinderhaus sind aufeinander abgestimmt.

Die Feinabstimmungen zwischen den Fachteams bildet eine der Grundlagen für die Gestaltung der Abläufe in der Einrichtung. Die systemische Betrachtung des Ganzen ist unverzichtbar.

2.2. Adaption Tannenhof

Die Rehabilitanden (Mütter und Eltern) können auch die Tannenhof-Adaption nutzen. Diese Adaption entspricht im Wesentlichen den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Eltern versorgen sich selbst, nehmen an einem Praktikum teil, während die Kinder weiterhin das Kinderhaus Tannenhof besuchen.

Die Adaption ist auf die besonderen Belange der Eltern mit Kindern eingerichtet. Sie hat sich in den vielen Jahren sehr bewährt und kann auch von Rehabilitanden anderer Reha-Einrichtungen genutzt werden.

2.3. Nachsorge, Beruf und Tannenhof-Schule (THS)

Die weitergehende Betreuung der Familien erfolgt in der Nachsorge Tannenhof bzw. in anderen Nachsorgeeinrichtungen der Herkunftsregion der Rehabilitanden. Der Besuch der Tannenhof-Schule (THS) und die Teilnahme an den Berufsausbildungen sind möglich und werden von den Rehabilitanden gern genutzt. Die Tannenhof-Schule stellt eine ideale Verbindung eines Reha-Trägers, der seit 1979 großen Wert auch auf die Reintegration der Therapieteilnehmer legt, mit dem Bereich Schule dar. Die Lehrer der THS sind Lehrer einer Volkshochschule. Die vorbereitenden Schulkurse sichert der THBB durch ESF-Mittel und einen Eigenanteil ab. Die THS arbeitet seit über 25 Jahren und erhielt in 2014 den offiziellen Status eines Lehrgangs. Die Schülerinnen und Schüler, die auch von anderen sozialen Trägern in Berlin geschickt werden, sind sehr erfolgreich im Erreichen ihrer Schulabschlüsse.

2.4. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Platzzahl

Es liegt der bekannte Personalschlüssel der DRV für die Platzzahl von N=40 zugrunde (z.B. 1 Leitender Arzt, 2 Psychotherapeuten, 4 Suchttherapeuten, 1,5 Ergotherapeut, 1 Sporttherapeut, Pflegekräfte, Nachtdienst). Das Team des Kinderhauses umfasst Sozialarbeiter und Erzieher und bietet neben der Betreuung am Tage (bis 16.30h) auch Unterstützung in den Abendstunden und am Wochenende an. Zusätzlich zu den 16 regulären Plätzen im Kinderhaus können bis zu 5 Kinder gemäß den Bestimmungen der Haushaltshilfe aufgenommen werden.

2.5. Sozialrechtliche Zusammenhänge

Im Tannenhof Zentrum I besteht also die modellhafte Verschränkung der Bereiche SGB VI (Rentenversicherung) und SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Denkt man an die besondere Bedeutung von Geburtsstationen in Krankenhäusern, die die schwangeren suchtkranken Frauen mit betreuen, so befinden wir uns zusätzlich im Bereich des SGB V (Krankenkassen).

Im Tannenhof Zentrum I nehmen wir Kinder „mit Behandlungsbedarf“ (SGB VIII) und gemäß den Bestimmungen nach SGB V, § 38 sowie gemäß SGB VI § 28 „ohne Behandlungsbedarf“ (Haushaltshilfe, Begleitkinder) auf.

Nach den Möglichkeiten des § 67 SGBXII (Betreutes Gruppenwohnen) können Rehabilitanden nach der Suchttherapie auch Wohnangebote des THBB oder anderer Anbieter annehmen, wenn sie von Obdachlosigkeit bedroht sind.

Die Berufsausbildungsangebote des THBB (Bürokaufmann/frau, Koch/Köchin, Landschaftsgärtner/in) sind nach den Vorgaben des SGBII/III (Jobcenter) konzipiert und zertifiziert.

3. Die Grenzen zwischen den Zuständigkeitsbereichen überwinden

Die Verbindungen zwischen diesen Bereichen erfordern ein hohes Maß an Flexibilität aller Beteiligten. Die besondere Eltern-Kind-Problematik stellt alle vor besondere Herausforderungen: erst durch die Entwicklung einer gemeinsamen Zielsetzung und der Akzeptanz der jeweils anderen Institution mit ihren Eigenschaften kann das „Helfersystem“ eine gute Hilfe für eine suchtbetroffene Familie anbieten.

Die Zusammenarbeit von Geburtskliniken, Schwangeren- und Familienberatung, Kinderärztlichen Praxen, Jugendamt, Vorschule/Schule, Suchtberatungsstelle, Substitutionspraxen, Therapieeinrichtungen, Nachsorge und Berufsausbildung bzw. Schule im Nachsorgebereich stellt ein Netzwerk unterschiedlicher Ausrichtungen und Interessen dar. Grundlage der Zusammenarbeit sind gute Informationen und eine gute Begleitung der (Teil-) Familie durch das komplexe System. Richtungsweisend ist die Zielfrage, worum es dem/den Betroffenen geht. Aus unserer Erfahrung im THBB sollte es immer um die Unterstützung des Ausstiegs aus der Sucht gehen und um die Stabilisierung der Eltern-Kind-Beziehung.

Erst eine gemeinsame Ausrichtung der beteiligten professionellen Helfer auf die betroffene Suchtfamilie wird wirkungsvoll sein. Die gemeinsame Unterstützung des familiären Verbundes steht im Vordergrund. Aus der Sicht einer stationären Rehabilitationseinrichtung ist allerdings bereits der Zugang zur Behandlung recht schwierig.

4. Zugang zur Sucht-Rehabilitation

Der Zugang zur stationären Rehabilitation gestaltet sich für Mütter mit Kindern/Eltern mit Kindern eher kompliziert. Zum einen, weil es zu wenige Therapieplätze für sie gibt. Die Wartezeit für die Aufnahme mit Kind im Tannenhof beträgt zu bestimmten Zeiten manchmal bis zu 6 Monate.

Dies stellt aus unserer Sicht eine erhebliche Belastungssituation für die Betroffenen dar. Eigentlich müsste die Platzzahl für süchtige Eltern mit Kindern deutlich höher sein.

Komplexer wird es dann noch, wenn es um den Ausstieg aus der Substitution geht.

Zum anderen, weil die vorbereitenden Verhandlungen mit „den Ämtern“, der DRV bzw. der Krankenkasse und zeitgleich mit dem Jugendamt, sehr zeitaufwändig sind. Hinzu kommt oftmals die Substitution der Mütter/Eltern. Es stellt für sie eine große individuelle Herausforderung dar, sich aus der Substitution zu lösen. Dies liegt auch daran, dass der Wechsel der Patienten in die abstinenzorientierte Reha oftmals von Seiten der Substitutionsbehandlung nicht entsprechend unterstützt wird.

Unsere Aufnahmebetreuung bezieht von der ersten Anmeldung an alle Beteiligten und Institutionen mit ein. Wir halten engen Kontakt während der Vorbereitungszeit zu den Beteiligten. Wir bemühen uns um Flexibilität, denn der Weg einer Teilfamilie bzw. einer Familie in die Sucht-Rehabilitation erweist sich immer wieder als sehr komplex. Die Familienmitglieder müssen sich klar werden, welches Ziel sie gemeinsam haben. Die Suchtberatungsstelle entscheidet, ob sie Informationen über die Eltern-Kind-Therapie geben will oder z.B. die Indikation „Substitution“ bevorzugt. Das Jugendamt sollte immer dabei sein bzw. hinzugezogen werden, wie es z.B. der „Berliner Leitlinie“ entspricht. Denn Sucht ist per se ein Kinderschutzthema.

Die unterschiedlichen Anträge müssen zu Leistungsträgern, Arbeitsamt und Jugendamt auf den Weg gebracht und verfolgt werden. Der koordinierende Aufwand ist für eine stationäre Einrichtung zeitlich recht groß: wir rechnen, dass der Tannenhof 30 Stunden /Woche für die gesamten Aufgaben der Aufnahmepvorbereitung aufwendet.

5. Das Therapieprogramm

Das Therapieprogramm für die Rehabilitanden mit Kindern und das Betreuungs- und Behandlungsprogramm für die Kinder

(Kinderhaus Tannenhof, auf dem gleichen Gelände) sind miteinander abgestimmt.

Diese fachliche und strukturelle Verschränkung erfordert ein erhebliches Engagement und eine große Bereitschaft bei allen Partnern zur Kooperation. Der Katalog Therapeutischer Leistungen (KTL) der DRV hat dieser Tatsache bisher nicht entsprochen. Die meisten im Erziehungsalltag wesentlichen Aktivitäten der Erziehenden können bzw. konnten nicht als Therapie-Leistungen dokumentiert werden.

Neurdings geht das etwas besser!

Die „Begleitkinder“, welche meist im Alter von 0 bis 5 Jahren sind, erhalten eine ihren Bedürfnissen entsprechende Förderung wie die Kinder, die mit einem festgestellten Hilfebedarf über das zuständige Jugendamt in den Tannenhof kommen.

Kinder im schulpflichtigen Alter besuchen die nahegelegene öffentliche Grundschule. Auch solche Kinder, die aufgrund ihrer Verhaltens- und Lernprobleme die Grundschule nicht besuchen können, haben die Möglichkeit im Rahmen der nahegelegenen Tagesgruppe I (SGB VIII) in Kleinstklassen beschult zu werden. Diese Kleinstklassen stellen sich genau auf den individuellen Bedarf ein. Die Lehrer gehören zu zwei kooperierende Grundschulen und bieten den Unterricht in kleinen Gruppen mit 5-6 Schülern an.

Die Rehabilitanden können schon während der stationären Rehabilitation erste vorbereitende Kurse in der Tannenhof-Schule (THS) besuchen. Die Lehrer der THS gehören zu einem Kollegium einer kooperierenden Volkshochschule.

Lehrer in der Suchteinrichtung selbst einzubeziehen würde für manche Zielgruppen, insbesondere jüngere Rehabilitanden das neue Lernen (nach den erlebten Schulabbrüchen) unter Reha-Bedingungen ermöglichen. Die Klassen und die Klassenlehrer sind Teil der kooperierenden öffentlichen Grundschule.

Der im Vorfeld festgestellte Hilfebedarf der Kinder bezieht sich oft auf die Schwierigkeiten der Eltern, ihren Kindern Halt zu geben, Grenzen zu setzen, sie altersentsprechend zu beteiligen, ihnen

Schutz vor Gefahren zu geben und sie altersentsprechend zu fördern (als Kind und nicht als Ersatzpartner).

Die Kinder entwickeln als sogenannte Symptomträger unterschiedlichste Verhaltensauffälligkeiten und/oder psychische Erkrankungen. Wenn für die Kinder und Jugendlichen der Bedarf einer psychotherapeutischen Behandlung besteht, nutzen wir zusätzlich auch die regionalen Angebote (psychotherapeutische oder psychiatrische Praxen, Logopäden, usw.). Wir beobachten in unserer Einrichtung, dass und wie der Aufbau einer gesunden Eltern-Kind-Beziehung gelingt. Eine hergestellte stabile Beziehung erlaubt es den Eltern, sich auf ihren Alltag zu konzentrieren und am Arbeitsleben sowie an der Gesellschaft teilzuhaben.

Kinder gehören zu ihren Eltern!

Wir beobachten immer wieder, dass die Trennung der Kinder von den Eltern durch das Jugendamt eine große Quelle für innere Unruhe und Verzweiflung für die ihre Eltern darstellt. Die allermeisten Eltern wünschen sich, wenn sie im Tannenhof angekommen sind, nichts sehnlicher, als wieder mit den Kindern zusammen leben zu können. Auch, um endlich eine gute Eltern-Kind-Beziehung zu entwickeln.

6. Der individuell-familiäre Erfolg in der Suchtrehabilitation

Zum 30-jährigen Jubiläum des Kinderhauses Tannenhof haben wir eine umfangreiche Datensichtung vorgenommen, aus der sich das Datenprojekt „Eltern mit Kindern in der Suchtrehabilitation“ entwickelte. Die Dokumentationen aus der Suchttherapie und der Kinderbetreuung wurden nach gemeinsamen Fragestellungen analysiert. Insgesamt wurden im Zentrum I (seit Beginn der Dokumentation 1988) 3.067 Rehabilitand(inn)en behandelt, davon waren ca. 20% Eltern mit Kindern.

Die ausgewählten Angaben beziehen sich auf die dokumentierten Daten von 1.533 Rehabilitand(inn)en, von denen Angaben zum Zusammenleben mit Kindern (N= 312) bzw. ohne Kind (N=1.221) vorliegen, Zeitraum 2003 bis 2013.

Familienkonstellationen

Die „Familienkonstellation“ besteht in der überwiegenden Mehrzahl aus Müttern mit ihren Kindern (83%). Lediglich 8% sind Familien mit

beiden Elternteilen, 4% sind Väter mit ihren Kindern und knapp 5% sind Kinder mit Müttern und deren Partnern. 68 % der Familien leben mit einem Kind, 32% mit mehreren Kindern.

Die Kinder

In der großen Stichprobe sind 53,5% Jungen, entsprechend 46,5% Mädchen. Sie sind bei der Aufnahme im Durchschnitt 3,3 Jahre alt, mit einer Standardabweichung von 3 Jahren, das älteste Kind ist 15 Jahre alt.

Die Aufenthaltsdauer der Kinder in der Einrichtung betrug im Durchschnitt 206 Tage (6,8 Monate). 22,4% kamen auf Veranlassung des Jugendamts und 24,6% wegen Rückführung aus Fremdunterbringung.

Vergleich zwischen Rehabilitand(inn)en mit und ohne Kinder

Für den Vergleich zwischen Rehabilitand(inn)en mit und ohne Kinder werden die Daten der Eltern herangezogen. Um den Einfluss der Familie auf den Verlauf des Aufenthaltes im Zentrum I zu betrachten, muss berücksichtigt werden, dass sich die Geschlechterverteilung der verglichenen Gruppe unterscheidet:

In den Familien sind 73,4% der Rehabilitanden weiblich, in der alleinstehenden Gruppe sind es lediglich 24,2%. Der Einfluss des Geschlechts auf die Ergebnisse wurde statistisch gesehen kontrolliert und aus den Ergebnissen herausgerechnet.

Die Ergebnisse unserer Auswertung unterstützen eindeutig den systemischen Ansatz in der Suchtrehabilitation: die Einbeziehung des familiären Kontextes und die gemeinsame Aufnahme von Eltern mit ihren Kindern in die Suchtrehabilitation fördern den individuellen Reha-Erfolg nachhaltig und signifikant.

Aufnahmesituation

Die Rehabilitand(inn)en in den Familien sind im Durchschnitt nur signifikant älter bei der Aufnahme, haben eine längere Aufenthaltsdauer und sind bei der Entlassung entsprechend älter. Auch ihre letzte Entwöhnungsbehandlung dauerte länger und für sie wird außerdem eine längere längste Abstinenzphase vor der jetzigen Rehabilitationsmassnahme berichtet.

Die beiden Gruppen unterscheiden sich nicht in der Verteilung der Nationalitäten und der Religion. Die Gruppe der Eltern ist signifikant häufiger nicht erwerbstätig. Der Schulabschluss ist signifikant niedriger.

Die Eltern haben schwach signifikant häufiger eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Behandlungsverlauf

Die Familiengruppe benötigt signifikant seltener zusätzliche psychotherapeutische Behandlung sowie psychiatrische Behandlung, nimmt dafür aber häufiger weiterführende Angebote, wie Adaptionsbehandlungen, in Anspruch.

Während der Entwöhnungsbehandlung wird für die Rehabilitand(inn)en mit Kindern signifikant häufiger kein Rückfall während der Behandlung angegeben und ebenfalls häufiger kein Suchtmittelkonsum während der adaptiven Behandlung.

Für die Rehabilitand(inn)en aus der Elterngruppe erfolgt häufiger eine Weitervermittlung, dabei vor allem in Beratungs- und Fachambulanzen. Einrichtungen der Jugendhilfe sowie Arbeitsagenturen und an Leistungsträger.

Behandlungsergebnisse

Insgesamt werden die Rehabilitand(inn)en mit Kindern häufiger als arbeitsfähig beurteilt. Allerdings wurden sie auch schon bei Betreuungsbeginn häufiger als arbeitsfähig eingeschätzt.

Therapieabschluss:

Besonders hervorzuheben ist, dass diese Gruppe signifikant häufiger eine „günstige“ und „eher günstige“ Prognose bei Entlassung erhält. Unsere Auswertung zeigt, dass von den mit Kindern Zusammenlebenden im Durchschnitt zwischen 70% und 80% die stationäre Rehabilitation offiziell wie vorgesehen abschließen.

Dieser Erfolg kann sich in jedem Jahr unterschiedlich darstellen. Dass diese Eltern zu einem höheren Anteil einen solchen Therapieerfolg erreichen als die Alleinstehenden ist ein hoch signifikanter Zusammenhang.

Die Gruppe der Rehabilitand(inn)en mit Kindern benötigt als Nachsorge eine „spezielle Nachsorge“, die sich sehr genau auf die

Belange der Eltern und Kinder einstellt (Struktur der Wohnung, Gruppen- und Einzelbetreuung, fortsetzen der Kinderbetreuung).

Im Tannenhof, Zentrum I, und in weiteren Einrichtungen des THBB bieten wir seit ca. 14 Jahren auch Familienaufstellungen an. Dies ist ein strukturiertes, über die Jahre gleichbleibendes Angebot. Die statistische Auswertung von über 200 dokumentierten Einzelaufstellungen zeigt, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen in besonderer Weise davon profitieren und zu einem noch höheren Anteil die stationäre Therapie beenden. Dabei wird die Wirkung von Familienaufstellungen im Kontext der gesamten Reha-Angebote gesehen: sie verstärkt die familienorientierte Suchtrehabilitation. (Brömer,2014)

Zusammenfassung

Die ausgewerteten Daten bestätigen deutlich, dass die Therapieverläufe, Behandlungsergebnisse und Prognosen für Rehabilitand(inn)en, die ihre Therapie gemeinsam mit den Kindern machen, signifikant erfolgreicher sind.

Somit bestätigt sich das Therapiekonzept vom Tannenhof Zentrum I und des Kinderhauses sowie der gemeinsamen Behandlung und Betreuung von Eltern mit ihren Kindern.

Darin zeigen sich die Bedeutung des systemischen Therapieansatzes in der Suchttherapie sowie die Notwendigkeit der Stärkung von Erziehungskompetenzen der Eltern, der Entwicklungsförderung bei den Kindern sowie der Sicherung des Kindeswohls. (Dewitz, Kraus, 2013)

7. Die Erfahrungen in der Betreuung von Kindern suchtkranker Eltern

7.1 Kinder in suchtbelasteten Familien

Der Alltag in suchtmittelabhängigen Familien ist häufig geprägt von Streit, Gewalt, Vernachlässigung, Missbrauch, Illegalität, Prostitution, Krankheit und extremen Stimmungsschwankungen, welche durch

Rausch oder Entzug der Eltern hervorgerufen werden. Viele opiatabhängige Eltern, die mit ihren Kindern in den Tannenhof kommen, nahmen über mehrere Jahre an sog. Ersatzstoffprogrammen (Substitution mit Methadon o.ä. Substanzen) teil. Dabei dient das regelmäßig einzunehmende Substitut der Verhinderung des weiteren Konsums psycho-aktiver Substanzen. Unsere Erfahrung zeigt jedoch, dass ca. zwei Drittel der substituierten opiat-abhängigen Menschen auf diesen Konsum, neben der Substitution, nicht verzichten. Es muss davon ausgegangen werden, dass in dieser Weise konsumierende Eltern ihrer Erziehungsverantwortung wohl kaum gerecht werden können. Die Kinder nehmen den durch Spannungen und Depressivität bestimmten Alltag im Elternhaus unterschiedlich wahr und suchen die Ursachen dafür oftmals bei sich selbst. Häufig werden die Kinder mit dem Erlebten allein gelassen, weil die Eltern wegen eigener Probleme Schwierigkeiten zeigen, sich in die Bedürfnisse ihrer Kinder einzufühlen und sich angemessen mit ihnen zu beschäftigen. Ältere Kinder unterstützen die Eltern über die Maßen bei der Bewältigung der Alltagsaufgaben, indem sie die Pflege jüngerer Geschwister und auch die Verantwortung für den Haushalt übernehmen. Ebenso hören sie sich verständnisvoll die Sorgen und Nöte der Eltern an und versuchen zu trösten oder besonders brav zu sein. Die Kinder erleben verbale oder gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen den Eltern. Besonders in akutem Drogen-Beschaffungsstress werden die Kinder kurzfristig sich selbst überlassen oder unvorbereitet ihnen nicht vertrauten Menschen überlassen. Auf Absprachen mit den Eltern können sich die Kinder häufig nicht verlassen. Das Beziehungsangebot der Eltern gegenüber ihren Kindern ist abhängig von ihrem jeweiligen Befinden. Während es im Rausch großzügig und gewährend erfolgt, schlägt es im Entzug in aggressive und vernachlässigende Verhaltensweisen um. Negative Gefühle wie Wut, Angst und Traurigkeit finden bei den Eltern oft keinen Raum. Somit können auch für den Umgang keine in der Zukunft tragfähigen Strategien erfahren werden. All diese Verhaltensweisen überfordern und verunsichern die Kinder und hemmen und gefährden sie in ihrer Entwicklung.

7.2. Das Behandlungssetting des Kinderhauses Tannenhof

Im Behandlungssetting sind die unterschiedlichen Konstellationen der Rehabilitand/-innen zu berücksichtigen.

7.2.1. Schwangere und Frauen mit Neugeborenen und Säuglingen in der Sucht-Reha Tannenhof

Suchtmittelabhängige schwangere Frauen nehmen ihre Schwangerschaft häufig erst zum Ende des ersten Schwangerschaftstrimesters wahr. Das heißt, dass viele dieser Frauen noch während der ersten Monate der Schwangerschaft Suchtmittel konsumieren. Mit dem Wissen um die Schwangerschaft wachsen der Wunsch und die Hoffnung auf ein suchtmittelfreies Leben mit und für das Kind. Ebenso erleben wir immer wieder schwangere Frauen, die - erfüllt von Gefühlen der Sorge, Schuld und Scham - große Schwierigkeiten zeigen, das Kind bereits im Mutterleib anzunehmen.

Für schwangere Frauen kommt zur Betreuung und Geburtsvorbereitung eine Hebamme ins Haus, die die Mütter/Eltern auch nach der Geburt im Rahmen von Hausbesuchen betreut. Die ersten Wochen sind für jede Familie mit einem Neugeborenen eine besondere Zeit - erst recht und stabil, wenn dies im geschützten Rahmen einer stationären Suchtrehabilitation stattfindet.

Der Tagesablauf von Mütter mit kleinen Kindern / Säuglingen umfasst die Beteiligung der Erwachsenen am Therapieprogramm, das mit den notwendigen Betreuungsformen des Kinderbereichs abgestimmt wird. Junge Mütter werden unterstützt in Bezug auf alle Fragen der Pflege, der Ernährung und der Betreuung. Aber auch mögliche Überforderung und Stimmungsschwankungen der Mutter können so aufgefangen werden. Wir ermöglichen den Müttern die Teilnahme am Babyschwimmen oder an PEKIP-Gruppen. Wenn wir, wie dies häufig der Fall ist, mehrere Mütter mit Babys gleichzeitig im Tannenhof haben, findet die PEKIP-Gruppe unter professioneller Anleitung im Haus statt.

Entsprechend entwicklungspsychologischen Erkenntnissen werden Säuglinge im Kinderbereich immer gleichzeitig auch von ihren Eltern betreut. Für den Aufbau einer intensiven und vertrauensvollen Beziehung ist der enge Kontakt des Babys zu seinen Eltern in den ersten Wochen bedeutend und unabdingbar. Erst wenn diese Bindung gelungen ist und auch das Kind ins Kinderhaus eingewöhnt ist, werden die Kinder während der Therapiezeiten der Eltern vom Kinderhaus-Team betreut. Es gibt auch bei den Kleinsten eine feste Kontaktperson.

7.2.2. Kleinkinder und Vorschulkinder im Kinderhaus Tannenhof

Wenn die Kinder in unsere Einrichtung kommen, ist ihr Verhalten geprägt durch ihre bisherige Lebenssituation. Die Kinder erleben den Alltag in einem süchtigen Milieu als „Normalität“ und als Realität. Süchtiges elterliches Handeln prägte die erlebten Werte und Maßstäbe der Kinder. Wir stellen häufig die folgenden Symptome bei Kindern suchtkranker Eltern fest:

- **Aggressives Verhalten gegenüber anderen Kindern, den Eltern, anderen Personen und dem Spielmaterial,**
- **Autoaggression**
- **Sprachverzögerungen**
- **Essstörungen**
- **Trennungsangst, Nachtangst**
- **Beziehungsstörungen**
- **Schulschwierigkeiten bis Schulversagen**
- **Entwicklungsverzögerungen im Baby- bzw. Kleinkindalter**
- **Niedergeschlagenheit, Trauer**
- **Bettnässen, Einkoten**
- **obsessives Nachspielen traumatischer Situationen**

Wie reagieren wir als Fachleute auf eine so komplexe Problemschilderung? Wie finden wir eine angemessene Antwort auf diese Belastungen der Kinder? Eine wesentliche Antwort ergaben unsere Beobachtungen: sobald sich der elterliche Umfeld klärte und stabilisierte, konnten die Kinder sich sicherer fühlen und die vordergründigen Verhaltensauffälligkeiten verschwanden häufig. Wir übersetzen die Symptome deshalb als „Sprache des Kindes“; das Kind weist uns Fachleute auf die Zustände in seiner Herkunftsfamilie hin. Fördern wir die Stabilität in der Familie, fördern wir direkt das betroffene Kind.

Durch ausgesuchte Angebote unterstützen wir die Kinder bei der Bewältigung von Trauer, Angst und Wut. Die Förderung der Selbständigkeit und das soziale Miteinander sind ein wichtiger Baustein im Tagesablauf der Kindergruppe. Im Morgenkreis lernen die Kinder, miteinander zu sprechen und einander zuzuhören. Das positive und zugewandte Erzieher(innen)-Verhalten fördert eine konstruktive Interaktion unter den Kindern, wodurch die soziale, emotionale und die Gruppenkompetenz gestärkt werden. Weitere Maßnahmen und

Angebote sind dem Alter der Kinder entsprechend: Spielen als Ausdruck der eigenen Befindlichkeiten, das Vorschulprojekt, die spielerisch gestaltete Gewaltpräventionsprojekte und das „Raufen nach Regeln“, Turnen, Musik, therapeutisches Reiten.

7.2.3. Schulkinder im Kinderhaus Tannenhof

Besonders Kinder dieser Altersgruppe übernehmen im Alltag ihrer Eltern häufig nicht altersentsprechende Aufgaben. Obwohl dies eine Überforderung darstellt, bietet sich dem Kind andererseits die Möglichkeit weitgehender Selbstbestimmung. Es erlebt sich als mächtig in der Familie, es entscheidet z.B. selbst, wann es zu Bett geht und wann es eine Mahlzeit einnimmt. Im Umgang mit diesen Kindern ist die Wertschätzung für das, was sie geleistet haben, äußerst wichtig. Die Hinführung zu kindgerechten Aktivitäten und die Erreichung von Akzeptanz von wichtigen und notwendigen Strukturen sind daher ein wichtiger Bestandteil der Arbeit. Gleichzeitig spüren die Kinder große Erleichterung, dass sich jetzt „Fachleute“ um ihre Eltern kümmern und sie diese Sorge und Last nicht mehr tragen müssen.

Eine enge Zusammenarbeit mit Schulen ist unbedingt erforderlich, um die Kinder im Schulprozess zu unterstützen und zu fördern. Ein Mitarbeiter aus dem Kinderhaus-Team bereitet die Aufnahmen der Kinder mit dem Direktorium der kooperierenden Schulen vor. Das geschieht bereits einige Wochen, bevor die Kinder im Tannenhof aufgenommen werden. In Zusammenarbeit mit der nahegelegenen Käthe-Kollwitz-Grundschule in Berlin-Lichtenrade haben wir eine Schulfreistellung für die erste Woche, ggf. auch länger, für die im Tannenhof ankommenden Kinder vereinbart.

In der ersten Zeit nimmt die später zuständige Klassenlehrerin bereits Kontakt zum Kind, seinen Eltern und den Fachkräften des Kinderhauses auf und besucht das Kind im Kinderhaus. Ist das Kind in der Schule aufgenommen, bringen die Eltern das Kind täglich in die Schule und holen es auch wieder ab. Je nach Alter und Verlässlichkeit bewältigen viele Kinder nach einigen Wochen den kurzen Schulweg eigenständig. Die Hausaufgabenbetreuung nimmt im Alltag einen großen Raum ein. Dabei werden die Eltern von Beginn an einbezogen, um die

Hausaufgabenbetreuung perspektivisch weiterzuführen und selbst übernehmen zu können. Der strukturierte und unterstützende Alltag, die unterschiedlichen Konfliktlösungsmodelle und die Gewaltpräventionsprogramme sind nach unseren Maßstäben auch die beste Suchtprophylaxe für diese Kinder.

8. Die Eltern als Rehabilitanden im Tannenhof

Von zentraler Bedeutung sind Beratungs- und Schulungsangebote zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen. Die Lebenslagen und Bedürfnisse der Eltern sind trotz ihrer gemeinsamen Suchtdisposition auch sehr unterschiedlich. Ein bedarfsgerechtes Hilfeangebot muss daher immer individuell die verschiedenen Ausgangsbedingungen der Eltern berücksichtigen. Während das Verhalten der Kinder von ihrer bisherigen Lebenssituation geprägt ist, ist das Verhalten der Eltern oft von Schuldgefühlen ihren Kindern gegenüber charakterisiert. Diese Schuldgefühle decken sich wie ein Mantel über ihr gesamtes Handeln und erschweren ein entwicklungsförderndes Erziehungsverhalten. Die Folge dessen ist, dass die Kinder sich grenzüberschreitend verhalten, die Eltern übersteigert reagieren und deshalb erneut Schuldgefühle entwickeln. Diesen Kreislauf zu unterbrechen, ist von besonderer Wichtigkeit. Unsere Eltern- und Familienarbeit basiert auf den grundlegenden Ansätzen der systemischen Familientherapie. Wir arbeiten in erster Linie systemisch, wertschätzend und ressourcenorientiert und möglichst mit dem gesamten Familiensystem. Jede Familie besitzt auch Potentiale, die es aufzudecken und zu fördern gilt. Die Eltern verbinden die Motivation zur Therapie oft mit dem intensiven Wunsch nach einer besseren Zukunft für ihre Kinder.

Alle Eltern nehmen verbindlich an der wöchentlich stattfindenden Elterntherapiegruppe teil, welche gemeinsam von einem Suchttherapeuten aus dem Erwachsenenbereich und einer Kollegin aus dem Kinderhaus geleitet wird. Die Eltern setzen sich u. a. mit den Realitäten und Wünschen in Bezug auf ihre Elternrolle auseinander. Die Erhöhung der Empathiefähigkeit steht im Mittelpunkt dieser Gruppe. Die Eltern lernen, die Welt aus der Sicht ihrer Kinder wahrzunehmen und zu verstehen.

Die Eltern entwickeln gemeinsam individuelle Lösungsansätze, die sie im Alltag mit ihren Kindern erproben. Zusätzlich bieten wir den Eltern die Möglichkeit, an unserem Elterntraining teilzunehmen. Wir orientieren uns hierbei am Elterntraining des Deutschen Kinderschutzbundes „Starke Eltern - starke Kinder“. Hier setzen sich die Eltern, angeleitet von ausgebildeten Elterntrainern, ganz praktisch mit den Themen einer entwicklungsfördernden Erziehung auseinander. Weiterhin besteht das Angebot für die Familien, familientherapeutische Gespräche wahrzunehmen. Hierbei werden auf Wunsch auch unterschiedliche Familienmitglieder einbezogen.

Familienaktivierende Betreuung

Zu Beginn der Therapie sind die Eltern meist noch sehr geschwächt vom körperlichen Entzug und mit den Anforderungen der Kinderbetreuung überfordert. Wir begleiten daher die Eltern in den ersten Wochen besonders intensiv. Wir unterstützen die Eltern bei notwendigen Kinderarztbesuchen; ebenso können nötige Kleiderkäufe für die Kinder mit uns geplant und durchgeführt werden.

In den Abendstunden nach Schließung des Kinderhauses werden die Eltern im Haupthaus, wo sie während der gesamten Therapiezeit gemeinsam mit ihren Kindern wohnen, von zwei sozialpädagogischen Fachkräften begleitet, angeleitet und unterstützt. Dies beinhaltet die Begleitung beim Abendessen und beim Zubettbringen und im Anschluss daran auch reflektierende Gespräche.

Die für die Eltern therapiefreien Zeiten an den Abenden und den Wochenenden bieten zwar die Möglichkeit für eine intensive Elternarbeit. Jederzeit ist jedoch abzuwägen und durch uns zu beachten, gerade an den Wochenenden, wie diese Elternarbeit im Rahmen von Freizeitaktivitäten realisiert werden kann, um die freie Zeit der Rehabilitanden nicht mit einer therapeutischen "Dauerarbeit" zu füllen.

Die Familienbetreuung an Wochentagen und Wochenenden beinhaltet die abendliche Unterstützung, Begleitung und Entlastung der Eltern durch zwei Fachkräfte des Kinderhauses. Die Fachkräfte stehen für alle das Kind betreffenden Fragen zur Verfügung, bieten praktische Hilfe und nehmen beispielsweise aktiv Einfluss auf den Verlauf abendlicher, konfliktreicher Eltern-Kind-Interaktionen. Die Arbeit der Fachkräfte ist im

Wesentlichen auf die Unterstützung der Eltern bei deren Umgang mit den Kindern ausgerichtet. In begründeten Ausnahmefällen, wie einer Krise der Eltern, kann jedoch abends die zeitweise Betreuung der Kinder allein durch die Fachkräfte notwendig und sinnvoll sein. Durch diese spezielle auf das Haupthaus ausgeweitete Betreuung durch Kinderhaus-Fachkräfte können Überforderungssituationen und dadurch bedingtes schädigendes Verhalten gegenüber dem Kind vorgebeugt bzw. dieses vermindert werden. Die Familienbetreuung ist eine intensive Fortführung der pädagogischen Arbeit im Kinderhaus. Daher ist eine tägliche Übergabe mit den aktuell relevanten Informationen wichtig und notwendig. Laufende und zeitnahe Dokumentationen über den Verlauf oder bestimmte Vorkommnisse während der Betreuungszeit im Haus sind erforderlich und verbindlich. Die Fachkraft arbeitet mit den diensthabenden Mitarbeiter/-innen im Haupthaus zusammen. Schwerpunkt der Samstags- und Sonntagsaktivitäten ist die intensive Förderung der Interaktionen zwischen Eltern und Kindern. Ziel ist es, die Eltern für die Bedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren und sich in gemeinsamen Freizeitaktivitäten auszuprobieren, die sowohl den Kindern als auch den Eltern Freude bereiten. Die Samstags- und Sonntagsaktivitäten finden als Gruppenangebot statt. (Tzschoppe, Dewitz, Brömer, 2013)

9. Dokumentation der erbrachten Leistungen DRV und KTL / ETM

Die Leistungen im Rahmen der Eltern-, Familien- und Kinderarbeit sind vom Umfang und der Bedeutung praktisch mit den Leistungen in der Ergotherapie oder der Arbeitstherapie gleichzusetzen. Individuelle Reha-Ziele lassen sich gleichermaßen im Kontext mit der Kindeserziehung verbinden. Nach unseren Beobachtungen sind die Erziehungskompetenzen, die die Rehabilitanden als Eltern erlangen, anforderungsreicher als eine Teilnahme an der Ergo- oder Arbeitstherapie. Das Erlernen, wie man sein Kind gut erzieht und fördert, fordert die „ganze“ Mutter, den „ganzen“ Vater.

Dieses besondere Leistungsspektrum sollte sich in dem Dokumentations- und Bewertungssystem der DRV abbilden lassen und auch das Profil einer Verbundeinrichtung, wie sie der Tannenhof darstellt, sollte differenziert darzustellen sein.

Der neue KTL bietet hierzu neue Möglichkeiten. Dort gibt es KTL-Codes für Sport- und Bewegungstherapie für Eltern/Kind in der Gruppe (A640),

Vortrag Gesundheitsförderung bei Kindern (C596), Seminar zur Gesundheitsinformation und -förderung bei Kindern (C636), Nicht-/Standardisierte Schulung zu Erziehungsfragen (C811f), Pädagogische Intervention einzeln/in der Kleingruppe (H750/H760), Erlebnispädagogik in der Gruppe (H770), Beobachtete (pädagogische) Mahlzeiten in der Kleingruppe (M610). Allerdings sind einige Leistungen einmalig bzw. selten vorgesehen.

Hier sehen wir erstmals die Chance, dass die Erziehungsleistungen von Eltern auch in der Sucht-Reha anerkannt und codiert werden können.

Diese Aktivitäten haben jedoch nach unserer Erfahrung den vergleichbaren Stellenwert wie andere z.B. aus dem Bereich der Arbeitstherapie.

10. Schnittstellenprobleme

In der Kooperation vom Tannenhof Zentrum I mit anderen fällt immer wieder auf, dass nach wie vor manche medizinische oder soziale Institution mit den komplexen Zusammenhängen „Eltern-Sucht-Kinder“ wenig vertraut ist. Die verschiedenen zuständigen Stellen auf familien- und gesundheitsbezogene Ziele zu orientieren erweist sich oft als schwierig. Ein Hemmnis stellt auch heute noch eine negative Haltung dar, in dem man den suchtkranken Eltern a) eine Überwindung der Sucht und b) das Erlernen einer guten Erziehung nicht zutraut. Vielfach treffen wir die Einstellung an, dass Pflege- oder Adoptionseletern oder Heime die bessere Situation für die Kinder sind. Das ist nach unseren Erfahrungen ein fundamentaler Irrtum. Ein anderer Irrtum bezieht sich auf die Teilnahme von Eltern an der Drogensubstitution; manchen Jugendämter erscheint bereits dies die Garantie dafür zu sein, dass sich die Lage der Kinder und die Erziehungsfähigkeit der Eltern per se verbessern. Spannend zu beobachten ist, wie die Bemühungen um den Kinderschutz auch in diesem Handlungsfeld begonnen haben.

Vertreten zuständige Institutionen gegensätzliche Ziele, führt die Uneinigkeit zur Verlängerung der Sucht und zur Fortsetzung des Leidens der Kinder in suchtbetroffenen Familien.

Der Zugang zu einer Einrichtung wie den Tannenhof Zentrum I würde deutlich einfacher erfolgen können, wenn die Zuständigkeit in einer Hand läge. Das wäre nach unserer Einschätzung vorrangig die DRV. Die Kosten- und Leistungsträger müssten sich über die Kostenteilung intern verständigen. Heute müssen die reha-interessierten Eltern 2 Kostenübernahmen beantragen (DRV bzw. Krankenkasse und Jugendamt) und die entsprechenden bürokratischen Anforderungen erfüllen. Wir stellen dann oft fest, dass sich diese Institutionen erst einmal im Einzelfall über die Kostenteilung bzw. -übernahme verständigen müssen. Eine vereinfachte Bearbeitung der Kostenbeantragungen und eine eindeutige Zuständigkeit würde allen Beteiligten die Antragsbearbeitung erleichtern und die Mütter/Eltern zusammen mit ihren Kindern schneller in die Sucht-Reha gelangen lassen.

Im Tannenhof wurden z.B. in 2014 36 Kinder mit Hilfebedarf gemäß SGB VIII aufgenommen. Das Jugendamt war der Kostenträger. Zusätzlich wurden 10 Kinder nach Haushaltshilfe aufgenommen, hier war die DRV der Leistungsträger.

Erhebliche Probleme in der Zusammenarbeit sind dann festzustellen, wenn wir im Zentrum I eine noch weiter zu substituierende Mutter mit Kind oder eine Schwangere, die sich in einem Substitutionsprogramm befindet, aufnehmen wollen und sollen. Der Tannenhof verfügt über die Zulassung zur Mitbehandlung von Frauen unter Substitution gemäß den Vorgaben der DRV und der Ärztekammer. Wir haben unsere Aufnahmeprobereitung sehr genau und so flexibel wie möglich auf die Belange der Facheinrichtungen im Substitutionsbereich und auf die Bedarfe der substituierten Menschen eingestellt. Obwohl Berlin ein Zentrum der Substitution von drogenabhängigen Menschen ist, bewerben sich substituierte Frauen aus Berlin eher selten im Tannenhof. Wir erfahren oft, dass der Ausstieg aus der Substitution meistens kein Thema im Beratungsprozess war und ist. Erst der Druck des Jugendamtes oder die Forderung des nichtsüchtigen Partners bringen oftmals den Anstoß, dass die abhängigen Mütter Schritte in Richtung Ausstieg aus der Sucht beginnen.

Die vielen erfolgreichen Therapieabschlüsse junger Eltern im Tannenhof Zentrum I und die gute Entwicklung der Beziehung zu ihren Kindern sind

gute Gründe, zukünftig mehr süchtigen Eltern mit Kindern vergleichbare Angebote zu ermöglichen.

11. Schlussfolgerung: Ein Wunsch an die Beteiligten

Wenn wir einen Wunsch frei hätten, würden wir uns einen "Runden Tisch" zum Thema der Kinder suchtbelasteter Eltern wünschen. Einen „Runden Tisch“, an dem die Kosten- und Leistungsträger (SGB V; SGB VI; SGB VIII) ein Konzept für einfache Wege in die Sucht-Rehabilitation erarbeiten und bestehende Hemmnisse beseitigen würden. Und an dem die Fachleute der unterschiedlich ausgerichteten Suchthilfeverbände sowie die Drogenbeauftragte gemeinsame Strategien und Ziele für die Unterstützung von den suchtbetroffenen Familien formulieren. Denn es besteht ein akuter Bedarf, dass die Institutionen sich besser abstimmen, um die Lage insbesondere der Kinder aus suchtbetroffenen Familien zu bessern.

Der systemisch angelegte, integrierende Therapieansatz im Tannenhof zusammen mit dem Kinderhaus Tannenhof, Berlin, kann hier aufgrund jahrelanger guter Erfahrungen als Modell dienen: ein Therapie- und Betreuungsverbund, in dem die Eltern mit ihren Kindern sehr erfolgreich ihr Leben neu gestalten und neu beginnen.

Und UNICEF:

„Gewalt zieht Gewalt nach sich. Wir wissen, dass die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass misshandelte Kinder Gewalt als normal ansehen oder sogar akzeptieren und diese auch in der Zukunft gegen die eigenen Kinder anwenden. Wenn wir das Trauma von Kindern durch gesellschaftlich akzeptierte Gewalt nicht angehen, lassen wir die Türen für lebenslange Probleme geöffnet und legen die Saat für negative Einstellungen, die in die nächste Generation ausstrahlen.“

Anthony Lake, UNICEF-Exekutivdirektor (Unicef)

Plädoyer:

Insofern: lassen Sie uns weitermachen und voneinander lernen, wie es mit mit Mut und Zuversicht gelingt und weiter gelingen wird, Menschen aus dem destruktiven Kreislauf der Sucht heraus zu

begleiten und dabei unterstützen, dass sie sich mit ihren Kindern eine bessere Zukunft schaffen können.

Literatur

H.Brömer, Familienaufstellungen im Rahmen der Suchtrehabilitation: eine Beschreibung und eine Auswertung 1998-2013, Vortrag 1. European Conference on Systemic Research in Therapy, Education and Organizational Development, Heidelberg 6.-7.3.2014, Institute of Medical Psychology, Heidelberg University

Manuela Dewitz, Prof. Dr. Michael Kraus, Betreute Familien im Tannenhof, in: 30 Jahre Kinderhaus Tannenhof, 2013, S.95-98

Kooperationsvereinbarung des Bezirksamtes Tempelhof-Schöneberg zum Schutz von Kindern Suchtkranker Eltern, Berlin 2011

Heike Tzschope, Manuela Dewitz, Horst Brömer, Konzeption Kinderhaus Tannenhof, in: 30 Jahre Kinderhaus Tannenhof, 2013, S.5-7