



**Drogenabhängige Mütter
- innovative Wege der
Kooperation zwischen
Drogenhilfe, Jugendhilfe
und Kliniken**

**Dokumentation der Fachtagung am
Mittwoch, 24. April 2002**

**Veranstalterin: Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA
in Kooperation mit Stadt Essen, Soziale Dienste
Verein Krisenhilfe Essen e.V.
Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Kinderheilkunde**

Impressum
Essen, Mai 2002
Herausgeberin:



BELLA DONNA
Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW
Kopstadtplatz 24-25
45127 Essen
Telefon 0201-248 4171/-2
Telefax 0201-22 28 72

Copyright © 2002 by BELLA DONNA, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW

Redaktion:
Martina Tödte



Die Fachtagung „Drogenabhängige Mütter – innovative Wege der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken“ wurde vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW gefördert.

Wir bedanken uns sehr herzlich

Beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit für die Finanzierung der Fachtagung und dieser Dokumentation.

Bei der Sparkasse Essen für eine großzügige Spende zur Durchführung der Fachtagung.

Bei Hans-Curt Flemming für die freundliche Genehmigung, seine Fotografie als Symbol für die Vernetzung zu nutzen.

Bei allen, die uns bei der Vorbereitung und Durchführung der Tagung zur Seite standen und zum Gelingen beigetragen haben; insbesondere bei den KooperationspartnerInnen der Tagung sowie bei den Kolleginnen der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA.

Bei allen, die an dem Prozess der Entwicklung der Kooperationsvereinbarungen mitgearbeitet haben und damit Kooperation ermöglicht haben.

Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fachtagung für die vielen konstruktiven Anregungen und positiven Rückmeldungen.

Guten Morgen!
Sehr geehrte Frau Staatssekretärin,
sehr geehrter Herr Bürgermeister,
sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich freue mich sehr, Sie zu unserer heutigen Fachtagung „Drogenabhängige Mütter – innovative Wege der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken“ herzlich begrüßen zu können.

Mein Name ist Martina Tödte, ich bin Mitarbeiterin der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA.



Diese Tagung ist in der Zusammenarbeit mit den Institutionen entstanden, die den Prozess, der zu der Kooperationsvereinbarung führte, auf den Weg gebracht und begleitet haben - und somit begrüße ich Sie auch sehr herzlich im Namen des Jugendamtes der Stadt Essen, Abteilung Soziale Dienste; des Verein Krisenhilfe Essen e.V. und des Zentrum für Kinderheilkunde im Universitätsklinikum Essen.

Die vielen Anmeldungen für heute zeigen, welche Aktualität die Thematik der Kooperation im Bereich der Versorgung drogenabhängiger schwangerer Frauen, Mütter und ihrer Kinder hat. Diese Resonanz hat uns sehr gefreut.

Ich möchte Ihnen nun zum Einstieg die organisatorischen Hinweise für den Vormittag geben, weitere Informationen erhalten Sie vor der Mittagspause.

Anschließend möchte ich kurz den fachlichen Anlass für diese Tagung vorstellen.

Vorweg zur Organisation: mit Ihrer Ankunft haben Sie Unterlagen für den heutigen Tag

erhalten. Während des gesamten Tages können Sie hier in diesem Raum am Info-Tisch Material zum Thema bekommen, u.a. auch die Essener Kooperationsvereinbarung. Die heutige Tagung wird in Form eines Tagungsreaders dokumentiert, den wir Ihnen in den nächsten Wochen zuschicken werden. Für Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW heute selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Unsere heutige Tagung befasst sich einerseits mit Frauen und Kindern, bei denen unterschiedliche Themen- und Problemstellungen aufeinander treffen und deren z.T. unterschiedliche Interessen jeweils der Klärung und der Unterstützung bedürfen.

In unmittelbarem Zusammenhang damit befasst sich diese Tagung mit Hilfesystemen, die in unterschiedliche Strukturen eingebettet sind und sich historisch eher „unverbunden“ nebeneinander entwickelt haben: die Drogenhilfe, die Jugendhilfe und die Kliniken, wobei die Arbeitskontakte untereinander jeweils sehr unterschiedlich sind.

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Kooperationsnetzes in Essen – und damit auch der Ausgangspunkt dieser Fachtagung – ist das Modellprojekt „VIOLA, Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, das von Juli 1997 bis Juli 2001 vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW finanziert und in Essen umgesetzt wurde.

Es wurde bei dem gemeinsamen Träger der Landesfachstelle Frauen & Sucht und der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, angesiedelt. Die Landesfachstelle Frauen & Sucht hat die fachliche und inhaltliche Begleitung übernommen sowie die Auswertung der Ergebnisse. Diese sind in einem ausführlichen Bericht zusammengefasst, den Sie hier bekommen können.

Ich möchte Ihnen im folgenden kurz die Aufgaben und einige der wesentlichen Aspekte und Ergebnisse dieses Modellprojektes vorstellen:

Zu den Aufgaben gehörte die Entwicklung von Beratungs- und Betreuungskonzepten, die drogenabhängige schwangere Frauen,

drogenabhängige Mütter und ihre Kinder als eine bislang nur wenig berücksichtigte Zielgruppe der Drogenhilfe erreichen können.

Es sollte weiterhin überprüft werden, wie Angebote für diese Zielgruppen in die landesweite ambulante Suchtkrankenhilfe integriert und wie ambulante Hilfen anderer Träger in die Arbeit einbezogen werden können.

Neben der sozialen, psychischen, physischen und ökonomischen Rehabilitation der betroffenen Frauen stellte das Projekt ebenfalls einen Beitrag zur Suchtprävention durch die Einbeziehung der Kinder dar.

Als eine der weiteren zentralen Aufgaben sollte exemplarisch innerhalb der Stadt Essen ein berufsübergreifendes Kooperationsnetz entwickelt bzw. ausgebaut und auf die Übertragbarkeit in anderen Städten und Regionen in NRW überprüft werden. Die Umsetzung dieser Aufgabe ist der Anlass für unsere heutige Tagung.

Die Erfahrungen aus dem Modellprojekt zeigen deutlich auf,

- dass Kinderwunsch und der Wunsch nach Familie selbstverständliche Bestandteile der Lebensplanung von drogenabhängigen Frauen sind. Allerdings sind sie durch die Tabuisierung der Thematik „Kinderwunsch“ -u.a. durch die Drogenhilfe auf die Belastungen einer Schwangerschaft und Mutterschaft nicht vorbereitet.

- Evident wurde auch, dass ein reales Problembewusstsein über die tatsächliche Schädigung des ungeborenen oder des neugeborenen Kindes durch den Drogenkonsum bei der Zielgruppe nicht ausreichend vorhanden ist.

- Dieses Informationsdefizit bewirkt, dass die tatsächlichen Auswirkungen des Drogenkonsums von den Frauen übersteigert bewertet werden. Aus den daraus resultierenden Schuld- und Schamgefühlen nehmen die Frauen institutionelle Hilfen, die allgemein für schwangere Frauen bestehen, selten in Anspruch.

- Der organisatorische und zeitliche Aufwand zur Betreuung einer schwangeren Klientin ist hoch. Dies ergibt sich zum einen aus den hohen Kontaktfrequenzen zu der Frau selbst und zum anderen aus den erforderlichen Kapazitäten für die Kooperation mit anderen Hilfeeinrichtungen des Netzwerkes.

- Aber gerade in der Schwangerschaft und in der sehr schwierigen und sensiblen Zeit nach der Geburt benötigen drogenabhängige Frauen ein tragfähiges Netz von Institutionen, das sie koordiniert begleitet. In dieser krisenhaften Situation ist eine verbindliche Kooperation mit klaren Absprachen zwischen den entsprechenden Hilfeinrichtungen erforderlich.

- Denn, und das belegen die Erfahrungen eindeutig: die negativen gesundheitlichen Auswirkungen für schwangere drogenabhängige Frauen und ihr ungeborenes Kind können bei frühzeitiger Intervention und intensiver ambulanter Betreuung und Begleitung reduziert werden.

- Wollen wir die Situation der Kinder sorgfältig betrachten, um adäquate Hilfen zu entwickeln und umzusetzen, ist die Differenzierung der von den Müttern/ Eltern konsumierten Suchtstoffe hinsichtlich legaler und illegaler Stoffe unbedingt notwendig.

- Die Lebensbedingungen von Kindern, deren Mütter oder Eltern Suchtstoffe konsumieren, unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht bezogen auf die Zuordnung des jeweiligen Stoffes als illegal oder legal.

Insbesondere unterscheiden sich der soziale Kontext, in dem sich der illegale Drogengebrauch vollzieht und die Art und Weise, mit der das Umfeld auf den Konsum dieser Stoffe reagiert.

Die besonderen Bedingungen, die der Konsum illegaler Drogen mit sich bringt wie z.B. die Beschaffungskriminalität, die Gefahr der Überdosierung oder Vergiftung, die gesundheitliche Verelendung und die soziale Isolation wirken sich zwangsläufig auf alle Beteiligten im Familiensystem aus. Von daher ist eine Differenzierung bezogen auf den konsumierten Stoff auch im Sprachgebrauch notwendig.

- Weiterhin muss die Familiensituation der Kinder differenziert erfasst werden. Allgemein von „Eltern“ zu sprechen verfälscht nicht nur die fachöffentliche Diskussion, sondern verkennt auch die Bedingungen, unter denen die Kinder tatsächlich aufwachsen. Da der überwiegende Teil der drogenabhängigen Mütter alleinerziehend ist, sprechen wir in der Regel von MÜTTERN, nicht von Eltern.

- Schwangere Frauen, Frauen mit Kindern und die Kinder sind als jeweils ei-

genständige Zielgruppe anzusehen und die Arbeit mit ihnen als eigenständige Arbeitsbereiche.

- Drogenabhängige Frauen sind mit ihren Kindern erreichbar, wenn sie deutliche Signale von der ambulanten Drogenhilfe erhalten, dass sie mit ihren Kindern willkommen sind und entsprechende Angebote vorfinden.
- Niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe ohne frauenspezifische Ausrichtung hingegen sind eindeutig kein Ort für Kinder.
- Aus drogenpolitischer Sicht ist präzises und fachlich qualifiziertes Handeln im Interesse der betroffenen Frauen und Kinder -insbesondere im Kontext der prognostizierbaren Folgen- unmittelbar erforderlich.

Als Ergebnis der Aufgabe, ein berufsübergreifendes Kooperationsnetz zu entwickeln, ist in einem intensiven Prozess exemplarisch innerhalb der Stadt Essen eine Kooperationsvereinbarung zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken entwickelt worden – erstmals in Deutschland, und, soweit wir wissen, auch im deutschsprachigen Ausland.

Und auch wenn die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW die Federführung für diese Aufgabe übernommen hat - die Umsetzung hätte niemals gelingen können ohne die Kooperation mit den zahlreichen Institutionen in Essen.

Der Prozess war nicht immer leicht, denn so wie es gilt, die unterschiedlichen Interessen der Zielgruppen zu wahren, gilt es ebenfalls, die unterschiedlichen Aufgaben, Interessen und Haltungen der Institutionen zu wahren und dennoch gemeinsam zu einer verbindlichen Zusammenarbeit zu gelangen. Das dies in Essen gelungen ist, freut uns sehr und wir möchten unseren Dank all denen aussprechen, die mitgedacht, diskutiert, widersprochen, bestätigt, unterstützt und überhaupt mitgearbeitet haben.

Die Grundlage für die gewonnenen Erkenntnisse, für unseren fachlichen Fortschritt und für die heutige Tagung ist, wie so oft bei der Weiterentwicklung sozialer Arbeit, eine kontinuierliche und verlässliche Finanzierung. Das Modellprojekt VIOLA wurde zu 100% durch das Land NRW, das Ministerium für

Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit gefördert.

Von daher möchten wir uns an dieser Stelle sehr herzlich beim MFJFG bedanken – durch diese Landesförderung konnten wertvolle Erkenntnisse nicht nur für die Drogen- und Suchtkrankenhilfe, sondern für die Arbeit mit den Zielgruppen insgesamt gewonnen werden.

Auch diese Fachtagung wird durch das MFJFG finanziert, und auch dafür bedanken wir uns herzlich.

Ich freue mich sehr, dass Frau Prüfer-Storcks, Staatssekretärin im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, die Möglichkeit hatte, heute zu kommen und begrüße sie sehr herzlich.



Frau Staatssekretärin im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW, Cornelia Prüfer-Storcks

Sehr geehrter Bürgermeister Kleine-Möllhoff,
sehr geehrte Frau Tödtte,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich begrüße Sie - auch im Namen von Frau Ministerin Birgit Fischer - recht herzlich. Ich freue mich, gerade Ihre Fachtagung eröffnen zu können, befasst sie sich doch mit einem Thema, dem ich sowohl unter frauenpolitischen als auch unter gesundheitspolitischen Gründen große Bedeutung beimesse.

Sie werden sich heute schwerpunktmäßig mit den Ergebnissen des mit Landesmitteln

geförderten Modellprojekts „VIOLA“ beschäftigen.

Ausgangspunkt dieses Modellprojekts war die Überlegung, dass der vielschichtigen Problematik drogenabhängiger Frauen mit Kindern nur durch eine Vernetzung der Angebote des örtlichen Hilfesystems und dem Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Kräfte wirksam begegnet werden kann.

Diese Kooperation ist in Essen bereits heute in vorbildlicher Weise gelungen, was auch in der gemeinsamen Vorbereitung dieser Veranstaltung durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht, die Stadt, die Drogenhilfe und die Universitätsklinik zum Ausdruck kommt. Hierfür möchte ich Ihnen recht herzlich danken.

Diese vorbildliche Zusammenarbeit der verschiedenen Stellen, die für die Hilfen der betroffenen Frauen zuständig sind, ist nicht zuletzt ein sichtbares Ergebnis des Modellprojekts „VIOLA“.

Für mich ist dieses berufsgruppen- und institutionsübergreifende Modell zur Koordinierung und Vernetzung der Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und für Frauen mit Kindern ein wichtiges Etappenziel auf dem Weg zur Schaffung eines geschlechtsdifferenzierten Sucht- und Drogenhilfeangebots in Nordrhein-Westfalen.

Wir wissen heute, dass die Ursachen einer Suchterkrankung wie auch ihr Verlauf ganz wesentlich von geschlechtsspezifischen Faktoren mitbestimmt werden.

Die Unterschiede in der Sozialisation und in den gesellschaftlichen Rollenerwartungen haben nicht nur Einfluss auf das Konsum- und Missbrauchsverhalten von Frauen und Männern, sondern auch auf die Wege, die zum Ausstieg aus der Sucht führen.

Zu einem besonderen Merkmal der Sucht bei Frauen gehört, dass sie zumeist aus Scham- und Schuldgefühlen heraus darauf bedacht sind, ihre Abhängigkeit vor Anderen geheim zu halten. Darüber hinaus sehen sich Frauen auch heute noch überwiegend in einer besonderen Verpflichtung, für das Wohl und den Zusammenhalt in Partnerschaft und Familie Sorge zu tragen. Dies erschwert nicht zuletzt auch ihre Bereitschaft,

sich dem Suchthilfesystem anzuvertrauen und Angebote frühzeitig wahrzunehmen.

Bei drogenkranken Frauen mit Kindern kommt die Befürchtung hinzu, bei der Inanspruchnahme von staatlichen Einrichtungen das Sorgerecht für die Kinder zu verlieren. Sie erleben das staatliche Hilfesystem nicht selten vorrangig als Organ der Kontrolle und Strafverfolgung. Auch hier kann das im Rahmen des Modells erprobte Konzept entscheidend mit dazu beitragen, dass diese Schwellenängste abgebaut werden.

Der Problemlage süchtiger Frauen haben wir auch in unserem Landesprogramm gegen Sucht Rechnung getragen und die Verbesserung der Präventions- und Hilfeangebote unter besonderer Berücksichtigung der Lebenssituation von Frauen zu einem Schwerpunkt gemacht.

Es geht uns hierbei allerdings nicht vorrangig um den Aufbau neuer eigenständiger Hilfeangebote für Frauen. Wir wollen vielmehr durch zielgerichtete Qualifizierungs- und Vernetzungsmaßnahmen dafür Sorge tragen, dass frauenspezifische Aspekte im bereits bestehenden Suchthilfesystem stärker berücksichtigt und verankert werden.

Es kann nicht sein, dass unsere Regelangebote für Männer sind und für Frauen immer etwas Zusätzliches geschaffen werden muss.

Deshalb unterstützen wir beispielsweise den Aufbau und die Weiterentwicklung von frauenspezifischen Beratungsangeboten bei den Sucht- und Drogenberatungsstellen. Auch die Einrichtung einer Landesfachstelle Frauen & Sucht, BELLA DONNA, hier in Essen dient nicht zuletzt dem Ziel, diesen Prozess zu koordinieren und zugleich zu beschleunigen.

Die Landesfachstelle Frauen & Sucht unterstützt die Landesregierung bei der konzeptionellen Fortentwicklung der Angebotsstrukturen. Sie übernimmt landesweit Koordinierungs- und Qualifizierungsaufgaben. Sie berät mit großer Fachkompetenz die Träger der Suchthilfe und qualifiziert ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Damit wollen wir gerade auch für drogenabhängige schwangere Frauen und Mütter eine größtmögliche Transparenz des Hilfe-

systems und einen erleichterten Zugang schaffen.

Mit dem von der Landesfachstelle initiierten Modellprojekt „VIOLA“ sind wir diesem Ziel ein gutes Stück näher gekommen.

Ich begrüße es daher sehr, dass die Stadt Essen auch weiterhin dafür Sorge tragen wird, dass das bewährte Beratungsangebot für schwangere Frauen und Mütter bei der landesweit einzigen Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen erhalten bleibt und der Ansatz dieses Projekts fortgesetzt wird.

Das Modell hat gezeigt, dass es bei der Schaffung angemessener und wirksamer Hilfeangebote neben der Qualifizierung bestehender Hilfen vor allem auf eine engere Zusammenarbeit der verschiedenen Einrichtungen und Berufsgruppen ankommt.

Nur auf diese Weise kann es gelingen, bei dieser schwer zu erreichenden Zielgruppe Vorbehalte abzubauen und sie vor allem dazu zu bewegen, die bestehenden differenzierten Hilfeangebote auch in Anspruch zu nehmen.

Nur durch eine frühzeitige Inanspruchnahme der Hilfen ist ein wirksamer Beitrag zur Verringerung der gesundheitlichen Risiken für Mutter und Kind möglich. Zugleich werden damit auch die Chancen für eine soziale Stabilisierung oder Reintegration deutlich erhöht.

Durch die enge Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Einrichtungen können nicht zuletzt auch die Vorbehalte gegen drogenabhängige Schwangere, die es auch auf Seiten des Hilfesystems gelegentlich noch gibt, beseitigt werden.

Das Modell hat auch hier der Drogenhilfe wichtige Impulse gegeben, die nunmehr in der Praxis weiter vorangebracht werden müssen. Für drogenabhängige Frauen ist mit dem Kinderwunsch oftmals auch der Wunsch und die Hoffnung verbunden, einen Weg aus der Sucht in ein „normales“ Leben zu finden.

Trotz der nicht unerheblichen sozialen und gesundheitlichen Probleme und Risiken einer solchen Schwangerschaft dürfen diese durchaus positiven Aspekte für die Betroffe-

nen nicht außer Acht gelassen werden. Diese Risiken zeigen jedoch zugleich, wie wichtig die frühzeitige Kooperation von Drogenhilfe und medizinischem sowie sozialem Hilfesystem ist.

Ich sehe in dem in Essen erfolgreich umgesetzten Kooperationsmodell ein tragfähiges Fundament zum weiteren Aufbau eines umfassenden und vernetzten Hilfesystems vor Ort. Dieses Projekt kann aber zugleich auch für andere Kommunen in Nordrhein-Westfalen als beispielgebendes Modell dienen, um in ihrem jeweiligen Bereich die Hilfeangebote für suchtkranke Frauen zielgerichtet und beschleunigt weiter zu entwickeln.

Ich wünsche mir deshalb, dass diese Fachtagung dazu beiträgt, die positiven Erfahrungen in den Kommunen unseres Landes möglichst breit bekannt zu machen. Zugleich verbinde ich damit die Hoffnung, dass viele andere Kommunen diesem beispielhaften Vorhaben folgen werden und wir auf diese Weise die im Landesprogramm gegen Sucht geplante Ergänzung und Weiterentwicklung unseres Suchthilfesystems um die unverzichtbaren frauenspezifischen Aspekte möglichst schnell und flächendeckend umsetzen können.

Ich wünsche der Fachtagung im Interesse einer wirksamen Hilfe für die betroffenen Frauen und ihren Kindern viel Erfolg und einen guten Verlauf mit fruchtbaren Diskussionen; zugleich hoffe ich, dass von ihr wichtige Impulse für die Weiterentwicklung der Suchtpolitik unseres Landes ausgehen.

Martina Tödtte:
Vielen Dank Frau Staatssekretärin.

Die Kooperationsvereinbarung hat das Hilfesystem innerhalb der Stadt Essen für die Beteiligten und die Zielgruppen qualitativ verändert.

Eine Verbesserung der Hilfen für schwangere drogenabhängige Frauen, Frauen mit Kindern und ihre Kinder ist insgesamt erforderlich. Wir freuen uns von daher sehr, dass es in unserer Stadt möglich ist, zu konstruktiven Veränderungen zu gelangen und begrüßen sehr herzlich als Vertreter

den 1. Bürgermeister der Stadt Essen, Herrn Kleine-Möllhoff.



Herr Bürgermeister Kleine-Möllhoff:

Sehr geehrte Frau Staatssekretärin Prüfer-Storcks,
sehr geehrte Ratskollegen Marx und Endruschat,
sehr geehrte Frau Tödtte,
meine sehr geehrten Damen und Herren,

gerne bin ich der Einladung gefolgt und freue mich, Sie heute hier in Essen zu begrüßen.

Gerade in einer Großstadt sind Drogen kein Randthema. Drogen und das Elend, das mit dem Konsum von Drogen unweigerlich verbunden sind, sind auch in unserer Stadt präsent. Ob wir es wollen oder nicht: auch wir als Kommunalpolitiker müssen Stellung beziehen, müssen über Lösungswege nachdenken – ein Ende der Drogenproblematik ist keineswegs in Sicht.

Zu vielfältig sind die Gefährdungen, auch als Folge gesellschaftlicher Veränderungen wie der Vereinsamung des Einzelnen, wie dem Wegbrechen Halt gebender Werte oder wie dem Fehlen zukunftssicherer Perspektiven in Familie und Beruf. Nur zu leicht ist man geneigt, schwierige Lebenssituationen mit Hilfe von Rauschmitteln meistern zu wollen.

Meine Damen und Herren,
wir in Essen haben intensiv daran gearbeitet, die Drogenproblematik mit ihren Folgen und Begleiterscheinungen besser in den Griff zu bekommen - und wir haben Erfolg. Als großes Plus erweist sich dabei die hervorragende Zusammenarbeit der unterschiedlichsten Träger, die an einem Strang

ziehen. So war und ist das wichtigste Prinzip der Essener Drogenhilfe eine gut koordinierte Zusammenarbeit zwischen Verwaltung, den privaten Hilfseinrichtungen und Selbsthilfegruppen, der Politik und selbstverständlich auch der Polizei.

Die Szene am Essener Hauptbahnhof haben wir aufgelöst. Dies geschah nicht durch die Vertreibung der Menschen, die sich dort regelmäßig aufhielten. Gemeinsam mit unseren Partnern aus Reihen der Polizei, der Universität, der Wohlfahrtsverbände und der Sozialverwaltung haben wir ein Konzept entwickelt und Hilfsangebote erarbeitet. Mittlerweile haben unsere Bemühungen zu guten Ergebnissen geführt. Das im letzten Jahr eingeweihte Drogenhilfezentrum unter Leitung des nun seit dreißig Jahren bestehenden Vereins Krisenhilfe hat mit seinem Qualitätsmanagement bundesweit Anerkennung gefunden.

Meine Damen und Herren,
die in Essen entwickelte und erprobte Kooperation zwischen den unterschiedlichen Partnern hat sich bewährt – solche Synergieeffekte wollen Sie nun landesweit nutzen. Wir in Essen begrüßen dies. Ihrer Fachtagung wünsche ich anregende Diskussionen und einen interessanten Erfahrungsaustausch. Ich habe Respekt vor Ihrem schwierigen und nicht immer erfolgversprechenden Engagement und wünsche Ihnen auch für die Zukunft Kraft und Durchhaltevermögen.

Martina Tödtte:
Vielen Dank Herr Bürgermeister.

Um deutlich zu machen, warum Kooperation in diesem Arbeitsfeld erforderlich ist, ist die Auseinandersetzung mit der Lebenssituation der Frauen und Kinder erforderlich. Ich freue mich nun sehr, unsere Referentin aus Zürich vorstellen zu dürfen. Sie hat Psychologie, Psychopathologie und Kriminologie studiert und in verschiedenen Institutionen mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern gearbeitet. Heute ist sie in einer therapeutischen Institution für Drogenabhängige und deren Familien tätig.

Ich begrüße sehr herzlich: Frau Claudia Bertenghi.

**Claudia Bertenghi:
Kooperation als Chance im Arbeitsfeld
„drogenabhängige schwangere Frauen
und Frauen mit Kindern“**



Schwangerschaft und Geburt eines Kindes bedeuten für alle Familien sowohl eine Zeit der Freude als auch eine Zeit voller Unsicherheit und Neuorientierung. Dies ist auch bei abhängigen Müttern und Vätern nicht anders. Dennoch gibt es bestimmte Themenbereiche und familiäre Dynamiken, die spezifisch sind für die Situation einer Familie, in der ein oder beide Elternteile abhängig von einer Droge sind.

Für alle, denen es ein Anliegen ist, solche Familien zu begleiten und auf ihrem Weg zu unterstützen, ist es hilfreich, sich zu beschäftigen mit dem Alltag der Familie, der Entwicklung der Kinder, den übernommenen Rollen im Familiengefüge usw.. Das Wissen aus der Forschung kann dann zu einer (Land-) Karte werden, mit der man sich orientieren, mittels derer das Vorgehen geplant werden kann. Diese Karte ersetzt nicht das genaue Hinsehen, das offene Einlassen auf jede neue Familie. Es gibt immer Wege, die auf keiner Karte verzeichnet sind.

Zu dieser Art der Orientierungshilfe möchte der folgende Text beitragen. In ihm soll ein Überblick oder besser ein Einblick zum Thema „Kinder drogenabhängiger Eltern“ gegeben werden: Seit wann wird über das Thema nachgedacht? Wie sehen die Zahlen in der Schweiz und in Deutschland aus? Wie werden Schwangerschaft und Geburt erlebt? Was können Folgen elterlicher Abhängigkeit für die Kinder sein? Was be-

wirkt das Organisationsprinzip Abhängigkeit in der Familie?

Die Vielschichtigkeit der Themen und Schwierigkeiten weist darauf hin, dass es Sinn macht, das Angebot der Suchthilfe mit Angeboten anderer Stellen und Institutionen zu verbinden. Nur so bekommen Familien, die sich derart vielen Herausforderungen gegenüber sehen, eine Chance.

Wenn von Familien mit Abhängigkeitsproblemen gesprochen oder geschrieben wird, nennt man die Kinder oft die vergessenen Kinder (Bärsch, 1990). In der Kultur- und Literaturgeschichte findet man allerdings viele Hinweise, dass und wie Kinder betroffen sind von elterlicher Abhängigkeit. Als ältestes Beispiel lässt sich Noah anführen, der nach der Sintflut einen Weinberg anlegte und fortan dem Wein stark zusprach (Genesis,9,21). Seinen Sohn Ham, der seine Brüder Sem und Japhet über den Zustand ihres Vaters aufklärte, verstieß er und verfluchte auch dessen Nachkommenschaft.

In der Literatur beschreibt Jack London eindringlich, wie der Alkohol eng verbunden ist mit dem Erwachsenwerden, mit Mannwerden. Mark Twain hat mit Huckelberry Finn den Sohn eines Alkoholikers portraitiert.

Vergessen wurden die Kinder von den Beratungsstellen, die sich oft um Eltern kümmern, ohne sie als Eltern zu erkennen und auch von der Forschung.

Obwohl die erste Arbeit in der Fachliteratur bereits 1903 im "Journal of the American Medical Association" erschien - ein Arzt wandte sich im betreffenden Artikel an seine Kollegen und bat um Rat in der Frage, wie ein morphiumsüchtig geborenes Kind zu behandeln sei - dauerte es sehr lange, bis die Kinder in Familien mit abhängigen Eltern Aufmerksamkeit bekamen (Soer & Stratenwerth, 1991).

Um Stigmatisierungen vorzubeugen, die beim Lesen von Studien in diesem Themenbereich entstehen können, als erstes einige allgemeine Überlegungen:

Abhängige Menschen entsprechen nicht dem stereotypen Bild eines verwahrlosten Obdachlosen auf der Strasse. Es gibt viele arbeitende Heroinabhängige (Soer & Wolny-Follath, 1990) und die meisten AlkoholikerInnen trinken jahrelang eingebettet in einem

unauffälligen Kontext. Lediglich 3% der abhängigen Menschen leben verelendet (Black, 1988).

Es ist sehr schwierig, die "normale" Lebenswirklichkeit von Kindern in unserer Gesellschaft und die "besondere" Situation der Kinder von Drogenabhängigen voneinander abzugrenzen. Viele Probleme, die Kinder mit drogenabhängigen Eltern haben, sind auch die Probleme der "normalen" Kinder und keineswegs drogenspezifisch, wie z.B. Armut, Arbeitslosigkeit der Eltern.

Die großen Studien vernachlässigen die unterschiedlichen Biographien der Eltern und Kinder oft. Geglückte Ausstiege, die eine Schwangerschaft oft ermöglichen (Klingemann, 1990) und erfolgreiche Elternschaft bleiben meist unberücksichtigt.

Der Fokus liegt zudem häufig auf den Defiziten und Problemen (z.B. ca. 20% der Kinder abhängiger Eltern werden selbst wieder abhängig). Über den Weg der Kinder,

die ohne Abhängigkeit leben –80% der Kinder-, wissen wir nur wenig.

Darüber, wie viele Familien bzw. Kinder von einer elterlichen Abhängigkeit betroffen sind, liegen keine genauen Zahlen vor. Nach internationalen Schätzungen haben etwa ein Viertel der Abhängigen ein oder mehrere Kinder (Soer & Stratenwerth, 1991; Leenders, 1990).

Nach Schätzungen des Bundesamtes für Gesundheit BAG (1993, S.4) leben in der Schweiz 25'000 von Heroin oder Kokain abhängige, 100'000 von Medikamenten (legal pharmaceutical drugs) und 150'000 vom Alkohol (alcohol addicts under medical treatment) abhängige Menschen. Das bedeutet, dass in der Schweiz rund 70'000 Kinder leben, deren Eltern von Heroin, Kokain, Medikamenten oder Alkohol abhängig sind.

Tabelle: Konsumverbreitung und Mortalität in der Schweiz (BAG, 1993)

Droge	Abhängiger Konsum	Mortalität pro Jahr
Zigaretten (Nikotin)	600'000	4'000 (Muster, 1988) 7'000-10'000 (La Vecchia et al., 1987)
Alkohol	150'000 (under medical treatment) 300'000	rund 1'000 (Muster, 1988) 3'000 (Biomed, 1994)
Medikamente	100'000	-
illegale Drogen	25'000	418 (BAG, 1993)

In Deutschland (www.dhs.de, 2002) leben 16.7 Mio. abhängige RaucherInnen, 1.6 Mio. Menschen konsumieren in abhängiger Weise Alkohol (2.7 Mio. missbrauchen Alkohol und 9.3 Mio. konsumieren riskant). Abhängi-

ger Konsum von psychotropen Medikamenten besteht bei 1.4 Mio. Menschen. Illegale Drogen werden von 250'000 bis 300'000 abhängig konsumiert.

Tabelle: Konsumverbreitung und Mortalität in Deutschland (www.dhs.de, 2002)

Droge	Abhängiger Konsum	Mortalität pro Jahr
Zigaretten (Nikotin)	16.7 Mio	111'000
Alkohol	1.6 Mio.	42'000 (direkte und indirekte Verursachung)
Psychotrope Medikamente	1.4 Mio	-
illegale Drogen	250'000-300'000	2'030 (2000)

Wie oben erwähnt haben schätzungsweise ein Viertel dieser Menschen Kinder. In Deutschland leben anhand dieser Schätzung rund 800'000 Kinder, die einen abhängigen Vater oder eine abhängige Mutter (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) haben.

Gemäss der Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW (2001) leben in Deutschland 30'000 Kinder, die eine drogenabhängige Mutter oder einen drogenabhängigen Vater haben. Auf Essen umgerechnet leben in Essen somit zwischen 500 und 600 Kinder drogenabhängiger Eltern.

Wie sieht Schwangerschaft, Geburt und Kindheit in einer Familie aus, in denen ein abhängiger Elternteil lebt? Meist bemerkt eine drogenabhängige Frau ihre Schwangerschaft erst spät, da der Zyklus meist sehr unregelmäßig verläuft und die Regel häufig ausbleibt. Die Schwangerschaft wird oft erst zwischen dem vierten und fünften Monat bemerkt.

In den 70er Jahren zeigten erste Untersuchungen in Amsterdam, dass ca. ein Drittel der Kinder kurz vor oder nach der Geburt starb. Aus heutiger Sicht ist dies keine primäre Folge des Drogenkonsums, sondern anderer Faktoren wie etwa mäßiger Ernährungszustand, hohe Frequenz von (sexuell übertragbaren) Infektionen, unregelmäßiger Lebensstil und schlechte antenatale (vorgeburtliche) Kontrolle. „Wenn drogenabhängi-

ge Mütter die Chance haben, regelmäßig und gesund zu leben und zu essen, und vor und während der Geburt ausreichend medizinisch überwacht und betreut werden, ist das Risiko, ihr Kind zu verlieren, kaum größer als bei nicht drogenabhängigen Frauen.“ (Soer & Stratenwerth, 1991, S. 58).

Bei den 36 Kindern von heroinabhängigen Müttern, die Stauber (1981) untersuchte, waren die Hälfte Frühgeburten, was deutlich über dem Durchschnitt von 5-10% liegt. Bei den untersuchten Kindern lagen 33 der 36 Kinder mit ihrem Geburtsgewicht unter dem 50iger Perzentils, zum Teil sogar erheblich.

Da häufig die Gefahr einer vorgeburtlichen Asphyxie (Aufhören des Pulsschlages, Atemstillstand) droht, wird oft - bei ca. 12% im Unterschied zu 3% bei nichtabhängigen Frauen - eine operative Entbindung nötig (Stauber, 1981; Weingart-Jesse, 1990).

Nach Deren (1986) haben 70-90% der Neugeborenen von heroin- oder methadonabhängigen Müttern Entzugssymptome (Neonatal Narcotic Dependence oder Neonatales Abstinenzsyndrom). Im Universitäts-spital in Zürich kommen pro Jahr durchschnittlich 10 bis 20 süchtige Babies mit starken Entzugssymptomen zur Welt (Pfalzgraf, 1995).

Tabelle: Symptome des Neonatalen Abstinenzsyndroms nach National Clearinghouse for Drug Abuse Information (1974; Übersetzung C.B.):

<u>Symptome mit hoher Hinweiskraft:</u>	<u>Symptome mit Hinweiskraft</u>
– Empfindlichkeit	– Niesen
– Zittern	– Atemprobleme
– Erbrechen	– Zuckungen
– Hohe schrille Schreie	– Blaue Haut wegen ungenügendem Sauerstoff im Blut
– Hyperaktivität	– Gähnen
– Geringe Nahrungsaufnahme	– Vorübergehender Atemstillstand
– Durchfall	– Verstopfte Nase
– Fieber	– Tränende Augen
– Anhaltender Greifreflex	– Starkes Schwitzen
– Greifbewegungen	

Die „kurze“ Schwangerschaft, die oft schwere Geburt und die Untröstlichkeit und Empfindlichkeit des Kindes für Berührungen erschweren den Start in die gemeinsame Beziehung.

Es wird geschätzt, dass in der Schweiz jedes Jahr rund 50 HIV-positive Frauen Kinder bekommen (Künzel, 1992). 80% der HIV-positiven Kinder stammen von Müttern mit einer vorangegangenen Drogenlaufbahn, wobei ca. 50% dieser Mütter Ex-Fixerinnen sind (BAG, 1987).

Weingart-Jesse (1990) stellte fest, dass von 80 Müttern, die 2 Jahre nach der Geburt über ihre Lebenssituation hätten befragt werden sollen, 10 schon verstorben waren (1 Mord, 3 Selbstmorde, 6 Tode durch Überdosierungen) und deren Kinder zu diesem Zeitpunkt schon in Pflegefamilien, bei den Großeltern lebten oder zur Adoption freigegeben worden sind. Von 39 Frauen, die einem Interview zustimmten, lebte nur die Hälfte mit ihren Kindern zusammen und war unterdessen drogenfrei. Die anderen Kinder waren fremdplatziert.



Wie können die Folgen elterlicher Abhängigkeit aussehen? Kinder drogenabhängiger Eltern sind sehr oft vom Tod ihrer Mutter oder des Vaters betroffen (vgl. Zahlen oben) oder werden von ihr/ihm getrennt. Der frühe Verlust der Mutter oder der Eltern oder die Trennung, das Aufwachsen in Pflege- und Adoptivfamilien ist für das Kind mit vielen Problemen verbunden: Fragen wie "woher komme ich" und "warum behielt die Mutter mich nicht" überschatten seine Beziehun-

gen. Aus seiner Erfahrung können neuerliche Verlustängste wachsen, die Angst, dass auch die jetzige Familie es weggeben könnte.

Marcus et al. (1984a; 1984b) und Bernstein et al. (1984) untersuchten generell die Entwicklung und ob es bei Kindern drogenabhängiger Eltern zu Entwicklungsverzögerungen kommt. Dazu sahen sie sich vier Verhaltensarten von Kleinkindern an: das motorische (Koordination, Muskeltonus und Aktivität), das kognitive (Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis) und das soziale Verhalten (responsivness to persons, Qualität der Mutterbindung), zudem das "Kontroll"-Verhalten (state control behavior; Reizbarkeit, Selfregulation, energylevel).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich in allen vier Bereichen generell gesehen nur wenige Abweichungen in der Entwicklung fanden und die meisten sich innerhalb des ersten Jahres auswuchsen.

Bei der körperlichen Entwicklung sind eine Anfälligkeit für Infektionen im ersten Lebensjahr beobachtbar. Zudem kommen einige Kinder mit einer HIV-Infektion zur Welt (Soer & Stratenwerth, 1991).

Was die generelle Gesundheit -Erkältungen und andere Krankheiten, Arztbesuche-betrifft, unterscheiden sich Kinder (heroin-) abhängiger Mütter während der ersten 2½ Jahren jedoch nicht von denen nichtabhängiger (van Baar, 1990a).

Sie sind aber oft sehr unruhig, und das hohe schrille Schreien verliert sich erst nach ein paar Monaten (Calabrese et al., 1985). Im allgemeinen sind abhängig geborene Kinder sehr klein, was meist mit der Mangel- oder Unterernährung der Mütter zusammenhängt (Naeye, 1965, zit. in Finnegan, 1982, S. 62).

Bezüglich der Körpergröße, des Schädelumfangs und des Wachstums unterscheiden sich die Kinder abhängiger und nicht abhängiger Mütter.

Bernstein (1984) untersuchte die kognitive Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Mütter: Innerhalb des ersten Jahres wurden keine Unterschiede in der kognitiven Entwicklung bei Kindern abhängiger Mütter gefunden. Van Baar (1990a; 1990b) fand folgende Unterschiede: In der Sprachentwicklung sind die Kinder langsamer; dies auch

wenn die Kinder in Pflegefamilien aufwachsen, was darauf hindeutet, dass es einen direkten Einfluss der Droge geben könnte. Diese Unterschiede wachsen sich mit ca. 3½ Jahren aus.

Keine Unterschiede wurden bei den non-verbalen Fähigkeiten, bei den mentalen (mental scales) und den motorischen Skalen (motor scales) gefunden.

Als die Kinder zwischen 3½ und 5½ Jahre alt waren, sahen sich van Baar & de Graff (1994) erneut die kognitiven Fähigkeiten an. In diesem Alter zeigten sich Entwicklungsverzögerungen bei den allgemeinen Intelligenztests und vor allem bei den Sprachtests.

Signifikante Unterschiede ergaben sich hingegen, als die Mütter und die Kinder ihre kognitiven Fähigkeiten beurteilen sollten. Im Vergleich zu den nichtabhängigen Familien unterschätzen sich die Kinder und Mütter aus abhängigen Familien. Diese Fehleinschätzung beeinträchtigt die Motivation, das Selbstwertgefühl und damit die theoretischen Fähigkeiten, sodass mögliche schlechtere Schulleistungen nicht auf kognitive Defizite, sondern in vielen Fällen auf die negative Wahrnehmung zurückzuführen wären.

Nachfolgend die Ergebnisse bezüglich emotionaler und sozialer Entwicklung: Bezüglich der Bindung an die Mutter fand van Baar (1990a) keine Unterschiede zwischen abhängigen und nichtabhängigen Müttern. Wie in anderen Untersuchungen wiesen auch hier 70% der Kinder eine sichere Bindung auf.

Die Kinder unterscheiden sich nicht voneinander bezüglich ihrer Interaktionsformen (Marucs et al., 1984b). Unterschiede in den Interaktionsformen scheinen aber auch sehr spät sichtbar zu werden. Ihre Untersuchungen zusammenfassend meint van Baar (1990a), dass die Unterschiede zwischen Kindern drogenabhängiger und nicht abhängiger Mütter kleiner seien, als man erwartet habe.

Die sich ergebenden Entwicklungsverzögerungen werden weniger auf die passive Abhängigkeit der Neugeborenen als auf verschiedene andere Umstände zurückgeführt: die soziale Umwelt und die sozioökonomische Situation.

Der Aufbau einer guten Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind ist ein gegenseitiger Prozess. In der Beziehung der abhängigen Mutter zu ihrem Neugeborenen spielen diese Muster nur bedingt: Infolge des Neonatalen Abstinenzsyndroms nimmt das Kind viel weniger Kontakt auf, kann auf die Berührungen der Mutter nicht reagieren wie ein Kind, das ohne Schmerzen auf die Welt kommt. In der schwierigen Anfangsphase kann es zu Überforderungssituationen kommen.

Diese Überforderungssituation wird oft mit Drogen zu bewältigen versucht. Das Kleinkind erlebt auf diese Weise eine Mutter (oder wenn der Vater abhängig ist, einen Vater), deren körperliche und seelische Zustände von einem extremen Zustand zum andern pendeln. Damit verbunden ist auch das Hin- und Her zwischen überschwänglicher, verzweifelter Liebe und Vernachlässigung und Unzuverlässigkeit.

Sie erleben ihre Eltern in beängstigenden Zuständen (Entzug, Rausch, Depression) und als unsichere, unzuverlässige Ansprechpartner. Bald kommt auch die Angst dazu, dass den Eltern etwas Schlimmes geschehen, dass sie sterben könnten.

Meist herrscht in abhängigen Familien auch finanzielle Not. Je älter das Kind wird, desto schwerer ist es, einfach Kind zu sein. In dieser schwierigen Situation wird das Kind häufig überfordert.

Die Kinder von Drogenabhängigen lernen sehr früh, für ihre Eltern Verantwortung zu übernehmen. Durch das Wahren des Familien-Geheimnisses und die Verantwortlichkeit, die sie ihren Eltern gegenüber entwickeln, werden sie schnell "erwachsen", was zu Problemen mit Gleichaltrigen beitragen kann, da spielen, herumtollen und ausgelassen sein für sie oft nicht möglich ist.

Spielen ist für die Kinder von drogenabhängigen Eltern oft kein Thema. Von klein an sind sie sehr ernsthaft. Sie zeigen weniger Lust am Experimentieren und scheinen klüger und reifer (Soer & Stratenwerth, 1991, S. 107).

Durch all die Belastungen, die Parentifizierung und die fehlenden Stützsysteme wird die Kindheit verkürzt und das Kind schon

sehr früh in die Rolle des Versorgers und Kontrolleurs gedrängt.

Da Kinder schon sehr früh spüren, wenn es in ihrer Familie ein Geheimnis zu hüten gilt, versagen sie sich Dinge, die dieses Geheimnis enthüllen könnten: Dazu gehört auch, FreundInnen zu haben, sie mit nach Hause zu nehmen. Dadurch fehlen dem Kind Kompensationsmöglichkeiten für die Belastung zu Hause, Erfahrungsaustausch mit Gleichaltrigen, der Erwerb sozialer Kompetenz und Selbstachtung, Ansprechen von Konflikten, Entlasten durch "Klönen" bei Gleichaltrigen (Schwoon, 1988).

Welche Folgen kann (nicht: wird oder muss; über die protektiven Faktoren, die Folgen verhindern, gibt es nur sehr wenig Forschung) die elterliche Abhängigkeit für die Kinder haben?

Zusammengefasst die zentralen Ergebnisse:

Die Kinder von abhängigen Eltern erleben gehäuft Traumatisches: sie erleben sich als hilflos und ausgeliefert, ohne Einfluss auf das Verhalten oder die Reaktionen der Eltern (Arenz-Greiving, 1990; Appel, 1987).

Durch Klinikaufenthalte der Eltern werden sie oft von ihnen getrennt und leben mit häufig wechselnden Bezugspersonen zusammen; viele Kinder - vor allem Kinder von Heroinabhängigen - verlieren ihre Eltern durch eine versehentliche Überdosierung oder durch die Erkrankung an AIDS (Soer & Stratenwerth, 1991). Einige Kinder sind mit dem HIV-Virus infiziert (Burkhart & von Matt, 1988).

Die Kinder entwickeln kognitive (van Baar, 1990; 1994) und andere Entwicklungsverzögerungen, Lernschwierigkeiten (Wegscheider, 1988), Verhaltensstörungen (Stein et al., 1993) und Depressionen (Schmidt, 1987; Johnson et al., 1991).

Häufig treten psychosomatische Leiden (Asthma, Hautprobleme und Allergien; vgl. Schaef, 1991) und verschiedene suchtv verwandte Problemstellungen wie Esssucht oder Magersucht (Arenz-Greiving, 1994; Rennert, 1990) auf.

Die Kinder sind erhöht unfall- und selbstmordgefährdet (Wegscheider, 1988; Schaef, 1991). Ein Merkmal, das von vielen be-

schrieben wird (Mäulen & Lasar, 1991; Winkelmann, 1990), ist das erhöhte Risiko, selbst abhängig zu werden.

Untersuchungen über die Herkunftsfamilien Abhängiger haben ergeben, dass viele Abhängige ebenfalls in einem abhängigen Familiensystem aufgewachsen sind (Uchtenhagen, 1982; Welter-Enderlin, 1982).

Andererseits deuten viele Befunde darauf hin, dass mit der Abhängigkeit zusammenhängende Probleme bei den Kindern erst ab ca. 25 Jahren auftreten, wenn sie erwachsen sind (Black, 1988).

Viele AutorInnen weisen darauf hin, dass die elterliche Abhängigkeit für die Kinder ähnliche Folgen habe wie eine psychische Erkrankung der Eltern (Rennert, 1989).

Wie könnte der ursächliche Zusammenhang aussehen zwischen elterlicher Abhängigkeit und den Folgen, die diese für die Kinder hat?

Ein möglicher Zusammenhang besteht in der familiären Dynamik. Steinglass (1983) hat diese Dynamik für die Familien von AlkoholikerInnen beschrieben. Sie lässt sich übertragen auf alle Familien mit einem abhängigen Elternteil.

Steinglass vertritt ein „lebensgeschichtliches Modell der Alkoholismusfamilie“, er stellt fest, dass alle Interaktionen wesentlich mitbestimmt sind durch die Abhängigkeit des Familienmitgliedes. Mittelpunkt dieser Theorie stellt die Annahme dar, „dass in manchen Interaktionssystemen, darunter auch Familien, der Alkoholkonsum eine so entscheidende Rolle im Alltagsleben spielt, dass er zum Organisationsprinzip für alle Interaktionsformen wird“ (Steinglass, 1983, S.73).

Konkret kann dies so aussehen: Wie es jedes Familiensystem in Krisenzeiten tut, baut auch die abhängige bzw. co-abhängige Familie bestimmte Verhaltensweisen auf, um eine gewisse Stabilität innerhalb der Familie zu erreichen.

Um trotz der spezifischen und meist lang andauernden Belastungen und Fehlschläge weiterhin als Familie zusammenleben zu können, etablieren Familien mit einem abhängigen Mitglied verschiedene Strategien,

um mit dem Familienleben fertig zu werden. Im Unterschied zu nicht abhängigen Familien können abhängige Familien ihre Strategien jedoch nicht wieder ablegen.

Zu diesen Strategien gehören rigide einzuhaltende Regeln (Subby, 1987; Black, 1988; Wegscheider, 1988) und bestimmte Rollen (Wegscheider, 1988), die übernommen werden, um die Regeln einhalten zu können.

Um mit dem Regelkorsett zu recht zu kommen, um eigene, dem Familienzusammenhalt zuwiderlaufende Gefühle auszuschalten, wird innerhalb der Familie eine spezielle, weitgehend unbewusste Rollenteilung (Wegscheider, 1988) vorgenommen.

Im Unterschied zu abhängigen Familien können diese Rollen nach Beendigung der Krise in nicht abhängigen Familien jedoch wieder abgelegt werden. In abhängigen Familien werden die Rollen meist für die Spanne der ganzen Kindheit übernommen. Aber auch nach dem Verschwinden der Abhängigkeit verharren die Kinder in ihrer Rolle, da sie ihnen auch Schutz gewährt. Die Rollen werden „verteilt“ je nach Beziehung, Alter der Familienmitglieder und spezifischen Begabungen der Einzelnen.

Folgende Rollen sind vorstellbar: Abhängiger Elternteil, (Zu-)HelferIn (PartnerIn des abhängigen Elternteils), Helden-Kind, Schwarzes-Schaf-Kind, stilles Kind und Sonnenschein-Kind (Black, 1988; Wegscheider, 1988; Rennert, 1990).

Neben den Nachteilen, die eine fixe Rollenübernahme mit sich bringt, ermöglicht sie den RollenträgerInnen auch Vorteile und es erwachsen daraus auch spezifische Fähigkeiten:

Das älteste Kind übernimmt meistens die Rolle des Helden. Die Rolle beinhaltet, der Stolz der Familie zu sein. Das Helden-Kind sorgt für das Gleichgewicht in der Familie. Das große Verantwortungsgefühl, das das Kind entwickelt, schaut es meist dem nicht abhängigen Elternteil ab. Es versucht die Familie zu stärken, indem es hilfsbereit ist, keine Probleme macht. Dahinter steht die Glaubenshaltung, dass der Makel, der durch das Suchtproblem auf die Familie gefallen ist, durch gutes Verhalten kompensiert werden kann und muss (Schmidt, 1987).

Hauptanliegen des Helden-Kindes ist es, gut zu sein in jeder Hinsicht und zu beweisen - sich selbst und anderen -, dass seine Familie in Ordnung ist, da es ja sonst nicht besser sein könnte als die anderen. Oberstes Ziel für ein Helden-Kind ist es, die Familie zu retten.

Für das Kind selbst bedeutet diese Rolle, dass es Selbstvertrauen und soziale Intelligenz entwickeln kann. Zusätzlich entlastet es die Familie und ist für die zuhelfende Person ein Ersatz für den abhängigen Partner.

Diese Vorteile fesseln das Helden-Kind, das außerhalb dieser Rolle keine Zuwendung erhält, an seine Rolle und lassen es in seiner Rolle, in der starken Ausrichtung auf andere, erstarren. Diese Rolle ist die häufigste bei Kindern von heroinabhängigen Eltern (Arenz-Greiving, 1994).

Da die Rolle des Helden für das erste Kind reserviert ist, und das zweite von seinen Fähigkeiten her nicht an das ältere Geschwister, das ja älter ist und dementsprechend mehr kann, heranreicht, wird es zunächst wenig beachtet. Daher setzt es seine Chancen auf die Karte der negativen Zuwendung. Wenn alle positive Aufmerksamkeit schon vergeben ist, nimmt sich das Schwarze-Schaf-Kind wenigstens die negative und verbündet sich mit dem abhängigen Familienmitglied, dessen Strategien es häufig übernimmt.

Das Schwarze-Schaf-Kind wird zum negativen Spiegelbild des Helden-Kindes. Mit diesem Verhalten lenkt es seine Eltern von ihren eigenen Problemen ab und wird oft zum Sündenbock für alles, was in der Familie nicht funktioniert (Arenz-Greiving, 1990).

Für das Schwarze-Schaf-Kind kann seine Aussenseiterrolle in der Familie zur Chance werden, da es sich vermehrt nach außen orientieren kann. Oft sucht ein Schwarzes-Schaf-Kind jedoch Freunde, die selbst Außenseiter sind, oder es gerät in komplizierte Situationen, was für die Familie die Möglichkeit birgt, von außen - über die Betreuung des Schwarzen-Schaf-Kindes - Hilfe und Unterstützung zu erhalten.

Schwierig für das schwarze Schaf ist, dass es keinen Platz in der Familie hat. Den Schmerz darüber agiert das Kind häufig sehr selbstschädigend aus: Es bringt sich selber immer wieder in gefährliche Situationen,

sucht Anschluss an Gruppen, die ihre Gefühle auf dieselbe Weise ausdrücken und gerät häufig in Schlägereien und gesetzeswidrige Situationen.

In der Literatur wird das schwarze Schaf als jenes Kind abhängiger Eltern beschrieben, dass mit sehr großer Wahrscheinlichkeit selbst suchtmittelabhängig werden wird.

Das dritte Kind übernimmt die Rolle des stillen Kindes. Es kommt meist zur Welt, wenn die Abhängigkeit schon weit fortgeschritten ist. Das Kind spürt zwar die grossen Spannungen innerhalb der Familie, aber anders als das schwarze Schaf mag es sich nicht dazwischen drängen und noch mehr Unruhe in die Familie bringen. Um ein Helden-Kind zu sein, ist es noch zu klein. Es zieht sich zurück und belastet die Familie nicht weiter. Es lebt in seiner eigenen, phantasievollen Welt und bleibt von negativer und positiver Aufmerksamkeit "verschont"; Wegscheider (1988, S.137) nennt dieses Kind auch das "vergessene Kind". Dieses Kind wird häufig nicht gefördert, die Erwartungen bleiben niedrig. Vom stillen Kind wird dies als Botschaft für seine Unwichtigkeit aufgefasst.

Die Rolle, der Sonnenschein zu sein, übernimmt meist das jüngste Kind. Wie das stille Kind kommt es erst in die Familie, wenn die Abhängigkeit schon fortgeschritten ist. Das Sonnenschein-Kind - wegen seiner aufmunternden Rolle meist Clown genannt (Wegscheider, 1988) - versteht wie das stille Kind nicht, was in der Familie geschieht, und ist dadurch sehr verwirrt. Mit seiner Verwirrung steht es allein, da alle in der Familie der Regel gemäss über das wirkliche Problem schweigen. Das Kind sieht alles, bekommt alles mit. Sein Gefühl sagt ihm, dass etwas nicht stimmt. Es bekommt Angst, wird ängstlich - wovor es Angst hat, ist ihm selbst nicht klar. Und die andern Familienmitglieder möchten ihr kleinstes Mitglied behüten, d.h. sie können ihm nicht sagen, was los ist. Diese Botschaft, die seinen Empfindungen widerspricht, löst beim Kind die Frage aus, ob die andern nicht wie es hören, sehen und fühlen, ob es nicht richtig ist.

Die Spannung, die dadurch erzeugt wird, baut dieses Kind ab, indem es sich verhält wie ein Clown.

Arenz-Greiving (1990) nennt dieses Kind auch den "Spasmacher". Wie das Helden-

Kind schafft es dieses Kind, positive Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Es bringt die Familie zum Lachen und lenkt sie auf eine angenehmere Weise ab, als dies das Schwarze-Schaf-Kind tut. Alle können im Lachen für einen Moment ihre belastende Situation vergessen.

Rennert (1990) bezeichnet den Clown aus diesem Grund auch als das "Maskottchen" der Familie.

Dieses typische Verhalten wird gerade durch die Aufmerksamkeit verstärkt, die das Kind auf diese Weise von der Umwelt erhält, obwohl andererseits das Kind dadurch unter Druck gerät, sich ständig zu produzieren, da es sonst die Zuwendung zu verlieren glaubt.

Wegscheider (1988) teilt die Rollen zu nach der Geburtenreihenfolge.

Mitbestimmend darüber, welche Rolle ein Kind übernimmt, sind aber auch das Geschlecht, das Alter und individuelle Begabungen. So wird z.B. ein Mädchen die Helden-Rolle übernehmen, weil die Helferrolle - Haushalt und Betreuung - stark mit Frauen verbunden ist.

Mit dem Alter können Rollen wechseln: Aus dem Helden-Kind kann ein Schwarzes-Schaf-Kind werden, wenn es die Familie verlässt, nicht mehr für sie da ist, und so zum Sündenbock wird. Oft vermischen sich aber Rollen; ein Kind übernimmt verschiedene Rollen oder wechselt ab mit den Rollen; ein Einzelkind wird Teile von allen Rollen übernehmen, dementsprechend gross wird auch die innere Verwirrung und der innere Schmerz.

Durch neue Bezugspersonen, durch die Geburt eines neuen Kindes, durch eine schwere Krankheit oder einen Todesfall in der Familie kann es zu einem Rollenwechsel kommen. In jeder der Rollen werden aber typische mögliche Verhaltensmuster sichtbar, die Kinder in abhängigen Familien entwickeln.

Die Festlegung auf eine Rolle kann einerseits *eine* mögliche Erklärung bieten, wie es zu schwerwiegenden Folgen für die Familie kommen kann. Auf der andern Seite machen Überlegungen zu den Rollen und der Familiendynamik auch deutlich, wie viel Potentiale in den einzelnen Mitgliedern stecken, die für eine Zusammenarbeit in Richtung Veränderung genutzt werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Themen, mit denen sich Familien mit einem abhängigen Elternteil auseinandersetzen müssen – und somit auch das Hilfesystem – äußerst vielfältig und vielschichtig sind.

Nur mit dem Wissen, welche Schwierigkeiten und Herausforderungen in diesen Familien bewältigt werden müssen, kann sinnvolle Kooperation der Institutionen stattfinden, können diese Familien hilfreich unterstützt werden.

Als erstes mir bekanntes (Modell-)Projekt hat die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, (2001) diesen Gedanken umgesetzt und einen Leitfaden zur Kooperation entworfen, der den vielfältigen Anforderungen der Arbeit mit Familien mit abhängigen Elternteilen Rechnung trägt.

Wenn klar wird, welche Institution welches Angebot unter welchen Bedingungen macht und wer welche Aufgabe übernimmt, bekommen belastete Familien eine Chance zur Veränderung und können ihre eigenen Potentiale einbringen.

Tabelle: Funktionen, Vor- und Nachteile der Rollenübernahme von Kindern abhängiger Eltern nach Black (1988); Wegscheider (1988); Rennert (1990)

Rolle	Muster	Funktion	persönliche Vorteile	Vorteile für die Familie	Nachteile
Helden-Kind	Übernahme von Aufgaben der Eltern 'Koalition' mit Enabler „Helfen ist gut, abhängig sein ist schlecht“	„Familienstolz“ sein Unterstützung	Entwicklung von Selbstvertrauen und sozialer Intelligenz Einfühlungsvermögen	Entlastung Ersatz für fehlendeN PartnerIn (Parentifizierung)	starke Ausrichtung auf andere/ nach außen Erstarren von Innerem frühes Erwachsen - werden müssen eigener Wert besteht im Helfen Leistung als Lösung
Schwarzes Schaf-Kind	Provozieren von negativer Zuwendung 'Koalition' mit Abhängigem „Das geht mich alles nichts an.“	„Sündenbock“ sein Ablenkung von Problemen	Orientierung nach außen Loslösung aus Familie	Ursache sein für alles Hilfe bringen durch Auffälligkeit	negative Zuwendung keinen Platz in der Familie haben Trotz als Lösung
Stilles Kind	Rückzug	„Träumer“ sein Familie nicht belasten	eigene Welt erschaffen Hobbys pflegen von negativer Aufmerksamkeit verschont bleiben	nicht noch ein Problem dazu bekommen weniger Arbeit haben	keine positive Zuwendung bekommen nicht beachtet und gefördert werden niedrige Erwartungen Träume als Lösung
Sonnenschein-Kind	Alleinunterhalter	„Maskottchen“ sein Ablenkung von Problemen	Aufmerksamkeit erhalten beliebt sein	Trost, Entspannung und Freude am Kind Ablenkung von Problemen	ständige Spannung und Druck, ablenken zu müssen, etwas <i>tun</i> zu müssen Späße als Lösung

Literaturliste

- Appel, Ch.** (1985). Aber keiner soll das merken. *Partner* 6/85, S. 8-10.
- Arenz-Greiving, I.** (1990). *Die vergessenen Kinder von Suchtkranken*. Hamm: Hohe-neck, Wuppertal: Blaukreuz Verlag.
- Arenz-Greiving, I.** (1994). Suchtkranke Mütter und ihre Kinder. In: I. Arenz-Greiving, H. Dilger (Hrsgs.), *Elternsüchte – Kindernöte: Berichte aus der Praxis*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Baar, A. van, de Graff, H.** (1994). Cognitive Development at preschool-age of infants of drug-dependent mothers. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1994/36, S. 1063-1075.
- Baar, A. van** (1990b). Development of infants of drug dependent mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1990 Sep Vol 31(6), S. 911-920.
- Baar, A. van** (1990a). Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern – Ergebnisse einer interdisziplinären Langzeituntersuchung. In: Landschaftsverband Westfalen Lippe (Hrsg.). *Tagungsbericht „Eltern haften für ihre Kinder“*. Münster 1990, S. 28-36.
- Bärsch, W.** (1990). Drogenabhängigkeit und Elternschaft - eine vertretbare Kombination? In: Landschaftsverband Westfalen Lippe (Hrsg.), *Tagungsbericht „Kinder haften für ihre Eltern“*. Münster, 1990, S. 5-15.
- Bernstein, V.; Jeruchimowicz Jeremy., R.; Hans, S.L.; Marcus, J.** (1984). A Logitudinal Study of Offspring Born to Methadone-Maintained Women. II Dyadic Interaction and Infant Behavior at 4 Months. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2) 1984, S. 161-193.
- Biomed** (1994). *Natur & Wissen: Alkohol*. Zu beziehen bei Biomed, 8600 Düben-dorf.
- Black, C.** (1988). *Mir kann das nicht passieren! Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene*. Wildberg: Bögner-Kaufmann-Verlag.
- Bundesamt für Gesundheitswesen** (Hrsg.). (1987). Osterwalder, J., *HIV-Infektion und Schwangerschaft aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitswe-sens*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheitswesen** (Hrsg.). (1993). M. Rihs-Middel, *Medical perscription of narcotics in Switzerland, Basic Issues and Reasearch Plan*. Bern.
- Burkhart, D.; von Matt, U.** (1988). *Zur Situation von Eltern mit HIV-positiven oder AIDSkranken Kindern*. Abschlussarbeit Schule für Soziale Arbeit Zürich, Abt.AS 84/88.
- Calabrese, J.R., Gullede, A.D.** (1985). The neonatal abstinence syndrome: A brief review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1985 Dec Vol 30(8). S. 623-626.
- Finnegan, L.P.** (1981). Beratung und Behandlung von drogenabhängigen Müttern und Kindern in den USA. In: F. Bschor (Hrsg.), *Schwangerschaft und Sucht*. Berlin: Nicolaische Verlagsbuch-handlung, S. 14-24.
- Johnson, J.L.; Boney, T.Y.; Brown, B.S.** (1991). Evidence of Depressive Symptoms in Children of Substance Abusers. *International Journal of the Addictions*, 1990-1991, 25(4A). p. 465-479.
- Klingenmann, H.** (1990). "Der Freitag, wo alles kaputt war" oder "Die Macht des Positiven?" *Zeitschrift für Soziologie*, 19, S. 444-457.
- Künzel, M.** (1992). *Aufwachsen der Kinder HIV-positiver Mütter in der Schweiz*. Inaugural-Dissertation Medizinische Fa-kultät, Universität Zürich.
- Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA** (2001). Modellprojekt „Viola, Ambulante Hilfen für drogenab-hängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“. Abschlussbericht.
- La Vecchia, C., Levi, F., Gutzwiler, F.** (1987), Fumée et santé: Une épidémie évitable. *Médecin et Hygiène*, 45, S. 3453-3462.
- Leenders, F.** (1990) Das Risiko von Entwicklungsstörungen bei Kindern von heroin-/methadonabhängigen Müttern. In: Landschaftsverband Westfalen Lippe (Hrsg.), *Tagungsbericht „Kinder haften für ihre Eltern“*. Münster, S. 19-27.
- Marcus, J.; Hans, S.L., Jeruchimowicz Jeremy, R** (1984b). A Logitudinal Study of Offspring Born to Methadone-Main-tained Women. III. Effects of Multiple Risk Factors on Development at 4, 8, and 12

- Months. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2) 1984, S. 195-207.
- Marcus, J.; Hans, S.L.; Patterson, C.B.; Morris, A.J.** (1984a). A Logitudinal Study of Offspring Born to Methadone-Maintained Women. I. Design, Methodology, and Description of Women's Resources for Functioning. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 10(2) 1984, P. 136-160.
- Mäulen, B.; Lasar, M.** (1991). Erwachsene Kinder von Suchtkranken. *Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 1991 (2). S132-133.
- National Clearinghouse for Drug Abuse Information** (1974). *Neonatal Narcotic Dependence*. Report Series, 1974 Feb Vol 29(1). 10 Seiten.
- Muster, E.** (1988). *Zahlen und Fakten zu Alkohol- und Drogenproblemen 1988*. Lausanne: Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme.
- Naeye, R.L.** (1965). Malnutrition: a probable cause of fetal growth retardation. *Pathology*, 1965; 79, S. 284.
- Pfalzgraf, A.** (1995). Das Schreien eines süchtigen Säuglings ist grässlich. *Weltwoche* 11/16. März 1995, S. 70.
- Rennert, M.** (1989). *Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schaeff, A. W.** (1991). *Im Zeitalter der Sucht. Wege aus der Abhängigkeit*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Schmidt, G.** (1987). Beziehungsmuster und Glaubenssysteme bei Kindern von Suchtpatienten. In: J. Brakhoff (Hrsg.), *Kinder von Suchtkranken*. Freiburg: Lambertus.
- Schwoon, D.R.** (1988). Die Kinder von Abhängigen. *Jugendschutz heute*, 2/1988, S.4-7.
- Soer, J. von; Strathenwerth, I.** (1991). *Süchtig geboren, Kinder von Heroinabhängigen*. Hamburg: Rasch und Röhring Verlag.
- Stauber, M.** (1981). Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei heroïnabhängigen Müttern. In: F. Bschor (Hrsg.), *Schwangerschaft und Sucht*, Berlin. S. 6-13.
- Stein, J.A.; Newcomb, M.D.; Bentler, P.M.** (1993). Differential Effects of Parent and Grandparent Drug Use on Behavior Problems of Male and Female Children. *Developmental Psychology*, 1993, Vol. 29, No. 1, p.31-43.
- Steinglass, P.** (1983). Ein lebensgeschichtliches Modell der Alkoholismusfamilie. *Familiendynamik*, 1983(VIII). S.69-91.
- Subby, R.** (1987). *Lost in Shuffle. The Co-dependent Reality*. Pompano Beach: Health Communication.
- Uchtenhagen, A.** (1982b). Die Familien Drogenabhängiger: Sozialpsychologische, psychodynamische und therapeutische Aspekte. *Familiendynamik* 7/82, S.284-297.
- www.dhs.de (2002)**. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Zahlen und Fakten in Kürze.
- Wegscheider, S.** (1988). *Es gibt doch eine Chance: Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker Familie*. Wildberg: Mona Boegner-Kaufmann-Verlag.
- Weingard-Jesse, B.** (1990). Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft. In: Landschaftsverband Westfalen Lippe, *Tagungsbericht „Kinder haften für ihre Eltern“*. Münster, 1990, S. 13-18.
- Welter-Enderlin, R.** (1982). Familienarbeit mit Drogenabhängigen. *Familiendynamik* 3/1982, S. 200-210.
- Winkelmann, A.** (1990). Risikogruppe: Erwachsene Kinder von Alkoholikern. *Psychologie heute*, 1990(10). S. 54-60.

Martina Tödt:

Vielen Dank, Frau Bertenghi, für die eindrucksvollen Ausführungen und Informationen.

Als nächste Referentin wird Ihnen meine Kollegin Ute Breuker-Gerbig von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, die Essener Kooperationsvereinbarung vorstellen.

Frau Breuker-Gerbig verfügt über eine langjährige Berufspraxis in einer traditionellen Drogenberatungsstelle für Frauen und Männer. Sie ist Mitbegründerin des Trägervereins der Landesfachstelle Frauen & Sucht und war vor ihrer Tätigkeit für die Landesfachstelle in der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, damals noch Modellprojekt, beschäftigt.

Sie verbindet in ihrem Arbeitsfeld also die praktischen Erfahrungen in der Arbeit mit Frauen und die eher theoretische Arbeit der Landesfachstelle und hat den Arbeitsbereich, der zu der Entwicklung der Kooperationsvereinbarungen führte, verantwortlich übernommen und zu einem guten Ergebnis geführt.

Ich begrüße sehr herzlich meine Kolleginnen Ute Breuker-Gerbig und Doris Heinzen-Voß, der ich für ihre technische Unterstützung dieses Vortrags schon vorab danke.

**Ute Breuker-Gerbig:
Die Essener Kooperationsvereinbarung**

Ich begrüße Sie sehr herzlich.

Zunächst möchte ich Sie bitten, Ihre Aufmerksamkeit kurz auf dieses Bild zu richten: das Hintergrundmotiv der Einladungskarten.



Wir haben eine Verknüpfung von Seilen ausgewählt, weil die zusammenführenden Seile die Wege der Vernetzung symbolisieren, die im Rahmen von Kooperation gegangen werden.

Es bestehen sicherlich unterschiedliche Möglichkeiten der Interpretation, die Assoziation zu Seilschaften bietet sich vielleicht an - auch diese sind wünschenswert im Sinne einer guten Zusammenarbeit.

Aus meiner Sicht stehen die Knoten für eine stabile Kooperation und sie weisen gleichzeitig darauf hin, dass Knoten als Voraussetzung für eine wirksame Kooperation oftmals erst gelöst werden müssen.

Ich habe als Mitarbeiterin der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW das Gremium, das die Essener Kooperationsvereinbarung entwickelt hat, über drei Jahre geleitet und stelle Ihnen heute gerne das Ergebnis vor. Dieses Ergebnis ist ein gemeinsames Produkt aller beteiligten Institutionen.

Mit meinem Vortrag möchte ich Sie über die Entstehung, den Inhalt und die Erfahrungen mit der „Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von dro-

genkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppe innerhalb der Stadt Essen“ informieren.

Ich möchte vorab noch einen Satz zur sprachlichen Verständigung einfügen:

Ich werde in meinen Ausführungen ausschließlich von Müttern reden und nicht von Vätern oder Eltern, weil es überwiegend die Frauen sind, bei denen die Kinder leben.

Ich bin davon überzeugt, dass eine verbindliche Kooperation in der Arbeit mit drogenabhängigen Frauen mit Kindern unerlässlich ist, um dauerhaften Erfolg für das Zusammenleben von Mutter und Kind zu erreichen.

Dabei stellt sich natürlich dann die Frage: wie kann eine Kooperation so gelingen, dass die bestehenden Hilfen von Frauen mit Kindern angenommen werden und sich die Lebenssituation für die Frauen und ihre Kinder insgesamt verbessert?



Mein Vortrag beginnt mit der Beschreibung der Ausgangssituation hier in Essen, die zur Entwicklung der Kooperationsvereinbarung Anlass gab. Dann möchte ich Ihnen die Rahmenbedingungen und die methodischen Vorgehensweisen vorstellen, die eine gemeinsame Entwicklung der Kooperationsvereinbarung ermöglicht haben. Anschließend werde ich die Inhalte der Kooperationsvereinbarung beschreiben.

Abschließend möchte ich Ihnen die Erfahrungen der beteiligten Institutionen vermitteln, die im Rahmen der eineinhalbjährigen Erprobungsphase gesammelt wurden.

Gleichzeitig möchte ich Sie dazu anregen, eine mögliche Übertragbarkeit auf Ihre Arbeitssituation vor Ort zu prüfen.

Wie war also in Essen die Ausgangssituation vor ca. vier Jahren?

Um etwas ändern zu wollen, muss ein Wunsch nach Veränderung bereits deutlich bestehen. Dieser Wunsch ist in Essen über mehrere Jahre gewachsen.

Vor allem aus dem Klinikbereich hatten engagierte Ärzte in jährlichen Abständen immer wieder zum Austausch zu der Thematik „drogenabhängige Mütter“ eingeladen. Daraus entstanden allerdings keine verbindlichen Absprachen zur Arbeitsweise mit drogenabhängigen Müttern.

Durch die Tätigkeit des bereits von Frau Tödtte in den Eingangsworten geschilderten Modellprojekts "VIOLA" ist eine Sensibilität für die besondere Situation drogenabhängiger Frauen in der Schwangerschaft und für Frauen mit Kindern deutlich gewachsen.

Ebenfalls wurden die Mängel in der Zusammenarbeit innerhalb des Hilfesystems sichtbar.

Die folgende unbefriedigende Praxis kommt Ihnen zum Teil sicherlich bekannt vor.

- Zum Beispiel wurden Frauen mit Kindern von verschiedenen Einrichtungen betreut, ohne dass diese voneinander wussten. Dabei kam es häufig vor, dass unterschiedliche, zum Teil auch gegensätzliche Ziele für die Mütter angestrebt wurden:

Während die Jugendhilfe zum Beispiel der Mutter zur Auflage machte, eine stationäre Drogentherapie anzustreben, arbeitete die Drogenhilfe mit der Frau an der Stabilisierung der aktuellen Lebenssituation und hatte eine Substitutionsbehandlung eingeleitet.

oder

- Es gab für diesen Arbeitsbereich in den Einrichtungen keine zuständigen AnsprechpartnerInnen und keine beständigen Vorgehensweisen. Das hieß zum Beispiel, dass Zuständigkeiten der MitarbeiterInnen immer wieder neu abgesprochen werden mussten. Änderungen der Zuständigkeit ergeben sich in der Jugend-

hilfe ja beispielsweise durch einen Umzug der Mutter in einen anderen Stadtteil oder im Krankenhaus durch den Schichtdienst des Personals. Dabei wurde natürlich auch die Vielfalt der unterschiedlichen Haltungen der jeweiligen MitarbeiterInnen gegenüber drogenabhängigen Müttern deutlich.

Die beschriebenen Situationen hatten für die Mütter oft zur Folge, dass sie versuchten, sich den Anforderungen der jeweiligen Institution anzupassen. Damit waren sie aber häufig überfordert und hatten irgendwann den Kontakt zum Hilfesystem abgebrochen.

In der Regel bedeutete dies, dass die Mütter für das Hilfesystem nicht mehr erreichbar waren. Auch die Kinder wurden vom Hilfesystem nicht mehr wahrgenommen.

Für die drei im wesentlichen mit der Thematik beschäftigten Bereiche: Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser ergaben sich insgesamt unterschiedliche Probleme und infolgedessen auch Konflikte:

- Die Jugendhilfe stand vor dem Problem, dass drogenabhängige Frauen, die schwanger waren oder bereits Kinder hatten, bestehende Hilfsmöglichkeiten aus Angst vor Kontrolle mieden. Die Mütter brachten der Jugendhilfe häufig das Vorurteil entgegen, ihre Kinder unmittelbar in Pflegefamilien unterzubringen. Andere Hilfsangebote waren ihnen dagegen kaum bekannt. Bei den MitarbeiterInnen bestand demgegenüber oft Unkenntnis über die Lebensweise und die spezifischen Probleme von Frauen, die drogenabhängig sind.
- In der Drogenhilfe fehlte in der Regel der Einblick in die häuslichen Lebensverhältnisse eines Kindes. Hier wurde sich der Thematik "Frauen mit Kindern" nur langsam genähert. Lange Zeit bestanden kaum Kenntnisse darüber, wie die von ihnen betreuten Frauen mit ihren Kindern leben, welche Sorgen sie haben und ob sie Hilfen bekommen.
- Für die Krankenhäuser bestand eine Ungewissheit über die häuslichen Le-

bensverhältnisse nach der Entlassung des Kindes.

Zudem ist die emotionale Belastung des Pflegepersonals sehr hoch. Sie sehen täglich durch den unmittelbaren Umgang mit den Neugeborenen, wie sie unter den Entzugssymptomen leiden.

Eine unbewusste Schuldzuweisung an die Mutter drückt sich oft darin aus, dass den drogenabhängigen Frauen eine Kompetenz als Mutter von vorn herein abgesprochen wird.

Auch hier waren, ähnlich wie in der Jugendhilfe, relativ wenig Kenntnisse über süchtige Lebensweisen vorhanden.

Zudem bestanden bei MitarbeiterInnen aller Bereiche gegenseitige Vorbehalte und wenig Wissen über die jeweiligen Angebotsstrukturen und Arbeitsweisen. Insbesondere erschwerte die traditionell eher distanzierte Haltung zwischen Jugend- und Drogenhilfe eine konstruktive Zusammenarbeit und trug mit dazu bei, dass Möglichkeiten der Hilfen nicht frühzeitiger mit den Müttern besprochen wurden.

Kooperation bestand nur in Teilbereichen, die Sie sicher auch kennen:

- Am häufigsten bestand eine Kooperation zwischen Krankenhaus und Jugendhilfe. Vor der Entlassung eines Kindes wurde regelmäßig eine HelferInnenkonferenz durchgeführt.
- Kooperation zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe bestand in der Form, dass die Jugendhilfe bei Bedarf die Drogenhilfe zur Einschätzung der Lebenssituation, vor allem bezüglich des Drogenkonsums, befragt hat.
- Eine Kooperation auf Initiative der Drogenhilfe gab es eher selten. Meist nur in Extremfällen, wenn ein Kind akut gefährdet war.

Welche Auswirkungen hatte die mangelnde Zusammenarbeit für drogenabhängige Mütter und ihre Kinder?

Drogenabhängige Mütter haben vor allem große Sorgen und Ängste vor der Trennung von ihrem Kind und vor pauschaler Stigmatisierung. Sie stehen unter enormen Erfolgsdruck. Ihre Kinder leben häufig isoliert und bleiben mit ihren Sorgen alleine. Für alle drei Bereiche, Jugendhilfe, Drogenhilfe

und Krankenhäuser stellte sich die Notwendigkeit und das dringende Bedürfnis, bestehende Hilfen frühzeitiger und effektiver für Frauen und ihre Kinder nutzbar zu machen.

Zwar ist diese Problematik vor allem in der Jugendhilfe und in den Krankenhäusern ein Randthema unter vielen anderen Arbeitsbereichen. Die Erfahrung zeigte aber, dass die relativ wenigen Fälle allen Beteiligten sehr große Probleme bereiteten.

Eine hohe Motivation zur Veränderung der bisherigen Kooperation war also aufgrund der beschriebenen Konflikte in Essen bei den beteiligten Institutionen vorhanden.

Anlass zur Entwicklung der Kooperationsvereinbarung waren insgesamt weniger die relativ klaren Situationen bei offensichtlicher Kindesgefährdung wie z. B. Verwahrlosung oder Misshandlung. Vielmehr bestand die Frage, welche Voraussetzungen im Hilfesystem geschaffen werden müssten, um den Kreislauf zu durchbrechen und Frauen mit Kindern frühzeitiger und dauerhafter zu erreichen.

Vor ca. drei Jahren erfolgte auf Initiative der Jugendhilfe der Stadt Essen, der Kinderklinik der Universitätsklinik Essen, des Verein Krisenhilfe und der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW die erste Einladung zu dieser Fragestellung.

Eingeladen wurden alle mit der Thematik befassten Institutionen und Verbände der drei wesentlichen Bereiche Jugendhilfe, Krankenhäuser (mit Neonatologie) und Drogenhilfe. Dabei sollte kein dauerhafter Arbeitskreis entstehen. Vielmehr wurde ausschließlich das Ziel verfolgt, eine gemeinsame Kooperationsvereinbarung zu entwickeln.

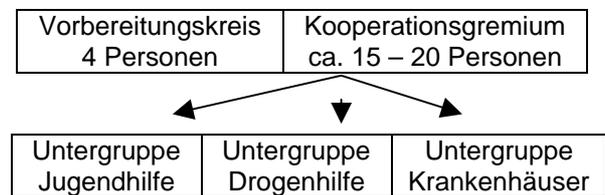
Bei dem ersten Treffen wurden die weiteren Arbeitsschritte geplant.

Nachdem ich Ihnen gerade die Ausgangssituation für die Entwicklung der Kooperationsvereinbarung in Essen dargelegt habe, komme ich nun zu dem zweiten Teil meines Vortrags. Hier werde ich die Rahmenbedingungen und die methodische Vorgehensweise beschreiben, die sich die beteiligten

Institutionen und Verbände zur Zielerreichung gegeben haben.

Da ein verbindlicher Rahmen für eine Kooperationsvereinbarung entwickelt und auch verabschiedet werden sollte, war der TeilnehmerInnenkreis auf Leitungsebene ausgerichtet. Zusätzlich waren ausschließlich diejenigen MitarbeiterInnen eingeladen, die mit der Thematik seit längerem vertraut waren. Im Klinikbereich wurden die entsprechenden ÄrztInnen sowie der psychosoziale Dienst eingeladen.

Sie sehen hier die Struktur, die zur Erarbeitung des gemeinsamen Konzeptes sehr hilfreich war.



Insgesamt waren ca. 25 Institutionen und Verbände an der Erarbeitung der Kooperationsvereinbarung beteiligt. Hiermit wurde ein hohes Interesse an der Entwicklung eines Konzeptes zur Kooperation ausgedrückt.

Das Kooperationsgremium arbeitete mit durchschnittlich 15- 20 Personen.

Ein Vorbereitungskreis hat die Arbeitstreffen des Kooperationsgremiums vorderstrukturiert.

Das Bedürfnis, sich nach den Bereichen getrennt weiter in Untergruppen auszutauschen, entwickelte sich recht schnell. Dabei wurde zu vorgegebenen Fragestellungen gearbeitet. Es zeigte sich z. B., dass die beteiligten Institutionen untereinander wenig Einblick in die jeweiligen Angebote und Möglichkeiten hatten. Kenntnisse über die Arbeitsweisen und die Haltungen zur Thematik Frauen mit Kindern waren kaum vorhanden.

Völlig unausgesprochen waren bis dahin gegenseitige Erwartungen der drei Bereiche untereinander.

Verteilt über einen Zeitraum von 1½ Jahren wurden dann in sechs Arbeitstreffen die

Inhalte dieser Kooperationsvereinbarung entwickelt.

Während der anschließenden 1½-jährigen Erprobungsphase fanden vier weitere Arbeitssitzungen zur Überprüfung der Kooperationsvereinbarung statt.

Welche Themen mussten geklärt werden, um eine gemeinsame Kooperation zu entwickeln?

Hierzu wurden nachfolgende Leitfragen in den Untergruppen erörtert und im Kooperationsgremium vorgestellt:

- Welche Haltung gegenüber drogenabhängigen Frauen mit Kindern besteht bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen?
- Wie sehen die gegenseitigen Erwartungen aus?
- Welche Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen sind zu berücksichtigen?
- Worüber muss gegenseitig informiert werden, worüber nicht?
- Worüber muss die Zielgruppe informiert werden?
- Was ist zur Basisversorgung eines Kindes erforderlich?
- Welche weiteren inhaltlichen Aspekte muss eine Kooperationsvereinbarung behandeln?

In Folge dieser Aufgabenstellungen für die jeweiligen Institutionen wurden in den Teams und Dienstbesprechungen wertvolle Auseinandersetzungen geführt. Ein wesentliches Ziel dieser Diskussionen war es, dass die angestrebte Kooperationsvereinbarung möglichst von allen Beteiligten getragen wird.

Zum Schluss wurde die Kooperationsvereinbarung mit Hilfe eines Juristen in einem Vertrag formuliert. Hier sind z. B. die Aufgaben des Kooperationsgremiums und die Dauer des Vertrags genannt.

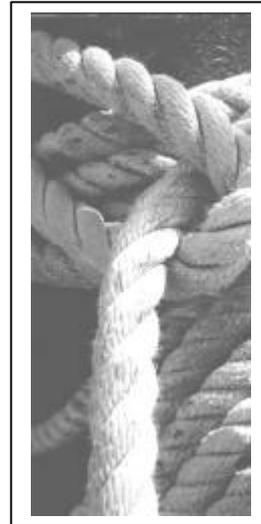
Dieser Vertrag wurde auf Direktoren-, Leitungs-, Geschäftsführungs- bzw. Vorstandsebene von allen beteiligten Trägern unterzeichnet.

Mit dieser Vorgehensweise war beabsichtigt, eine Vereinbarung zu entwickeln, die nicht nur individuell von engagierten MitarbeiterInnen getragen wird. Es sollte viel mehr auf Trägerebene eine verbindliche Grundlage für dieses Arbeitsfeld erstellt

werden und zum Beispiel bei Personalwechsel diese Arbeitsweise konzeptionell erhalten bleiben.

Hierbei war es entscheidender, dass die Absprachen einen offiziellen Charakter erhielten als dass eine juristische Verbindlichkeit erreicht wurde.

Dieses bedeutet auch, dass die Nichteinhaltung der Verabredungen durch einzelne MitarbeiterInnen keine juristischen Folgen hat.



Unseres Wissens ist damit erstmalig in Deutschland bezüglich dieser Thematik auf Trägerebene eine vertraglich festgelegte Arbeitsweise zur Kooperation entwickelt worden. Diese Arbeitsweise gilt in Essen verbindlich für die beteiligten Institutionen.

Zusammenfassend möchte ich die wesentlichen Punkte nennen, die ich als Voraussetzungen zur Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung als äußerst günstig erlebt habe:

- Sehr wichtig ist die Einbeziehung aller drei Bereiche: Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser in die Entwicklung von Absprachen.
- Die Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung beansprucht Arbeitskapazität, die erst einmal kaum vorhanden ist. Es muss also eine deutliche Motivation der beteiligten Institutionen vorhanden sein und der Gewinn des Arbeitseinsatzes muss klar erkennbar sein.
- Als nächste Voraussetzung ist die Schaffung von Möglichkeiten zu nennen, gegenseitige Vorbehalte der drei Bereiche transparent zu machen. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Austausch über gegenseitige Erwartungen bisher überwiegend nicht statt findet.

- Hierzu waren zum Beispiel die Erörterungen in den Untergruppen und die anschließenden Diskussionen im Kooperationsgremium ganz wesentlich.

- Als eine unverzichtbare Voraussetzung für den Arbeitsbereich ist eine akzeptierende Haltung der MitarbeiterInnen gegenüber der Tatsache, dass drogenabhängige Frauen Kinder haben.

Die eigene Haltung zu dem Arbeitsbereich ist ein entscheidender Faktor, ob ein Vertrauensaufbau zur Mutter gelingt und Kooperation aller Beteiligten umgesetzt werden kann.



Damit komme ich zum dritten Teil meines Vortrags, in dem ich die wesentlichen **Inhalte** der Kooperationsvereinbarung benenne.

Mit der Definition der Zielgruppen und der Ziele sollte der kleinste gemeinsame Nenner erreicht werden, auf dem sich die verschiedenen Bereiche unter Wahrung ihrer unterschiedlichen Aufgaben einigen konnten.

Das Konzept bezieht sich also ausschließlich auf die Arbeit mit den Zielgruppen:

- Drogenkonsumierende bzw. substituierte schwangere Frauen und Frauen, die bereits Mütter sind
- und auf Kinder, deren Mütter Drogen konsumieren bzw. substituiert werden.

In der Kooperationsvereinbarung sind drogenkonsumierende bzw. substituierte Väter und Eltern als Zielgruppe ebenfalls benannt.

Als Ziele werden von allen beteiligten Institutionen genannt:

- ein dauerhaft gemeinsames Leben von Mutter/Vater/Eltern und Kind zu ermöglichen.

Dieses Ziel setzt voraus, dass die Tatsache von allen akzeptiert wird, dass drogenabhängige Frauen mit ihren Kindern unter bestimmten Bedingungen sehr wohl zusammenleben können.

und als zweites Ziel wird genannt

- eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation der beteiligten Bereiche: Krankenhäuser, Drogenhilfe und Jugendhilfe zu erreichen.

Die Einigung auf die Zielgruppen und die gemeinsamen Ziele bilden die Grundlage zur Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung.

Eine Voraussetzung zur Erreichung der Ziele ist die Sicherstellung der Basisversorgung eines Kindes.

Die Verständigung auf Basiskriterien ist ein weiterer inhaltlicher Bestandteil der Kooperationsvereinbarung. Denn über zentrale Fragen - wie Kindeswohl zu definieren ist und wann das Kindeswohl gefährdet ist - bestanden bisher keine Absprachen.

Die folgenden Basiskriterien werden von den KooperationspartnerInnen als Minimalbedarf anerkannt, der für das Aufwachsen eines Kindes erforderlich ist.

Als Grundlage hierfür konnten Kriterien genutzt werden, die in Amsterdam von dem Büro Kinder drogenabhängiger Eltern bereits in den 80er Jahren entwickelt wurden.

Basiskriterien sind:

- Eine Wohnung mit Wasser, Strom und Heizung und in der z.B. keine extreme Verschmutzung, wie Müllreste, Schimmel oder Erbrochenes, vorzufinden ist,
- die Absicherung des Lebensunterhaltes,
- die Gewährleistung von ärztlicher Versorgung z.B. durch die Einhaltung der Vorsorgeuntersuchungen oder das Befolgen ärztlicher Anordnungen,
- weiterhin ist die Sicherung der Aufsichtspflicht durch eine kontinuierliche Bezugsperson für das Kind erforderlich und
- ein strukturierter Alltag mit regelmäßiger täglicher Versorgung des Kindes. Zum Beispiel muss für ausreichende altersgemäße Ernährung gesorgt und ein

verlässlicher, kindgerechter Tag-Nacht-Rhythmus eingehalten werden.

- Als letztes ist die Notwendigkeit einer ausreichenden pädagogischen Förderung und emotionalen Zuwendung genannt. Zum Beispiel sollte Spielzeug vorhanden sein und tagesstrukturierende Angebote wie Kindergärten genutzt werden. Der Schulalltag muss geregelt sein und bei Bedarf eine Förderung durch pädagogische oder therapeutische Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Sie sehen, dass die Basiskriterien keine absoluten Vorgaben nennen. Sie beinhalten den erforderlichen Ermessensspielraum für die MitarbeiterInnen, um individuell Entscheidungen treffen zu können.

Die zuständigen MitarbeiterInnen sind gefordert, sich selbst klar zu machen, welche Erwartungen sie an die Mütter haben.

Die Erwartungen müssen mit den Müttern möglichst konkret und deutlich besprochen werden, damit diese die an sie gestellten Anforderungen kennen. Darüber sollte möglichst frühzeitig geredet werden, um den Kontakt zur Mutter von Anfang an klar und offen zu gestalten.

Gerade zu Beginn einer Betreuung zum Beispiel durch die Jugendhilfe oder im Krankenhaus ist der Kontakt seitens der Mutter häufig durch Misstrauen und Angst geprägt.

Je eher die Mutter über die Erwartungen an sie und über Hilfsangebote der jeweiligen Institutionen informiert wird, desto schneller kann sie sich auf die Versorgung ihres Kindes konzentrieren.

Die Diskussionen im Kooperationsgremium haben gezeigt, dass die Kriterien einer Basisversorgung sehr unterschiedlich bewertet werden.

Es wurde hierzu ausdrücklich gewünscht, dass eine Entscheidung bezüglich der Erwartungen einer betreuenden Institution mit den KooperationspartnerInnen in der HelferInnenkonferenz abgesprochen werden sollte.

Außer natürlich im Falle der eindeutigen Gefährdung, bei der die Notwendigkeit gegeben ist, ein Kind sofort anderweitig unterzubringen.

Weiterhin werden im inhaltlichen Teil der Kooperationsvereinbarung die wesentlichen Merkmale und die Grundzüge der Kooperation beschrieben.

So sind die beteiligten Institutionen dafür verantwortlich, dass Frauen mit Kindern Vertrauen in die Beratungs- und Hilfsangebote entwickeln können. Sie müssen daher einen wertschätzenden Rahmen und entsprechenden Umgang mit Müttern und Kindern schaffen, um diese auch tatsächlich zu erreichen.

Eine weitere Aufgabe der KooperationspartnerInnen besteht darin, den Hilfeprozess so zu gestalten, dass eine Mitbestimmung der Mütter gewährleistet wird.

Als geeignet wurde hierfür die HelferInnenkonferenz erachtet, bei denen die Mütter stets miteinbezogen werden.

An dieser Stelle möchte ich meine sprachliche Formulierung des Begriffs der „HelferInnenkonferenz“ kurz erklären:

Ich spreche bei dem Wort einfach das große „I“ mit: HelferInnenkonferenz. Das kommt Ihnen sicherlich fremd vor und ist auch meines Erachtens keine wirklich gelungene sprachliche Alternative, um von Frauen und Männern zu reden.

Aber eine Konferenz, in der z. B. hauptsächlich Frauen sitzen, als Helferkonferenz zu bezeichnen, finde ich eher unpassend.

Mit der Durchführung von HelferInnenkonferenzen wird ein kontinuierlicher Hilfeprozess angestrebt. Ausgehend von einer Situationsanalyse soll der Hilfebedarf von Mutter und Kind in einem regelmäßigen Austausch aktualisiert werden.

Dazu wird vorgeschlagen, diesen regelmäßigen Austausch mit allen jeweils aktuell beteiligten MitarbeiterInnen sowie der Mutter stattfinden zu lassen, möglichst auch ohne negativen Anlass.

Hierbei ist das Ziel, allmählich das Vertrauen der Frauen in das Hilfesystem zu stärken.

Damit ist beabsichtigt, dass die Frauen sich dann gegebenenfalls in einer Krisensituation frühzeitig an die ihnen bereits bekannte Mitarbeiterin oder an den Mitarbeiter wenden werden.

Von den HelferInnenkonferenzen werden Ergebnisprotokolle für alle Beteiligten er-

stellt. Hier werden Aufgaben festgelegt und Verantwortliche benannt. Diese Ergebnisprotokolle bilden die Grundlage für mögliche weitere Hilfen.

Diese Praxis wurde in der Jugendhilfe bereits gehandhabt. Für die Drogenhilfe ist dieser Weg dagegen neu.

Die praktische Durchführung der Kooperation wird in der Kooperationsvereinbarung in Form eines Ablaufplans dargestellt.

Hier wird aus der Sicht jedes Bereiches eine laufende Betreuung geschildert. Hierbei werden die häufigsten Ausgangssituationen und entsprechende Handlungsempfehlungen beschrieben. Ebenso wird das jeweilige Ziel der Handlungsempfehlung erläutert.

Damit Sie sich das besser vorstellen können, habe ich einen Punkt aus dem Ablaufplan für den Bereich Drogenhilfe ausgesucht:

Als Ausgangssituation wird beispielsweise beschrieben, dass die Mutter nicht zur Zusammenarbeit bereit ist.

Eine Gefährdung des Kindes liegt nach Einschätzung der MitarbeiterIn der Drogenhilfe nicht vor.

Die Handlungsempfehlung und das entsprechende Ziel lauten, dass die Drogenhilfeeinrichtung versucht, den Kontakt zur Mutter aufrecht zu erhalten.

Zum Beispiel, indem individuelle Wege überlegt werden, Beratungsgespräche in größeren Abständen angeboten werden oder die Mutter nach einer bestimmten Zeit angeschrieben wird.

Das Ziel ist hierbei, den Kontakt möglichst lange zu erhalten.

Die Verantwortung über die weitere Vorgehensweise liegt bei der MitarbeiterIn der Drogenhilfe.

Damit ist gemeint, dass die MitarbeiterIn der Drogenhilfe zu entscheiden hat, ob das Aussteigen einer Klientin aus dem Betreuungsprozess ohne Informationen an eine andere Institution von ihr bzw. ihm verantwortet werden kann.

Dieses Beispiel löste im Kooperationsgremium kontroverse Diskussionen aus:

Die TeilnehmerInnen des Bereichs Drogenhilfe vertraten die Ansicht, dass sie nicht in der Lage sind, die Verantwortung für das Wohl des Kindes zu übernehmen, weil sie z. B. keine Hausbesuche machen und somit oft keinen Einblick in die häuslichen Verhältnisse haben.

Die TeilnehmerInnen der Bereiche Jugendhilfe und Krankenhäuser begrüßten die klare Festlegung von Verantwortung darüber, z.B. die Jugendhilfe zu informieren oder eben nicht zu informieren.

Damit wurde der dringende Wunsch an die Drogenhilfe formuliert, ihre Entscheidungen bezüglich der Weitergabe oder Nicht-Weitergabe von Informationen zu verantworten.



Ich habe dieses Beispiel gewählt, weil hier die klare Zuschreibung von Verantwortung hervorgehoben wird. Die Prinzipien der Freiwilligkeit und Anonymität, nach denen in der Drogenhilfe ja gearbeitet werden muss, um Drogenabhängige überhaupt zu erreichen, stoßen hier an die Grenze der Umsetzbarkeit.

Ob eine drogenabhängige Frau es in Zukunft schaffen wird, stabil zu leben und ihr Kind zu versorgen, wird oft gar nicht zu sagen sein. Eine Einschätzung dazu hängt sicher von dem Gesamteindruck der MitarbeiterIn ab, die ihre Entscheidung, wie sie auch ausfällt, verantworten muss.

Die Benennung der für diese Entscheidung verantwortlichen Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters und der Institution hat in der Regel für diese eine intensive Auseinandersetzung zur Folge - und gerade das ist ja beabsichtigt.

In diesen Zusammenhang passt das Thema Datenschutz, auf das die Kooperationsvereinbarung ebenfalls eingeht.

Eine Weitergabe von Daten ist nur mit Zustimmung der Betroffenen möglich und hierzu muss eine Entbindung von der

Schweigepflicht vorliegen. Außer bei akuter Gefährdung des Kindes natürlich.

Die Praxis zeigt, dass die Erteilung der Schweigepflichtentbindung von dem Kontakt der Mutter abhängig ist, der zur BetreuerIn besteht.

Ist es der MitarbeiterIn gelungen, der Mutter Einsicht in diese Arbeitsweise zu vermitteln, hat sie meistens keine Probleme bei der Einwilligung zur Schweigepflichtentbindung.

Bei der Weitergabe von Daten sind die MitarbeiterInnen gefordert, eigenverantwortlich mit der oft vorhandenen Fülle von Informationen umzugehen, die über die Betroffenen vorhanden sind.



Die inhaltliche Beschreibung der Arbeitsweise ist mit diesen Aspekten abgeschlossen.

Abschließend möchte ich Ihnen noch aus der Kooperationsvereinbarung die strukturellen Bedingungen beschreiben, die seitens des Trägers und der Leitung erfüllt werden müssen, bevor ich zum letzten Punkt meines Vortrags komme.

Zu den Rahmenbedingungen gehören

- Das Bereitstellen von Räumen, in denen ungestört mit den Müttern und ihren Kindern gearbeitet werden kann,
- für die Kinder entsprechende Betreuung und Spielmaterialien,
- das Erstellen von themen- und angebotsspezifischem Informationsmaterial der jeweiligen Institutionen sowohl für die Zielgruppe als auch für das Hilfesystem,
- im Rahmen der Datenerfassung eine konsequente Berücksichtigung der Kategorie "Geschlecht" (Mann/Frau/Junge/Mädchen),

- die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen der MitarbeiterInnen zu fördern
- auch mit dem Ziel, Entwicklungsprozesse zur eigenen Haltung bezüglich der Thematik anzuregen,
- die Förderung von Fallbesprechungen und Supervision für die MitarbeiterInnen innerhalb der Institution,
- die Benennung von verantwortlichen MitarbeiterInnen für den Arbeitsbereich mit dem Ziel, die Kontinuität des Arbeitsgebiets zu gewährleisten.

Mit dem vierten und letzten Teil meines Vortrags möchte ich Ihnen zentrale Erfahrungen im Rahmen der Erprobungsphase wiedergeben.

Die beteiligten Institutionen haben in den vergangenen eineinhalb Jahren die Kooperationsvereinbarung in der Praxis überprüft. Die Erfahrungen wurden in vier Arbeitstreffen ausgetauscht.

Das heißt, jede Betreuung einer drogenabhängigen Frau mit Kind wurde instituti-
onsintern mit einem speziellen Fragebogen zur Kooperation erfragt.

Ziel dieser Fragebögen war es, einrichtungsintern die jeweiligen Gründe für eine Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Kooperation zu erörtern.

Erfasst wurden dabei die Anzahl aller Fälle, differenziert nach Neufall, laufender Betreuung und Nachbetreuung.

Weiterhin wurden die Anzahl der HelferInnenkonferenzen sowie die Beteiligten ermittelt.

Ferner wurden Fragen zur Zufriedenheit mit der Kooperation und zur Transparenz aus Sicht der MitarbeiterInnen und der betreuten Mütter erfragt.

Diese Befragung über einen Zeitraum von einem halben Jahr wurde drei mal durchgeführt, um Veränderungen feststellen zu können.

Sie können sich vorstellen, dass der Arbeitsaufwand zur Auswertung und Darstellung der Ergebnisse sehr hoch war. Dennoch hat diese Form der Überprüfung der Kooperationsvereinbarung wesentlich dazu

beigetragen, dass alle beteiligten MitarbeiterInnen der Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser ihre Sichtweise der Kooperation mit einbringen konnten.

Das bedeutet:

- Insgesamt ist eine höhere Sensibilität für dieses Arbeitsfeld erreicht worden. Das Bewusstsein ist im ganzen dafür gewachsen, dass das Vertrauen drogenabhängiger Frauen in die Kooperation erarbeitet werden muss, um Erfolge in der Zusammenarbeit mit ihnen zu erreichen. Ebenso wurde insgesamt eine größere Sensibilität für die Problemlage drogenabhängiger Mütter erreicht.

- In allen beteiligten Institutionen hat das Arbeitsfeld "drogenabhängige Frauen mit Kindern" als Arbeitsbereich sehr viel mehr Gewicht bekommen. Daraus resultierten zum Beispiel in einigen Institutionen veränderte Absprachen im Rahmen der Dienstbesprechungen, um einen besseren Informationsaustausch zu gewährleisten.

- Der Austausch der MitarbeiterInnen der unterschiedlichen Bereiche erfolgt unmittelbarer und hat insgesamt zugenommen. Dieses wurde u.a. durch das persönliche Kennenlernen der MitarbeiterInnen durch gemeinsame Fortbildungen und Informationsveranstaltungen zu der Thematik erleichtert.

Die Bewertung der einzelnen Ergebnisse wird innerhalb der beteiligten Institutionen für die interne Weiterentwicklung genutzt.

An dieser Stelle möchte ich Ihnen zum Abschluss beispielhaft Probleme sowie bisherige Erfolge zusammenfassen, die von MitarbeiterInnen aller Bereiche genannt wurden.

Als Probleme bei der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung wurden von den MitarbeiterInnen im wesentlichen genannt:

- Eine unklare Aufgabenverteilung und unklare Verantwortungskompetenzen,
- innere Vorbehalte der MitarbeiterInnen und undeutliche Standpunkte,
- unterschiedliche Einschätzungen zur Gefährdung eines Kindes,

- das Treffen von Terminabsprachen,
- die Beschaffung von Informationen.

Erfolge, also bisher mit Hilfe der Kooperationsvereinbarung Erreichtes, sind aus Sicht der beteiligten MitarbeiterInnen folgende Aspekte:

- Eine größere Verpflichtung, Kooperation zu bewirken.
- In regelmäßigen Abständen stattfindende HelferInnenkonferenzen und Fixierung der Ergebnisse.
- Klare Absprachen und transparente Aufgabenverteilung. Dazu gehört auch die Klärung der gegenseitigen Erwartungen.
- Vermeidung von Missverständnissen, z. B. durch rechtzeitige Rückfragen.
- Insgesamt ein größeres Gefühl der Sicherheit bei allen Beteiligten. Dadurch ist z. B. die Bereitschaft einiger Mütter gewachsen, Hilfen anzunehmen und ihre Angst vor der Zusammenarbeit konnte etwas verringert werden.
- Krisensituationen der Frauen konnten somit frühzeitiger thematisiert und aufgefangen werden.

Es hat sich gezeigt, dass die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung in der Praxis sicher hohe Kapazitäten erfordern. Dieses ist aus meiner Sicht das größte Problem. Der Nutzen dieser Arbeitsweise ist nur langfristig erkennbar.

Denn klare Absprachen, deutliche Aufgabenverteilung und Benennung von Verantwortlichen führen erst auf längere Sicht sowohl für das Hilfesystem als auch für die Zielgruppe zu einer höheren Zufriedenheit.

Und: klare Absprachen alleine reichen nicht aus, um mit drogenabhängigen Müttern und drogenabhängigen Frauen im Rahmen einer Schwangerschaft zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit zu gelangen.

Hier ist eine hohe Sensibilität der einzelnen MitarbeiterInnen gefragt. Ebenso ist die Bereitschaft erforderlich, sich im Konfliktfall unmittelbarer sowohl mit der Zielgruppe als auch innerhalb des Hilfesystems auseinander zu setzen.



Es ist also noch ein längerer Weg gemeinsam zu gehen, um die Knoten, die auf der Eingangsfolie zu sehen waren, wirklich haltbar und gleichzeitig flexibel zu verbinden.

Wir haben in Essen begonnen und damit gute Erfahrungen gesammelt und ich möchte Sie gerne dazu ermutigen, eigene Wege einer gelungenen Kooperation zu gehen.

Ich möchte meinen Vortrag hiermit abschließen und danke Ihnen für ihre Aufmerksamkeit.

Ergebnisse der Workshops

Workshop 1

ModeratorInnen: Doris Heinzen-Voß, Dirk Martin Wolters

Teilnehmerin aus dem Kooperationsgremium: Christa Heedt



1. Vorstellungsrunde der TeilnehmerInnen verknüpft mit der Frage „Welche Erfahrungen habe ich mit Kooperation im Arbeitsfeld drogenabhängige Mütter?“

- Erfahrungen sind willkürlich und abhängig von den MitarbeiterInnen.
- Je öfter zusammengearbeitet wird, umso besser ist die Kooperation.
- Zusammenarbeit mit ÄrztInnen und Krankenhäusern ist schwierig (Datenschutz).
- Wenn klar ist, welche Einrichtungen in der Kommune für drogengebrauchende Mütter zuständig sind, kann Kooperation beginnen.
- Kooperation steckt noch in den „Kinderschuh“.
- Seit einigen Jahren ist auffällig, dass mehr drogengebrauchende Frauen Kinder bekommen.
- Eine Schwierigkeit war zu überwinden, dass jede Institution „ihr eigenes Süppchen kocht“.

- Nach anfänglichen Schwierigkeiten läuft Kooperation nach längerer Zeit besser.
- Strukturiertes Vorgehen ist noch nicht gegeben, wird aber als förderlich angesehen.
- Kooperation ist von widersprüchlichem Interesse gekennzeichnet.
- Problematisch ist Kooperation von Drogenhilfe und Jugendhilfe, wenn Klientin nicht von der Schweigepflicht entbunden ist.
- MultiplikatorInnen als AnsprechpartnerInnen, z.B. in den Kliniken, wären sinnvoll.
- Schaffung von stadtteilbezogenen Qualitätszirkeln wäre sinnvoll.
- Essener Kooperationsmodell wird bezogen auf die eigene Stadt schon umgesetzt.
- Das Vertrauensverhältnis zwischen Klientin und Drogenberatung ist gestört, wenn dem Jugendamt eine Meldung gemacht wird.
- Die Kooperation ist schwierig, wenn es um eigene Hilfen für die Kinder geht.

2. Auswertung der Erfahrungen der TeilnehmerInnen verknüpft mit den Fragen:

A. Was fördert Kooperation im Arbeitsfeld drogengebrauchende Mütter?

- Die Entwicklung gemeinsamer Ziele.
- Ausreichend Zeit.
- Akzeptierende Haltung, dass drogengebrauchende Frauen Kinder kriegen.
- Transparenz.
- Kinder als eigenständige Zielgruppe sehen und mit in die Kooperation mit einbeziehen.
- Klare Auftragsverteilung.
- Klarer Arbeitsablauf.
- Dokumentation.

B. Was behindert Kooperation im Arbeitsfeld drogenabhängige Mütter?“

- Interessenskonflikte der verschiedenen Einrichtungen.
- Je älter die Kinder sind, umso weniger Kooperation findet statt.

- Die Angst vor „Repressalien“ auf Seiten der Mütter und Kinder.
- Vorurteile und fehlende Information bezogen auf andere Einrichtungen.

3. Fallbearbeitung in Kleingruppen zu jeweils fünf Personen unter der Fragestellung:

**Welche Arbeitsschritte sind für eine gelungene Kooperation sinnvoll?
Welche Konflikte sind zu erwarten?**

Die Kleingruppen sollten Fall 1 unter o.g. Fragestellungen bearbeiten und dabei die Sichtweisen von Jugendhilfe, Drogenhilfe, Klinik und Klientin berücksichtigen. Den TeilnehmerInnen war es dabei freigestellt, ob sie ihre wirkliche Sichtweise einnehmen oder versuchsweise einmal die einer anderen.

Anschließend präsentierten die Gruppen ihre Ergebnisse und ihren Diskussionsstand.

Ergebnisse der Gruppe I

Arbeitsschritte

- Klärung einzelner Ziele (Mutter, Drogenberatung, Jugendamt, ÄrztIn), Aufträge und Funktionen.
- Kooperationsbereitschaft klären.
- Schweigepflichtentbindung.
- Findung eines gemeinsamen Ziels.

Mögliche Konflikte

- Interessenskonflikte.
- Rollenkonflikte/Diffusionen.
- Unklarheiten.
- Nicht-Wahrnehmen von Verantwortung.
- Keine Entscheidung treffen.

Ergebnisse der Gruppe II

Arbeitsschritte

- Drogenberatung nimmt Kontakt zur Jugendhilfe und zur substituierenden ÄrztIn auf, nachdem eine Schweigepflichtentbindung vorliegt.
- Einberufung eines Fachgespräches
- HelferInnenkonferenz, nachdem die Verantwortlichkeiten geklärt sind.

Mögliche Konflikte

- Verweigerung der Schweigepflichtentbindung.
- Konfrontationskurs von Frau X.

- Kein gemeinsames Ziel.
- Zeit/Personalproblem.

Ergebnisse der Gruppe III

Diese Gruppe hat zwar ihre Ergebnisse nicht schriftlich festgehalten, schilderte aber den Auseinandersetzungsprozess als sehr schwierig, da sich alle „Parteien“ stark auf ihre eigenen Positionen bezogen und teilweise aus Informationsmangel nicht bereit waren, diese zu verlassen.

4. Präsentation im Abschlussplenum „Welche Ideen und Möglichkeiten will ich in meinem Arbeitsbereich umsetzen?“

- Transparenz im eigenen Hause schaffen.
- Wie sensibilisiere ich meine Amtsleitung?
- Erste Einzelkontakte zu KooperationspartnerInnen.
- In einem aktuellen Fall Kontakt zu den ÄrztInnen und zur Hebamme aufnehmen.
- Justizvollzugsanstalt mit einbeziehen
- Gemeinsamen Treffen aller KooperationspartnerInnen.
- Mehr Verbindlichkeit in der Kooperation herstellen.
- Wie strukturiere ich mein weiteres Vorgehen?

Workshop 2

Moderatorin: Susanne Lehmann

Teilnehmerin aus dem Kooperationsgremium: Reinhild Blum

I. Fördernde und hemmende Bedingungen für die Kooperation vor Ort bzw. deren Aufbau

A. Hemmende Bedingungen:

- Die Hilfe für das Kind ist oft noch „zweit-rangig“, aus folgenden Gründen:
- die Haltung (die Frau/der Mann steht im Mittelpunkt);
- der fachliche Blick fehlt manchmal, z.B. für die Entwicklungsverzögerungen des Kindes;

- der Zugang zu den Kindern ist oft schwierig;
- die Kosten für die Arbeit mit Kindern werden z.B. in Kliniken, in denen sich die Frauen stationär zur Therapie aufhalten, nicht übernommen;
- ein zu spätes „Eingreifen“ bei Schwierigkeiten in der Erziehung und Betreuung der Kinder;
- „Allianzen“ zwischen den Eltern und z.B. den DrogenberaterInnen;
- innere Konflikte der BeraterInnen durch das Thema „Schweigepflicht, Vertrauensbasis“;
- unterschiedliche Einschätzungen der beteiligten Institutionen über die nächsten Schritte;
- gegenseitige Vorbehalte unter den beteiligten Institutionen.



B. Fördernde Bedingungen:

- Die Haltung: „ Die Frau da abholen, wo sie steht“;
- die Haltung: Frau und Kind nicht nur als Einzelpersonen sehen, sondern auch als System;
- die „Sprunghaftigkeit“ der Frauen berücksichtigen („Wo stelle ich mich als BeraterIn darauf ein und wo sind meine Grenzen“);
- die HelferInnenkonferenz als Gremium nutzen, in der die Zuständigkeit der jeweiligen Akteure mit der Klientin gemeinsam vereinbart wird;
- immer: Möglichst hohe Transparenz im Kontakt;
- möglichst frühzeitige Offenheit gegenüber der Klientin;

- Anregung zur Zusammenarbeit Jugendhilfe und Drogenberatung: Die Kollegin des Jugendamtes nimmt am offenen Treff/Frühstück teil oder richtet eine offene Sprechstunde zur Information ein.

II. Ziele zur Verbesserung der Kooperation vor Ort und Vorschläge zu deren Umsetzung/Lösung

Ziel:

Die Zusammenarbeit des medizinischen Fachpersonals z.B. in Entbindungskliniken mit den Beratungsstellen gewährleisten

Lösungsvorschlag:

Über den verbindlichen Kontakt mit den Jugendämtern und den Sozialdiensten können die Beratungsstellen mit einbezogen werden.

Ziel:

Bei Müttern/Vätern, die schon ältere Kinder haben, kann es große Vorbehalte geben, sich in die „Karten schauen zu lassen“ bzgl. der Erziehung der Kinder

Lösungsvorschläge:

- offene Sprechstunde der Jugendhilfe in der Drogenberatung, um Vorbehalte abzubauen;
- Angebote für die Kinder in der Drogenberatung;
- Direkte Information und Begleitung der Jugendlichen zum Jugendamt;
- Heilpädagogische Betreuung, über Arzt und Krankenkasse, als begleitendes Angebot anregen;
- Die Entscheidung treffen, „wann interveniere ich, wann lasse ich es“, und diese Haltung/Entscheidung der Klientin offen mitteilen.

Ziel:

Vorbehalte der Institutionen/der Bevölkerung über die Arbeit der jeweiligen Institutionen abbauen

Lösungsvorschläge:

- die eigenen Haltung überprüfen;
- gemeinsame Informations- und Arbeitskreise mit fallübergreifenden Fachgesprächen durchführen;
- Öffentlichkeitsarbeit: Transparenz über die jeweiligen Leistungsangebote der einzelnen Institutionen und das „Kooperierende System“ als Ganzes;

Ziel:

Vorbehalte gegenüber Hausbesuchen, auch bei den BeraterInnen, reduzieren

Lösungsvorschlag:

Wenn es eine HelferInnenkonferenz gibt, wird in dieser Konferenz gemeinsam mit der Klientin vereinbart, welche Institution mit welchem Ziel etc. Hausbesuche durchführt.

Ziel:

Wie kann ich die Leitungs-/Führungsebene meiner Institution von der Einrichtung der HelferInnenkonferenzen überzeugen.

Lösungsvorschlag:

Als wichtige und positive Gründe in der Argumentation kann ich folgende Punkte nennen:

- die „Szene“ wächst;
- neue Aufgabenbereiche entstehen;
- die Kosten können reduziert werden, wenn Fremdunterbringungen reduziert werden;
- die Fachlichkeit/Professionalität in der Beratung und Betreuung der Zielgruppe wird um wichtige Aspekte erweitert.

III. Präsentation im Abschlussplenum
„Welche Ideen und Möglichkeiten will ich in meinem Arbeitsbereich umsetzen?“

Der Blick auf das System (Eltern und Kinder)

Der Zeitpunkt der gemeinsamen Arbeit sollte sehr frühzeitig sein

Gemeinsame Ziele vereinbaren (Klientin u. Akteure)

Transparenz:

- Klientin
- FachkollegInnen

Fallübergreifender fachlicher Austausch der Institutionen

Öffentlichkeitsarbeit

- die jeweiligen Leistungen
- die Kooperation

Leitung muss die Kooperation wollen

Gründe um Kooperation zu fordern und zu fördern:

Die „Szene“ wächst, neue Aufgaben entstehen

Reduzierung der Fremdunterbringung der Kinder

Erhöhung der Fachlichkeit in der Beratung/Betreuung

Workshop 3

Moderator: Ulrich Meyer-Kocot
Teilnehmerin aus dem Kooperationsgremium: Claudia Vormann

Was ist zu tun?

- * Die Frau fragen, was sie denkt, was getan werden soll? Gibt es Tanten, Freunde etc., die das Kind nehmen könnten?
- * Kontaktaufnahme zum Ordnungsamt anregen
- * Anregen: Gespräch Jugendamt, Drogenberatung, Bewährungshilfe und Mutter (und Vater)
- * Vater der Wohnung verweisen lassen bis zur Inhaftierung
- * Staatsanwaltschaft und Bewährungshilfe wegen Haftaufschub informieren
- * Kind zur Diagnose ins Krankenhaus einweisen lassen, dort kann evtl. Staatsanwaltschaft eingeschaltet werden
- * Sorgerecht (zeitlich befristet) beantragen
- * HelferInnengespräch zur Klärung, ob erneute Aufnahme des Kindes in Pflegefamilie möglich ist.
- * Erst mal hinsetzen und in Ruhe überlegen ⇒ Stufenplan erstellen
- * Jugendamt anrufen
- * Arbeitskapazitäten einplanen
- * klare Arbeitsaufträge vereinbaren

- * Vergleich der Modelle
- * in der Region werben
- * fachlicher Austausch „Kindeswohl“
- * Austausch organisieren – Arbeitsfelder
- * Kennen lernen ermöglichen
- * mit Arbeitskreis starten
- * Verbindlichkeit erzeugen über Institutionen
- * eigene MA motivieren
- * Geschäftsführung einbeziehen
- * RichterInnen sollen auch einbezogen werden



Bedingungen für eine Kooperation

+ förderliche:	- hinderliche:
<ul style="list-style-type: none"> - eigene Haltungen gegenüber den anderen Diensten klären und überprüfen - Klarheit gegenüber KlientInnen - Informationen über Tätigkeiten und Hilfen durch frühe Beteiligung aller - Entscheidungen in Abstimmung treffen - Schweigepflicht steht nicht über allem! - Transparenz! Wer macht was! V. a. auch gegenüber KlientInnen - Kenntnisse über Konzepte anderer Institutionen 	<ul style="list-style-type: none"> - hoher Arbeitsaufwand - ASD überlastet, andere Beteiligte auch? - rechtliche Verantwortung nach KJHG - Unklarheit über <u>Verantwortung</u> - Sorge um Konsequenzen aus „falschen“ Entscheidungen - Parteilichkeit für die KlientInnen bedeutet was? - Basiskriterien: Einigkeit darüber ✎ - Kann hier <u>Klarheit</u> geschaffen werden? - Wird diese Einigkeit benötigt?

Präsentation im Abschlussplenum

„Welche Ideen und Möglichkeiten will ich in meinem Arbeitsbereich umsetzen?“

- eigene Vorurteile und Hemmschwellen überwinden (reflektieren)
- im Team über diese Tagung berichten
- KollegInnen zu Kooperation überzeugen
- Leitung überzeugen
- Adressen, Informationen von anderen Institutionen sammeln ↪ EDV
- Beratungsführer erstellen
- Austausch über Internet sichern
- KollegInnen aus anderen Institutionen einladen
- anonyme Fallbesprechung machen, um Haltungen kennenzulernen
- Drogenberatung lädt ein oder geht mit zum Jugendamt
- bei konkreten Fällen HelferInnenkonferenz initiieren
- mit den Klienten über mögliche Kooperationen reden

- Vorbehalte und Ängste bei Eltern abbauen
- Fachveranstaltung organisieren
- Trägerrunde einberufen
- Landschaftsverband Koordinationsstelle für Drogenfragen und Landesjugendamt einbeziehen ⇒ Fortbildung o.ä. anregen
- Thema in politische Fachausschüsse bringen ⇒ Lobby, Stelle
- sich durch Rückschläge nicht entmutigen lassen.

Workshop 4

Moderatorin: Stephanie Frenzer
Teilnehmerin aus dem Kooperationsgremium: Karin Wierscheim



- ⇒ Einstieg
In 3er Gruppen
- ⇒ kurze Vorstellung
Institution und Kooperationserfahrungen zu dieser Problematik
- ⇒ jede Gruppe sammelt auf Karten
Stichworte

Kooperation

Was gut funktioniert

- Kooperation mit Kliniken, die „suchterfahren“ sind
- Gute Zusammenarbeit aufgrund persönlicher Beziehungen
- Funktioniert gut bei Einverständnis der Mutter
- Eigeninitiative
- gute Versorgung u. Kontakte bei Substituierten
- Mitwirkung
- Q-Zirkel
- Interesse
- Beginnende Vernetzung

Hindernisse/Hürden

- Finanzierungsfragen
- Konkurrenzdenken der Hilfeeinrichtung
- „Kontrollfunktion“ der Jugendämter steht im Vordergrund
- Wenig Zusammenarbeit zwischen Klinik und Jugendhilfe und Drogenberatung
- Personelle Ressourcen
- Mangelnde Erreichbarkeit
- unklare Zuständigkeiten
- verbindliche Absprache fehlt
- Motivation fehlt
- Problembewusstsein
- Zusammenarbeit erschwert durch Datenschutz
- Anonymität aufheben
- Ängste
- Übernahme der Verantwortung
- Mangelnde Information
- Jugendhilfe VertreterIn des Kindes?
- Drogenhilfe VertreterIn der Mutter?

Präsentation im Abschlussplenum „Welche Ideen und Möglichkeiten will ich in meinem Arbeitsfeld umsetzen?“

- Arbeitskapazitäten einplanen
- klare Arbeitsaufträge vereinbaren
- Vergleich der Modelle
- in der Region werben
- fachlicher Austausch „Kindeswohl“
- Austausch organisieren – Arbeitsfelder
- Kennen lernen ermöglichen
- mit Arbeitskreis starten
- Verbindlichkeit erzeugen über Institutionen
- eigene MA motivieren
- Geschäftsführung einbeziehen
- RichterInnen sollen auch einbezogen werden

Workshop 5

Moderator: Reiner Mathes
Teilnehmer aus dem Kooperationsgremium: Christian Ackfeld



Ziele des Workshops:

- Gegenseitiges Kennenlernen
- Kooperationserfahrungen vor Ort diskutieren
- Erprobung der Essener Kooperationsvereinbarung anhand eines Fallbeispiels
- Darstellung der Impulse durch die Fachtagung

Schritt 1:

Anhand einer Punktabfrage haben die TeilnehmerInnen ihre Einstellung zu Kooperation bewertet.

Die Mehrzahl der TeilnehmerInnen bewertete Kooperation als vorteilhaft und sehen eine nachhaltige Unterstützung für ihre eigene Arbeit. Niemand erachtete Kooperation als ineffektiv oder als Zwang durch die Institution.

Schritt 2

Mittels einer erweiterten Punktabfrage bzgl. der Beziehung „Qualität der Versorgungslage im Handlungsfeld von Jugendhilfe, Drogenhilfe und Kliniken“ und dem „Stand von Vernetzung vor Ort“ waren die TeilnehmerInnen aufgefordert, ihre Punktevergabe zu erläutern und zu begründen.

Daraus ergaben sich viele Nachfragen und Diskussionen über die Einschätzung und der sich regional unterschiedlich darstellenden Arbeitsweise.

Die Punktevergabe war freigestellt.

Auf Grund der zum Teil unterschiedlichen zum Teil aber auch identischen Erfahrungen mit Kooperation, dem Umgang mit der Zielgruppe und durch die Tatsache, dass in der Arbeitsgruppe MitarbeiterInnen und Leitungskräfte sowohl von Kliniken, Drogenhilfe und Jugendhilfe vertreten waren, gab es eine lebhaft Diskussions über Handlungsvollzüge, Aufgabenstellung und Zielperspektiven der jeweiligen beruflichen Profession.

Probleme gibt es an vielen Orten durch

- fehlende Kooperation zwischen den Beteiligten
- Unwissenheit über den beruflichen Alltag und Handlungsvollzüge anderer Institutionen
- unterschiedliche Einschätzung bzgl. der Problemlagen der KlientInnen
- eigene Haltung zu der Zielgruppe
- Vorurteile über die Einstellung und Arbeitsweise der anderen Institutionen.

Schritt 3:

Die engagierte Diskussion setzte sich im Teil 3 des Workshops fort.

Anhand eines Fallbeispiels erprobten die TeilnehmerInnen den Umgang mit der Essener Kooperationsvereinbarung, um zum einen die Vorteile, zum anderen aber auch die Anforderungen an ein kooperatives Arbeiten kennen zu lernen.

Das von den VeranstalterInnen vorgegebene Fallbeispiel ließ viele Fragen offen, die die ExpertInnen hatten, um den Fall und die Problemlage einschätzen zu können und eine Handlungsempfehlung geben zu können.

Über eine Auflistung der offenen Fragen und die Diskussion verschiedener möglicher Szenarien wurde trotzdem die Vorgehensweise anhand der Kooperationsvereinbarung erarbeitet. Dabei war es sehr hilfreich, dass in der Runde mehrere ExpertInnen aus Essen saßen, die mit dem Verfahren verbundene Fragen anhand ihrer bisherigen praktischen Erfahrung beantworten konnten.

Schritt 4:

Abschließend wurde mittels eines Blitzlichtes abgefragt, welche Anregungen die TeilnehmerInnen aus der Tagung mit in ihre tägliche Arbeit vor Ort nehmen.

Welche Anregungen/Eindrücke nehme ich mit?

Habe ich Vorstellungen von ersten Schritten in Richtung verbesserter Kooperation?

Stärkere Einbindung der Drogenhilfe

Modell kann nicht vor Ort übergestülpt werden

Formale Kooperation muss entwickelt werden

Diskussionen hier wurden auch im Modell geführt

Vor Kooperation eigene Vorbehalte bearbeiten

Erarbeitete ist nicht selbstverständlich

Wie Vereinbarung vor Ort umsetzen???

Tagung hat weitere Impulse für Essener Praxis gebracht

Der Weg zu Essener Verhältnissen ist weit

Vertrag gibt Handlungssicherheit

Zur Verbreitung örtlich regionale Tagungen organisieren

Modell lebt weiter durch Weiterentwicklung

Örtlich regionale Bündnisse nutzen

Zusammenarbeit muss gepflegt werden

Landesfachstelle kennt die Bündnis-Szene

Selbstbestimmungsrecht der Frau genug berücksichtigt?

Workshop 6

Moderator: Johannes Massolle
Teilnehmerin aus dem Kooperationsgremium: Marianne Leven



Welche Vorteile erwarte ich von Kooperation?

- personenunabhängige Standards
- Verlässlichkeit
- bessere Versorgung
- nicht an verschiedenen Stellen an Klientin zupfen
- Transparenz für KundInnen und AnbieterInnen
- Transparenz für Mütter: Wo andocken?
- bessere Entwicklungschancen für Mütter und Kinder
- Es wird mehr Kinder geben
- Sicherheit über abgestimmtes System
- Vorurteile: Jugendamt nimmt Kinder raus
- situationenabhängig vorgehen können

Was behindert Kooperation?	Was fördert Kooperation?
Angst vor Verbindlichkeit	Von oben nach unten steuern. (Trägervereinb.)
Angst vor Kostenexplosion	politischer Wille
alte gewachsene Strukturen aufknacken müssen	innere Bereitschaft (persönlich)
fehlendes Vertrauen der Mütter	Neugierde
fehlendes Vertrauen der Träger	Bereitschaft zu Transparenz u. Diskussion
der Weg zur Kooperation	KlientIn in den Mittelpunkt zu setzen
mangelndes Zutrauen in Gültigkeit für alle	Austausch über unterschiedliche Möglichkeiten der anderen
Größe des Kreises	Schnittstellen finden, Schwerpunkte kennen
Anzahl der Träger	Ich muss nicht alles wissen. ↓↑
fehlender politischer Wille	Akzeptanz den anderen gegenüber.
	ganzheitlicher Blick

Fallarbeit

Mögliche Schritte:

Drogenhilfe:

- gut, dass sie sich meldet
- Drogenhilfe kennt andere Hilfsinstanzen
- Drogenhilfe: Wie soll Zusammenarbeit aussehen? (Zielvereinbarung)
- Wunsch der Mutter überprüfen
- Wunsch nach Fallkonferenz

Klinik:

- wünscht frühzeitige Kontaktaufnahme und Begleitung durch Drogenhilfe/Jugendamt
- Wunsch der Mutter überprüfen
- Was ist der Mutter möglich?
- Mutter soll Erwartung der Klinik kennen

Jugendhilfe:

- Wunsch der Mutter akzeptieren
- Wie stellen Sie sich das vor?

- Ärztliche Versorgung abfragen (auch: substituierende ÄrztIn)
- Termin mit Drogenberatung ausmachen
- Kooperation anstreben, um mir ein Bild über Kindeswohl zu machen
- Angebote der Jugendhilfe aufzeigen
- Kontakte zur Pflegefamilie
- Möglichkeiten (Basiskriterien) überprüfen
- Mutter nach einzubeziehenden Personen fragen
- (Tacheles reden)
- Vorgehen transparent machen
- Klinik so früh wie möglich einbeziehen
- Mutter einbeziehen

größere Runde

- schriftlich fixierte Zielvereinbarung
- Zuständigkeiten abklären und transparent machen
- Substitution hin zu Ambulanz
- Es gibt positive Gründe für ÄrztInnen
- Mögliche Konflikte:
- Mutter in größerer Runde?
- unterschiedliche Einschätzungen (gute Versorgung)
- unterschiedliche Arbeitsstile (Empathie/rigide)
- vorweggenommene Vorwürfe

Lösungsideen:

- Rollen klären
- vorrangige AnsprechpartnerIn festlegen
- nicht durchführbar, unterschiedliche Probleme ✎
- Fallmanagement vereinbaren
- Arbeitsstile transparent machen
- Gesprächsführung/Protokoll vereinbaren.

Präsentation im Abschlussplenum:

„Welche Ideen und Möglichkeiten will ich in meinem Arbeitsfeld umsetzen?“

- Klare Regelung von oben,
- parallel oben – unten arbeiten
- selbst Standards schaffen
- Werbung in eigener Organisation
- Verbündete suchen
- bezirksnahe Arbeitskreise
- vorhandene Strukturen nutzen
- Kümmerin
- Öffentlichkeitsarbeit
- gelungene Kooperation erhöht Bereitschaft der Klienten zur Kooperation

Martina Tödtte:

Abschließend bleibt mir noch, Ihnen allen sehr herzlich für Ihre Teilnahme und Mitarbeit zu danken – die Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen sind beeindruckend durch ihre Fülle an Anregungen und Erkenntnissen.

Kooperation und Vernetzung bieten neue Perspektiven und Möglichkeiten, die oftmals im Vorfeld nicht sichtbar sind.

Und auch wenn die Prozesse, die zur Vernetzung führen, häufig schwierig sind, Kapazitäten fordern, die eigentlich nicht vorhanden sind, und sicherlich nicht alle Schwierigkeiten immer zur eigenen Zufriedenheit geklärt werden können – ich hoffe sehr, dass Sie heute Anregungen und Ideen bekommen haben, neue Wege zu beschreiten bzw. auf neuen Wegen weiter zu gehen.

Das Engagement für kooperatives und vernetztes Arbeiten lohnt sich – für uns als Professionelle und für unsere Zielgruppen.

Ich wünsche Ihnen im Namen der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, und unserer Kooperationspartnerinnen und –partner, dass Sie Anregungen für Ihr Arbeitsfeld mitnehmen können und der heutige Tag für Sie persönlich eine Bereicherung war.

Ich wünsche Ihnen gutes Gelingen in Ihrem Arbeitsfeld und einen guten Heimweg. Auf Wiedersehen.

