

Kindeswohlgefährdungen in suchtbelasteten Familien

1. Einleitung

Dass eine elterliche Abhängigkeitserkrankung mit erhöhter Gefährdung für die Kinder einhergeht, ist den meisten Fachkräften aus eigener praktischer Erfahrung bekannt. In über 40 % aller Fälle stellt die Suchterkrankung der Eltern die Begründung für die Einleitung eines Verfahrens wegen Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB dar (Fallanalysen zu gerichtlichen Maßnahmen; Münder et al., 2000). Im vorliegenden Beitrag soll genauer beleuchtet werden, welche Auswirkungen die Erkrankung/en – zumeist gibt es Komorbiditäten neben der Abhängigkeit – auf die Kinder haben, worin Gefährdungen bestehen, welchen Entwicklungsrisiken die Kinder ausgesetzt sind. Weiterhin werden Methoden zur besseren Einschätzung einer elterlichen Suchterkrankung, von Risiken und Ressourcen in der Familie vorgestellt. Abschließend soll auf Methoden in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen selbst und auf Hilfeinrichtungen verwiesen werden, die in Bezug auf ein Clearing bzw. eine Weitervermittlung in Betracht kommen.

2. Zahlen, Daten, Fakten

Zur Frage der Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Deutschland kursieren unterschiedliche Angaben, je nach Alter und Beschaffenheit der Studie (Selbstauskunft? Klinische Studie?) und nach den jeweils untersuchten Kennziffern (elterliche Störung im Sinne einer Abhängigkeit bzw. eines Missbrauchs gemäß ICD 10? Oder vagere Begrifflichkeiten wie Rauschtrinken?) Die mit Sicherheit am häufigsten genannte Zahl sind 2,65 Mio. Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Elternteil, das von einer Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch (gemäß ICD 10) betroffen ist. Bei dieser Zahl handelt es sich um eine Hochrechnung, die Klein (2005) auf Grundlage einer früheren Studie (Lachner & Wittchen, 1997) vornahm.

Das Robert-Koch-Institut (2016) ermittelte auf Basis der Ergebnisse aus GEDA 2012 (Gesundheit in Deutschland aktuell) 6,6 Millionen Kinder, die bei einem Elternteil mit riskantem Alkoholkonsum, respektive 4,2 Millionen Kinder, welche bei einem Elternteil mit regelmäßigem Rauschtrinken leben. Kraus et. al. (2021) wiederum kommen auf Basis der Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) aus dem Jahr 2018 auf etwa 1,1 Mio. betroffene Kinder und Jugendliche: 5.1–9.2% der Kinder – im Mittel 972.216 - lebten demnach mit mindestens einem Erwachsenen mit einer alkoholbezogenen Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) und 0.6–1.2% der Kinder (im Mittel 122.376) mit mindestens einer Person mit substanzbezogener Störung aufgrund des Konsums illegaler Drogen in einem Haushalt. Ältere Schätzungen gingen deutschlandweit von 40-60.000 Kindern von opiatabhängigen Eltern/teilen aus (Klein, 2017).

Weiterhin gesellen sich bis zu 150.000 Kinder hinzu, die mindestens ein Elternteil haben, das von pathologischem Glücksspiel abhängig ist (Klein & Fischer, 2021).

¹ An dieser Stelle möchte ich meiner Kollegin Janina Meeß für den Austausch danken. Das Gedankengut, das in den vorliegenden Beitrag eingeflossen ist, haben wir uns über die Jahre hinweg gemeinsam erarbeitet, auch durch unzählige Fallbesprechungen. Ein weiteres Ergebnis dieser fruchtbaren Zusammenarbeit ist unser *Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchbelasteten Familien* (veröffentlicht 2019 im Lambertus-Verlag.)

In Bezug auf Tabakrauchen ist den Daten des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGs) zu entnehmen, dass 7,9 % aller befragten Eltern in ihrer Wohnung in Gegenwart ihres Kindes rauchen, wobei dies in Familien mit niedrigem Sozialstatus 5,1-mal häufiger angegeben wurde (RKI, 2015).

Zuletzt sollen auch Zahlen zur Prävalenz der Schädigung durch mütterlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft genannt werden. Unter den Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD) werden vielfältige Krankheitsbilder und unterschiedliche Schädigungen eines Kindes verstanden - in höchster Ausprägungsform (Vollbild) findet sich das FAS (Fetales Alkoholsyndrom). Kraus et al. (2019) kommen aufgrund statistischer Schätzungen, die die Häufigkeit von mütterlichem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und das Risiko für eine FASD bei intrauteriner Alkoholexposition mit einbeziehen, auf eine Inzidenz von 1,77% in Deutschland. Sie schließen daraus, dass im Jahre 2014 1.77% aller Kinder in Deutschland mit FASD geboren wurden, wovon etwa 0.4% die vollausgeprägte Unterform FAS aufwiesen. Dem entsprächen bei etwa 795.000 Geburten im Jahr 2021 ca. 14.310 Kinder mit FASD, davon 3.180 mit FAS. Insgesamt ist von einer 1-2% Prävalenz von FASD in der Bevölkerung Deutschlands auszugehen (Expert*innenschätzungen).

3. Gefährdungen

Wie kommen akute, aber auch latente (langfristige, schleichende) Gefährdungen für Kinder in Familien mit suchtkranken Eltern zustande? Hier lassen sich verschiedene, häufig sich wechselweise beeinflussende Faktoren differenzieren: die elterliche Sucht und ihre Folgeerscheinungen, elterliche Komorbiditäten (Doppeldiagnosen) sowie sucht- und psychische Erkrankungen der Partner*innen; das Erleben von Gewalt als Opfer oder als Zeug*in und vorgeburtliche Schädigungen des Kindes durch Substanzkonsum in der Schwangerschaft. Im Folgenden soll auf die einzelnen Faktoren näher eingegangen werden:

a) Suchterkrankung:

Begleitumstände und Folgeerscheinungen einer Abhängigkeit:

Störungsbilder, die mit dem Konsum psychotroper Substanzen einhergehen, sind im ICD 10 unter *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Kapitel F10-19)* gelistet (Dilling, 1991). Hier finden sich u.a. neben der *akuten Intoxikation* (dem akuten Rausch) der *schädliche Gebrauch*, das *Abhängigkeitssyndrom*, das *Entzugssyndrom mit und ohne Delir*, *psychotische Störungen* und das *amnestische Syndrom*. Diese Erscheinungsbilder können gemäß der Logik des ICD 10 für die jeweiligen Substanzen (beginnend mit Alkohol, gefolgt von den Opioiden) durchdekliniert werden.

Das *pathologische Spielen* (Glücksspielsucht) findet sich im ICD 10 noch im Kapitel F 6 (*Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*) und hier unter: *Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle*; im ICD 11 (<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>) dann – gemeinsam mit der neu hinzugekommenen Störung des pathologischen Spielens (Gaming – versus Gambling/Glücksspielen) u.w. – unter der neu-gebildeten Kategorie der *Verhaltenssüchte*.

Im Folgenden soll genauer beschrieben werden, welche Auswirkung der *akute Rausch* und das elterliche *Abhängigkeitssyndrom* auf die Kinder hat:

Eine *akute Intoxikation (Rausch)* geht mit diversen Störungen des Bewusstseins (wie Somnolenz, Stupor), der Wahrnehmung (z.B. psychedelisch), der kognitiven Funktionen (z.B. mnestiche Ausfälle wie Gedächtnislücken ("Filmriss", "blackout"), des Affekts, des Verhaltens (z.B. Kontrollverlust, Enthemmung, Koordinations- und Artikulationsstörungen) und anderer psychophysiologischer Funktionen (z.B. Einnässen, Einkoten) einher. Je nach Substanz kann die intendierte Wirkung auf das zentrale Nervensystem (ZNS) sehr unterschiedlich ausfallen: z.B. im Sinne eines UPs (Wachheit des ZNS soll durch Substanz gesteigert werden, wie z.B. bei der Einnahme von Stimulanzien wie Amphetaminen, Kokain, Ecstasy) oder eines DOWNS (Wachheit soll z.B. durch Cannabis oder Opioide gedämpft werden). Einige Substanzen haben ein äußerst vielfältiges Wirkungsspektrum, z.B. Alkohol. In Abhängigkeit von Qualität und Dosis, Set und Setting sind neben den angestrebten Wirkungen wie Schmerz- und

Angstvermeidung bzw. -reduktion, Beruhigung, Schlaf, Leistungssteigerung und Kontakterleichterung auch äußerst unangenehme Nebenwirkungen möglich (vgl. auch DGKiM, 2020). Zudem kann es zu Überdosierungen kommen.

Personen und somit Eltern, die sich im *akuten Rauschzustand* befinden, sind aufgrund der beschriebenen Beeinträchtigungen und Ausfälle kaum noch bis nicht mehr in der Lage, ein Kind zu beaufsichtigen, adäquat mit ihm zu kommunizieren, es emotional zu spiegeln, es zu führen etc. Allerdings sind nicht alle Eltern, die sich (z.B. sporadisch) einem Rausch hingeben, automatisch abhängig. Und andersrum befinden sich auch nicht alle abhängigen Personen ständig im Rauschzustand, ja, streben ihn z.T. noch nicht mal an. So haben viele abhängige Personen bereits eine Toleranz in Bezug auf „ihr“ Suchtmittel entwickelt (siehe unten) und spüren die Effekte bei Konsum kaum noch (z.B. langjährige Cannabis-Abhängige, die einen Joint rauchen wie andere eine Zigarette). Oder sogenannte Spiegeltrinker*innen (Phasenmodell nach Jellinek, 1960), die nicht den Rausch und Kontrollverlust suchen, sondern eine wohl dosiert und dauerhaft anhaltende Einwirkung auf ihre emotionale Befindlichkeit erzielen möchten.

Im Folgenden soll, ausgehend von den 6 Kriterien zur Diagnose des *Abhängigkeitssyndroms*, eine *Annäherung an die Belastungen bis hin zu den Gefährdungen* für die Kinder vorgenommen werden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit. Gemäß ICD 10 (Dilling, 1991) müssen von den unten aufgeführten 6 Kriterien (irgendwann) während des letzten Jahres drei oder mehr Kriterien gleichzeitig vorhanden gewesen sein, um die Diagnose stellen zu können.

1 *Starkes Verlangen* oder eine *Art Zwang*, die Substanz zu konsumieren (auch *Suchtdruck, Craving*):

Wenn eine süchtige Person von dem Verlangen zu konsumieren getrieben ist, dann ist all ihre Aufmerksamkeit und Energie dahingehend gelenkt. Der Drang des suchtkranken Elternteils nach dem Stoff (oder dem Verhalten bei Verhaltenssuchten) steht an erster Stelle - die Bedürfnisse des Kindes werden qua automatisch zurückgestellt bzw. negiert.²

2 *Kontrollverlust*: Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (bzgl. Beginn, Beendigung und Menge)

Der Kontrollverlust kann dazu führen, dass Eltern Kinder in teils lebensbedrohliche Lagen bringen (z.B. betrunken mit dem Kind Auto fahren). Er beinhaltet verbale Entgleisungen (auch gegenüber den Kindern) und (aus Sicht der Kinder) peinliche, beschämende Auftritte in der Öffentlichkeit. Er geht mit zahllosen gebrochenen Versprechungen einher („ich hör auf, ich schränke mich ein, ich verspreche dir, dass es heute nicht wieder ausartet, ich halte mich zurück“ etc.), die in Gefühle der Enttäuschung, Hilflosigkeit und Kontrollverlust auch auf Seiten der Kinder und Jugendlichen münden.

3 Ein *körperliches Entzugssyndrom*, wenn der Konsum reduziert oder abgesetzt wird; Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um die Entzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden

Mit einem Entzug gehen nicht nur körperliche Erscheinungsbilder einher, die – man denke an den Entzug einer opiatabhängigen Person - für ein Kind an sich schon beängstigend ausfallen (müssen), sondern auch eine starke psychische Anspannung wie Unruhe, Nervosität, Gereiztheit bis hin zu Aggressivität gegenüber dem - auch kindlichen - Umfeld. Ein Entzug kann auch mit Angstzuständen und depressiven Verstimmungen bis hin zu Selbstmordgedanken korrelieren.

4 *Toleranzentwicklung* gegenüber den Wirkungen der Substanz

Eine Toleranzentwicklung und somit Dosissteigerung (der Körper benötigt immer mehr des Stoffes, um die ursprüngliche Wirkung spüren zu können) hat zur Folge, dass auch ein Mehr an Aufwand, an Zeit, an (finanziellen) Mitteln zur Beschaffung der Substanz oder des Geldes bei pathologischer Glücksspielsucht benötigt wird. Diese stehen dann dem Kind bzw. der Befriedung seiner Bedürfnisse (teils auch einfach den Notwendigkeiten wie dem Kauf von Nahrungsmitteln und der Finanzierung einer Monatskarte für

² In entsetzlicher Weise wird dies in dem Film *Trainspotting, 1996* gezeigt, in dem das Baby einer vom Verlangen nach Heroin getriebenen Mutter von dieser alleingelassen wird und stirbt.

den Bus) nicht mehr zur Verfügung. Nicht selten wird zur Beschaffung von Mitteln auf illegale Wege „ausgewichen“ (s.u.).

5 *Fortschreitende Vernachlässigung* anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Einnahme der Substanz. Es wird viel Zeit verwandt, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen. Der Konsum wird zum Lebensmittelpunkt; es findet eine Einengung auf den Substanzgebrauch statt.

Es ist selbstredend, dass hier die Fürsorge für die Kinder, Zeit mit den Kindern, gemeinsame Unternehmungen etc. leiden. Das Interesse für die Kinder, für ihr Werden in der Welt schwindet, auch das Interesse, hieran mitzuwirken. Besonders gravierend findet sich dies wiederum bei Elternteilen, die illegale (und teure) Drogen konsumieren, für deren Beschaffung enorm viel Zeit aufgebracht werden muss (s.o.).

6 *Fortdauernder Substanzgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen*, die sich auf körperlicher, psychischer und/oder sozialer Ebene abspielen können, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Alkoholkonsums.

Kinder suchtkranker Eltern leiden insbesondere unter den Folgeerscheinungen und -schäden einer elterlichen Abhängigkeit:

So müssen sie oftmals den *körperlichen Verfall* ihrer Eltern mitansehen, deren Ausgezehrtheit, ausgefallene Zähne etc. Sie bekommen – mehr oder weniger explizit – mit, wie krank ihre Eltern sind (z.B. Leberzirrhose, HIV-Infektion), begleiten diese ins Krankenhaus, zu Substitutionsmediziner*innen etc. Viele Kinder erleben nicht nur den Verfall, sondern tatsächlich auch Todesfälle im näheren Umfeld, im schlimmsten (aber nicht seltenen) Fall den Tod des eigenen Elternteils.

Auch *psychischen Folgen* des Konsums wie z.B. Wahnvorstellungen aufgrund einer drogeninduzierten Psychose oder depressiven Episoden im Anschluss an Trinkexzesse sind die Kinder ausgesetzt. Solche depressiven Episoden können bis Suizidalität bzw. Suizid(-versuche) auswachsen (zu weiteren psychischen Störungen als Komorbiditäten s.u.).

Im kindlichen Erleben (auch im Sinne von Vergleichsprozessen mit Peers) wirken die *Folgen in sozialer Hinsicht* besonders schwer. So erleben betroffene Kinder häufiger als ihre Altersgenoss*innen (teils gewalttätig ausgetragene) Konflikte auf der Elternebene, Trennungen, Scheidungen. Abhängigkeitsbedingte Verluste aller Art (Verlust der Partner*in, des Führerscheins, des Arbeitsplatzes, des Wohnraums, der sozialen Integrität) sind im Erleben der Kinder ständig präsent. Schwer abhängige Elternteile nehmen sogar den Verlust ihrer Kinder (durch Fremdunterbringung) in Kauf, um weiter konsumieren zu können. Bei Kindern von illegalen Substanzen konsumierenden Eltern kommen strafrechtliche Elemente hinzu: Beschaffungskriminalität, Prostitution, Strafverfolgung, Haftstrafen.

In ihrer Auswirkung auf die Kinder ist auch das jeweilige Wirkspektrum der Substanzen zu betrachten und zu beachten: Hierzu gehören z. B. Aggressivität, Impulskontrollverlust und rasche Stimmungswechsel nach Alkoholkonsum, Teilnahmslosigkeit nach Heroinkonsum oder langanhaltende Wachheit, starke Unruhe oder sog. „Punding“ (z. B. zwanghaft anmutendes Sortieren von Gegenständen oder Putzen) nach Konsum von Crystal Meth (Drogenbeauftragte, 2017).

Psychodynamik in der Suchtfamilie

Charakteristisch für eine Abhängigkeitserkrankung, sozusagen der Erkrankung immanent, sind kommunikative Verhaltensweisen wie Bagatellisieren, Verleugnen, Negieren der Erkrankung. In suchtkranken Familien herrscht oftmals ein Schweigegebot in Bezug auf die Störung. Insbesondere US-Amerikaner*innen haben in den 80er Jahren typische (ungeschriebene) Regeln in der suchtkranken Familie identifiziert, die das ganze System in Erstarrung halten, eine Atmosphäre der Angst und Ohnmacht schaffen (Sharon Wegscheider, 1988):

- Das Wichtigste im Familienleben ist der Alkohol.
- Der Alkohol ist nicht die Ursache des Problems.

- Die Alkoholiker*innen sind nicht für ihre Abhängigkeit verantwortlich – schuld sind die anderen, sind die Umstände.
- Der Status quo muss erhalten bleiben, koste es was es wolle.
- Jede*r in der Familie ist ein „Enabler“, sozusagen ein*e „Zuhelfer*in“.
- Niemand darf darüber reden, was in der Familie wirklich los ist, weder unter- einander noch mit sonst jemandem.

Noch kürzer und prägnanter formulierte es Claudia Black (1988): „Rede nicht, fühle nicht, traue nicht!“

Diese Gebote, „Regeln“ etc. dienen dazu, die Abhängigkeit des suchtkranken Familienmitglieds aufrechtzuerhalten. Das gefährdende Moment besteht darin, dass somit auch der Zugang zum Hilfesystem versperrt ist. Nicht reden, nicht fühlen, nicht trauen bedeutet für Angehörige (Partner*innen, Kinder) von Abhängigen eben auch, sich niemandem anzuvertrauen. Hilfe würde – aus Sicht der*des Suchtkranken - bedeuten, fremde Menschen (Hilfe- und Kontrollsysteme) in die Familie zu lassen, etwas an dem süchtigen Verhalten zu ändern, möglicherweise von dem süchtigen Verhalten ablassen zu müssen - ohne welches er*sie nicht überleben zu können glaubt. Insofern ist im Schweigegebot in suchtkranken Familiensystemen ein weiteres belastendes bis gefährdendes Moment zu sehen.

Weitergabe einer genetischen Disposition durch die elterliche Alkoholabhängigkeit:

Aus Zwillings- und Adoptionsstudien ist bekannt, dass bei der Transmission der Alkoholabhängigkeit (Weitergabe der Alkoholabhängigkeit in die nächste Generation) genetische Faktoren eine Rolle spielen. Dies betrifft insbesondere Söhne von Alkoholiker*innen und zeigt sich in einer – „von Haus aus“ - erhöhten Toleranz (es kann mehr getrunken werden, ohne die negativen Effekte des Alkoholkonsums zu spüren) sowie in einer höheren subjektiven Ansprache auf Alkohol im Sinne von Stressreduktion, Entspannung etc. (siehe u.a. Michaelis, 2009).

Direkte Effekte auf die Kinder durch die Substanzen

Effekte des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft:

Tabak: Kinder, deren Mütter in der Schwangerschaft rauchen, weisen ein niedrigeres Geburtsgewicht auf als Säuglinge in der Vergleichsgruppe, das Gewicht entspricht nicht dem Reifungsalter („too small for gestational age“). Weitere Komplikationen in Bezug auf Schwangerschaft und Geburt bestehen im erhöhten Risiko für Fehl- und Frühgeburten, Eileiterschwangerschaften, der Ausbildung einer Plazenta prävia, der vorzeitigen Ablösung der Plazenta, Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte u.w. (BZGA: Leitfaden zur Beratung Schwangerer). Im 1. Lebensjahr tragen die betroffenen Kinder ein höheres Risiko für SIDS (plötzlicher Säuglingstod), im gesamten Kindesalter ein höheres Risiko für Lungenerkrankungen wie Bronchitiden, Asthma und Mittelohrentzündungen. Zusammenhänge mit einem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) werden derzeit diskutiert (z.B. University of Turku, 2019; Sourander, 2019).

Heroin, Substitute wie Methadon, Polamidon, Subutex: Neonatales Abstinenzsyndrom (NAS): Das Abstinenzsyndrom tritt insbesondere bei Säuglingen drogenkonsumierender bzw. substituierter Mütter (u.U. auch bei Einnahme anderer Substanzen) nach der Geburt auf (sofort bis zu 7 Tagen nach Geburt) und kann Stunden bis Tage dauern. Symptome können sein: Hyperexcitabilität, schrilles Schreien, erhöhter Muskeltonus, Myoklonien (Muskelzittern), Tremor, Krampfanfälle; Trinkschwäche, Erbrechen, Durchfälle usw. Insbesondere das gellende, kaum aushaltbare Schreien kann den Aufbau der Bindung der (oftmals selbst bindungsgestörten/-traumatisierten) Mutter zu ihrem Kind stark beeinträchtigen (vgl. DGKiM, 2020, S. 99: NAS-Beurteilungsbogen nach Finnegan)

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD): Alkohol ist ein Zellgift, das ungefiltert aus dem mütterlichen Blut über die Nabelschnur zum Ungeborenen transportiert wird, die Organbildung und Zellentwicklung stört und das sich entwickelnde Nervensystem schädigen kann. Die möglichen Folgen sind Wachstumsstörungen, typische Gesichtsauffälligkeiten, Hirnschädigungen mit Beeinträchtigung der geistigen und seelischen Entwicklung, Verhaltensstörungen sowie Funktions- und Alltagsbeeinträchtigungen, die bis ins Erwachsenenalter persistieren.

Die Störungen können in allen Bereichen auftreten, nur einzelne Bereiche betreffen oder auf entwicklungsneurologische Störungen beschränkt sein. Treffen die Störungen in allen Bereichen in einem definierten Umfang zu (S3 Leitlinie, Landgraf et al.), so spricht man vom Vollbild des FAS (Fetales Alkoholsyndrom). Der Zeitpunkt und die Menge des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft, zusätzlicher Konsum psychotroper Substanzen sowie mütterliche Faktoren bestimmen die Art und Ausprägung der Schädigung. (vgl. auch Wegweiser FASD Fetales Alkoholsyndrom. Diagnostik im Saarland).

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die an einem FASD leiden, weisen hohe Risiken für Sekundärerkrankungen sowie für das Erleben von Vernachlässigung, Gewalt, Missbrauch oder eigener Straffälligkeit auf – es sei an dieser Stelle verwiesen auf die Veröffentlichungen von Annemarie Jost (siehe Literatur), die sich insbesondere mit der Frage der Straffälligkeit im Erwachsenenalter befasst hat.

Weitere Auswirkungen des *Konsums von Drogen während der Schwangerschaft* können hier eingesehen werden: z.B. BZGA: „Du bist schwanger und nimmst Drogen“ oder Siedentopf, 2017 (vgl. DGKiM, 2020, S.93/94: Substanzrisikotabelle für den Verlauf der Schwangerschaft und kindliche Risiken).

Vergiftungen im Kindesalter

Intoxikationen können unfallbedingt bzw. durch fahrlässige Handhabung und Lagerung von Substanzen im Haushalt entstehen (wie z.B. herumliegende Zigaretten oder Zigarettenkippen) ungeschlossene Alkoholvorräte, Take-Home-Vergabe von Substitutionsmitteln etc.)

Es kann aber auch zu einer intendierten Verabreichung von Drogen bzw. Substituten an (Klein-)Kinder kommen, z.B. in Situationen der elterlichen Überforderung, um die Kinder ruhig zu stellen etc. Dieser Missstand trat insbesondere mit der Haaranalyse von Kindern substituierter in Bremen 2011 zutage (https://www.infoset.ch/files/content/infoset/gvs_position_im_interesse_der_kinder.pdf) Heute geht man davon aus, dass entsprechend positive Testergebnisse nicht ausschließen können, dass Spuren von Drogen von außen - zum Beispiel durch Körperkontakt oder Schweiß der Eltern - auf die Haare der Kinder gelangt sind, das heißt, dass nicht immer eine Aufnahme der Substanz durch das Kind vorausgesetzt werden kann.

Komorbiditäten

Suchterkrankungen gehen sehr häufig mit weiteren psychischen Störungen einher – man spricht von Doppel- oder Mehrfachdiagnosen. Besonders häufig finden sich Persönlichkeitsstörungen wie die emotional-instabile (Typus Borderline), antisoziale, abhängige (dependente) oder narzisstische Persönlichkeit – oftmals in kombinierter Version. Unter Persönlichkeitsstörungen versteht man lang andauernde Verhaltensmuster, die das Erleben und Handeln in sozialen, beruflichen und privaten Kontexten in starrer, unflexibler, situationsunangemessener Weise bestimmen. Die Leistungsfähigkeit sowie die Beziehungsfähigkeit sind meist deutlich beeinträchtigt.

Komorbid zur Suchterkrankung finden sich weiterhin Störungen aus dem affektiven (Depressionen) und neurotischen (Angststörungen, (posttraumatische) Belastungsstörungen) Formenkreis sowie Essstörungen.

Was bedeutet das für die Kinder? Sie haben es bei Elternteilen mit Doppeldiagnosen nicht nur mit den oben beschriebenen Auswirkungen einer Suchterkrankung zu tun, sondern auch den je spezifischen Auswirkungen der weiteren Störungen. Es sei an dieser Stelle verwiesen auf den Leitfaden „Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern“ der DGKiM (2020) – in der Tabelle *Spezifische Auswirkungen einzelner psychischer Erkrankungen modifiziert nach Lenz 2017a* werden die Auswirkungen von Depression, Angst-, Zwangserkrankungen, Schizophrenie und Borderline-Störung auf die betroffenen Eltern sowie die Kinder dargestellt.

Insbesondere haben Kinder mit einem Elternteil, das eine Sucht- und eine Borderline-Erkrankung aufweist, ein ausgesprochen hohes Entwicklungsrisiko. Dies ist nicht nur der für beide Störungsbilder charakteristischen *Unberechenbarkeit* geschuldet, sondern auch der extremen Bedürftigkeit und Angewiesenheit der (zumeist) an Borderline erkrankten Mutter auf ihr Umfeld, genauer: auf dessen unbedingte *Loyalität*. Eine Distanzierung von

der Mutter, allein im Sinne einer natürlichen Autonomie-Entwicklung, wird von dieser als bedrohlich und Verrat empfunden. Das Störungsbild beinhaltet Impulsivität, selbstzerstörerische Handlungen und Suizidalität, die wiederum Auswirkungen auf die Kinder haben. Es sei an dieser Stelle verwiesen auf das eindrucksvolle Fachbuch „Borderline-Mütter und ihre Kinder“ von Christine Ann Lawson (2006).

Psychische und Sucht-Erkrankungen der Partner*innen:

Häufig ist nicht nur das Elternteil, das Suchtmittel konsumiert, von einer Störung und/oder Komorbidität betroffen. Insbesondere, wenn es sich um Suchtmittel aus dem illegalen Bereich handelt, weisen oftmals auch die Partner*innen entsprechende Erkrankungen auf. Gerade im Bereich der Konsument*innen harter Drogen (Heroin, Crystal Meth) besteht häufig das gesamte Umfeld aus Suchtkranken; die Kinder verbringen somit einen hohen Zeitanteil im Milieu und sind mit ebenfalls konsumierenden Personen konfrontiert.

(Auch) Elternteile, die von legalen Suchtmitteln wie Alkohol und Medikamenten abhängig sind, haben häufig beeinträchtigte Partner*innen, die sich z.B. aufgrund einer dependenten, ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsstörung, einer depressiven Erkrankung und/oder einer Angststörung nicht von dem*der süchtigen Person trennen können – und somit das Kind teils über weite Zeitstrecken den Verhaltensweisen der suchtkranken Person aussetzen. Nicht selten sind die Partner*innen von Alkoholiker*innen ehemalige Kinder (Töchter) von alkoholkranken Vätern/Eltern, die das Muster ihrer Kindheit (Versuch, das suchtkranke Elternteil zu retten) in der eigenen Beziehung perpetuieren. Der hierzu korrespondierende, aber auch kontrovers diskutierte Begriff lautet „Co-Abhängigkeit“. In diesem Zusammenhang sei verwiesen auf die Fachliteratur von Jens Flassbeck (siehe Literaturverzeichnis).

Miterleben von (sexualisierter) Gewalt als Opfer und/oder Zeug:in

Einhergehend mit dem Konsum von Substanzen, insbesondere Substanzen, in deren Wirkungsspektrum bereits eine erhöhte Aggressivität zu finden ist (Spirituosen, Stimulantien wie Amphetamine), aber auch einhergehend mit den oben beschriebenen Abhängigkeits-Kriterien wie starkem, drängendem Verlangen, Kontrollverlust, Entzugserscheinungen, psychotischen Episoden und Zuständen in Verbindung mit Konsum/Entzug, Wahnvorstellungen, Eifersuchtswahn, auch mit den sozialen Folgen des Konsums - wie der oftmals desolaten finanziellen Lage - sind heftige Auseinandersetzungen bis hin zu häuslicher Gewalt in Suchtfamilien eher die Regel als die Ausnahme. Ergänzend können hier persönlichkeitsbedingte wie emotional-instabile, impulsive und aggressive Anteile des suchtkranken Elternteils (und/oder des*der Partner*in) ins Geschehen hineinspielen. Weiterhin zeigen sich suchtkranke Eltern häufig unfähig oder nicht bereit, die Misshandlung oder den Missbrauch durch den anderen (ggf. ebenfalls suchtkranken) Elternteil bzw. Partner*in oder durch Dritte abzuwenden.

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen in unserem präventiven Angebot „Wiesel“ berichten insbesondere von Streitigkeiten und Handgreiflichkeiten bis hin zu schweren Übergriffen auf der *Elternebene* – sehr viel seltener benennen sie sich *selbst als Opfer* von Misshandlungen und Missbrauch. Jugendliche und junge Erwachsene hingegen, die nicht via Eltern und/oder Hilfesystem in ein spezifisches Angebot vermittelt werden, sondern sich über anonyme Online-Beratung (z.B. die Online-Beratungen von NACOA Deutschland e.V. oder KidKit) Ansprache suchen, äußern sich hier sehr viel direkter, zeigen Gewalthandlungen an ihrer Person, auch sexualisierte Gewalt durch das suchtkranke Elternteil, durch Bekannte (der Eltern) bis hin zu organisierten z.B. pädophilen Netzwerken an - das Elend kann von Betroffenen auf diesem Wege sehr viel deutlicher benannt werden.



Unabhängig von der Verfügbarkeitsheuristik unseres Verbandes (Caritasverband Schaumburg-Blies e.V.), an dem unser präventives Angebot angebunden ist bzw. den Erfahrungen aus dem bundesweit ausgelegten Online-Beratungsangebot von NACOA und KidKit werden in der Literatur immer wieder Raten an Kindeswohlgefährdenden Momenten benannt: So wird von einer - im Mittel - Verdopplung bis Verdreifachung des Risikos von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch bei Kindern suchtkranker Eltern (z.B. Walsh, 2003, vgl. Kindler, 2006) berichtet. Velleman et al. (2008) stellen heraus, dass die miterlebte / berichtete häusliche Gewalt teilweise extrem ausgeprägt ist und zu schwerwiegenden körperlichen Verletzungen und psychischen Traumatisierungen führen kann (s.u.)

Weitere Belastungen und Gefährdungen

Bindungsverhalten / Bedürfnisbefriedigung: Es wurde bereits ausgeführt, dass abhängige Eltern aufgrund der suchtbedingten Getriebenheit (Verlangen, Beschaffung des Suchtmittels, Vermeidung von Entzugerscheinungen) oftmals unfähig sind, die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und möglicherweise eigene Bedürfnisse hintanzustellen. Insgesamt leiden suchtkranke Eltern unter (teils massiven) Einschränkungen, dem Kind als *feinfühlig Bindungsperson zur Verfügung zu stehen*. Hier lässt sich nicht immer klar differenzieren, inwieweit die starke Abhängigkeit vom Suchtmittel (also die Bindung an den Stoff) im Vordergrund steht und/oder die Eltern bereits selbst Bindungstraumata (s.u.) erlitten haben.

Inkonsequentes und inkonsistentes Erziehungsverhalten: Suchtkranke Eltern sind oft nicht in der Lage, *Struktur vorzugeben* und *Regeln zu vermitteln*. Ihr Erziehungsverhalten ähnelt einem Willkürakt, in welchem Direktiven heute gelten und morgen nicht. Oftmals wird ein schlechtes Gewissen durch Gewährenlassen (z.B. exzessiver Medienkonsum des Kindes) oder übermäßige materielle Zuwendung (Kauf von teuren Konsolen, Spielen, Smartphones etc.) ausgeglichen. Bei älteren Kindern/Jugendlichen kann es auch zu einer Fraternisierung im Sinne des gemeinsamen Konsums (Medien, Nikotin, Cannabis, Alkohol) kommen.

Auf Seiten der Kinder führt die *Wechselhaftigkeit des Elternteils* zu starker Verunsicherung. Dabei trifft die Inkonsequenz der Eltern häufig auf einen bereits erhöhten Erziehungs- und Anleitungsbedarf bei entwicklungsauffälligen, beispielsweise unruhigen, impulsiven, oppositionellen Kindern. Das Unvermögen, hier stabile Erziehungsbedingungen, Grenzen etc. vorzuhalten, erhöht wiederum die Wahrscheinlichkeit für ausagierende Verhaltensauffälligkeiten des Kindes – was auf Seiten der Eltern wiederum zu Überforderungsgefühlen, möglicherweise eskalierenden Eltern-Kind-Konflikten und einem frühzeitigen Rückzug aus ihrer Anleitungs- und Beaufsichtigungsaufgabe führen kann (Kindler, 2007).

Damit zusammenhängend weisen suchtkranke Eltern häufig Einschränkungen in der *Förderung* der geistigen Entwicklung ihrer Kinder auf (unterdurchschnittliches Maß an kognitiver Förderung und häuslicher Anregung). - Erwähnt werden soll hierbei auch, dass eine eingeschränkte Erziehungskompetenz nicht nur auf den Konsum zurückzuführen, sondern oftmals durch lebensgeschichtliche Faktoren mitbedingt ist (keine Vorbilder, keine Rollenmodelle, selbst nicht „erzogen“, gesehen, gefördert worden zu sein, selbst Kind aus Suchtfamilie gewesen zu sein).

Mangelhafte gesundheitliche Fürsorge für das Kind: Kinder aus suchtblasteten Familien zeigen oftmals schon im Kindesalter körperliche, psychische und / oder psychosomatische Auffälligkeiten (wie z.B. Essstörungen). Es sei angemerkt, dass sich gerade am Übergewicht vieler der von uns betreuten Kinder ein Konglomerat an ungesunder Ernährungsweise im elterlichen Haushalt, übermäßigem Medienkonsum, Bewegungsmangel und emotionalem Defizit, das mittels Nahrungszufuhr vermeintlich gefüllt wird, zeigt. So wurden u.a. in einer Studie von Serec et al., 2012 (Drogenbeauftragte, 2017) bei Kindern aus alkoholbelasteten Familien ein ungünstigeres *Gesundheitsverhalten* beobachtet – betroffene Kinder verbrachten mehr Zeit sitzend vor dem Fernseher oder PC, bewegten sich insgesamt weniger und wiesen ein ungesünderes Ernährungsverhalten auf.

Insgesamt droht die Gefahr, dass Elternteile, die sich aufgrund ihrer Abhängigkeit und/oder weiterer psychischer Störungen wie Depressionen selbst vernachlässigen und/oder bereits körperliche Folgeerkrankungen aufweisen, kaum in zielgerichteter und konsequenter Weise a) den Kindern einen wertschätzenden und verantwortungsvollen Umgang mit der eigenen Physis und Psyche vorleben, und b) Vorsorgeuntersuchungen (pädiatrische Früherkennungsuntersuchungen, zahnmedizinische Untersuchungen) und notwendige Behandlungen (therapeutische und Fördermaßnahmen, auch eine Kinder- und Jugendpsychotherapie) wahrnehmen können.

Ein weiteres gefährdendes Moment besteht in Bezug auf die *Autonomie-Entwicklung*. Angesprochen wurde dies bereits im Zusammenhang mit einer möglichen Borderline-Störung eines Elternteils. Tatsächlich besteht eine nicht unerhebliche, zukunftsweisende Belastung betroffener Kinder und Jugendlicher darin, von suchtkranken Elternteilen und/oder deren Partner*innen instrumentalisiert zu werden. Hier unterscheidet man die *emotionale Parentifizierung* (Kinder agieren als Eltern der Eltern; kümmern sich ums emotionale Überleben der Eltern; werden als Art Partner*innenersatz mit Geheimnissen belastet, in inadäquater Weise in elterliche, eheliche Konflikte hineingezogen) von der *funktionalen Parentifizierung* (übernehmen nicht-kindgerechte Aufgaben und Leistungen im Haushalt, kümmern sich um jüngere Geschwister etc.) Hier droht die Gefahr, dass die Kinder zeitlebens um ihre (kranken) Elternteile kreisen und nicht vermögen, einen eigenständigen, von ihrer Sozialisation unabhängigen, losgelösten Lebensentwurf zu entwickeln und zu verfolgen.

Fazit: In diesem Kapitel wurden verschiedentliche Belastungen und Gefährdungen durch die Suchterkrankung eines Elternteils sowie assoziierte Störungen, Partner*innenschaften etc. dargestellt. In zu betrachtenden Fällen findet sich oftmals ein Konglomerat an elterlicher Abhängigkeitserkrankung, darunter liegender komorbider Störung, z.B. im Sinne einer Persönlichkeitsstörung, einer psychischen Erkrankung des*der Partner*in, bereits vorliegender Auffälligkeiten/Störungen des Kindes, die wiederum vorgeburtlich angelegt (z.B. FASD, ADHS) oder bereits durch widrige Sozialisationsbedingungen und Traumatisierungen (Traumafolgestörung) erfolgt sein können.

Um die Gefährdung eines Kindes besser einschätzen zu können, muss dessen Alter und Entwicklungsstand berücksichtigt werden. Was braucht ein Kind in welchem Umfang in welchem Alter (an emotionaler Zugewandtheit, Feinfühligkeit, Vermittlung von Werten, Förderung und Anregung, Übernahme von Verantwortung und Schutzfunktion, Gesundheitsfürsorge etc.)?

4. Auswirkungen auf die Kinder sowie Entwicklungsrisiken

Kinder aus suchtbelasteten Familien erleben sich häufig *stigmatisiert*, entweder, weil die Sucht der Eltern bekannt ist (aber eben nicht als Erkrankung gesehen wird) und/oder aufgrund der o.g. sozialen Folgeerscheinungen (teils randständiges Leben, Geldnot, Armut etc.).

In Bezug auf ihre eigene *schulische Karriere bzw. berufliche Perspektive* weisen Söhne von Alkoholiker*innen eine 15 % bzw. Töchter eine 12,7 % niedrigere Wahrscheinlichkeit auf, das Abitur zu erlangen. Ebenso konnte festgestellt werden, dass die Wahrscheinlichkeit, direkt nach der schulischen Ausbildung in Arbeitslosigkeit zu fallen, bei Kindern von Alkoholiker*innen um 24 % höher lag (Effertz, 2017).

Weiterhin zeigten sich in einer großangelegten Studie zu gefährlichen Konsummustern in Deutschland (Effertz 2015) deutlich höhere Wahrscheinlichkeiten für *psychische Erkrankungen* bei Kindern aus Suchtfamilien: bei Kindern von Alkoholiker*innen war die Wahrscheinlichkeit für Schizophrenie um 116 Prozent, für Affektstörungen und Neurosen um 25 Prozent und für Persönlichkeitsstörungen um 61 Prozent höher als bei Kindern der Kontrollgruppe. Kinder von Drogenabhängigen wiesen teils noch deutlich höhere Werte auf; so lag etwa die Wahrscheinlichkeit für Entwicklungsstörungen während der Jugend um 90 % höher.

Auch aus anderen Studien gehen erhöhte Risiken für *externalisierende Störungsbilder* (wie Störungen des Sozialverhaltens oder die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)) und *internalisierende Störungsbilder* (Depressionen oder Angststörungen) bei Kindern suchtkranker Eltern hervor, die jeweils in allen Altersstufen der Kindheit, Jugend und später im Erwachsenenalter auftreten können. Externalisierende und internalisierende Störungen gelten wiederum als besondere Risikofaktoren für die spätere Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung. Auch sind frühe Anpassungsprobleme bei Kindern suchtkranker Eltern mit der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung im (jungen) Erwachsenenalter verbunden (Klein, 2017).

Nicht selten sind Kinder sucht- und psychisch kranker Eltern *traumatischem Geschehen* ausgesetzt und können (entwicklungsbezogene) Traumafolgestörungen entwickeln. So können im Erleben der Kinder und Jugendlichen *Schocktraumata* vorkommen (z.B. Mit/Erleben von Gewalt/Vergewaltigungen, Selbstverletzungen durch an Borderline erkrankte Elternteile im Konsum, Todesfälle naher Bekannter oder des Elternteils etc.), weiterhin *sequentielle Traumatisierungen* (Traumatisierung findet nicht nur einmal, sondern über eine Zeitspanne (= Sequenz) statt) mit den Unterformen *Entwicklungstraumata* (Aufwachsen in einem direktiven, strengen oder gefühlkalten versus chaotischen Elternhaus; Erleben von psychischen Misshandlungen wie Beleidigungen, Demütigungen etc.; zu frühe Betrauung mit Erwachsenen-Aufgaben; häufig wechselnde Lebensmittelpunkte) bzw. *Bindungstraumata*, bei dem die Traumatisierung die Bindungs-/Beziehungsebene zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson betrifft. *Transgenerationale Traumatisierungen* wiederum bedeuten, dass ein meist unverarbeitetes Trauma unbewusst von den Eltern an das Kind weitergegeben wird.

Im Leitfaden Präventiver Kinderschutz in der Medizin wird die *entwicklungsbezogene Traumafolgestörung* (nach Kolk et al., 2009) näher beschrieben und im Anhang die Diagnosekriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung tabellarisch dargestellt. Hier werden besonders Deprivation und Misshandlung als traumatisierend herausgestellt, weil das Kind keine Chance sieht, dem Zustand zu entkommen.

Die oben beschriebenen internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen können sich im Erwachsenenalter zu manifesten Störungsbildern wie Ängsten, Depressionen, Schlafstörungen und Persönlichkeitsstörungen auswachsen bzw. übergehen. Besonders gravierend ist das Risiko, später eine eigene substanzbezogene Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln – so werden in der Literatur Raten von 33% bis 40% bei Kindern von alkoholabhängigen Eltern/teilen (vgl. u.a. Klein, 2005) benannt. Anders formuliert besteht ein bis zu 6-fach erhöhtes Risiko, im Jugend- und Erwachsenenalter ebenfalls an einer Alkoholabhängigkeit zu erkranken, wenn bereits die Eltern suchtkrank/alkoholabhängig sind/waren - Kinder suchtkranker Eltern sind somit die größte bekannte Risikogruppe für die Entwicklung eigener Suchtstörungen.

Es soll angemerkt werden, dass bei Auffälligkeiten im Sinne von externalisierenden Störungen im Kindesalter oftmals schwer zu differenzieren bzw. zu rekonstruieren ist, inwieweit die Symptomatik auf eine vorgeburtliche Schädigung z.B. im Sinne eines FASD zurückzuführen sein könnte – so sind aufmerksamkeitsdefizitäre und hyperaktive

Verhaltensweisen typisch für die neurologischen Schädigungen bei FASD -; inwieweit sie durch ein deprivierendes Umfeld (mangelnde Förderung und Anregung) bedingt sein könnte, und was davon Ausdruck traumatischer sequentieller Erlebnisse oder eines Bindungstraumas sein könnte. Denn auch Bindungsstörungen können sich im Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom, in Impulsivität und Störungen des Sozialverhaltens (Sadismus, häufiges Lügen) niederschlagen.

Protektive vs. Pathogene Faktoren

Insgesamt haben Kinder aus suchtblasteten Familien ein deutlich erhöhtes Risiko, bereits im Kindes- und Jugendalter, spätestens im Erwachsenenalter eine psychische Störung bzw. eine Abhängigkeit zu entwickeln. Allerdings spielen hier neben pathogenen Faktoren (solchen, die das Risiko erhöhen) auch protektive (schützende) Faktoren eine Rolle. Dazu werden Beziehungen zu gesunden, nicht co-abhängigen Erwachsenen; suchtkranke Elternteile, die sich in Behandlung begeben; die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten; die Einhaltung von familiären und häuslichen Ritualen und weitere benannt. Das Zusammenspiel dieser Faktoren bestimmt letztendlich über das Auftreten und die Ausprägung von Störungsbildern. Es sei – in Bezug auf die Transmission der Alkoholabhängigkeit - auf den Artikel von Petzold & Michaelis verwiesen (Michaelis, 2009).

5. Einschätzungshilfen für Fachkräfte

Zu besseren Einschätzung der Situation in einer durch Sucht geprägten Familie, der Situation von Eltern und Kindern, zur Feststellung von Risikofaktoren, aber auch von Ressourcen soll an dieser Stelle auf zwei Handreichungen verwiesen werden.

Bei den *Beobachtungskriterien in Bezug auf die suchtblastete Familie* handelt es sich um eine (bis dato unveröffentlichte) Kriterienliste zur besseren Einschätzung der familiären und sozialen Situation sowie der Krankheit der abhängigen Person. Sie entstammt ursprünglich der Fortbildung „Kind s/Sucht Familie“ (Münzel & Roth, 2007) und erfuhr im Rahmen vieler Multiplikator*innenschulungen eine stete Ergänzung durch Beiträge von Erzieher*innen und Fachkräften aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe, Suchthilfe und medizinischem System (Frühe Hilfen). Sie ist unterteilt in allgemeine Kriterien wie die psychische Verfasstheit des suchtkranken Elternteils, die Wohn-, finanzielle und rechtliche Situation; in Kriterien zur Sucht bzw. deren Verlauf sowie in Kriterien, die die Kinder bzw. die Familie als Ganzes betreffen (Basisversorgung der Kinder, Beziehungen innerhalb der Familie, Auffälligkeiten der Kinder etc.). Die Bewertungskriterien befinden sich im Anhang dieses Beitrags.

Bei der Broschüre *Abhängigkeitskranke Mütter und Väter in der Suchthilfe* des FDR handelt es sich um eine Handreichung „um über spezifische Gesetze und Grundlagen zu informieren. Sie enthält u.a. hilfreiche Instrumente wie Ablaufschemata, Prüflisten und Kopiervorlagen für Formulare und soll einen umfassenden Überblick über die Rahmenbedingungen der Arbeit mit abhängigkeitskranken Müttern und Vätern geben“. <https://fdr-online.info/produkt/abhaengigkeitskranke-muetter-und-vaeter-in-der-suchthilfe-eine-handreichung/Kooperationsvereinbarungen>

Weitere Leitfäden und Maßnahmenpapiere zum Kinderschutz finden sich unter: <https://nacoa.de/infos/infos-f%C3%BCr-profis/informationen-f%C3%BCr-profis-jugendaemtern-und-jugendhilfe#Leitf%C3%A4den>

Literatur

Black, C. (1988): Mir kann das nicht passieren: Kinder von Alkoholikern als Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Wildberg: Bögner-Kaufmann.

BZGA: Rauchfrei in der Schwangerschaft. Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht.
https://rauchfrei-info.de/fileadmin/user_upload/Schwangerschaft/Leitfaden_fuer_die_Beratung_Schwangerer.pdf

Dilling et al. (Hg.) (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10, Kapitel V (F, klinisch-diagnostische Leitlinien.

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM). (2020): Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen. https://dgkim.de/wp-content/uploads/2023/07/dgkim_leitfaden_praeventiver-kinderschutz_05-12-2020.pdf

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hg.) (2017): Suchtprobleme in der Familie. Informationen und Praxishilfen für Fachkräfte und Ehrenamtliche im Sozial, Gesundheits und Bildungswesen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (2020): Du bist schwanger und nimmst Drogen? Informationen und Hilfen für Drogen, Alkohol und Nikotin konsumierende Schwangere.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2017): Die Fetale Alkoholspektrumstörung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis. Berlin.

Effertz, T. (2015): Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas. Schriftenreihe Ökonomische Analyse des Rechts. Law and Economics; 15

Effertz, T. (2017): Kinder aus Suchtfamilien. Die ökonomische Dimension eines kaum beachteten Problems. In: Frühe Kindheit 1

FDR (o. J.): Abhängigkeitskranke Mütter und Väter in der Suchthilfe.

Flassbeck, J. (2014): Ich will mein Leben zurück! Selbsthilfe für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta.

Flassbeck, J. (2016): CoAbhängigkeit. Diagnose, Ursachen und Therapie für Angehörige von Suchtkranken. Stuttgart: Klett-Cotta.

Helle et al. (2019): ???

Jellinek, E. M. (1960): The Disease Concept of Alcoholism.

Jost, A. (2020): Umgang mit Gesetzen und Normen. In: Becker, Gela, Henricke, Klaus, Klein, Michael, Landgraf, Mirjam N.: Erwachsene mit Fetalen Alkohol-Spektrumstörungen, S. 44–55. Berlin: De Gruyter.

Kindler, H. et al. (Hg.) (2007): Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD). Deutsches Jugendinstitut. München. (link)

Klein, M. (2005). Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen. Regensburg: Roderer.

Klein, M. (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, M. (Hg.) Kinder und Suchtgefahren, S. 114–127. Stuttgart: Schattauer.

- Klein, M. et al. (2017): Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hg.) (2017): Kinder aus suchtbelasteten Familien. Berlin. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/kinder-aus-suchtbelasteten-familien-732636>
- Klein, M., Fischer, L. (2021): Abschlussbericht zur Studie Kinder aus Glücksspielsuchtbelasteten Familien – Situation, Folgen, Hilfen. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung
- Kraus, L. et al (2019) Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. BMC Med. 2019;19;17(1):59
- Kraus et al (2021): Estimating the number of children in households with substance use disorders in Germany. In: Child Adolesc Psychiatry Ment Health (2021) 15:63 <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00415-0>
- Kuntz, H. (2016): Drogen & Sucht – Alles, was Sie wissen müssen (S. 201-204), Weinheim: Beltz.
- Lachner, G./Wittchen, H. U. (1997): Familiär übertragene Vulnerabilitätsmerkmale für Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit. In: Watzl, H./Rockstroh, B. (Hg.): Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen. Hogrefe, Göttingen, S.43ff.
- Landgraf, M.N. & Heinen, F. (): S3-Leitlinie Diagnose der Fetalen Alkoholspektrumstörungen FASD KURZFASSUNG https://register.awmf.org/assets/guidelines/022-025k_S3_Fetale_Alkoholspektrumstoerung_Diagnostik_FASD_2016-06-abgelaufen.pdf
- Lawson, C. A. (2008): BorderlineMütter und ihre Kinder: Wege zur Bewältigung einer schwierigen Beziehung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Leitfaden Kinderschutz in der Medizin (link)
- Lieb, R., Isensee, B.(2007): Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Doppeldiagnosen. Bern, pp. 27-58.
- Münder, J., Mutke, B., Schone, R. (2000): Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren. Münster: Votum
- Münzel, B. & Roth, N. (2007): „Kinder aus suchtbelasteten Familien“, Curriculum zur Fachkräfteschulung im Themengebiet „Kinder aus suchtbelasteten Familien“. Hg.: Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V.
- NACOA, Deutschland (Hg.) (2011): Hilfe für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. Berlin.
- NACOA Deutschland (Hg.) (2006): Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule. Berlin.
- Nagel, M. & Siedentopf, J.-P. (2017): Schwangerschaft Sucht Hilfe. Ein Leitfaden. Sanofi. https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Schwangerschaft-Sucht-Hilfe_2017.pdf
- Siedentopf, (2017): Substanzrisikotabelle für den Verlauf der Schwangerschaft und kindliche Risiken (s. DGKIM Leitfaden, S.93/94):
- Oswald, C., Meeß, J. (2019): Methodenhandbuch Kinder und Jugendliche aus suchtbelasteten Familien. Freiburg: Lambertus.

Michaelis, K., Petzold, H.G. (2009): Zur Situation von Kindern suchtbelasteter Familien aus Sicht der Integrativen Therapie. Integrativ-systemische Überlegungen zur Entwicklung von Risiko und Resilienz bei Kindern mit suchtkranken Eltern. In: Integrative Therapie 2/3(2010). https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=textarchiv-petzold_michaelis-petzold-2009-situation-kinder-suchtbelastete-familien-sicht-integrative-therapie-resilienz.pdf

Robert-Koch-Institut (2016): Abschlussbericht: Entwicklung von bundesweitaussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/entwicklung-von-bundesweit-aussagekraeftigen-kennziffern-zu-alkoholbelasteten-familien>

Robert-Koch-Institut (2016): Gesundheit in Deutschland 2015.

Spohr, H.-L., Wolter, H. & al. (2016): Das Fetale Alkoholsyndrom: Im Kindes und Erwachsenenalter. Berlin: De Gruyter.

Velleman, R., Templeton, L., Reuber, D., Klein, M. & Moesgen, D. (2008) Domestic abuse experienced by young people living in families with alcohol problems: results from a cross-european study. In: Child Abuse review. Volume 17, Issue 6.

Wegscheider, S. (1988): Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker Familie. Wildberg: Bögner-Kaufmann.

Wegweiser FASD Fetales Alkoholsyndrom. Diagnostik im Saarland: <https://www.aerztekammer-saarland.de/files/18515359B99/Wegweiser-FASD-im-Saarland.pdf>

University of Turku: Maternal Smoking during Pregnancy Increases Risk of ADHD among Offspring up to 3-fold. Pressemitteilung vom 26.2.2019; Sourander, A. et al.: Prenatal Cotinine Levels and ADHD Among Offspring. In: Pediatrics, März 2019 Vol. 143/Issue3

Hilfreiche Adressen:

NACOA Deutschland. Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. <https://nacoa.de/>

TrauDir: <https://traudir.nacoa.de/>

KidKit: <https://www.kidkit.de/>

Hilfen im Netz: <https://www.hilfenimnetz.de/>

FASD Deutschland: <https://www.fasd-deutschland.de/>



Beobachtungskriterien in Bezug auf die suchtblastete Familie

zur besseren Einschätzung der familiären und sozialen Situation sowie des Krankheitsverlaufs der abhängigen Person (Risikofaktoren und Ressourcen)

1 Allgemeine Kriterien

Psychische Verfasstheit der Eltern/des Elternteils:

- *Kommunikation:*
- Ansprechbarkeit (z.B. nüchtern? fokussiert? orientiert? geduldig?)
- Sprachduktus (verlangsamt? Rede- bzw. Laubflash? (un)deutliche / verwaschene Aussprache?)
- Gesprächsbereitschaft
- Beständigkeit, Kontinuität in der Kommunikation (was z.B. Bearbeitung von Themen anbelangt)

- *Antrieb* (gesteigert? herabgesetzt?), Motivation
- Interesse? Desinteresse?

- *Stimmungslage* (übertrieben heiter? gereizt?)

- *Emotionalität* (angemessen? stabil? labil? Z.B. rascher, unvermittelter Wechsel von Gefühlszuständen? emotionale Schwingungsfähigkeit? emotionale Abflachung?)

- *Kognition:*
- Denkvorgänge (Gedächtnislücken? Lügen? Ausreden? Widersprüche? Konfabulationen?)
- Realitätsbezug (Einschätzung der Situation; kann z.B. Anliegen ernst genommen werden?)
- Merkfähigkeit
- Ehrlichkeit / Authentizität
- Fähigkeit zum Perspektivwechsel
- Empathie
-
- *Kooperation:*
- Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit: z.B. Bereitschaft, Beratung in Anspruch zu nehmen? (Offenheit? Reserviertheit? Widerstand?)
- Struktur; Zuverlässigkeit; Pünktlichkeit (z.B. im Einhalten von Terminen; z.B. Abholen der Kinder aus der Kita)
- Verhaltensflexibilität? Oder -rigidität?

Äußeres Erscheinungsbild:

- Körperhygiene; Pflegezustand

- *Körperliche Konstitution:* Übergewicht / Adipositas? Aufgedunsenes Aussehen? Auszehrung / Kachexie? (v.a. bei Amphetaminen, Kokain, Opiaten)

- *Körperkoordination:* Gang (geradlinig? torkelend?)

- *Haut:* Hautfarbe: bleich, fahl, gelblich, gräulich; rötlich (Rosazea; Rhinophym); Pusteln? Pickel? (Speed-Pickel?); Großporigkeit? Überschminken? Läsionen? Einstichstellen? Entzündungen an typischen Einstichstellen?
Langärmelige Kleidung auch im Sommer?
- *Augen:* Glasig? Verdreht? Immer wieder zufallend? Gerötet? Geschwollen (Augenlider, Tränensäcke)? Sklerenikterus (Gelbfärbung – Lebererkrankung)? Augenringe (Schlafmangel)? Pupillen: verengt (Opiate)? Erweitert (Cannabis, Ecstasy, LSD)?
- *Mimik:* Beweglich? Erstarrt? Grimassieren? Kauen? Lachen?
- *Zahnstatus:* Verfärbungen der Zähne, Zahnausfall?
- *Geruch:* Alkoholfahne? Pfefferminz? Fishermans Friend? Typischer süßlicher Cannabis-Geruch? Schweiß?
- *Gesundheitliche Situation:*
- Körperliche Folgeerkrankungen (z.B. Hepatitis (Leberentzündung), Leberinsuffizienz, Leberzirrhose; HIV; Gicht; Herz-Kreislaufkrankungen; Defizientes Immunsystem?)
- Medizinische Versorgung – wird wahrgenommen? Compliance?

Wohnsituation:

- Mietverhältnis? Kann Miete regelmäßig bezahlt werden? Drohende Obdachlosigkeit?
- Stabile Wohnverhältnisse oder viele Umzüge? Fluchttendenz?
- Wohnumfeld (z.B. im Brennpunkt? oder gut situiert?)
- Zustand der Wohnung (in Ordnung gehalten? aufgeräumt? Hygiene? Gefahrenquellen für Kleinkinder? Tierhaltung? Abdunklung?)
- Welche (fremden) Personen frequentieren den Haushalt?
- Welches Familienmitglied hält sich wann und wo zum Wohnen auf?
- Utensilien, die auf Konsum hindeuten? (wie Bongos, Pfeifen, Longpapers, kleine medizinische Fläschchen (wie Nasentropfen - Entzündung Nasenscheidewand beim Kokain-Konsum)), Alufolie, Gasbrenner, Rasierklingen, Spiegel, Strohhalm, Spritzen, Löffel (rußig)
- Soziale Kontakte / Einbindung (z.B. nur innerhalb des Milieus oder auch außerhalb? Z.B. nur Kiffer als Bekannte?)

Finanzielle Situation:

- Bezug staatlicher Hilfeleistungen (Arge, Jobcenter)?
- Arbeitsfähigkeit, Arbeitstätigkeit, Arbeitszeiten (tags, nachts)?
- Mobilität? Auto? Führerscheinverlust (aufgrund des Konsums)?
- Arbeitsplatzverlust?
- Schulden? Geldnot? Gesteigertes Interesse an neuen Geldquellen?
- Beschaffungskriminalität; Dealen; Prostitution? (was passiert mit den Kindern in der Zeit, in der das Elternteil sich prostituiert?)
- Wird Kind / Tochter aus finanziellen Gründen in die Prostitution gezwungen?
- Einteilung der finanziellen Mittel (wie viel Geld fließt in den Konsum? Was passiert mit dem Kindergeld?)
- Kann die Basisversorgung der Kinder (z.B. Essensgeld, Schulbus) sichergestellt werden?

Rechtliche Situation:

- Gewalttätigkeit, aggressives Potential? (wen betreffend? Partner? Kinder? Kinder als Opfer oder als Zeugen?)
- Unfälle im Zustand des Konsums?
- Beschaffungskriminalität?
- Straffälligkeit, Strafverfahren, Inhaftierungen? ((wie) wird dem Kind die Haft erklärt?)
- Familienrechtliche Verfahren

2 Sucht

- Wer konsumiert in der Familie? Vater? Mutter? Lebensgefährt*in? Großmutter? Großvater? Onkel? Tanten?
- Suchterkrankung in der Herkunftsfamilie (Genogramm)
- Was wird konsumiert? (Uppers? Downers? Mischkonsum?)
- Legale Mittel oder illegale?
- Wie viel wird konsumiert? Wie appliziert?
- Konsumgewohnheiten: Wo? An welchen Orten? Wann? Zu welchen Tageszeiten? Mit wem?
- Konsum in Gegenwart des Kindes?
- Wird Kind in Spielhalle mitgenommen?
- Extreme körperliche Zustände (Rausch? Entzug?)
- Wo werden Suchtmittel gelagert? Offener Zugang zu Suchtmitteln im Haushalt? (z.B. Nikotin, Alkohol, Substitutionsmittel)
- Gab es bereits Vergiftungen? (z.B. Verspeisen einer Zigarette / Zigarettenkippe durch das Kleinkind?)
- Wie, wo und durch wen werden Suchtmittel (z.B. Flaschen) entsorgt?

- Was passiert im Zustand des Konsums? Wie verändern sich Erleben und Verhalten des Elternteils im Konsum? Impulskontrolle? Werden Grenzen dem Kind (Partner/in) gegenüber eingehalten? Abwerten-des, übergriffiges, gewalttätiges Verhalten? Vernachlässigendes Verhalten? Aufmerksamkeit? Konzentration? Extreme Anhänglichkeit?
- Ruhigstellung des Kindes mittels Substanzen?
- Wird (in fraternisierender Weise) gemeinsam mit dem Kind/Jugendlichen konsumiert? (z.B. Nikotin, Cannabis, Medien)

- Einsicht in das Suchtproblem, Problembewusstsein (oder Abwehrhaltung, Verschleierung, gar Kontaktabbruch bei Ansprechen der Problematik?)
- Eigene Einschätzung (riskanter, missbräuchlicher oder abhängiger Konsum?)
- Offenheit im Umgang mit dem Thema anderen Institutionen bzw. der Herkunftsfamilie gegenüber?
- Falls Sucht offen:
- Funktionalität des Suchtmittels? (welche Themen, Gedanken, Gefühle sollen durch das süchtige Verhalten vermieden oder evoziert werden? Was wird durch die Sucht kompensiert?)
- Suchtmittelkonsum als Selbstmedikationsversuch? Welcher darunter liegende Erfahrung? Erkrankung?
- Welche Ideen hat die betroffene Person selbst zu den Hintergründen ihres Konsums?
- Schuld- und Schamgefühle in Bezug auf die Suchterkrankung?
- Kann eine Verantwortung bzgl. des Substanzmittelgebrauchs in Bezug auf das Kind festgestellt werden?

- Leidensdruck?
- Veränderungswunsch?
- Welche Motive gibt es oder gab es in der Vergangenheit, den Konsum einzuschränken / zu stoppen?
- Suchtentstehung, Suchtverlauf (kontinuierlich? in Phasen? z.B. innerhalb des Verlaufs abstinente Phasen? Falls ja, wodurch bedingt?)
- Konsum in der Schwangerschaft?
- Suchtverlagerung?
- Behandlungsbereitschaft?
- Bisherige Behandlungen (beendet? abgebrochen?)
- Sind oder waren die Kinder in die Therapie (z.B. stationäre Entwöhnung) mit eingebunden?
- Aktueller Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen (z.B. Beratung, Behandlung, psychosoziale Begleitung Substituierter, Teilnahme an Selbsthilfegruppe)
- Bereitschaft zur Entbindung von der Schweigepflicht (z.B. gegenüber dem Substitutionsarzt?)
- Beikonsum bei Substituierten?
- Bereitschaft zu Screenings (Urin, Blut, Haar)?
- Bereitschaft zu häuslichen Kontrollen (Hausbesuche immer möglich? Oder zu bestimmten Tageszeiten nicht?)

- Doppeldiagnosen, Komorbiditäten (z.B. Persönlichkeitsstörung wie emotional-instabile PP / Borderline-Störung? Antisoziale Persönlichkeit? Depressionen? Angststörungen? Posttraumatische Belastungsstörung? – vermutet oder diagnostiziert?)
- Missbrauch in der Familie (Herkunftsfamilie? Aktuelle Familie?)
- Suizidgefährdung? Suizidandrohung? Suizidversuche?

3 Kind/er – Familie

- Wer gehört zur Familie? (z.B. diverse Vaterschaften)
- Wer hat Sorgerecht? Wer Umgangsrecht? Wird Umgang eingehalten? Oder fällt aufgrund süchtiger Indisponiertheit aus? Oder findet in unberechenbaren Abständen statt?
- Wie reagiert Kind auf Ausfall des Umgangs (enttäuscht? wütend? froh? pseudo-gelassen?)
- Wer sind (weitere) Bezugspersonen? Stabile / instabile Bezugspersonen?
- Reaktion der Kinder auf häufigen Wechsel von Bezugspersonen?

Basisversorgung des Kindes / der Kinder

- Gewährleistet? z.B. Einhaltung Aufsichtspflicht; Ernährung (Essen für die KITA? Pausenbrot dabei?); medizinische Fürsorge (Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungsterminen, weiteren Arztterminen); Sicherstellen des regelmäßigen Kindergarten-, Schulbesuchs (Hausaufgaben gemacht?)
- Einhaltung regelmäßiger Schlafenszeiten? Wird Tag-Nacht-Rhythmus eingehalten? Oder Kind dem „verkehrten Rhythmus“ angepasst?
- Äußeres Erscheinungsbild der Kinder (gepflegt? Kleidung passend und witterungsangemessen? Windeln gewechselt? wunder Hintern?)
- Alltagsstruktur, Regelmäßigkeit im Tagesablauf, Rituale?
- Haushaltsführung? durch wen? Werden Kinder in unangemessener Art und Weise eingebunden?
- Freizeitgestaltung?
- Soziale Aktivitäten vs. Isolation des Kindes? (Vereine? Hobbys? dürfen Freunde mit nach Hause kommen?)

Erziehungskompetenz

- Präsenz der Eltern(teile) (Ansprechbarkeit? Zeitliche Verfügbarkeit?)
- Konkretes Erziehungsverhalten (in/konsequent? in/konsistent?)
- Emotionale Versorgung des Kindes: stabil oder schwankend?
- Wahrnehmen der kindlichen Bedürfnisse: können elterliche Aufgaben benannt und umgesetzt werden?
- Inwieweit können eigene Bedürfnisse zugunsten der Bedürfnisse des Kindes hintangestellt werden?
- Wird Kind in seiner Bedürftigkeit als Aggressor wahrgenommen?
- Werden Bedürfnisse des Kindes (aufgrund schlechten Gewissens) sofort befriedigt?
- Wird ein Mangel an emotionaler Versorgung durch teure Geschenke / materielle Zuwendung / unkontrollierten, zeitlich ausufernden Medienkonsum „ausgeglichen“?
- Gemeinsamer Medienkonsum als verbindendes Element zwischen Eltern und Kindern?
- Generell Bindungs- und Beziehungsfähigkeit der Elternteile?
- Umgang mit Kind / Säugling: sicher? unsicher? vermeidend? (Inwieweit dient z.B. eine frühzeitige Arbeitsaufnahme nach Geburt des Kindes dazu, sich dem Umgang mit dem Säugling zu entziehen?)
- Umgangston zwischen Eltern und Kindern
- Körperliche und seelische Misshandlungen? Missachtung? Herabsetzen, Demütigen, Anbrüllen des Kindes?

Beziehungen innerhalb der Familie (elterliches Verhältnis; Eltern-Kind-Verhältnis)

- Was verbindet das (Eltern-)paar? Was hält das Paar zusammen, außer der (gemeinsame) Konsum? Was passiert oder würde passieren, wenn ein Elternteil den Konsum beendet(e)?
- Paarproblematik? Auseinandersetzungen? Gewalttätigkeiten?
- Trennungen aufgrund des Konsums?

- Weist das nicht-abhängige Elternteil ebenfalls eine psychische Störung auf, z.B. eine dependente Persönlichkeitsstörung? Oder Depression? Kann sich deshalb nicht trennen?
- Vorstellungen von Familie? Vorstellungen davon, wie sich das Familienmodell konkret umsetzen lässt?
- Kind gewollt oder nicht? Zeugung „im Suff“? Im Rahmen einer Vergewaltigung?
- Verdrängte / spät festgestellte Schwangerschaft?
- Instrumentalisierung des Kindes? (emotional? funktional?)
- Wozu soll Kind / Baby dienen?

- Atmosphäre in der Familie? Schuldzuweisungen? Gereiztheit?
- Auffällige Geschwisterrivalitäten?
- Ist Rollenaufteilung beobachtbar (z.B. Co-Abhängigkeit; Parentifizierung = Verantwortungsübernahme auf Seiten des Kindes; Vermischung Erwachsenen-Kinder-Rolle; Kind als Partner-Ersatz; Rollenmuster wie Held, Sündenbock, Träumer, Clown etc.)?
- Wie authentisch ist Familie? Fassadenhaftigkeit? „Vorzeigefamilie“?
- Belastung des Kindes durch „Leben in zwei Welten“ (insbesondere bei Kindern von Konsumenten illegaler Drogen?)

- Gibt es für die Familie „Vorteile“ durch die Sucht eines Angehörigen?
- Welche subjektive Sichtweise haben die einzelnen Familienangehörigen von der Suchterkrankung und den Belastungen?
- Was weiß das Kind über die Suchterkrankung der Eltern; welche Erklärungsansätze hat es für sich?
- Was wird dem Kind generell erzählt? (z.B. Kindesunangemessene Inhalte? Tabuthemen? Familiengeheimnisse?)
- Existieren Schweigegebote?
- Äußerungen des Kindes über daheim? Äußerungen in anderen Kontexten / Institutionen bekannt? (z.B. in der Tagesgruppe: „ihr habt hier ja gar keinen Alkohol im Kühlschrank“, oder: „Mama liegt immer auf der Couch“)
- Ist eine Benennung des Problems durch das Kind möglich?
- Kann das Kind mit der elterlichen Suchterkrankung einhergehende Emotionen benennen (Angst, Ekel, Sorge, Scham etc.)?
- Welches konkrete Verhalten zeigt das Kind den Eltern gegenüber? Sorge, Ängste, Verlustängste? Abgestumpftheit? Abwehr? Aggressivität (z.B. in Bringe- bzw. Abholsituationen?)

Entwicklung / Auffälligkeiten des Kindes

- Entwicklungsstand des Kindes (altersadäquat? akzeleriert? verzögert? retardiert?)
- In welchen Bereichen? Motorik, Sprache, Kognition und/oder sozio-emotional?
- Körperlicher Zustand des Kindes (Kleinwuchs? Untergewicht? Mikrozephalus?)
- Bei konsumierenden Müttern: Verdacht auf FASD?
- Symptomatik im Säuglingsalter (z.B. Regulationsstörung? Gedeihstörung?)
- Verdacht auf Bindungsstörung (unsicher, vermeidend, ambivalent, desorganisiert?)
- Verhalten des Kindergarten-Kindes (wirkt in Kita belastet? Spielverhalten? Empathiefähigkeit? Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen? Aggressive Tendenzen? Überanpassung? Imitationsverhalten? (imitiert Verhalten der Elternteile?) Aufmerksamkeitsuchendes Verhalten? Anhänglichkeit? Distanzlosigkeit? Lügen? autoaggressive Tendenzen (Fingernägelkauen? Trichotillomanie?) Rückzug? Fehlende Handlungsplanung? Außergewöhnliche Selbstständigkeit? Überverantwortlichkeit?)
- Weitere (spätere) Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (vermutet? diagnostiziert?) Konzentrationsschwierigkeiten? Schulversagen; Schulabsenz; Schulverweigerung? Aggressivität? Sozialer Rückzug? Depressivität? Suizidalität?)
- Schlafmangel, Schlafstörungen (Kind permanent übermüdet?)
- psychosomatische Beschwerdebilder (unerklärliche Kopf-, Bauchschmerzen, Schwindelanfälle?)
- Adipositas? Magersucht? Bulimie? Generell Essstörung?

- Bereits eigenes riskantes Verhalten des Jugendlichen in Bezug auf Substanzgebrauch?
- Ansätze zu Verhaltenssüchten (z.B. exzessiver TV-, PC-, Spielkonsum? Digitaler Medienkonsum (Smartphone, Tablet)?)
- Delinquentes Verhalten? Straffälligkeit?

- Freunde? Freundinnen? = Ressourcen?
- Drogen- und Alkoholkonsum in der Peer-Group?
- Perspektiven bezüglich Schule und Berufsausbildung?
- Äußerungen der Kinder und Jugendlichen in Bezug auf Perspektiven?
- Können mögliche Auffälligkeiten / Symptome des Kindes von den Eltern in einen Zusammenhang mit der eigenen Suchterkrankung gebracht werden?
- Können kurz- und langfristige Auswirkungen der Suchterkrankung (der eigenen u/o der des Partners) auf das Erleben und die Entwicklung des Kindes wahrgenommen (realistisch eingeschätzt) werden?
- Kann Verantwortung bei sich selbst gesehen werden? Oder Schuldzuweisung nach außen?
- Entwicklungs- und Gesundheitsfürsorge im elterlichen Haushalt überhaupt möglich?

(Hilfe-)Systeme um die Familie herum

- Gibt es relevante weitere Familienangehörige (z.B. Großeltern)? Welche Funktion haben diese? Eher be- oder entlastend?
- Beziehung der Kinder zu Stiefeltern bzw. Lebensgefährte:innen der Eltern? Eher kompensatorisch oder zusätzlich belastend?
- Unterstützungssysteme, Vertrauensperson/en für das Kind? (z.B. Nachbarn?)
- Sicherungssysteme in Krisensituationen; Existieren Notfallstrategien für Eltern und Kinder?
- Welche Interventionsstrategien gab es bislang von außen?
- Welche Lösungen hat Familie bislang selbst angestrebt? Wie Stressabbau geschaffen?
- Ressourcen innerhalb der Familie? Kompetenzen?
- Bisherige Zusammenarbeit mit Jugendhilfe? Bereitschaft der Eltern, Jugendhilfe in Anspruch zu nehmen? Bereitschaft der Eltern, entwicklungspsychologische Beratung in Anspruch zu nehmen?
- Installation einer Sozialpädagogischen Familienhilfe? Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit?
- Bereitschaft der Eltern, auf weitere soziale Unterstützungssysteme zurückzugreifen?
- Soziale Kontrollen

