Sucht Aktuell
Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V. ISSN 1437-1650 Jahrgang 26/02.19

Sonderausgabe

Rahmenkonzept

für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung

Fachverband Sucht e.V.

Editorial

In dieser Sonderausgabe von **Sucht-***Aktuell* – die als Online- Ausgabe erscheint – widmen wir uns einer spezifischen Thematik.
Es geht darum, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit eröffnet, in diesem Setting nicht nur die Suchterkrankung der Eltern zu behandeln, sondern auch deren Kinder hinsichtlich ihrer psychischen, sozialen, körperlichen und kognitiven Entwicklung zu fördern und die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern zu stärken.
In der Mehrzahl der Fälle liegt noch keine psychische Erkrankung der Kinder vor, es bestehen jedoch häufig bereits Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen. Durch den Einbezug der Kinder stellen sich im Kontext der Behandlung vielfältige Anforderungen an deren Eltern, wie auch an die Behandlungseinrichtungen und nicht zuletzt die Leistungsträger.
In dem nun erstmalig vorliegenden übergreifenden Rahmenkonzept werden zunächst die Entwicklungsfolgen und die spezischen Gefährdungen der Kinder beschrieben, auf entwicklungspsychologische Aspekte und Grundbedürfnisse hingewiesen und es wird auf entsprechende Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtbelasteten Familien eingegangen. Im Weiteren werden grundlegende strukturelle Aspekte und Handlungsmöglichkeiten in der stationären Entwöhnungsbehandlung vorgestellt, die sich über einen vergleichsweise langen Zeitraum von drei bis sechs Monaten erstreckt. Eingegangen wird auch auf den Aspekt der Förderung der Nachhaltigkeit des in der Behandlung Erreichten und die Vernetzung mit weiteren Angeboten.
Wir sollten alles dafür tun, entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine an den umfangreichen Bedarfen orientierte Versorgung für die suchtkranken Eltern und ihre Kinder sicherzustellen. Insgesamt ist eine leistungsgerechte Finanzierung von Eltern mit Kindern in der Entwöhnungsbehandlung bislang nicht entsprechend geregelt und bedarf einer verbindlichen Grundlage. Von daher ist ein Dialog von Politik, Leistungsträgern und Leistungserbringer gefordert, um zu bedarfsgerechten Lösungen zur Stabilisierung und Weiterentwicklung dieses Behandlungsangebotes zu kommen. Dafür werden wir uns einsetzen.
Dank sagen möchte ich an dieser Stelle all denjenigen, die an der Entwicklung des Rahmenkonzepts mitgewirkt haben, dies waren Expert*innen des Fachverbandes Sucht e.V., des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. sowie aus dem Bereich der Wissenschaft.
Gerne können Sie uns Rückmeldungen und Anregungen zum Rahmenkonzept geben.

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.

Impressum

Sucht*Aktuell* **Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.**

Herausgeber: Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn,
Tel.: 0228 / 26 15 55, Fax: 0228 / 21 58 85
www.sucht.de, sucht@sucht.de

Redaktion: Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V., Bonn
Hubert C. Buschmann, MEDIAN Klinik Tönisstein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Redaktionsassistenz: Ursula Köstler, Fachverband Sucht e.V., Bonn

Fachredaktion: Wilma Funke, Kliniken Wied, Wied
Petra Schuhler, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen

Gutachtergremium:
Martina Fischer, Schalkenmehren
Joachim Funke, Heidelberg
Manuela Glattacker, Freiburg
Willem Hamdorf, Vitense-Parber
Reiner Hanewinkel, Kiel
Dieter Henkel, Frankfurt
Michael Klein, Mayen
Thorsten Köhler, Köln
Günter Krampen, Trier
Ludwig Kraus, München
Heinrich Küfner, München
Johannes Lindenmeyer, Lindow
Rüdiger Nübling, Stuttgart
Anne Peters, Lübstorf
Tim Pfeiffer-Gerschel, München
Karl-Heinz Reuband, Düsseldorf
Oliver Scheibenbogen, Wien (AUT)
Alfred Uhl, Wien (AUT)
Irmgard Vogt, Frankfurt
Manfred Zielke, Mönkeberg

Erscheinungsweise: Zwei Ausgaben pro Jahr (ohne Sonderausgabe)

Weitere Angaben: www.sucht.de ➔ Fachpublikum ➔ Veröffentlichungen ➔ SuchtAktuell

Layout und Druck: Messner Medien GmbH, Rheinbach

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

ISSN 1437-1650

Rahmenkonzept

für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung

Herausgeber:

Fachverband Sucht e.V.

unter Mitwirkung von:

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prof. Dr. Rainer Thomasius

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln
Prof. Dr. Michael Klein

MSH Medical School Hamburg
Fakultät Gesundheit
Prof. Dr. Sonja Bröning

Das Rahmenkonzept wurde entwickelt von der Arbeitsgruppe „Kinder Suchtkranker in der stationären Entwöhnungsbehandlung“ unter Koordination des Fachverbandes Sucht e.V.

Autoren/innen:

Mohamed Abu Khatir, salus kliniken GmbH & Co. Hürth KG

Prof. Dr. Sonja Bröning, MSH Medical School Hamburg

Martina Fischer, MEDIAN Kliniken Daun - Altburg & Thommener Höhe

Natalie Jatzlau, Fontane-Klinik

Prof. Dr. Michael Klein, Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abt. Köln,

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung

Dr. Ursula Köstler, Fachverband Sucht e.V.

Sabrina Kunze, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) – UKE

Gotthard Lehner, Fachklinik Haus Immanuel, Stv. Vorsitzender Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

Dr. Konstant Miehe, MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda

Dr. Robert Neumann, MEDIAN Klinik Römhild

Iris Otto, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

Prof. Dr. Rainer Thomasius, Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) - UKE

Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V. (Leitung und Koordination)

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung ... 6

Vorwort ... 7

1 Einführung ... 8

2 Ausgangssituation von Kindern suchtkranker Eltern ... 9

2.1 Prävalenzen ... 9

2.2 Entwicklungspsychologische Aspekte und menschliche Grundbedürfnisse ... 9

2.3 Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtbelasteten Familien ... 9

2.4 Suchterkrankungen des Elternteils: Auswirkungen auf das System Familie ... 10

3 Einbindung von Kindern suchtkranker Eltern in die stationäre Entwöhnungsbehandlung ... 11

3.1 Spezifika des Aufnahmeverfahrens in die Entwöhnungsbehandlung und der erforderlichen Vernetzung ... 12

3.2 Erfassung der Bedarfe der Kinder und der suchtkranken Eltern ... 12

3.3 Basisausstattung, Standardleistungen und Personalbedarf ... 14

4 Spezifische Leistungen für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern in der Entwöhnungsbehandlung ... 15

4.1 Programm für Kinder im Alter zwischen 0 bis 3 Jahren ... 15

4.1.1 Ausgangslage/Spezifikation der Zielgruppen und deren Bedarfe ... 15

4.1.2 Zielsetzungen ... 16

4.1.3 Methodik/Verfahren (Beispiel *STEEP*-Programm) ... 16

4.2 Programm für Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren ... 16

4.2.1 Ausgangslage / Spezifikation der Zielgruppe und deren Bedarfe ... 16

4.2.2 Zielsetzungen ... 17

4.2.3 Methodik / Verfahren (Beispiel *Papilio-3bis6*) ... 17

4.3 Programm für Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren ... 17

4.3.1 Ausgangslage/Spezifikation der Zielgruppe und deren Bedarf ... 17

4.3.2 Zielsetzungen ... 17

4.3.3 Methodik/Verfahren (Beispiel *Trampolin*) ... 17

4.4 Förderung der Elternkompetenz ... 17

4.4.1 Ausgangslage / Spezifikation der Zielgruppe und deren Bedarfe ... 17

4.4.2 Zielsetzungen von Elternmodulen kindbezogener Förderprogramme ... 17

4.4.3 Elternbezogenes Programm zur Stärkung von Erziehungsfertigkeiten (Beispiel *Triple P*) ... 18

4.4.4 Transfer der erworbenen Elternkompetenzen in den Erziehungsalltag ... 18

5 Interne Vernetzung der Angebote in der Entwöhnungsbehandlung ... 18

6 Netzwerkarbeit, Nachsorge, weiterer Unterstützungsbedarf ... 18

7 Zusatzleistungen und Personalbedarf zur Förderung von Kindern und ihrer suchtkranken Eltern im Überblick ... 19

Ausblick ... 20

Literaturverzeichnis ... 22

Anhang I: Beispiel STEEP für 0 bis 3 Jährige ... 25

Anhang II: Beispiel *Papilio-3bis6 Jährige* ... 26

Anhang III: Beispiel *Trampolin für 6 bis 12 Jährige* ... 27

Anhang IV: Beispiel *Triple P Elterntraining* ... 28

Zusammenfassung

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell und umfasst damit auch die Lebens- und Kontextbedingungen des jeweiligen Menschen, der eine Suchterkrankung aufweist. Im Falle von Müttern/Vätern/Eltern mit Kindern müssen von daher auch deren Kinder bei der Planung, Durchführung und weiteren Verstetigung des im Rehabilitationsprozess Erreichten eine entsprechende Berücksichtigung erfahren. Denn es besteht nicht nur ein Erziehungsauftrag der Eltern, sondern deren Rehabilitationserfolg – und damit auch die Wirtschaftlichkeit der Rehabilitationsleistung – ist eng mit einer Stabilisierung und positiven Entwicklung der Kinder verbunden. Zudem weisen Kinder suchtkranker Eltern erhöhte Risiken auf, selbst psychische Störungen und im weiteren Lebenslauf auch Suchterkrankungen zu entwickeln. Die Entwöhnungsbehandlung eröffnet die Möglichkeit, in diesem Setting nicht nur die Eltern zu behandeln, sondern auch die Kinder hinsichtlich ihrer psychischen, sozialen, körperlichen und kognitiven Entwicklung zu fördern und die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern zu stärken. In der Mehrzahl der Fälle liegt noch keine psychische Erkrankung der Kinder vor, es bestehen jedoch häufig bereits Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen. Von daher sind entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen auf der Ebene der Leistungsträger erforderlich, welche eine an den umfangreichen Bedarfen orientierte Versorgung für die suchtkranken Eltern und ihre Kinder sicherstellen.

Denn gerade die stationäre Entwöhnungsbehandlung kann mit dem Angebot der gemeinsamen Aufnahme von suchtkranken Eltern (Mütter/Väter) und ihren Kindern über einen längeren Zeitraum eine große Chance dafür bieten,

- die Kontinuität der Eltern-Kind-Beziehung aufrecht zu erhalten,
- die Ressourcen der Erwachsenen und der Kinder zu stärken,
- zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion und zur gegenseitigen Vertrauensbildung beizutragen,
- eine altersgerechte Entwicklung der Kinder und deren Erlebnisfähigkeit zu fördern,
- durch das Erlernen neuer Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien der Eltern im Umgang mit dem Kind zur Stabilisierung des Elternteils beizutragen und
- damit auch einen Beitrag zur Rückfallprävention zu leisten.

Durch den Einbezug der Kinder stellen sich vielfältige Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen. Beispielsweise ist diese komplexe Leistungsform – welche auch die Verhältnisse und die Angehörigen der suchtkranken Eltern in den Rehabilitationsprozess mit einbezieht – mit einem hohen Abstimmungsaufwand im Vorfeld und während der Entwöhnungsbehandlung wie auch bezogen auf den poststationären weiteren Verlauf verbunden. Zudem bedarf es besonderer Angebote für die Kinder und deren Eltern im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung, welche über Leistungen der Betreuung, Versorgung und Unterkunft (vorgesehen im Haushaltshilfesatz für sog. „Begleitkinder") weit hinausgehen.

Das vorliegende Rahmenkonzept beschreibt zunächst die Ausgangssituation von Kindern suchtkranker Eltern. Dargestellt werden die Entwicklungsfolgen und die spezifischen Gefährdungen der Kinder, entwicklungspsychologische Aspekte und Grundbedürfnisse sowie entsprechende Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Im Weiteren werden Möglichkeiten für Intervention in der stationären Entwöhnungsbehandlung mit einem vergleichsweise langen Zeitraum von drei bis sechs Monaten vorgestellt.

Innerhalb des zur Verfügung stehenden langen Zeitraums kann eine intensive Beobachtung, Begleitung und Förderung suchtbelasteter Eltern und ihrer Kinder durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam gewährleistet werden. Bei der Bedarfsfeststellung sind entsprechende Vorbefunde zu berücksichtigen, des Weiteren erfolgt die Analyse und Spezifizierung von Förderbedarfen im Rahmen der Aufnahmephase und im Rehabilitationsprozess.

Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung geht es im weiteren Verlauf – neben der Berücksichtigung entsprechender Grundbedürfnisse – um die Ermöglichung und Verankerung neuer Erfahrungen und Verhaltensweisen der Kinder, deren alters- und entwicklungsbezogene Unterstützung durch spezifische Angebote wie auch um die Förderung der Elternkompetenz und der Eltern-Kind-Beziehung. Entsprechend spezifische Leistungen lassen sich als flexible Bausteine in vorhandene Regelangebote für die Kinder und ihre suchtkranken Eltern integrieren und ergänzen diese.

Im Rahmenkonzept werden zunächst die Basisausstattung, Standardleistungen und der grundsätzliche Personalbedarf beschrieben, die an Einrichtungen, welche Suchtkranke mit ihren Kindern aufnehmen, zu stellen sind. Beispielhaft werden danach altersspezifische Förder- bzw. Unterstützungsangebote für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern vorgestellt. Hierbei handelt es sich um Programme für die Altersgruppen zwischen 0 bis 3 Jahren, 3 bis 6 Jahren und 6 bis 12 Jahren. Ein weiterer spezifischer Baustein befasst sich mit der Förderung der Elternkompetenz.

Zu gewährleisten sind zudem die interne Vernetzung der Eltern-Kind-Angebote in der Entwöhnungsbehandlung wie auch die Netzwerkarbeit im Rahmen der Nachsorge und eines spezifischen Entlassmanagements, um die Nachhaltigkeit des Erlernten zu gewährleisten und zur weiteren Stabilisierung im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung beizutragen.

Im Rahmenkonzept werden abschließend die spezifischen bzw. zusätzlichen Leistungen für die Eltern und ihre Kinder aufgelistet, welche beispielsweise auch im Rahmen der Qualitätsvorgaben der Leistungsträger (z.B. Klassifikation therapeutischer Leistungen) eine entsprechende Berücksichtigung erfahren sollten. Zudem wird auf die entsprechenden zusätzlichen Personalressourcen eingegangen.

Insgesamt ist eine leistungsgerechte Finanzierung von Eltern mit Kindern in der Entwöhnungsbehandlung bislang nicht entsprechend geregelt und bedarf einer verbindlichen Grundlage. Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, welche mit diesem spezifischen Behandlungsangebot einhergehen, ist ein Dialog von Politik, Leistungsträgern und Leistungserbringer gefordert, um zu bedarfsgerechten Lösungen zur Stabilisierung und Weiterentwicklung dieses Behandlungsangebotes zu kommen.

Die Entwicklung des vorliegenden Rahmenkonzepts wurde vom Fachverband Sucht e.V. initiiert und koordiniert und unter Mitwirkung von weiteren Expert*innen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und aus dem Bereich der Wissenschaft entwickelt.

Vorwort

Die Behandlung von suchtkranken Eltern mit Kindern in der stationären Entwöhnungsbehandlung ist eine wichtige Angebotsform, welche neue Perspektiven für alle Beteiligten eröffnet. Verbunden mit einer über den suchtkranken Menschen hinausgehenden Behandlung durch den Einbezug der Kinder stellen sich allerdings komplexe Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen. So ist diese komplexe Angebotsform mit spezifischen Leistungen und Ausstattungsmerkmalen einer Einrichtung wie auch mit einem hohen Abstimmungsaufwand im Vorfeld, während der Entwöhnungsbehandlung sowie bezogen auf den poststationären weiteren Verlauf verbunden.

In der Regel besteht ein deutlicher Bedarf der Kinder in ihrer Entwicklung angemessen gefördert zu werden. In der Mehrzahl der Fälle liegt zwar keine diagnostizierte psychische Erkrankung der Kinder vor, es bestehen jedoch häufig Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen der Kinder. Von daher erweitert sich im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung der Fokus von der Behandlung des suchtkranken Elternteils auf die fachkompetente Begleitung, Unterstützung und Förderung der Kinder unter Berücksichtigung der erforderlichen Elternkompetenz im Umgang mit ihren Kindern in einem geschützten Rahmen. Einem Großteil der Kinder, bei denen keine spezifischen bzw. akut behandlungsbedürftigen Störungen vorliegen, wird mit einem intensiven pädagogisch, sozio-emotional und interaktiv ausgerichteten Förderangebot unter aktivem Einbezug der Eltern im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung sehr geholfen. Dies trägt letztlich auch zur Stabilisierung und Rückfallprävention des Elternteils bei.

Problematisch ist, dass die verschiedenen Sozialgesetzbücher bislang vorrangig Hilfen und Angebote für den jeweils Versicherten kennen, darüber hinausgehende familienorientierte Rehabilitations- und Behandlungsangebote sind derzeit auf spezifische Zielgruppen von chronisch kranken Kindern und ihre Angehörigen beschränkt und stellen insgesamt weitgehend noch Neuland dar. Anteilige Kosten für diese sog. „Begleitkinder" werden aktuell überwiegend von der Rentenversicherung – als zumeist zuständigem Leistungsträger für den Elternteil – im Rahmen der begrenzten Mittel der Haushaltshilfe übernommen. Zu einem geringeren Anteil sind für die Rehabilitation des Elternteils aus versicherungsrechtlichen Gründen auch die gesetzlichen Krankenkassen Leistungsträger. Bei eigenständigem Behandlungsbedarf der Kinder ist wiederum die Jugendhilfe ebenfalls zuständig. In Einzelfällen gibt es Mischfinanzierungsmodelle, z. B. von der Rentenversicherung für Leistungen der Betreuung, Versorgung und Unterkunft (über Haushaltshilfesatz) und von zusätzlichen Leistungen durch die Jugendhilfe. Insgesamt ist die leistungsgerechte Finanzierung von Eltern mit Kindern in der Entwöhnungsbehandlung jedoch nicht entsprechend geregelt und bedarf einer verbindlichen Grundlage. Denn es stellen sich in der Entwöhnungsbehandlung für die gemeinsame Aufnahme und Förderung von Kindern mit ihren suchtkranken Eltern vielfältige Aufgaben, die mit einem erheblichen Aufwand verbunden sind und deutlich über eine reine Unterbringung, Versorgung und Betreuung der Kinder hinausgehen.

Nur ein vergleichsweise geringerer Teil der mitgebrachten Kinder bedarf einer weiterführenden Kinder- und Jugendlichenrehabilitation aufgrund eigenständiger psychischer und/oder somatischer Diagnosen bzw. schwerwiegender Entwicklungsdefizite. Von daher existieren in Deutschland bislang auch nur einzelne Angebote, welche parallel zur Suchtrehabilitation der Eltern zusätzlich eine Kinder- und Jugendlichenrehabilitation „unter einem Dach" anbieten. Zu beachten ist, dass für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation gesonderte Anforderungen an die personelle und sachliche Ausstattung dieser Rehabilitationseinrichtungen bestehen.

In diesem Rahmenkonzept stehen diese spezifischen Angebote der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation allerdings nicht im Mittelpunkt, vielmehr geht es darum, dass frühzeitig bei den Kindern mit einem entsprechenden Förderbedarf interveniert wird, damit die Entwicklung von psychischen Störungen und weiteren Defiziten möglichst frühzeitig verhindert und die Kompetenz der Eltern gestärkt wird.

Zielsetzung dieses Rahmenkonzept ist es, die entsprechenden Bedarfe, Interventionsmöglichkeiten und Förderangebote sowie Rahmenbedingungen im stationären Setting, wie auch die erforderliche Vernetzung und externen Kooperationsmöglichkeiten zu beschreiben. Damit soll zur Entwicklung von erforderlichen Standards für die Rehabilitation von suchtkranken Eltern mit Kindern beigetragen werden. Im jeweiligen Einrichtungskonzept sind – auch in Abhängigkeit von der Anzahl und dem Alter der aufgenommenen Kinder – selbstverständlich Spezifizierungen und Anpassungen des hier beschriebenen Rahmenkonzepts erforderlich. Es wird im Weiteren sicherlich aber auch darum gehen, auf dieser Basis zu einer verbindlichen und leistungsgerechten Vergütung der entsprechenden Angebotsformen zu kommen.

Mit dem Rahmenkonzept angesprochen werden sollen Entscheidungsträger im Bereich der verschiedenen Leistungsträger, der Politik sowie Expert*innen im Bereich der Suchtkrankenhilfe und -behandlung.

Wir danken an dieser Stelle allen Autor*innen, die an der Erstellung des Rahmenkonzepts mitgewirkt haben.

1 Einführung

Etwa 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche sind von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen (vgl. Christiansen, Anding & Donath, 2014). Davon sind, wenn man von der Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung ausgeht, ca. 15 % unter drei Jahre alt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). Die Absicherung von Kindeswohl ist – spätestens seit der Ratifizierung der UN-Kinderrechtskonvention, dort in Art. 3 festgeschrieben als ein Handeln zum Wohl des Kindes, in der englischen Version präzisierter ausgedrückt als *best interests of the child* (UN, 2013), – zu einem zentralen politischen Thema geworden. Fast täglich erscheinen Nachrichten über verwahrloste, unterversorgte und psychisch besonders belastete Kinder. Der Deutsche Bundestag hat anlässlich der Bedeutung des Themas im Sommer 2018 unter Beteiligung verschiedener Bundesministerien hierzu eine Arbeitsgruppe „Kinder psychisch kranker Eltern" eingesetzt. Kinder suchtkranker Eltern gehören auch zur Gruppe der Kinder psychisch kranker Eltern. Zu beachten ist, dass Suchterkrankungen zu den besonders häufig auftretenden psychischen Störungen zählen und diese darüber hinaus oft in Kombination mit anderen psychischen Störungen auftreten. Im vorliegenden Rahmenkonzept stehen Kinder, die ihre suchtkranken Eltern während der stationären Entwöhnungsbehandlung begleiten (derzeit sog. „Begleitkinder"), im Mittelpunkt.

Die Entwöhnungsbehandlung eröffnet grundsätzlich die Chance, in diesem Setting nicht nur die Eltern (in der Regel die Mütter) zu behandeln, sondern auch die Kinder hinsichtlich ihrer psychischen, sozialen, körperlichen und kognitiven Entwicklung zu fördern und die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern zu stärken. Auch Frühinterventionen bei bereits auftretenden allgemeinen bzw. spezifischen Förderbedarfen können in diesem Setting erfolgen und das Risiko für spätere, chronifizierte Störungen damit abgesenkt werden. Es ist schon lange bekannt, dass Kinder suchtkranker Eltern zur größten Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung gehören (Klein, 2018a). Obwohl die Forschung zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen für Kinder suchtkranker Eltern insgesamt noch sehr ausbaufähig ist, zeigen sich in diversen Studien präventive Effekte entsprechender Förderprogramme (Bröning et al., 2012a; Bröning et al. 2019).

Entsprechende Fördermaßnahmen sollten generell noch stärker für Kinder genutzt werden, deren Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden. Eine frühzeitige Bedarfsfeststellung und damit verbundene Interventionen sind bei dieser Risikogruppe ein wichtiger Schritt, da sonst mit hoher Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Konsequenzen auf psychischer und körperlicher Ebene drohen bzw. in Form verschiedener Symptome bereits vorliegen können. Diese Präventions-, Förder- und Interventionsmaßnahmen erfolgen bisher i.d.R. nicht oder nur in geringem Umfang, insbesondere da selektive Prävention und frühzeitige Interventionen für diese Risikogruppe bislang kaum im Sozial- und Gesundheitssystem verankert sind (Klein, 2018b). Gleichwohl gibt es verschiedene rechtliche Grundlagen, welche allerdings in die Zuständigkeit unterschiedlicher Sozialgesetzbücher fallen, die hier herangezogen werden können. Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist im SGB VIII das Recht der individuellen und sozialen Entwicklung und die Vermeidung von Benachteiligungen von jungen Menschen sowie der Anspruch der Eltern auf Beratung und Unterstützung bei der Erziehung (§ 1 SGB VIII) gesetzlich festgelegt. Die wichtige Zielsetzung, das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in ihren Lebenswelten, d. h. in bedeutsamen, abgrenzbaren sozialen Systemen (z. B. der medizinischen und pflegerischen Versorgung) zu fördern, wird z.B. in § 20 (3) und § 20a (1) des SGB V formuliert. Im Bereich der Kranken- und Rentenversicherung existiert zudem die Möglichkeit der familienorientierten Rehabilitation, dies ist bislang beschränkt auf Angehörige eines chronisch kranken Kindes (Eltern und/oder Geschwister), die in den Rehabilitationsprozess einbezogen werden. Die Mitaufnahme ist dabei nicht von einem eigenständigen Rehabilitationsbedarf der Familienangehörigen abhängig, vielmehr ist entscheidend, dass die Erkrankung des Kindes die Alltagsaktivitäten der Familie erheblich beeinträchtigt. Diese Rehabilitationsform ist zu unterscheiden von der sog. „Mutter/Vater-Kind-Rehabilitation", da im Unterschied dazu hier der Rehabilitationsbedarf bei der Mutter oder dem Vater liegt. Für Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsleistungen ist ausschließlich die Gesetzliche Krankenversicherung zuständig.

Es gibt somit verschiedene Möglichkeiten, auch im Bereich der Rehabilitation nicht nur eine versicherte Person, sondern auch dessen Angehörige in den Rehabilitationsprozess aktiv einzubeziehen und auch für ihn entsprechende Leistungen bereitzustellen.

Eine stationäre Entwöhnungsbehandlung würde in diesem Sinne für suchtkranke Eltern und ihre Kinder ein bedeutsames Lebens- und Handlungsfeld darstellen, denn dieses bietet eine einzigartige Möglichkeit für zielgerichtete Interventionen und frühe Hilfen, die sowohl den betroffenen Elternteil bzw. die betroffenen Eltern als auch deren Kinder einbeziehen.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung ermöglicht – je nach Indikationsstellung – ein Angebot für die Eltern (i.d.R. der Mutter) und ihre Kinder in einem Zeitraum von 3 – 6 Monaten. Unter Berücksichtigung einer erforderlichen Eingewöhnung des Kindes in den stationären Rahmen können entsprechende Leistungen somit in intensiver Form über einen längerfristigen Zeitraum angeboten werden, was eine wichtige Voraussetzung dafür darstellt, dass diese ihre Wirkung entfalten können.

Mütter/Väter/Eltern mit einer Suchtproblematik sind trotz hohen Hilfebedarfs und eines erhöhten Risikos einer Kindeswohlgefährdung ansonsten schwer zu erreichen. Die Inanspruchnahme der Hilfesysteme (Gesundheitshilfe, Gynäkologie, Jugendhilfe, Suchtberatung, etc.) ist somit nicht gesichert und die Suchtproblematik wird häufig aus Scham oder aus Angst vor Repressionen verheimlicht. Daraus folgt, dass suchtkranke Eltern mit ihren komplexen Belastungen und deren Kinder häufig isoliert und ohne Unterstützung bleiben.

Der Entscheidung für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung geht bei betroffenen Eltern meist ein längerer Motivationsprozess voraus. Häufig sind es etwa Verlustängste ganz unterschiedlicher Art, die ein Einlassen auf das Hilfesystem forcieren bzw. eine Veränderungsbereitschaft bzw. Behandlungseinsicht möglich machen. Für Eltern ist dies sehr häufig die Angst, ihre Kinder zu verlieren oder als Elternteil versagt zu haben, verbunden mit der Sorge, keine adäquate Unterstützung ihrer Kinder leisten zu können. Das Vorhandensein von Kindern kann bei suchtkranken Eltern also, auch vor dem Hintergrund entsprechender Interventionen der verschiedenen Sozial- und Gesundheitsdienste (z. B. Jugendamt, Pädiatrie), zu einer erhöhten Bereitschaft hinsichtlich der Inanspruchnahme einer stationären Rehabilitationsleistung und zur Selbstreflexion insgesamt führen.

Im Rahmen einer stationären Entwöhnungsbehandlung eröffnen sich für die Eltern, wie auch deren Kinder, grundlegend neue Perspektiven:

- Durch die Mitnahme der Kinder kann eine Fremdunterbringung abgewandt und damit die Konstanz der Beziehung zu den Eltern erhalten, wieder aufgebaut und gefestigt werden.
- Die Kinder bekommen die Chance, den Veränderungsprozess der Eltern während der Therapie vor Ort zu erleben und werden in diesen aktiv einbezogen.
- Die Kinder erfahren im Zusammenleben mit den Eltern ein Modell gesunder Lebensführung und können beginnen, sich aus einer potentiellen Suchtgefährdung bzw. dysfunktionalen Verhaltensmustern zu lösen.
- Die Kinder können in ihrer Entwicklung altersgerecht gefördert und ihre Ressourcen gestärkt werden.
- Die Kinder erfahren Entlastung in Hinsicht dysfunktionaler Interaktionsmuster mit den Eltern (z. B. Parentifizierung, übermäßige Sorge für und Kontrolle der Eltern).

- Die Bindungsqualität der Eltern-Kind- Beziehung kann gefördert werden.
- Die Kinder erfahren über die Förderung der Kontakte zu Gleichaltrigen und Kindern in ähnlicher Lage einen Ausstieg aus Einsamkeit und Isolation.
- Die Kinder erhalten die Möglichkeit, ihre bisherige Erfahrung mit der elterlichen Suchterkrankung altersgerecht zu thematisieren und zu verstehen.

Zudem kann in diesem Setting auch die Elternkompetenz im Umgang mit dem Kind, seiner Pflege und Erziehung gefördert werden, was eine zentrale Grundlage für eine nachhaltige Veränderung darstellt.

Da die Förderung einer gesunden psychischen Entwicklung der Kinder erfordert, dass die Verbesserungen gegenüber bisherigen Erfahrungen konkret und wiederholt erlebt werden, bedarf es der Bereitstellung von neuen Erfahrungsräumen über eine längere Zeit. Diese beinhalten etwa Stabilität, Berechenbarkeit und Transparenz des Elternverhaltens, die Förderung sicherer Bindungserfahrungen und eine harmonische, gewaltfreie Familienatmosphäre.

Um diese neuen Erfahrungsräume und daraus erwachsende Perspektiven für die betroffenen Kinder zu eröffnen, sollten familien-, kind- und eltern-gerechte Strukturen und Angebote im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung vorgehalten werden. Dies stärkt nicht zuletzt auch die Motivation und den Behandlungserfolg der suchtkranken Eltern. Der Kontext einer stationären Entwöhnungsbehandlung bietet für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern – mit den spezifischen Rahmenbedingungen (z. B. Abstinenz, therapeutisches Milieu, Behandlungsdauer bis zu sechs Monate mit Möglichkeit der zusätzlichen Adaption) sowie den personellen und fachlichen Voraussetzungen – ein besonders geeignetes Setting für entsprechende Interventionen, mit der Möglichkeit auch nachhaltige Wirkungen zu erzielen.

2 Ausgangssituation von Kindern suchtkranker Eltern

2.1 Prävalenzen

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass bis zu 3 Millionen Kinder und Jugendliche in einem Haushalt leben, in dem ein oder beide Elternteile von einer Suchterkrankung betroffen sind (vgl. Klein; Thomasius; Moesgen, 2017; Klein, 2018a). Schätzungen aus europäischer Perspektive zufolge sind in Deutschland 5–6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen (EMCDDA, 2008). Vorliegenden Schätzungen zufolge stammen etwa 60.000 Kinder von einem opiatabhängigen Elternteil ab und leben teilweise mit diesem zusammen (National Association for Children of Addiction NACOA, 2006). Außerdem ist in Deutschland von mindestens 500.000 Kindern glücksspielsüchtiger Eltern auszugehen (Klein, 2018a). Zahlen über Kinder aus Familien, in denen andere illegale Drogen, wie z. B. Cannabis, Kokain, (Meth-)Amphetamine und Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) oder Medikamente eine Rolle spielen, liegen in Deutschland bislang nicht vor. Zwar sind die jeweiligen Prävalenzen zu diesen verschiedenen Substanzen dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2016 zu entnehmen (Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016), ob die betroffenen Personen Eltern sind, wird aber nicht berücksichtigt. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist über alle Substanzgruppen hinweg von einer erheblichen Dunkelziffer und damit von einer noch höheren Gesamtzahl Kinder suchtkranker Eltern auszugehen (Thomasius & Klein, 2018).

Erhebungen der Suchtverbände (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss), Fachverband Sucht e.V. (FVS)) gehen aktuell von ca. 1.000 Kindern in Deutschland pro Jahr aus, die sich mit ihren Eltern (v.a. der Mutter) in einer stationären Suchtrehabilitation befinden.

2.2 Entwicklungspsychologische Aspekte und menschliche Grundbedürfnisse

Bevor auf konkrete Förder- und Interventionsleistungen für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern in der Entwöhnungsbehandlung eingegangen wird, sollen an dieser Stelle zunächst grundlegende Kerngedanken, die auf den wichtigsten menschlichen Grundbedürfnissen basieren, dargestellt werden.

Daraus erschließen sich im Folgenden die besonderen Chancen und zugleich die notwendigen Voraussetzungen sowie erforderlichen Rahmenbedingungen im Kontext einer stationären Entwöhnungsbehandlung (s. Kapitel 3).

Ein Kind braucht und hat ein Recht auf Liebe, Anregung, Bildung, Fürsorge, Pflege und Sicherheit. Es muss verlässliche Beziehungen eingehen können, sich in der Welt als (selbst-)wirksam und kompetent erleben und altersgerecht Orientierung erhalten, um sich wohlzufühlen, um sich sozial und emotional gut zu entwickeln und um über die Zeit eine „stabile und zugleich schwingungsfähige Identität" (Brisch et al. 2009, S. 14) zu entwickeln. Unterschiedliche Autoren wie Maslow (1981), Grawe (1998), Deci & Ryan, (2008) haben versucht, physiologische und psychologische Grundbedürfnisse zu kategorisieren und zu strukturieren. Als physiologische Grundbedürfnisse für Säuglinge und Kleinkinder nennen Brisch et al. (2009) die ausreichende Versorgung mit Sauerstoff, Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Wärme sowie einen ausgeglichenen Schlaf-Wach-Rhythmus, der sowohl Phasen der Erholung als auch solche der wachen, angeregten Aktivität enthält. Als psychologische Grundbedürfnisse für diese Altersgruppe werden Sicherheit und Schutz, Anregung und Exploration, sensorische Stimulation, Vermeidung von negativen Stimuli, Selbstwirksamkeit und verbindliche, tragfähige Beziehungen zu den Eltern genannt. Je jünger das Kind ist, desto mehr ist es auf die Befriedigung dieser Bedürfnisse von außen her angewiesen. Ein vielbeachteter altersunabhängiger Katalog der basalen Grundbedürfnisse von Kindern findet sich bei Brazelton und Greenspan (2009). Sie unterscheiden „Seven irreducible needs" (sieben unreduzierbare und nicht verhandelbare Bedürfnisse):

- Bedürfnis nach beständigen liebevollen Beziehungen
- Bedürfnis nach körperlicher Unversehrtheit und Sicherheit
- Bedürfnis nach individuellen, der persönlichen Veranlagung entsprechenden Erfahrungen
- Bedürfnis nach alters- und entwicklungsgerechten Erfahrungen
- Bedürfnis nach Grenzen und Strukturen
- Bedürfnis nach stabilen und unterstützenden sozialen Gruppen / Gemeinschaften
- Bedürfnis nach einer sicheren Zukunft für die Menschheit

2.3 Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtbelasteten Familien

Für Kinder suchtkranker Eltern liegt eine deutlich höhere Gefährdung vor, im späteren Leben selbst eine Abhängigkeitserkrankung und/oder psychische Störung zu entwickeln (Thomasius & Klein, 2018).

Insbesondere für die Entwicklung einer eigenen Abhängigkeitserkrankung gelten diese Kinder als Hochrisikogruppe (Klein, 2005; Thomasius, Schulte-Markwort, Küstner & Riedesser, 2008). Am besten belegt ist dies für den Konsum von Alkohol. Zahlreiche internationale Studien zeigen, dass Kinder suchtkranker Eltern früher beginnen, Substanzen zu konsumieren (Waldron et al., 2014), früher erste Rauscherfahrungen sammeln (Wong et al., 2006), mehr Rauschtrinken betreiben (Weitzmann & Wechsler, 2000) und einen schnelleren Übergang vom ersten Konsum alkoholischer Getränke hin zu alkoholbezogenen Problemen vollziehen als Kinder aus unbelasteten Familien (Hussong, Bauer & Chassin, 2008).

Weitere Studien dokumentieren die Gefahr, andere psychische Störungen neben den Suchtstörungen zu entwickeln. So besteht bei Kindern suchtkranker Eltern z. B. eine erhöhte Auftrittswahrscheinlichkeit für externalisierende Auffälligkeiten, wie Störungen des Sozialverhaltens (Molina, Donovan & Belendiuk, 2010; Waldron, Martin & Heath, 2009) oder hyperkinetische Störungen (Kendler, Ohlsson, Sundquist & Sundquist,

2016; Parvaresh, Mazhari & Nazari-Noghabi, 2015). Auch im Bereich internalisierender Störungen zeigen sich Risiken (Hussong, Flora, Curran, Chassin & Zucker, 2008). So weisen betroffene Kinder im Vergleich zu unbelasteten Gleichaltrigen erhöhte Raten an Depressionen (Fuller-Thomson, Katz, Phan, Liddycoat & Brennenstuhl, 2013; Hill, Tessner & McDermott, 2011) oder Angststörungen (MacPherson, Stewart & McWilliams, 2001) auf. Beide, externalisierende wie internalisierende Störungen, können sich in allen Altersstufen der Kindheit und Jugend sowie später im Erwachsenenalter äußern (Park & Schepp, 2015) und gelten als stabile Prädiktoren für die Entwicklung einer eigenen substanzbezogenen Störung (King & Chassin, 2008) oder auch von Persönlichkeitsstörungen (Drake & Vaillant, 1988).

Spezifische Risiken bei Säuglingen und Kleinkindern sind die Etablierung einer sogenannten hochunsicheren Bindungsbeziehung zum psychisch kranken Elternteil und die Entwicklung einer Bindungsstörung, ggf. auch im Kontext von Vernachlässigung oder Misshandlung (Ziegenhain; Deneke, 2014).

Besonders schwerwiegend und dauerhaft sind pränatale Schädigungen durch Alkohol- und Drogenkonsum bzw. Abhängigkeitserkrankungen. Die entsprechenden Störungsbilder (FAS und FASD) werden oft nicht rechtzeitig verhindert (pränatal) und dann (postnatal) nicht frühzeitig genug erkannt (Landgraf & Heinen, 2013; Landgraf & Heinen, 2016). Auch hier kann die Entwöhnungsklinik mit dem entsprechenden Fachpersonal eine geeignete Möglichkeit bieten, entsprechende Störungen in der Kindheit frühzeitig zu erkennen und Verschlimmerungen der Sekundärschäden zu verhindern.

Eine Fülle neuerer Studien zeigt, dass in den ersten Lebensjahren in der Eltern-Kind-Interaktion wesentliche Grundlagen für die soziale und emotionale Entwicklung von Kindern gelegt werden (Obradović, 2016). Dies gilt besonders für risikobelastete Familien: Die Ergebnisse der Mannheimer Risikostudie machen deutlich, dass eine gelingende Eltern-Kind-Beziehung in der frühen Kindheit bei hoher Risikobelastung den zentralen Grundbaustein für die Resilienz der Kinder bis ins junge Erwachsenenalter hinein darstellte (Hohm et al., 2017). Familienvariablen haben jedoch über die gesamte Kindheit und Jugend eine gute Vorhersagekraft für das Entstehen von Substanz- und Verhaltensproblemen bei Kindern und Jugendlichen (Jenson & Fraser, 2015). So stellt auch die Pubertät mit ihren schnellen Entwicklungsveränderungen eine zentrale Phase in den Bindungsbeziehungen zwischen Eltern und Kindern dar (Schofield & Beek, 2009).

Suchtstörungen in Familien gehen häufig mit multiplen Stressoren einher. Diesbezügliche Studien zeigen, dass Kinder aus suchtbelasteten Familien im Vergleich mit Gleichaltrigen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit haben, in der Familie körperliche Vernachlässigung, Misshandlung oder auch sexuellen Missbrauch zu erfahren. Das Familienklima wird häufig als negativ, insbesondere als angespannt, unberechenbar und konfliktbelastet beschrieben, und die eigene Stimmungslage als verzweifelt (z. B. Velleman et al., 2016). Besonders in der frühen Kindheit können unsichere Bindungserfahrungen (Suchman et al., 2000; Eiden, Colder, Edwards & Leonard, 2009) und frühe Traumatisierungen (Klein, Thomasius & Moesgen, 2017) zu geringerer Stressresistenz und einer verschlechterten Emotionsregulation führen (Pechtel & Pizzagalli, 2011). Hinzu kommen weitere Risikofaktoren wie nachteilige soziodemographische Bedingungen (Serec et al., 2012), Stigmatisierung durch das soziale Umfeld, Fremdunterbringungen der Kinder (Forrester et al., 2011, Raitasalo et al, 2015) und vieles mehr.

Das Zusammenspiel dieser Stressoren ist komplex und bestimmt letztlich auch die Wege, durch welche substanzbezogene Probleme der Eltern letztlich auf die Kinder übertragen werden. Bei alkoholbezogenen Störungen spielen sowohl genetische (Sørensen et al., 2011; Zimmermann, Mick & Mann, 2008) als auch psychologische Faktoren, wie die dysfunktionale Verarbeitung negativer Erfahrungen in der Familie (Zobel, 2006), Modelllernen (z. B. Konsum zur Selbstmedikation, Emotionsregulation; Cleveland, Reavy, Mallett, Turrisi & White, 2014) oder die Vermittlung positiver, substanzspezifischer Wirkungserwartungen (Barnow, Stopsack, Spitzer & Freyberger, 2007) eine wichtige Rolle.

Ein relevanter Ansatzpunkt für die Einschätzung der Bedarfe von Kindern suchtbelasteter Eltern und die Entwicklung passender Interventionsmaßnahmen ist aber auch die Erfassung vorhandener Schutzfaktoren. Diese moderieren den Einfluss von Risikofaktoren auf die Entwicklung in erheblichem Maße, wobei insbesondere eine positive Bindung zu einer stabilen, erwachsenen Bezugsperson als herausragender Schutzfaktor angesehen werden kann. Weitere empirisch belegte Schutzfaktoren sind z.B. eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und sozial-emotionale Kompetenzen (personale Ebene), ein autoritativer Erziehungsstil (Bornstein & Bornstein, 2014), positives Familienklima und strukturierte Abläufe innerhalb der Familie (Ebene der Familie) sowie Freundschaften, Zugang zu Bildung, Anerkennung und Erfolge in der Schule sowie selbstwertsteigernde außerschulische Aktivitäten (Ebene des Umfelds; s. zusammenfassend Park & Schepp, 2015; Velleman & Templeton, 2016).

2.4 Suchterkrankungen des Elternteils: Auswirkungen auf das System Familie

Es gibt allerdings nicht **den** Suchtkranken, nicht **die** von Sucht belastete Familie oder **das** Kind einer von Sucht belasteten Familie. So vielfältig die Lebenswelten von Kindern sind, so mannigfaltig sind auch die Faktoren, die auf ihre Entwicklung Einfluss nehmen. Es handelt sich also um heterogene Phänomene und differenzierte Problemlagen.

Dennoch zeigen sich häufig auch wiederkehrende Muster in den familiären Bedingungen, unter denen Kinder von Sucht betroffenen Eltern aufwachsen.

Die psychische Erkrankung eines Elternteils betrifft gewöhnlich immer die gesamte Familie (Hearle; Plant; Jenner; Barkla; McGrath, 1999). Mit einer psychischen Erkrankung nimmt der empfundene (elterliche) Stress zu bzw. die Fähigkeit zur kompetenten Stressbewältigung ab. Die elterliche Kompetenz lässt nach oder ist – je nach persönlicher Biographie des psychisch kranken Elternteils – schon von Anfang an eingeschränkt.

So ist die Ausgangslage schwangerer Frauen und Mütter mit Suchtproblematik häufig gekennzeichnet durch Faktoren wie:

- komplexe Belastungen in mehreren Lebensbereichen, z. B. sozioökonomische Situation, prekäre Wohnsituation, Paarprobleme, soziale Isolation, gesundheitliche Probleme, Komorbidität, Gewalterfahrungen, Krankenhaus- und Gefängnisaufenthalte
- Leben in der Drogenszene mit den typischen Folgeerscheinungen wie Beschaffungskriminalität, Prostitution, Gewalt, Sucht, Suchtdruck
- Traumatisierungen durch Erleben von Gewalt (sex. Missbrauch, Vergewaltigung, Sucht in der Familie, familiäre Gewalt, Vernachlässigung mit existenzieller Bedrohung) meist bereits in der Kindheit mit Konsequenzen für das aktuelle Bindungsverhalten
- Retraumatisierung durch (ungewollte) Schwangerschaft
- Defizitäre Bindungserfahrungen
- Fehlende Eltern-/Erziehungsmodelle oder diese waren ambivalent und die Entwicklung von Feinfühligkeit für die Bedürfnisse des Kindes ist beeinträchtigt.

Entsprechende Erfahrungen liegen i.d.R. analog auch für die suchtkranken Väter vor.

Die Auswirkungen einer Suchterkrankung auf die Familienatmosphäre und Angehörigen können sehr unterschiedlich sein. Nachfolgend sind verschiedene Möglichkeiten aufgeführt, die im jeweiligen Familienkontext einzeln oder zusammen auftreten können:

- die Familie dreht sich um den Süchtigen, wie dieser um das Suchtmittel

- mit dem Tabu der Sucht beginnt sich eine Sprachlosigkeit breit zu machen
- es gibt keinen kontinuierlichen Tagesablauf und keine Regelhaftigkeit
- elterliche Versprechen werden immer wieder gebrochen
- Verwahrlosung in den Bereichen Wohnen, Körperhygiene, Ernährung
- Streit bzw. Erleben auch von gewaltsamen Auseinandersetzungen der Eltern
- Willkür und Unberechenbarkeit führen zu Unsicherheit und Angst
- Impulsivität und Stimmungsschwankungen, ggf. Gewalt bzw. Missachtung der körperlichen und seelischen Integrität
- Verlustängste der Eltern sowie reale Verluste (Trennung, Beziehungsinkonsistenz)
- Schuld- und Schamgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl sowie Angst der Eltern vor Sorgerechtsentzug

Aus dieser Atmosphäre heraus entwickeln sich unausgesprochene „typische" Regeln, welche Black (1979) wie folgt umreißt:

- „Man spricht nicht über Probleme."
- „Man muss seine Gefühle unterdrücken."
- „Man muss sich ganz kontrollieren."
- „Traue niemand."
- „Sei nicht egoistisch."
- „Alles muss so bleiben wie es ist."

In Familien mit Suchtproblemen sind emotionale Verlässlichkeit, Feinfühligkeit, empathisches Aufgefangen-Werden, Gehalten-Werden für die Kinder in der Regel weniger bzw. wenig erfahrbar und erlebbar. Suchtbedingte Unsicherheiten und Unberechenbarkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion verhindern die Entwicklung verlässlicher Beziehungsmuster und fördern dysfunktionale Familiensysteme. Empirische Befunde bestätigen Störungen der individuellen Entwicklung beim Kind bei der fehlenden Passung zwischen den Grundbedürfnissen des Kindes und den Versorgungsmöglichkeiten und Beziehungsangeboten der Betreuungspersonen (Klein, 2018a). Es handelt sich dabei um strukturelle Fähigkeiten, wie z. B. Selbstregulationsfähigkeit, Empathiefähigkeit, selbstreflexive Kompetenzen und grundsätzliche Bindungsfähigkeit. Die entsprechenden Angebote in der Entwöhnungsbehandlung sollten von daher zum nachhaltigen Abbau entsprechender Risikofaktoren und zum Aufbau gesundheitsförderlicher Ressourcen und Fähigkeiten beitragen.

Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen weisen einen erhöhten Unterstützungsbedarf auf, wenn z. B. aufgrund der Erkrankungen die elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen eingeschränkt sind und gleichzeitig soziale Netzwerke zur Unterstützung fehlen (vgl. Klein, Moesgen & Dyba 2019). Der Unterstützungs- und Hilfebedarf für Kinder von Eltern mit einer psychischen Erkrankung resultiert aus den oben beschriebenen kumulierenden Risikofaktoren bei oft gering vorhandenen Schutzfaktoren. Meist leben die betroffenen Kinder in großer Einsamkeit und Isolation, typischerweise mit einem ausgesprochenen Schamgefühl in Bezug auf Eltern und Familie und oft mit Schuldgefühlen, dass sie für die Probleme verantwortlich sind oder dass sie nicht erfolgreich helfen können.

Zudem besteht ein hoher Unterstützungsbedarf der Eltern mit einer Suchterkrankung im Umgang mit ihren Kindern und deren altersgerechten Versorgung und Förderung. Grundsätzlich gestaltet sich der Zugang für betroffene Familien zum professionellen Hilfesystem aus unterschiedlichen Gründen oftmals als schwierig. Alkohol- oder drogenabhängige Eltern sind z. B. aufgrund von Scham- und Schuldgefühlen sowie der Angst vor Sorgerechtsentzug oft nicht dazu bereit, ihren Kindern eine Teilnahme an professionellen Unterstützungsangeboten zu ermöglichen (Kelley et al., 2014; Klein, 2018b). Kinder, die in einer von Sucht belasteten Familie aufwachsen, brauchen jedoch meist selbst professionelle Hilfestellung und Unterstützung. Sie dürfen jedoch nicht einseitig nur als Opfer elterlicher Sucht und somit als krank und behandlungsbedürftig angesehen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sie allzu leichtfertig und ungeprüft pathologisiert und stigmatisiert werden und ihre vorhandenen Ressourcen und Potenziale übersehen oder unterschätzt werden.

Einer kleineren Anzahl von Kindern gelingt es erstaunlich gut, auf Basis ihrer jeweiligen Resilienzen auch mit ungesunden familiären Situationen zurechtzukommen und sich ohne besonders gravierende psychische oder sonstige Störungen zu entwickeln. Es ist von daher generell wichtig, auch ihre Kompetenzen und Stärken für eine effektive Lebensbewältigung im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung zu erkennen und zu unterstützen.

Was allerdings die Kinder unter Einbezug der Eltern regelhaft benötigen, sind altersgerechte und interdisziplinär ausgerichtete Präventions-, Förder-, Beratungs- oder im Bedarfsfalle ggf. auch Therapieangebote, damit sich dauerhaft keine manifesten Störungsbilder entwickeln und ein möglichst gesundes Aufwachsen unterstützt wird.

3 Einbindung von Kindern suchtkranker Eltern in die stationäre Entwöhnungsbehandlung

Im Folgenden wird dargestellt, welches Potential bzgl. der Befriedung der Grundbedürfnisse und der Ermöglichung neuer Erfahrungen durch entsprechende Angebote für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern im Kontext einer stationären Entwöhnungsbehandlung besteht.

Allem voran sei darauf verwiesen, dass der zur Verfügung stehende lange Zeitraum von 3 bis 6 Monaten als besondere Chance für eine intensive Beobachtung, Begleitung und Förderung der von Sucht belasteten Eltern und ihrer Kinder durch ein interdisziplinäres Behandlungsteam anzusehen ist. Sie werden in dieser Zeit multidisziplinär und fachkompetent begleitet.

Dieser lange Zeitraum bietet zunächst die Möglichkeit zur fundierten Analyse des elterlichen Erziehungsverhaltens und der Eltern-Kind-Beziehung – auch unter Berücksichtigung von möglichen psychischen Begleiterkrankungen der Rehabilitanden. Es ist zudem eine lange Verhaltensbeobachtung der Kinder bzgl. bestehender Resilienzen und Bedarfe möglich. Es kann auch je nach Möglichkeit eine intensive Einbeziehung von Lebenspartnern, Familienangehörigen (bzw. Familienhelfern) erfolgen, was die Chance einer nachhaltigen Wirksamkeit der Interventionen erhöht.

Nicht zuletzt kann in diesem Prozess auch die gemeinsame Entscheidung der Eltern und Behandler getroffen werden, dass der Erhalt des bisher Erreichten sowie dessen Festigung und Ausbau z. B. eine spezielle Nachsorge bzw. eine entsprechende Weiterbehandlung (bspw. durch ambulant niedergelassene Kinder- und Jugendlichentherapeut*innen, Logopäd*innen) erfordert.

Ausgehend von der speziellen Lebenssituation der Kinder in von Sucht belasteten Familien lassen sich bezogen auf den im Rehabilitationsprozess – vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen – folgende allgemeine Anforderungen zusammenfassen (vgl. Huber, 1990; Ehrenfried et al., 1998; Bärsch, 1990; Klein, 2018a):

Kinder in von Sucht belasteten Familien

- wachsen ohne klare Strukturen, ohne einen verlässlichen und festen **Orientierungsrahmen auf, daher brauchen sie konstante Bezugspersonen, die ihnen Sicherheit und Orientierung geben**.
- mangelt es an Vertrauen und Geborgenheit gegenüber Erwachsenen und letztendlich auch an Vertrauen in sich selbst. **Aus diesem Grund brauchen sie altersgerechte Alltagsaufgaben, die mit Anerkennung verbunden sind und ihr Durchsetzungsvermögen stärken.**
- haben Schwierigkeiten, Gefühle zu erleben und auszudrücken, **daher brauchen sie Möglichkeiten, Gefühle auszusprechen, Ängste und Minderwertigkeitsgefühle abzubauen, eine größere Erlebnisfähigkeit zu gewinnen sowie ein positives Selbstwertgefühl zu erlangen.**
- übernehmen altersunangemessene Verantwortung und können oder dürfen ihre kindgemäßen Bedürfnisse nicht ausleben, **daher brauchen sie einen Rahmen, in dem sie Entlastung finden und Kind sein dürfen**.

- verschweigen die Suchtmittelabhängigkeit der Eltern durch unauffälliges Verhalten und stark eingeschränkte Kommunikation. Somit geraten sie in eine immer größere soziale Isolation und Tabuisierung des Familiengeheimnisses. **Daher sind Angebote erforderlich, die soziale Kontakte zu Gleichaltrigen sowie zu vertrauenswürdigen Erwachsenen fördern.**
- sind in ihrer Handlungs- und Interaktionsfähigkeit eingeschränkt, **folglich brauchen sie Möglichkeiten, neue Verhaltensweisen auszuprobieren und festigen zu können sowie falsche Verhaltensweisen abzubauen**.
- erleben in der Familie keine tauglichen, konstruktiven Strategien der Konfliktlösung. **Deshalb brauchen sie Vertrauen in soziale Interaktionen mit Erwachsenen und Kindern, um andere Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien zu erlernen.**
- sind in einem erheblichen Maß gefährdet, im Laufe ihres Lebens eine eigene Suchterkrankung herauszubilden. **Demzufolge brauchen sie professionelle und altersgerechte Angebote, um über den Suchtmittelgebrauch ihrer Eltern zu sprechen, ggf. eigene suchtnahe Verhaltensweisen zu erkennen und kritisches Konsumverhalten – z. B. auch im Umgang mit Medien und Nahrungsmitteln – zu erlernen.**" (vgl. Sackel, 1999; Klein, 2018a)

Gemäß den altersabhängigen Heraus- und Anforderungen haben Säuglinge und Kleinkinder selbstverständlich andere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen als z. B. Kinder ab dem Vorschulalter. In der frühen Kindheit werden die Grundlagen für die Entwicklung vielfältiger Kompetenzen gelegt, und die Kleinkinder sind in besonderer Weise von einer guten Betreuung und Versorgung durch ihre Bezugsperson/en abhängig.

Je nach Lebensalter der Kinder sind somit unterschiedliche und bedarfsgerechte Förder- und Interventionsleistungen in die Entwöhnungsbehandlung einzubinden.

Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung bzw. einer Suchterkrankung benötigen somit eine besondere alters- und entwicklungsbezogene Unterstützung und spezifische Angebote. Diese spezifischen Leistungen lassen sich als flexible Bausteine in die bestehenden Regelangebote für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern integrieren und ergänzen diese. Die Wirksamkeit von verschiedenen Programmen zur Förderung der elterlichen Beziehungs- und Erziehungskompetenzen und einer altersgerechten Entwicklung der Kinder konnte empirisch belegt werden. Entsprechende Programme können in den Kontext der komplexen Leistungen einer Entwöhnungsbehandlung (siehe Kapitel 4) eingebunden werden.

3.1 Spezifika des Aufnahmeverfahrens in die Entwöhnungsbehandlung und der erforderlichen Vernetzung

Ein hoher Anteil suchtkranker Eltern wird bereits im Vorfeld einer stationären Entwöhnungsbehandlung vom Jugendamt begleitet und unterstützt. Auslöser sind häufig Rückmeldungen aus dem Kindergarten und der Schule bzw. dem sozialen Umfeld der Familie, aber auch die direkten Hilfeanfragen durch betroffene Eltern. Im Rahmen Sozialpädagogischer Familienhilfe (SPFH) wird neben den Hilfebedarfen bei der Versorgung der Kinder und der Erziehungsarbeit oft auch die Notwendigkeit einer stationären Entwöhnungsbehandlung festgestellt. Zur Abwendung einer Kindeswohlgefährdung wird nicht selten auch die Auflage einer solchen Behandlung ausgesprochen.

Zu empfehlen ist, dass bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils zunächst der Kontakt zu einer regionalen ambulanten Suchtberatungsstelle hergestellt wird. In den letzten Jahren wurde die Bedeutsamkeit einer konstanten Kooperation zwischen Suchtkrankenhilfe und Jugendhilfe immer wieder hervorgehoben und inzwischen auch zunehmend häufiger praktiziert, z.B. im Rahmen der Schulterschluss-Modelle in Baden-Württemberg und Bayern.

Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die erforderlichen Bedarfe der Eltern und Kinder möglichst differenziert erfasst, abgestimmt und zielorientiert bei der weiteren Planung und Umsetzung von Maßnahmen berücksichtigt werden können. So wird unter Einbeziehung der Eltern eine Verständigung darüber ermöglicht, welches Angebot zu welchem Zeitpunkt, mit welchem Schwerpunkt und Zeitumfang erfolgen kann. Voraussetzung hierfür ist die Kenntnis der jeweiligen Aufgabenschwerpunkte sowie der fachlichen Möglichkeiten und Grenzen der verschiedenen Angebote.

Wenn bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung eines Elternteils auch die Aufnahme von Kindern in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung erforderlich ist, wird im Rahmen des Motivations- und Vorbereitungsprozess, oft bereits vor Antragstellung, Kontakt zur jeweiligen Rehabilitationseinrichtung aufgenommen. Es werden erste Fragen zu den Besonderheiten des gemeinsamen Aufenthaltes beantwortet und zugleich erforderliche organisatorische Abstimmungen zur Planung der gemeinsamen Aufnahme besprochen. Bereits zu diesem Zeitpunkt wird häufig die Komplexität der Planung und Organisation des Aufnahmeprozesses deutlich:

- In der Regel erfolgt seitens der Suchtberatung, ggf. unter Einbeziehung des Hausarztes, die Antragstellung einer stationären Entwöhnungsbehandlung für den jeweiligen betroffenen Elternteil. Für das Kind/die Kinder wird bislang ein Haushalthilfeantrag (nach § 74 SGB IX) beim zuständigen Leistungsträger gestellt.
- Im Vorfeld der stationären Aufnahme müssen die Eltern (i.d.R. die Mutter) über eine Entzugsbehandlung absichern, dass sie die Entwöhnungsbehandlung abstinent antreten. Einige Kinder werden aus einer Fremdunterbringung heraus direkt in den stationären Prozess den Eltern wieder zugeführt. Hier müssen Abstimmungen mit den entsprechend zuständigen Stellen getroffen werden, wie das konkret umgesetzt werden kann.
- Vereinzelt gibt es auch noch juristische Klärungsprozesse, in deren Rahmen noch zu entscheiden ist, ob das Kind/die Kinder mit aufgenommen werden darf/dürfen.

Bei allen zu treffenden Abstimmungen muss auch damit gerechnet werden, dass ein Elternteil von der Aufnahme in die Entwöhnungsbehandlung wieder zurücktritt, rückfällig wird, Kinder in Obhut genommen werden müssen bzw. erkrankt sind.

Unter Berücksichtigung all dieser Besonderheiten stellt bereits das Aufnahmeverfahren der betroffenen Eltern und ihrer Kinder einen aufwändigen und längerfristigen Prozess dar. In diesem muss zwischen Vorbehandler, zuweisender Stelle, Behandler wie auch im Anschluss zu den entsprechenden nachbetreuenden Institutionen (s. Kapitel 6) eine gute Vernetzung der jeweiligen Aufgaben hergestellt werden.

Für die Entwicklung eines wirkungsvollen Unterstützungssystems ist der schnittstellenübergreifende und interdisziplinäre Austausch eine wichtige Voraussetzung. Verwiesen sei in diesem Kontext darauf, dass eine entsprechende Berücksichtigung der Vernetzungsaufgaben im Rahmen einer regelhaften Finanzierung wichtig wäre. Denn es kann ein erheblicher Zeitaufwand damit verbunden sein, die Handlungsmuster und -logiken der beteiligten Systeme zu synchronisieren und Abstimmungen vorzunehmen. Hilfreich wäre es, der gegebenen Versäulung der Hilfesysteme mit unterschiedlichen Zuständigkeiten auf Kommunal-, Länder- und Leistungsträgerebene mittels einer Überwindung von Systemgrenzen entgegenzuwirken. So sollten entsprechend komplexe Leistungen ermöglicht werden, wenn z. B. ganze Familiensysteme betroffen sind. Zu einer derart ausgerichteten familienbezogenen Rehabilitation gehören im Einzelfall auch fallübergreifende Vernetzungstreffen und sektorenübergreifende Absprachen vor, während sowie am Übergang zu poststationären Angeboten und Abstimmungen.

3.2 Erfassung der Bedarfe der Kinder und der suchtkranken Eltern

Es ist davon auszugehen, dass alle Kinder suchtkranker Eltern einen altersspezifischen Förderbedarf aufweisen. Zugleich

bedarf es einer gewissenhaften Erfassung des konkreten Entwicklungsförderbedarfes jedes einzelnen Kindes, da dieser individuell ausgeprägt ist. Zugleich können jeweilig vorhandene Resilienzen beobachtet und berücksichtigt werden.

Geht man vom prägenden Einfluss früher Bezugspersonen aus, ist es ebenso wichtig, das Bindungs- und Erziehungsverhalten der Eltern/des Elternteils über Selbst- und Fremdeinschätzungen im Behandlungsprozess zu erfassen und auch hier neben Kompetenzen die bestehenden Bedarfe der Förderung abzubilden.

In der folgenden Abbildung werden – unterschieden nach den Phasen der Vorbereitung und des Behandlungsprozesses – verschiedene Möglichkeiten zur Erfassung der entsprechenden Förderbedarfe und deren Einbindung in den Behandlungsprozess dargestellt.

Im Vorfeld erhalten Rehabilitationseinrichtungen oft telefonische Anfragen von den Eltern selbst bzw. professionellen Helfern wie der Suchtberatung und dem Jugendamt zu den Möglichkeiten einer Mitnahme von Kindern während einer stationären Entwöhnungsbehandlung.

Neben der Beratung zur Antragstellung bzgl. Finanzierung der möglichen Mitnahme des Kindes (derzeit: vorrangig Haushaltshilfe) können die Angebote der jeweiligen Rehabilitationsklinik erläutert, es kann aber auch geprüft werden, ob eine Aufnahme in dieser Einrichtung entsprechend des bereits bekannten Entwicklungsstandes oder besonderer Bedarfe des Kindes geeignet ist. Bereits im Telefonat kann erfasst werden, welche Fachkräfte im aktuellen Lebensumfeld zur Verfügung stehen bzw. der jeweilige Elternteil darauf hingewiesen werden, dass selbige zur Feststellung der Bedarfe des Kindes genutzt werden sollten. Wenn z.B. Eltern bereits Kontakt zum Jugendamt haben und das Angebot einer sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) nutzen, nehmen bei der Umsetzung der Hilfeangebote professionelle Betreuer über einen längeren Zeitraum die Bedarfe der Eltern und Kinder im häuslichen Alltag bereits wahr. Darüber hinaus besuchen die meisten Kinder einen Kindergarten bzw. alle Kinder im Schulalter eine entsprechende Schule.

Einschätzungen bzw. Rückmeldungen der professionellen Fachkräfte in diesen verschiedenen Lebensräumen der Kinder können genutzt werden, um die Selbsteinschätzungen der Eltern sowie ihrer Kinder (ab dem Schulalter) zu ergänzen. Solche Vorbefunde werden jedoch nicht alle Eltern bereitstellen können, einige vielleicht auch nicht wollen. Erfolgt die Aufnahme, beginnt in einer im Schnitt zweiwöchigen Phase die Analyse und Spezifizierung der jeweiligen Förderbedarfe des Kindes sowie Elternteils.

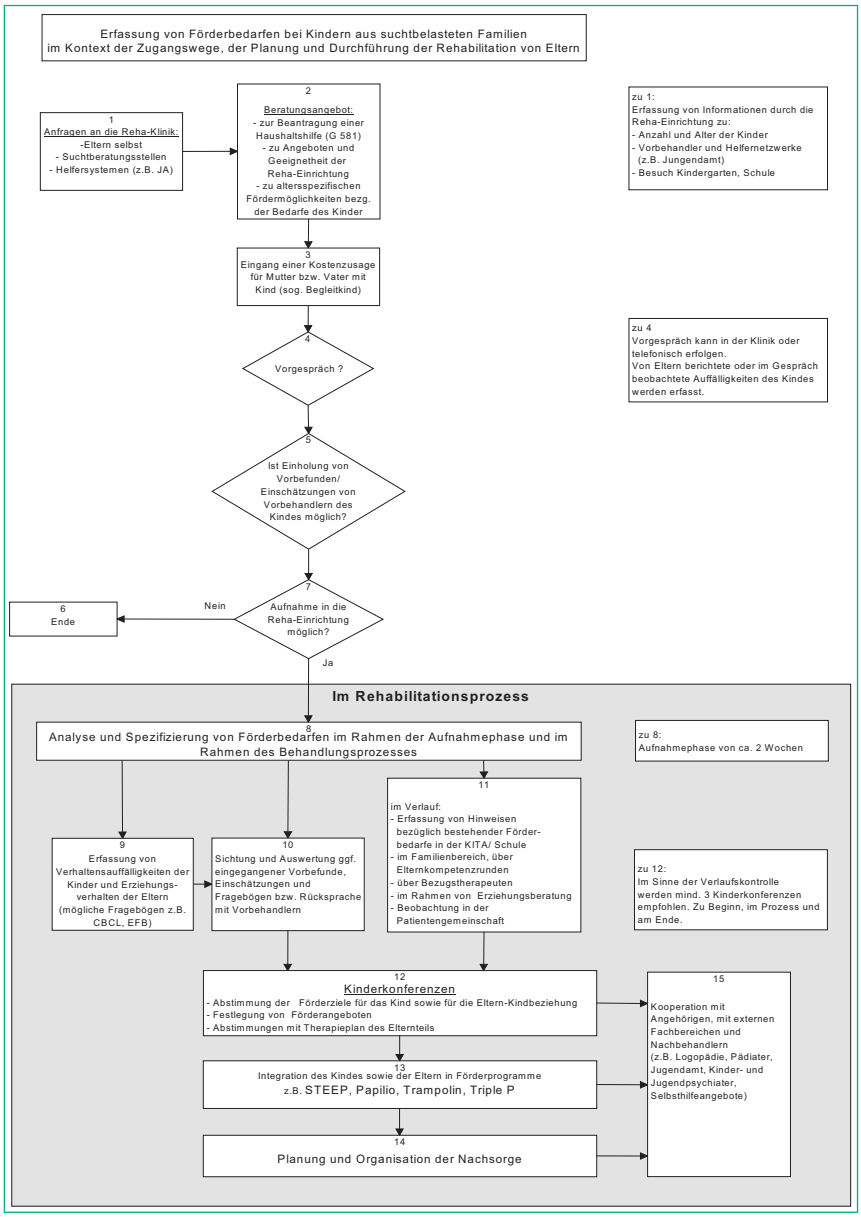


Abb. 1: Prozessorientierte Erfassung von Förderbedarfen der Kinder im Kontext der Entwöhnungsbehandlung der Eltern.

Neben der Sichtung ggf. eingegangener Vorbefunde und mit Einverständnis der Eltern durchgeführten Rücksprachen zu Vorbehandlern können in dieser Phase auch spezifische Fragebögen eingesetzt werden. So ist z.B. zur Erfassung der Bedarfe die Child Behavior Checklist – CBCL 1,5 -5 (Achenbach & Rescorla, 2000) sowie Child Behavior Checklist CBCL 4-18R (Achenbach 2014) zu empfehlen. Diese Checklisten können sowohl von verschiedenen professionellen Fachkräften (u.a. Erzieher*innen, Lehrer*innen, Sozialarbeiter*innen, Sozialpädagog*innen) wie auch den Eltern selbst ausgefüllt werden. Durch den Vergleich der verschiedenen Einschätzungen lassen sich Übereinstimmungen als auch Differenzen in der Bewertung feststellen und somit ein objektiveres Bild vom Entwicklungsförderungsbedarf des Kindes zeichnen. Des Weiteren kann der Erziehungsfragebogen (EFB), die übersetzte und adaptierte Version der Parenting Scale, ein Selbstbeurteilungsinstrument, mit dem Eltern ihr Erziehungsverhalten einschätzen (Naumann et al. 2010), empfohlen werden.

Ergänzend zur Erfassung dieser Einschätzungen werden die Eltern mit ihren Kindern in der Rehabilitationseinrichtung alltäglich vom interdisziplinären Team erlebt. Zu beachten ist, dass die professionelle Versorgung, Betreuung und Behandlung der Eltern sowie der sichere Rahmen der Entwöhnungsbehandlung bereits zu einer Erholung und Stabilisierung der Kinder und des ganzen Familienlebens beitragen. Im weiteren Prozess in der Rehabilitationseinrichtung werden vorhandene Ressourcen

wie auch weiterhin bestehende Bedarfe in unterschiedlichen Lebensräumen bzw. Interaktionsfeldern sichtbar. So können Beobachtungen der Eltern und ihrer Kinder im jeweiligen Wohnbereich weitere wertvolle Hinweise geben, dies betrifft etwa Fragen wie:

- Wie erfolgt die Zimmergestaltung (Ordnung und Sauberkeit)?
- Wie wird die Einhaltung des Tagesablaufes umgesetzt?
- Wie wird eine altersgerechte Freizeit mit den Kindern praktiziert?
- Gelingt es, die schulischen Bedarfe des Kindes abzusichern (Hausaufgabenbetreuung, Mappe packen …)?
- Wird auf eine witterungsgerechte Bekleidung der Kinder geachtet, und werden die medizinischen Bedarfe des Kindes beachtet?
- Wie werden Alltagsaktivitäten in der Eltern-Kind-Beziehung (z. B. Ess- und Trinkverhalten, zu Bett gehen) gestaltet?

Diese Informationen aus der Betreuung im Wohnbereich werden ergänzt durch Rückmeldungen der Erzieher*innen aus dem (Gast-)Kindergarten, der Lehrer*innen der Gastschule, der Kinderkrankenpfleger*innen bzw. Rückmeldungen der Eltern wie auch der Kinder selbst.

Zur Sicherung eines tragfähigen und von allen Beteiligten aktiv mitzugestaltenden Prozesses wird empfohlen, prozessbegleitend mindestens drei „Kinderkonferenzen" (s. Kapitel 5) durchzuführen. Nach der zweiwöchigen Eingangsphase, in der Mitte des Prozesses und abschließend zur Vorbereitung der Nachsorge. Im gemeinsamen Austausch können das Kind, der/die Elternteil/e sowie das interdisziplinär zusammengestellte Team sich über den Stand der festgestellten Bedarfe verständigen, offene Fragen besprechen und daraus gemeinsam Ziele für die Förderung des jeweiligen Kindes und der Elternteile vereinbaren. Unter Berücksichtigung, dass sich das Kind bereits sprachlich mitteilen kann, ist dessen konkrete Einbeziehung wichtig.

Wird ersichtlich, dass das Kind nicht nur körperliche bzw. verhaltensbedingte Auffälligkeiten, sondern bereits eine psychische oder körperliche Störung aufweist, sind entsprechende diagnostische Untersuchungen angezeigt, die durch externe Fachkräfte als Konsiliarleistung bereits während bzw. im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung erbracht werden können.

Erforderliche eigenständige Behandlungsbedarfe des Kindes können im Einzelfall parallel zur Entwöhnungsbehandlung der Eltern bearbeitet bzw. es kann eine Anschlussbehandlung vorbereitet und eingeleitet werden. Kooperationspartner können hierbei Frühförderstellen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in bzw. Facharzt*in für Pädiatrie sein.

3.3 Basisausstattung, Standardleistungen und Personalbedarf

Es stellen sich in der Entwöhnungsbehandlung für die gemeinsame Betreuung von Kindern und ihren suchtkranken Eltern vielfältige Aufgaben und Anforderungen, die mit einem besonderen strukturellen und personellen Aufwand verbunden sind und deutlich über eine reine Unterbringung der Kinder mit entsprechender Betreuung hinausgehen. Aufgrund der weiter oben geschilderten, oft chronischen Stress- und Belastungssituationen für die Kinder in suchtbelasteten Familien muss ein entsprechend sensibles und kompetentes Fachteam in der stationären Entwöhnungsbehandlung vorhanden sein.

Die spezifischen Förder- und Unterstützungsbedarfe (s. o.) gehen weit über die bislang in der Pauschale für sogenannte „Begleitkinder" enthaltenen Angebote der Betreuung, Ernährung und Unterbringung, die im Rahmen der sogenannten Haushaltshilfe erbracht werden, hinaus.

Bauliche und strukturelle Besonderheiten

In der Regel werden von entsprechend ausgerichteten Rehabilitationseinrichtungen sog. Begleitkinder vom Säuglingsalter bis zum Alter von 12 Jahren in die Entwöhnungsbehandlung mit aufgenommen. Entsprechend den altersspezifischen Besonderheiten sind hierfür spezielle bauliche und strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen.

Die Integration der Kinder in den Rehabilitationskontext setzt voraus, dass ein separater Wohnbereich für die Eltern und ihre Kinder bereitgestellt wird. Dieser Wohnbereich sollte sich zum einen zum Schutz der Kinder, wie auch unter Berücksichtigung der erforderlichen Mobilität und der möglichen Lautstärke sowie den Ruhebedürfnissen der Kinder von den anderen Wohnbereichen der Patient*innen, separieren. Entsprechend den Altersgruppen, der Anzahl der Kinder sowie der Aufnahme der Eltern bzw. eines Elternteils bedarf es unterschiedlich großer Zimmer. Bei der Ausstattung der Zimmer ist auf eine entsprechende Möblierung (z. B. Wickelkommode, Baby-/Kinderbett, Laufgitter, Hochbett, Babywanne, Wasserkocher, Babyphone) zu achten.

Da der gesamte Wohnbereich ein wichtiger Bestandteil der neuen Lebenserfahrung ist, wird empfohlen, neben den Eltern-Kind-Zimmern auch entsprechende Freizeiträume zur Verfügung zu stellen (z. B. Spielzimmer, Aufenthalts- und Fernsehraum, Waschmaschinenraum, Teeküche für Mütter/Väter und Kinder). Alle Räume müssen entsprechend mit Kindersicherungen (Steckdosen) ausgestattet sein. Auf dem Gelände sollte es zudem einen Spielplatz bzw. altersentsprechende Freizeitmöglichkeiten geben.

Betreuung der Kinder

Die Betreuung der Säuglinge und Kleinkinder erfolgt im hauseigenen Kindergarten (ggf. auch in umliegenden Kindergärten der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung). Bei einrichtungsinterner Kinderbetreuung sind entsprechende Räumlichkeiten und Personal vorzuhalten. Ebenso bedarf es der Sicherstellung der altersentsprechenden Beschulung bzw. der Absicherung von Sonderschulbedarf (Förderschule) oder inklusiver Schulstrukturen. Einige größere Einrichtungen können ggf. auch eine hausinterne Beschulung anbieten. Verwiesen sei darauf, dass dieses Angebot bislang kein Bestandteil der Rehabilitationsleistung bzw. des Haushaltshilfesatzes ist und einer gesonderten Finanzierung bedarf. Zudem ist je nach Lage der Einrichtungen auch ein Fahrdienst zur Schule erforderlich. Nach der Schule erfolgt die Betreuung der Schulkinder in Horteinrichtungen der umliegenden Schulen oder dem hauseigenen Hort. In der Rehabilitationseinrichtung wird eine Hausaufgabenzeit organisiert sowie eine aktive und vielseitige Freizeitgestaltung angeboten. Entsprechend wird ein Repertoire von Spielmaterialien benötigt. In der Regel werden alle Kinder von Montag bis Freitag während der Rehabilitationsmaßnahmen ihrer Eltern in einem entsprechend strukturierten Zeitrahmen betreut. In den verbleibenden Zeiten sind die Eltern für die Betreuung ihrer Kinder dann selbst zuständig. In den Ferienzeiten der externen Institutionen erfolgt in der Regel eine Ganztagsbetreuung der Kinder in der Kindertagesstätte/im Hort. In einem vielseitigen Ferienprogramm erhalten die Kinder die Möglichkeit zur sinnerfüllten Freizeitaktivierung und Erholung. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass bei Unternehmungen außerhalb der Rehabilitationsreinrichtung auch finanzielle Bedarfe entstehen können (z. B. Eintrittsgelder).

Das Frühstück und Abendessen sowie am Wochenende das Mittagessen nehmen die Eltern mit ihren Kindern gemeinsam in einem ruhigen, separierten und damit geschützten Raum oder auch in einem gesonderten Teil des Speisesaals der Rehabilitationseinrichtung ein. Hierbei ist es erforderlich, sowohl bei der Auswahl der Speisen als auch der Bereitstellung von Kindermöblierung (Hochstuhl, Sitzkissen, …), die verschiedenen Altersgruppen zu beachten. Für Säuglinge muss die entsprechend gewohnte Kinderkost (z. B. Milch, Brei, kindgerechte Kost in Gläschen) organisiert werden.

Personalbedarf für die Aufnahme suchtkranker Eltern und deren Kinder

Ergänzend zum interdisziplinären Basisteam der Rehabilitationseinrichtung, bestehend u. a. aus Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Suchttherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Sporttherapeut*innen,

Diätassistent*innen, Pflegekräften, Fahrdienst, Verwaltung und Hauswirtschaft/Küchenpersonal sowie Erzieher*innen, bestehen Kontakte zu externen Fachkräften wie z. B. niedergelassenen Kinder- und Jugendärzt*innen, Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen bzw. Fachärzt*innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und weiteren niedergelassenen Therapeut*innen (wie Logopäd*innen und Physiotherapeut*innen) sowie entsprechenden Frühförderstellen, um die besonderen Bedarfe der Kinder abdecken zu können. Für die Erbringung zusätzlicher Leistungen für die suchtkranken Eltern und ihre Begleitkinder muss vorhandenes und zusätzliches Personal entsprechend geschult bzw. qualifiziert werden (siehe Kapitel 4 und 7)

4 Spezifische Leistungen für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern in der Entwöhnungsbehandlung

Im Weiteren werden altersbezogene Entwicklungsthemen der Kinder und entsprechende Zielsetzungen beschrieben, und davon abgeleitet beispielhaft verschiedene altersgerechte Förder- bzw. Unterstützungsangebote für Kinder Suchtkranker und ihre Eltern dargestellt. Diese können in entsprechende Basisangebote eingebettet werden. Die entsprechend beispielhaft genannten Programme (s. Anhang) sind auf das Setting der stationären Entwöhnungsbehandlung zu adaptieren.

Zudem muss bereits während der stationären Phase eine nahtlose Weiterführung der Begleitung unter besonderer Berücksichtigung der Mutter/Vater-Kind-Beziehung vorbereitet werden. Konkret bedeutet dies – ausgerichtet am Einzelfall – die Kontaktaufnahme zum Jugendamt, Ehe-, Lebens- und Familienberatungsstellen, weiterführenden Behandlungsangeboten etc., um die weiteren Unterstützungsstrukturen vor Ort kennenzulernen und passgenaue Anschlussmaßnahmen zu finden.

4.1 Programm für Kinder im Alter zwischen 0 bis 3 Jahren

4.1.1 Ausgangslage/Spezifikation der Zielgruppen und deren Bedarfe

Von entscheidender Bedeutung für die Entwicklung der 0- bis 3-jährigen Kinder ist die Erfahrung eines emotionalen Grundvertrauens. Im Weiteren entwickeln sich dann zunehmend spezifische kognitive, motorische, emotionale und verhaltensbezogene Ressourcen und die Wahrnehmung eines eigenen Selbst. Geht man davon aus, dass Kinder süchtiger Eltern mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in der Folge Defizite in den relevanten Kompetenzfeldern (Tab. 1) entwickeln werden, leiten sich hieraus Aufgabenbereiche für diese Altersspanne ab.

Tab. 1: Altersspezifische Entwicklungsthematiken 0–3 Jahre (in Anlehnung an Spangler & Zimmermann, 1999).

Frühe Kindheit 0 bis 3 Jahre	
0–6 Monate	Regulation biologischer Rhythmen und von Spannung (Schlaf-/Wachrhythmus) Befriedigung der Grundbedürfnisse (z.B. Kontakt, Hunger-Sättigung)
6–12 Monate	Aufbau selektiver Bindungen und motorische Selbstkontrolle
1–3 Jahre	Aufbau des Selbsterkennens und der Selbststeuerung (Sprache, Exploration, Autonomie)

Die Erfahrungen, die vor der Geburt und in der Kindheit gemacht werden, insbesondere in der frühen Kindheit – und damit sind besonders Beziehungs- und Interaktionserfahrungen gemeint, Erfahrungen im Kontakt und im Austausch mit den Bezugspersonen – haben tiefgreifende und langfristige Auswirkungen auf die weitere Entwicklung. In den frühen Interaktionen werden die grundlegenden Lektionen des Gefühlslebens gelernt (vgl. Stern, 1985; Stern, 2010); hier werden Weichen für die weitere Entwicklung und damit auch für den weiteren Lebenslauf gestellt (vgl. Schorn 2006).

Die Bindungstheorie geht davon aus, dass der Aufbau einer stabilen und entwicklungsfördernden Bindung eine der ersten und elementarsten Entwicklungsaufgaben ist, auf die viele spätere Entwicklungsaufgaben aufsatteln (vgl. ebenda). Abhängig von der Eltern-Kind-Interaktion entstehen unterschiedliche Bindungsmuster (sicher, unsicher, desorganisiert gebunden) als Resultat bestimmter Interaktionserfahrungen und deren Verarbeitung. Das Gesamt aller auf das Kind bezogenen Verhaltensweisen, die für die Entwicklung des kindlichen Bindungsstils relevant sind, wird mit dem Begriff der Feinfühligkeit gefasst (Ainsworth et al. 1978).

Feinfühligkeit zeichnet sich Ainsworth zufolge dadurch aus, dass die Bezugsperson:

1. die Signale und Feinzeichen ihres Kindes wahrnimmt,
2. diese zutreffend zu interpretieren weiß sowie
3. angemessen
4. und prompt auf diese reagiert (wobei Kontext, Zustand und Entwicklungsniveau des Kindes berücksichtigt werden) (…).

Eine feinfühlige Bezugsperson vermag sich in den seelischen Zustand des Kindes hineinzuversetzen und Dinge/Ereignisse aus der Perspektive des Kindes wahrzunehmen. Bereits in der Schwangerschaft ist ihr Verhalten im Sinne der Selbstfürsorge und der Fürsorge für das Ungeborene geprägt von Sensibilität. Sie greift die Affekte des Kindes (insbesondere die negativen) nicht nur empathisch auf, sondern hilft ihm dabei, diese zu regulieren und damit erträglicher zu machen (das gilt auch für den Aufmerksamkeits- und Erregungszustand).

Kinder mit unsicheren Bindungsmustern haben Entwicklungsnachteile und auch ein erhöhtes Entwicklungsrisiko (Romer, 2003). Kommen weitere Risikofaktoren hinzu, wird eine negative Entwicklungsprognose wahrscheinlich (Spangler & Zimmermann, 1999). Kinder mit unsicherem Bindungsmuster zeigen in späteren Lebensabschnitten Einschränkungen im Sozialverhalten und in der kognitiven Auseinandersetzung mit der Umwelt. Die „ständige Aktivierung des Bindungssystems, die mit Stressreaktionen verbunden ist, scheint Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten zu blockieren“ (Köckeritz, 2004, S. 31).

Eine desorganisierte Bindung verweist ebenso wie eine Bindungsstörung auf eine Traumatisierung des Kindes und/oder auf eine Traumatisierung in der Biographie der Bezugsperson und ist entwicklungspsychopathologisch auffällig (Romer 2003, S. 214).

Störungen der Eltern-Kind-Beziehung haben negative Folgen für die weitere emotionale, soziale und kognitive Entwicklung. Die frühen Risiken für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder suchtkranker Eltern sind vielfältig. Sie sind direkt und indirekt den durch die Sucht verursachten Problemlagen der Mutter ausgesetzt. Dazu gehören die physischen und psychischen Konsequenzen des Suchtmittelkonsums, Stress durch prekäre Lebenssituation, aber auch grundlegende Themen wie gesunde Ernährung, Schwangerschaftsvorsorge. Es bestehen in verschiedenen Ausprägungen Gefahren der Beeinträchtigung existenzieller Sicherheits- und Grundbedürfnisse.

Bindungsorientierte Frühprävention stellt Hilfen zur Verfügung, die dem Auf- und Ausbau einer positiven und sicheren Eltern-Kind-Beziehung zuträglich sind. Bindungsorientierte Frühprävention zielt darauf ab:

- eine sichere (häusliche) Umgebung zu fördern, die dem Kind (vor und nach der Geburt) hinreichende Entwicklungsmöglichkeiten bietet,
- den Aufbau einer sicheren Bindung zu ermöglichen,
- das elterliche Kompetenz- und damit Selbstwertgefühl zu stärken,
- die Eltern-Kind-Interaktion zu verbessern sowie die Eltern-Kind-Beziehung zu stärken,

- die elterliche Feinfühligkeit und Responsivität zu verbessern,
- ein besseres Verständnis von der kindlichen Entwicklung zu vermitteln,
- transgenerationale Teufelskreise zu durchbrechen (ebenda).

4.1.2 Zielsetzungen

In der stationären Rehabilitation werden folgende **übergeordnete Zielsetzungen** fokussiert:

- Schutz des Kindes
- Abstinenzsicherung während der Schwangerschaft und nach der Geburt (ggf. ärztlich kontrollierte Substitution)
- Ausstieg aus der Sucht
- Psychosoziale und gesundheitliche Stabilisierung
- Aktive Entscheidungsfindung zur Rolle als Mutter/Eltern
- Aufbau von Bindung und Erziehungskompetenz sowie alltagspraktischer Fertigkeiten
- Aufbau eines passgenauen Unterstützungsnetzwerks i. S. Frühe Hilfen

Zentral im **individuellen Therapieplan** während der stationären Phase sind die Fokussierung der Eltern-Kind-Beziehung und der Aufbau von Eltern-Kompetenzen durch Informationsvermittlung, Training und Feedback:

- Individuell zu vereinbarender Therapieplan unter Berücksichtigung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit und der Vorbefunde zum Kind (0–3 Jahre)
- Reflektion der Biographie des Elternteils in der Einzeltherapie
- Klärung der Möglichkeiten bzw. der Bereitschaft, für ein Kind zu sorgen (Einzeltherapie)
- Sozialarbeiterische Klärung der finanziellen und sozialen Situation zur materiellen Sicherung (Anträge auf Erziehungsgeld, etc.)
- Betreuung des Säuglings/Kleinkinds
- Beratung zum Aufbau der Mutter-Kind-Beziehung
- Planung der weiterführenden Maßnahmen zur Abstinenzsicherung und Sicherung des Kindeswohls
- Entwicklung eines Hilfeplans in Kooperation mit dem Jugendamt zur Sicherung der erreichten Fortschritte

4.1.3 Methodik/Verfahren (Beispiel STEEP-Programm)

Ein geeignetes Frühpräventionsprogramm zum Einsatz in der stationären Rehabilitation ist beispielsweise das **STEEP-Programm** (Erickson & Egeland 2016), das aufbauend auf die Ergebnisse der Minnesota-High-Risk-Studie (Sroufe et al. 2005) entwickelt wurde (s. Anhang I).

4.2 Programm für Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren

4.2.1 Ausgangslage / Spezifikation der Zielgruppe und deren Bedarfe

Für die Altersgruppe der 3- bis 6-Jährigen werden verschiedene Entwicklungsschritte postuliert (siehe Tabelle 2). Vor allem die Differenzierung sozio-emotionaler Kompetenzen wird als wichtige Entwicklungsaufgabe dieser Altersstufe betrachtet (Elias et al., 1997; Izard et al., 2002; Scheithauer, Petermann & Niebank, 2002). Vorschulkinder aus suchtbelasteten Familien sind zahlreichen chronischen und vielfältigen Belastungen ausgesetzt, was sich entsprechend negativ auf diese Entwicklungsbereiche auswirkt (Klein, Moesgen& Thomasius, 2017; Velleman & Templeton, 2016). Dabei gehen Beeinträchtigungen der Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen mit Verhaltensauffälligkeiten wie vermehrten Aggressionsdurchbrüchen, weniger prosozialen Verhaltensweisen und einer geringeren Peerbezogenheit einher (Henricsson & Rydell, 2006; Eisenberg et al., 2000; Petermann, Niebank & Scheithauer, 2004). Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren in ihrer Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen zu fördern, stellt demzufolge einen nachhaltigen Schutzfaktor dar (Criss, Petit, Bates, Dodge & Lapp, 2002). Das Förderprogramm *„Papilio-3bis6“* (Mayer, Heim, Peter & Scheithauer, 2016) setzt beispielsweise genau an diesem Punkt an. Besonders Kinder aus Risikoumfeldern, wie es ein suchtkrankes Elternhaus darstellt, profitieren von dem Präventionsprogramm in besonderer Weise, da ihnen die Möglichkeit gegeben wird sozio-emotionale Kompetenzen zu entwickeln, sodass sie sich negativen Einflüssen ihres suchtkranken Umfeldes selbstbewusster und kritischer stellen können (Petermann & Wiedebusch, 2003).

4.2.2 Zielsetzungen

Von wesentlicher Bedeutung ist die Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen der Vorschulkinder in der stationären Rehabilitation. Dies bezieht sich auf folgende Teilaspekte:

- Die Kinder lernen ihre eigenen Gefühle und Bedürfnisse differenzierter wahrzunehmen. Kinder, denen dies nicht gelingt, neigen oft zu sozial unangemessenem Verhalten wie beispielsweise Spielzeug wegnehmen oder Schlagen (Izard et al., 2002).
- Der sprachliche Ausdruck von Gefühlen und den damit zusammenhängenden Bedürfnissen wird gefördert, da dies als notwendiger Entwicklungsschritt betrachtet wird, damit die Kinder lernen Konflikte angemessen, d.h. gewaltfrei und kreativ zu lösen (Izard et al., 2002).
- Das emotionale Kontrollvermögen der Kinder wird gezielt gefördert. Kinder mit mangelnden emotionsregulativen Fähigkeiten treten im Sozialverhalten meist inadäquat auf und werden entsprechend von Gleichaltrigen häufiger abgelehnt (Eisenberg et al., 2000; Ingoldsby, Shaw, Owens, & Winslow, 1999). Die Förderung der Emotionsregulation dient also der Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten und einer besseren Einbindung in die Gruppe Gleichaltriger.
- Die Entwicklung von Empathie, Anteilnahme und Perspektivübernahme werden angeregt. Die verbesserten Fähigkeiten zu erkennen, wie sich ein Gegenüber gerade fühlt, ermöglicht es den Kindern, ihr eigenes Handeln besser auf die Anforderung ihrer sozialen Umwelt abzustimmen. Entsprechend zeigen die Kinder mehr kooperatives Spielverhalten, eine erhöhte Tendenz zu prosozialen Verhaltensweisen und zur Einhaltung sozialer Regeln (Arsenio, Cooperman, & Lover, 2000; Cooley & Triemer, 2002).

4.2.3 Methodik / Verfahren (Beispiel Papilio-3bis6)

Als Modul für Kinder, die sich mit ihren suchtkranken Eltern im Rahmen einer Sucht-Rehabilitationsbehandlung befinden, bietet sich beispielsweise das bereits gut in Kindertagesstätten etablierte, auf Wirksamkeit überprüfte und speziell für die Bedürfnisse benachteiligter Kinder entwickelte Förder- bzw. Präventionsprogramm Papilio-3bis6 (Mayer et al., 2016) an (s. Anhang II).

4.3 Programm für Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren

4.3.1 Ausgangslage/Spezifikation der Zielgruppe und deren Bedarf

Die Entwicklungsaufgaben des 6 bis 12-jährigen Kindes sind überwiegend von der je-

Tab. 2: Überblick Entwicklungsaufgaben von Kindern im Vorschulalter (Havighurst, 1972; Sroufe, 1989; Spangler & Zimmermann, 1999).

Vorschulkinder 3 bis 6 Jahre	
1.	Aufbau der Beziehungen zu Gleichaltrigen
2.	Entwicklung von Selbstkontrolle
3.	Ausbau emotionaler Kompetenzen (Empathie und Emotionsregulation)
4.	Identifikation mit Geschlechterrollen
5.	Verfeinerung der motorischen Funktionen

weiligen Kultur und Gesellschaft definiert. Im Vordergrund stehen die zu entwickelnden kognitiven, sozialen und motorischen Kompetenzen des Kindes. Geht man davon aus, dass Kinder süchtiger Eltern mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in der Folge Defizite in o.g. Kompetenzfeldern entwickeln werden, leiten sich hieraus Aufgabenbereiche für ein entsprechendes Präventionsmodul für diese Altersspanne ab.

4.3.2 Zielsetzungen

Das zentrale und übergeordnete Ziel eines entsprechenden Präventions-/Interventionsmoduls ist die *Vermeidung einer Suchtentwicklung bei Kindern* suchtmittelabhängiger Eltern und die Förderung ihres Selbstwerterlebens.

Hierbei gilt es, bereits entstandene *Entwicklungsdefizite der Kinder*

- zu erkennen,
- zu beschreiben,
- zu bearbeiten und
- ggf. einer störungsspezifischen Nachsorge zuzuführen.

Spezifische Zielsetzungen sind:

- Verbesserung des Kenntnisstands der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und Drogen, dem Krankheitsbild „Sucht" sowie dessen Auswirkung auf andere Familienmitglieder
- Reduzierung der psychischen Belastung der Kinder durch Auflösung des Tabuthemas „Sucht"
- Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien, insbesondere
  a) die Verbesserung des adäquaten Umgangs mit Emotionen
  b) das Erlernen effektiver Problemlöse- und Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie sowie
  c) die Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens
- Erhöhung des Selbstwerts und Aufbau eines positiven Selbstkonzepts
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung

Auch die abhängigkeitskranken Mütter/ Väter sind einzubeziehen und hinsichtlich der Auswirkungen der familialen Suchterkrankung auf ihre Kinder zu sensibilisieren. Zudem geht es um die Enttabuisierung des Sucht-Themas innerhalb des Familiensystems (s. Kapitel 4.4).

4.3.3 Methodik/Verfahren (Beispiel Trampolin)

Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde durch das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) und das Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) das modulare Präventionskonzept für Kinder aus suchtbelasteten Familien – *Trampolin* (Bröning et al. 2012b, 2019) entwickelt, das beispielhaft erläutert wird (s. Anhang III).

Tab. 3: Altersspezifische Entwicklungsaufgaben 6-12 Jahre (in Anlehnung an Havighurst 1972, revidiert von Spangler und Zimmermann 1999).

Mittlere Kindheit 6 bis 12 Jahre	
1.	Erlernen körperlicher Geschicklichkeit, die für gewöhnliche Spiele notwendig ist
2.	Aufbau einer positiven Einstellung zu sich als einem wachsenden Organismus
3.	Erlernen eines angemessenen männlichen oder weiblichen sozialen Rollenverhaltens
4.	Lernen, mit Altersgenossen zurechtzukommen
5.	Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben, Rechnen
6.	Entwicklung von Konzepten und Denkschemata, die für das Alltagsleben notwendig sind
7.	Entwicklung von Gewissen, Moral und einer Werteskala
8.	Erreichen persönlicher Unabhängigkeit
9.	Entwicklung von Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen und Institutionen

4.4 Förderung der Elternkompetenz

4.4.1 Ausgangslage / Spezifikation der Zielgruppe und deren Bedarfe

Die Qualität der Erziehung, die ein Kind erfährt, hat einen entscheidenden Einfluss auf dessen Entwicklung (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington & Bornstein, 2000). Es wurde beispielsweise festgestellt, dass übermäßig kontrollierendes Verhalten der Eltern gegenüber dem Kind wesentlich zur Entwicklung kindlicher Ängste und Depression beiträgt (Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990; Wood, McLeod, Sigman, Hwang & Chu, 2003). Hohe mütterliche Kontrolle und niedrige Unterstützung durch den Vater wurden zudem mit externalisierenden Verhaltenssymptomen des Kindes assoziiert (Gadeyne, Ghesquière & Onghena, 2004). Solch negative Erziehungspraktiken sind teilweise durch soziale, psychische und suchtbezogene Probleme der Eltern bedingt (Barry, Dunlap, Cotton, Lochman & Wells, 2005; Hammen & Brennan, 2001) bzw. auch die Folge von Überforderung der Eltern, wenn diese im allgemeinen mit der elterlichen Verantwortung sowie im speziellen mit verhaltensauffälligen Kindern konfrontiert sind (Heinrichs, Bodenmann & Hahlweg, 2008). Die Triangulation aus Psychopathologie der Eltern, dysfunktionalem Erziehungsverhalten und kindlichem Problemverhalten unterstreicht die Relevanz von Elterntrainings, im Gegensatz zu rein kindbezogenen Interventionen, für die Prävention von psychischen und suchtbezogenen Störungen von Kindern, für die Verbesserung des generellen emotionalen Klimas einer Familie und damit für die Stabilisierung der elterlichen Abstinenzfähigkeit (Nowak & Heinrichs, 2008). Da Erziehungsverhalten im Gegensatz zu anderen Risikofaktoren veränderbar ist, gibt es zahlreiche unterschiedliche Interventionsansätze zur Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz. Die bereits beispielhaft beschriebenen Interventionsprogramme *STEEP, Papilio* und *Trampolin* beziehen entsprechend die Eltern in unterschiedlichem Umfang mit ein. Ein evidenzbasiertes und in der Praxis gut etabliertes Elternprogramm, das sich spezifisch der Stärkung der Erziehungskompetenz widmet, stellt das Interventionsprogramm *Triple P* (Positive Parenting Program; Sanders, Markie-Dadds & Turner 2003) dar. Darüber hinaus bietet die stationäre Reha-Behandlung die Möglichkeit, die Erprobung neuer Erziehungsfertigkeiten im Stationsalltag über einen Zeitraum von 3 bis 6 Monaten intensiv zu begleiten. Auch die entsprechenden Programme zur Förderung der Elternkompetenz sind auf das Setting der stationären Entwöhnungsbehandlung zu adaptieren.

4.4.2 Zielsetzungen von Elternmodulen kindbezogener Förderprogramme

Die beispielhaft vorgestellten kindbezogenen Interventionsmodule (siehe Anhang) beziehen auch die Eltern der Kinder mit ein. Dabei stehen die Eltern im Rahmen des Interventionsprogrammes *STEEP* besonders im Fokus, da die Zielgruppe der Kinder (Alter 0 bis 3 Jahre) noch sehr jung ist und somit die Arbeit mit den Eltern einen besonders bedeutsamen Stellenwert einnimmt. Die Schwerpunkte der Arbeit im Rahmen der Interventionsmodule *Papilio* und *Trampolin* liegen hingegen bei den Kindern, während die Eltern mit begleitenden Modulen angesprochen werden.

Auch hinsichtlich der elternbezogenen Ziele und Interventionsmodule unterscheiden sich die drei Programme.

Für das Programm *STEEP* stehen die Ziele Abstinenzsicherung während der Schwangerschaft und nach der Geburt, Einfinden in die Elternrolle sowie Stärkung einer sicheren und verlässlichen Bindung zwischen Eltern und Kind im Vordergrund. Diese Ziele werden durch Informationsvermittlung, Kompetenztraining und therapeutischen Bearbeitung im Rahmen von einzeltherapeutischen Sitzungen mit den Eltern, Familiengesprächen mit Eltern und Kind sowie in Gruppensitzungen mit mehreren Familien verfolgt.

Das Programm *Papilio* hat das Ziel ein entwicklungsförderliches Erziehungsverhalten der Eltern von Vorschulkindern aufzubauen und zu stärken. Darüber hinaus sollen die Eltern über die Förderung der sozioemotionalen Kompetenzen ihrer Kinder im Kindergarten informiert werden, damit die Kinder auch im Kontakt mit ihren Eltern in ihrem Kompetenzerwerb unterstützt werden können. Der sogenannte *Papilio ElternClub* umfasst 6 Eltern-Treffen, in denen Wissen über die kindliche Entwicklung, wirksame Erziehungsstile und hinsichtlich der Sucht- und Gewaltprävention bei Kindern vermittelt werden. Ziel ist es, dem Alter der Vorschulkinder angemessene erzieherische Maßnahmen (z.B. Umgang mit Lob, Formulieren von Aufforderungen, Regeln in der Familie, Umgang mit Gefühlen) einzuüben und somit die elterliche Selbstwirksamkeit hinsichtlich der Erziehungskompetenz zu stärken. Zudem werden Eltern motiviert, auch über die sechs Treffen hinaus in Kontakt zu bleiben und sich zu Erziehungsthemen auszutauschen.

Auch das Programm *Trampolin* macht den Eltern ein Beratungsangebot. Dabei sollen die Ziele, die für die Begleitkinder formuliert sind, den Eltern bekannt und von diesen im Erziehungsalltag weiter unterstützt werden. Darüber werden die Eltern im Rahmen von zwei Eltern-Treffen für die Auswirkungen der familiären Suchterkrankung auf die Kinder sensibilisiert. Somit soll für eine Enttabuisierung der Suchtproblematik innerhalb des Familiensystems gesorgt werden.

4.4.3 *Elternbezogenes Programm zur Stärkung von Erziehungsfertigkeiten (Beispiel Triple P)*

Ein Interventionsprogramm, das sich ausschließlich auf die Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern richtet, ist *Triple P* (Sanders et al., 2003) (s. Anhang IV).

4.4.4 *Transfer der erworbenen Elternkompetenzen in den Erziehungsalltag*

Die evidenzbezogenen kind- und elternbezogenen Zusatzleistungen der Interventionsprogramme *STEEP, Papilio, Trampolin* bzw. *Triple P* sollten in das Basis-Rehabilitationskonzept gut integriert sein. Die zum Basisprogramm gehörenden Angebote der gruppen- und einzeltherapeutischen Behandlungseinheiten sollten auch weiterhin offen für die Bearbeitung der elternspezifischen Themen sein. Von den evidenzbasierten Programmen könnten Impulse ausgehen, die in den Gruppen- und Einzeltherapien im Sinne der Nachhaltigkeit beobachtet und vertiefend bearbeitet werden können.

Neben den zusätzlichen Bedarfen hinsichtlich der therapeutischen Arbeit zur Stärkung der Elternkompetenz und der Eltern-Kind Beziehung muss im Vergleich zur Standardrehabilitation eines Suchtkranken ohne (Begleit-) Kind von komplexeren Bedarfen im Bereich der sozialrechtlichen Unterstützung ausgegangen werden. Die finanzielle und soziale Situation suchtkranker Eltern zeigt sich meist prekärer. Zur nachhaltigen Sicherung der Abstinenzfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und des familiären Klimas sind entsprechende umfangreichere Unterstützungsleistungen im Rahmen der Rehabilitation erforderlich. Diese beziehen sich u.a. auf die Beantragung von eltern-spezifischen Unterstützungsleistungen (z. B. Elterngeld und Bildungsgutscheine für Kinder) und die Planung weiterführender Maßnahmen zur Abstinenzsicherung und zur Sicherung des Kindeswohles möglichst in Kooperation mit dem zuständigen Jugendamt bzw. Familiengericht (z.B. Beantragung Familienhilfe, Betreutes Wohnen für Eltern und ihre Kinder, Kontaktaufnahme zu Frühförderstellen bei Entwicklungsauffälligkeiten der Kinder oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut bei psychiatrischen Auffälligkeiten der Kinder). Bereits während der Suchtrehabilitation sollte im Sinne einer zielgerichteten Rehabilitation und wirksamen Nachsorge mit relevanten Kooperationspartnern im Netzwerk der Sucht-, Jugend- und Gesundheitshilfe Kontakt aufgenommen werden. Auch für Bezugstherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen in den Suchtrehabilitationseinrichtungen entstehen in Bezug auf die komplexeren sozialrechtlichen Bedarfe der suchtkranken Eltern entsprechend höhere Leistungsanforderungen, die sich auf durchschnittlich 30 Minuten pro Patient und Woche quantifizieren lassen.

Damit die in den eltern-spezifischen Interventionseinheiten erworbenen Elternkompetenzen auch in den Erziehungsalltag übertragen werden können, bietet die stationäre Rehabilitation für einen 3 bis 6 monatigen Zeitraum die Möglichkeit die Erprobung dieser Fertigkeiten zu beobachten, mithilfe von Feedback zu verbessern und damit langfristig in das Kompetenzrepertoire der Eltern zu integrieren. Entsprechend ist es wichtig, die suchtkranken Eltern und ihre Kinder auch außerhalb der offiziellen Therapie- bzw. Kinderbetreuungszeiten durch geschulte Fachkräfte zu betreuen. Zum einen ist es sinnvoll die Aufsteh- und Zubettgeh-Routinen sowie die Rituale in Vorbereitung und Durchführung des Abendessens zu begleiten und Auffälligkeiten und positive Entwicklungen entweder direkt oder indirekt über das interdisziplinäre Behandlerteam an die Eltern zurückzumelden. Eine Vernachlässigung von Kindern kann so schneller erkannt und in eskalierende Konflikte frühzeitig eingegriffen werden. Die Wirksamkeit der evidenzbasierten kinder- und elternbezogenen Interventionsprogramme kann dadurch nachhaltig gesteigert werden.

5 Interne Vernetzung der Angebote in der Entwöhnungsbehandlung

Durch den Einbezug eines Familiensystems in den Rehabilitationsprozess und damit, neben der Sucht-Rehabilitation, auch die Prävention im Sinne einer frühzeitigen Bedarfserkennung und Entwicklungsförderung für die Kinder-Generation zu betreiben, erfährt der interdisziplinäre Austausch im Behandler-Team eine bedeutsame Aufgabe. Hierzu dienen neben den verschiedenen Interventionsformen für die Kinder, deren Eltern und die Familie (s. Kapitel 7) auch entsprechende *Kinder-Konferenzen (Fokus auf Kind)*. Die Mütter/Väter/Eltern werden zu Beginn im Behandlungsprozess und zum Ende der Entwöhnungsbehandlung eingeladen und bringen ihre Kinder (ab dem 6. Lebensjahr) in die Kinder-Konferenz mit.

Teilnehmer*innen der Kinder-Konferenzen sind

- Mutter/Vater/Eltern
- Einzel-/Gruppentherapeut*in (ggf. Familientherapeut*in)
- Grundschullehrer*in (wenn in Klinik verortet)
- Erzieher*innen der Ganz-Tages-Betreuung
- Sozialdienst
- Bezugstherapeut*in
- (Leitender, leitende) Arzt*in
- ggf. weitere Berufsgruppen (z. B. Moto-Pädagog*in)

Aufgaben der Kinderkonferenzen sind z.B.

- Besprechung von Verhaltensauffälligkeiten mit Mutter/Vater/Eltern (Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung)
- Besprechung von etwaiger Kindeswohlgefährdung
- Besprechung der kindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Beziehung/-Interaktion
- Entscheidung über Vorstellung bei Kinder- und Jugendlichenpsychiater*in bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in zur Diagnostik
- Entscheidung über Runde-Tisch-Gespräch mit externen Hilfesystem
- Post-Reha-Empfehlungen für Rehabilitand*in und Familie/ Kind

Darüber hinaus bestehen im Rahmen von interdisziplinär besetzten Fallkonferenzen und der Supervision entsprechende Möglichkeiten für den fachlichen Austausch, die Überprüfung der Entwicklungsverläufe und die weitere Prozesssteuerung.

6 Netzwerkarbeit, Nachsorge, weiterer Unterstützungsbedarf

Um die Nachhaltigkeit des Erlernten zu gewährleisten und zur weiteren Stabilisierung beizutragen, ist es notwendig, im Anschluss

an die 3- bis 6-monatige Entwöhnungsbehandlung einen langfristig angelegten Unterstützungs- und Hilfeprozess für das Kind und die Eltern einzuleiten. Hierfür sollte auf die bestehenden Hilfesysteme und Angebotsformen zurückgegriffen werden. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme im letzten Behandlungsdrittel (z.B. unter Nutzung von „Runde-Tisch-Gesprächen") hat sich bewährt, schafft Verbindlichkeit und fördert einen nahtlosen Übergang ins häusliche Umfeld. Die Angebote der Nachsorge für die Eltern sowie der Jugendhilfe leisten einen Beitrag zur Nachhaltigkeit des Erlernten und können auch unter Moderation der Klinik-Behandler miteinander vernetzt werden. Zudem können auch weiterführende Kooperationen (z.B. zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Logopädie, zum Jobcenter) eingeleitet, die Frage der Unterbringung (z.B. Betreutes Wohnen) geklärt bzw. angebahnt und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen oder Beratungsangeboten (z.B. Suchtberatungsstellen, Erziehungsberatungsstellen) hergestellt werden (z.B. für Kinder Suchtkranker *www.kidkit.de*, für Kinder und Eltern *www.nacoa.de*). Alle Krankenkassen sollten – bei vorliegendem Bedarf – grundsätzlich auch die Kosten für eine sich anschließende Adaptionsbehandlung übernehmen.

Bei vielen von Sucht belasteten Familiensystemen ist auch eine intensive Kooperation während der stationären Rehabilitationsleistung mit der Jugendhilfe notwendig. Unter Einbeziehung der Eltern und ihrer Kinder erfolgt im letzten Behandlungsabschnitt eine sehr konkrete Erfassung bisheriger Schwerpunkte der Rehabilitationsbehandlung, bereits erzielter Fortschritte, eine Abstimmung weiterhin bestehender Bedarfe und Zielvereinbarungen sowohl für den Rehabilitationsprozess als auch für die Vorbereitung der poststationären Phase und Nachsorge. Das inzwischen Erreichte kann gewürdigt und gemeinsam geprüft werden, mit welchem ambulanten Angebot noch bestehende Bedarfe zukünftig fachlich begleitet werden können. Hierbei muss berücksichtig werden, dass die fachspezifischen Nachsorgeangebote für die betroffenen Eltern und ihrer Kinder klar definiert und regional gut vernetzt sein sollten. Um weiterhin bestehende Bedarfe der Kinder und ihrer Eltern nach der Entwöhnungsbehandlung fachlich angemessen begleiten zu können, bedarf es noch sehr viel mehr Bemühungen, entsprechende Angebote im regionalen Raum vorzuhalten (z.B. spezifische Nachsorgeangebote, Angebote des Betreuten Wohnens für Mütter/Eltern mit Kindern). Wichtig ist es, die vorhandenen Angebote frühzeitig aktiv einzubinden, um damit die Nachhaltigkeit des begonnenen Prozesses gewährleisten zu können.

Die Fortsetzung einer Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) über das Jugendamt wird bspw. von vielen betroffenen Eltern als eine wertvolle Unterstützung wahrgenommen und kann die besonders von Rückfällen gefährdete Zeit nach der Klinikentlassung leichter überbrücken helfen. Darüber hinaus gilt es aber auch zu schauen, ob es ergänzend bedarfsgerechte regionale Angebote für die Förderung des Kindes (z. B. Psychotherapeut*innen, Lögopäd*innen, Ergotherapeut*innen) gibt bzw. ob die Vernetzung mit professionellen Hilfsangeboten für Kinder von suchtkranken Eltern möglich ist. Kooperationspartner können auch der jeweils andere Elternteil bzw. Familienmitglieder, die Kindertagesstätte, die Schule, Vereine und freie Träger sein. Die Integration in eine stationäre Mutter-Kind Einrichtung (Betreutes Wohnen) kann bei noch komplexen Bedarfen des Familiensystems den erforderlichen weiteren Schutzraum gewährleisten.

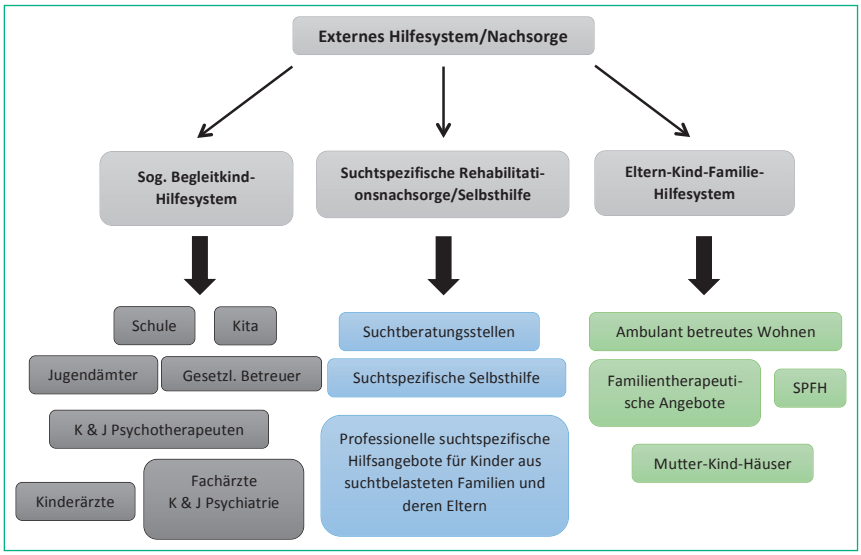


Abb. 2: Beispiele für poststationäre Hilfsangebote/Nachsorge.

Eine entsprechende Kooperation und Vernetzung zielt darauf ab, dass das während des stationären Aufenthalts Erreichte durch die poststationäre Begleitung und Unterstützung gefestigt und weiter ausgebaut werden kann.

Einen beispielhaften Überblick über die poststationären Angebote gibt die nachfolgende Abbildung.

7 Zusatzleistungen und Personalbedarf zur Förderung von Kindern und ihrer suchtkranken Eltern im Überblick

Suchtkranke Eltern und ihre Kinder benötigen ein höheres Maß an Unterstützungsleistung im Vergleich zu kinderlosen Sucht-Rehabilitanden. Die Entwöhnungsbehandlung bietet Suchtkranken die Möglichkeit, im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungssettings (z. B. über Psycho-/Suchttherapie, Ergo-/Arbeitstherapie, Info-Vorträgen sowie interdisziplinären Fallbesprechungen) im Behandlungsverlauf ihre Suchtproblematik zu bearbeiten. Die Berücksichtigung des besonderen Bedarfes der suchtkranken Eltern und ihrer Kinder kann im Rahmen dieser Standardleistungen bisher nicht ausreichend abgedeckt werden. Um den besonderen Bedarfen von suchtkranken Eltern und ihren Kindern im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung gerecht zu werden, ist die Durchführung einer innovativen Komplexleistung notwendig. Diese Komplexleistung für suchtkranke Eltern und ihre Kinder verfolgt die folgenden Ziele: Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern, Verbesserung der Interaktions- und Bindungsqualität zwischen Eltern und Kind sowie die Stärkung der Resilienz von sowohl Eltern als auch Kindern. Die Unterstützung des von der Suchterkrankung beeinträchtigten Familiensystems sollte dabei wechselseitig positive Auswirkungen auf die Stabilisierung der Abstinenz- und Erwerbsfähigkeit der Eltern und die adäquate Entwicklung der Kinder haben.

Die bereits in Kapitel 4 ausführlich beschriebenen komplexen Leistungen für suchtkranke Eltern und deren Kinder setzen sich aus verschiedenen Maßnahmen zusammen, die über das bisherige Standardprogramm der Entwöhnungsbehandlung hinaus gehen, und aus deren Erbringung auch ein entsprechend höherer Personalbedarf sowie spezifische Ausstattungsmerkmale resultieren. Die anhand verschiedener Module beispielhaft beschriebenen komplexen Leistungen und der damit verbundene erweiterte Stellenplan können dabei nur als Orientierung dienen, da sie sich aufgrund der Vielfalt der Versorgungslandschaft (z. B. Anzahl und Alter der aufgenommenen Kinder) nicht direkt auf alle Einrichtungen übertragen lassen. Unter Berücksichtigung der strukturellen und konzeptionellen Gegebenheiten der Einrichtungen (z.B. maxi-

male Aufnahmekapazität für suchtkranke Eltern und ihre Kinder, Altersspektrum der aufgenommenen Kinder, klinikinterne oder -externe Kindergartenbetreuung) bedarf es deshalb der individuellen Anpassung der entsprechenden Leistungen und des damit im Zusammenhang stehenden Stellenplans mit dem federführenden Leistungsträger.

Im Folgenden sollen die komplexen Zusatzleistungen, die über das Standardprogramm der Entwöhnungsbehandlung hinausgehen, im Überblick dargestellt werden. Tabelle 4 fasst die einzelnen Aspekte der Komplexleistung zusammen.

Wie bereits im Kapitel 3.2 ausführlich dargestellt (siehe auch Abbildung 1) gilt es zunächst im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung beispielsweise mithilfe von Vorgesprächen oder Vorbefunden festzustellen, ob eine Einrichtung für die jeweiligen Antragsteller, d.h. Elternteil(e) mit Kind, geeignet ist. Um suchtkranke Eltern und ihre Kinder optimal unterstützen zu können, werden zu Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung deren individuellen Bedarfe ermittelt.

Neben den zum Standardprogramm der Entwöhnungsbehandlung gehörenden gruppen- und einzeltherapeutischen Sitzungen empfiehlt es sich mit jedem Elternteil einmal pro Woche eine zusätzliche familienbezogene Intervention durchzuführen. Dabei besteht die Möglichkeit, dass auch das Kind bzw. die Kinder eines suchtkranken Elternteils altersgerecht miteinbezogen werden kann bzw. können. Für Eltern mit Begleitkind im Alter von 0 bis 2 Jahren können diese individuellen Familiengespräche auf dem Interventionsprogramm *STEEP* (Steps toward effective and enjoyable Parenting; Erickson & Egeland, 2016) basieren. Diese spezifische Einzelarbeit mit jeder separaten Familie kann sinnvoll durch das Angebot einer wöchentlich stattfindenden indikativen Gruppe, indem sich suchtkranke Eltern untereinander über Erziehungsherausforderungen austauschen und neue Erziehungsfertigkeiten trainieren, ergänzt werden.

Zur Durchführung dieser indikativen Gruppe kann sich am Interventionsprogramm *Triple P* (Positive Parenting Program; Sanders et al., 2003) orientiert werden. Neben der familienbezogenen Arbeit (z.B. Erziehungsfähigkeit, Eltern-Kind Bindung, Resilienz) sollten auch die besonderen beruflichen und sozialen Bedarfe von suchtkranken Eltern und deren Kindern berücksichtigt werden. Suchtkranke Eltern weisen hinsichtlich ihrer sozialen und beruflichen Situation einen komplexeren Beratungs- und Unterstützungsbedarf auf, da die familiären Belastungen und Rahmenbedingungen bei der beruflichen Wiedereingliederung berücksichtigt werden müssen und stabile Perspektiven häufig auch gemeinsam mit dem Jugendamt abzustimmen sind.

Schließlich tragen zum nachhaltigen Erfolg der Entwöhnungsbehandlung einerseits die Besprechungen innerhalb des interdisziplinären Behandlerteams (z.B. Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Erzieher*innen) wie auch entsprechende Gespräche mit den Eltern (ggf. unter Einbeziehung der Kinder) sowie die Kinderkonferenzen bei. Andererseits ist es wichtig, vor allem auch im Sinne der Nachsorge und Weiterbetreuung, zu relevanten externen Kontakten (z.B. Jugendhilfe, Suchthilfe, Angehörige) den mitunter sehr zeitaufwändigen Austausch zu pflegen. Diese von Psycholog*innen und Sozialtherapeut*innen zu erbringenden zusätzlichen Leistungen lassen sich mit dem regulär bestehenden Stellenplan nicht abbilden. Für die ausreichende Betreuung einer ganzen Bezugsgruppe mit suchtkranken Eltern und deren Kinder wäre mindestens eine zusätzliche Vollzeitstelle eines Psycholog*in bzw. Sozialtherapeut*in zu empfehlen, um die Komplexleistung erbringen zu können.

Während die suchtkranken Eltern ihr Rehabilitationsprogramm absolvieren, gehen die Schulkinder meist in externe Schul- bzw. Horteinrichtungen. Jüngere Kinder hingegen werden in den meisten Fällen in klinikinternen Kindergärten betreut. Zur Steigerung sozio-emotionaler Kompetenzen der Kinder im Alter zwischen 3 und 6 Jahren kann das Interventionsprogramm *Papilio* (Mayer et al., 2016) im Kindergartenalltag integriert werden. Zur Umsetzung von *Papilio* kann sich an den von den Bundesländern vorgegebenen regulären Stellenplänen für Kindergärten orientiert werden. Zusätzliche personelle Ressourcen werden für die Programmdurchführung nicht benötigt, allerdings eine entsprechende Fortbildung der vorzuhaltenden Erzieher*innen. Auch Schulkinder könnten durch das spezielle gruppentherapeutische Angebot *Trampolin* (Klein et al., 2013) in ihrer Entwicklung gefördert und z. B. vor zukünftigen Gewalt- und Suchtproblemen vorbeugend geschützt werden. Dieses Präventionsangebot könnte einmal wöchentlich durch die zusätzlichen Stellen im Bereich der Psycholog*in und Sozialtherapeut*in abgedeckt werden.

Außerhalb der Therapiezeiten der Eltern und außerhalb der Betreuungszeiten der Kinder ist die Begleitung der Familien im Erziehungsalltag von großer Bedeutung für den Transfer und die Erprobung erlernter Elternkompetenzen, was sich insgesamt positiv auf die Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kind sowie langfristig auch auf die Resilienz der Kinder auswirkt. Zum einen könnten suchtkranke Eltern und ihre Kinder in der Gestaltung ihrer Freizeit durch konkrete Angebote wie beispielsweise gemeinsames Kochen (angeleitet durch Ernährungsberater*in), gemeinsames Gestalten (angeleitet durch Ergotherapeut*in) oder gemeinsame sportliche Aktivitäten (angeleitet durch Sporttherapeut*in) unterstützt werden. Zum anderen wäre es nützlich, suchtkranke Eltern in der selbstverantwortlichen familiären Alltagsbewältigung und Freizeitgestaltung zu begleiten. Eltern könnten so beispielsweise bei der Etablierung fester Morgenroutinen, bei der Entwicklung eines konsistenten und konsequenten Erziehungsstils sowie bei der Einführung wirksamer Einschlafrituale unterstützt werden. Auffälligkeiten in der Eltern-Kind Beziehung (z. B. Vernachlässigung der Kinder durch Eltern) können so direkter vom interdisziplinären Team wahrgenommen und im Rahmen des therapeutischen Programms bearbeitet werden. In Anlehnung an stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe und der Eltern-Kind Häuser und der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation kann ein personeller Mehrbedarf an Erzieher*innen oder Sozialpädagog*innen abgeleitet werden, um die suchtkranken Eltern in ihrem Erziehungsalltag während der Entwöhnungsbehandlung zu begleiten. Das konkrete Ausmaß des zusätzlichen Betreuungsaufwandes wird sich jedoch zwischen den Einrichtungen aufgrund unterschiedlicher struktureller und konzeptueller Gegebenheiten unterscheiden. Einzurechnen sind bei der Personalplanung die Begleitung der suchtkranken Eltern und ihrer Kindern sowohl am Morgen vor der Therapie (6 bis 8 Uhr) als auch nach der Therapie bis zum Schlafenlegen der Kinder (16 bis 19 Uhr) sowie an den Wochenenden (8 bis 19 Uhr). Es sollte mindestens eine Fachkraft zu den angegebenen Zeiten (auch unabhängig von der Anzahl der zu begleitenden Eltern und Kinder) anwesend sein.

Die beschriebene komplexe Leistung stellt für Eltern und Kinder keine Überforderung dar. Suchtkranke Eltern kämen auf einen durchschnittlichen Leistungsumfang mit Therapieveranstaltungen von ca. 22 Stunden pro Woche.

Insgesamt ist festzustellen, dass in Abhängigkeit vom jeweiligen Konzept einer Einrichtung und den jeweiligen Altersgruppen, die aufgenommen werden, Abweichungen von der hier in seiner Gesamtheit dargestellten Komplexleistung möglich sein müssen. Von daher sind die in Kapitel 4 beschriebenen Programme beispielhaft genannt. Diese sind auf Einrichtungsebene mit den jeweiligen Leistungsträgern ebenso zu verhandeln wie die entsprechenden Sonderanforderungen für Unterkunft, Materialien und Ausstattung (inkl. Fahrdienst). In Tabelle 4 werden die Leistungen für suchtkranke Eltern und deren Begleitkinder zusammengefasst.

Ausblick

Die Entwöhnungsbehandlung bietet mit dem Angebot der gemeinsamen Aufnahme von suchtkranken Eltern (Mütter/Väter) und ihren Kindern eine große Chance dafür,

Tab. 4: Spezifische und zusätzliche Leistungen bei mit Kindern anreisenden Suchtrehabilitanden.

Leistungsbereich	Zusatzleistung	Zielgruppe	Zeitaufwendung	Personelle Ressource
prästationärer Kontakt	– Austausch mit relevanten externen Stellen/ Behandlern (z.B. Jugendamt, Kinderarzt*ärztin, Kinder- und Jugendtherapeut*in, Angehörige) – Informationen zum Behandlungsangebot geben – Klärung der Kostenübernahme (Leistungsträger)	– Rehabilitand*in mit Kind	1,5 Stunden pro Reha	– Aufnahmeverwaltung – Ärztliche / Therapeutische Leitung – Bezugstherapeut*in (Psychologe*in, Sozialpädagoge*in)
stationäre Aufnahme/Integrationsphase	– Einsatz multipler Verfahren (Fragebögen, Vorbefunde, Verhaltensbeobachtungen)	– Rehabilitand*in mit Kind	2 Stunden pro Reha	– Bezugstherapeut*in (Psychologe*in, Sozialpädagoge*in) – Erzieher*in
Elternbezogene Intervention	– *Indikative Gruppe Erziehungskompetenz*, z.B. basierend auf dem Programm *Triple P*	– Rehabilitand*in	10 x 60 min pro Reha	– Psychologe*in, Sozialpädagoge*in etc. – evtl. fortgebildet in Triple P
Eltern-Kind Interventionen	– *familienbezogene Intervention* zur Stärkung der Erziehungskompetenz und Verbesserung der Eltern-Kind Interaktion – mit Eltern und Kindern (0–2 Jahre) kann z.B. mit dem Programm *STEEP* gearbeitet werden	– Rehabilitand*in mit Kind	mind. 25 min pro Woche	– Bezugstherapeut*in (z.B. Psychologe*in, Sozialpädagoge*in) – evtl. fortgebildet in *STEEP*
	– Entwicklungsförderliche Gruppentrainings für Schulkinder zur Sucht- und Gewaltprävention – Anwendung z.B. des Programms *Trampolin*; beinhaltet auch extra Einheiten für Eltern	– Kind (6–12 Jahre) – Rehabilitand*in (Eltern)	9 x 90 min pro Reha	– Psychologe*in oder Sozialpädagoge*in etc. – evtl. fortgebildet in Trampolin
	– *Kinderkonferenz:* interdisziplinäre Fallbesprechung mit Rehabilitanden und Begleitkind – Anlass für Konferenz sind Besprechung des Aufenthaltsverlauf und bei Krise	– Rehabilitand*in mit Kind	mind. 3 x 25 min pro Reha	– Interdisziplinäres Team (Bezugstherapeuten*innen, Bezugsarzt*ärztin, Ergotherapeuten*innen, Diätberater*in, Sporttherapeuten*innen, Erzieher*in, ggf. Pflege)
Eltern-Kind Betreuung	– *Begleitung der Eltern im Erziehungsalltag* (außerhalb der Therapiezeiten): Beobachtung und Unterstützung der Eltern bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder, ggfs. schulische Förderung / Hausaufgabenbetreuung)	– Rehabilitand*in mit Kind	täglich außerhalb der Therapiezeiten (auch am Wochenende)	– Erzieher*in – Sozialpädagoge*in
	– *Eltern-Kind Freizeit* (Basteln, Freizeit, Sport, Entspannung, Ausflüge)	– Rehabilitand*in mit Kind	1 x 90 min pro Woche	– Erzieher*in – Sporttherapeut*in – Ergotherapeut*in
	– *Anleitung zum Abendessen:* Eltern und ihre Kinder werden bei der Vorbereitung, Zubereitung und Durchführung des Abendessens begleitet	– Rehabilitand*in mit Kind	120 min pro Woche	– Ernährungsberater*in oder Diätassistent*in – Sozialpädagoge*in
	– *Kinderbetreuung im Kindergarten* – für Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahre kann z.B. das Interventionsprogramm *Papilio* angewendet werden	– Kinder (0 bis 6 Jahre)	Montag bis Freitag von 8:15 bis 16:00	– Erzieher*in – Psychologen*in, Sozialpädagoge*in – evtl. fortgebildet in *Papilio*
	– Transport (z.B. Schule, Kinderarzt*ärztin, Freizeitangebote)	– Rehabilitand*in mit Kind	Nach Bedarf	– Haustechnik
Kooperationen	– Austausch mit relevanten externen Kontakten (z.B. Jugendamt, Kinder- und Jugendtherapeut*in, Kinderarzt*ärztin, Logopäde*in, Physiotherapeut*in, Eltern-Kind Wohneinrichtung, Betreuer, Familiengericht) – Information über Behandlungsverlauf – Planung von Maßnahmen zur Nachsorge, Weiterbehandlung – Begleitung zu Gerichtsterminen, Hilfeplangesprächen, Wohnheimbesichtigungen etc.	– Rehabilitand*in mit Kind	30 min pro Woche (gemittelt über den gesamten Reha-Verlauf)	– Bezugstherapeut*in (Psychologe*in, Sozialpädagoge*in etc.) – Sozialpädagoge*in des Sozialdienstes – Erzieher*in – Pflege

- die Kontinuität der Beziehung aufrecht zu erhalten,
- die Ressourcen der Erwachsenen und der Kinder zu stärken,
- zur Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion und zur gegenseitigen Vertrauensbildung beizutragen,
- eine altersgerechte Entwicklung der Kinder und deren Erlebnisfähigkeit zu fördern,
- durch das Erlernen neuer Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien der Eltern im Umgang mit dem Kind zur Stabilisierung des Elternteils beizutragen und
- damit auch einen Beitrag zur Rückfallprävention zu leisten.

Die Lebensbiographie der Kinder kann dadurch nachhaltig positiv unterstützt werden. Denn der Entwicklung und Manifestierung psychischer Störungen (inkl. einer späteren Suchterkrankung) in der weiteren Kindheit und Jugend bzw. im frühen Erwachsenenalter kann frühzeitig entgegengewirkt und die schulische, ausbildungsbezogene und berufliche Karriere der heutigen Kinder und ihre Teilhabechancen langfristig gefördert werden.

Letztlich ist damit – neben der Reduzierung individuellen und familiären Leids – auch

ein nachhaltiger volkswirtschaftlicher Gewinn verbunden, der auch im gemeinsamen Interesse der Politik, der Rentenversicherung, der Krankenversicherung und der Jugendhilfe liegt.

Um altersgerechte Förderangebote für die Kinder vorzuhalten und eine intensive pädagogische Arbeit unter Einbezug der Eltern leisten zu können, sollte der entsprechende Bedarf an Leistungen auch angemessen finanziert werden.

Darüber hinaus ist aber auch eine Anpassung der erforderlichen Rahmenbedingungen für die Suchtrehabilitation von Eltern, die mit den Kindern in Behandlung kommen, erforderlich. Dies beinhaltet etwa eine Flexibilisierung der Behandlungszeit für diese spezielle Zielgruppe.

Auch bei der Qualitätssicherung der Rentenversicherung sind entsprechende Angebotsformen und Bedarfsgruppen gesondert zu betrachten (z.B. Aufnahme von Leistungen zur Stärkung der Elternkompetenz in die Klassifikation therapeutischer Leistungen, entsprechend angepasste Vorgaben für zu erbringende therapeutische Leistungen pro Woche).

Im gegliederten System der Sozialversicherung gibt es verschiedene Möglichkeiten der Nachsorge, Weiterbehandlung und –betreuung. Von Bedeutung ist, dass spezifische einzelfallbezogene Angebote gerade auch für suchtkranke Eltern mit Kindern vorgehalten werden (z.B. auch mit Hausbesuchen). Dies erfordert eine entsprechende Verzahnung vorhandener Leistungsbereiche, verbunden mit einer Schnittstellenoptimierung sowie klaren Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Finanzierung der Leistungen (SGB V, VII und VIII).

In der weiteren Betreuung nach der Rehabilitation sind für diese Zielgruppe zudem in erforderlichem Umfang Angebote des Betreuten Wohnens mit sucht- und familienbezogenen Elementen in ausreichendem Umfang zur Verfügung zu stellen.

Angesichts dieser vielfältigen Herausforderungen ist ein Dialog von Politik, Leistungsträgern und Leistungserbringern gefordert, um entsprechende Vereinbarungen zu treffen, die bedarfsgerechte Lösungen für suchtkranke Eltern und ihre Kinder im Kontext der Entwöhnungsbehandlung vorsehen.

Literaturverzeichnis

Achenbach, T. M. (2014). Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). The encyclopedia of clinical psychology, 1-8.

Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2000). Manual for the ASEBA preschool forms and profiles (Vol. 30). Burlington, VT: University of Vermont, Research center for children, youth, & families.

Ainsworth, M., Blehar, M.C., Water, E. & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ. Erlbaum

Arsenio, W. F., Cooperman, S., & Lover, A. (2000). Affective predictors of preschooler's aggression and peer acceptance: Direct and indirect effects. Developmental Psychology, 36, 438-448.

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Oxford: Prentice-Hall.

Bärsch, W. (1990). Drogenabhängigkeit und Elternschaft: eine vertretbare Kombination? In: Landesverband Westfalen-Lippe (Hrsg.): Kinder haften für ihre Eltern. Münster.

Barnow, S., Stopsack, M., Spitzer, C., & Freyberger, H.-J. (2007). Korrelate von Alkoholwirkungserwartungen im Jugendalter. In Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 36 (1), 1–10.

Barry, T. D., Dunlap, S. T., Cotton, S. J., Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2005). The influence of maternal stress and distress on disruptive problems in boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 265-273.

Barquero, B., Mayer, H., Heim, P., Scheithauer, H., Meir-Brenner, S., Koglin, U., Petermann, F. & Erhardt, H. (2007). PAPILIO®: Ein Programm zur Prävention von Verhaltensproblemen, zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Kindergarten und zur langfristigen Prävention von Sucht und Gewalt. Für Kinder und Jugendliche (S. 397–418). Tübingen: DGVTVerlag.

Black, C. (1979). Children of alcoholics. Alcohol Research and Health, 4(1), 23.

Bornstein, L., & Bornstein, M. H. (2014). Parenting styles and child social development. Encyclopedia on early childhood development. Montreal: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development.

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). The irreducible needs of children: What every child must have to grow, learn, and flourish. Lifelong Books.

Bröning, S., Sack, P. M., Haevelmann, A., Wartberg, L., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2019). A new preventive intervention for children of substance-abusing parents: Results of a randomized controlled trial. Child & Family Social Work, 1-10.

Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P.-M., Schaunig-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. & Thomasius, R. (2012a). Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review. In Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7 (1), 23.

Bröning, S., Moesgen, D., Haevelmann, A., Keller, K., Wiedow, A., Kindermann, S. S., Klein, M., Thomasius, R. (2012b). Konzeption und Evaluation eines modularen Präventionskonzepts für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Abschlussbericht. Hamburg/Köln. Juli 2012

Bröning, S., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2012c). Ressourcenorientiertes Arbeiten mit Kindern aus Suchtfamilien. PiD-Psychotherapie im Dialog, 13(04), 44-48.

Brisch, K. H. (2017). SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern: Sichere Bindung zwischen Eltern und Kind. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2009). Die frühkindliche außerfamiliäre Betreuung von Säuglingen und Kleinstkindern aus der Perspektive der Säuglingsforschung. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie AKJP, 142, 143-158.

Christiansen, H., Anding, J., & Donath, L. (2014). Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. Kinder psychisch kranker Eltern. Herausforderungen für eine interdisziplinäre Kooperation in Betreuung und Versorgung. S, 80-105.

Cleveland, M. J., Reavy, R., Mallett, K. A., Turrisi, R. & White, H. R (2014). Moderating effects of positive parenting and maternal alcohol use on emerging adults' alcohol use: does living at home matter? In Addictive Behaviours, 39 (5), 869–78.

Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M. & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: the case for nature and nurture. *American Psychologist, vol. 55, no. 2,* 218–232.

Cooley, E. L. & Triemer, D. M. (2002). Classroom behaviour and the ability to decode nonverbal cues in boys with severe emotional disturbance. Journal of Science Psychology, 142, 741-751.

Criss, M. M., Pettitt, G. S., Bates, J. E., Dodge, K. A. & Lapp, A. L. (2002). Family adversity, positive peer relationships, and children's externalizing behaviour: A longitudinal perspective on risk and resilience. Child Development, 73, 1220-1237.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. Canadian psychology/Psychologie canadienne, 49(3), 182.

Drake, R. E., & Vaillant, G. E. (1988). Predicting alcoholism and personality disorder in a 33-year longitudinal study of children of alcoholics. Addiction, 83 (7), 799–807.

Egeland, B., Erickson, M. F., & Sroufe, L. A. (1993). An evaluation of STEEP: A program for high-risk mothers. US Department of Health and Human Services, National Institute of Mental Health, Bethesda MD.

Ehrenfried, T., Heinzelmann, C., Kähni, J., & Mayer, R. (1998). Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker: Ein Bericht aus der Praxis für die Praxis. Balingen.

Eiden, R. D., Colder, C., Edwards, E. P., & Leonard, K. E. (2009). A longitudinal study of social competence among children of alcoholic and nonalcoholic parents: Role of parental psychopathology, parental warmth, and self-regulation. Psychology of addictive behaviors, 23(1), 36.

Eisenberg, N., Guthrie, I.K., Fabes, R.A., Shepard, S., Losoya, S., Murphy, B.C., Jones, S., Poulin, R. & Reiser, M. (2000). Prediction of elementary school children's externalizing problem behaviours forms attention and behavioural regulation and negative emotionality. Child Development, 71, 1367-1382.

Elias, M. J., Zins, J. E., Weissenberg, R. P., Frey, K. S., Greenberg, M. T., Haynes, N. M. Kessler, R., Schwab-Stone, M. E. & Shriver, T. P. (1997). Promoting social and emotional learning: Guidelines für educators. Alexandria, V.A.: Association for Supervision and Curriculum Development.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2008). Drugs and vulnerable groups of young people. Lisbon, PT: EMCCDA.

Erickson, M. F., & Egeland, B. (2016). Die Stärkung der Eltern-Kind- Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Klett-Cotta.

Erickson, M. F., & Egeland, B. (2004). Linking theory and research to practice: The Minnesota Longitudinal Study of Parents and Children and the STEEP™ program. Clinical Psychologist, 8(1), 5-9.

Forrester, D., & Harwin, J. (2011). Parents who misuse drugs and alcohol: Effective interventions in social work and child protection (Vol. 30). John Wiley & Sons.

Fuller-Thomson, E., Katz, B. R., Phan, T. V., Liddycoat, P. M. J. & Brennenstuhl, S. (2013). The long arm of parental addictions: the association with adult children's depression in a population-based study. In Psychiatry Research, 210 (1), 95–101.

Gadeyne, E., Ghesquière, P. and Onghena, P. (2004). Psychosocial functioning of young children with learning problems. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45, 510-521.

Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression and perception of early parenting? A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 10,* 251–277.

Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. In Sucht, 62, 271–281.

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen:Hogrefe.

Hahlweg, K. (2001). Bevor das Kind in den Brunnen fällt: Prävention von kindlichen Verhaltensstörungen. In W. Deutsch & M. Wenglorz, *Zentrale Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen* (S.189-241). Stuttgart: Klett-Cotta.

Hammen, C. & Brennan, P. A. (2001). Depressed adolescents of depressed and nondepressed mothers: Tests of an interpersonal impairment hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 284-294.

Havighurst, R. (1972). Developmental tasks and education. New York: McKay

Hearle, J., Plant, K., Jenner, L., Barkla, J. & McGrath, J. (1999). A survey of contact with offspring and assistance with child care among parents with psychotic disorders. Psychiatric Services, 50 (10), 1354–1356.

Heinrichs, N., Bodenmann, G. & Hahlweg, K. (2008). *Prävention bei Paaren und Familien*. Göttingen: Hogrefe.

Heinrichs, N., Hahlweg, K., Bertram, H., Kuschel, A., Nau-mann, S. & Harstick, S. (2006). Die langfristige Wirksamkeit eines Elterntrainings zur universellen Prävention kindlicher Verhaltensstörungen, Ergebnisse aus Sicht der Mütter und Väter. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35,* 82-95.

Henricsson, L. & Rydell, A.-M. (2006). Children with behaviour problems: The influence of social competence and social relations on problem stability, school achievembt and peer acceptance across the first six years of school. Infant and Child Development, 15, 247-366.

Hill, S. Y., Tessner, K. D. & McDermott, M. D. (2011). Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. Journal of Psychiatric Research, 45 (3), 285–294.

Hohm, E., Laucht, M., Zohsel, K., Schmidt, M. H., Esser, G., Brandeis, D., & Banaschewski, T. (2017). Resilienz und Ressourcen im Verlauf der Entwicklung: Von der frühen Kindheit bis zum Erwachsenenalter. Kindheit und Entwicklung, 26(4), 230-239.

Huber, W. (1990). Familie und Alkohol: Gemeindenahe, stationäre und ambulante Kurzzeittherapien in einer Modellklinik. Freiburg im Breisgau.

Hussong, A. M., Bauer, D. J. & Chassin, L. (2008). Telescoped trajectories from alcohol initiation to disorder in children of alcoholic parents. Journal of Abnormal Psychology, 117 (1), 63–78.

Hussong, A. M., Flora, D. B., Curran, P. J., Chassin, L. A. & Zucker, R. A. (2008). Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. Development and Psychopathology, 20, 165–193.

Ialongo, N. S., Werthamer, L., Kellam, S. G., Brown, C. H., Wang, S. & Lin, Y. (1999). Proximal impact of two-first-grade preventive interventions on the early risk behaviors for later substance abuse, depression, and antisocial behavior. American Journal of Community Psychology, 27, 599-641.

Ingoldsby, E. M., Shaw, D. S., Owens, E. B. & Winslow, E. B. (1999). A longitudinal study of interparental conflict, emotional and behavioural reactivity, and preschoolers' adjustment problems among low-income families. Journal of Abnormal Child Psychology, 27, 343-356.

Izard, C.E., Fine, S., Mostow, A., Trentacosta, C. & Campbell, J. (2002). Emotion process in normal and abnormal development and preventive intervention. Development and Psychopathology, 14, 761-787.

Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (Eds.). (2015). Social policy for children and families: A risk and resilience perspective. Sage Publications.

Kelley, M. L., Linden, A. N., Milletich, R. J., Lau-Barraco, C., Kurtz, E. D., D Lima, G. M., Bodkins, J. A., Brynn, E. S. (2014). Self and partner alcohol-related problems among ACOAs and non-ACOAs: associations with depressive symptoms and motivations for alcohol use. Addictive Behaviours, 39 (1), 211–218.

Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K. & Sundquist, J. (2016). Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Psychological Medicine, 46 (6), 1301.

King, K. M. & Chassin, L. (2008). Adolescent stressors, psychopathology, and young adult substance dependence: a prospective study. Journal of Studies on Alcohol, 69 (5), 629–638.

Klein, M., Moesgen, D. & Dyba, J. (2019). SHIFT – Ein Elterntraining für drogenabhängige Mütter und Väter mit Kindern zwischen 0 und 8 Jahren. Göttingen: Hogrefe.

Klein, M. (2018a). Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht. Suchtmedizin 20 (1), 52–62.

Klein, M. (2018b). Kinder von Suchtkranken. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung?. Sozial Extra 42 (1), 31 – 35.

Klein, M., Thomasius, R. & Moesgen, D. (2017). Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Kinder aus suchtbelasteten Familien. Berlin Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten.

Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S. & Thomasius, R. (2013). Trampolin: Kinder aus suchtbelasteten Familien entdecken ihre Stärken. Manual. Göttingen: Hogrefe.

Klein, M. (2005). Kinder aus suchtbelasteten Familien. In R. Thomasius & U. J. Küstner (Hrsg.), Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention (S. 52–60). Stuttgart: Schattauer.

Köckeritz, Ch. (2004). Entwicklungspsychologie für die Jugendhilfe. Weinheim: Juventa

Landgraf, M. N. & Heinen, F. (2016). Fetales Alkoholspektrumstörungen. S3-Leitlinie zur Diagnostik Stuttgart: Kohlhammer.

Landgraf, M. N. & Heinen, F. (2013). Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinie zur Diagnostik. Stuttgart: Kohlhammer.

MacPherson, P. S. R., Stewart, S. H. & McWilliams, L. A. (2001). Parental problem drinking and anxiety disorder symptoms in adult offspring. Examining the mediating role of anxiety sensitivity components. Addictive Behaviours, 26, 917–934.

Maslow, A. H. (1981). Motivation und Persönlichkeit, 12. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Mayer, H., Heim, P., Peter, C., Scheithauer, H. (2016). Papilio. Ein Programm für Kindertagesstätten zur Prävention von Verhaltensproblemen und zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenz. Ein Beitrag zur Sucht- und Gewaltprävention. Theorie und Grundlagen. 4. überarbeitete und ergänzte Auflage. Augsburg: Papilio Verlag.

Molina, B. S., Donovan, J. E. & Belendiuk, K. A. (2010). Familial loading for alcoholism and offspring behaviour: mediating and moderating influences. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 34 (11), 1972–1984.

NACOA Deutschland (National Association for Children of Addiction) (2006). Kinder aus suchtbelasteten Familien. Hilfen zur Unterstützung in Kindertagesstätte und Grundschule. Berlin: NACOA Deutschland.

Naumann, S., Bertram, H., Kuschel, A., Heinrichs, N., Hahlweg, K., Döpfner, M. (2010). Der Erziehungsfragebogen (EFB) – Ein Fragebogen zur Erfassung elterlicher Verhaltenstendenzen in schwierigen Erziehungssituationen. Diagnostica 56, heft 3, 144-157

Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P – Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review,* 11, 114-144.

Obradović, J. (2016). Physiological responsivity and executive functioning: Implications for adaptation and resilience in early childhood. Child Development Perspectives, 10(1), 65-70.

Park, S. & Schepp, K. G. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: their inherent resilience and vulnerability. Journal of Child and Family Studies, 24 (5), 1222–1231.

Parvaresh, N., Mazhari, S. & Nazari-Noghabi, M. (2015). Frequency of psychiatric disorders in children of opioid or methamphetamine-dependent parents. Addiction and Health, 7, (3–4), 140–148.

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. Psychopharmacology, 214(1), 55-70.

Peter, C., Sondag, C., Mayer, H., & Scheithauer, H. (2014). Papilio-ElternClub – Elternheft. Augsburg: Papilio Verlag.

Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (2004). Entwicklungswissenschaft. Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Berlin: Springer.

Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2003). Emotionale Kompetenz bei Kindern. Göttingen: Hogrefe.

Raitasalo, K., Holmila, M., Autti-Rämö, I., Notkola, I. L., & Tapanainen, H. (2015). Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance-abusing mothers: A register-based cohort study. Drug and Alcohol Review, 34(1), 38-45.

Romer, G. (2003). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. The Signal. Newsletter of the World Association for Infant Mental Health, Vol. 6, Nos. 3-4, 1-11.

Sackel, B. (1999). Diplomarbeit – Soziale Arbeit mit Grundschulkindern alkoholabhängiger Eltern: Ein Praxisleitfaden. Cottbus.

Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Tri-ple P – Positive Parenting Program: A population ap-proach to the promoting of parenting competence. *Par-enting Research and Practice Monograph, 1,* 1-21.

Scheithauer, H., Bondü, R., Hess, M., & Mayer, H. (2016). Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter: Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie zur Evaluation des primärpräventiven Programms Papilio® (ALEPP). In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen – Entwicklungsprozesse und Fördermöglichkeiten (2. bearb. & erw. Aufl.) Stuttgart: Kohlhammer. S. 155-176.

Scheithauer, H., Bondü, R. & Mayer, H. (2008). Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen im Vorschulalter: Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie zur Evaluation des primärpräventiven Programms Papilio® (ALEPP). In: T. Malti & S. Perren (Hrsg.). Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 145-164.

Scheithauer, H., Petermann, F. & Niebank, K. (2002). Frühkindliche Risiko- und Schutzbedingungen: Der familiäre Kontext aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In Rollett, B. & Werneck, H. (Hrsg.), Klinische Entwicklungspsychologie der Familie (S. 69-97). Göttingen: Hogrefe.

Schofield, G., & Beek, M. (2009). Growing up in foster care: providing a secure base through adolescence. Child & Family Social Work, 14(3), 255-266.

Schorn, A. (2006). Bindungsorientierte Frühprävention und das Medium Video, Einführungsvortrag. Kiel.

Serec, M., Švab, I., Kolšek, M., Švab, V., Moesgen, D., & Klein, M. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. Drug and alcohol review, 31(7), 861-870.

Smith, E. P., Osgood, D. W., Oh, Y. & Caldwell, L. C. (2017). Promoting afterschool quality and positive youth development: Cluster randomized trial of the pax good behavior game. Prevention Science.

Sørensen, H.J., Manzardo,. .AM, Knop, J., Penick, E.C., Madarasz, W., Nickel, E.J., Becker., U. & Mortensen EL. (2011). The contribution of parental alcohol use disorders and other psychiatric illness to the risk of alcohol use disorders in the offspring. Alcoholism: Clinical and Experimental Research (2011); 35 (7): 1315-1320.

Stern, D. N. (2010). Die Lebenserfahrung des Säuglings: mit einer neuen Einleitung des Autors. Klett-Cotta.

Stern, D. N. (1985). The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology. Karnac Books.

Spangler, G., & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: A psychobiological perspective on internal working models. Attachment & Human Development, 1(3), 270-290.

Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. Attachment & human development, 7(4), 349-367.

Sroufe, L. A. (1989). Relationships, self, and individual adaptation. Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach, 70-94.

Statistisches Bundesamt (2011). Bevölkerung (Zensus): Deutschland, Stichtag, Nationalität, Altersgruppen (Zugriff am 05.09.2018) unter https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/Bevoelkerung.pdf?__blob=publicationFile.

Suchman, N. E., & Luthar, S. S. (2000). Maternal addiction, child maladjustment, and sociodemographic risk: Implications for parenting behaviors. Addiction, 95, 1417–1428.

Suess, G. J., Bohlen, U., Mali, A. M. & Maier, M. F. (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt WiEge". Bundesgesundheitsblatt 2010. 53:1143-1149.Springer-Verlag.

Thomasius, R. & Klein, M. (2018). Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien (Zugriff am 14.01.2019) unter https://www.gkv-buendnis.de/publikationen/

Thomasius, R., Schulte-Markwort, M., Küstner, U. J. & Riedesser, P. (Hrsg.) (2008), Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter: Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

UN, Committee on the Rights of the Child (2013). General comment No. 15 on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24). 17 April 2013.

Velleman, R., & Templeton, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. BJPsych Advances, 22(2), 108-117.

Waldron, M., Vaughan, E. L., Bucholz, K. K., Lynskey, M. T., Sartor, C. E., Duncan, A. E. & Madden, P. A. (2014). Risks for early substance involvement associated with parental alcoholism and parental separation in an adolescent female cohort. Drug and Alcohol Dependence, 138, 130–136.

Waldron, M., Martin, N. G. & Heath, A. C. (2009). Parental alcoholism and offspring behaviour prob lems: findings in australian children of twins. Twin Research and Human Genetics, 12 (5), 433–440.

Weitzmann, E. R. & Wechsler, H. (2000). Alcohol use, abuse, and related problems among children of problem drinkers. Findings from a national survey of college alcohol use. Journal of Nervous and Mental Disease, 188 (3), 148–154.

Wong, M. M., Nigg, J. T., Zucker, R. A., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E. & Jester, J. (2006). Behavioural control and resiliency in the onset of alcohol and illicit drug use: a prospective study from preschool to adolescence. Child Development, 77 (4), 1016–1033.

Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W.-C. & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 44*, 134-151.

Ziegenhain, U., Deneke, C. (2014). Entwicklungspsychopathologische Voraussetzungen der Erle-bens- und Verarbeitungsweisen von Kindern psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J.M. Fegert (Hrsg.), Kinder psychisch kranker Eltern (S. 14–39). Weinheim: Juventa.

Zimmermann, U., Mick, I. & Mann, K. F. (2008). Neurobiologische Aspekte des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen. Sucht, 54 (6), 335–345.

Zobel, M. (2006). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und -chancen (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Anhang I: Beispiel STEEP für 0 bis 3 Jährige

STEEP ist ein bindungstheoretisch fundiertes Interventionsprogramm. Hauptziel ist die Entwicklung einer sicheren Eltern – Kind-Bindung. Kernelemente sind die beraterische Beziehung, die Bereitstellung eines sicheren Rahmens, Reflexion eigener Bindungserfahrungen und deren Einfluss auf den eigenen Umgang mit dem Kind. Eine Förderung und Anleitung zum bedürfnisorientierten Umgang mit dem Kind wird durch videogestützte Sitzungen unterstützt.

Im deutschen Sprachraum liegt darüber hinaus mit dem Programm SAFE (Sichere Ausbildung für Eltern; Brisch, 2017) ein schon seit etlichen Jahren erprobtes Praxismodell zur Bindungsförderung vor, das auch schon im Kontext psychisch kranker Eltern Verwendung gefunden hat.

Beschreibung der Modul-Inhalte

Im Manual „Die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung" (Erickson & Egeland, 2016) werden die Kernelemente Hausbesuche, Elterngruppe und videogestützte Interventionen „Seeing is believing" differenziert ausgeführt. Das Curriculum ist aufgebaut nach der aktuellen Situation vor der Geburt und dann kleinschrittig nach dem Alter des Kindes gegliedert.

Die Module „Gruppentreffen", d.h. Elterngruppe mit Mutter-Kind- Zeit (Spielgruppe), Talk (thematische Arbeit mit Müttern/Vätern), gemeinsames Essen und individuelle Beratung (Vertiefung der Gruppenthemen, ggf. persönliche Beratung und Videoarbeit) finden im Wechsel statt. Sie sollen konsequent im gesamten stationären Aufenthalt (Ergänzungen: Feste, Ausflüge, Abschlussvideo, … gemeinsame Aktivitäten) durchgeführt werden.

Für die Altersgruppe 24 Monate bis 3 Jahre werden aktuelle altersspezifische Themen für die Elterngruppen ergänzt.

Auszug der Themen:

Vor der Geburt

- Aufbau der Elterngruppe

0 – 6 Wochen

- Baby-Thema
  - Einstimmung auf die Signale des Kindes
  - Auf die Baby –Signale reagieren
  - Die Reflexe des Babys
  - Feinfühliger Umgang mit Babys
  - Füttern
  - Aktivitäten z. B. Babymassage
- Elterngruppe
  - Die ersten sechs Wochen
  - Gemeinsamkeiten
  - Beziehungen
  - Die eigenen Bedürfnisse nach der Geburt: Ein fürsorglicher Umgang mit sich selbst
  - Baby-Blues
  - Aktivtäten z.B. Rollenspiel

Arbeitsmaterialien:

Handout 1: Anleitung zum Beruhigen (Trostführer)
Handout 2: Signale des Säuglings – Definitionen
Handout 3: Plötzlicher Kindstod
Handout 4: Säuglingsmassagen können Babys Stress reduzieren
Handout 5: Wann gibt´s hier was zu essen?
Handout 6: Ein Brief von Ihrem Baby –„Ich brauche Dich"

In der stationären Rehabilitation wird das Modul Hausbesuch adaptiert und erweitert, da der Beobachtungsrahmen deutlich weiter und kontinuierlicher ist. So werden die Interaktionen im gesamten Alltag deutlich, z.B. Compliance in der medizinischen Versorgung, kindgerechte Versorgung, Alltagsstrukturierung und Bewältigung, Umgang mit Krisen, Gestaltung der Essenssituation, Interaktion mit Betreuungspersonen u.v.m.

Evaluation

Eine erste Wirksamkeitsstudie wurde bereits 1987 in den USA als RCT –Studie durchgeführt (Egeland, Erickson & Sroufe 1993; Erickson & Egeland, 2004; Suess et al., 2010). Suess et al. (2010) gingen der Frage nach, inwieweit Mutter-Kind-Paare in Deutschland durch die STEEP-Intervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne gezielte Bindungsförderung häufiger eine sichere Eltern-Kind-Bindung entwickeln. Die Studie wurde im Rahmen des STEEP-Praxisforschungsprojekts „WiEge" –„Wie Elternschaft gelingt" durchgeführt und konnte zum Zeitpunkt des Kindesalters von 1 Jahr das Ziel einen sicheren Bindungsaufbau zu etablieren, signifikante Unterschiede zwischen STEEP-Gruppe und TAU-Gruppe nachweisen.

Qualifikationsanforderungen und Einbindung des Programms

Mindestens ein Teammitglied sollte bei Anwendung des STEEP Modulseine Ausbildung als STEEP-Berater haben, um die Implementierung und Koordination im stationären Rehabilitationsverlauf zu moderieren und aufrecht zu erhalten.

Elterngruppen dienen ergänzend zum STEEP-Programm zur Vertiefung und Reflexion (s. 4.4).

Die individuelle Beratung sollte zudem an die Einzelpsychotherapie angebunden werden, um eine Integration von persönlicher Entwicklung und Aufbau der Elternkompetenz zu sichern.

Anhang II: Beispiel *Papilio-3bis6 Jährige*

Papilio-3bis6 fördert grundlegend und ganzheitlich die sozio-emotionale Entwicklung der Kinder, indem es dauerhaft in den Alltag des Kindergartens integriert wird.

Auf drei Ebenen wirkt das Präventionsprogramm „Papilio-3bis6":

(1) Ausbildung eines entwicklungsförderlichen Erziehungsverhaltens der Erzieher*innen
(2) Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen von Vorschulkindern
(3) Förderung eines entwicklungsförderlichen Erziehungsverhaltens der Eltern

Zur Förderung der Entwicklung der sozio-emotionalen Kompetenzen der Kinder werden im Rahmen von „Papilio-3bis6" drei Interventionen implementiert: „Spielzeug-macht-Ferien-Tag", „Meins-deins deins-unser-Spiel" und „Paula und die Kistenkobolde". Diese Module werden in die alltäglichen Kindergartenroutinen integriert. Die Förderung der sozio-emotionalen Kompetenzen erfolgt konsequent über einen spielerischen Zugang mithilfe des Einsatzes von Geschichten, Liedern, Figuren und der Anregung zu Rollenspielen, Gruppenspielen, kreativen, integrierenden und kooperativen Spielverhaltens. Zudem werden die Eltern dabei unterstützt, ein entwicklungsförderliches Erziehungsverhalten zu entwickeln, sodass die Wirkung von „Papilio-3bis6" auch nachhaltig Eingang in den Familienalltag findet (siehe Kapitel 4.4).

Beschreibung der Modul-Inhalte

Training entwicklungsförderlichen Erziehungsverhaltens

Durch „entwicklungsförderliches Erziehungsverhalten" wird erwünschtes Verhalten des Kindes durch Loben und Schenken von Aufmerksamkeit verstärkt, während unerwünschtes Verhalten des Kindes durch Ignorieren oder durch direkte Reaktionen wie das Durchsetzen einer Auszeit konsequent reduziert wird. Gerade in komplexen Situationen (z.B. Spiel beenden, Aufräumen und zum Mittagessen kommen) sollen Handlungsabläufe altersangemessen verbalisiert werden. Durch konkrete Aufforderungen bleiben diese Situationen für das Kind überschaubarer. Kindern gelingt es so besser, ihr Verhalten zu steuern und an sie gestellte Anforderungen erfolgreich zu bewältigen. Kommen Kinder bestimmten Verhaltensanforderungen nicht nach oder widersetzen sich Kinder bestimmten Regeln, werden Regelungen des Miteinanders gemeinsam mit den Kindern besprochen und erarbeitet, sodass sie transparent und nachvollziehbar sind. Für die Kinder wird damit vorhersehbar, welche Konsequenzen sich bei Regelverstößen ergeben. Es wird für die Kinder ein sicherer Raum geschaffen, in dem sie ihr eigenes Verhalten besser verstehen und regulieren können.

„Spielzeug-macht-Ferien-Tag"

Anhand einer Geschichte wird den Kindern im Kindergarten erklärt, warum auch ihr Spielzeug mal Ferien braucht. Während des „Spielzeug-macht-Ferien-Tages" müssen die Kinder einmal pro Woche im Kindergarten ganz ohne herkömmliches Spielmaterial auskommen. Die Regelmäßigkeit hilft den Kindern, sich mit dem Tag vertraut zu machen. Einen ganzen Tag lang miteinander zu spielen, wird zu einem festen Ritual. Werkzeuge und Bastelmaterial werden den Kindern auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Dieser Tag ist ausdrücklich keine Maßnahme nach dem Laissez-faire-Stil, an dem alle machen können, was sie wollen. Für die Kinder bietet er die Gelegenheit, die sozialen und kommunikativen Fähigkeiten sowie ihre Fantasie zu fördern. Deutlich wird dabei auch, welche Schwierigkeiten sie haben und inwieweit sie Unterstützung benötigen.

Sie lernen fortwährend eigene Bedürfnisse mit anderen Kindern stärker abzustimmen, indem sie sich über alternative Beschäftigungsmöglichkeiten austauschen und sich darauf zu einigen, was sie stattdessen spielen möchten. Dabei lernen Kinder gewaltlose Konfliktlösungen und entwickeln Fähigkeiten von Empathie und Perspektivübernahme. Soziale, kommunikative und emotionale Fähigkeiten werden damit im spielerischen Alltag gefördert.

„Meins-deinsdeins-unser-Spiel"

Im „Meins-deinsdeins-unser-Spiel" werden Kinder beim Erlernen und Einhalten sozialer Regeln unterstützt. Es basiert auf grundlegenden Aspekten der sozial-kognitiven Lerntheorie (Bandura, 1977). Direkt abgeleitet wurde das Spiel vom „Good Behavior Game" (GBG), dessen Wirksamkeit bereits mehrfach untersucht wurde (Ialongo, Werthamer, Kellam, Brown, Wang & Lin, 1999; Smith, Osgood, Oh & Caldwell, 2017). Im „Meins-deinsdeins-unser-Spiel" vereinbaren die Kinder auf spielerischer Weise Regeln gemeinsam mit ihren Erziehern*innen, z.B. „Ich lasse den anderen ausreden". Bei der Regelerstellung wird auf positiv formulierte Regeln geachtet. Für das Spiel werden die Kinder in ausgewogene Gruppen eingeteilt. Die Dauer einer Spieleinheit wird entsprechend der sozialen Fähigkeiten der Kinder ausgewählt. Jede Gruppe, die die Regel in der vereinbarten Spielzeit einhält, erhält einen Punkt. Es gibt keine „Strafen" oder „Punktabzüge", sondern nur Belohnungen, oder eben ausbleibende Belohnungen. Über eine längere Zeit wird das „Meinsdeinsdeins-unser-Spiel" wiederholt durchgeführt. Die Gruppe, die die meisten Punkte gesammelt hat, darf sich etwas wünschen, von dem aber alle Kinder profitieren können, z.B. eine Lieblingsgeschichte vorlesen oder gemeinsames Kuchenbacken. Beim Spielen kommt es darauf an, dass sich die Kinder einer Gruppe gegenseitig beim Einhalten der Regel unterstützen. Prosoziale Verhaltensweisen und gegenseitige Unterstützung werden folglich durch das Spiel verstärkt.

„Paula und den Kistenkobolden"

Mithilfe der Geschichte „Paula und den Kistenkobolden" über vier Kobolde werden die Basisemotionen Traurigkeit, Ärger, Angst und Freude den Kindern näher gebracht. Die Geschichte ist in fünf Teile gegliedert. In einem ersten Abschnitt wird die Rahmengeschichte vorgestellt. In den folgenden vier Abschnitten widmet sich Paula je einem der Kobolde, die jeweils eine Emotion repräsentieren: Heulibold (steht für Traurigkeit, weil ihn sowieso keiner mag), Zornibold (steht für Ärger, weil er wegen jeder Kleinigkeit platzen könnte), Bibberbold (steht für Angst, weil er stets befürchtet, dass ihm gleich was passieren könnte) und Freudibold (steht für Freude, weil es ihm immer gut geht). Die Auseinandersetzung mit den Kobolden hilft den Kindern Gefühle bei sich zu erkennen und zu benennen sowie an anderen wahrzunehmen. Die Basisemotionen werden wertfrei betrachtet, um den Kindern zu verdeutlichen, dass es berechtigte Gründe gibt, beispielsweise traurig zu sein. Gleichzeitig wird mit den Kindern spielerisch erarbeitet, was man tun kann, wenn beispielsweise Traurigkeit länger anhält oder zu stark erlebt wird.

Um die Geschichte in der Realität der Kinder zu verankern, gibt es eine Kiste, in der die Kobolde leben. Paula und die Kinder lernen die Kobolde durch diese Kiste kennen. Die Kiste weckt als spannendes Element die Neugier und das Interesse der Kinder, da sie Realität und Phantasie verbindet. In der Kiste finden die Kinder immer wieder Dinge der Kobolde (Bilder der Koboldgesichter, Aufnahmen der Koboldstimmen, Lieder). Die Kinder basteln zudem einen Gruppenkobold, der jede Einheit von Paula und die Kistenkobolde mit einem Ruheritual beginnen lässt. Die Auseinandersetzung mit einer Basisemotion dauert jeweils eine bestimmte Zeitdauer. Für jeden Kobold, und die entsprechende Emotion, wird eine Pinnwand im Gruppenraum eingerichtet. Nach Durchführung aller vier Einheiten gibt es vier Bereiche, in denen die Kinder z.B. ihr Foto zu einem Kobold pinnen können, um ihrem aktuellen Gefühl Ausdruck zu verleihen. Nach der Einführungsphase wird in der Gruppe regelmäßig über Gefühle gesprochen. Die Kinder sollen herausfinden, wie sie sich fühlen. Wöchentliche Gespräche sollen dabei helfen, dass sie sich anhaltend mit Gefühlen auseinandersetzen und ihr

Emotionsvokabular sowie ihre Möglichkeiten der Emotionsregulation erweitern.

Zudem gibt es spezifische Interventionen für die Eltern (s. Kapitel 4.4).

Evaluation

In den Jahren 2002/2003 wurde „Papilio-3bis6" unter Einbezug von Wissenschaftlern, Eltern, Erziehern, Pädagogen, Betriebswirtschaftlern und Künstlern entwickelt (Mayer et al., 2016). Auf dieser Basis wurde sichergestellt, dass das Präventionsprogramm sich am aktuellen Stand der Forschung orientiert und einen hohen Praxisbezug aufweist. Im Rahmen der Augsburger Längsschnittstudie zur Evaluation des Programms Papilio mit rund 700 Kindergartenkindern wurde die Wirksamkeit von „Papilio-3bis6" untersucht (ALEPP; Barquero et al., 2007; Scheithauer, Bondü, Hess & Mayer, 2016; Scheithauer, Bondü & Mayer, 2008). Die Studie beinhaltete vier Messzeitpunkte: unmittelbar vor, während, unmittelbar nach der Durchführung von „Papilio-3bis6" sowie zu einem vierten, späteren Zeitpunkt als die Kinder bereits in die Grundschule gingen. Es zeigte sich, dass das prosoziale Verhalten und die soziale Integration der Kinder steigen und Verhaltensauffälligkeiten (Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsprobleme, sozialer Rückzug) zurückgehen. Dabei profitierten verhaltensauffällige Kinder besonders vom Präventionsprogramm. Die Wirksamkeit von „Papilio-3bis6" schien sich dabei auch langfristig zu etablieren und eine positive Auswirkung auf den Bildungsverlauf der Kinder in der Grundschule zu haben. Die Ergebnisse zeigten darüber hinaus ein hohes Maß an Akzeptanz der Intervention und einen Anstieg an Kompetenzerleben seitens der Erzieher und Eltern.

Qualifikationsanforderungen und Einbindung des Programms

Für die Durchführung von Papilio-3bis6 ist eine Fort- bzw. Weiterbildung für das pädagogische Fachpersonal eine notwendige Voraussetzung.

Zur Koordination und Supervision des „Papilio-3bis6"-Programms in der Rehabilitationseinrichtung ist die Einrichtung einer qualifiziert besetzten Stelle zu empfehlen.

Anhang III: Beispiel *Trampolin für 6 – 12 Jährige*

Trampolin ist ein modular aufgebautes und für den ambulanten Bereich konzipiertes Gruppenangebot. Es richtet sich an Kinder im Alter von 6 bis 12 Jahren und wurde von der „Zentrale Prüfstelle Prävention" erfolgreich zertifiziert. Die Kosten für den Trampolin-Kurs für die Versicherten aller an die Prüfstelle angeschlossenen Krankenkassen werden anteilig oder vollständig übernommen. Voraussetzung ist eine Zertifizierung des Kursleiter*in.

Trampolin ist geeignet für den Einsatz bei Begleitkindern im Grundschulalter im Rahmen einer mehrmonatigen stationären Entwöhnungsbehandlung der Mutter/ Eltern.

- Alter der Begleitkinder 6 bis 12 Jahren (Grundschulalter)
- Gruppengröße mindestens 3 Kinder bis maximal 8 Kinder
- wöchentlicher Termin mit einer Zeitdauer von 90 Minuten
- eine Gruppen-Leiter*in

Beschreibung der Module

Das Programm Trampolin besteht aus 8 Modulen für die Kinder mit jeweils spezifischen Themen und Zielsetzungen.

Zudem sind die Eltern entsprechend im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung im Rahmen spezifischer Angebote einzubeziehen (s. Kapitel 4.4).

Evaluation

Im Rahmen der Evaluation des Programms konnte gezeigt werden, dass die Kinder von den Interventionen in vielfältigen Bereichen der Stressbewältigung, des Selbstkonzepts und der Lebensqualität profitierten. Auch nach 6 Monaten zeigte sich eine geringere psychische Belastung und auch ein besserer Kenntnisstand zum elterlichen Suchtverhalten (Bröning et al. 2012b, 2019). Im Elternurteil zeigte sich bei den Kindern zudem eine signifikant höhere Stressbewältigungskompetenz und Emotionsregulierung. In der begleitenden Prozessevaluation wurde zudem eine hohe Akzeptanz der Kursleiter, der Kinder und Eltern festgestellt.

Ziele der Module	Inhalte
1) Vertrauensvolle Gruppenatmosphäre schaffen	– sich kennenlernen – eine unterstützende, vertrauensvolle Gruppenatmosphäre aufbauen – Sinn und Struktur der Gruppensitzungen erklären – Gruppenregeln erarbeiten
2) Selbstwert fördern	– Erkennen eigener Stärken und Ressourcen – positive Selbstwahrnehmung – Aufbau eines positiven Selbstkonzepts
3) Über Sucht in der Familie reden	– Hinführung zum Thema „Sucht in der Familie" – Möglichkeit schaffen, über Erlebnisse in der Familie zu sprechen – Abbau von Schuld und Scham – erleben, dass auch andere Kinder betroffen sind
4) Psychoedukation zum Thema Sucht	Förderung von Wissen und Verständnis zu: – Alkohol und anderen Drogen und deren Effekte – Auswirkungen des elterlichen Substanzkonsums auf die Kinder – Sucht als Krankheit (Toleranzentwicklung, Entzugssymptome, Kontrollverlust etc.) – erhöhtes Risiko für eine eigene Suchterkrankung
5) Adäquaten Umgang mit Emotionen fördern	– Erkennen und Ausdrücken eigener Gefühle – Umgang mit negativen Emotionen wie Wut, Trauer, Schuld, Ohnmacht und Angst – Erleben emotionaler Unterstützung durch die Gruppe
6) Probleme lösen und Selbstwirksamkeit erhöhen	– Erwerb von Problemlösestrategien: Probleme identifizieren, Handlungsmöglichkeiten sammeln und bewerten, Entscheidungen treffen – Förderung der Einstellung „Ich kann etwas bewirken" – Gefühl von Kontrolle über das eigene Leben
7) Verhaltensstrategien in der suchtbelasteten Familie erlernen	– Umgang mit dem intoxikierten Elternteil – Verhalten in beschämenden Situationen – Verhalten in Konflikt- und Streitsituationen – emotionale Distanzierung – Erholungsaktivitäten
8) Hilfe und Unterstützung einholen	– Förderung von kommunikativen Fähigkeiten – Mobilisierung und Nutzung von Hilfen – Identifizierung des sozialen Unterstützungsnetzwerke – erfolgreiches Hilfesuchverhalten

Abb: Trampolin Kinder-Module

Qualifikationsanforderungen und Einbindung des Programms

Die Durchführung des modularen Präventionsprogramms für Kinder aus suchtbelasteten Familien „Trampolin“ setzt voraus, dass das durchführende Personal entsprechende Schulungen erhält und als Trainer*in ausgebildet werden. Das Personal soll als Grundqualifikation eine Ausbildung z.B. als Erzieher*in, Dipl. Sozialpädagoge*in vorweisen.

Eine Einbindung des Programms in das Fachteam und das Behandlungsprogramm (incl. Einzeltherapie mit den Eltern) ist erforderlich.

Anhang IV: Beispiel *Triple P Elterntraining*

Triple P möchte beim Aufbau entwicklungsförderlicher Erziehungspraktiken helfen, um Ausprägungen kindlicher Verhaltensauffälligkeiten vorzubeugen oder zu reduzieren. Dabei fokussiert *Triple P* auf den Aufbau von Erziehungskompetenz sowie auf die Verbesserung der Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern.

Die Eltern werden darin gefördert, dass sie ihre Kinder bei der Bewältigung altersspezifischer Anforderungen unterstützen sowie auf kindliches Verhalten angemessen und nicht-verletzend reagieren können. Darüber hinaus wird die Vermittlung angemessener Erziehungspraktiken wie das Aufstellen gemeinsamer Familienregeln und deren effektive Einforderungen durch Durchsetzen altersangemessener Konsequenzen angestrebt.

An der Verbesserung der Eltern-Kind Beziehung wird gearbeitet, indem Eltern lernen sollen eine positive Beziehung zum Kind aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Erziehungspraktiken zur Schaffung eines angenehmen, entwicklungsförderlichen und stabilen Familienklimas sollen entsprechend im Rahmen von *Triple P* von den Eltern entdeckt und im Erziehungsalltag erprobt werden.

Durch die Anwendung positiver Erziehungspraktiken gelingt es den Kindern ein positiveres Selbstbild aufzubauen und Fähigkeiten zur Selbstständigkeit und zur Emotionsregulation zu entwickeln. Von der Verringerung der Verhaltensauffälligkeiten der Kinder profitieren auch die Eltern, die mit weniger überfordernden Stresssituationen im Erziehungsalltag konfrontiert sind.

Methodik / Verfahren

Triple P bietet in Abhängigkeit vom Bedarf der Familie unterschiedliche Interventionsmodule an. Es wird dabei das Prinzip der Suffizienz verfolgt, d.h. Eltern sollen genauso so viel Unterstützung erhalten, wie sie benötigen, um eine gesunde Entwicklung ihres Kindes fördern zu können. Neben der Bereitstellung von Informationsmaterialien zu Erziehungsfragen, bietet *Triple P* individuelle Kurzberatung mit einem oder beiden Elternteilen (4 wöchentliche Sitzungen à 15 – 30 Minuten) an. Bei intensiverem Bedarf sieht *Triple P* individuelle Trainingseinheiten in Einzel- oder Familiensitzungen (8 bis 15 wöchentliche Sitzungen à 60 bis 90 Minuten) sowie Gruppentrainings mit 5 bis 12 Eltern (8 wöchentliche Sitzungen à 120 Minuten) vor.

In den Sitzungen werden dann mithilfe von Kurzvorträgen, Verhaltensübungen, Videoanalysen und Selbststudium entwicklungsförderliche Erziehungsverhaltensweisen vermittelt und mithilfe Telefonkonsultationen deren Transfer in den erzieherischen Alltag gefördert. Abhängig von der Art des Interventionsmoduls werden den Eltern Übungsbücher und Online Angebote zur Verfügung gestellt.

Detaillierte Beschreibung der Module

Triple P ist ein verhaltensorientiertes Training, welches auf sozialen Lernprinzipien beruht (Sanders et al., 2003). Eltern und ihre Kinder werden in aktiven Rollen gesehen, d.h. sie werden in ihrer Selbstbestimmung, Selbstverantwortung und Selbststeuerung unterstützt. Es werden also Fertigkeiten vermittelt, die Familien in die Lage versetzen, Probleme unabhängig und selbstständig zu lösen. Dabei werden Eltern in ihrem Selbstmanagement und ihren Selbstwirksamkeitsüberzeugungen gestärkt, indem sie ihr Erziehungsverhalten bewusst reflektieren. Die Eltern sollen lernen, ihre eigenen Bemühungen als Ursache für eintretende Veränderungen oder Verbesserungen zu begreifen, anstatt diese dem Zufall, Reifungsfaktoren oder anderen, nicht beeinflussbaren Faktoren zuzuschreiben.

Triple P umfasst fünf Ebenen, wobei die Intensität der Unterstützung von Ebene 1 zu Ebene 5 steigt. Für das stationäre Setting eignen sich die Ebenen 4 und 5. Ebenen 1 bis 3 sind für die universelle Präventionsarbeit und für das ambulante Setting gedacht, um niedrigschwellig informative und beratende Angebote bereitzustellen. Die beiden höchsten Ebenen 4 und 5 bieten hingegen die Möglichkeit zur intensiven Elternarbeit sowohl in Gruppen-, Einzel- als auch Selbsthilfeformat. Im Rahmen dieser Formate werden Eltern unterstützt ihre Erziehungsziele zu reflektieren, mögliche Ursachen für das Verhalten ihrer Kinder zu erkennen und ein breites Spektrum an Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu erarbeiten. Dabei sollen konkrete Erziehungsfertigkeiten in Rollenspielen eingeübt und im Alltag erprobt werden. Die im Gruppentraining besprochenen Fertigkeiten werden in den Einzelsitzungen noch weiter vertieft.

Zum Aufbau von Erziehungskompetenz und positiver Eltern-Kind-Beziehungen werden von *Triple P* folgende Inhalte mit den Eltern bearbeitet:

Sicheres, stabiles und anregendes Umfeld für Kinder schaffen

Eltern werden dafür sensibilisiert, dass ihre Haushalte frei von schädlichen Einflüssen sind (z.B. Drogen oder Waffen) bzw. gefährliche Gegenständen gesichert aufbewahrt werden (z.B. Werkzeuge oder Medikamente). Darüber hinaus wird mit Eltern besprochen, was eine angemessene elterliche Beaufsichtigung bedeutet, bspw. dass Eltern stets wissen sollten, wo und mit wem sich ihre Kinder aufhalten und was sie gerade tun. Neben der Gewährleistung eines sicheren Umfelds werden die Eltern sensibilisiert ihren Kindern anregende Möglichkeiten zum Ausprobieren und Entdecken zu eröffnen, wodurch die Selbstständigkeit der Kinder und deren Explorationsbedürfnis gefördert werden.

Positive Eltern-Kind-Beziehungen aufbauen

Um eine positive Eltern-Kind-Beziehung zu fördern, thematisiert *Triple P* die Notwendigkeit sich ausreichend Zeit für Kinder zu nehmen. Das Zeigen gegenseitiger Zuneigung (z.B. Umarmen, Kuscheln, Küssen, Kitzeln) wird befördert, da sich so stabile und sichere Bindungen zwischen Eltern und ihren Kindern etablieren können. Mit Eltern wird ein Selbstverständnis erarbeitet, dass sie sich als zuverlässige Ansprechpartner für ihre Kinder betrachten lassen, vor allem wenn die Kinder selbstständig Zuwendung von ihren Eltern suchen. *Triple P* betont, dass Kinder nicht durchgängig von ihren Eltern beschäftigt werden müssen, aber Eltern stets ansprechbar sein sollten und sich wiederholt, wenn auch nur für kurze Dauer, ihren Kindern zu wenden sollten. Dabei gibt *Triple P* zahlreiche Anregungen für gemeinsames Spielen, Vorlesen und miteinander sprechen.

Konsequent sein und positive Verhaltensweisen verstärken

Durch konsequent erziehende Eltern lernen Kinder, die Verantwortung für ihr eigenes Handeln zu übernehmen. Für Kinder ist es wichtig, dass ihre Eltern vorhersehbar und

konsistent reagieren. Sich nicht provozieren lassen und nicht durch Niederbrüllen, Ignoranz, Drohungen oder körperliche Gewalt Konsequenzen durchsetzen. *Triple P* unterstützt Eltern, angemessene Konsequenzen anzuwenden, die logisch und fair sind und weniger strafenden Charakter aufweisen. Darüber hinaus macht *Triple P* die Eltern darauf aufmerksam, dass positive Verhaltensweisen und Fertigkeiten oft nicht ausreichend durch Lob und Zuwendung gewürdigt werden, stattdessen erhalten Kinder oft nur dann Aufmerksamkeit, wenn sie negatives Verhalten zeigen. Eltern lernen im Rahmen der *Triple P,* Intervention positive Verhaltensweisen ihrer Kinder zu erkennen und entsprechend zu verstärken. Dies gilt insbesondere, wenn Eltern ihren Kindern neue Fertigkeiten beibringen möchten. *Triple P* hilft Eltern sich in diesem Zusammenhang ihrer Vorbildwirkung bewusst zu machen, da sich Kinder viel von ihren Eltern abschauen. Darüber hinaus wird Eltern ein kleinschrittiges Vorgehen empfohlen, das die Überforderung der Kinder vermeidet. Schließlich lernen Eltern im Rahmen von *Triple P* Methoden, wie bspw. Kontingenzmanagement (auch Token Systeme genannt), kennen, mit denen sie Fortschritte ihrer Kinder konsequent verstärken können.

Umgang mit Problemverhaltensweisen

Triple P unterstützt Eltern bei der Bewältigung von Situationen, in denen Kinder sich unangemessen und auffällig verhalten. Dabei betont *Triple P*, dass Kinder lernen müssen, Grenzen zu akzeptieren und mit Enttäuschungen umzugehen. Neben dem Setzen zeitnaher und angemessener Konsequenzen werden mit den Eltern im Sinne der Vorbeugung von Problemverhaltensweisen transparente Familienregeln erarbeitet. Regelverstöße sollten direkt angesprochen und die Möglichkeit zur Korrektur eingeräumt werden. *Triple P* übt mit Eltern in Konfliktsituationen klare und ruhige Anweisungen zu geben, die ausreichend genau, gut verständlich und nicht zu weitschweifig sind. In besonders herausfordernden Situationen empfiehlt *Triple P* die Anwendung von Auszeiten und bietet entsprechend individuelle Beratung bei der Umsetzung an.

Realistische elterliche Erwartungen

Eltern werden darin unterstützt, realistische Erwartungen an sich und an ihre Kinder zu entwickeln. Dabei lernen Eltern im Rahmen von *Triple P,* welche Erwartungen altersangemessen sind und inwieweit individuelle Entwicklungsverläufe der Kinder berücksichtigt werden müssen. Dies beugt Stresserleben der Eltern, aber auch der Kinder, vor, da perfektionistische Vorstellungen hinterfragt und korrigiert werden können.

Evaluation

Triple P ist das am umfassendsten evaluierte Elternprogramm. Eine Meta-Analyse von 55 Wirksamkeitsstudien (Nowak & Heinrichs, 2008) fand durchgehend positive Veränderungen bei allen Interventionsformen hinsichtlich der elterlichen Erziehungskompetenz. Darüber hinaus konnten Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern reduziert bzw. vorgebeugt werden (Hahlweg, 2001, Heinrichs, Hahlweg, Bertram, Kuschel, Naumann & Harstick, 2006; Sanders et al., 2003), wobei stärkere Effekte bei jüngeren Kindern (unter 5 Jahren) verglichen mit älteren Kindern gefunden wurden. Außerdem zeigte sich für Familien, die einer Vielzahl an Risikofaktoren ausgesetzt waren, eine größere Wirksamkeit der *Triple P* Intervention im Vergleich zu weniger belasteten Familien.

Die Effekte fielen jedoch geringer aus, wenn nicht Elternurteile, sondern Einschätzungen klinischer Beobachter, die standardisierte Eltern-Kind-Interaktionen mithilfe eines Kodiersystems auswerteten, betrachtet wurden.

Insgesamt schätzten die Eltern die *Triple P* Interventionen als hilfreich ein. Sie gaben an, konsequenter geworden zu sein, weniger ihre Kinder anzuschreien und ein geringeres Stresslevel erreicht zu haben.

Qualifikationsanforderungen

Für *Triple P* werden Fort- bzw. Weiterbildungen für Fachpersonal, die eine Ausbildung in einem pädagogischen oder therapeutischen Bereich vorweisen, angeboten. Dabei kann gemäß dem Mehrebenensystem von *Triple P* auch die Fortbildung dem Arbeitsfeld des Fachpersonals (Zielgruppe, Setting) angepasst werden. Die *Triple P*-Fortbildungen sind je nach Ebene unterschiedlich lang. Typischerweise werden die Fortbildungsseminare über ein bis vier Tage durchgeführt. Die Seminare behandeln die theoretischen Grundlagen verhaltensorientierter Familieninterventionen sowohl allgemein als auch spezifisch für *Triple P*. Sie lernen die Methoden und Prinzipien von *Triple P* sehr genau kennen. Außerdem wird ein umfassender Überblick über die Entwicklung und Häufigkeit verhaltensbezogener und emotionaler Probleme bei Kindern und/oder Jugendlichen gegeben. Alle *Triple P*-Fortbildungen werden gemäß der durch die Universität von Queensland festgelegten Qualitätsstandards von *Triple P*-Ausbildern durchgeführt.

Ein kompetenzorientierter Ansatz wird verwendet, um die Teilnehmer*innen an die Beratungsfertigkeiten heranzuführen, die für eine effektive Durchführung des Programms notwendig sind. Hierfür kommen vielfältige Lehrmethoden zum Einsatz, z.B. mündliche Präsentation, Video-Demonstrationen, Übungen zum klinischen Problemlösen, Übung der Beratungsfertigkeiten in Rollenspielen, Rückmeldungen, kollegiale Unterstützung und Gruppendiskussionen.

Basisdokumentation 2017 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungs-behandlung im Fachverband Sucht e.V.

Die Basisdokumentation 2017 liefert einen aktuellen Überblick über umfangreiche soziodemographische Merkmale der Patienten des Entlassjahrgangs 2017, über deren Diagnose- und Behandlungsdaten sowie Daten von der Therapievorbereitung bis zum Behandlungsende. Die Basisdokumentation umfasst sechs Teilbände für

- Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängige
- Fachkliniken für Drogenabhängige
- Adaptionseinrichtungen
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen
- Ganztägig ambulanten (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen
- Zentrale Ergebnisse im Überblick

Die Broschüre ist zu beziehen (gegen Erstattung der Portokosten von 1,20 €) beim

Fachverband Sucht e.V., Walramstraße 3, 53175 Bonn, sucht@sucht.de

Fachverband Sucht e.V.

„Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“

Neuauflage 2019

Die Broschüre „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ (18. Auflage, 2019) gibt einen detaillierten Überblick über die Behandlungsangebote in den Mitgliedseinrichtungen des FVS.

Die Broschüre wendet sich insbesondere an Multiplikatoren, welche in der Beratung und Vermittlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig sind. Der FVS vertritt ca. 6.800 stationäre und viele (ganztägig) ambulante Behandlungsplätze im Bereich der Entwöhnungsbehandlung in Deutschland.

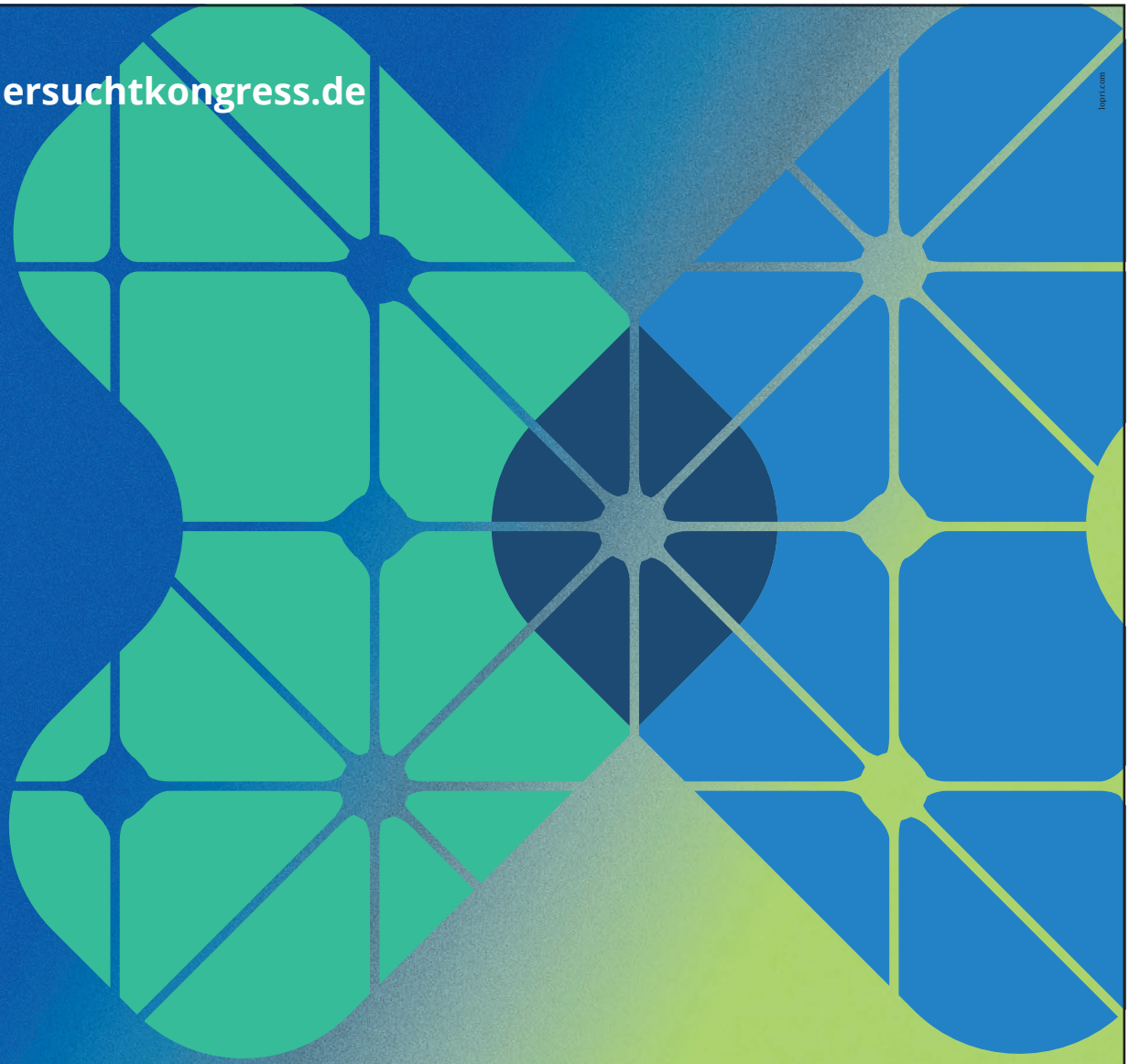
Neben der Beschreibung der jeweiligen Behandlungseinrichtungen finden Sie auch Informationen zu den spezifischen Behandlungsangeboten und den belegenden Leistungsträgern.

Entsprechende jeweils aktualisierte Angaben finden sich auch im Internet unter *www.sucht.de* unter der Rubrik „Behandlungseinrichtungen“.

Die Broschüre kann (gegen Portogebühr) bestellt werden beim:

Fachverband Sucht e. V.
Walramstraße 3 · 53175 Bonn · Tel. 02 28 - 26 15 55 · Fax 02 28 - 21 58 85 · service@sucht.de
https://www.sucht.de/hilfe-fuer-suchtkranke-bestellformular.html

dersuchtkongress.de



GEMEINSAMER SUCHT KONGRESS

Zusammenhalten und zusammen gestalten

Münster
17.–19.6.2020

Anmeldung: www.dersuchtkongress.de

Veranstaltungsort: Messe und Congress Centrum
Halle Münsterland GmbH
Albersloher Weg 32, 48155 Münster

Fachverband Sucht e.V.

BUNDESVERBAND FÜR STATIONÄRE SUCHTKRANKENHILFE
eingetragener Verein

buss

Veranstaltungen des Fachverbandes Sucht e.V. zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Fachverband Sucht e.V.

Walramstraße 3 • 53175 Bonn
Tel. 0228 261555 • Fax 0228 215885
sucht@sucht.de • www.sucht.de

SEMINARE 2019 — *Gustav-Stresemann-Institut, Bonn*

04/2019 **Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch – Krankheitsmodell, diagnostische und therapeutische Ansätze** — **23. – 24.09.2019**
Referent: Dr. Bernd Sobottka
(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in [ganztägig] ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken und niedergelassene Psychotherapeuten)

05/2019 **Motivierende Gesprächsführung – Förderung von Verhaltensänderungen bei problematischem Konsum/Abhängigkeitserkrankungen** — **30.09. – 01.10.2019**
Referent: Dr. Volker Premper
(für Mitarbeiter/innen aus ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe)

06/2019 **Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement** — **04. – 05.11.2019**
Referent: Dr. Ahmad Khatib
(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in [ganztägig] ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)

07/2019 **Was geht noch – wenn nichts mehr geht? Lösungsorientierte Behandlung von suchtkranken Menschen** — **11. – 12.11.2019**
Referentinnen: Gudrun Urland, Natalie Jatzlau
(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)

08/2019 **Nichts geht mehr?! – Geht doch! – Soziotherapie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – CMA** — **18. – 19.11.2019**
Referent: Dr. Hans-Peter Steingass
(für Mitarbeiter/innen [auch Neu- und Quereinsteiger] unterschiedlichster Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen arbeiten)

10/2019 **Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern – neue Therapieansätze und -strategien** — **02. – 03.12.2019**
Referent/in: Dieter Bingel-Schmitz, Sarah Leipner
(für Mitarbeiter/innen in der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, Bezugstherapeuten/innen in der medizinischen Rehabilitation, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen)

ARBEITSTAGUNG 2019 — *AMERON Hotel Königshof, Bonn*

09/2019 **Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker** — **21. – 22.11.2019**
Referenten/innen: Alexandra Pyttlik, Thomas Keck, Norbert Gödecker-Geenen, Dr. Ariane Schulte
(für Geschäftsführer/innen, Verwaltungsleiter/innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)

KONGRESS 2020 — *Münsterlandhalle, Münster*

Zusammenhalten und zusammen gestalten — **17. – 19.06.2020**
GEMEINSAMER SUCHTKONGRESS –
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe – buss / Fachverbandes Sucht e.V. – FVS

ARBEITSTAGUNGEN 2020 — *Hotel Hilton, Bonn*

01/2020 **Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung – Bereich Suchtrehabilitation** — **23. – 24.04.2020**
Referenten/innen: Anke Mitschele, Ulrich Theissen, N.N.
(für Geschäftsführer/innen, Verwaltungsleiter/innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)

SEMINARE 1. Halbjahr 2020 — *Gustav-Stresemann-Institut, Bonn*

02/2020 **Umgang mit schwierigen Situationen in der Suchtbehandlung im Bereich Ergo-, Arbeits-, Ernährungs- und Sport-/Bewegungstherapie** — **04. – 05.05.2020**
Referent: Jannes Hecht
(für Arbeits- und Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Sporttherapeuten/-therapeutinnen in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke)

03/2020 **Mein Arbeitsplatz in einer Suchteinrichtung** — **11. – 12.05.2020**
Referent/in: Andrea Schwerdt, Dr. Hans-Peter Steingass
(für nicht-therapeutisches Personal in stationären Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige)

Weiterführende Informationen zu den Veranstaltungen sowie entsprechende Anmeldeformulare finden Sie auf der Homepage des FVS *https://www.sucht.de* unter der Rubrik Fachpublikum/Veranstaltungen.

Gerne können Sie die Programme unter obiger Anschrift auch in gedruckter Form anfordern.