Evangelische Hochschule Nürnberg

Fakultät für Sozialwissenschaften

Soziale Arbeit

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts

Kinder alkoholsüchtiger Eltern

Eine Auseinandersetzung mit der Vereinbarkeit von Alkoholabhängigkeit und Kindererziehung aus einer ressourcenorientierten Perspektive

Luisa Richter

Erstgutachter(in): Prof. Dr. Andrea Zeus

Zweitgutachter(in): Prof. Dr. phil. Dennis John

Abgabetermin: 14.01.2020

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 4
1 Einleitung 6
2 Medizinischer Hintergrund 8
2.1 Alkoholabhängigkeit 8
2.1.1 Begriffsbestimmung und Ursachen 8
2.1.2 Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5 9
2.1.3 Epidemiologie und klinisches Bild 13
2.2 Schwangerschaft und Sucht 14
2.2.1 Epidemiologie 14
2.2.2 Fetales Alkoholsyndrom 15
3 Bindungstheorie 17
3.1 Grundzüge 17
3.2 Determinanten der Bindungsmuster 18
3.3 Desorganisation in der frühen Bindung 20
3.4 Bindung in alkoholbelasteten Familien 23
3.4.1 Risikofaktoren 23
3.4.2 Ressourcenorientierte Einschätzung 24
4 Resilienz bei Kindern und Jugendlichen 26
4.1 Risiko- und Schutzfaktorenkonzept 26
4.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren 26
4.1.2 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern aus alkoholbelasteten Familien 29
4.2 Resilienzförderung 31
4.3 Resilienzförderung von Kindern alkoholabhängiger Eltern aus einer ressourcenorientierten Perspektive 32
5 Kindeswohl 35
5.1 Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung 35
5.2 Arten der Kindeswohlgefährdung 36
5.3 Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung 38
5.3.1 Handlungsprinzipien der Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung 38

5.3.2 Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung bei elterlicher Alkoholabhängigkeit 39
6 Sozialpädagogische Unterstützungsangebote 43
6.1 Angebote für suchtkranke Eltern 43
6.1.1 Homepage „Elternschaft und Sucht“ 43
6.1.2 Frauencafé und Programm „Liliput – Mutter + Kind“ von Lilith e.V. 44
6.1.3 Elternprogramm STEEP 45
6.2 Angebote für Kinder alkoholbelasteter Familien 46
6.2.1 Programme KIDKIT und NACOA 46
6.2.2 Projekt „Vergiss mich nicht“ 48
6.2.3 Programm „Trampolin“ 49
7 Fazit 51
8 Literaturverzeichnis 53
9 Anhang 57
10 Erklärung 65

Abkürzungsverzeichnis

ADHS ..... Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndrom
APA ..... American Psychiatric Association
DSM-5 ..... Diagnostic and Statistical Manual 5
FAS ..... Fetales Alkoholsyndrom
ICD-10 ..... International Classification of Diseases 10
KWG ..... Kindeswohlgefährdung
PTBS ..... Posttraumatische Belastungsstörung
SSW ..... Schwangerschaftswoche
WHO ..... Weltgesundheitsorganisation
ZNS ..... Zentrales Nervensystem

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigkeit desorganisierter Bindungsmuster 22

1 Einleitung

Gemäß Berichten des Gesamtverbandes für Suchthilfe e.V. wachsen in Deutschland rund 2,65 bis 2,7 Millionen Kinder und Jugendliche in einem alkoholbelasteten Familiensystem auf (Lenz 2009: 7; Gesamtverband für Suchthilfe e.V. 2014: 6), wobei eine temporäre oder konstante Alkoholabhängigkeit bzw. ein Missbrauch mindestens einer Elternperson in jeder siebten Familie vorkommt. Jede 20. Familie ist von einer Abhängigkeit beider Elternteile betroffen (ebd.). „Neben dem erhöhten Risiko für eine eigene Suchterkrankung besteht für Kinder von Suchtkranken eine erhöhte Anfälligkeit für Verhaltens- und Erlebensstörungen im Vergleich zu den Kindern, die ohne solche Beeinträchtigungen oder Belastungen im familiären Kontext aufwachsen“ (Gesamtverband für Suchthilfe e.V. 2014: 7). Bei circa einem Drittel der Kinder alkoholabhängiger Eltern kann eine psychische Erkrankung entstehen, wie eine Depression oder Persönlichkeitsstörung (Klein 2010: 36). Aus den beschriebenen Beeinträchtigungen entwickelt sich ein hoher Hilfebedarf für betroffene Kinder und Erwachsene. Deshalb ist das Thema von hoher Relevanz für die Soziale Arbeit, die den Menschen bei der Bewältigung von belastenden Situationen unterstützt.

Seit geraumer Zeit beschäftigen sich die Disziplinen der Medizin und der Psychologie neben der Pädagogik und den Sozialwissenschaften mit dem komplexen Gegenstand suchtkranker Familien. Verschiedene AutorInnen und WissenschaftlerInnen setzen sich in der Fachdiskussion seither kritisch, durchaus defizitorientiert, mit den Fakten und Risiken in medizinischer, psychologischer und pädagogischer Hinsicht auseinander. Nicht zuletzt werden Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige erörtert. Diese Arbeit soll eine Bündelung dieser Themenfelder darstellen, wobei die ressourcenorientierte Perspektive den innovativen Aspekt ausmacht. Diese entspricht dem Selbstverständnis der Sozialen Arbeit und ist im Hinblick auf die Unterstützungsmöglichkeiten schlüssig.

Die Autorin untersucht in dieser Arbeit, unter welchen Bedingungen und mit welchen sozialpädagogischen Unterstützungsmaßnahmen eine Vereinbarkeit von Alkoholabhängigkeit mindestens eines Elternteils und Kindererziehung möglich ist. Sie beschäftigt sich mit der Frage, ob durch die Suchterkrankung ein Risiko für die kindliche Entwicklung besteht und welche Einschränkungen ein Kind erfahren kann – sowohl während der Schwangerschaft, als auch im Lauf der kindlichen Entwicklung. Es soll geklärt werden, welche sozialpädagogischen Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder

und ihre Eltern greifen können, um das Kindeswohl trotz der Suchtbelastung sicherzustellen.

Die Arbeit ist nach einer logischen Argumentationslinie aufgebaut. Die Basis stellen die suchtmedizinischen Grundlagen dar. Nach Kenntnissen über Definition, Ursachen und Epidemiologie von Alkoholabhängigkeit, sowie über das Fetale Alkoholsyndrom wird zum nächsten Themenblock, der Bindungstheorie, übergegangen. Nachdem bindungstheoretische Grundzüge geklärt werden, kann die Einordnung einer alkoholbelasteten Beziehung in die Determinanten der Bindungsmuster erfolgen. Da aus den Konsequenzen des Bindungsverhaltens auch einige Schutz- und Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung resultieren, stellen die Grundzüge der Resilienz bei Kindern und Jugendlichen den folgenden Schwerpunkt der Arbeit dar, bevor Kriterien der Resilienzförderung von Kindern aus alkoholbelasteten Familien erläutert werden. Nach dem medizinischen, psychologischen und sozialpädagogischen Input stellen sich die rechtlichen Fragen des Kindeswohls. Unter Berücksichtigung der vorhergehenden Punkte soll schließlich das Vorgehen einer Risikoeinschätzung bei möglicher Kindeswohlgefährdung aufgrund elterlicher Alkoholabhängigkeit beschrieben werden. Abschließend zu den Kapiteln drei bis fünf wird jeweils eine spezifisch sozialarbeiterische Beurteilung herausgearbeitet, die aus den Bezugsdisziplinen resultiert und dennoch über eigenständige Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit, wie Ressourcenorientierung, verfügt. Um den praxisnahen Bezug herzustellen, finden sich zuletzt methodische Unterstützungsangebote für alkoholsüchtige Eltern und ihre Kinder unter Beleuchtung ihrer jeweiligen Chancen und Grenzen. Den Schlussteil stellt ein Fazit der Autorin dar.

Diese Arbeit betrachtet ausschließlich die elterliche Alkoholabhängigkeit. Andere Substanzen, wie Cannabis, Halluzinogene oder Opioide sind ausgenommen. Auch stoffungebundene Süchte, wie Internet- oder Spielsucht, werden ausgeschlossen, da sich die jeweiligen klinischen Bilder stark unterscheiden und die Auswirkungen des Konsums nach Substanzart sehr individuell sind. Lediglich bei den Unterstützungsangeboten werden finden sich auch Zielgruppen, die von unterschiedlichen Substanzabhängigkeiten betroffen sind.

2 Medizinischer Hintergrund

Zu Beginn dieser Arbeit werden die suchtmedizinischen Grundlagen erläutert. Zuerst beleuchtet die Autorin den Begriff der Alkoholabhängigkeit und geht danach auf das Thema Schwangerschaft und Sucht ein.

2.1 Alkoholabhängigkeit

In diesem Kapitel soll zunächst der Begriff der Alkoholabhängigkeit bestimmt werden. Folglich werden die diagnostischen Kriterien der aktuellen Klassifikationssysteme für Suchterkrankungen und epidemiologische Erkenntnisse, sowie das klinische Bild der Alkoholabhängigkeit betrachtet. An dieser Stelle ist anzumerken, dass ausschließlich MedizinerInnen und PsychologInnen dazu befugt sind, Diagnosen aufzustellen. SozialpädagogInnen sind dazu nicht berechtigt. In dieser Arbeit ist von Menschen auszugehen, bei denen nicht unbedingt eine Alkoholabhängigkeit diagnostiziert worden ist, aber wesentliche Symptome beobachtet werden können.

2.1.1 Begriffsbestimmung und Ursachen

Im Folgenden wird sich der Definition von Alkoholabhängigkeit angenähert. Der Begriff setzt sich aus zwei Wörtern zusammen. Alkohol wird seit etwa Mitte des 16. Jahrhunderts als Weinessenz (alcool wini = Essenz des Weines) verstanden. Zurückzuführen ist dieser Begriff auf den Mediziner Philipp Theophrastus Bombast von Hohenheim, auch Paracelsus genannt. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts tauchen erstmals Bezeichnungen wie Alkoholiker, Alkoholismus und Trunksucht auf. (Pfeifer 1997: o.S.; Soyka 2019: 4).

Die Weltgesundheitsorganisation, kurz WHO, beschreibt „Abhängigkeit als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird“ (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2003). Da sich der / die KonsumentIn zunehmend an das Suchtmittel gewöhnt, tendiert er bzw. sie möglicherweise zu einer

Steigerung der Dosis. „Einer Abhängigkeit liegt der Drang zugrunde, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren, zunehmend auch das Bedürfnis, unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens (Entzugserscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche) zu vermeiden“ (ebd.). Eine Abhängigkeit ist als Krankheit anerkannt (ebd.).

Die Bezeichnung Abhängigkeit ist im Zusammenhang von Suchterkrankungen relativ jung. Der ursprüngliche Begriff Sucht ist allmählich von Missbrauch oder schädlicher Gebrauch bzw. psychische oder körperliche Abhängigkeit abgelöst worden, da er selbst nur schwer zu definieren gilt. Daher hat bereits 1964 die WHO darauf plädiert, das Wort Sucht im medizinischen Kontext zu meiden und stattdessen den Begriff der Abhängigkeit einzuführen. Dennoch hält sich die Bezeichnung Sucht, da die gegenwärtige Medizin zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Süchten differenziert. Auch im englischsprachigen Raum ist die Bezeichnung Addiction (übersetzt: Sucht) präsent (Soyka 2019: 4).

Die Ursachen einer Alkoholabhängigkeit sind vielfältig. Die Entwicklung der Erkrankung kann zum Beispiel durch Gruppenzwang beeinflusst werden. Daneben stellen traumatische Erlebnisse, psychische Störungen und belastende soziale Situationen, wie Armut oder Arbeitslosigkeit, Einflussfaktoren dar. Auch eine genetische Disposition kann im Zusammenhang mit der Entstehung einer Abhängigkeit stehen (Schön Klinik 2019).

2.1.2 Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-5

Es gibt weltweit zwei maßgebliche psychiatrische Klassifikationssysteme, die nun in Bezug auf Abhängigkeit bzw. Substanzkonsumstörungen erläutert werden. Dabei handelt es sich zum einen um die zehnte Auflage der International Classification of Diseases, kurz ICD-10, welche von der Weltgesundheitsorganisation herausgebracht worden ist. Im Mai 2019 ist bereits der ICD-11 auf der 72. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet worden. Dieser soll jedoch erst zum 1. Januar 2022 in Kraft treten und nach einer Übergangszeit von fünf Jahren ausschließlich verwendet werden (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2019). Aus diesem Grund bezieht sich die Autorin in dieser Arbeit auf das Klassifikationssystem ICD-10.

Zum anderen existiert die fünfte Fassung des Diagnostic and Statistical Manual, kurz DSM-5, die 2013 von der American Psychiatric Association APA herausgegeben worden

ist. Im europäischen Raum finden hauptsächlich Diagnosen nach den ICD-10-Kriterien Anwendung (Soyka 2019: 5). Aufgrund wissenschaftlicher Vollständigkeit werden hier jedoch beide Systeme vorgestellt.

International Classification of Diseases 10 – ICD-10

„In Kapitel V des ICD-10 werden in den Kategorien F00-F99 die ‚Psychischen und Verhaltensstörungen' aufgelistet" (Klein 2017: 14). Suchterkrankungen werden dabei unter den „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen" in den Kategorien F10-F19 geführt. Die dritte Stelle des Codes steht für die wirkende Substanz. Zum Beispiel steht die Ziffer 0 für die Substanzgruppe Alkohol. An der vierten bis zur sechsten Stelle ist das entsprechende klinische Erscheinungsbild erkennbar. Der ICD-10 unterscheidet u.a. zwischen den Diagnosecodes F10.1 Schädlicher Gebrauch und F10.2 Abhängigkeitssyndrom. (Klein 2017: 14-15). Letzteres ist für diese Arbeit wesentlich, da sich die Autorin ausschließlich mit der Abhängigkeit von Alkohol auseinandersetzt.

Für die Zuschreibung eines Abhängigkeitssyndroms F10.2 gemäß den Kriterien des ICD-10s müssen mindestens drei der folgenden sechs Merkmale innerhalb eines zwölfmonatigen Zeitraums vorliegen:

1. Es liegt ein starkes Konsumverlangen bzw. ein Konsumzwang vor.
2. Ein vermindertes Kontrollvermögen im Umgang mit Alkohol kann nachgewiesen werden. Sichtbar wird dies etwa anhand der Menge oder des Zeitraums des Alkoholkonsums.
3. Das Reduzieren oder Absetzen des Alkohols führt zu einem körperlichen Entzugssyndrom.
4. Eine Toleranzentwicklung ist erkennbar, d.h. der oder die Betroffene benötigt eine größere Menge an Alkohol um dieselbe Wirkung zu erzielen bzw. er oder sie erreicht bei gleichbleibender Menge einen geringeren Effekt.
5. Durch den Alkoholkonsum werden Vergnügen oder Interessen, zum Beispiel im beruflichen und sozialen Bereich, vernachlässigt oder gar aufgegeben.
6. Es besteht ein anhaltender Alkoholgebrauch, obwohl offensichtliche schädliche Folgen vorliegen, worüber sich der oder die Betroffene durchaus bewusst ist (Klein 2017: 15-16; Soyka 2019: 6).

Besonders relevant für die Soziale Arbeit ist das Kriterium der Vernachlässigung oder Aufgabe von Interessen des sozialen Bereichs. Im Hinblick auf das Thema der Arbeit

kann von einer eventuellen Vernachlässigung der erzieherischen Verantwortung ausgegangen werden, die durch Alkoholabhängigkeit bedingt ist.

Diagnostic and Statistical Manual 5 – DSM 5

Vergleichend zum ICD-10 soll nun das DSM-5 vorgestellt werden. Das vorliegende Klassifikationssystem unterscheidet bei Suchterkrankungen nicht mehr zwischen schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit. Dafür ist ein dimensionales Konzept entwickelt worden (Baumgärtner 2013: o.S.; Soyka 2019: 7). „[…] [D]ie Substanzkonsumstörung [ist] durch ein charakteristisches Muster kognitiver, verhaltensbezogener und körperlicher Symptome sowie den fortgesetzten Gebrauch der Substanz trotz klinisch bedeutsamer substanzbezogener Probleme charakterisiert“ (Soyka 2019: 7). Diese Diagnose ist für alle Substanzklassen, außer Koffein, anwendbar. Die aufgeführten Substanzgruppen schließen beispielsweise Alkohol, Cannabis, Tabak, Opioide und Halluzinogene ein.

Das DSM-5 bestimmt elf diagnostische Kriterien für Substanzkonsumstörungen. Die sog. A-Kriterien sind in vier Untergruppen aufgeteilt. Die Faktoren 1 bis 4 stehen für beeinträchtigende Kontrolle, die Merkmale 5 bis 7 für soziale Beeinträchtigung. Bei den Kriterien 8 und 9 handelt es sich um riskanten Konsum, bei 10 und 11 um pharmakologische Faktoren, Toleranz und Substanzentzug. Liegen insgesamt zwei bis drei Kriterien innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten vor, so geht die Suchtmedizin von einer leichten Konsumstörung aus. Bei vier bis fünf Symptomen ist eine mittlere bzw. moderate Störung gegeben. Sechs oder mehr Kriterien weisen auf eine schwergradige Substanzkonsumstörung hin (ebd.). Im Nachfolgenden werden die elf Diagnosemerkmale genannt:

A-Kriterien:

1. Der Konsum erfolgt häufig in größerer Menge bzw. in einem längeren Zeitraum als vorgesehen.
2. Es besteht ein stetiger Wunsch, den Substanzgebrauch zu vermindern bzw. zu kontrollieren. Entsprechende Versuche bleiben erfolglos.
3. Die Beschaffung, der Konsum und das Erholen von der Wirkung der Substanz sind mit hohem Zeitaufwand verbunden.
4. Es liegt das sog. Craving bzw. ein starkes Verlangen zu konsumieren vor.

5. Der Substanzgebrauch tritt in wiederholtem Maße auf und führt zu einem Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen, z. B. auf der Arbeit oder zu Hause.
6. Die Folgen des Konsums führen zu sozialen und zwischenmenschlichen Problemen. Dennoch wird die Substanz weiter konsumiert.
7. Soziale, berufliche oder Aktivitäten in der Freizeit werden aufgrund des Gebrauchs eingestellt oder reduziert.
8. Es liegt ein wiederholter Substanzkonsum in Situationen vor, in denen dieser zu einem körperlichen Risiko führt.
9. Trotz körperlicher oder psychischer Probleme, die womöglich durch den Substanzgebrauch ausgelöst oder verstärkt worden sind, wird der Konsum fortgeführt.
10. Eine Toleranzentwicklung ist zu erkennen. Entweder liegt ein Verlangen nach Dosissteigerung für den erwünschten Effekt vor, oder eine deutlich verminderte Wirkung tritt bei fortgeführtem Gebrauch der gleichbleibenden Menge der Substanz ein.
11. Entzugssymptome treten auf. Die Substanz bzw. ein der Substanz ähnlicher Stoff wird konsumiert, um Entzugserscheinungen zu mildern oder zu vermeiden (ebd.).

Ergänzend zu den A-Kriterien beschreibt das DSM-5 die Merkmale „früh remittiert“ und „anhaltend remittiert“. Von einer früh remittierten Substanzkonsumstörung ist auszugehen, wenn nach mindestens drei, aber weniger als zwölf Monaten nach der Diagnose keines der oben genannten Kriterien erfüllt ist. Eine Suchterkrankung ist anhaltend remittiert, wenn zu keinem Zeitpunkt der letzten zwölf Monate oder länger eines der Kriterien erwiesen ist (ebd.).

Nach den Klassifizierungssystemen ICD-10 und dem bisherigen DSM-4 handelt es sich „bei Abhängigkeit um ein Cluster von biologischen, sozialen und psychologischen Variablen“ (Soyka 2019: 4). Aus den definierten Symptomen ergibt sich folglich ein verhältnismäßig heterogenes Störungsbild, wofür keines der Merkmale allein wesentlich sein soll. Es müssen also mehrere Kriterien erfüllt sein. Diese These wird jedoch als kritisch betrachtet. Heute nehmen viele WissenschaftlerInnen an, dass Kontrollverminderung bzw. Kontrollverlust oder das sog. Craving, d.h. der Drang zu konsumieren, maßgebliche psychologische Faktoren einer Suchterkrankung sind (ebd.). Außerdem treffen die vorrangigen Klassifizierungssysteme keine Aussagen über das

Einnahme- und Konsumverhalten, noch bestimmen sie, zu welchem Zeitpunkt eindeutig von einer Suchterkrankung ausgegangen werden kann. Des Weiteren kommen auch sog. biologische Marker nicht in den Systemen vor, obwohl sie in anderen psychiatrischen Gebieten bereits Anwendung finden und im Bereich der Suchterkrankungen bezüglich toxikologischer Belege aufschlussreich sind (Soyka 2019: 4-5).

2.1.3 Epidemiologie und klinisches Bild

Die folgenden Daten sind dem Deutschen Gesundheits-Survey 1 des Robert-Koch-Instituts zur Zwölf-Monats-Prävalenz von Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit gemäß der DSM-4 Kriterien entnommen. Der Erhebungszeitraum dieser Untersuchung wird von November 2008 bis Dezember 2011 datiert (Gößwald 2013: 611). Die Forscher kommen zu dem Ergebnis, dass bei 1,8 % der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren ein Alkoholmissbrauch vorliegt, 3 % der Befragten weisen eine Alkoholabhängigkeit auf. Die Prävalenz liegt bei Männern tendenziell höher. 4,4 % der männlichen Befragten haben angegeben, alkoholabhängig zu sein. Vergleichend weisen nur 1,6 % der weiblichen Teilnehmenden eine Abhängigkeit auf (Hillemacher 2019: 14-15; Jacobi 2014: o.S.). Somit sind in Deutschland etwa 1,6 bis 2 Millionen Menschen alkoholabhängig (Mutschler 2019: 97), wobei von einer höheren Dunkelziffer auszugehen ist.

Zum klinischen Bild eines erhöhten Alkoholkonsums lassen sich folgende Aussagen treffen. „[Der Substanzgebrauch] kann zu einer Vielzahl akuter und chronischer somatischer und psychischer Erkrankungen, Krebserkrankungen, Nervenerkrankungen und Verletzungen (z. B. durch Unfälle) führen“ (Mutschler 2019: 98). Fast jedes Organ kann von den Folgen des Alkoholabusus betroffen sein. Auszugsweise können internistische und neurologische Schäden, vor allem in Leber, Magen, Bauchspeicheldrüse oder Herz auftreten, etwa in Form einer Leberzirrhose oder einer Kardiomyopathie. Genauso kann eine Alkoholabhängigkeit mit psychischen Störungen, wie Depressionen oder affektiven Erkrankungen einhergehen. Es lässt sich auch ein Zusammenhang mit Angststörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und dem Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) feststellen (Mutschler 2019: 98-103).

2.2 Schwangerschaft und Sucht

Dieses Kapitel beleuchtet den Substanzkonsum in der Schwangerschaft. Schwerpunktartig werden die Themen Epidemiologie des Konsums in der Schwangerschaft und das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) als gesundheitliche Folge erläutert. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich nicht ausschließlich mit Kindern, die aufgrund des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft ein Fetales Alkoholsyndrom erlitten haben, sondern vor allem mit solchen, die davon nicht betroffen sind, aber dennoch mindestens einen alkoholsüchtigen Elternteil haben. Da der Substanzkonsum trotz Schwangerschaft dennoch ein relevantes und aktuelles Thema ist und mit der Vereinbarkeit von Alkoholabhängigkeit und Elternschaft durchaus zusammenhängt, wird das Thema in diese Arbeit eingeschlossen.

2.2.1 Epidemiologie

„Schwangerschaften treten in einem Lebensalter auf, in dem auch die höchsten Konsumprävalenzen für Alkohol oder Tabak ermittelt werden“ (Batra 2019: 378). 13,4 % der Frauen in Deutschland zeigen einen riskanten Alkoholkonsum auf, 1,6 % weisen eine Alkoholabhängigkeit auf (siehe 2.1.3 Epidemiologie und klinisches Bild). Die Folgen von Substanzabhängigkeiten bei Frauen können sich auch auf Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und Geburt auswirken (Rasenack 2011: o.S.; Batra 2019: 378). Schwangerschaften stellen häufig einen Grund für Frauen dar, riskanten Substanzgebrauch zu beenden. Trotzdem führen einige den Konsum auch während der Schwangerschaft und der Stillzeit fort. Etwa 14,4 bis 16,2 % der Frauen in Deutschland trinken während der Schwangerschaft Alkohol (Schaller 2017: o.S.; Batra 2019: 378). Das entspricht etwa jeder vierten Frau (Merlot 2017). Zu ergänzen ist, dass die Dunkelziffer vermutlich weitaus höher liegt, da von gelegentlichem Gebrauch, z. B. bei gesellschaftlichen Feierlichkeiten, ausgegangen werden kann. Risikofaktoren für den Alkoholkonsum während einer Schwangerschaft können beispielsweise mangelnde soziale und emotionale Unterstützung, fehlende finanzielle Mittel, eine ungewollte Schwangerschaft, der Alkoholkonsums des Partners oder die eigene Alkoholabhängigkeit sein. Es kann aber auch eine Verbindung zwischen vorherigen emotionalen und sexuellen Misshandlungen oder psychischen Störungen bei konsumierenden schwangeren Frauen bestehen (Batra 2019: 378-379).

2.2.2 Fetales Alkoholsyndrom

Mütterlicher Alkoholkonsum während einer Schwangerschaft kann sich negativ auf den Fötus auswirken, da der „Alkohol […] über den mütterlichen Blutkreislauf dem fetalen Blutkreislauf zugeführt [wird]“ (Batra 2019: 379; Landgraf 2013: o.S.). Die Schädigung des Kindes ist dabei abhängig von der Konsummenge und dem Expositionszeitpunkt. Besonders in der ersten bis achten Schwangerschaftswoche (SSW) können Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) und der Organanlagen von Herz und Sinnesorganen auftreten. Ab der zwölften SSW können Entwicklungsstörungen der inneren Organe, des ZNS, der Sinnesorgane und der Geschlechtsorgane des ungeborenen Kindes Folge des mütterlichen Alkoholkonsums sein (Batra 2019: 379).

Bei den Fetalen Alkoholspektrum-Störungen unterscheidet die Medizin zwischen alkoholbedingten Geburtsschäden, alkoholbedingten entwicklungsneurologischen Störungen mit Störungen des ZNS ohne körperliche Schädigungen, dem partiellen fetalen Alkoholsyndrom und dem ausgeprägten fetalen Alkoholsyndrom (FAS), auch Alkoholembryopathie genannt (ebd.)

Die Prävalenz von FAS wird auf etwa null bis acht Kinder pro 1.000 Geburten geschätzt, wobei von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist (Batra 2019: 379; Landgraf 2013: o.S.). Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens des fetalen Alkoholsyndroms ist, wie bereits erwähnt, bedingt durch die Menge und die Dauer des Alkoholkonsums, wobei chronischer Konsum und Alkoholgebrauch in den ersten beiden Dritteln der Schwangerschaft eine besonders hohe Gefährdung für den Fötus darstellen (Batra 2019: 379).

Für die medizinische Diagnose eines FAS gelten folgende Kriterien:

Ärzte gehen von Wachstumsauffälligkeiten aus, wenn Körpergewicht, Geburts- und Körperlänge oder Body-Mass-Index unterhalb der zehnten Perzentile liegen. Typische Merkmale für faziale Auffälligkeiten sind kurze Lidspalten, eine schmale Oberlippe und ein verstrichenes Philtrum, d.h. die vertikale Rinne zwischen Lippe und Nase ist kaum erkennbar. Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems liegen insbesondere bei Intelligenzminderung, Entwicklungsverzögerungen in den ersten zwei Lebensjahren, sprachlichen Einschränkungen, Defiziten in der Feinmotorik oder im Rechen-, Lern- und Merkpotential, aber auch bei Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit oder dem Sozialverhalten vor (Batra 2019: 380).

Mütterlicher Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verursacht nicht nur äußerlich sichtbare Wachstumsminderungen oder Gesichtsauffälligkeiten beim Kind. Er führt auch zu Verhaltensstörungen und kognitiven Schwächen. Bei Betroffenen sind oft eingeschränkte bzw. fehlende Alltagskompetenzen zu beobachten. Die vorgeburtliche toxisch bedingte Hirnschädigung kann im Zweifel auch zu einer geistigen Behinderung führen, wenn der Intelligenzquotient des Kindes unter 70 liegt (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2013: 4-7).

Nachdem die medizinischen Grundlagen geklärt worden sind, wird nun zur Bindungstheorie übergegangen. Eine Alkoholabhängigkeit kann sich auf die Eltern-Kind-Bindung auswirken. Dies hat wiederum Folgen für die kindliche Entwicklung.

3 Bindungstheorie

In diesem Kapitel werden zunächst die Grundlagen der Bindungstheorie erläutert, worauf eine Auflistung der Determinanten der verschiedenen Bindungsmuster folgt. Das dritte Unterkapitel geht im Speziellen auf die Desorganisation in der frühen Bindung und ihre Konsequenzen ein. Die Bindung in alkoholbelasteten Familien und eine ressourcenorientierte Beurteilung schließen das Oberkapitel der Bindungstheorie ab.

3.1 Grundzüge

Die Bindungstheorie nach dem Psychoanalytiker John Bowlby, einem der Pioniere der Bindungsforschung neben James Robertson und Mary Ainsworth, beschäftigt sich mit der besonderen Beziehung zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen im Kontext der Evolutionstheorie nach Charles Darwin. Diese sagt aus, dass sich Lebewesen aufgrund von Umwelteinflüssen entwickeln und verändern. Diejenigen, die am besten an ihre Umwelt angepasst sind, haben einen Überlebensvorteil gegenüber jenen derselben Spezies, die weniger gut adaptiert sind. Dieses Prinzip nennt sich Selektion bzw. natürliche Auslese (Plasse o.J.). An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich die Bindungstheorie vom Sozialdarwinismus, der durch den Nationalsozialismus geprägt worden ist, distanziert. Die Evolutionstheorie nach Darwin stellt lediglich die Grundlage für die Entwicklung der Bindungstheorie dar.

Die Bindungstheorie bezeichnet die Bindungsbedürfnisse von Kindern als offene präadaptierte Programme, welche verschiedene Entwicklungsmöglichkeiten haben. Dabei stellt das Programm einen umweltstabilen Genotyp dar; die Entwicklungsmöglichkeiten hingegen werden als umweltlabile Phänotypen gesehen (Grossmann 2014: 28). Die Mutter ist die zentrale Person in der Bindungstheorie, da sie aufgrund ihres Empathievermögens die Bindungsbedürfnisse des Kindes wahrnimmt, entsprechend auf diese reagieren kann und das Kind auf diese Art unterstützt. Somit ist das Bindungssystem des Kindes umweltstabil, weil es sich an die Mutter bindet, selbst wenn diese eine „Rabenmutter“ (ebd.) ist. In diesem Fall ist jedoch keine sichere Bindungsqualität zu erwarten, da die mütterliche Unterstützung fehlt oder nicht ausreichend ist, woraus eine unsichere oder desorganisierte Bindungsqualität resultiert (siehe hierzu 3.3 Desorganisation in der frühen Bindung und deren Konsequenzen). Bindungspersonen, die das notwendige Unterstützungssystem eines Kindes darstellen,

können neben Mutter und Vater auch beispielsweise Großeltern oder Pflege- / Adoptiveltern sein (Grossmann 2014: 28-29).

Die moderne Bindungsforschung inkludiert den aus der Evolutionstheorie stammenden Begriff der Anpassung bzw. Adaption. „[Aus biologischer Sicht] geschieht die Anpassung einer Spezies durch Selektion von Genen solcher Individuen […], die unter gegebenen Lebensbedingungen mehr Nachkommen über Generationen hinweg haben“ (Grossmann 2014: 29). Dieses Prinzip trifft auch auf die Entwicklung einer Bindung zu; sie ist umweltstabil. Es kann jedoch nicht auf die Bindungsqualität übertragen werden, da diese in Abhängigkeit von der Beschaffenheit der Beziehung steht und somit umweltlabil ist (ebd.).

Einen wichtigen Beitrag für die psychologische Anpassung leistet die seelische Gesundheit eines Kindes. Während der Ontogenese, seiner persönlichen Entwicklung, erfährt das adaptierte Kind die sog. „konstruktive internale Kohärenz“ (Grossmann 2004: o.S.; Grossmann 2014: 29), welches das Kind in seiner Kompetenz und Klugheit stärkt. Ein solches Kind ist sich seines Selbstwertes bewusst. Es besitzt die Fähigkeit, belastende Gefühle an seine Bindungspersonen zu kommunizieren und deren Hilfe einzufordern. Ein nach der Bindungstheorie kompetentes Kind fokussiert sich weitestgehend auf die Wirklichkeit und verhält sich daher trotz negativ erfahrener Gefühle zielorientiert. „Eine sichere Organisation von Gefühlen im Kleinkindalter vor dem Sprechen kann [somit] eine hervorragende Voraussetzung für die Entwicklung einer konstruktiven internalen Kohärenz sein […]“ (Grossmann 2014: 29-30). Eine sichere Bindung in der frühen und weiteren Entwicklung lässt sich an drei individuellen Bindungsmerkmalen messen: „Integrität der Gefühle, Klarheit der eigenen Motive und […] uneingeschränkte und unbelastete Breite der Handlungsmöglichkeiten“ (Grossmann 2014: 30).

3.2 Determinanten der Bindungsmuster

Im Laufe der Bindungsforschung sind fortwährend kontrollierte Studien zur psychosozialen Entwicklung in den ersten fünf Lebensjahren durchgeführt worden. Diese haben sich vordergründig mit der Thematik befasst, inwiefern die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes vom Verhalten der Bindungspersonen abhängt und dadurch das entstehende Bindungsmuster beeinflusst. Erstmals beschreiben 1971 Mary Ainsworth und ihre Kollegen die drei folgenden Determinanten unterschiedlicher

Bindungsmuster (Bowlby 2014: 101), später ist noch ein vierter Bindungstyp hinzugekommen:

Sichere Bindung: Die Eltern unterstützen das Kind in Stress- bzw. Angstsituationen emotional. Sie bieten dem Kind einen Rückhalt, der dessen individuellem Erkundungsdrang entspricht. Diesen bildet in den ersten Lebensjahren des Kindes häufig die Mutter durch empathische Reaktion und liebevoller Zuwendung auf Signale des Kindes. Sie ist aufmerksam, beschützt und tröstet das Kind.

Unsicher-ambivalente Bindung: Kinder diesen Bindungstyps zeigen häufig Trennungsängste und „klammerndes“ Verhalten. Zudem haben sie nur einen gering ausgeprägten Explorationsdrang. Diese Bindung beruht auf der kindlichen Ungewissheit, sich konstant auf die Eltern verlassen zu können und kommt häufig bei „realen bzw. angedrohten Trennungen oder nur vereinzelt erfahrenem elterlichen Beistand“ (Bowlby 2014: 101) vor.

Unsicher-vermeidende Bindung: Das Kind zeigt ein Zuwendung und Unterstützung meidendes Verhalten und sucht nach psychischer Unabhängigkeit, resultierend aus der fortwährenden elterlichen – besonders mütterlichen – Ablehnung, insbesondere in Konfliktsituationen. Betroffene Menschen leiden im Erwachsenenalter oftmals unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ebd.).

Desorganisierte Bindung: Das Kind hält die Mutter nicht nur für wenig sicherheitsgebend, sondern fühlen sich von dieser beängstigt, wodurch sich negative Gefühle verstärken. Der Bindungstyp lässt sich vor allem „bei psychisch kranken oder vernachlässigenden und misshandelnden Müttern“ (Ahnert 2013: 52-53) feststellen (siehe hierzu 3.3 Desorganisation in der frühen Bindung und ihre Konsequenzen).

Während die ersten drei Bindungskategorien der Norm entsprechende Beziehungsmuster darstellen, zählt der desorganisierte Typ zu den gestörten Mutter-Kind-Beziehungen, die heute u. a. in Kliniken behandelt werden (ebd.).

Die im Rahmen der Baltimore-Studie von 1963 bis 1967 entwickelte Methode „Fremde Situation“ von Mary Ainsworth untersucht die Beziehungsqualität von Mutter und ihrem einjährigen Kind, wobei die Reaktion des Kindes auf die räumliche Trennung von der Mutter, aber auch auf ihre Wiederkehr beobachtet wird. Zusätzlich befindet sich eine dem Kind fremde Person im Raum. Gemäß der Ergebnisse möchte ein Kind des sicheren Bindungstyp bei der Wiedervereinigung mit der Mutter auf den Arm genommen werden, reguliert sich schnell und spielt nach kurzer Zeit weiter. Bei unsicher-

ambivalenter Bindung verhält sich das Kind sehr widersprüchlich, sucht auf der einen Seite den Kontakt zur Mutter und lehnt diesen auf der anderen Seite wieder ab. Im Zweifelsfall schlägt das Kind auch nach seiner Mutter. Ein Kind des unsicher-vermeidenden Musters beachtet die Mutter bei ihrer Rückkehr nicht und sucht in manchen Fällen sogar den Abstand zu dieser (Ahnert 2013: 50-53). Im Falle der desorganisierten Bindungsform „[…] wendet sich das Kind [nach der Rückkehr der Mutter] schreiend von ihr ab und läuft ziellos […] umher“ (Zulauf-Logoz 2014: 301).

Da der desorganisierte Bindungstyp häufig bei alkoholbelasteten Familiensystemen zu beobachten ist (Zulauf-Logoz 2014: 301-302), wird im Folgenden speziell auf die Desorganisation in der frühen Bindung eingegangen.

3.3 Desorganisation in der frühen Bindung

Der Ursprung der Einführung einer vierten Kategorie der Bindungsmuster liegt in der Tatsache, dass nicht alle der Kinder, die an der Studie der „Fremden Situation“ teilgenommen haben, klassifiziert werden konnten. Etwa zehn Prozent der Kinder wurden keiner Bindungskategorie zugeordnet (Zulauf-Logoz 2014: 297). Die beobachteten kindlichen Auffälligkeiten haben sich als sehr unterschiedlich erwiesen. Die einzige Gemeinsamkeit ist gewesen, dass die verschiedenen Auffälligkeiten nur während der Rückkehr der Mutter aufgetreten sind, jedoch nicht während ihrer Abwesenheit oder gegenüber der sich im Raum befindenden unbekannten Person (Zulauf-Logoz 2014: 298).

Die Kategorien desorganisierten Verhaltens werden im Folgenden aufgeführt (Main 1990: o.S., Zulauf-Logoz 2014: 300). Wichtig anzumerken ist, dass beim Durchspielen der „Fremden Situation“ mit Kindern alkoholbelasteter Eltern(teile) dieselben Auffälligkeiten beobachtet worden sind (Eiden 2013: 174-175):

Sequenzen widersprüchlicher Verhaltensmuster: Das Kind sucht bei der Wiederkehr der Mutter engen Kontakt zur ihr, dann ignoriert es diese für längere Zeit.

Gleichzeitiges Auftreten widersprüchlicher Verhaltensmuster: Das Kind kommt auf die Mutter zu, schaut sie dabei jedoch nicht an, sondern dreht den Kopf weg.

Ungerichtete, fehlgerichtete oder unterbrochene Bewegungen oder Ausdrucksverhalten: Das Kind weint und schreit ängstlich, wendet sich aber nicht an die neben ihm sitzende Mutter.

Stereotypien, asymmetrische Bewegungen, asynchrone Bewegungen und anormale Körperhaltungen: Die Mutter betritt den Raum, wobei das Kind für einen längeren Zeitraum die Hände wie Fächer wedelt. Ein weiteres Beispiel wäre ein Kind, dass bei der Wiedervereinigung mit der Mutter zwar lächelt, jedoch dabei nur einen Mundwinkel nach oben zieht.

Einfrierende, bewegungslose, verlangsamte Bewegungen oder Ausdrucksverhalten: Das Kind steht an der Tür und sucht Kontakt zu seiner Mutter. Beim Eintreten dieser öffnet es seine Augen weit und streckt einen Arm nach oben. Das Kind verharrt eine Weile regungslos in diesem Zustand.

Direkte Anzeichen von Furcht vor der Bindungsperson: Bei der Rückkehr der Mutter schaut das Kind sie mit angsterfülltem Blick an.

Direkte Anzeichen von Desorganisation oder Desorientierung: Bei der Wiederkehr setzt sich die Mutter direkt neben das Kind, welches daraufhin aufsteht und weinend ziellos im Raum umherläuft.

In Annahme der Kategorien desorganisierten Verhaltens stellt sich die Frage, welche Ursachen und Risikofaktoren die oben beschriebenen Auffälligkeiten begünstigen. Ab der 1990er Jahre ist das desorganisierte Bindungsmuster in die Forschung aufgenommen worden. Frühere Video-Untersuchungen sind teilweise noch einmal analysiert worden, wobei sich die anfängliche Verteilung der Bindungstypen durchaus verändert hat. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Wahrscheinlichkeit desorganisierter Bindungsmuster mit besonderen Merkmalen der Stichproben und dem Prozentanteil der Kinder. Die Daten sind der 1999 vom niederländischen Psychologen Rien van IJzendoorn veröffentlichten Metaanalyse über 80 Untersuchungen an 6.000 Kindern zu entnehmen (Zulauf-Logoz 2014: 301-302):

Besonderes Merkmal der Stichproben:	Prozentanteil der Kinder:
Normale Mittelschichtsstichproben	15-18 %
Depressive Eltern	19-21 %
Jugendliche Mütter	23 %
Niedriges sozioökonomisches Niveau	24-34 %
Mütter mit Alkohol- oder Drogenproblemen	**43 %**
Misshandelnde Eltern	48 %
Körperlich beeinträchtigte Kinder	20 %
Neurologisch auffällige Kinder (Autismus, Down-Syndrom)	35 %

Tabelle 1: Häufigkeit desorganisierter Bindungsmuster

Besonders auffällig und relevant für diese Arbeit ist der Prozentanteil der Kinder (43 %) von Müttern mit einer Alkohol- oder Drogenproblematik. „Kinder, deren Eltern sie misshandeln und / oder vernachlässigen – wie dies beispielsweise bei Eltern mit Alkohol- und Drogenproblemen der Fall ist – weisen erschreckend häufig desorganisierte Bindungsmuster auf (Zulauf-Logoz 2014: 302).

Elternpersonen, bei denen sich eines oder mehrere der vorangegangenen Merkmale nachweisen lassen, zeigen abweichendes Elternverhalten, die eine desorganisierte Bindung bedingen. Dabei können affektive Fehler in der Kindeserziehung vorkommen, wie widersprüchliche Signale oder rückziehendes Verhalten. Genauso können sich der oder die Erziehende/r und das Kind in einer Rollenkonfusion befinden, wodurch sich deren charakteristischen Rollen umkehren. So sucht z. B. die Mutter fortwährend die Bestätigung ihres Kindes. Ein typisch desorientiertes Mutterverhalten zeigt sich durchaus auch durch ängstliche Mimik, da diese möglicherweise selbst geängstigt oder verwirrt durch das Kind ist (Lyons-Ruth 1999: o.S.; Zulauf-Logoz 2014: 307). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die fehlende mütterliche Sicherheit gegenüber dem Kind eine desorganisierte Bindung begünstigt.

Langzeitstudien belegen, dass Kinder des desorganisierten Bindungstyps ein höheres Risiko für aggressives Verhalten und Leistungsprobleme in der Schule vorweisen. Außerdem werden Auffälligkeiten wie „Tagträumen, Ins-Leere-Starren, bizarres Verhalten, Unfallneigung, und Selbstverletzungen […]“ (Zulauf-Logoz 2014: 311) öfter bei Jugendlichen beobachtet, die im Kleinkindalter nach diesem Bindungsmuster kategorisiert worden sind. Weitere charakteristische Entwicklungskonsequenzen

können im späteren Alter auch psychische Erkrankungen wie eine Ess-Störung, eine Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus oder Suizidalität darstellen (ebd.).

3.4 Bindung in alkoholbelasteten Familien

Im nachfolgenden Unterkapitel wird ein Überblick über die Risikofaktoren einer unsicheren Bindung in alkoholbelasteten Familien und zum Abschluss eine ressourcenorientierte Einschätzung seitens der Autorin gegeben.

3.4.1 Risikofaktoren

Eine sichere Bindung zwischen der Mutter bzw. den Elternpersonen und dem Kind ist für eine adäquate kindliche Entwicklung unerlässlich. In Familien, die durch eine mütterliche und / oder väterliche Alkoholabhängigkeit belastet sind, können Risikofaktoren auftreten, die sich möglicherweise negativ auf das Bindungsverhalten auswirken. Diese werden im Folgenden erläutert (nach Trost 2013: 115-116).

Besonders die mütterliche psychische Instabilität zieht Störungen der Mutter-Kind-Beziehung mit sich, da die wechselhafte und unsichere Zuwendungsbereitschaft chronischen Stress beim Kind auslöst. Elternpersonen, die durch ein Alkohol- oder Drogenproblem belastet sind, zeigen außerdem häufig unstetiges Verhalten in der Betreuung und Versorgung ihres Kindes, etwa durch unzuverlässiges Befriedigen der kindlichen Grundbedürfnisse, wie eine regelmäßige gesunde Nahrungszufuhr oder die spielerische Beschäftigung. Aus diesem Grund werden circa 30 % der Kinder aus alkoholbelasteten Familien direkt nach der Geburt bzw. etwa 20 % in den ersten Lebensjahren vom Jugendamt aus der Familie herausgenommen (Berger 2003: o.S.). Ein weiterer Risikofaktor für eine instabile Bindung ist die psychische Belastung der Mutter, die sich häufig durch Begleitdiagnosen, wie eine Depression oder eine Borderline-Persönlichkeitsstörung äußert und ca. 70 % der alkohol- oder drogenabhängigen Frauen betrifft (Klein 2001: o.S.). Außerdem sind betroffene Mütter häufig selbst von unsicheren Bindungsmustern in ihrer Kindheit geprägt worden, welches sie häufig an die eigenen Kinder weitergeben, wenn passende Interventionen fehlen. Zuletzt fällt es alkoholbelasteten Familien oftmals schwer, die motorische,

sprachliche, kognitive oder emotionale Entwicklung des Kindes zu fördern, wodurch es zu Rückstanden in den genannten Bereichen kommen kann (Trost 2013: 115-116).

3.4.2 Ressourcenorientierte Einschätzung

Diese Arbeit widmet sich der Vereinbarkeit von Alkoholabhängigkeit und Kindeserziehung aus einer ressourcenorientierten Perspektive. Obgleich eine Vereinbarkeit im Zweifelsfall schwierig zu realisieren scheinen mag, kann eine Umsetzung aus sozialpädagogischer Sicht dennoch möglich sein, wenn die alkoholbelastete Familie hinsichtlich der Stärkung ihrer individuellen Ressourcen unterstützt wird und die Hilfestellung auch zulässt. Inwieweit diese Hilfeleistung umgesetzt werden kann, erläutert die Autorin im späteren Verlauf der Arbeit (siehe hierzu 6 Sozialpädagogische Unterstützungsangebote). Dieser Inhaltspunkt soll die der Bezugswissenschaft der Psychologie zugeordnete Bindungstheorie mit den wesentlichen Perspektiven der Sozialen Arbeit verknüpfen.

Aus der Bindungstheorie geht hervor, dass eine alkoholbelastete Familie häufig ein desorganisiertes Bindungsmuster aufweist, wodurch das Kind einen Mangel an elterlicher Sicherheit und Fürsorge erfährt. Dieses Muster beruht meist auf einer psychischen oder sozialen Problemlage seitens der Eltern. Mit hoher Wahrscheinlichkeit können sich daraus negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung ergeben.

Die Sozialpädagogik sieht für eine Vereinbarkeit zunächst die Stärkung der elterlichen Ressourcen vor. Da eine Alkoholabhängigkeit oft die Folge einer traumatischen Erfahrung oder eines psychischen Problems darstellt (siehe hierzu 2.1.1 Begriffsbestimmung und Ursachen), ist eine Unterstützung des betroffenen Elternteils hinsichtlich ihrer emotionalen Stabilität unabdingbar. Ebenso wichtig ist die Hilfeleistung bezüglich des Alkoholproblematik. Ziel der modernen Suchtarbeit ist schon seit geraumer Zeit keine vollständige Abstinenz mehr. Das zieloffene, kontrollierte Trinken kann bereits einen Beitrag dazu leisten, die Konsummenge und Art des Alkohols zu beschränken (Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung 2019). Hierbei ist anzumerken, dass die Anwesenheit des Kindes während des elterlichen Alkoholkonsums nicht zu unterstützen ist, um einerseits Suchtgefahren, z. B. durch offen auf dem Tisch stehenden Alkohol nicht zu fördern, andererseits um den Schutz des Kindes zu gewährleisten. Der gestärkte psychische Zustand des Elternteils, sowie ein

bewusster und kontrollierter Konsum können dazu beitragen, die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern, da die Impulskontrolle und erzieherische Verhaltenssicherheit gestärkt werden.

Da Kinder aus alkoholbelasteten Familien häufig keine ausreichende elterliche Zuneigung erfahren, ist es aus ressourcenorientierter Sicht von hoher Relevanz, das soziale Netz des Kindes zu stärken. Zum Beispiel gibt es im familiären, Verwandten- oder Freundeskreis Personen, wie die Großeltern, die Tante oder eine Freundin etc., die ausreichend Zeit mit dem betroffenen Kind verbringen können. Dieser Kontakt kann durchaus auch mit dem alkoholbelasteten Elternteil zusammen stattfinden, denn dieser soll keinesfalls aus der Beziehung ausgeschlossen werden. Stattdessen kann gemeinsam verbrachte Zeit ebenfalls die Ressourcen der Elternperson stärken, wie die Umgangs- und Bindungssicherheit. Für die Kinder ist es außerdem wertvoll, eine Kontaktperson zu haben, die sie niedrigschwellig erreichen können.

Da kindliche Verhaltensauffälligkeiten durch eine desorganisierte Bindung hervortreten können, ist es aus sozialpädagogischer Sicht besonders wichtig, individuelle Ressourcen wie Freizeitaktivitäten und Hobbys zu stärken, um mit Emotionen und Aggressionen bewusster umgehen und einen Ausgleich schaffen zu können. Dabei kann auch spielerisch die Kommunikationsfähigkeit des Kindes gefördert werden, um Gefühle leichter in Worte fassen zu können, was sich wiederum förderlich auf die Eltern-Kind-Beziehung auswirkt. Förderliche Programme werden beispielhaft unter dem Punkt 6 Sozialpädagogische Unterstützungsangebote erläutert. Im nächsten Kapitel geht es zunächst um die Resilienz von Kindern und Jugendlichen, die u.a. durch den Aufbau solcher Ressourcen gestärkt wird.

4 Resilienz bei Kindern und Jugendlichen

Das nachfolgende Kapitel handelt von der Resilienz bei Kindern und Jugendlichen. Zuerst wird das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept beschrieben und danach in Bezug auf Kinder erläutert, die in alkoholbelasteten Familien aufwachsen. Im Anschluss geht es um die allgemeine Resilienzförderung und speziell die Stärkung von Kindern alkoholabhängiger Eltern, welche die Autorin unter einer ressourcenorientierten Perspektive beurteilt.

4.1 Risiko- und Schutzfaktorenkonzept

Zur Begriffsklärung von Resilienz folgen zunächst zwei Definitionen:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderlin 2012: 13)

Resilienz ist „die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann 2004: 18)

Anhand der Definitionen lässt sich feststellen, dass sich ein Individuum in einer belastenden Situation befindet oder unter schwierigen Lebensbedingungen leidet. Um diese Belastungen zu überstehen und sich dennoch psychisch gesund zu entwickeln, bilden sich während des Lebensprozesses schützende Faktoren heraus, die die individuelle Widerstandsfähigkeit stärken (Fröhlich-Gildhoff 2019: 9).

4.1.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Zu Beginn folgt eine Darstellung der Risikofaktoren, die die kindliche Entwicklung hemmen können. „[Diese] werden als krankheitsbegünstigende, risikoerhöhende und entwicklungshemmende Merkmale definiert, von denen potentiell eine Gefährdung der gesunden Entwicklung des Kindes ausgeht“ (Holtmann 2004: o.S.). Sie werden in Vulnerabilitätsfaktoren und Stressoren untergliedert. Die Vulnerabilitätsmerkmale beschreiben die kindlichen biologischen und psychologischen Faktoren. Die Stressoren bilden sich in der sozialen Umwelt des Kindes. Bei den Vulnerabilitätsfaktoren findet

außerdem eine Unterscheidung in primäre und sekundäre Kriterien statt, wobei die erstgenannten angeboren sind und die letztgenannten im Kontakt mit der sozialen Umwelt, vor allem in familiärer Interaktion, erlangt werden (Wustmann 2004: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 21).

Primäre Vulnerabilitätsfaktoren sind z. B. prä-, peri- und postnatale Merkmale wie eine Frühgeburt oder ein zu geringes Gewicht zum Zeitpunkt der Geburt. Darüber hinaus stellen sie auch chronische Krankheiten des Säuglings dar, wie ein angeborener Herzfehler, Asthma oder Schädigungen des Gehirns oder der Organe. Auch ein schwieriges Temperament oder defizitäre kognitive Merkmale zählen zu dieser Kategorie. Sekundäre Vulnerabilitätsfaktoren entstehen besonders aus einer unsicheren Bindung zu wichtigen Bezugspersonen wie den Eltern heraus. Welche Konsequenzen ein unsicheres Bindungsmuster mit sich zieht, ist bereits in Kapitel 3.3 Desorganisation in der frühen Bindung beschrieben worden. Außerdem zählt die fehlende kindliche Kompetenz, sich selbst zu regulieren, zur Gruppe der sekundären Vulnerabilitätsfaktoren (Wustmann 2016: 38-39; Fröhlich-Gildhoff 2019: 22)

Die Stressoren lassen sich anhand einer Bandbreite von Beispielen beschreiben. Armut, ein niedriger sozialer Status der Familie, ständiger Wohnungswechsel oder gar Obdachlosigkeit stellen risikoerhöhende Merkmale für das Kind dar. Auch eine kontinuierliche Disharmonie in der Familie kann die kindliche Entwicklung hemmen, wie fortwährende Streitereien der Eltern, die gar in einer Trennung oder Scheidung münden. Eine psychische Erkrankung wie eine Depression, oder eine Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit mindestens eines Elternteils stellen weitere Stressoren dar. Neben einem niedrigen elterlichen Bildungsabschluss gehören außerdem junge Elternschaften oder ungewollte Schwangerschaften, sowie Erziehungsdefizite zu dieser Klassifizierung. Diese Defizite äußern sich etwa in erzieherischer Widersprüchlichkeit oder mangelndem Interesse für das Kind. Es finden sich des Weiteren Risikofaktoren im schulischen Alltag bzw. in Interaktion mit Gleichaltrigen. Ein Schulwechsel, z. B. bedingt durch einen Umzug, sowie Mobbing und Ausgrenzung können eine gesunde kindliche Entwicklung hemmen. Zuletzt zählen auch eine hohe Geschwisteranzahl (mindestens vier Geschwister), Geschwisterverlust, eine Störung bzw. Behinderung eines Geschwisterteils, sowie eine stationäre Fremdunterbringung des Kindes zu den Stressoren (Wustmann 2016: 38-39; Fröhlich-Gildhoff 2019: 22-23).

Im Nachfolgenden werden die Schutzfaktoren erläutert. „[Sie] werden als Merkmale beschrieben, die das Auftreten einer psychischen Störung oder einer unangepassten

Entwicklung verhindern oder abmildern sowie die Wahrscheinlichkeit einer positiven Entwicklung erhöhen“ (Rutter 1990: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 28). Angelehnt an das Bronfenbrennersche ökologische Entwicklungsmodell findet eine Unterscheidung in individuelle Faktoren des Kindes, mikrosoziale Merkmale der unmittelbaren Umwelt, sowie Eigenschaften des Makrosystems statt (Luthar 2000: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 29).

Zur beispielhaften Beschreibung der Schutzfaktoren lassen sich folgende Aussagen treffen. Die personalen Ressourcen unterscheidet Wustmann (2016) in kindbezogene Faktoren und Resilienzfaktoren. Hierbei zählen zu den kindbezogenen Ressourcen ein positives Temperament und intellektuelle Kompetenz. Das erstgeborene Kind zu sein, sowie ein weibliches Geschlecht zu haben, soll sich außerdem positiv auf die kindliche Entwicklung auswirken. Die Resilienzfaktoren zeichnen sich u. a. durch Selbstwahrnehmung, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz und Problemlösekompetenz aus (Wustmann 2016: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 30).

Bei den sozialen Ressourcen findet eine Kategorisierung in familiärer Kontext, Bildungseinrichtungen und weitere soziale Umwelt statt. Innerhalb der Familie stellt es sich als förderlich für die Entwicklung des Kindes heraus, mindestens eine Bezugsperson zu haben, um Vertrauen und Selbstständigkeit zu stärken. Dafür eignet sich vor allem ein autoritativer oder demokratischer Erziehungsstil. Enge Geschwisterverbundenheit und eine intakte elterliche Partnerschaft, sowie familiäre Kommunikation, Unterstützung und Harmonie bedingen außerdem eine gesunde kindliche Entwicklung. Zudem ist es von Vorteil, wenn das Kind seinem Alter entsprechende Aufgaben im Haushalt übernehmen kann, um seine Selbstwirksamkeit zu unterstützen. Darüber hinaus stellen ein hohes Bildungsniveau der Eltern, sowie ein hoher sozialer Status schützende Faktoren dar (ebd.).

In Bildungsinstitutionen wie der Schule bewähren sich neben einem wertschätzenden Umgang auch klare Strukturen und Regeln in der Schul- und Klassengemeinschaft. Das Leistungsniveau sollte eher hoch, aber angemessen sein, um die Fähigkeiten und das Denkvermögen der Kinder zu fordern und zu fördern. Dies gelingt besonders durch positive Verstärkung der schulischen Leistungen, sowie Förderung ihrer Resilienzfaktoren (s.o.). Zuletzt tragen positive Freundschaften zu einer gesunden kindlichen Entwicklung bei (Wustmann 2016: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 30).

Förderliche Eigenschaften des Makrosystems sind auf das Vorhandensein von Angeboten auf kommunaler Ebene zurückzuführen, wie familiäre und soziale Beratungsstellen oder Gemeindearbeit im Wohnort. Daneben tragen positive Rollenbilder, wie engagierte Erwachsene außerhalb der Familie, zu einer förderlichen kindlichen Entwicklung bei, wie Lehrer/innen oder Personen aus der Nachbarschaft. Darüber hinaus sind ein positiver gesellschaftlicher Werte- und Normenkatalog, sowie ansprechende und ausreichende Arbeits- und Beschäftigungsangebote besonders prägend (Wustmann 2016: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 31).

In der Wissenschaft wird von einem Risiko- und Schutzfaktorenkonzept gesprochen, da beide Seiten in Wechselwirkung zueinanderstehen. Dabei darf „ein fehlender Schutzfaktor als Risikofaktor gesehen werden […], aber nicht umgekehrt, da das alleinige Fehlen von Risikofaktoren […] keinen Schutz darstellt“ (Ball 2007: 130). Die Menge und Art der verschiedenen gesundheitsfördernden oder belastenden Faktoren in ihrer Gesamtheit beeinflussen dabei die Entwicklung des Kindes (Fröhlich-Gildhoff 2019: 34). Vulnerabilität und Ressourcen hängen im Lauf der Entwicklung von verschiedenen Anforderungen und entsprechendem Bewältigungswerkzeug ab; sie sind keine festgeschriebenen Persönlichkeitsmerkmale (Ball 2007: o.S.; Fröhlich-Gildhoff 2019: 34). Daher spricht Staudinger (1999) auch von einer relativen Resilienz (Staudinger 1999: 344; Weiß 2008: 160).

4.1.2 Risiko- und Schutzfaktoren von Kindern aus alkoholbelasteten Familien

Im vorhergehenden Unterkapitel ist das allgemeine Risiko- und Schutzfaktorenkonzept vorgestellt worden. Nun wird versucht, dies im Hinblick auf Kinder aus alkoholbelasteten Familiensystemen zu übertragen (nach Petermann 2000: o.S.; Zobel 2017: 183-189).

Zunächst wird auszugsweise ein kindlicher Risikofaktor erklärt. In diesem Beispiel wird der Vulnerabilitätsfaktor „schwieriges Temperament im Kleinkindalter“ betrachtet, welcher sich durch lautes Weinen und Schreien äußern kann. Erziehungspersonen mit einer Alkoholabhängigkeit reagieren oftmals gereizt oder abweisend auf solch ein Verhalten, wobei ein Kind in dieser Situation eher eine liebevolle und fürsorgliche Elternperson braucht. Die elterliche Reaktion kann auch in verbale oder körperliche Misshandlung ausufern (Zobel 2017: 184).

Die umweltbezogenen Risikofaktoren, auch Stressoren genannt, lassen sich beispielsweise durch den Alkoholeffekt mindestens eines alkoholabhängigen Elternteils beschreiben, der Stimmungs- und Verhaltensschwankungen bedingt und die elterliche Verantwortung einschränkt. Dieser Effekt kann sich aber auch auf verschiedenste Art und Weise auf das familiäre System auswirken. Vermehrt treten in alkoholbelasteten Familien Ehekonflikte, finanzielle Schwierigkeiten und Arbeitslosigkeit, sowie alkoholbedingte Krankheiten und psychische Störungen auf. Oft fehlt es den Kindern an einer Tagesstruktur, die auf die fehlende Berufstätigkeit der Eltern zurück zuführen sein kann. Unternehmungen und Familienrituale wie ein gemeinsames Abendessen sind nur selten. Des Weiteren können Kinder am Modell lernen, d. h. sie orientieren sich an einer (Erwachsenen)Person und ahmen möglicherweise ihr Verhalten nach. Abhängige Erwachsene stellen kein positives Rollenbild für Kinder dar, da diese oft geneigt sind, den Alkoholkonsum nachzuahmen (Weinberg 1994: o.S.; Zobel 2017: 186) und Probleme mittels Alkohol zu dämpfen, da sie keine anderen Bewältigungsstrategien gelernt haben. Zudem sind alkoholbelastete Elternteile meinst nicht oder nur in geringem Maß dazu fähig, ihre Kinder zu unterstützen oder zu kontrollieren. Daher tendieren betroffene Kinder nicht selten zu kriminellen Verhaltensmustern oder sind bei Schulproblemen oder persönlichen Konflikten auf sich alleine gestellt. In alkoholbelasteten Familien kann es außerdem zu körperlicher Gewalt oder kindlicher Vernachlässigung kommen, gar zu sexuellem Missbrauch. Dabei muss der Missbrauch nicht unbedingt durch den abhängigen Elternteil stattfinden, sondern wird oft durch die fehlende Beaufsichtigung und mangelnde Erziehungsleistung bedingt, wodurch das Risiko in alkoholbelasteten Familien höher ist. Die genannten Risikofaktoren treten vermehrt auf, wenn beide Elternteile eine Alkoholabhängigkeit nachweisen. Das Gestalten einer sicheren und vertrauten Eltern-Kind-Bindung ist in diesem Fall deutlich erschwert (Zobel 2017: 184-187).

Vergleichend werden nun die Schutzfaktoren, beginnend mit den kindbezogenen, beschrieben. Die Entwicklung von Resilienz, d.h. einer Widerstandsfähigkeit trotz widriger Lebenslage stellt ein protektives Merkmal dar. Diese resultiert vor allem aus einer positiven Lebenseinstellung und angemessenen Bewältigungsstrategien zur Erreichung von Zielen und Lösen von Schwierigkeiten. Bei Betroffenen (ausgegangen von älteren Kindern oder Jugendlichen), die positiver gestimmt sind und Probleme nicht durch Alkohol betäuben, sinkt das Risiko, selbst eine Abhängigkeit zu entwickeln. Dennoch ist an dieser Stelle anzumerken, dass der Erwerb von zielorientierten Problemlösungsstrategien für Kinder alkoholabhängiger Eltern deutlich schwieriger ist,

vor allem in Hinblick auf das Lernen am Modell. Zudem wirken sich geringe Erwartungen an den positiven Effekt von Alkohol förderlich auf die Entwicklung aus. Diese Annahme basiert möglicherweise auf der negativen Konnotation von Alkohol, da die Kinder ihre Eltern als Negativbeispiel sehen. Mittels sozialer Kompetenzen können betroffene Kinder und Jugendliche trotz alkoholbelasteter Familie ein soziales Netzwerk aufbauen, indem sie Freundschaften und den Kontakt zu anderen Erwachsenen pflegen, an die sie sich auch in schwierigen Situationen wenden können (Zobel 2017: 188).

Die umweltbezogenen Schutzfaktoren beziehen sich vor allem auf das Vorhandensein einer vertrauensvollen Bindung an den Elternteil, der nicht von der Abhängigkeit betroffen ist. Da es bei diesem jedoch zu einer Überlastung aufgrund des trinkenden Partners kommen kann, ist eine emotionale Beziehung außerhalb der Familie förderlich, um über Gefühle zu kommunizieren oder andere Personen als Modell zu haben. Des Weiteren trägt das Einhalten von Familienritualen trotz Alkoholabhängigkeit zu einer, wenn auch geringen, Tagesstruktur bei, die sich aber als protektiver Faktor für Kinder herausstellt. Darüber hinaus ist es besonders wichtig, dass Kinder dem elterlichen Konsum nicht direkt ausgesetzt sind, um eventuelle Gewaltausbrüche und Konflikte zu meiden und das Konsumverhalten nicht vorzuleben (Zobel 2017: 189).

4.2 Resilienzförderung

Die Entwicklung von Resilienz ist ein lebenslanger Prozess. Daher gibt es Präventiv- und Fördermaßnahmen für alle Altersgruppen. Eine hohe Relevanz hat im Zusammenhang der Kindeserziehung die Frühförderung, da die ersten Lebensjahre besonders prägend für die kindliche Weiterentwicklung sind. Für die Frühförderung gelten drei Prinzipien, die die Widerstandsfähigkeit von „Kindern mit psychosozialen Risiken“ (Weiß 2008: 161) stärken (nach Daniel 2002: 13): Das Kind hat eine sichere Basis, die ihm Sicherheit und Zugehörigkeit vermittelt. Es verfügt über eine positive Selbstwertschätzung und hat Selbstvertrauen in sich selbst, da es sich über seine Kompetenzen und Fähigkeiten bewusst ist. Das Kind erfährt Selbstwirksamkeit, d.h. es kennt seine Stärken und Schwächen und weiß von seiner Einfluss- und Kontrollfähigkeit (Daniel 2002: 13).

Aus der kindlichen Sichtweise lassen sich die drei Grundprinzipien wie folgt beschreiben:

Ich habe: „Ich habe Menschen, die mich gern haben, und Menschen, die mir helfen“ (Daniel 2002: 86)

Ich bin: „Ich bin eine liebenswerte Person und respektvoll mir und anderen gegenüber“ (ebd.)

Ich kann: „Ich kann Wege finden, Probleme zu lösen und mich selbst zu steuern“ (ebd.)

Auch wenn diese Bausteine aus der Resilienz stützenden Frühförderung stammen, lassen sie sich auf alle Altersgruppen übertragen. Die Verinnerlichung dieser Werte unterstützt den Selbstwert einer jeden Person und ist für eine positive Einstellung gegenüber sich selbst und anderer Menschen unerlässlich.

Zusammenfassend gelten die Stärkung der Kommunikations- und Problemlösekompetenz, der Reflexions- und Sozialfähigkeit, sowie die Förderung eines ausgewogenen Selbstkonzeptes als Resilienz unterstützende Maßnahmen (Alle 2017: 137-138).

4.3 Resilienzförderung von Kindern alkoholabhängiger Eltern aus einer ressourcenorientierten Perspektive

In Bezug auf die leitende Fragestellung, unter welchen Bedingungen sich Kindeserziehung mit einer elterlichen Alkoholabhängigkeit vereinbaren lässt, ist unter Berücksichtigung der Ressourcenorientierung als leitendes Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit folgende Aussage zu treffen:

Die Stärkung der individuellen Ressourcen von Kindern, die in alkoholbelasteten Familien aufwachsen und widrigen Umständen ausgesetzt sind, ist besonders wichtig, um ihre Widerstandsfähigkeit aufzubauen, die negativen Bedingungen zu bewältigen und eine förderliche Entwicklung zu ermöglichen. Da Resilienz ein lebenslanger Prozess ist und von vielen verschiedenen Faktoren abhängt, ist nach dem Selbstverständnis der Sozialen Arbeit eine lebensweltorientierte Perspektive (nach Hans Thiersch) ein wichtiger Ansatzpunkt. Denn diese bezieht den einzelnen Menschen mit seinen Fähigkeiten und Grenzen ein und berücksichtigt dabei seine Lebensumstände. Genau an dieser Stelle setzt die Soziale Arbeit an. Sie unterstützt das Individuum hinsichtlich seiner Ressourcen unter Betrachtung der aktuellen Lebenslage.

Hierbei lassen sich Parallelen zum Risiko- und Schutzfaktorenkonzept finden. Die Lebensbedingungen können hierbei mit den Umweltfaktoren verglichen werden. Die Stärken und Schwächen stellen die personenbezogenen Merkmale dar. Um Resilienz bestmöglich zu fördern, müssen die umwelt- und persönlichen Ressourcen gestärkt und gleichzeitig risikoerhöhende Faktoren, die von Individuum und Umwelt ausgehen, auf ein Minimum reduziert werden.

Ausgehend vom Risiko- und Schutzfaktorenkonzept von Kindern aus alkoholbelasteten Familien (siehe hierzu 4.1.2) lassen sich auf der risikobehafteten Seite vor allem die Alkohol-, Familien- und Modelleffekte, bedingt durch die elterliche Alkoholabhängigkeit, beschreiben. Hinzu kann eventuell ein ausgeprägtes kindlichen Temperament kommen, welches durch oft mangelnde elterliche Erziehungsfähigkeiten noch verstärkt werden kann. Das Minimieren dieser Faktoren ist selbstverständlich förderlich für das Kind, doch das alleinige Fehlen von Stressoren ist, wie bereits beschrieben, noch lange nicht ausreichend (Ball 2007: 130).

Neben den Risikofaktoren stehen eine Reihe von Schutzfaktoren, die zur Stärkung der kindlichen Resilienz besonders unterstützt werden sollten. Hierzu gehören vor allem eine positive Einstellung zu sich selbst und anderen und das Erlernen von Bewältigungsfähigkeiten zur individuellen Problemlösung und Zielerreichung. An dieser Stelle soll noch einmal betont werden, dass vertrauensvolle Beziehungen zu anderen Menschen, inner- und / oder außerfamiliär, die Bindung und Sicherheit vermitteln, von besonders hoher Relevanz sind. Daher ist die Stärkung von sozialen Kompetenzen zum Aufbau und Erhalt von zwischenmenschlichen Beziehungen und zur Orientierung an adäquaten Lernmodellen besonders wichtig.

Die drei oben genannten Bausteine (siehe hierzu 4.2 Resilienzförderung) sind auf die Resilienzförderung von Kindern alkoholabhängiger Eltern übertragbar. Zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit ist eine sichere Basis sehr wertvoll. Daher ist die Förderung von Bindungen und Beziehungen besonders wichtig, z. B. zur Mutter (wenn der Vater der alkoholabhängige Elternteil ist), anderen Familienmitgliedern, Freunden, Eltern von Freunden, Lehrer/innen, Trainer/innen etc. Betroffene Kinder haben somit die Chance, sich ihren Mitmenschen anzuvertrauen und über die eigenen Gefühle und Gedanken zu kommunizieren.

Des Weiteren hat die eigene Selbstwertschätzung des Kindes besondere Wirksamkeit für die Resilienzförderung. Ein hohes Selbstvertrauen und das Wissen der eigenen Kompetenzen sind wichtige Komponenten für die Entwicklung von Resilienz und

beeinflussen auch die Lebenseinstellung des Kindes. Sie können beispielsweise über Freizeitaktivitäten oder Hobbys, wie das Besuchen eines Sportvereins, gestärkt werden. Die Ressource eines Hobbys kann darüber hinaus auch eine Stressbewältigungsstrategie für ein persönliches Problem darstellen.

Zuletzt spielt das Gefühl der Selbstwirksamkeit eine tragende Rolle bei der Förderung von Resilienz. Sie definiert sich über das Wissen der eigenen Schaffens- und Einflusskraft und hängt mit dem Selbstbewusstsein bzw. der Selbstwertschätzung zusammen. Daher setzt die ressourcenorientierte Perspektive der Sozialen Arbeit an der Stelle an, den eigenen Selbstwert zu erkennen, die persönlichen Fähigkeiten zu wissen, sich diesen zu bedienen und sich über die Wirkung des eigenen Handelns bewusst zu sein. Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die wissenschaftlichen Grundlagen geklärt worden sind, kann nun zum Punkt des Kindeswohls übergegangen werden.

5 Kindeswohl

In diesem Kapitel werden zunächst die Begriffe Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung bestimmt. Danach folgt eine Differenzierung der Arten von Kindeswohlgefährdungen. Zuletzt wird das Vorgehen einer Risikoeinschätzung bei möglicher Kindeswohlgefährdung bei elterlicher Alkoholabhängigkeit erläutert.

5.1 Kindeswohl und Kindeswohlgefährdung

Im Folgenden werden die Begriffe des Kindeswohls und der Kindeswohlgefährdung, kurz KWG, definiert. Die Bezeichnung Kindeswohl ist ein „unbestimmter Rechtsbegriff“ (Alle 2017: 13), für den es „keine allgemeinverbindliche Einigung“ (ebd.) gibt. Dennoch helfen die nachstehenden Kriterien beim Versuch, das Kindeswohl näher zu definieren (ebd.):

Die Maslowsche Bedürfnispyramide beschreibt wesentliche Kriterien, die es zu befriedigen gilt: Körperliche Bedürfnisse, wie Nahrungszufuhr und Schlaf; Schutzbedürfnisse, wie angemessene Kleidung oder Schutz vor Krankheiten; Bedürfnisse nach Verständnis, wie Kommunikation und Zugehörigkeit; Bedürfnisse nach Wertschätzung, wie körperliche und emotionale Zuwendung; Bedürfnisse nach Anregung, Spiel und Leistung, wie die Förderung des Explorationsdrangs des Kindes; Bedürfnis nach Selbstverwirklichung, wie die Unterstützung von individuellen Zielen und Wünschen (nach Schmidtchen 1989 o.S.; Alle 2017: 67-68). Die familiären Lebensumstände haben die Bedürfnisbefriedigung zu ermöglichen (Alle 2017: 13). Dabei soll die Erziehung „die Entwicklung des Kindes zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen [Person]“ stärken (ebd.). Zudem ist die Berücksichtigung der Kinderrechte des Bürgerlichen Gesetzbuches der UN-Kinderrechtskonvention unabdingbar (ebd.).

Die Rechte von Kindern umfassen gemäß § 1631 BGB (siehe Anhang 1) das Recht auf Pflege und Gesundheitsfürsorge, auf Erziehung, Förderung und Entfaltung, auf Aufsicht, auf gewaltfreie Erziehung und auf Bildung (Schader 2013: 29).

Der Paragraph 1666 BGB (siehe Anhang 2) beschreibt den Begriff der Kindeswohlgefährdung genauer, wobei das Wohl des Kindes zwischen körperlichem, geistigem und seelischem Wohl unterschieden wird (siehe zur genaueren

Differenzierung 5.2 Arten der Kindeswohlgefährdung). Sind die Eltern nicht gewillt oder in der Lage, eine Gefährdungslage vom Kind abzuwenden, so muss das Familiengericht Maßnahmen zur Abwendung treffen. Den Eltern obliegt jedoch die vorrangige Verantwortung (Alle 2017: 13-14), denn sie haben gemäß § 1626 BGB (siehe Anhang 3) und Art. 6 GG (siehe Anhang 4) das Recht und die Pflicht der elterlichen Sorge. Eine KWG liegt nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom Juli 2008 gemäß § 1666 BGB vor, wenn eine gegenwärtige Gefahr für das Kind gegeben ist, die Schädigung des Kindes erheblich ist und diese mit einer ziemlichen Sicherheit vorherzusehen ist (Galm 2010: 20).

5.2 Arten der Kindeswohlgefährdung

Der Paragraph 1666 BGB differenziert körperliches, geistiges und seelisches Kindeswohl. Kann das Kindeswohl nicht gewährleistet werden, wird zwischen verschiedenen Kategorien der Kindeswohlgefährdung bzw. Kindesmisshandlung unterschieden. Oft treten aber auch kombinierte Formen auf (Schader 2013: 40).

Wichtige Anhaltpunkte, die im Falle einer Gefährdungslage beachtet werden müssen, sind das „Ausmaß der Misshandlung, Alter des Kindes, Alter, in dem die Misshandlung begonnen hat, Dauer der Misshandlung [und] Häufigkeit der Misshandlung“ (Alle 2017: 20).

<u>Kindesvernachlässigung</u>

Die Vernachlässigung von Kindern kann je nach Grundbedürfnis in verschiedenen Formen auftreten. Es wird zwischen der körperlichen, der emotionalen, der kognitiven und der erzieherischen Vernachlässigung, sowie der unzureichenden Beaufsichtigung unterschieden.

Merkmale der körperlichen Vernachlässigung sind beispielsweise die unzureichende Versorgung des Kindes mit Nahrung, Kleidung und Medizin, oder das Aufwachsen des Kindes in unhygienischen bzw. defizitären Wohnverhältnissen (Galm 2010: 25). Bei unzureichender Zuwendung oder „fehlender Reaktion der Eltern auf emotionale Signale des Kindes“ (ebd.) wird von einer emotionalen Vernachlässigung gesprochen. Im Fall einer kognitiven und erzieherischen Kindesvernachlässigung beachten die Eltern den „Erziehungs- und Förderbedarf“ (ebd.) nicht ausreichend, d.h. es liegt ein Mangel an Kommunikation oder spielerischem Lernen in der Erziehung vor. Von einer

unzureichenden Beaufsichtigung ist auszugehen, wenn Kinder für einen ihres Alters nicht entsprechendem Zeitraum auf sich selbst gestellt sind, ohne dass die Eltern anwesend sind (ebd.).

Diese Form der Kindeswohlgefährdung kennzeichnet sich außerdem durch eine andauernde oder wiederholte fehlende elterliche Sorge aus. Es ist irrelevant, ob die Vernachlässigung absichtlich, unabsichtlich oder unwissentlich stattfindet. Maßgeblich ist, dass das Unterlassen der Fürsorge die Entwicklung des Kindes deutlich erschwert oder behindert (Galm 2010: 23).

Seelische Misshandlung

Eine seelische Kindesmisshandlung ist dann gegeben, wenn ein Kind von seinen Eltern bzw. seinen Bezugspersonen nicht wertgeschätzt, geliebt oder von ihnen isoliert wird. Neben einer übergehüteten Erziehung zählt auch das sog. Parentifizieren zur psychischen Form der Kindeswohlgefährdung. Unter dem Begriff wird die kindliche Übernahme elterlicher Aufgaben oder Verantwortung verstanden.

d. h. die kindliche Übernahme von elterlichen Aufgaben bzw. elterlicher Verantwortung, zur psychischen Form der KWG. Im Falle von häuslicher oder seelischer Gewalt zwischen den Eltern kann auch von einer psychischen Misshandlung des Kindes ausgegangen werden. (Alle 2017: 23-24).

Körperliche Misshandlung

Eine körperliche Misshandlung ist gegeben, wenn Kinder von ihren Eltern geschlagen, getreten oder gebissen werden. Verletzungen, wie Verbrennungen, Knochenbrüche, Stiche und Schnitte, sowie Vergiftungen oder Erstickungsversuche sind weitere Kriterien körperlicher Gewalt (Mertens 2011: 31). Im frühkindlichen Alter zählt besonders das „Schütteln des Säuglings“ (Alle 2017: 24) zu den schwerwiegendsten Formen der körperlichen Kindesmisshandlung.

Sexuelle Misshandlung bzw. sexueller Missbrauch

Zu den sexuellen Misshandlungen zählen nach Bange „sexuelle Handlungen vor oder an Kindern, die gegen den Willen des Kindes [stattfinden] oder denen das Kind aufgrund seiner Unterlegenheit […] nicht bewusst zustimmen kann“ (Alle 2017: 25). Der bzw. die Täter/in nutzt die Unterlegenheit des Kindes bzw. die eigene Machtposition zur eigenen Bedürfnisbefriedigung aus (ebd.).

Münchhausen-by-proxy-Syndrom

Diese Form der Kindeswohlgefährdung liegt nach Rosenberg vor, wenn die Eltern Krankheitssymptome beim Kind phantasieren oder verursachen. Das Kind wird fortwährend medizinisch untersucht, wobei die Eltern die Kenntnisse über die Krankheitsursache verschweigen. Die gesundheitlichen Beschwerden klingen bei konsequenter Trennung von Eltern und Kind ab (Alle 2017: 26).

5.3 Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung

Bei dem Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls hat das Jugendamt gemäß § 8a SGB VIII (siehe Anhang 5) einen Schutzauftrag zu erfüllen. Im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte ist das Risiko der Gefährdung einzuschätzen. Wenn das Jugendamt zur Abwendung der Gefahr bestimmte Hilfen für geeignet und notwendig hält, hat es diese den erziehungsberechtigten Personen anzubieten. Diese sind prinzipiell in alle Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen (Gesamtverband für Suchthilfe e.V. 2014: 10). In erforderlichen Fällen kann das Jugendamt das Familiengericht anrufen. Beim Bestehen einer dringenden Gefahr ist das Jugendamt zur Inobhutnahme des Kindes verpflichtet – auch gegen den Willen der Erziehungsberechtigen – und muss die Entscheidung des Familiengerichts nicht abwarten.

5.3.1 Handlungsprinzipien der Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung

Im Folgenden werden wichtige Anhaltspunkte zur Risikoeinschätzung bei Kindeswohlgefährdung aufgeführt:

Im Rahmen einer Risikoanalyse ist es immer hilfreich, zunächst Ressourcen und Belastungen des Familiensystems zu betrachten, um Handlungsmöglichkeiten aufzudecken und das weitere Vorgehen zu planen (Schader 2013: 40).

Entlastende Faktoren werden z. B. in den Kompetenzen des gesamten Familiensystems und der individuellen Familienmitglieder gesehen. Aufschlussreich sind außerdem das Bildungsniveau bzw. der ausgeübte Beruf der jeweiligen Einzelpersonen, sowie die religiöse und kulturelle Orientierung, die auch Auskunft über das vorherrschende

Wertesystem geben können. Die soziale Einbindung und Kontakte der Familie gelten neben der räumlichen Ausstattung auch als Orte für Ressourcen (ebd.). Zu den belastenden Faktoren zählen u. a. Konflikte innerhalb der Familie oder Probleme einzelner Personen, sowie negative Verhaltensarten oder Dynamiken. Weitere Merkmale sind zudem Bildungsferne und Armut (ebd.).

Der Deutsche Städtetag hat 2003 folgende Empfehlungen zur Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung formuliert, welche auf vier Fragestellungen basieren (Schader 2013: 26).

Gewährleistung des Kindeswohls: „Inwieweit ist das Kindeswohl durch die Sorgeberechtigten gewährleistet oder ist dies nur zum Teil oder überhaupt nicht der Fall?“ (ebd.)

Problemakzeptanz: „Sehen die Sorgeberechtigten und die Kinder selbst ein Problem oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?“ (ebd.)

Problemkongruenz: „Stimmen die Sorgeberechtigten und die beteiligten Fachkräfte in der Problemkonstellation überein oder ist dies weniger oder gar nicht der Fall?“ (ebd.)

Hilfeakzeptanz: „Sind die betroffenen Sorgeberechtigten und Kinder bereit, die ihnen gemachten Hilfeangebote anzunehmen und zu nutzen oder ist das nur zum Teil oder gar nicht der Fall?“ (ebd.)

Zusammenfassend umfassen die Aufgaben der Risikoanalyse demnach den Bereich der „gegenwärtigen Sicherheit eines Kindes“ (Kindler 2003: o.S.; Schader 2013: 24) und des Auftretens von möglichen Defiziten in der kindlichen Entwicklung. Zu betrachten sind außerdem die Fähigkeiten und Schwächen im Bereich der elterlichen Erziehungskompetenz, sowie ihre „Veränderungsmotivation und Kooperationsbereitschaft“ (ebd.). Zuletzt ist es abzuschätzen, inwieweit ein Risiko für zukünftige Verhaltensweisen besteht, die das Kindeswohl gefährden (ebd.).

5.3.2 Risikoeinschätzung einer Kindeswohlgefährdung bei elterlicher Alkoholabhängigkeit

Die folgende Risikoanalyse basiert auf Unterlagen des Allgemeinen Sozialdienstes des Amts für Kinder, Jugendliche und Familien - Jugendamt der Stadt Nürnberg, welche bei Verdacht einer möglichen Kindeswohlgefährdung Anwendung finden.

Die Bögen zur Risikoanalyse sind nach den Altersgruppen 0-3 Jahre (Säugling / Kleinkind), 4-6 Jahre (Vorschulkind), 7-13 Jahre (Schulkind) und 14-18 Jahre (Jugendliche/r) gestaffelt. Beispielhaft werden in diesem Fall die Unterlagen für die Altersgruppe des Vorschulkindes (siehe Anhang 6) herangezogen.

Bei einer Meldung über eine mögliche KWG dokumentiert der oder die Mitarbeitende des Allgemeinen Sozialdienstes zunächst die Mitteilung der Gefährdungslage und die Erstabklärung vor Ort. Anschließend erfolgt die Risikoeinschätzung.

Beginnend werden Name der/s fallverantwortlichen Mitarbeitenden, Name, Adresse, und Geburtsdatum des Kindes, sowie Datum und Ort der Risikoanalyse dokumentiert.

Danach erfolgt ein Bericht über Äußerlich- und Verhaltensauffälligkeiten des Kindes. Im Rahmen einer elterlichen Alkoholabhängigkeit sind vor allem folgende Punkte von hoher Relevanz: Eine Behinderung oder chronische Erkrankung des Kindes kann durchaus auf ein Fetales Alkoholsyndrom hindeuten. Mögliche Verletzungen können bedingt durch körperliche Misshandlung entstanden sein. Eine gestörte Nähe-Distanz-Regulation kann mit einem unsicheren Bindungsmuster in Zusammenhang stehen. Kognitive Entwicklungsrückstände, emotionale Störungen, sprachliche Defizite sowie eine unzureichende Sozialkompetenz schließen auf mangende Beschäftigung und Förderung des Kindes. In diesem Fall kann von einer seelischen Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden.

Im nächsten Teil wird die Lage der Mutter, des Vaters bzw. einer anderen Bezugsperson beschrieben. Hier ist gut zu erkennen, dass sowohl belastende, als auch entlastende Faktoren im Fokus stehen. Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen, sowie die Möglichkeit einer ungewollten Schwangerschaft oder persönlicher Gewalterfahrungen werden an dieser Stelle explizit dokumentiert. Die Ressourcen der Erziehungsperson werden anschließend bewertet. Hierbei geht es vor allem um die Fähigkeit, auf die kindlichen Bedürfnisse einzugehen, um das Kind realistisch einschätzen zu können. Neben der erzieherischen Kompetenz wird auch die emotionale Stabilität, sowie das Verhältnis der elterlichen Partnerschaft evaluiert.

Im anschließenden Teil der Risikoanalyse geht es um die Eltern-Kind-Interaktion. Hierbei werden vor allem Kommunikation, Zuwendung und Bindungsverhalten bewertet. Bei einer alkoholbelasteten Familie ist das Bindungsmuster häufig desorganisiert (siehe hierzu 3.3 Desorganisation in der frühen Bindung), da die Eltern womöglich überfordert mit der Kindeserziehung sind.

Im darauffolgenden Schritt der Risikoanalyse werden gesamtfamiliäre Risikofaktoren und Ressourcen beleuchtet. Zu bewerten sind u. a. die Kriterien Wohnraum, finanzielle Situation, Integration im Wohnumfeld, Unterstützung durch Familie oder Verwandte und gelingender Alltag, der vor allem auf die Tagesstruktur, Schulbesuch und Familienrituale abzielt. Auch an dieser Stelle können besondere Belastungen der Familie, wie etwa alleinerziehend oder hohe Geschwisterzahl, aufgelistet werden. Dieser Punkt ist für die Einschätzung einer kindlichen Gefährdungslage in Folge von elterlicher Alkoholabhängigkeit relevant, da Beziehungen zu anderen Menschen besonders wichtig für betroffene Kinder sind.

Am Ende der Risikoabschätzung steht eine zusammenfassende Einschätzung und Begründung durch den oder die Mitarbeitende/n des Allgemeinen Sozialdienstes. Das Ergebnis der Abklärung wird dokumentiert, wofür einer der Punkte „akute Gefährdung, chronische / latente Gefährdung, erzieherischer Bedarf, das Fehlen von wichtigen Informationen oder keine Gefährdung“ auszuwählen ist. Abschießend werden weitere Verfahrensschritte und Vereinbarungen für die Familie dokumentiert.

Im Falle einer Inobhutnahme müssen sich Jugendamt und Eltern des herauszunehmenden Kindes nicht einig sein. Nach der objektiven Dimension der Sozialen Arbeit liegen gewichtige Kriterien vor, die die Herausnahme des Kindes begründen. Nach subjektiver Sichtweise der Eltern oder des Kindes muss eine Inobhutnahme nicht immer die passende Maßnahme sein, da sie die Gefährdungslage möglichweise als weniger gravierend einschätzen.

Abschließende Einschätzung

Ob es sich bei einer elterlichen Alkoholabhängigkeit um eine Kindeswohlgefährdung handelt, hängt von verschiedenen individuellen Faktoren ab und muss im Einzelfall betrachtet werden. Es kann keine generalisierte Bewertung über alkoholbelastete Familiensysteme abgegeben werden. Für die Risikoanalyse in einem solchen Fall gibt es gewichtige Punkte, die berücksichtigt werden müssen. Dabei stehen vor allem das seelische und körperliche Wohl des Kindes im Vordergrund. Eine belastete, sowie unbelastete Familie verfügt über unterschiedliche Ressourcen und Risikofaktoren, die im Einzelfall abzuwägen und zu berücksichtigen sind.

Die Vereinbarung von Kindeserziehung und Alkoholabhängigkeit ist abhängig vom Ausmaß des Trinkverhaltens. Es ist zu beachten, ob beide oder nur ein Elternteil von der Abhängigkeit betroffen sind. Wenn z. B. nur der Vater alkoholabhängig ist, kann die

Mutter gegebenenfalls trotz der Belastung ihres Partners die Rolle der Bindungsperson und des Lernmodells des Kindes einnehmen. Geht es bei einer alkoholbelasteten Familie um eine alleinerziehende Mutter mit Kind, handelt es sich um eine Situation, die unter völlig anderen Gesichtspunkten zu bewerten ist. Besonders relevant sind hierbei die außerfamiliären Kontakte des Kindes. Hier zeigt sich wieder die hohe Relevanz der Individualbetrachtung der einzelnen Fälle.

Fest steht, dass Kinder alkoholabhängiger Eltern im Vergleich zu Kindern aus unbelasteten Familien oftmals früher mit dem Konsum von Alkohol beginnen und früher eine alkoholbedingte Störung entwickeln können (Klein 2010; Gesamtverband für Suchthilfe e.V.: 7). Es ist auch bekannt, dass Mitglieder einer alkoholbelasteten Familie häufig eine Co-Abhängigkeit entwickeln. Sie wollen den / die Konsumierende/n schützen, indem sie die Alkoholabhängigkeit verheimlichen oder alkoholbedingtes Verhalten rechtfertigen. Kinder übernehmen häufig ihrem Alter unangemessene Aufgaben im familiären System (Schader 2013: 122). Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass sich in diesem Fall ein enormer psychischer Druck bei betroffenen Kindern aufbaut. Dieser kann auch in eine seelische Kindesmisshandlung münden, wenn Betroffene vermehrt Verantwortung übernehmen müssen und die Verhältnisse ausufern.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte ist die Wahrscheinlichkeit einer KWG in einer alkoholbelasteten Familie möglicherweise höher als bei Kindern, die keinen abhängigen Elternteil haben. Dennoch kann eine Vereinbarkeit von Kindeserziehung und Alkoholabhängigkeit unter bestimmten Bedingungen realisierbar sein, wenn Ressourcen gestärkt und Resilienz gefördert werden. Professionelle Unterstützung ist hierbei oft die richtige Hilfemaßnahme, um suchtkranke Eltern und ihre Kinder zu stärken. Diesem Thema widmet sich das folgende Kapitel dieser Arbeit.

6 Sozialpädagogische Unterstützungsangebote

In diesem Kapitel werden verschiedene sozialpädagogische Unterstützungsangebote vorgestellt und ihre jeweiligen Chancen und Grenzen erörtert. Die Hilfestellungen sind nach Art der Zielgruppe gegliedert.

6.1 Angebote für suchtkranke Eltern

Im Folgenden werden die Unterstützungsangebote, die sich an alkoholabhängige Eltern richten, beschrieben.

6.1.1 Homepage „Elternschaft und Sucht“

Die Homepage „Elternschaft und Sucht – Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte“ ist ein Internetangebot des Gesamtverbandes für Suchthilfe e.V. Berlin und bietet eine Reihe von Informationen rund um das Thema Elternschaft und Suchterkrankung. Das Portal existiert seit 2012 und richtet sich sowohl an suchtbelastete Eltern, als auch an Fachkräfte. Insbesondere der Blog lädt dazu ein, Erfahrungen, Probleme und Fragen untereinander auszutauschen. Die Internetseite informiert darüber hinaus über anstehende oder durchgeführte Projekte und stellt einen Überblick von Kontaktdaten verschiedener Beratungseinrichtungen und Institutionen zur Verfügung (Gesamtverband für Suchthilfe e.V. 2019).

<u>Chancen der Homepage</u>

Die Internetseite ermöglicht die Kommunikation zwischen Betroffenen und Fachkräften. Sie vereinfacht darüber hinaus die Recherche nach Unterstützungseinrichtungen vor Ort, da sie diese nach Bundesländern gebündelt auflistet. Da sich die Seite explizit an Eltern bzw. auch weitere Angehörige richtet, fühlen sich diese gehört und wahrgenommen.

<u>Grenzen der Homepage</u>

Es handelt sich bei der Homepage um eine visuelle Darstellung, die vor allem reichlich Informationen bietet. Eine persönliche Beratung über solch ein Portal ist nicht möglich und ersetzt selbstverständliche kein Gespräch im Einzelsetting. Für Eltern, die nach Hilfe

suchen, reicht das alleinige Nutzen der Internetseite oder das Schreiben von eigenen Beiträgen im Blog nicht aus. Sie müssen sich stattdessen Unterstützung vor Ort suchen.

6.1.2 Frauencafé und Programm „Liliput – Mutter + Kind“ von Lilith e.V.

Das Frauencafé von Lilith e.V. in Nürnberg ist ein frauenspezifisches Angebot und richtet sich speziell an suchterkrankte oder ehemals suchterkrankte Frauen und ihre Kinder. Das Café öffnet an drei festen Wochentagen und bietet neben Beratung, Information und Krisenintervention auch eine medizinische Sprechstunde an. Im Frauencafé können sich Suchterkrankte und Fachkräfte untereinander austauschen, gemeinsam essen und sich beschäftigen. Es bietet des Weiteren die Möglichkeit, sich zu duschen, Wäsche zu waschen und verfügt auch über eine Kleiderkammer (Lilith e.V. 2019). Im Rahmen des Programms „Liliput – Mutter + Kind“ können sich Mütter und schwangere Frauen zu den Themen Schwangerschaft, Suchtmittelkonsum, Fetales Alkoholsyndrom, Mutterschaft, Kindesentwicklung und -erziehung fachgerecht beraten lassen. Liliput bietet außerdem eine spielpädagogische Kinderbetreuung an und veranstaltet Freizeitangebote für Mutter und Kind (Lilith e.V. 2019). Darüber hinaus führt es das Programm „Trampolin“ zur Stärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien durch (siehe hierzu 6.2.3 Programm „Trampolin“).

<u>Chancen des Frauencafés und Liliput</u>

Das Frauencafé von Lilith ist ein niedrigschwelliges Angebot für ausschließlich suchterkrankte Frauen und ihre Kinder. Der geschützte Rahmen bietet die Möglichkeit, ungestört über frauenspezifische Themen, wie die Mutterrolle oder der weibliche Körper, zu kommunizieren. Neben sozialpädagogischer Beratung und Information bietet das Café Tagesstruktur und Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen und Kinder an. Besonders wertvoll ist im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Elternschaft und Suchterkrankung das Angebot der Kinderbetreuung, sowie der Freizeitgestaltung im Rahmen von Liliput. Das Programm setzt Impulse, die Mutter-Kind-Bindung zu stärken und unterstützt Frauen in ihrer erzieherischen Verantwortung, indem es Beschäftigungsmöglichkeiten aufzeigt und rund um die Themen Mutterschaft und Kindesentwicklung informiert. Auch schwangere suchterkrankte Frauen werden von Liliput eingeschlossen und fachgerecht beraten.

Grenzen des Frauencafés und Liliput

Das Frauencafé richtet sich nicht nur an suchterkrankte Mütter und ihre Kinder, sondern auch an kinderlose abhängige Frauen. Gleichzeitig kann der Kontakt zu diesen aber auch als entlastend wahrgenommen werden. Außerdem schließt es neben der Alkoholabhängigkeit auch alle anderen Arten der Drogensüchte ein. Lilith ist daher kein reines Angebot für alkoholbelastete Frauen mit Kind, weswegen auch andere Themen neben der Vereinbarkeit von Elternschaft und Sucht Anklang finden.

6.1.3 Elternprogramm STEEP

Das Elternprogramm STEEP ist 1986 von Byron Egeland und Martha F. Erickson nach Erkenntnissen aus der Minnesota-High-Risk-Study, die sich mit der Bindung in Hoch-Risiko-Familien auseinandergesetzt hat, entwickelt worden. Es richtet sich gezielt an junge Mütter, die sich in einer Jugendhilfemaßnahme befinden, aber auch explizit an Eltern mit Suchterkrankungen. Das Programm wird von geschulten STEEP-BeraterInnen, aber auch von Jugendhilfeträgern oder Bildungswerken angeboten. Schwerpunktmäßiger Inhalt der Maßnahme ist die Stärkung der Eltern-Kind-Beziehung. Eltern sollen darin geschult werden, die Signale ihres Kindes wahrzunehmen und richtig zu deuten, um adäquat auf diese eingehen zu können. An einem Programmdurchlauf können zehn Elternteile teilnehmen, wobei neben Hausbesuchen und Einzelberatungen auch gruppenspezifische Aktivitäten durchgeführt werden. Die Dauer des Programms umfasst die Schwangerschaft bis zum vierten Lebensmonat des Säuglings. Zudem wird die Familie in den ersten beiden Lebensjahren des Kindes weiterhin unterstützt (Walter-Hamann 2018: 42).

Chancen von STEEP

Das Elternprogramm begleitet werdende suchtkranke Mütter bzw. Eltern während des gesamten Prozesses von Schwangerschaft über Geburt bis hin zum zweiten Lebensjahr des Kindes. Das Angebot schult Eltern in ihrer elterlichen Kompetenz und zielt vor allem auf die Stärkung der Mutter- / Eltern-Kind-Bindung ab, welche in den ersten Lebensjahren besonders wichtig für eine gesunde Entwicklung des Kindes ist. Die Begleitung der Eltern über einen langen Zeitraum sorgt außerdem für Handlungssicherheit und fördert somit die Verantwortung für das Kind.

Grenzen von STEEP

Da sich das gesamte STEEP-Programm über mehr als zwei Jahre streckt, ist ein hohes Durchhaltevermögen der Mutter bzw. der Eltern zur Erreichung der gesteckten Ziele gefragt. Eine Suchterkrankung kann jedoch die konsequente und zuverlässige Teilnahme am Unterstützungsangebot hemmen, da sie schwankende Verhaltensweisen und Einstellungen bei den Teilnehmenden bedingen kann. Außerdem arbeitet das Frühinterventionsprogramm nur an der Eltern-Kind-Bindung, nicht jedoch an der Suchterkrankung, und ersetzt somit keine gegebenenfalls notwendige Therapie.

6.2 Angebote für Kinder alkoholbelasteter Familien

In diesem Unterkapitel finden sich die sozialpädagogischen Hilfsmaßnahmen, die sich explizit an Kinder suchtkranker Familien wenden. Dabei handelt es sich im Einzelnen um Beratungs- und Informationsangebote aus dem Internet, eine Patenschaft für betroffene Kinder und ein gruppenspezifisches Präventionsprogramm.

6.2.1 Programme KIDKIT und NACOA

Im Internet finden sich unterschiedliche Angebote, die sich im Speziellen an Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familiensystemen richten. Im Folgenden werden die Programme KIDKIT und NACOA betrachtet.

KIDKIT

Die Kooperationsprogramm KIDKIT der Drogenhilfe Köln e.V. ist 2002 ins Leben gerufen worden und bietet Kindern aus suchtbelasteten Familien „Hilfe bei Problemeltern“ (Drogenhilfe Köln e.V. 2019). Betroffene finden auf der Homepage Informationen zu den Themen Sucht, psychische Erkrankungen, Gewalt und sexueller Missbrauch. Darüber hinaus verfügt KIDKIT über ein Beratungsangebot durch SozialpädagogInnen, wobei Betroffene zwischen Online-Gesprächen über ein Chatportal, Telefonseelsorge oder Anlaufstellen vor Ort wählen können. Der Einzelchat findet in einem einstündigen Zeitfenster statt., der nächste Termin ist auf der Homepage bekannt gegeben. Die Telefonhotline kann kostenfrei von betroffenen Kindern und Jugendlichen genutzt werden. Wenn eine persönliche Beratung bevorzugt wird, schlägt das System bei

Eingabe des Wohnortes oder der Postleitzahl entsprechende Einrichtungen und Hilfsangebote vor Ort vor. Zusätzlich verfügt KIDKIT über eine Pinnwand, auf der sich Kinder und Jugendliche durch das Posten von öffentlichen, anonymen Beiträgen austauschen können (Klein 2008: 205-207; Drogenhilfe Köln e.V. 2019).

NACOA

Die NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverbandes Berlin. Ihr Internetauftritt richtet sich im Besonderen an Kinder und Jugendliche alkoholabhängiger Eltern. Sie bietet aber auch Informationen für die Gesamtfamilie, d. h. auch für betroffene Eltern und ihre Kinder, oder für bereits erwachsene Kinder. Daneben stellt die Homepage auch Auskünfte für Fachkräfte aus den Bereichen Kindergarten, Schule, Jugendhilfe und Gesundheitswesen zur Verfügung. Zu den Merkmalen von NACOA zählen ein Beratungsangebot für Betroffene über einen wöchentlichen Gruppenchat, Einzelchat, E-Mail- oder Telefonberatung. Drüber hinaus veröffentlicht die Interessenvertretung themenspezifische Artikel, schlägt Informationsveranstaltungen vor und bietet einen Katalog von professionellen Hilfsangeboten an (NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. 2019).

Chancen der Internet-Unterstützungsangebote

Die Hilfsangebote KIDKIT und NACOA ähneln sich in ihren Grundprinzipien. Sie bieten eine Bandbreite an Informationen, die in kurzen Artikeln oder Videos zur Verfügung gestellt werden. Im Zeitalter von Internet und sozialen Medien ist die Online-Präsenz von Unterstützungsangeboten hilfreich für Betroffene, da die Informationsbeschaffung und mögliche Beratungen hürdenlos, niedrigschwellig und vor allem anonym von zu Hause aus stattfinden können. Die Entscheidung, eine Beratungsstelle vor Ort aufzusuchen, fällt häufig schwer und ist vor allem für Kinder eine große Herausforderung. Sowohl die Online-, als auch die Telefonberatung machen einen schnellen Austausch zwischen Fachkraft und Betroffenem möglich. Zudem haben Betroffene untereinander die Chance, sich anonym über ihre Anliegen und Probleme auszutauschen und sich gegenseitig zu motivieren. Die beiden Homepages verfügen außerdem über eine kompakte Sammlung an Beratungsstellen, sodass die Suche nach Einrichtungen vor Ort für Betroffene vereinfacht wird.

Grenzen der Internet-Unterstützungsangebote

Das Nutzen von Internetangeboten setzt einen Internetzugang, sowie das Verfügen über ein Smartphone oder einen Computer voraus. Daneben sollten NutzerInnen technische Fähigkeiten über den Gebrauch dieser Geräte besitzen. Internetangebote stoßen an ihre Grenzen, wenn vor allem Kleinkinder aus alkoholbelasteten Familiensystemen einen Hilfebedarf haben. Diese Zielgruppe hat durch fehlende Lese- und Rechtschreibkenntnisse schlichtweg nicht die Möglichkeit, die Art von Unterstützung zu nutzen. Für Kleinkinder stellt sich stattdessen ein aktiv durchzuführendes (Gruppen)Programm als angemessener Unterstützung heraus, die ihre Schwerpunkte vor allem in der Förderung von Ressourcen setzen. Des Weiteren bieten Online-Plattformen zwar eine Austauschmöglichkeit, dennoch ist es fraglich, ob diese Art der Kommunikation denselben Mehrwert wie eine persönliche Beratung hat. Der Internet-Chat erschwert den Ausdruck von Wertschätzung, das Bilden von gegenseitigem Vertrauen, das Zeigen menschlicher Gestik und Mimik, sowie von Gefühlen. Ein persönliches Gespräch von Angesicht zu Angesicht erleichtert stattdessen eine vertrauensvolle Kommunikation.

6.2.2 Projekt „Vergiss mich nicht“

Das Projekt „Vergiss mich nicht“ des Diakonischen Werkes Berlin Stadtmitte e.V. bietet Patenschaften für Kinder und Jugendliche alkoholabhängiger Eltern(teile). Interessierte Menschen können sich in einer Sprechstunde bei den AnsprechpartnerInnen des Projektes melden. Nach Auswahl der Paten/innen findet eine Schulung statt. Darüber hinaus können sich in der Sprechstunde nicht nur Interessierte an einer Patenschaft melden, sondern auch Menschen, die sich bezüglich des Themas Sucht informieren oder beraten lassen wollen (Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. 2019).

Chancen der Patenschaft

Alkoholsüchtige Eltern sind häufig mit der Belastungssituation überfordert und können ihrer erzieherischen Verantwortung nicht gerecht werden. Eine außerfamiliäre Patenschaft bietet Kindern und Jugendlichen aus alkoholbelasteten Familien die Chance, eine/n stabile/n Bindungspartner/in zu finden, der / die sie fördert, unterstützt und ihnen zuhört. Der Pate / die Patin kann außerdem als Modell fungieren und Orientierung geben.

Grenzen der Patenschaft

Eine Patenschaft stößt an ihre Grenzen, wenn sich die alkoholabhängigen Eltern(teile) unkooperativ zeigen und die Beziehung stören, indem sie z. B. das Kind an vereinbarten Treffen hindern oder sich negativ über den / die Pat/in äußern. Ein weiteres Hindernis einer Patenschaft ist, dass der / die Pat/in nicht immer greifbar ist. Bei plötzlichen Konflikten oder Belastungssituationen steht er oder sie möglicherweise nicht immer gleich zur Verfügung, um dem Kind Beistand zu leisten und es dadurch zu unterstützen. Zudem müssen Patenkind und Pat/in menschlich zusammenpassen. Eine unterstützende und förderliche Patenschaft setzt Vertrauen und Interesse voraus, das vor allem der / die Pat/in dem Kind entgegenbringen muss. Daher sollte der Erwachsene vor allem ein hohes Maß an Zuverlässigkeit und Engagement zeigen.

6.2.3 Programm „Trampolin“

Die Präventionsmaßnahme „Trampolin“ richtet sich explizit an acht bis zwölfjährige Kinder aus alkoholbelasteten Familiensystemen und ist in neun jeweils 90-minütige Module aufgebaut, die in wöchentlichen Abständen stattfinden. Das Konzept basiert auf einer Ausschreibung des Bundesministeriums für Gesundheit im Januar 2008 und ist von Anfang Oktober 2008 bis Ende März 2012 erprobt worden (Klein 2013: 9). Bis heute wird das Gruppenprogramm bundesweit von verschiedenen Einrichtungen angeboten, um Kinder alkoholabhängiger Eltern zu stärken. In Nürnberg bietet die Suchthilfeeinrichtung Lilith e.V. im Rahmen ihres Angebotes „Liliput – Mutter + Kind“ die Möglichkeit zur Teilnahme (siehe hierzu 6.1.2 Frauencafé und Programm „Liliput – Mutter + Kind“ von Lilith e.V.). Die Evaluation des Interventionsprojekts zeigt einen positiven Effekt bei den Kindern vergleichend zu einem suchtunspezifischen, spielpädagogischen Angebot (Klein 2013: 35). Die Zielsetzung des Präventionsangebotes ist breit gefächert und geht von der Förderung des Selbstwertgefühls und dem Erkennen und Ausbauen von persönlichen Ressourcen bis zum Sprechen über Gefühle und Erfahrungen in der suchtbelasteten Familie. Das Programm gibt Wissen über Suchterkrankungen und deren Folgen weiter und erarbeitet u. a. Problemlöse- und Verhaltensstrategien mit den Kindern (Klein 2013: 11).

Chancen der Maßnahme „Trampolin“

Das Programm setzt genau an den Stellen an, an denen Kinder aus suchtbelasteten Familien gestärkt werden müssen. Über den Ausbau von eigenen Stärken und Ressourcen steigert sich auch die Widerstandsfähigkeit, mit belastetеten Situationen umzugehen. Die Kinder erweitern ihren Handwerkskoffer mit Stressbewältigungsstrategien und lernen Möglichkeiten kennen, mit Problemen umzugehen. Sie können sich mit Kindern, die dasselbe Schicksal haben, austauschen. Dadurch entsteht das Gefühl von Zugehörigkeit; eine gruppenspezifische Stärke entwickelt sich. Ein nachhaltiger Faktor der Maßnahme ist außerdem die Anbindung der Kinder an eine Freizeitaktivität nach Abschluss des Programmes, z. B. an einen Verein.

Grenzen der Maßnahme „Trampolin“

Da es sich bei dem Projekt um ein gruppenspezifisches Angebot handelt, gehen zurückhaltende Kinder möglicherweise unter. Ihnen kann die Gruppenleitung eventuell nicht adäquat begegnen, da in diesem Rahmen das Bedürfnis nach persönlicher Kommunikation schwierig zu befriedigen ist. Außerdem ist die verbindliche Teilnahme am Programm wichtig für den nachhaltigen Erfolg. Es besteht die Möglichkeit, dass das zuverlässige Erscheinen des Kindes am wöchentlichen Termin für alkoholbelastete Eltern(teile) schwer umzusetzen ist, da es ihnen häufig an Tagesstruktur mangelt.

7 Fazit

Im Hinblick auf die leitenden Fragestellungen dieser Arbeit lassen sich aus einer ressourcenorientierten Perspektive folgende Aussagen treffen:

Eine Vereinbarkeit von Alkoholabhängigkeit und Kindeserziehung ist unter bestimmten Bedingungen und mit sozialpädagogischen Unterstützungsmöglichkeiten realisierbar. Da jede Familie individuell ist und über unterschiedliche Stärken und belastende Faktoren verfügt, gestaltet es sich schwierig, eine allgemein gültige Aussage zu treffen. Es gibt jedoch bestimmte Kriterien, die eine Vereinbarkeit definitiv ausschließen. Sobald eine Kindeswohlgefährdung (siehe hierzu 5 Kindeswohl) vorliegt, die durch die elterliche Alkoholabhängigkeit verursacht ist, kann Elternschaft in Verbindung mit einer Suchterkrankung nicht toleriert werden. Beim Vorliegen einer KWG muss das Kind in Obhut genommen werden und kommt je nach Einzelfall z. B. in einer Pflegefamilie oder stationär in einer Einrichtung unter. Eine Wiederrückkehr in die Ursprungsfamilie ist u.a. daran gebunden, ob der betroffene Elternteil mit medizinischer und psychologischer Hilfe, etwa in Form einer Therapie, die Erkrankung bewältigen oder zumindest einen kontrollierten Konsum sicherstellen kann, um daraufhin das Kindeswohl wieder sicherzustellen.

Die Realisierbarkeit von Erziehung und Alkoholabhängigkeit hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab. Es ist von großer Bedeutung, wie groß das Ausmaß der Suchterkrankung tatsächlich ist, d. h. ob einer oder beide Elternteil/e betroffen ist bzw. sind und wie hoch die Konsummenge ist. Bei einer Alkoholabhängigkeit beider Elternteile summieren sich die Risikofaktoren kumulativ. Zusammenfassend ist für eine Vereinbarkeit vor allem die Förderung der folgenden Punkte wesentlich: Eltern-Kind-Bindung (siehe hierzu 3 Bindungstheorie) und kindliche Resilienz (siehe hierzu 4 Resilienz bei Kindern und Jugendlichen). Beide Faktoren sind aus einem ressourcenorientierten Blickwinkel verantwortlich für eine gesunde Entwicklung des Kindes. Eine Bandbreite an Unterstützungsangeboten zur elterlichen und kindlichen Stärkung ist in Kapitel 6 dieser Arbeit geboten.

Die zweite leitende Fragestellung beschäftigt sich mit der Wahrscheinlichkeit eines Risikos der kindlichen Entwicklung, bedingt durch die elterliche Alkoholabhängigkeit. Belastete Familiensysteme gefährden mit einem höheren Risiko eine gesunde Kindesentwicklung als unbelastete Familien, da die Kinder bei unzureichender Förderung häufiger keine anderen Bewältigungsstrategien lernen oder das elterliche

Verhalten nachahmen. Entwicklungspsychologische Auffälligkeiten oder der Griff zum Alkohol sind bei ihnen somit wahrscheinlicher.

Das sozialpädagogische Handlungsprinzip der Ressourcenorientierung will dieses Risiko so klein wie möglich halten, indem es die Stärken der Kinder und der Eltern fördert. Hierfür ist die Einsicht der Eltern, dass überhaupt ein Problem vorliegt, und ihr Veränderungswille vorauszusetzen. Die Soziale Arbeit sieht den Menschen als autonom an, der für sein eigenes Handeln verantwortlich ist. Es gilt das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe. Jedoch beim Vorliegen einer Kindeswohlgefährdung befindet sich die Soziale Arbeit in einer kontrollierenden Rolle.

In Fällen der Vereinbarkeit von Elternschaft und Alkoholabhängigkeit ist die enge Kooperation von Suchthilfeeinrichtungen und der Jugendhilfe bzw. des Jugendamts von besonderer Bedeutung. Die Absprache und Beratung von Fachkräften der jeweiligen Bereiche liefern nicht nur wichtige Informationen, sondern geben auch Entscheidungssicherheit, das Vorgehen in eine förderliche Richtung für Kind und Eltern zu lenken. Selbstverständlich müssen die Richtlinien des Datenschutzes beachtet werden. Außerdem bedarf die sozialpädagogische Unterstützung vor allem externer Hilfestellung, um betroffene Familiensysteme zu erfassen. Vor allem Kleinkinder sind häufig noch nicht in der Lage, die Problemlage realistisch einschätzen zu können, da sie keine anderen Lebensumstände kennen, oder sich eigenständig Hilfe zu holen. Daher ist es besonders wichtig, dass auch Nachbarn, Freunde, ErzieherInnen und LehrerInnen genau auf die Kinder achten und sich bei Verdacht einer elterlichen Alkoholabhängigkeit nicht scheuen, sie anzusprechen bzw. das Jugendamt zu verständigen. Somit

Die Autorin nutzt an dieser Stelle auch die Möglichkeit, Kritik an der Arbeit auszuüben. Es handelt sich beim Inhalt der Arbeit um eine Bündelung an theoretischem Wissen aus den Bereichen der Medizin, Psychologie und Pädagogik. Die Eigenleistung der Autorin besteht in der Herausarbeitung einer Beurteilung aus sozialarbeiterischer Sicht, unter Berücksichtigung der charakteristischen Handlungsprinzipien wie der Ressourcenorientierung, sowie der Aufbau eines logischen Argumentationsstrangs. Die theoretische Hinführung zu den jeweiligen Themen hat viel Raum eingenommen, bis die wissenschaftlichen Grundlagen in die Thematik suchtbelasteter Familien eingewoben und eine ressourcenorientierte Einschätzung getroffen werden konnte. Dennoch ist der theoretische Hintergrund für das Verständnis und die Einschätzung wichtig gewesen. Hinsichtlich der Ressourcenorientierung überwiegen bei der Beurteilung der Unterstützungsangebote selbstverständlich die Chancen und förderlichen Faktoren.

8 Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (2013): Wieviel Mutter braucht ein Kind?. Bindung – Bildung – Betreuung: öffentlich und privat, Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Alle, F. (2017): Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch, 3. Aufl., Freiburg: Lambertus.
- Ball, J. (2007): Stressbezogene Risiko- und Schutzfaktoren, in: Seiffge-Krenke, I. (Hg.): Stress und Stressbewältigung im Kindes- und Jugendalter, Göttingen: Hogrefe: 126-143.
- Batra, A. (2019): Schwangerschaft und Sucht, in: Soyka, M. (Hg.): Suchtmedizin, München: Elsevier: 377-384.
- Baumgärtner, G. (2013): DSM 5 – Was ändert sich für die Suchttherapie und -forschung?, in: Fortschr Neuro Psychiatr, 81: 648-659.
- Berger, E. (2003): Entwicklung von Kindern substanzabhängiger Mütter, in: Beubler, E. (Hg.): Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis, Wien: Springer.
- Bowlby, J. (2014): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Daniel, B. (2002): The early years. Assessing and promoting resilence in vulnerable children, London: 1. Jessica Kingsley Publishers.
- Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019): Wann kommt die ICD-11?, https://www.dimdi.de/dynamic/de/faq/faq/Wann-kommt-die-ICD-11/, 18.11.2019.
- Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. (2019): Vergiss mich nicht – Patenschaften für Kinder aus suchtbetroffenen Familien, https://www.diakonie-stadtmitte.de/suchthilfe/vergiss-mich-nicht/ueber-uns/, 29.12.2019.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Bundesministerium für Gesundheit (2013): Die Fetale Alkoholspektrum-Störung. Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis, Berlin.
- Drogenhilfe Köln e.V. (2019): Hilfe bei Problemeltern, https://www.kidkit.de/, 29.12.2019.
- Eiden, R. (2013): Zur Bindungssicherheit von Alkoholikerkindern. Eine Längsschnittstudie und ihre Relevanz für Intervention und Behandlung, in: Brisch, K. (Hg.): Bindung und Sucht, Stuttgart: Klett-Cotta: 171-193.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2019): Resilienz, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Galm, B. (2010): Kindesvernachlässigung – verstehen, erkennen und helfen, München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (2014): Suchtberatung für suchtkranke Eltern zur Förderung des Kindeswohls. Ein Leitfaden, Berlin.

- Gesamtverband für Suchthilfe e.V. – Fachverband der Diakonie Deutschland (2019): Elternschaft und Sucht. Information und Vernetzung für Betroffene und Fachkräfte, https://www.eltern-sucht.de/, 28.12.2019.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2003): Abhängigkeit, http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8554::opiatabh%E4ngigkeit, 03.01.2020.
- Gößwald, A. (2013): Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Gewinnung von Studienteilnehmenden, Durchführung der Feldarbeit und Qualitätsmanagement, in: Bundesgesundheitsblatt 2013: 611-618.
- Grossmann, K. (2004): Bindung: Das Gefüge psychischer Sicherheit, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. (2014): Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung, in: Ahnert, L. (Hg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag: 21-41.
- Hillemacher, T. (2019): Epidemiologie, in: Soyka, M. (Hg.): Suchtmedizin, München: Elsevier: 13-22.
- Holtmann, M. (2004): Resilienz im Kindes- und Jugendalter. Kindheit und Entwicklung, 13 (14), 195-200.
- Institut für innovative Suchtbehandlung und Suchtforschung (2019): Was ist „Zieloffene Suchtarbeit“?, https://www.iss-nuernberg.de/zieloffene-suchtarbeit/, 12.12.2019.
- Jacobi, F. (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module oft he German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH), in: Int J Methods Psychiatr Res, 23: 304-319.
- Kindler, H. (2003): Ob das wohl gut geht?, in: DISKURS: Studien zu Kindheit, Jugend, Familie und Gesellschaft, die sozialwissenschaftliche Zeitschrift des Deutschen Jugendinstituts, 2, München.
- Klein, M. (2001): Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen. Fiktion, Tabu und Realität, in: Westermann, B. (Hg.): Substitution. Zwischen Leben und Sterben, Weinheim: Deutscher Studien-Verlag: 61-80.
- Klein, M. (2008): www.kidkit.de. Ein Internetportal für Kinder aus suchtbelasteten Familien, in: Zobel, M. (Hg.): Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfe für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien, Bonn: BALANCE buch + medien verlag: 205-207.
- Klein, M. (2010): Kinder aus suchtbelasteten Familien. Entwicklung – Risiken – Hilfen, www.koala-online.de/MK_1010.pdf, o.D.
- Klein, M. (2013): Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm, Göttingen: Hogrefe.
- Klein, R. (2017): Alkoholabhängigkeit, in: Lieb, H. (Hg.): Störungen systemisch behandeln, Heidelberg: Carl-Auer: Band 10.

- Landgraf M. (2013): Fetales Alkoholsyndrom. S3-Leitlinie zur Diagnostik, Stuttgart: Kohlhammer.
- Lenz, A. (2009): Riskante Lebensbedingungen von Kindern psychisch und suchtkranker Eltern – Stärkung ihrer Resilienzressourcen durch Angebote der Jugendhilfe. Expertise im Rahmen des 13. Kinder- und Jugendberichts der Bundesregierung, München.
- Lilith e.V. (2019): Frauencafé, https://www.lilith-ev.de/angebote_frauencafe.html, 28.12.2019.
- Lilith e.V. (2019): Liliput – Mutter + Kind, https://www.lilith-ev.de/angebote_liliput.html, 28.12.2019.
- Luthar, S. (2000): The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work, Child Development 71, 543-562.
- Lyons-Ruth, K. (2002): Desorganisierte Kinder und ihre Mütter. Modelle feindselig-hilfloser Beziehungen, in: Brisch, K. (2002): 249-276.
- Main, M. (1990): Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and / or frightening parental bevavior the linking mechanism?, in: Greenberg (1990): 161-182.
- Merlot, J. (2017): Jede vierte Schwangere in Deutschland trinkt Alkohol, https://www.spiegel.de/gesundheit/schwangerschaft/schwangerschaft-und-alkohol-jede-zehnte-schwangere-in-deutschland-trinkt-a-1130321.html, 20.11.2019.
- Mertens, B. (2011): Kindesmisshandlung, Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Mutschler, J. (2019): Alkohol, in: Soyka, M. (Hg.): Suchtmedizin, München: Elsevier: 93-119.
- NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e.V. (2019): Beratungsangebote rund um das Thema Kinder aus Suchtfamilien, https://nacoa.de/beratungsangebote-rund-um-das-thema-kinder-aus-suchtfamilien, 29.12.2019.
- Petermann, F. (2000): Klinische Kinderpsychologie. Begriffsbestimmung und Grundlagen, in: Petermann, F. (Hg.): Fallbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie, Göttingen: Hogrefe.
- Pfeifer, W. (1997): Etymologisches Wörterbuch des Deutschen, München: dtv.
- Plasse, W. (o.J.): Weltveränderer Charles Darwin, https://www.geo.de/geolino/mensch/2868-rtkl-weltveraenderer-charles-darwin, 02.12.2019.
- Rasenack, R. (2011): Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft, in: Singer, M. (Hg.): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen, Stuttgart: Thieme: 427-432.
- Rutter, M. (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms, in: Rolf, J. (Hg.): Risk and protective factors in the development of psychopathology; Cambridge, Cambridge University Press, 181-214.

- Schader, H. (2013): Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Ein systemisches Handbuch, 2. Aufl., Weinheim: Beltz Juventa.
- Schaller, K. (2017): Alkoholatlas Deutschland 2017. Hg. Deutsches Krebsforschungszentrum, Lengerich: Pabst.
- Schmidtchen, S. (1989): Kinderpsychotherapie. Grundlagen, Ziele, Methoden, Stuttgart.
- Schön Klinik (2019): Alkoholsucht. Ursachen & Symptome, https://www.schoen-klinik.de/alkoholsucht, 18.11.2019.
- Soyka, M. (2019): Diagnostische Kriterien für Suchterkrankungen, in: Soyka, M. (Hg.): Suchtmedizin, München: Elsevier: 3-11.
- Staudinger, U. (1999): Perspektiven der Resilienzforschung aus der Sicht der Lebensspannen-Psychologie, in: Opp, G. (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, 1. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag: 343-350.
- Trost, A. (2013): Drogenabhängige Mütter und ihre Säuglinge – Interaktionsverhalten und Einstellungen, in: Brisch, K. (Hg.): Bindung und Sucht, Stuttgart: Klett-Cotta: 110-138.
- Walter-Hamann, R. (2018): Suchtkranke Eltern stärken. Ein Handbuch, Freiburg: Lambertus.
- Weinberg, N. (1994): Parental drinking and gender factors in the prediction of early adolscent alcohol abuse, in: The International Journal of the Addictions, 29: 89-104.
- Weiß, H. (2008): Frühförderung als protektive Maßnahme – Resilienz im Kleinkindalter, in: Opp, G. (Hg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag: 158-174.
- Welter-Enderlin, R. (2012): Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie, in: Welter-Enderlin, R. (Hg.): Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände, 5. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer: 7-19.
- Wustmann, C. (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, Weinheim: Beltz.
- Wustmann, C. (2016): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern, 6. Aufl., Berlin: Cornelsen Verlag.
- Zobel, M. (2017): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Entwicklungsrisiken und Chancen, 3. Aufl., in: Petermann, F. (Hg.): Klinische Kinderpsychologie, Göttingen: Hogrefe: Band 2.
- Zulauf-Logoz, M. (2014): Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen, in: Ahnert, L. (Hg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung, 3. Aufl., München: Ernst Reinhardt Verlag: 297-312.

9 Anhang

Anhang 1: § 1631 BGB: Inhalt und Grenzen der Personensorge

(1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.

(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.

(3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

Anhang 2: § 1666 BGB: Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

Anhang 3: § 1626 BGB: Elterliche Sorge, Grundsätze

(1) Die Eltern haben die Pflicht und das Recht, für das minderjährige Kind zu sorgen (elterliche Sorge). Die elterliche Sorge umfasst die Sorge für die Person des Kindes (Personensorge) und das Vermögen des Kindes (Vermögenssorge).

(2) Bei der Pflege und Erziehung berücksichtigen die Eltern die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbständigem verantwortungsbewusstem Handeln. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.

(3) Zum Wohl des Kindes gehört in der Regel der Umgang mit beiden Elternteilen. Gleiches gilt für den Umgang mit anderen Personen, zu denen das Kind Bindungen besitzt, wenn ihre Aufrechterhaltung für seine Entwicklung förderlich ist.

Anhang 4: Art. 6 GG

(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.

(4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.

(5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

Anhang 5: § 8a SGB VIII: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur

Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden insoweit erfahrenen Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

(5) Werden einem örtlichen Träger gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sind dem für die Gewährung von Leistungen zuständigen örtlichen Träger die Daten mitzuteilen, deren Kenntnis zur Wahrnehmung des Schutzauftrags bei Kindeswohlgefährdung nach § 8a erforderlich ist. Die Mitteilung soll im Rahmen eines Gespräches zwischen den Fachkräften der beiden örtlichen Träger erfolgen, an dem die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche beteiligt werden sollen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

Anhang 6: Risikoanalyse Kindeswohlgefährdung Vorschulkind (4 bis 6 Jahre) der Stadt Nürnberg, Amt für Kinder, Jugendliche und Familien – Jugendamt

Risikoanalyse Kindeswohlgefährdung
Anlage 2
Vorschulkind 4 – 6 Jahre

Stadt Nürnberg
Amt für Kinder, Jugendliche
und Familien - Jugendamt

Fallverantwortliche/r (Vor- und Nachname):	APKZ:	Telefon:

Name des Kindes:		Geburtsdatum:
Straße:	PLZ, Ort:	Telefonnummer:

Risikoanalyse am:	Ort der Risikoanalyse:
Beteiligte an der Risikoanalyse:	

	Ja	Nein	noch zu klären	beschrieben durch
Behinderungen, chronische Krankheiten				
Häufige Erkrankungen, Klinikaufenthalte				
Verletzungen an untypischen Stellen (Gesäß, Rücken, Genitale, Innenflächen der Oberschenkel, Gesicht, Oberkopf, Wangen, Mundschleimhaut, Auge, Oberarminnenseiten, Streckseiten der Unterarme)				
Auffällige Verletzungsmuster (z. B. kreisrunde Zigarettennarben, Verbrennungen, Verbrühungen bes. an Händen und Füßen, Bisswunden, Handabdrücke, Stockabdrücke, Doppelstriemen, Abschnürungen)				
Mehrfachverletzungen, Knochenbrüche, Hämatome (in verschiedenen Heilungsstadien, Narben)				
Auffällige Entzündungen im Anal- und Genitalbereich (häufige Infektionen)				
Häufige Bauchschmerzen, Kopfschmerzen				
Angst in Situationen, die an den Misshandlungskontext erinnern (z. B. beim Baden, Duschen)				
Störung der Nähe-Distanz-Regulation (distanzlos, besonders anhänglich)				
Entwicklungsrückstände (motorisch und sensomotorisch nicht altersgemäß)				
Störungen bei der Nahrungsaufnahme (z. B. Verweigerung, häufiges Erbrechen)				
Fehlernährung (Über-, Unter- oder Mangelernährung)				
Emotionale Störungen (mangelndes Selbstvertrauen, anhaltende Traurigkeit, Ängstlichkeit, Stimmungslabilität)				
Schlafstörungen (beim Einschlafen, Durchschlafen)				
Schaukelbewegungen (Jaktationen)				
Einnässen, Einkoten				

Jugendamt/Bereich 3-1+2 Allgemeiner Sozialdienst
Anlage 2: Kinderschutzbogen 4 – 6 Jahre
Stand: Oktober 2009

1

Risikoanalyse Kindeswohlgefährdung
Anlage 2
Vorschulkind 4 – 6 Jahre

Stadt Nürnberg
Amt für Kinder, Jugendliche
und Familien - Jugendamt

Sprachstörungen (nicht altersgemäß im sprachlichen Ausdruck und/oder Sprachverständnis)				
Schwierigkeiten im Sozialverhalten (vermeidet Körperkontakt, kein Blickkontakt, aggressives Verhalten, auffallend ruhig und zurückgezogen, provokant, besonders unruhig und schwierig, unkonzentriert, sprunghaft)				
Sexualisiertes Verhalten (sexualisierte Sprache, sexuelle Distanzlosigkeit, altersunangemessenes Sexualwissen und/oder sexuelle Handlungen)				
Sonstiges:				

Situation der Mutter/des Vaters/der anderen Bezugsperson, und zwar:

	Ja	Nein	noch zu klären	beschrieben durch
Unerwünschte Schwangerschaft				
Suchterkrankung (Tabletten, Alkohol, Drogen u. a.)				
Mangelnde Leistungsfähigkeit (aufgrund geringer psychischer Belastbarkeit)				
Psychische Erkrankung				
Eigene Deprivationserfahrungen, Gewalterfahrungen				
Behinderungen, chronische Erkrankungen				
Sonstiges				

Ressourcen der Mutter/des Vaters/der anderen Bezugsperson: (Bewertung: 1 = gut, 2 = normal/stabil, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht)	Gut = 1 Normal/ stabil = 2	Schlecht = 3 Sehr schlecht = 4	noch zu klären	beschrieben durch
Fähigkeit, auf kindliche Bedürfnisse angemessen zu reagieren				
Realistische Einschätzung der kindlichen Fähigkeiten und Absichten				
Unterstützende Beziehung zum Lebenspartner				
Aufarbeitung eigener Gewalt-, Deprivationserfahrungen				
Emotionale Stabilität				

Einschätzung der Situation der Mutter/des Vaters/der anderen Bezugsperson:

Risikoanalyse Kindeswohlgefährdung
Anlage 2
Vorschulkind 4 – 6 Jahre

Stadt Nürnberg
Amt für Kinder, Jugendliche
und Familien - Jugendamt

Interaktion zwischen Kind und Mutter/Vater/anderer Bezugsperson und zwar:

	Nein	Ja	noch zu klären	beschrieben durch
Negativer Umgangston (z. B. herabsetzende Äußerungen über das Kind, ständige Kritik, häufiges Anschreien, Ignorieren)				
Über-/Unterforderung des Kindes				
Gewalt gegen das Kind (körperlich, verbal, psychisch)				
Verdeckte oder offene Feindseligkeit gegen das Kind				
Schwierig empfundenes Kind				
Sonstiges				

(Bewertung: 1 = gut, 2 =ausreichend, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht)	Gut = 1 Aus-reichend = 2	Schlecht = 3 Sehr schlecht = 4	noch zu klären	beschrieben durch
Bindungsverhalten (Kind sucht emotionale Sicherheit in körperlicher Nähe, z. B. sucht Schutz/Trost bei der Mutter)				
Eingehen auf Bedürfnisse des Kindes (z. B. Zuwendung, Spielmöglichkeiten bieten, Aufmerksamkeit)				
Unterstützung des kindlichen Tuns (wenig kontrollierend, unterbrechend)				
Grenzen setzen (altersadäquat)				
Strukturierter Tagesablauf				

Einschätzung:

Risikofaktoren/Ressourcen der Familie

(Bewertung: 1 = gut, 2 =ausreichend, 3 = schlecht, 4 = sehr schlecht)	Gut = 1 Aus-reichend = 2	Schlecht = 3 Sehr schlecht = 4	noch zu klären	beschrieben durch
Wohnsituation ausreichend				
Finanzielle Situation ausreichend (Schulden, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug)				
Integration im Wohnumfeld				
Unterstützung durch Verwandte/Freunde				
Gelingender Alltag (z. B. Haushalt in Ordnung, regelmäßige Mahlzeiten, Tagesstättenbesuch, Schulbesuch)				

Risikoanalyse Kindeswohlgefährdung
Anlage 2
Vorschulkind 4 – 6 Jahre

Stadt Nürnberg
Amt für Kinder, Jugendliche
und Familien - Jugendamt

	Ja	Nein		
Besondere Belastungen (alleinerziehend, kinderreich, kulturelle Konflikte, Trennung, Scheidung)				
Gewalt in der Familie (Partnerkonflikte, Familienkonflikte, Misshandlung gegen das Kind, Geschwister)				
Sonstiges				

Zusammenfassende Einschätzung:

Ergebnis der Abklärung:

Kindeswohlgefährdung

- [ ] akute Gefährdung
- [ ] chronische/latente Gefährdung
- [ ] erzieherischer Bedarf
- [ ] es fehlen wichtige Informationen zur Einschätzung
- [ ] keine Gefährdung

Begründung:

Risikoanalyse Kindeswohlgefährdung
Anlage 2
Vorschulkind 4 – 6 Jahre

Stadt Nürnberg
Amt für Kinder, Jugendliche
und Familien - Jugendamt

Weitere Verfahrensschritte:

	Ja	Nein	noch zu klären	erledigt von ...
Antrag bei FG				
Eigene Beratung u. Unterstützung (siehe Notizfeld)				
Einleitung von Hilfen				
Hinzuziehung anderer Dienste				
Intervention nach § 42 SGB VIII				
Rücksprache im Team				
Sonstiges				

Vereinbarungen, weitere Schritte:

	Unterstützung/Hilfeart	Zu erbringen von ...
Für die Mutter		
Für den Vater		
Für das Kind/die Kinder		

Erläuterungen:

Nürnberg, den

J/B3- ASD/Region
I. A.

(Fallverantwortliche/r, APKZ)

(RegLtr. J/B3- ASD/Region)

10 Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschatz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet.
4. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in der Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 14.01.2020

Luisa Richter