

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Die Lebenssituation opiatabhängiger Eltern und ihrer Kinder

Eine Analyse der spezifischen Belastungen, des Elternverhaltens und
dessen Auswirkungen auf das Wohl des Kindes

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 30.03.2012

Vorgelegt von: Katharina Huld

Name, Vorname: Huld, Katharina

Betreuende Prüfende/ betreuender Prüfer: Prof. Dr. Knut Hinrichs

Zweite Prüfende/ zweiter Prüfer: Grit Lehmann

Gliederung

1.	Einleitung	3
2.	Grundlagen zum Familien- und Kinder- und Jugendhilferecht	7
2.1	Aspekte aus dem BGB	8
2.1.1	Elterliche Sorge	8
2.1.2	Kindeswohlgefährdung	9
2.2	Aspekte aus dem SGB VIII	11
2.2.1	Tätigwerden des Jugendamtes und Inobhutnahme	11
2.2.2	Hilfe zur Erziehung	12
3.	Grundlagen der Substitution	14
3.1	Funktionsweise und Zielsetzung der Substitution	14
3.2	Rechtliche Verankerung der Substitution	15
4.	Die Situation opiatabhängiger Familien	18
4.1	Forschungsstand	19
4.1.1	Forschungskritik	19
4.1.2	Epidemiologie	21
4.2	Globalhypothese der Forschungen über Elternschaft bei Drogenabhängigen	23
4.3	Charakteristika der exponierten Familien	25
4.3.1	Psychosoziales Profil der Mütter	26
4.3.1.1	Herkunftsfamilie	26
4.3.1.2	Aktuelle Belastungen	29
4.3.2	Sozioökonomisches Profil der Mütter	32
4.3.3	Elternschaft und Auswirkungen	34
4.3.3.1	Verhalten während der Schwangerschaft und Auswirkungen auf das Kind	35
4.3.3.2	Erziehungsverhalten und Auswirkungen auf das Kind	39
4.3.3.3	Spezifische Risikofaktoren für Fremdplatzierungen Kinder abhängiger Eltern	46
4.4	Zwischenfazit	49
5.	Prüfung der Kindeswohlgefährdung gem. § 1666 bei opiatabhängigen Eltern	53
6.	Fazit	60
	Literaturverzeichnis	64
	Abkürzungsverzeichnis	70
	Schriftliche Erklärung	71

1 Einleitung

Am 18.04.2011 stellte die Hamburger Bürgerschaftsfraktion der CDU eine Kleine Anfrage an den Senat zum Thema „Schutz der Kinder vor suchtgefährdeten und -kranken Eltern“. Anlass hierfür war der Tod des zweijährigen Kevin in Bremen im Jahr 2006. Der Junge starb an den Misshandlungen durch seinen heroinabhängigen, substituierten Stiefvater. Dieser gab an, im Rausch gehandelt zu haben. Außerdem konnten durch Haaranalysen Spuren von Kokain und Methadon bei Kevin nachgewiesen werden. Davon alarmiert, wurden weitere Haaranalysen an Kindern substituierten Eltern in Bremen vorgenommen. Bei 23 von 28 dieser Kinder wurden abermals Spuren von Methadon, Kokain und weiteren Drogen gefunden. Vor diesem Hintergrund fragte die Bürgerschaft nach entsprechenden Verantwortlichkeiten und Maßnahmen in Hamburg. Hier waren zum Stichtag dem 01.10.2010 5.060 KlientInnen im Substitutionsregister gemeldet. (Vgl. Senat der Freien und Hansestadt Hamburg 2011, 1)

Die Frage, wie viele Kinder zum Stichtag mit mindestens einem substituierten Elternteil in einem Haushalt leben, konnte der Senat nicht beantworten, da dies statistisch nicht erfasst wird. Weiterhin wurde angegeben, dass keine medizinischen Tests an Kindern vorgenommen werden, die kontrollieren, ob den Kindern keine Drogen zugeführt werden. Dies könne aber im Einzelfall angeregt werden. Ob es in Hamburg bereits Fälle gab, in denen Drogen bei Kindern substituierten Eltern nachgewiesen wurden, ist nicht bekannt, da dies statistisch ebenfalls nicht erfasst wird. Der Senat gab an, bei den Jugendämtern nachgefragt zu haben. Den MitarbeiterInnen seien aber keine Fälle bekannt gewesen. Auch über die Anzahl der Inobhutnahmen von Kindern drogenabhängiger Eltern wird keine Statistik geführt. Auf Nachfrage bei den Familiengerichten wurde bekannt, dass seit dem 01.01.2009 in mindestens 31 Fällen mit drogenabhängigen und zum Teil substituierten Eltern Kinder aus den Familien genommen wurden, weil eine Kindeswohlgefährdung vorlag.

Bei der Frage nach der Sicherstellung des Kindeswohls durch den Senat und nach den Zuständigkeiten wurde zunächst auf die im Grundgesetz verankerten Elternrechte und -pflichten verwiesen. Können die Eltern auf Grund ihrer Drogenabhängigkeit das Kindeswohl nicht sicherstellen, ist es Aufgabe der Sucht- und Jugendhilfe, hier insbesondere des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD), entsprechende Hilfen anzubieten beziehungsweise das Familiengericht zu informieren. Darüber hinaus sind auch Ärzte/innen, insbesondere substituierende und Kinderärzte/innen, Kindertageseinrichtungen und Beratungsstellen dafür zuständig, zu unterstützen und Hilfen anzubieten. Für Hamburg gilt die von allen Trägern der Hamburger Suchthilfe und dem ASD unterzeichnete „Kooperationsvereinbarung Familie Kind Sucht“, diese regelt die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und ASD. „Mit einer klaren Beschreibung der

jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten sowie Verfahren zum Umgang mit verschiedenen familiären Situationen bis hin zur Krisenintervention gibt sie den Beteiligten „Handlungssicherheit“ (Senat der Freien und Hansestadt Hamburg 2011, 2).

Einen Bedarf an weiteren Regelungen oder Maßnahmen konnte der Senat nicht feststellen. (Vgl. Senat der Freien und Hansestadt Hamburg 2011, 2 f.)

Einige Monate nach dieser Anfrage, am 16.01.2012, verstarb in Hamburg die elfjährige Chantal an einer Methadonvergiftung. Da ihre Eltern drogensüchtig waren, wurde sie in eine Pflegefamilie gegeben. Jedoch war nicht bekannt, dass ihre Pflegeeltern ebenfalls abhängig sind und am Substitutionsprogramm teilnehmen. Es ist bisher nicht mit Sicherheit geklärt, wie das Kind an die Drogen gekommen ist. Es wird vermutet, dass die Tabletten nicht verschlossen waren und Chantal darauf zugreifen konnte. (Vgl. Fengler / Coesfeld / Balasko 2012a;)

In den Medien wird dieser Fall unter der Überschrift eines „Behördenversagens“ thematisiert (vgl. Kutter 2012). Der Fokus der Debatte liegt auf dem Aspekt, dass das Mädchen zu Pflegeeltern gegeben wurde, die ebenfalls drogenabhängig sind. Darüber hinaus wurden mehrfach Anzeichen der Verwahrlosung gemeldet, jedoch habe der freie Träger, der den Fall begleitete, diese nicht wahrgenommen. Die Wohnung sei stark verdreckt gewesen und viel zu klein für die sechsköpfige Familie, die mit drei Hunden in der Vierzimmer-Wohnung lebte. Ein eigenes Bett habe Chantal auch nicht gehabt. All diese Mängel habe die zuständige Sozialpädagogin als solche nicht bemerkt, sondern die Pflegeeltern gelobt und als geeignet eingeschätzt. (Vgl. Fengler / Coesfeld / Balasko 2012a; Coesfeld / Haseborg 2012)

All das ist kritikwürdig. Jedoch scheint in dieser Debatte die Thematik der drogenabhängigen Eltern und die Frage, wie man diese angemessen unterstützen kann, unterzugehen. Die Regelung, dass potenzielle Pflegefamilien nun Urinproben abgeben müssen, um nachzuweisen (vgl. Fengler / Coesfeld / Balasko 2011b), dass sie keine Drogen nehmen, schützt zunächst nicht vor anderen Kindeswohlgefährdungen. Und sie schützt nicht die Kinder, die bei ihren leiblichen, drogenabhängigen Eltern leben. Weiterhin unterstellt eine solche Regelung pauschal, dass Drogenabhängigkeit auch Eltern- oder Erziehungsunfähigkeit bedeutet. Dies ist jedoch zu hinterfragen. Schließlich leben in Deutschland auch Kinder bei ihren abhängigen Eltern, ohne dadurch gefährdet zu sein. Es gibt Kinder oder heute Erwachsene, die bei Drogen konsumierenden Eltern aufwuchsen, die dadurch keine Kindeswohlgefährdung erfuhren oder aber selbst keine Drogen nehmen.

Ist das Wohl des Kindes durch eine Drogenabhängigkeit der Eltern prinzipiell gefährdet?

Dieser Frage geht die vorliegende Arbeit nach. Vor dem Hintergrund aktueller Diskussionen um

süchtige Eltern, insbesondere in Hamburg und Bremen ausgelöst durch tragische Todesfälle, und plötzlichen Forderungen wie Haaranalysen bei allen betroffenen Kindern oder einer Null-Toleranz bezüglich Drogenkonsum bei Pflegeeltern, wird hier zunächst untersucht, wie sich Elternschaft unter Drogenabhängigkeit gestaltet und wie sie sich auf das Wohl des Kindes auswirkt. Mit dem Wohl des Kindes ist hier nicht ausschließlich das im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) verankerte Kindeswohl gemeint. Es wird hier insbesondere untersucht, wie sich Kinder drogenabhängiger Eltern auf kognitiver und sozio-emotionaler Ebene entwickeln. Darauf basierend wird geprüft, ob sich aus den Ergebnissen eine generelle Kindeswohlgefährdung durch drogenabhängige Eltern ableiten lässt.

Da jede Droge eine spezifische Wirkung besitzt¹ und sich entsprechend auf das Verhalten der KonsumentInnen auswirkt, können keine vereinheitlichenden Aussagen für alle Drogenabhängigen getroffen werden. Auch Ergebnisse aus Familien mit alkoholabhängigen Eltern können, wie später dargestellt wird, nicht übernommen werden. Diese Arbeit befasst sich, soweit nicht explizit anders erwähnt, mit opiatabhängigen Menschen beziehungsweise mit denjenigen mit der Hauptdiagnose Opiate. Ein polytoxischer Konsum mit anderen illegalen Drogen und/oder Alkohol kann dabei nicht ausgeschlossen werden. Der Schwerpunkt wurde zum einen gewählt, da in den aktuellen, oben dargestellten, Fällen die Eltern jeweils opiatabhängig sind. Zum anderen ist Heroin in der Bevölkerung als besonders harte Droge² bekannt und wird eher mit gesundheitlich und sozialer Verwahrlosung assoziiert (vgl. Bülow et al 1991, 40). Dies ist vor allem auf mediale Darstellung zurückzuführen. Gemeint sind damit Publikationen wie „Wir Kinder vom Bahnhof Zoo“, Filme wie „Kids“ oder Meldungen über heroinabhängige Künstler wie Kurt Cobain, der an einer Überdosis Heroin verstarb. Des Weiteren haben Opiatabhängige die Möglichkeit, an einer Substitutionstherapie teilzunehmen, bei der sie unter ärztlicher Aufsicht Heroin-Ersatzstoffe verabreicht bekommen. Primäres Ziel der Substitution ist die langfristige Drogenabstinenz. Sie soll KlientInnen sozial stabilisieren und soziale Teilhabe ermöglichen. Auch erfolgreiche Elternschaft soll unter Substitution (wieder) möglich sein. Da sich somit ein Weg eröffnet, Betroffene trotz Abhängigkeit in ihrer Elternrolle zu unterstützen, wird dies auch als ein Lösungsvorschlag im Rahmen dieser Arbeit genutzt. Somit besteht innerhalb der Gruppe der opiatabhängigen Eltern ein Schwerpunkt bei den substituierten Eltern.

Kapitel 2 befasst sich mit den für diese Arbeit relevanten Grundlagen aus dem Familien- und dem

1 Vgl. Selbstmedikationshypothese nach Khantzian (1985)

2 Aktuell gibt es Debatten über die Angemessenheit der Unterscheidung in harte und weiche Drogen. Auf Grund schwerwiegender gesundheitlicher Folgen auch bei Alkohol oder Cannabis, sehen Wissenschaftler zunehmend von einer solchen Unterscheidung ab. (Vgl. Zeit Online 2011)

Kinder- und Jugendhilferecht. Zunächst werden Rechte und Pflichten der Eltern im Rahmen der elterlichen Sorge dargestellt (2.1.1). Anschließend wird die Kindeswohlgefährdung gem. § 1666 BGB thematisiert. Dazu werden Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolgen erläutert (2.1.2). In 2.2 wird die Rolle des Jugendamtes behandelt. Zum einen wird das Tätigwerden des Jugendamtes im Rahmen des Schutzauftrages und die Inobhutnahme besprochen (2.2.1). Zum anderen werden Unterstützungsmöglichkeiten bei einem sogenannten erzieherischen Defizit im Rahmen der Hilfen zur Erziehung dargestellt (2.2.2)

Kapitel 3 thematisiert die Grundlagen der Substitution, hierzu werden der Ablauf und die Ziele der Therapie (3.1) und die rechtliche Verankerung (3.2) erörtert.

Um die Situation opiatabhängiger Familien (4.) darzustellen, wird in 4.1 zunächst über den aktuellen Forschungsstand informiert. Dies beinhaltet eine Forschungskritik (4.1.1), bei der deutlich wird, dass die Thematik der Elternschaft bei Drogenabhängigen und die der Kinder drogenabhängiger Eltern in der Forschung bisher vernachlässigt wurde. Insbesondere in Deutschland ist ein eklatanter Mangel an entsprechenden Studien festzustellen. Dadurch wird ein Rückgriff auf Studien aus dem amerikanischen Raum und aus Großbritannien nötig, wo man sich früher mit dieser Thematik befasste. Dies wiederum hat zur Folge, dass in erster Linie Studien aus den 1980er und 1990er Jahren genutzt werden, aktuellere Forschungsbeiträge sind nicht zu finden. In ihren Literaturforschungen fassten die Forscherinnen Shoni K. Davis (1990) und Diane M. Hogan (1998) wesentliche Ergebnisse bisheriger Studien zusammen. In Deutschland etablierte sich der Suchtforscher Michael Klein in dem Feld der Forschungen um abhängige Eltern und deren Kinder. Diese drei ForscherInnen brachten wichtige Quellen für diese Arbeit hervor.

Aus den bisherigen Forschungen leitete Diane M. Hogan eine Globalhypothese der Forschung um drogenabhängige Eltern und deren Kinder ab. Diese wird in 4.2 vorgestellt, da sich daraus die zu untersuchenden Thematiken ergeben.

In 4.3 werden die exponierten Familien ausführlich untersucht. Zunächst das spezifische Belastungserleben der Eltern auf psychosozialer und sozioökonomischer Ebene dargestellt. Hierzu werden zum einen diverse Statistiken genutzt. Zum anderen wurden in den Studien, die im darauffolgenden Abschnitt besprochen werden, die teilnehmenden Familien ebenfalls auf dieser Ebene erfasst, sodass diese Ergebnisse ebenfalls genutzt werden, um ein charakteristisches Profil der Familien zu zeichnen. Im Anschluss wird geprüft, ob es ein spezifisches Elternverhalten unter opiatabhängigen Menschen gibt und wie dieses gekennzeichnet ist. Dabei werden auch die möglichen Auswirkungen auf die Kinder besprochen. Hierfür werden die erwähnten Studien aus den 1980er und 1990er Jahren verwendet. Weiterhin wird nach spezifischen Risikofaktoren innerhalb der Risikogruppe der abhängigen Eltern gesucht, die eine Inobhutnahme des Kindes

wahrscheinlicher machen. Daraus wird in einem Zwischenfazit (4.4) abgeleitet, welche Themen die Hilfsangebote der Sucht- und der Kinder- und Jugendhilfe aufgreifen sollten, um die Betroffenen gezielt zu unterstützen.

In 4.3 werden Erkenntnisse über Familien mit drogenabhängigen Eltern gewonnen, die Hinweise auf ein ungünstiges Elternverhalten geben. In Kapitel 5 wird geprüft, ob dieses auch eine Kindeswohlgefährdung gem. § 1666 BGB bedeutet. Hierzu wird die entsprechende Rechtsprechung dargestellt und die Ergebnisse aus 4.3 werden auf diese angewendet.

Abschließend wird ein Fazit gegeben. Hier werden die die drei zentralen Ergebnisse der Arbeit besprochen.

Am Ende dieser Arbeit wird deutlich, dass die Fragestellung und das Vorgehen dieser Arbeit wichtige Erkenntnisse zutage bringen. So lässt sich nicht nur ein allgemein schwacher Wissensstand zum Thema feststellen, sondern auch, dass die Familienhilfe und die deutsche Justiz in der Folge bislang keinen angemessenen Umgang mit opiatabhängigen beziehungsweise substituierten Eltern und deren Kindern gefunden haben.

2 Grundlagen zum Familien- und Kinder- und Jugendhilferecht

Im Folgenden werden familienrechtliche und kinder- und jugendhilferechtliche Grundlagen dargestellt. Hierbei geht es um die Rollen, Rechte und Pflichten von Eltern einerseits sowie von Staat und Jugendamt andererseits. Zunächst wird geklärt, wo und wie im Gesetz Erziehung und das Recht darauf geregelt sind und wann und warum der Staat berechtigt ist einzugreifen. Ferner wird geprüft, wann und wie die Kinder- und Jugendhilfe und Jugendamt beziehungsweise der ASD aktiv werden können oder auch müssen. Dazu wird das vierte Buch BGB 'Familienrecht' genutzt. Für die Aspekte der Kinder- und Jugendhilfe wird das achte Sozialgesetzbuch (SGB VIII) verwendet. Diese beiden Gesetzestexte sind zum Teil vereinheitlichend zu verwenden und können nicht getrennt voneinander verstanden werden. Wabnitz empfiehlt „[...] aus didaktischen und systemischen Gründen [...]“ (Wabnitz 2006, 21) beide zunächst getrennt zu betrachten, um das Verstehen zu erleichtern. Daher werden auch in dieser Arbeit zuerst die wesentlichen Aspekte aus dem BGB und anschließend jene aus dem SGB VIII behandelt.

2.1 Aspekte aus dem BGB

2.1.1 Elterliche Sorge

Als Voraussetzung allen erzieherischen und eingreifenden Handelns ist Art. 6 im Grundgesetz (GG) zu betrachten (vgl. Wabnitz 2006, 19). Gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 sind die „Pflege und Erziehung [...]“ des Kindes primär Recht und Pflicht der Eltern. Grundsätzlich darf darin niemand, auch nicht der Staat, eingreifen. Dieses Recht obliegt ihm erst, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist, im Rahmen des sogenannten staatlichen Wächteramts (vgl. Art. 6 Abs. 1 Satz 2 GG). Hiernach wacht die sogenannte staatliche Gemeinschaft über das Tätigsein der Eltern. Dies befugt das Familiengericht, bei einer noch zu definierenden Kindeswohlgefährdung, einzugreifen. Außerdem berechtigt dieser Grundsatz das Jugendamt zu Gefahrenabwehrmaßnahmen und zur Vergabe von Sozialleistungen zur Abwehr einer drohenden Kindeswohlgefährdung. Weiterhin wird in Art. 6 Abs. 3 GG festgelegt, dass Kinder nur getrennt von ihren Eltern untergebracht werden dürfen, wenn die Eltern bei ihrer Erziehungsaufgabe versagen oder das Kind aus anderen Gründen zu verwaarloosen droht. Die Rechtsgrundlagen hierfür sind jeweils im BGB und SGB VIII verankert, basierend auf dieser Verfassungsnorm des GG. (Vgl. Wabnitz 2006, 19 f.)

Die Elternrechte und -pflichten aus Art. 6 werden konkretisiert in § 1626 BGB, hier wird die elterliche Sorge geregelt. Abs. 1 Satz 1 hält die elterliche Sorge nochmals als Recht und Pflicht der Eltern fest, Satz 2 definiert, dass diese elterliche Sorge die Personen- und die Vermögenssorge³ umfasst. In Verbindung mit dem SGB VIII umfasst die elterliche Sorge die Förderung der Entwicklung und die Erziehung des Kindes „[...] zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (§ 1 Abs. 1 SGB VIII). Gemäß § 1626 Abs. 2 BGB berücksichtigen die Eltern „[b]ei der Pflege und Erziehung [...] die wachsende Fähigkeit und das wachsende Bedürfnis des Kindes zu selbstständigem verantwortungsbewusstem Handeln. Sie besprechen mit dem Kind, soweit es nach dessen Entwicklungsstand angezeigt ist, Fragen der elterlichen Sorge und streben Einvernehmen an.“ Neben der Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Kleidung oder Obdach geht es demnach bei der Erziehung auch um Aspekte der Selbständigkeit, des Verantwortungsbewusstseins, der Gemeinschaftsfähigkeit um die Berücksichtigung des Entwicklungsstandes und um Absprachen. Diese Punkte werden zu betrachten sein, wenn das Kindeswohl geprüft wird. Die Personensorge umfasst „[...] alle Betreuungsaufgaben, die sich auf die Person [...] des Kindes beziehen“ (Wabnitz 2006, 88), sie wird genauer in § 1631 BGB 'Inhalt und Grenzen der Personensorge' definiert. Zu betonen ist hierbei Abs. 2: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen,

3 Diese ist für diese Arbeit nicht von Bedeutung und wird daher im Folgenden nicht weiter erwähnt.

seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“ Zu einer gewaltfreien Erziehung wird im Übrigen auch der umgangssprachliche 'Klaps auf den Po' gezählt (vgl. Wabnitz 2006, 90). Wabnitz ergänzt die bereits genannten Erziehungsaufgaben unter anderem um „[...] Liebe, [...] Schutz und Fürsorge, Setzen von Grenzen, [...] Bildung, Vermittlung von Wissen und praktischen Fähigkeiten [...]“ (Wabnitz 2006, 89).

Die in diesem Abschnitt benannten Aspekte stellen Anhaltspunkte zur Prüfung einer Kindeswohlgefährdung dar, herausragende Bedeutung ist dem Recht auf gewaltfreie Erziehung beigemessen.

2.1.2 Kindeswohlgefährdung

Gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG ist es Recht und Pflicht der Eltern, das Kind gemäß den Vorgaben nach §§ 1626 ff. zu pflegen und zu erziehen. Dabei ist es gemäß Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG Aufgabe der staatlichen Gemeinschaft das Tun der Eltern zu überwachen und einzuschreiten, wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist. Im Folgenden wird dieses Kindeswohl, welches ein unbestimmter Rechtsbegriff ist (vgl. Wabnitz 2006, 92), näher definiert. Ferner wird dargestellt, unter welchen weiteren rechtlichen Voraussetzungen der Staat eingreift und welche Maßnahmen er dabei ergreifen kann.

Die entscheidende Regelung für die Feststellung des Kindeswohls stellt § 1666 Abs. 1 BGB dar.

„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.“

Zum einen wird an dieser Stelle das staatliche Wächteramt genauer definiert, nämlich in Form des Familiengerichts als eingreifende Instanz. Zum anderen lassen sich hier die Tatbestandsvoraussetzungen zur Prüfung des Kindeswohls finden. Dies sind erstens das Vorliegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Gefährdung für das Wohl des Kindes. Zweitens müssen die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage sein, diese Gefahr abzuwenden. Gemäß der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes muss diese Gefahr gegenwärtig sein und die Schädigung des Kindeswohls muss erheblich und konkret wahrscheinlich sein (vgl. Wabnitz 2006, 123; MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 48). So muss es sich laut Beschluss des BGH um „eine gegenwärtige, in einem solchen Maße vorhandene Gefahr [handeln], daß sich bei der weiteren Entwicklung eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt“^{4c}.

4 BGH FamRZ 1956, 350

Das *körperliche Wohl* gilt als gefährdet bei jeglicher physischer Gewaltausübung, sexuellem Missbrauch, der Unterversorgung mit Nahrung und mangelnder Pflege- und Gesundheitsfürsorge (vgl. Wabnitz 2006, 124), wobei die Auflistung stets als offen zu betrachten ist. Bei der Prüfung des Kindeswohls ist zu beachten, dass körperliche Misshandlung nicht immer nur äußerlich sichtbar ist, sondern sich auch auf der Verhaltensebene zeigen kann. So zum Beispiel in einem gestörten Beziehungsverhalten, Gewalttätigkeit oder Störungen im Selbstbild. (Vgl. Alle 2010, 21)

Eine Gefährdung des *geistigen Wohls* kann Vorliegen, wenn Kindern beispielsweise der Zugang zu Bildung vorenthalten wird oder sie nicht altersgemäß gefördert werden.

Eine Verletzung des *seelischen Wohls* liegt bei körperlichen Misshandlungen vor. Hinzu kommen psychische Misshandlungen wie Beleidigung und Entwertung, Isolation, mangelnde Liebe und Fürsorge. Kindesmisshandlungen und besonders der sexuelle Missbrauch stellen schwere Formen der Kindeswohlgefährdung dar, letzterer „[...]bedarf keiner näheren Begründung[...]“ (MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 61). (Vgl. MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 58, 61)

Alle betont, in ihren Forschungen festgestellt zu haben, dass die Kindesvernachlässigung in der Literatur als häufigste Form der Kindesmisshandlung genannt wird (vgl. Alle 2010, 18). „Kinder werden vernachlässigt, wenn sie von Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert, gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden“ (Engfer 2000, 25)

Wird eine konkrete Kindeswohlgefährdung nach den dargestellten Kriterien festgestellt, muss das Familiengericht gemäß § 1666 Abs. 1 BGB tätig werden, um die Gefahr abzuwenden. Mögliche Maßnahmen dafür werden in Abs. 3 festgehalten. Hier sind insbesondere Nr. 1 und 6 zu nennen. Demnach können Auflagen erteilt werden, öffentliche Hilfen, wie die der Kinder- und Jugendhilfe wahrzunehmen (Nr. 1). Weiter kann gemäß Nr. 6 die elterliche Sorge teilweise oder vollständig entzogen werden. Bei einem teilweisen Entzug bekommt das Kind gemäß § 1909 BGB einen Ergänzungspfleger, zum Beispiel für Entscheidungen über die Gesundheitsfürsorge. Bei einem vollständigen Entzug erhält das Kind gemäß § 1773 BGB einen Vormund.

2.2 Aspekte aus dem SGB VIII

2.2.1 Tätigwerden des Jugendamtes und Inobhutnahme

Das achte Sozialgesetzbuch ist Hauptbestandteil des Kinder- und Jugendhilfegesetzes, welches durch weitere Gesetze ergänzt wird (vgl. Wabnitz 2007, 17), die in dieser Arbeit keine Anwendung finden. Wabnitz definiert die Kinder- und Jugendhilfe als „[...] die Gesamtheit der öffentlichen Sozialisationshilfen für junge Menschen sowie der Unterstützungsleistungen für deren Familien, Erziehungs- und Personensorgeberechtigte außerhalb von Familie, Schule, Hochschule, Berufsausbildung und Arbeitswelt“ (Wabnitz 2007, 16). Das Kinder- und Jugendhilferecht beinhaltet alle diesbezüglich relevanten Rechtsvorschriften. Die Aufgaben der Jugendhilfe sind in § 2 SGB VIII benannt, ein Verweis zu den entsprechenden Paragraphen wird gegeben. Von besonderer Relevanz für diese Arbeit sind die Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 27 bis 35 SGB VIII sowie die Inobhutnahme gemäß § 42 SGB VIII. Zuvor wird auf den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII eingegangen, dieser regelt das Tätigwerden des Jugendamtes, es handelt sich hierbei um eine Verfahrensvorschrift. Erhält das Jugendamt 'gewichtige Anhaltspunkte' für eine Kindeswohlgefährdung, hat es das Gefährdungsrisiko zusammen mit mehreren Fachkräften abzuschätzen (vgl. Abs. 1 Satz 1). Fachkräfte des ASD werden hiernach zur Gefahrenforschung verpflichtet. Es soll eine prognostische, fachlich begründete Einschätzung getroffen werden, ob eine Kindeswohlgefährdung gemäß § 1666 Abs. 1 BGB (vgl. 2.1.2) vorliegt oder hinreichend wahrscheinlich ist. In die Einschätzung der Situation sind gemäß Satz 2 die Personensorgeberechtigten und das Kind miteinzubeziehen, wobei der Schutz des Kindes dabei sichergestellt sein muss. Ist dies nicht der Fall, werden die Personensorgeberechtigten ausgeschlossen. Stellen die Fachkräfte fest, dass keine Gefahr besteht oder dass die Personensorgeberechtigten selbstständig die Gefahr abwenden können, wird das Verfahren ohne weiteres Vorgehen beendet.

Werden Hilfen 'zur Abwendung der Gefährdung' für 'geeignet und notwendig' gehalten, sind diese gemäß Satz 3 anzubieten. Gemeint sind hier insbesondere die Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. (vgl. 2.2.2), wobei die Voraussetzungen hierfür im Weiteren zu prüfen wären. Wenn die Fachkräfte das Tätigwerden des Familiengerichts (FamG) für notwendig halten, haben sie dieses gemäß Abs. 3 Satz 2 anzurufen. Dies ist der Fall, wenn die Personensorgeberechtigten die angebotenen Hilfen nicht annehmen wollen, obwohl diese zur Gefahrenabwendung für notwendig gehalten werden, oder wenn sie von einer Kindeswohlgefährdung überzeugt sind und den teilweisen oder vollständigen Entzug der elterlichen Sorgen für geboten halten. (Vgl. Wabnitz 2007, 35) Im Weiteren hätte dann das FamG die Kindeswohlgefährdung zu prüfen. Falls eine 'dringende Gefahr' besteht, die es nicht erlaubt, die Entscheidung des FamG abzuwarten, muss das Kind gem. Abs. 3 Satz 2 durch das Jugendamt in Obhut genommen werden. Unter Inobhutnahme

versteht man „[...] die vorläufige (!), nicht dauerhafte Unterbringung eines Kindes oder Jugendlichen durch das [Jugendamt] zu dessen Schutz z.B. bei einer geeigneten Person, in einer Bereitschaftspflegestelle, in einer Einrichtung oder in einer sonstigen betreuten Wohnform, einer Jugendschutzstelle“ (Wabnitz 2007, 105).

Die Inobhutnahme wird in § 42 SGB VIII geregelt. Gemäß Abs. 1 Satz 1 ist das Jugendamt zur Inobhutnahme berechtigt und verpflichtet, wenn (Nr. 1) das Kind darum bittet oder (Nr. 2) eine Kindeswohlgefährdung diese erforderlich macht und a) die Personensorgeberechtigten einverstanden sind oder b) das FamG darüber entsprechend entscheidet⁵. Abs. 1 Satz 2 betont, dass im Falle von Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 das Kind auch gegen den Willen der Personensorgeberechtigten in Obhut genommen werden kann. Grundlage hierfür ist im Übrigen Art. 6 Abs. 3 GG (vgl. 2.1.1). In Abs. 2 f. werden diverse Aufgaben des Jugendamtes festgehalten, die im Falle einer Inobhutnahme einzuhalten sind. Freiheitsentziehende Maßnahmen sind gemäß Abs. 5 Satz 1 „[...] nur zulässig, wenn und soweit sie erforderlich sind, um eine Gefahr für Leib und Leben [...] abzuwenden“. Gemäß Satz 2 ist spätestens am Tag nach der Inobhutnahme eine entsprechende Entscheidung des Familiengerichts einzuholen. Andernfalls ist das Kind wieder herauszugeben (vgl. Wabnitz 2007, 108).

2.2.2 Hilfe zur Erziehung

Bei den Hilfen zur Erziehung nach §§ 27 ff. SGB VIII handelt es sich um ein Angebotsspektrum von Fürsorgeleistungen der Kinder- und Jugendhilfe welche gewährt werden, wenn ein sogenanntes erzieherisches Defizit vorliegt. Wabnitz bezeichnet diese Maßnahme als die „[...] 'klassische' Einzelfallhilfe für Kinder und Jugendliche [...]“ (Wabnitz, 2007, 72), wobei zu erwähnen ist, dass Anspruchsinhaber der Hilfen zur Erziehung stets die Personensorgeberechtigten sind. Die Kinder sind die Begünstigten der Angebote. Das SGB VIII schlägt unter anderem in den §§ 28-35 Interventionsmaßnahmen vor, begonnen mit niedrigschwelligen Angeboten wie der Erziehungsberatung (§ 28) bis hin zur Heimerziehung (§ 34). Bevor diese angewendet werden können, gilt es jedoch die Grundnorm gemäß § 27 zu prüfen. Die Tatbestandsvoraussetzungen und Rechtsfolge sind in Abs. 1 definiert. Elementare Voraussetzung für die Gewährung der Hilfen ist das Vorliegen eines erzieherischen Defizits, welches im Gesetz umschrieben wird mit „[...] wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist [...]“. Das erzieherische Defizit ist

⁵ Abs. 1 Satz 1 Nr.3 befasst sich mit ausländischen Kindern und wird daher in dieser Arbeit aus thematischen Gründen vernachlässigt.

ein unbestimmter Rechtsbegriff. Orientierung bietet hier wieder § 1 Abs. 1 „[...] Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ (vgl. 2.1.1; Wabnitz 2007, 73 f.) Ein erzieherisches Defizit liegt vor, wenn Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können, nähere Anhaltspunkte sind im Abschnitt 2.1 dieser Arbeit festgehalten. Denn der Wortlaut in § 27 ist angelehnt an § 1666 zur Kindeswohlgefährdung. Die Leistungsschwelle für § 27 ist zwar niedriger, was sich in den Anspruchsvoraussetzungen widerspiegelt, jedoch sind die Anhaltspunkte vergleichbar. Weiterhin muss eine Willensbekundung für die Hilfe erfolgen, dass diese auf freiwilliger Basis gewährt werden. Strittig ist der Punkt, ob „[...] die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ eine Voraussetzung oder eine Rechtsfolge ist. Betrachtet man dies als Voraussetzung resultiert aus der Frage nach der Rechtsfolge ein Zirkelschluss, da man abermals nach der Eignung und Notwendigkeit der Hilfe fragen muss. Daher wird dies in dieser Arbeit ausschließlich als Rechtsfolge betrachtet. Somit ergeben sich die Anspruchsinhaberschaft der Personensorgeberechtigten, die Willensbekundung und das erzieherische Defizit als Tatbestandsvoraussetzungen für § 27 SGB VIII. Sind diese erfüllt, besteht ein einklagbarer Anspruch auf geeignete und notwendige Hilfen zur Erziehung, insbesondere nach den vorgeschlagenen Maßnahmen nach §§ 28 ff. Geeignet und notwendig sind solche Hilfen, die zum individuellen Defizit passen und die auch von den Anspruchsinhabern gewünscht sind, soweit sie der Verhältnismäßigkeit entsprechen (vgl. Wabnitz 2007, 74)⁶.

Hilfen zur Erziehung können nur dann gegen den Willen der Personensorgeberechtigten angeordnet werden, wenn eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und das Familiengericht entsprechende Maßnahmen angeordnet hat. Denkbar wäre hier beispielsweise ein partieller Sorgerechtsentzug gemäß § 1666 Abs. 3 Nr. 6 BGB, woraufhin eine Ergänzungspflege gemäß § 1909 BGB für den jeweiligen Bereich angeordnet wird. Diese würde dann die Hilfe zur Erziehung beantragen. Aber auch über familiengerichtliche Auflagen, wie das Gebot, Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe anzunehmen (§ 1666 Abs. 3 Nr. 1), kann dies erreicht werden. Hier würden die Personensorgeberechtigten zur Freiwilligkeit gezwungen werden.

3 Grundlagen der Substitution

⁶ Siehe hierzu § 5 SGB VIII Wunsch- und Wahlrecht

Um einschätzen zu können, ob und inwiefern Opiat-Substitution ein Risiko für Elternschaft sein könnte, ist es nötig, einige, für das Thema relevante Grundlagen der Substitution darzustellen. Daher wird im Folgenden erklärt, was Substitution ist, mit welchen Zielen sie eingeführt wurde, wie sie funktioniert und unter welchen rechtlichen Voraussetzungen Substitution stattfindet.

3.1 Funktionsweise und Zielsetzung der Substitution

Die Substitution Opiatabhängiger meint eine medizinische Therapie, bei der stark Opiatabhängige Heroinersatzstoffe, das sogenannte Substitut, ärztlich verabreicht bekommen. Diese besetzen die Opiatrezeptoren im Gehirn, sodass kein Verlangen nach Opiaten ausgelöst wird. Das primäre Ziel der Substitution ist das schrittweise Erreichen der Abstinenz von Drogen, indem KlientInnen auf diese Weise 'entwöhnt' werden. Dabei ist es den Substituierten untersagt, weitere Drogen, insbesondere Opiate zu konsumieren. Substitute wie Methadon sind synthetische Opiate, die das Auftreten von Entzugserscheinungen und dem sogenannten Craving (Suchtdruck) vermeiden, wenn man sie oral einnimmt. Allerdings kommt es auch nicht zu Rauscherscheinungen. Somit soll der umgangssprachliche 'Drogenhunger' befriedigt werden, wobei die Betroffenen jedoch ansprechbar und arbeitsfähig bleiben. (Vgl. Bühringer / Künzel / Spies 1995, 6 f.; Bülow et al. 1991, 39)

Durch den langsamen Abbau des Substituts im Körper, wird ein erneutes Verlangen bei guter Einstellung nach circa 24 Stunden verspürt (vgl. Bossong / Stöver 1992, 22), somit kann eine einmal tägliche Vergabe stattfinden. Dies kann jedoch nicht ausschließen, dass KlientInnen Beikonsum haben, das heißt andere psychotrope Substanzen einschließlich Alkohol konsumieren, oder rückfällig werden. Gelingt es ihnen, langfristig nur das Substitut einzunehmen, ohne Beikonsum zu haben, wird die Dosierung schrittweise herabgesetzt, bis das Substitut schließlich ganz abgesetzt werden kann. Dieser Zeitraum erstreckt sich für gewöhnlich über mehrere Jahre und wird professionell durch die Psychosoziale Betreuung (PSB) begleitet. (Vgl. Bühringer / Künzel / Spies 1995, 6 f.)

Substitution findet auch mit den Zielen der Gesundheitsfürsorge und der Integration statt. KlientInnen gewinnen insbesondere räumlichen Abstand zur Drogenszene und werden entkriminalisiert, da sie nun nicht mehr unter Beschaffungsdruck stehen. Somit entfällt nicht mehr nur die illegale Beschaffung von Drogen, sondern auch die Beschaffungskriminalität. Letzteres meint illegale Maßnahmen zur Geldbeschaffung, worüber wiederum der Drogenkonsum finanziert werden soll. Exemplarisch zu nennen sind Diebstahl oder Prostitution. Weiterhin unterliegen KonsumentInnen nicht mehr dem Risiko von verunreinigten Stoffen und Spritzen, dies verringert

das Infektionsrisiko. Wie oben bereits genannt, sollen Substituierte arbeitsfähig⁷ und sozial integrierbar sein und somit in der Lage, den Anforderungen des Alltags nachzukommen. (Vgl. Bühringer / Künzel / Spies 1995, 6 f.; Bülow et al. 1991, 39) Dieser Punkt ist für das Thema der Elternschaft besonders relevant. Substitution ermöglicht Elternschaft und zielt auf die Förderung positiven Elternverhaltens. Unterstützung hierbei soll beispielsweise durch die PSB geboten werden. (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, 27; Klein 2006, 16)

Die Deutsche AIDS-Hilfe berichtet, dass die Substitution durchschnittlich sechs bis sieben Jahre andauert, bis die Behandlung erfolgreich abgeschlossen wird. Aber auch eine lebenslange Substitution ist möglich. Dies widerspricht zwar dem primären Ziel der langfristigen Abstinenz, wird jedoch in Härtefällen als sinnvoller erachtet, als ein Rückfall zum Heroingebrauch. (Vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, 12)

3.2 Rechtliche Verankerung der Substitution

Alle wesentlichen Bestimmungen zur Substitution befinden sich im Betäubungsmittelgesetz (BtMG), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) und den Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (vgl. Hönekopp 2011, 17)⁸.

Im BtMG wird der Umgang mit Betäubungsmitteln erläutert. In § 1 Abs. 1 werden Betäubungsmittel definiert als „[...] alle in den Anlagen I bis III aufgeführten Stoffe und Zubereitungen“. In Anlage III werden alle sogenannten verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel aufgelistet, hierunter fallen auch sämtliche Substitute, namentlich Burprenorphin, Levomethadon, Methadon und Diamorphin. Bei letzterem handelt es sich um halbsynthetisches Heroin, welches im Übrigen nur in Ausnahmefällen zur Substitution angewendet wird und gemäß § 9b BtMVV besonderen Bestimmungen gegenüber anderen Substituten unterliegt. In Abschnitt sechs befinden sich alle Regelungen zu Straftaten und Ordnungswidrigkeiten in Zusammenhang mit Betäubungsmitteln. Dies wird dann relevant, wenn Substituierte, ihr Substitut an Dritte weitergeben. Aber auch rechtswidriges Verhalten von ÄrztInnen und anderen an der Substitutionstherapie beteiligten Personen wird an dieser Stelle geregelt.

7 Die Arbeitsfähigkeit ist als primäres Ziel der jeweiligen Kostenträger wie Kranken- und Rentenversicherung oder Sozialbehörde hervorzuheben. Diese finanzieren die Therapie mit dem Ziel, Betroffene (wieder) in den Arbeitsmarkt zu integrieren, sodass auch sie (wieder) in die Kassen einzahlen.

8 Vervollständigt werden die Regelungen durch das Arzneimittelgesetz (AMG) und andere Richtlinien (vgl. Hönekopp 2011, 17), die jedoch für diese Arbeit nicht relevant sind.

Bei der BtMVV handelt es sich um die „Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln“, welche sich in den §§ 5-5c konkret mit den Verordnungen zur Substitution beschäftigt. Ergänzend zur BtMVV werden gemäß § 5 Abs. 11 BtMVV die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger genutzt. Hier wird durch die Kammerschaft der „[...] allgemein anerkannte [...] Stand der medizinischen Wissenschaft [...]“ (§ 5 Abs. 11 BtMVV) für die BtMVV definiert.

Besondere Relevanz hat § 5 Abs. 1 BtMVV:

„Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten (Substitutionsmittel) zur
1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.“

Neben der Definition von Substitution und den AdressatInnen der Substitution, nämlich die Opiatabhängigen, findet sich hier auch die Formulierung der Ziele wieder, wie sie in 3.1 besprochen wurden. Hinzu kommt auch die ausdrückliche Benennung der Schwangeren als Adressatinnen der Substitutionstherapie. Mittels Substitution sollen die durch den illegalen Opiatkonsum bedingten Risiken gemindert und eine erfolgreiche Entbindung wahrscheinlicher gemacht werden. Außerdem wird das Infektionsrisiko ansteckender Krankheiten durch unsaubere Spritzen abgeschwächt. Darüber hinaus soll so auch sichergestellt werden, dass soziale Hilfsmaßnahmen eingeleitet werden (vgl. Bundesärztekammer 2010, 3). Denn Substituierte sind gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 2 dazu verpflichtet, „[...] erforderliche psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen [...]“ wahrzunehmen. Die Richtlinien beschreiben, dass es Aufgabe der PSB ist, Maßnahmen einzuleiten und zu begleiten, die zur Erreichung der Ziele der Substitutionstherapie notwendig und geeignet sind. Dies soll insbesondere unter Einbeziehung des Suchthilfesystems stattfinden. Sind sich PSB und substituierende MedizinerInnen einig, dass für den Moment keine PSB notwendig ist, kann darauf verzichtet werden. Dies ist jedoch regelmäßig zu überprüfen und zu bestätigen. (Vgl. Bundesärztekammer 2010, 4) Diese Regelung ermöglicht es, schwangere Substituierte und substituierte Eltern im Hilfesystem zu erfassen und zu unterstützen.

Aus der Präambel der Richtlinien ergibt sich eine Ergänzung der in der BtMVV definierten Ziele durch die „[...] Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben [...]“. Dieses Ziel wurde bereits benannt und ist von Bedeutung für die Elternschaft unter Substitution. Wenn

Teilhabe am Leben *in* der Gesellschaft möglich ist, kann rückgeschlossen werden, dass die Betroffenen entsprechend sozial stabilisiert sind. Soziale Stabilität wiederum wirkt sich positiv auf Elternschaft aus.

Weiterhin werden in Punkt 2 der Richtlinien die Opiatabhängigen genauer definiert. Man hält sich hier an die Definition der Abhängigkeitserkrankung gemäß der ICD 10 der Weltgesundheitsorganisation⁹.

In § 5 Abs. 2 BtMVV werden die Voraussetzungen festgelegt, unter denen substituiert werden darf. Besonders zu nennen sind Nr. 4 c-d. Hiernach darf nicht substituiert werden, wenn der/die KlientIn „[...] c) Stoffe gebraucht, deren Konsum nach Art und Menge den Zweck der Substitution gefährdet oder d) das ihm verschriebene Substitutionsmittel nicht bestimmungsgemäß verwendet [...]“. Diese Regelung dient nicht nur dem Abstinenzziel, sondern auch der Überlebenssicherung, da die Kombination von Substituten und anderen Opiaten, Alkohol und Barbituraten lebensbedrohlich sein kann (vgl. Bühringer / Künzel / Spies 1995, 6; Bülow et al. 1991, 42). Aus der Praxis weiß man jedoch, dass Substituierte nicht selten Beikonsum pflegen (vgl. Klein 2006, 16). Zur Sicherstellung der Kontrolle empfiehlt die Bundesärztekammer daher regelmäßige Urin- und Atemgaskontrollen (vgl. Bundesärztekammer 2010, 6). Im Falle von Beikonsum wird angeraten, die Dosierung des Substituts entsprechend anzupassen oder abzusetzen. Außerdem sollen die Umstände, die zum Beikonsum[?] führten, geklärt werden und etwaige Überlegungen sollen ins Therapiekonzept einbezogen werden. Hier wird auch auf die Kooperation mit der PSB hingewiesen. (Vgl. Bundesärztekammer 2010, 10 f.)

Eine weitere, für diese Arbeit bedeutend, Regel ist die sogenannte Take-home-Verordnung. Gemäß § 5 Abs. 5 Satz 1 und Abs. 6 Satz 1 darf das Substitutionsmittel PatientInnen nicht ausgehändigt und nur zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Die Ausnahmeregelungen sind in Abs. 8 festgehalten. Nach Satz 1 darf „[...] in Fällen, in denen die Kontinuität der Substitutionsbehandlung nicht anderweitig gewährleistet werden kann, ein Substitutionsmittel in der bis zu zwei Tagen benötigten Menge verschreiben und ihm dessen eigenverantwortliche Einnahme gestatten, sobald der Verlauf der Behandlung dies zulässt, Risiken der Selbst- oder Fremdgefährdung soweit wie möglich ausgeschlossen sind sowie die Sicherheit und Kontrolle des

⁹ Die ICD 10 ist die internationale Klassifikation von Krankheiten (International Classification of Diseases) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie verzichtet auf die Ätiologie der Krankheiten und ist ein rein beschreibendes Modell, um unterschiedlichen psychologischen Schulen den Gebrauch zu vereinfachen. Die American Psychiatric Association (APA) hat ebenso ein Klassifikationsmodell (DSM) entwickelt, das aber in der Praxis in Deutschland keine Anwendung findet, weil ÄrztInnen, sowie PsychologInnen nur über die Kassen abrechnen können, wenn sie Diagnosen nach ICD-Klassifizierung stellen. (Vgl. Baierl 2010, 25)

Betäubungsmittelverkehrs nicht beeinträchtigt werden“. Weiterhin darf das Substitut gemäß Satz 4 für bis zu sieben Tage verschrieben werden, wenn der/die PatientIn stabil ist und eine unmittelbare Vergabe nicht mehr notwendig ist. Gemäß Satz 5 muss hierfür jedoch sichergestellt sein, dass der/die Substituierte keine anderen Stoffe konsumiert, die sie/ihn in Kombination mit dem Substitut gefährdet (siehe oben), dass sie/er auf eine stabile Dosierung eingestellt ist und das Substitut nicht missbräuchlich konsumiert. Letzteres meint beispielsweise den nasalen oder intravenösen Konsum, da dadurch Rauschzustände herbeigeführt werden können, was nicht dem Zweck der Substitution dient. Ausführlichere Beschreibungen zu den Voraussetzungen lassen sich in den Substitutionsrichtlinien finden. Hier wird beispielsweise auch auf eine kindersichere Verwahrung des Substituts hingewiesen (vgl. Bundesärztekammer 2010, 8 ff.). Die Take-home-Verordnung wird für wichtig erachtet, da sie es ermöglicht, das Substitut im eigenen Haushalt aufzubewahren und frei einzuteilen, wenn eine Fremdgefährdung, soweit wie möglich, ausgeschlossen werden kann. Jedoch hat dies in Einzelfällen bereits dazu geführt, dass Eltern ihren Kindern das Substitut verabreicht haben (vgl. Ärzteblatt 2011). Daher wird dieser Punkt im Zusammenhang mit der Kindeswohlgefährdung noch genauer zu untersuchen sein.

Die Problematik von Therapieabbrüchen wird in den Substitutionsrichtlinien ausgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass im Falle einer Schwangerschaft nach Möglichkeit der Therapieabbruch zu vermeiden ist, „[...] da in diesen Fällen eine besondere Gefährdung für das ungeborene Leben besteht“ (Bundesärztekammer 2010, 11). Im übrigen wird die Substitution während der Schwangerschaft durchgehend aufrecht erhalten. Das Absetzen des Substituts ist in dieser Zeit aus Gründen des Gesundheitsschutzes des Kindes nicht möglich.

Es wurde bisher ein Überblick über familien- und kinder- und jugendhilferechtliche Grundlagen und Grundlagen der Substitution geschaffen. Es wird nun die Lebenssituation opiatabhängiger Eltern und Kinder betrachtet. Ein Schwerpunkt bildet die Untersuchung der spezifischen Belastungen, denen Opiatabhängige unterliegen. Mit diesen Kenntnissen wird anschließend das Elternverhalten und dessen Auswirkungen auf das Kind analysiert.

4. Die Situation abhängiger Familien

Im Folgenden wird untersucht, wie Familien mit opiatabhängigen Eltern leben. Dazu wird zuerst der aktuelle Forschungsstand betrachtet. Es wird ein Überblick über den Forschungsumfang und die Prävalenzen gegeben. Schwerpunktmäßig wird die Lebenssituation der Familien betrachtet und hinterfragt und untersucht, wie sich der Opiatkonsum der Eltern, vorrangig der Mutter, auf das Kind auswirkt. Dazu wird die Globalhypothese der Forschungen über drogenabhängige Eltern

von Hogan genutzt, diese ist richtungsweisend für die zu untersuchenden Themenfelder.

4.1 Forschungsstand

4.1.1 Forschungskritik

Setzt man sich mit der Situation abhängiger Familien auseinander, stellt man fest, dass es umfangreiche Daten zu alkoholbelasteten Familien gibt, jedoch nur wenige Informationen über Familien in denen mindestens ein Elternteil illegale Drogen konsumiert. Die wohl wichtigste Frage in diesem Themenbereich ist die nach den Auswirkungen elterlichen Konsums auf das Kind. Diese kann jedoch nicht eindeutig beantwortet werden, da es bisher nur wenige Studien zu diesem Thema gibt und diese unterschiedliche Ergebnisse aufweisen. ForscherInnen, die sich mit dieser Thematik befassen, beklagen bereits in den 1980er und 1990er Jahren den mangelnden Forschungsstand (vgl. Baumann & Levine 1986, 850; Wilens et al. 1995, 779; Burns et al. 1996, 113, 120; Hogan 1998, 609, 614 ff.; Weissman et al. 1999, 661). Besonders Hogan setzt sich 1998 in ihrer Literaturforschung *Annotation: The psychological Development and Welfare of Children of Opiate and Cocaine Users: Review and Research Needs* in einem Kapitel ausführlich mit dieser Problematik auseinander (vgl. Hogan 1998, 614 ff.). Die bisherigen Forschungsergebnisse stammen aus den USA und Großbritannien, repräsentative Studien aus Deutschland gibt es kaum. Umfassende Forschungsarbeit leistet der Kölner Suchtforscher Michael Klein zu diesem Thema. Auch er stellt den eklatanten Forschungsmangel fest (vgl. Klein 2001, 63). Klein zeichnet nach, dass Forschungen zu Kindern drogenabhängiger Eltern ab 1979 in den USA durchgeführt wurden. In Deutschland rückten Kinder alkoholabhängiger Eltern erst seit den 1990ern in den Fokus wissenschaftlichen Interesses. Kinder drogenabhängiger Eltern werden erst seit etwa dem Jahr 2000 untersucht. (Vgl. Klein 2001, 63) Auch fünf Jahre später beklagt Klein denselben Mangel (vgl. Klein 2006, 5) und fasst nun Ergebnisse verschiedener Studien zusammen, um grobe Schätzungen zu Prävalenzen angeben zu können (vgl. Klein, 2006, 7). Trotz der jahrelang andauernden Kritik, lassen sich kaum aktuellere Studien finden. Daher werden im Folgenden Studienergebnisse aus den 1980er und 1990er Jahren dargestellt. Diese, das sei hier betont, arbeiten konsequenterweise auf Basis theoretischer Annahmen und Forschungsmethoden aus den 1970er und 1980er Jahren. Entsprechend sind neuere Erkenntnisse, beispielsweise aus der Entwicklungspsychologie, in den Studien nicht berücksichtigt.

Neben dem quantitativen Mangel an Studien stößt man auf das Problem höchst unterschiedlicher Studiendesigns und einen Mangel an Kontrollgruppen. Somit lassen sich Ergebnisse nur schwer vergleichen, gesicherte Aussagen werden kaum getroffen. So gilt es zu unterscheiden, ob Kinder

bereits während der Schwangerschaft dem mütterlichen Konsum ausgesetzt waren (*prenatal drug exposure*) oder ausschließlich nach ihrer Geburt (*postnatal social exposure*). Ersteres untersucht chemische Einflüsse auf die kognitive und gesundheitliche Entwicklung, letzteres die sozialen Einflüsse auf Grund konsumbedingter Verhaltensweisen, darunter fallen auch szenebedingte Einflüsse auf die Lebensführung. In beiden Gruppen stellt sich dann weiter die Frage, ob das Kind bei den eigenen Eltern oder einer Pflegefamilie groß geworden ist und wie lange es zuvor gegebenenfalls bei der Mutter lebte. Schließlich stellt sich auch die Frage nach der Definition des Konsums. Konsumierte die Mutter Heroin oder ein Substitut und wenn sie substituiert war, muss gefragt werden, ob sie Beikonsum hatte. Außerdem ist die Dauer und die Intensität des Konsums relevant. Abschließend fehlt in einigen Studiendesigns eine sozioökonomisch vergleichbare Kontrollgruppe, um eben diese Faktoren als einflussgebend ausschließen zu können oder auch nicht. (Vgl. Hogan 1998, 614 f.)

Hieran kann man sehen, dass es diverse Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes und auf die Lebensführung der Familie geben kann. Da sich die einzelnen Studien aus solch verschiedenen Blickwinkeln mit dieser Frage befassen, sind die Ergebnisse oft nur schwer vergleichbar. Trotzdem lassen sich Anhaltspunkte finden, oft jedoch können nur tendenzielle Aussagen getroffen werden.

Im Übrigen können Forschungsergebnisse von alkoholbelasteten Familien nicht auf OpiatkonsumentInnen übertragen werden, da letztere im Vergleich ärmer sind, anderen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind (zum Beispiel Infektionskrankheiten wie HIV oder Hepatitis durch gemeinsamen Spritzengebrauch oder Überdosierungen bei intravenösen Konsum), öfter in Haft sind, häufiger kriminellen Handlungen nachgehen, einen geringeren Bildungsstand haben, stärker in der Gesellschaft stigmatisiert sind und weniger soziale Netzwerke und somit Unterstützung haben (vgl. Hogan 1998, 609 f.; Klein 2003, 365). Ein wichtiger Punkt ist der der Illegalisierung. Da Heroin illegal ist, verhalten sich KonsumentInnen folglich illegal, im Gegensatz zu AlkoholikerInnen. Dass diese Droge illegal ist, bewirkt auch, dass die Preise sehr hoch sind und die Drogen stark verunreinigt sind. Ersteres führt zu finanziellen Problemen, die häufig mit der Beschaffungskriminalität gelöst werden, welche aber zu weiterem illegalen Verhalten führt. Zweiteres setzt KonsumentInnen einem höheren Gesundheitsrisiko aus. Diese Probleme bedingen und verstärken die oben genannten Probleme, denen Opiatabhängige ausgesetzt sind. Wäre die Droge legal, wie Alkohol es ist, würde sich eine Vielzahl der Probleme verringern oder erübrigen.

Dieses Problem können Abhängige bisher nur lösen, indem sie sich substituieren lassen und somit der Illegalisierung entgehen (vgl. Deutsche AIDS-Hilfe, 7). Abhängige anderer illegaler Drogen

haben solche Möglichkeiten nicht- ihnen bliebe lediglich die Abstinenz.¹⁰

4.1.2 Epidemiologie

Daten über die Anzahl und Lebensführung abhängiger OpiatkonsumentInnen mit Kindern lassen sich, wie in 4.1.1 beschrieben, nur schwer finden. Eine Ursache dafür sieht Klein in der Tatsache, dass Opiatabhängige illegalisiert sind und dadurch eher zurückhaltend an Studien teilnehmen (vgl. Klein 2006, 7). Außerdem gilt es bei der Betrachtung solcher Daten stets zu bedenken, dass von einer hohen Dunkelziffer auszugehen ist, da einige Betroffene möglicherweise keine Angaben über ihre Kinder machen, aus Angst dadurch in den Fokus des Jugendamtes zu geraten, mit der Befürchtung, man würde ihnen ihr Kind aus der Familie nehmen.

Klein fasst die Daten aus unterschiedlichen Studien zusammen und kommt dabei zu dem Ergebnis, dass mehr als ein Drittel aller Abhängigen Kinder hat. Die vorhandenen Daten stammen von KlientInnen, die in irgendeiner Form im Suchthilfesystem angebunden sind. Hier sind es bis zu 50 Prozent der weiblichen Drogenabhängigen, die Kinder haben (vgl. Klein 2006, 7). Auch Englert und Ziegler kommen in ihrer Literaturforschung „Kinder Opiatabhängiger Mütter - Ein Überblick“ (2001) zu dem Ergebnis, dass circa 30 Prozent der männlichen und 45 Prozent der weiblichen Opiatabhängigen mindestens ein Kind haben (vgl. Englert / Ziegler 2001, 144). Weiter schloss Klein aus unterschiedlichen deutschen Substitutionsstudien, dass circa 40 Prozent dieser (hier ausschließlich substituierten) Eltern mit mindestens einem Kind gemeinsam im Haushalt lebt. Bei den Frauen waren es 1994 51 Prozent und bei den Männern 28 Prozent. (Vgl. Klein 2006, 8). Eine deutschen Studie kam zu dem Ergebnis, dass 15,5 Prozent aller substituierten KlientInnen, die mit ihrem Kind in einem Haushalt lebten, einen regelmäßigen Beikonsum hatten (vgl. Klein 2006, 16). Unter den Opiatabhängigen im Allgemeinen waren es 1998 30 Prozent der weiblichen und 13 Prozent der männlichen KonsumentInnen, die mit mindestens einem Kind zusammen lebten (vgl. Klein 2006, 10)

Während Englert und Ziegler für das Jahr 1994 herausfanden, dass in Deutschland rund 30.000 Kinder opiatabhängiger Eltern leben (Englert / Ziegler 2001, 144), kommt Klein nach, wie er sagt, konservativen Schätzungen auf circa 40.000 bis 50.000 solcher Kinder (vgl. Klein 2006, 8). Diese Diskrepanz lässt sich damit erklären, dass Klein seine Schätzung erstmals 2003 tätigte, neun Jahre nach der Angabe, die Englert und Ziegler fanden. In diesen neun Jahren hat die flächendeckende Substitution deutlich zugenommen. Das Substitut hat zum einen eine zyklusstabilisierende

¹⁰ Im Rahmen der Legalisierungsdebatte von Drogen forderte die Linke im Oktober 2011 die Legalisierung aller Drogen, insbesondere mit dem Ziel der Abschaffung der illegalen Märkte und der verbesserten Gesundheitsfürsorge (vgl. Zeit Online 2011)

Wirkung. Zum anderen wirkt sich das durch die Substitution auf diversen Ebenen stabilisierte Leben positiv auf die Gesundheit aus (vgl. 3.). Deshalb ist davon auszugehen, dass substituierte Frauen gebärfähiger sind, als abhängige Frauen ohne Substitut. Daher haben die Schwangerschaften unter drogenabhängigen Frauen in den letzten 20 Jahren zugenommen und somit auch die Zahl ihrer Kinder. (Vgl. Klein 2006, 5, 7 f.) Hinzu kommt, wie später dargestellt wird, dass drogenabhängige Frauen die Schwangerschaft oft erst im vierten bis fünften Monat bemerken. Dann ist es bereits zu spät für einen Schwangerschaftsabbruch. Weiterhin neigen abhängige Frauen dazu, ihre Schwangerschaften zu idealisieren und glauben, es würde ihnen nun leichter fallen, clean zu werden / bleiben. Sie betrachten ihr Kind als Anker auf dem Weg in ein stabiles, drogenfreies Leben. Besonders unter Substitution sehen sie bessere Möglichkeiten der erfolgreichen Schwangerschaft und Mutterschaft. (Vgl. Englert / Ziegler 2001, 145; Klein 2006, 8) Vermutlich hat die tatsächliche Zahl der betroffenen Kinder inzwischen weiter zugenommen, da Kleins Schätzung bereits fünf Jahre zurück liegt.

Auch die Anzahl der Fremdplatzierungen, die Unterbringung der Kinder außerhalb der Herkunftsfamilie, hat seit der Einführung der Substitutionstherapie abgenommen, von 50 Prozent auf 30 Prozent im Jahr 2000 bei den substituierten Eltern (vgl. Klein 2006, 9 f.).

Genauere Daten über Opiatabhängige in Hamburg bietet die BADO (Basisdatendokumentation). Hiernach waren im Jahr 2010 5.143 opiatabhängige KlientInnen im ambulanten Suchthilfesystem angebunden. Eltern von mindestens einem Kind waren 55 Prozent dieser KlientInnen, 53 Prozent der Männer und 58 Prozent der Frauen. 39 Prozent gaben an, mindestens ein minderjähriges Kind zu haben. Von ihnen waren es 31 Prozent, die auch mit einem minderjährigen Kind zusammen lebten. Hierbei war der Anteil unter den Frauen mit 43 Prozent deutlich größer als bei den Männern. Von ihnen waren es 26 Prozent. Hinzu kommt, dass elf Prozent der Frauen alleinerziehend waren, unter den Männern war es ein Prozent. Insgesamt lebten rund 1.000 Kinder in 600 Haushalten mit Opiatabhängigen zusammen. (Vgl. BADO e.V. 2011, 36 f.) Daten über die Elternschaft unter substituierten KlientInnen liegen nicht vor. Jedoch waren 66 Prozent aller Opiatabhängigen substituiert. Somit müssen auch einige der Eltern substituiert gewesen sein. Von den substituierten KlientInnen gaben 13 Prozent an, in den letzten 30 Tagen Heroin konsumiert zu haben. (Vgl. BADO e.V. 2011, 34 f.)

Im Jahr 2006 waren es 50 Prozent der OpiatkonsumentInnen, die angaben, Eltern zu sein. Der Anteil der Frauen lag bei 58 Prozent, der der Männer bei 48 Prozent. Hier ist somit eine Zunahme der Eltern unter den OpiatkonsumentInnen zu verzeichnen. Anders ist es beim Zusammenleben: 2006 waren es noch 50 Prozent der Mütter, die mit ihrem minderjährigen Kind zusammenlebten, im Vergleich zu den oben genannten 43 Prozent. Bei den Vätern waren es auch im Jahr 2006 27

Prozent, die mit ihrem minderjährigen Kind zusammen lebten. Im Vergleich zu den 26 Prozent im Jahr 2010 ist scheint dies kein relevanter Unterschied zu sein. (Vgl. BADO e.V. 2006, 43)

4.2 Globalhypothese der Forschungen über Elternschaft bei Drogenabhängigen

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass circa ein Drittel aller Opiatabhängigen Eltern sind und bis zu 40 Prozent aller Substituierten auch mit mindestens einem minderjährigen Kind zusammenleben. In Deutschland leben circa 40.000 bis 50.000 Kinder opiatabhängiger Eltern, wobei zu vermuten ist, dass die tatsächliche Zahl höher ist. Dass zunehmend mehr Drogenabhängige Eltern werden und Fremdplatzierungen mit der Substitution abgenommen haben, scheint ein erster Hinweis dafür zu sein, dass die stabilisierende Wirkung des Substituts sich auch positiv auf die Elternschaft auswirkt und sie ermöglicht. Dass es Forschungsbemühungen um diese Familien gibt und diese Bemühungen bisher als unzureichend kritisiert werden, zeigt auch, dass es Annahmen gegenüber den betroffenen Familien gibt, die es zu prüfen gilt. Daher wird im Folgenden die Globalhypothese dieser Forschungen, wie Hogan sie 1998 formulierte, diskutiert.

„Research on children of drug users is based on the expectation that parental drug use has the potential to affect children's psychological development negatively in at least three main ways: first, by depriving them of adequate physical care; second, by impeding their socio-emotional and cognitive development; and third, by influencing them to become drug users themselves.“(Hogan 1998, 610).

Die erste Befürchtung meint, dass diese Kinder keine ausreichende Befriedigung ihrer physischen Bedürfnisse erfahren, wie zum Beispiel Nahrung, Hygiene oder wettergerechte Kleidung. Dies dürfte insbesondere bei aktiv konsumierenden Eltern eine Rolle spielen, da diese stärker dem typischen Szeneleben und den entsprechenden Risiken (Kriminalität, Gewalt, Prostitution) unterliegen (Klein 2006, 13; Englert / Ziegler 2001, 144). Das Beschaffen von Geld und Drogen ist auch zeitlich aufwendig, sodass man vermuten kann, dass dadurch weniger Zeit für die Pflege des Kindes bleibt. Bei den im Fokus stehenden, substituierten Eltern sollte sich dieses Risiko minimieren beziehungsweise wegfallen, soweit sie denn beikonsumsfrei leben. Anders könnte sich die Situation gestalten, wenn sie Beikonsum haben und somit wieder der Wirkung der Droge und dem Beschaffungsdruck unterliegen. Man kann jedoch vermuten, dass dieser bei Substituierten etwas geringer ist, da sie durch die Substitution einen geringeren Suchtdruck haben und wahrscheinlich insgesamt kleinere Mengen zusätzlich konsumieren. Stimmen die Angaben, dass rund 15 Prozent der substituierten Eltern Beikonsum haben, ist es ein kleiner Teil der exponierten Kinder, die auf diese erste Befürchtung hin zu untersuchen wären. Natürlich darf dies

trotzdem nicht vernachlässigt betrachten werden, da die Versorgung der elementaren Grundbedürfnisse lebenswichtig ist und das Vorenthalten dieser einer Kindeswohlgefährdung entspricht (vgl. 2.1.2). Mit diesem Thema befassen sich indirekt Studien zur Kindesvernachlässigung (vgl. 4.3.3.2).

Die zweite Befürchtung befasst sich mit der Frage, ob und wie diese Kinder in ihrer sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung beeinträchtigt werden. Dies ist auf zwei Ebenen zu untersuchen, zum einem: Treten eventuelle Beeinträchtigungen auf Grund von Konsum während der Schwangerschaft auf? Zweitens: Sind eventuelle Störungen in der Entwicklung auf das Elternverhalten zurückzuführen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich 4.3.3, hier werden die entsprechenden Studien diskutiert.

Die dritte Überlegung thematisiert die Frage, ob Kinder abhängiger Eltern einem erhöhten Risiko unterliegen, später selbst drogenabhängig zu werden. Auch hierzu finden sich einige wenige Untersuchungen, die in 4.3.3.2 dargestellt werden.

In Anbetracht solcher Risikovermutungen erscheint der Gedanke, Kinder drogenabhängiger Eltern nicht bei diesen Leben zu lassen, auf den ersten Blick verständlich. Hier sei betont, dass Kinder ein Recht auf Erziehung durch ihre Eltern haben und dieses vom Staat als primäres Interesse angenommen wird (vgl. 5.). Wie in 2.1.1 erläutert, ist es auch das Recht der Eltern, ihre Kinder zu erziehen (Art. 6 GG), soweit sie in der Lage sind, das Kindeswohl zu sichern. Dies setzt voraus, dass sie erziehungsfähig sind. Daher betrachtet Klein „[...] die Förderung der Erziehungs- und allgemein der Elternfähigkeit [als] eine direkte Anforderung an die Professionalität der deutschen Sucht- und Drogenhilfe und der anderen Hilfsdienste“ (Klein 2006, 9). Auch wenn er dies nicht explizit benennt, so ist unter den 'anderen Hilfsdiensten' insbesondere die Kinder- und Jugendhilfe zu fassen. Wünschenswert wäre hier ein Austausch zwischen diesen Professionen, um sich zum einem gegenseitig zu informieren und zu beraten. Zum anderen können dadurch Betroffenen gezieltere Leistungen angeboten werden, in denen die Thematiken Elternschaft und Abhängigkeit sich aufeinander beziehend bearbeitet werden. Einen ersten Schritt in diese Richtung ging Hamburg mit der 'Kooperationsvereinbarung Familie Kind Sucht'¹¹ zwischen den Trägern der Hamburger Suchthilfe und dem ASD Hamburg (vgl. 1.).

4.3 Charakteristika der exponierten Familien

¹¹ Diese beschreibt die Aufgaben der Suchthilfe des ASD und regelt und hält fest, unter welchen Umständen ein Fall gemeinsam bearbeitet wird und wie die Kontaktaufnahme stattfinden soll. Darüber hinaus wird der Umgang mit Krisensituationen und die Gestaltung des Hilfeprozesses geregelt, hierzu werden die jeweiligen Aufgabenverteilungen festgehalten. (Vgl. Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz 2009)

Um die in 4.2 dargestellte Globalhypothese zu den Auswirkungen drogenabhängiger Eltern auf ihre Kinder zu prüfen, werden nun die Forschungsergebnisse betrachtet. Primär werden hierfür die Literaturforschungen von Davis (*Chemical Dependency in Women: A Description of Its Effects and Outcome on Adequate Parenting*, 1990) und Hogan (1998) genutzt. Beide Forscherinnen setzen sich intensiv mit den bisher durchgeführten Studien auseinander und fassen diese strukturiert zusammen. Ebenso werden die Ergebnisse von Kleins Literaturforschung genutzt. Hinzu kommen Daten aus einer von Kröger, Klein und Pauly durchgeführten Studie. Diese untersuchte substituierte Mütter und drei relevante Vergleichsgruppen in Hinblick auf ihre Lebensumstände. Die Ergebnisse wurden genutzt, um ein Elterntaining für substituierte Mütter zu konzipieren, welches die speziellen Belastungen dieser Zielgruppe berücksichtigt. (Vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 24 ff.) Schließlich wird die Hamburger Basisdatendokumentation 2010 (BADO) als Quelle genutzt. Hieraus können genauere Daten über Opiatabhängige in Hamburg gezogen werden. Ergänzend werden ausgewählte Studien und deren Ergebnisse dargestellt.

Zuerst werden die Eltern näher betrachtet, wobei die Mutter im Fokus steht. Mütter nehmen hier aus zwei Gründen eine Sonderrolle ein. Erstens sind es deutlich mehr Mütter, die mit ihren Kindern zusammen leben (30 Prozent der Frauen gegenüber 13 Prozent der Männer bei den Opiatabhängigen; 51 Prozent gegenüber 28 Prozent bei den Substituierten; in Hamburg aktuell 43 Prozent gegenüber 26 Prozent (vgl. 4.1.2)). Leben Männer mit ihren Kindern zusammen, ist anzunehmen, dass nur ein geringer Teil von ihnen alleinerziehend ist (1 Prozent der in der BADO 2010 erfassten, vgl. 4.1.2), mehrheitlich lebt vermutlich auch die Kindesmutter im Haushalt. Klein vermutet diese Unterschiede im geschlechtsspezifisch divergierenden Elternverhalten: „Frauen fühlen sich – auch in der Gruppe der Drogenabhängigen – wesentlich stärker verantwortlich für ihre Kinder, als Väter dies tun, die in vielen Fällen möglicherweise gar nichts von ihren Kindern wissen (wollen)“ (Klein 2006, 8). Zweitens beruht ihre Sonderrolle auf der Schwangerschaft: In dieser Zeit haben sie eine besonders hohe alleinige Verantwortung für das Kind. Zum einem wirkt sich etwaiger Konsum während der Schwangerschaft auf das Kind aus, zum anderen birgt insbesondere der intravenöse Konsum gesundheitliche Risiken (zum Beispiel Infektionskrankheiten), von denen auch das Kind betroffen sein kann. (Vgl. Englert / Ziegler 2001, 143)

Es wird im Folgenden ein psychosoziales (4.3.1) und sozioökonomisches (4.3.2) Profil der Eltern erstellt. Anschließend wird das Elternverhalten und dessen Auswirkungen auf das Kind (4.3.3) untersucht. Dies wird in die Phasen der Schwangerschaft (4.3.3.1) und des tatsächlichen Erziehungsverhaltens (4.3.3.2) gegliedert. Schließlich werden spezifische Belastungsfaktoren innerhalb der Gruppe (4.3.3.3) untersucht, die die Herausnahme des Kindes aus der

Herkunftsfamilie wahrscheinlicher machen und die sich somit als Prognosefaktor nutzen lassen. Somit sollen Hochrisikofamilien innerhalb der Risikogruppe rechtzeitig erkannt und bei Bedarf unterstützt werden. Es ergibt sich hierbei ein insgesamt defizitorientiertes Bild der Familien. Dies ist darauf zurückzuführen, dass das Forschungsinteresse darauf gerichtet ist und somit nur entsprechende Angaben über Belastungen gemacht werden können. Protektive Faktoren und Ressourcen wurden bisher nicht untersucht. Dies findet aber auf der Ebene der Kinder im Rahmen der Resilienzforschung statt. In einem Zwischenfazit (4.4) wird zusammengefasst, ob sich aus diesen Ergebnissen, erste Anzeichen für eine potenzielle Kindeswohlgefährdung ableiten lassen. Außerdem wird aus den Ergebnissen abgeleitet, welche spezifischen Leistungen Hilfeangebote für diese Familien erbringen sollten.

4.3.1 Psychosoziales Profil der Mütter

Um ein psychosoziales Profil der Eltern zu erstellen, wird zunächst untersucht, wie sie in ihrer Herkunftsfamilie aufgewachsen sind, anschließend werden aktuelle psychische Belastungen dargestellt.

4.3.1.1 Herkunftsfamilie

Mit Hinblick auf die Herkunftsfamilie fokussiert Davis drei Themenbereiche: Traumatische Erfahrungen in der Kindheit durch Gewalt und sexuellen Missbrauch, elterlicher Substanzmissbrauch und fehlende elterliche Rollenmodelle (vgl. Davis 1990, 226). Diese werden nun genauer betrachtet.

Viele drogenabhängige Frauen machen in ihrer Kindheit und Jugend traumatische Erfahrungen im Elternhaus. Diese beruhen zum einem auf Gewalt zwischen den Eltern, Scheidung, Verlust eines Elternteils oder Fremdunterbringung. Solche Situationen sind oft geprägt von Disharmonie, die sich nachhaltig auf den später erwachsenen Menschen auswirkt. Von größerer Bedeutung sind hier jedoch Erfahrungen von Gewalt, sexuellem Missbrauch und / oder Vernachlässigung. Davis bezieht sich auf Studien, die nachwiesen, dass 45 bis 75 Prozent der drogenabhängigen Frauen in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden. Bei aktuelleren Studien, die mit Patientinnen in Suchtbehandlung durchgeführt wurden, fand man heraus, dass 45 bis 52 Prozent der Frauen, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht wurden (die Schwankungen beruhen, auf den unterschiedlich engen Definitionen von Missbrauch). Physische Misshandlung in der Kindheit erfuhren durchschnittlich 39 Prozent der untersuchten Frauen. Die Raten für kindliche Traumatisierungen

liegen bei Drogenabhängigen höher als bei Alkoholabhängigen. Auch Männer sind in ihrer Kindheit stark von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen geprägt, jedoch nicht so häufig wie Frauen. Laut einer von Schmidt durchgeführten Studie zu sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit bei Opiatabhängigen, haben 64 Prozent der weiblichen und 37 Prozent der männlichen ProbandInnen solche Erfahrungen gemacht. In der Kontrollgruppe waren es 23 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer. Außerdem machten die Opiatabhängigen signifikant häufiger und schwerere Missbrauchserfahrungen, sie waren dabei jünger und es kam öfter zu inzestuösem Missbrauch. (Vgl. Schäfer 2006, 21 f.)

„Besondere Bedeutung für die Entwicklung psychischer Störungen haben traumatische Erfahrungen, die in frühen Lebensabschnitten stattfinden und von nahen Bezugspersonen ausgehen“ (Schäfer 2006, 12). Solche sogenannten *frühen interpersonalen Traumatisierungen* umfassen nicht nur körperliche und sexuelle Gewalt, sondern meinen auch „[...] emotionale Gewalt, mangelhafte Versorgung durch die nächsten Bezugspersonen und unzureichende Beziehungsangebote [...]“ (Schäfer 2006, 13). Diverse Forschungen stimmen darin überein, dass interpersonale Traumatisierungen sich nachhaltig auf die psychische Stabilität und Persönlichkeit auswirken und das Auftreten einer späteren Suchterkrankung wahrscheinlicher machen (vgl. Schäfer 2006, 17 ff.).

Davis' Aussage, dass abhängige Frauen oft von abhängigen Eltern großgezogen wurden (vgl. Davis 1990, 226), konnte Klein in seiner Literaturforschung bestätigen. Er fand heraus, dass im deutschen Raum durchschnittlich 50 Prozent der drogenabhängigen Frauen von mindestens einem suchtkranken Elternteil aufgezogen wurden, wobei diese meist alkoholabhängig waren (vgl. Klein 2006, 12). Auch in der Hamburger Basisdatendokumentation gaben 50 Prozent der Opiatabhängigen an, mindestens einen abhängigen Elternteil gehabt zu haben (vgl. BADO e.V. 2011, 35). In der von Kröger et al. durchgeführten Studie mit substituierten Frauen, hatten 43 Prozent einen abhängigen Vater und circa 20 Prozent eine suchtkranke Mutter. Auch hier handelte es sich hauptsächlich um eine Alkoholabhängigkeit der Eltern. (Vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 41)

Im amerikanischen Raum wurden in den 1970er Jahren Studien mit drogenabhängigen Frauen durchgeführt, die eine „[...] theory of an intergenerational cycle of addiction [...]“ (Bauman / Levine 1986, 849) nahelegten. Darauf basierend führten Bauman und Levine eine Studie mit substituierten und nicht-abhängigen Frauen und deren Kindern durch. Ihre Annahme war, dass die abhängigen Mütter auf Grund ihrer Erkrankung in ihrer Erziehungsfähigkeit beeinträchtigt sind, sich dies negativ auf die Kinder auswirkt und diese daher später mit höherer Wahrscheinlichkeit ebenfalls abhängig werden. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 849 f.) Dabei fiel auf, dass die Mütter

der substituierten Frauen, signifikant mehr Alkohol und Stimulanzien konsumiert hatten, als die Mütter der nicht-abhängigen Frauen (vgl. Bauman / Levine 1986, 862)¹².

Es konnte somit mehrfach nachgewiesen werden, dass drogenabhängige Frauen, oftmals bereits selbst von suchtkranken Eltern großgezogen wurden. „Elterliche Suchtstörungen haben sich wiederholt als negativer Prognosefaktor für geeignetes Bindungs-, Erziehungs- und Elternverhalten sowie für eine förderliche Familienatmosphäre erwiesen“ (Klein, 2006, 12). Somit zeigt sich, dass elterlicher Substanzmissbrauch, sich negativ auf das Kind auswirken und möglicherweise eine spätere Abhängigkeit des Kindes begünstigen kann. Hier wird bereits erkenntlich, dass das frühere Intervenieren und Unterstützen von betroffenen Familien notwendig ist.

Schließlich, so Davis, waren viele abhängige Frauen in ihrer Kindheit nur mangelhaften Rollenmodellen ihrer Eltern ausgesetzt und haben diese defizitären und ambivalent ausgeführten Erziehungsmuster verinnerlicht. Diese wenden sie selbst wieder bei ihren Kindern an. Sie selbst haben nur wenig elterliche Fürsorge erfahren. So fällt es ihnen oft schwer, ein eigenes mütterliches Konzept zu entwickeln. (Vgl. Davis 1990, 226)

Auch die von Kröger et al. untersuchten substituierten Probandinnen beschrieben die Erziehung ihrer Mutter als „[...] affektlos und kontrollierend“ (Kröger / Klein / Pauly 2006, 41). Davis betont die Bedeutung des *Parental Self-Concept*. “It is described as a psychological process that develops throughout the phase of parenthood and is a combination of past childhood and current child-caring experiences” (Davis 1990, 228). Fehlt es einer Mutter an positiven Vorbildern, fehlt es nach dieser Theorie an wichtigen Voraussetzungen, um eine eigene elterliche Identität zu entwerfen. Kommen dann negative Erfahrungen in der Ausübung der eigenen elterlichen Rolle hinzu, kann keine adäquate Elternrolle entworfen werden. In der Konsequenz mangelt es der Mutter an Selbstwert, sie hält sich selbst für unfähig und glaubt sie sei keine gute Mutter für ihr Kind. (Vgl. Davis 1990, 228) Im Sinne einer *selbsterfüllenden Prophezeiung* wird sie nun tatsächlich ungünstige Verhaltensweisen gegenüber ihrem Kind aufweisen. Unter selbsterfüllenden Prophezeiungen versteht man „[...] Vorhersagen über ein zukünftiges Verhalten oder Ereignis, welche die Interaktionen auf der Verhaltensebene so ändern, dass sie das Erwartete produzieren“ (Zimbardo / Gerrig 2004, 770). Die Annahme, eine schlechte Mutter zu sein, fand sich in diversen Studien wieder und stellt ein, wie sich noch zeigen wird, besonders wichtiges Charakteristikum des psychologischen Profils drogenabhängiger Mütter dar.

¹² Details zu den Studieninhalten und -ergebnissen sind in 4.3.3.2 dargestellt

4.3.1.2 Aktuelle Belastungen

In einer amerikanischen Studie zu Erziehungseinstellungen und -verhalten von drogenabhängigen Müttern zeigten sich diese als „[...] less likely to perceive themselves as adequate parents and had more concerns about their children becoming addicts, drop-outs, or being involved in crime“ (Hogan 1998, 611). Auch Klein stieß auf Studien, die zu dem Ergebnis kamen, dass substituierte Mütter wenig Vertrauen in ihre elterlichen Kompetenzen haben, was sich auch in einem geringen Selbstvertrauen niederschlug (vgl. Klein 2006, 15). In einer eigenen Studie mit substituierten Müttern bestätigten Kröger, Klein und Pauly ebenfalls, dass diese sich „[...] in der Kindererziehung als deutlich weniger kompetent und als sozial isolierter erleben [...]“ (Kröger / Klein / Pauly 2006, 51). Das Gefühl mangelnder Erziehungskompetenzen tritt besonders häufig bei Müttern auf, die während der Schwangerschaft konsumiert haben. Der Konsum während der Schwangerschaft erhöht das Risiko von Frühgeburten und führt zu Entzugserscheinungen beim Säugling (vgl. 4.3.3.1). Diese Kinder sind besonders stressbelastet und benötigen viel Pflege, sie schreien häufiger und schriller als Kinder, die keinen Substanzkonsum der Mutter ausgesetzt waren. Dies ist für die Mütter besonders anstrengend, oftmals fühlt sich die Reaktion des Kindes, die auf Entzugserscheinungen zurückzuführen ist, für die Mutter nach persönlicher Zurückweisung an. So kommt es neben Schuldgefühlen zu „[...] Überforderungs- und Insuffizienzgefühlen [...]“ (Klein 2006, 13). (Vgl. ebd; Davis 1990, 227; Englert / Ziegler 2001, 145)

Ein geringes Selbstwertgefühl ist jedoch nicht nur auf erlebte Erziehungsinkompetenz zurückzuführen. Das Gefühl von „[...] personal inadequacy and inability [...]“ (Davis 1990, 226) ist ihnen oftmals anezogen. Wurde ihnen in ihrer Herkunftsfamilie ein mangelndes Selbstwertgefühl vermittelt, setzt sich dies möglicherweise in späteren Beziehungen fort. Nicht selten gehen drogenabhängige Frauen Beziehungen zu gewalttätigen Männern ein, die ihnen das gleiche Gefühl vermitteln. So wird dies zu einem sich stets wiederholenden Motiv. (Vgl. Davis 1990, 226)

Das oben genannte Gefühl der sozialen Isolation zeigt sich bei einem Blick auf die sozialen Interaktionen auch quantitativ. So erhalten Abhängige im Allgemeinen, und abhängige Mütter im Speziellen, nur geringe Unterstützung durch soziale Netzwerke. Die soziale Isolation, wie sie in der erwähnten Studie von 80 Prozent der substituierten Mütter angegeben wurde, äußert sich in einem Mangel an instrumenteller und emotionaler Unterstützung. Dies verstärkt das negative Erleben und führt laut den AutorInnen zu schwerwiegenden Einsamkeitsgefühlen. Als ursächlich dafür betrachten sie zum einem den Verlust bedeutungsvoller Kontakte auf Grund des

langjährigen Szenelebens. Zum anderen zeigen sich besonders die substituierten Mütter als misstrauisch gegenüber Außenstehenden, vermutlich aus Sorge, dass Eingriffe ins Familienleben erfolgen könnten. (Vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 41; 46) Laut Klein erleben die Kinder neben der sozialen Isolation auch stärkere soziale Ächtung, was sich auch negativ auf das Selbstwertgefühl des Kindes auswirkt (vgl. Klein 2006, 13). Aus Angst vor Eingriffen ins Familienleben nutzen sie auch kaum formellen Netzwerke, die ihnen und ihrer Familie Unterstützung bieten könnten. Hinzu kommt, dass ihnen, auf Grund eines mangelnden Informationsflusses, oftmals nicht bewusst ist, welche Unterstützungen sie nutzen könnten. Davis sieht als weitere Ursache für den Mangel an informellen Netzwerken auch, dass drogenabhängige Frauen allgemein größere Schwierigkeiten damit haben, Beziehungen aufzubauen und stabil zu halten. (Vgl. Davis 1990, 227)

Neben dem geringen Selbstbewusstsein und schlecht ausgebauten Netzwerken treten oftmals komorbide psychische Erkrankungen auf. Besonders häufig finden sich Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (vgl. Klein 2006, 12; Davis 1990, 226; Hogan 1998, 614). Auch Kröger et al. untersuchten in ihrer Studie substituierte Mütter auf Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung und stellten fest, dass ein erheblicher Anteil der Probandinnen „[...] problematische Persönlichkeitsakzentuierungen aufweist“ (Kröger / Klein / Pauly 2006, 42). Besonders häufig fanden sie Tendenzen für antisoziale Akzentuierungen (62 Prozent) und schizoide und für Borderline-Akzentuierungen bei jeweils mehr als einem Drittel der Teilnehmerinnen. Antisoziales oder auch dissoziales Verhalten ist geprägt durch das Durchsetzen eigener Interessen, ohne dabei auf Interessen oder Gefühle anderer zu achten. Im Vordergrund steht das eigene Ich, emotionale Nähe zu anderen kann selten aufgebaut werden. Das Verhalten ist durch Verantwortungslosigkeit und mangelndes Einfühlungsvermögen gekennzeichnet. (Vgl. Wälte 2011, 147) Schizoide Persönlichkeiten meiden soziale Kontakte, leben häufiger isoliert, sind emotional distanziert und bauen keine Beziehungen auf, da sie anderen Menschen nicht vertrauen (vgl. Wälte 2011, 146). Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung haben oft Schwierigkeiten mit einem angemessenen Nähe-Distanz-Verhältnis und sind in Beziehungen und in ihrem Selbstbild sehr instabil. Die Instabilität äußert sich nicht selten in impulsivem Verhalten und sogenanntem Schwarz-Weiß-Denken. (Vgl. Wälte 2011, 148) Alle drei Persönlichkeitsstörungen haben gemeinsam, dass sie durch Schwierigkeiten in Beziehungen gekennzeichnet sind. Dies dürfte sich auch in einer Mutter-Kind-Beziehung äußern. Betont sei hier aber, dass in der Studie keine Diagnose vorgenommen wurden, sondern lediglich Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung geprüft wurden.

Besonders häufig treten komorbide Störungen bei polytox Konsumierenden auf, bei Menschen

die verschiedene Drogen, oft in Kombination mit Alkohol, nehmen. Unter ihnen werden mindestens 80 Prozent vermutet, die eine Doppeldiagnose haben (vgl. Lüdecke / Sachsse / Faure: 2010, 3). Aus diesen und anderen Ergebnissen schloss Lüdecke, dass „Klinisch [...] davon auszugehen [ist], dass bei Drogenabhängigen mit Sicherheit und bei Alkoholkranken mit Wahrscheinlichkeit mindestens eine weitere psychische Störung zu finden ist“ (Lüdecke 2010, 12).

Zu ihrer psychischen Belastung gaben die Mütter in der Studie von Kröger et al. außerdem zu 40 Prozent an, bereits eine depressive Phase in ihrem Leben gehabt zu haben, 17 Prozent sogar innerhalb des letzten Monats. 38 Prozent hatten schon einmal schwere Angstzustände gehabt, 14 Prozent innerhalb des letzten Monats. Bei fünf Prozent der Teilnehmerinnen lagen aktuell Suizidgedanken vor, 24 Prozent haben bereits mindestens einen Suizidversuch begangen. (Kröger / Klein / Pauly, 41) In einer deutschen Studie mit Methadonsubstituierten wurden rund 64 Prozent der Betreuten als depressiv eingestuft und rund 40 Prozent als suizidgefährdet. Vor Betreuungsbeginn hatten rund 30 Prozent einen Suizidversuche unternommen. (Klein 2006, 11)

Solch hohe Raten für Depressionen, Suizidgedanken und -versuche, sowie Persönlichkeitsstörungen lassen sich auf die traumatischen Kindheitserfahrungen, die viele drogenabhängige Frauen (aber auch Männer) gemacht haben (vgl. 4.3.1.1), zurückführen. Erschwerend kommt hinzu, dass besonders Frauen einem erhöhten Risiko unterliegen, auch im Erwachsenenalter traumatische Erfahrungen zu machen. Gewalttätigkeit kann zum einen in gewalttätigen Paarbeziehungen existieren, zum anderen in der allgemein gewaltbereiten Drogenszene. Außerdem birgt auch die Beschaffungsprostitution ein erhöhtes Risiko für sexuelle Gewalt. Aber auch ohne Prostitution, liegt für Drogen konsumierende Frauen eine höhere Wahrscheinlichkeit vor, sexuell missbraucht zu werden. (Vgl. Schäfer 2006, 23 ff.; Lüdecke 2010, 19 ff.) In der BADO 2010 gaben 65 Prozent der Frauen an, in ihrem Leben bereits sexuelle Gewalterfahrungen gemacht zu haben (es handelt sich um altersunabhängige Aussagen). Außerdem gaben 80 Prozent an, körperlicher Gewalt ausgesetzt gewesen zu sein. (Vgl. BADO e.V. 2011, 35)

Weiterhin lassen sich in der Hamburger Basisdatendokumentation 2010 Angaben über die allgemeine psychische Belastung des Klientels finden. Diese ist bei beiden Geschlechtern stark ausgeprägt, besonders bei den Frauen. So sind diese nach Einschätzung der MitarbeiterInnen zu 43 Prozent erheblich bis extrem psychisch belastet. Doch auch für Männer liegt diese Rate mit 33 Prozent hoch. 23 Prozent der Frauen wurden als depressiv eingeschätzt und 21 Prozent äußerten Angstzustände. Mindestens einen Suizidversuch haben 43 Prozent der Frauen und 23 Prozent der Männer unternommen. (Vgl. BADO e.V. 2011, 39 f.)

Neben solchen psychischen Belastungen sind drogenabhängige Frauen (und Männer) auch auf der sozioökonomischen Ebene vergleichsweise stärker belastet und eingeschränkt, was im Folgenden näher ausgeführt wird.

4.3.2 Charakteristika der familiären Lebensumstände auf der sozioökonomischen Ebene

Neben der starken psychischen Belastung (vgl. 4.3.1) sind drogenabhängige Frauen und Männer auch starken sozioökonomischen Belastungen ausgesetzt. Der dadurch ausgelöste Stress dürfte nicht zuletzt die psychische Belastung zusätzlich erhöhen, wenn es darum geht, die eigene Existenz und gegebenenfalls die des Kindes zu sichern.

„Opiatabhängige Mütter gehören überwiegend unteren sozialen Schichten an; typischerweise sind die Mütter alleinstehend, ohne stabile Partnerbeziehung und die Wohnverhältnisse sind oft unzureichend“ (Englert / Ziegler 2001, 145). Englert und Ziegler fanden heraus, dass 15 bis 24 Prozent aller Drogenabhängigen wohnungslos sind (vgl. Englert / Ziegler 2001, 145).

In der Hamburger Basisdatendokumentation gaben 61 Prozent aller befragten Opiatabhängigen an, über eigenen Wohnraum zu verfügen, bei den Frauen waren es 66 Prozent. Weitere 15 Prozent der Frauen wohnten bei Dritten, elf Prozent in betreuten Wohneinrichtungen, Kliniken, Frauenhäusern oder sind in Haft. Es verbleiben acht Prozent der weiblichen Opiatabhängigen, die in extrem prekären Verhältnissen leben, nämlich in Notunterkünften, Pensionen oder auf der Straße. Insgesamt, sind es neun Prozent beider Geschlechter, die in dieser Wohnform leben. (Vgl. BADO e.V. 2010, 37)

Auch in der Deutschen Suchthilfestatistik sind es rund zwei Drittel aller betreuten Opiatabhängigen, die über eigenen Wohnraum verfügen, auch für das Wohnen bei Dritten und in Einrichtungen sind die Ergebnisse ähnlich, sowie für die Haftaufenthalte. Während es in der BADO neun Prozent sind, die auf der Straße und in niedrighwelligen Notunterkünften wohnen, kommt die Deutsche Suchthilfestatistik auf rund sechs Prozent. (Vgl. Pfeiffer-Gerschel / Künzel / Steppan 2011, 426) Diese Abweichung ist jedoch vermutlich auf unterschiedliche Antwortmöglichkeiten und Definitionen zurückzuführen.

Wenn man nach Gründen dafür fragt, muss man bedenken, „[...] dass Drogenabhängige im Vergleich zur Normalbevölkerung über *eine unterdurchschnittliche schulische und berufliche Bildung* verfügen. Dies geht meist mit *einem erhöhten Armuts- und Arbeitslosigkeitsrisiko* einher“ (Klein 2006, 10 f.).

In der von Kröger et al. durchgeführten Studie gaben in zwei Untersuchungsgruppen mit

substituierten Müttern jeweils 19 Prozent an, keinen Schulabschluss zu haben, in der BADO 2010 waren es 22 Prozent aller opiatabhängigen KlientInnen (vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 32; BADO e.V. 2011, 37). Somit lässt sich sagen, dass rund ein Fünftel aller Drogenabhängigen über keinen Schulabschluss verfügt, wobei in der BADO mehr Frauen als Männer einen Schulabschluss haben. Anders ist es hier bei der abgeschlossenen Berufsausbildung. Über eine solche verfügen laut BADO 66 Prozent der Hamburger Opiatabhängigen, es sind aber mehr Männer als Frauen. (Vgl. BADO e.V. 2011, 37) Klein bezieht sich in seiner obigen Aussage auf ein Studienergebnis, nachdem nicht einmal die Hälfte aller Drogenabhängigen eine abgeschlossene Berufsausbildung hat. Rund 13 Prozent der Befragten waren nach seinen Forschungen erwerbstätig, jedoch nur die Hälfte davon in Vollzeit. (Vgl. Klein 2006, 11) In der BADO waren im Jahr 2010 70 Prozent der KlientInnen erwerbslos, unter ihnen waren 95 Prozent seit über einem Jahr arbeitslos gemeldet. (Vgl. BADO e.V. 2011, 37 f.) Auch die Deutsche Suchhilfestatistik gibt an, dass die Quote für Erwerbslosigkeit unter den Opiatabhängigen am höchsten ist (vgl. Pfeiffer-Gerschel / Künzel / Steppan 2011, 425). Daraus lässt sich schließen, dass ein Großteil der OpiatkonsumentInnen auf staatliche Unterstützung angewiesen ist und tendenziell eher unter der Armutsgrenze lebt. Immerhin hat rund ein Fünftel der Exponierten Schulden, knapp mehr als die Hälfte sogar mehr als 25.000 € (vgl. BADO e.V. 2011, 38). Rund ein Fünftel der Frauen geht der Prostitution nach, um ihr Leben, gegebenenfalls das Kind und den Drogenkonsum finanzieren zu können (vgl. BADO e.V. 2011, 38; Davis 1990, 227; Englert / Ziegler 2001, 145). Diese Umstände wirken sich auch auf die Kinder aus. „Es ist davon auszugehen, dass viele Kinder drogenabhängiger Eltern in ihren materiellen Ressourcen extrem eingeschränkt sind. Dies wiederum kann auf Selbstwertgefühl, soziale Integration und den Umgang mit Eigentum und Besitz negativ auswirken“ (Klein, 2006, 11).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass drogenabhängige Frauen mit hoher Wahrscheinlichkeit traumatische Erfahrungen in ihrer Kindheit gemacht haben, die sich nachhaltig auf sie auswirkten und vermutlich auch dazu beitrugen, dass diese Frauen begannen Drogen zu konsumieren und abhängig wurden. Diese Traumata beruhen oft auf physischen und sexuellen Gewalterfahrungen, aber auch auf mangelhaften emotionalen Beziehungen zu den nächsten Bezugspersonen. Oftmals wiederholten sich diese traumatischen Erlebnisse auch im Erwachsenenalter. Weiterhin sind sie häufig selbst von substanzabhängigen Eltern großgezogen worden und haben keine adäquaten elterlichen Rollenvorbilder gehabt. Stattdessen haben sie eher ungünstige Erziehungsmuster ihrer Eltern verinnerlicht. Auf Grund ihrer sozialen Situation erfahren sie wenig Unterstützung durch Freunde und Verwandte. Sie verfügen auch nicht über formelle Netzwerke, da sie Eingriffe ins Familienleben fürchten. Frühe traumatische Erfahrungen und aktuelle Belastungssituationen

erhöhen bei den exponierten Frauen die Wahrscheinlichkeit für Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, akute Angststörungen und Suizidgedanken. Insgesamt neigen die Betroffenen zu einem negativen Selbstbild und abhängigen Beziehungsverhalten. Sich selbst schätzen sie als inkompetente Mütter ein und haben selten eine positive Selbstwirksamkeitserwartung. Diese negative Einstellung sich selbst gegenüber erhöht im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung die Wahrscheinlichkeit für ungünstige Verhaltensweisen dem Kind gegenüber. Somit weisen sie ein insgesamt labiles und belastetes psychologisches Profil auf, dessen sie sich zum Teil auch bewusst sind. Dieses Bewusstsein verstärkt das Belastungserleben und somit auch die Symptomatik.

Hinzu kommt, dass diese Familien auch durch enorme sozioökonomische Einschränkungen beeinträchtigt sind. Diesen liegen unter anderem geringe oder auch fehlende Schulabschlüsse zu Grunde. Besonders alleinerziehende Mütter erfahren eine erhöhte Beeinträchtigung auf allen Ebenen, bei ihnen kommt es zu einer Kumulation der Problemlagen. Dies ist zu beachten, da viele drogenabhängige Mütter alleinerziehend sind (so war 2010 in Hamburg der Anteil opiatabhängiger Frauen die alleine mit einem Kind lebten genauso hoch wie der, derjenigen die mit Partner und Kind zusammen lebten (vgl. BADO e.V. 2011, 37)). Das heißt zum einem, dass viele Kinder einem noch stärker belasteten Umfeld ausgesetzt sind, als es Kinder drogenabhängiger Eltern ohnehin schon sind. Zum anderen wird hier für Interventionsmaßnahmen ein größerer Hilfebedarf der Zielgruppe deutlich.

Es ist davon auszugehen, dass solch umfangreiche und auch schwerwiegende Benachteiligung und Beeinträchtigungen, wie sie hier dargestellt wurden, sich auch auf das Erziehungsverhalten auswirken. Inwieweit dies zutreffend ist, wird im folgenden Part ausgeführt.

4.3.3 Elternschaft und Auswirkungen

Um zu prüfen, ob und wie sehr sich psychische und sozioökonomische Belastungen, wie opiatabhängige Eltern sie erfahren (vgl. 4.3.1.1 und 4.3.1.2), sich auf das Elternverhalten auswirken, wird im Folgenden das spezifische Verhalten von opiatabhängigen Müttern während der Schwangerschaft untersucht. Anschließend wird der elterliche Verhalten dem geborenen Kind gegenüber betrachtet.

4.3.3.1 Verhalten während der Schwangerschaft und Auswirkungen auf das Kind

Drogenabhängige Frauen haben in der Regel einen konsumbedingt unregelmäßigen Zyklus und nur wenige von ihnen nutzen regelmäßig Verhütungsmittel. Demzufolge bemerken sie häufig nicht frühzeitig, dass sie schwanger sind. Im Schnitt stellen sie die Schwangerschaft im vierten bis fünften Monat fest. Auch wenn die Schwangerschaft als solche nicht geplant war, wird sie von vielen drogenabhängigen Frauen positiv bewertet. Erstmals erhalten sie positive Aufmerksamkeit und ihr Umfeld zeigt sich besorgt um ihr Wohlbefinden. Weiterhin hat diese Situation oftmals eine motivierende Funktion. „They begin to idealize the situation and believe that their babies will somehow make their lifes better“ (Davis 1990, 227). Sie glauben nun ihre Drogensucht überwinden zu können, ihrem Kind zuliebe, und Probleme der Isolation und in der Partnerschaft bewältigen zu können. (Vgl. ebd.; Englert / Ziegler 2001, 145; Klein 2006, 8)

Spätestens der Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft ist ein guter Moment, sich substituieren zu lassen, wozu schwangeren opiatabhängigen Frauen von allen professionellen Seiten geraten wird (vgl. 3.). Da sie ihre Schwangerschaft aber oft erst spät bemerken, neigen viele Betroffene dazu, die Situation zu bagatellisieren. Sie betrachten die wichtigste Entwicklungsphase des Fötus als abgeschlossen und reden sich ein, dem Kind nun nicht mehr schaden zu können, als bisher. Weiterhin rechtfertigen sie sich damit, dass der Entzug für den Fötus zu gefährlich sei, weshalb es besser sei, weiter zu konsumieren. (Vgl. Davis 1990, 227) Dabei ist anzumerken, dass ein Entzug tatsächlich Risiken für das Kind birgt. Daher werden sie nach Möglichkeit substituiert. Während der Schwangerschaft muss die Patientin substituiert bleiben, da das komplette Abdosieren für den Embryo oder Fötus lebensgefährlich sein kann. Es ist lediglich möglich, die Dosis langsam zu verringern. (Vgl. 3) Somit verharmlosen die Betroffenen ihre Situation, wenn sie behaupten, es sei besser weiter zu konsumieren, als aufzuhören. Die Substitutionstherapie ist für das ungeborene Kind der sicherste Weg, wenn die Mutter bei Schwangerschaftsbeginn konsumiert.

Kinder, die während der Schwangerschaft dem mütterlichen Konsum ausgesetzt sind, egal ob Substitutionsmittel oder illegale Substanzen, leiden nach ihrer Geburt mit hoher Wahrscheinlichkeit unter dem Neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS), die Rate liegt bei 50 bis 95 Prozent (vgl. Englert / Ziegler 2001, 145).

Das Ausmaß des NAS hängt von der konsumierten Menge während der Schwangerschaft ab. Der Entzug beginnt innerhalb der ersten Tage, meist am zweiten Tag, und dauert bis zu acht Wochen an. Symptome sind unter anderem häufiges, extrem schrilles Schreien, Tremor, Erbrechen oder Probleme bei der Nahrungsaufnahme. Wie auch in 4.3.1.2 ausgeführt, erleben die Mütter diese

Symptome des Kindes oftmals als Konsequenz ihrer mangelnden Elternkompetenz und als persönliche Zurückweisung, was sich wiederum negativ auf ihr Selbstbild auswirkt. Wie in 4.3.1 und 4.3.2 dargestellt, erfahren drogenabhängige Mütter kumulative Belastungen. Diese lässt vermuten, dass dadurch ihre Frustrationstoleranz abgeschwächt wird. Somit wird diese Stresssituation für sie umso schwerer zu bewältigen sein. Da sie keine anderen Bewältigungsstrategien kennen, führt dies oft eher dazu, dass sie wieder mehr konsumieren, anstatt wie zu Beginn der Schwangerschaft erhofft, weniger. (Vgl. Englert / Ziegler 2001, 145 f.; Davis 1990, 227)

Als weitere Konsequenzen konnten ein geringeres Geburtsgewicht, eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt und ein kleinerer Kopfumfang festgestellt werden. Die Rate für ein niedrigeres Geburtsgewicht liegt nach Forschungsergebnissen zwischen 20 und 40 Prozent. Auch der *small-for-date*¹³ Anteil der Kinder ist mit einer Prävalenz von durchschnittlich 30 Prozent erhöht. Circa ein Fünftel aller Kinder, die während der Schwangerschaft mütterlichem Drogenkonsum ausgesetzt sind, kommen vor der 34. Schwangerschaftswoche, und somit als Frühgeburt, zur Welt. Unterschiede zwischen Heroin und Methadon konnten nicht festgestellt werden. (Vgl. Englert / Ziegler 2001, 146)

Burns, O'Driscoll und Wason befassten sich 1996 mit den Folgen mütterlichen Opiatkonsums. In einer Studie verglichen sie 23 Kinder von substituierten Müttern mit 20 Kindern einer Kontrollgruppe auf Unterschiede in ihrer Gesundheit und ihrer Entwicklung. Alle Kinder waren zwischen drei und sieben Jahre alt und wohnten in ähnlichen Verhältnissen. (Vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 113)

Abgesehen von einer Mutter bestätigten alle substituierten Frauen auch während der Schwangerschaft Drogen konsumiert zu haben. Elf Mütter gaben an, Heroin konsumiert zu haben, zwölf Methadon und sechs Mütter konsumierten zusätzlich andere Drogen. Aktuellen Beikonsum gaben zwei der substituierten Mütter an. In der Kontrollgruppe gaben zwei Mütter an, nicht-opioide Drogen genommen zu haben aber nur bis sie wussten, dass sie schwanger sind. In beiden Gruppen gab es Mütter, die während der Schwangerschaft Alkohol und Nikotin konsumierten, in der Indexgruppe war der Anteil deutlich größer. Bei drei der opiatabhängigen Müttern kam es zu einer Frühgeburt, nicht so in der Kontrollgruppe. Bei acht Kindern der Indexgruppe wurde ein Opiatentzug festgestellt. Das durchschnittliche Geburtsgewicht bei den Kindern der abhängigen Mütter war zwar geringer als in der Kontrollgruppe, jedoch waren sie nicht untergewichtig. Angaben zum Kopfumfang nach der Geburt lagen nicht vor. (Vgl. Burns / O'Driscoll / Wason

13 Sogenannte *small-for-date*-Kinder haben ein für den Zeitpunkt der Schwangerschaft / Geburt zu geringes Gewicht.

1996, 116 f.)

„The study indicates that a group of children whose mothers (with one possible exception) took opiates during pregnancy and remain on methadone maintenance were as healthy, in term of height, physical examination and medical history, as a matched control group“ (Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 118).

Alle Kinder machten gleiche Entwicklungsfortschritte, es gab keine Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 118).

Bei keinem Kind wurden schwerwiegende Krankheiten oder ähnliches festgestellt. Alle Kinder waren normal groß, Kinder drogenabhängiger Mütter hatten einen signifikant kleineren Kopfumfang. Jedoch lag dieser nur bei einem Kind unter der Norm. In der Sprachentwicklung lagen fünf der Indexkinder und ein Kind der Kontrollgruppe zurück, vier der Kinder waren deswegen aber bereits in Behandlung. (Vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 118)

Obwohl in mehreren Studien eine Korrelation von kleineren Kopfumfängen und mütterlichem Drogenkonsum während der Schwangerschaft festgestellt wurde, ist nicht bekannt, wie stark auch der Einfluss von Alkohol, Nikotin und der Ernährungsweise der Mutter ist. Diese Faktoren konnten in keiner Studie exkludiert werden. Es ist auch nicht bekannt, welchen Einfluss ein kleineres Gehirn auf die intellektuelle Entwicklung des Kindes hat. Dies ist schwierig zu erforschen, da es zahlreiche Umweltfaktoren gibt, die auf das Kind und seine Entwicklung Einfluss nehmen, die nicht ausgeschlossen werden können, allen voran die Förderung durch die Eltern. (Vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 119) Diese Studie und andere kommen zu dem Ergebnis, „[...] that children whose mothers took opiates while pregnant make similar developmental progress to control children, suggesting that the deleterious effects of reduces pre-natal brain growth on later intellectual function are not necessarily very great“ (Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 119).

Die Autoren geben an, dass Faktoren, die diese Mütter von denjenigen unterscheiden, deren Kinder außerhalb der Herkunftsfamilie leben, nur schwer aus dieser Studie abgeleitet werden können beziehungsweise im Allgemeinen fehlen, auf Grund des mangelhaften Forschungsstandes. Sie vermuten aber, dass die Teilnahme am Methadonprogramm und die Anbindung an die Drogenhilfe (hier Drug Dependency Unit) als förderliche und stabilisierende Faktoren zu werten sind. Sie empfehlen eine enge und langfristige Anbindung an das Hilfesystem, sodass Probleme früh erkannt werden können und entsprechende Unterstützung eingeleitet werden kann. (Vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 120)

Zu anderen Ergebnissen kamen Wilson et al. (vgl. Hogan 1998, 613 f.). Sie untersuchten Kinder aus vier Gruppen: Mütter, die während der Schwangerschaft Heroin konsumierten, drogenabhängige Mütter, die nicht während der Schwangerschaft konsumierten, Mütter bei denen

es medizinische Geburtskomplikationen gab und eine sozioökonomisch vergleichbare Kontrollgruppe. „The first group, those exposed prenatally, performed significantly worse than all other groups on physical, intellectual, sensorimotor, and behavioural measures. Children whose mother was a drug user performed slightly better than those prenatally exposed, but significantly less well than the remaining two comparison groups” (Hogan 1998, 613 f.). Aus diesen Ergebnissen schließt Hogan, dass es zwar einen biologischen Effekt durch den Konsum während der Schwangerschaft gibt, das erziehende Umfeld jedoch einen wichtigen Einfluss hat (vgl. Hogan 1998, 614).

Auch Bauman und Levine fanden in ihrer Studie (vgl. 4.3.1.1 und 4.3.3.2) tendenziell signifikante Unterschiede zwischen Kindern, die mütterlichem Opiatkonsum während der Schwangerschaft ausgesetzt waren, und denen, deren Mütter zwar opiatabhängig sind, die aber nicht während der Schwangerschaft konsumierten. Erstere schnitten im Vergleich in den Kategorien Gewicht und Größe, Entwicklungsstand und Intelligenz schlechter ab. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 859)

Hieraus ist weiter zu schließen, dass langfristige Unterstützung für betroffene Familien besonders in der Kindheit, wie oben empfohlen, wichtig ist und eine Begleitung, die sich ausschließlich auf die Schwangerschaft erstreckt, nicht ausreichend sein kann. Dass die Studienergebnisse hier weit auseinander gehen ist ein weit verbreitetes Problem in diesem Forschungsgebiet. In diesem Falle untersuchte eine Studie substituierte Mütter, die andere drogenabhängige, nicht substituierte Mütter - diese Ergebnisse sind nur bedingt vergleichbar. Allerdings ist zu bedenken, dass die zuerst genannte Studie 1996 vorgestellt wurde, die zweite 1979. Sowohl die Möglichkeiten in der Forschung als auch in den Hilfesystemen haben sich seitdem verändert und verbessert, sodass angenommen werden kann, dass in den positiven Ergebnissen von 1996 auch ein Trend zu erkennen ist. Kinder drogenabhängiger Eltern leben inzwischen möglicherweise in sichereren und besser unterstützten Verhältnissen. So war beispielsweise in den 1970er Jahren die Substitution noch nicht so verbreitet wie in den 1990ern. Somit erweist sich hier wieder die Substitution als stabilisierend und Elternschaft positiv unterstützend. Schließlich haben in beiden Studien die Mütter während der Schwangerschaft Drogen konsumiert. Jedoch waren die Mütter in einer der beiden Studien substituiert, während sie ihre Kinder erzogen. Auch dies bestätigt, dass das erzieherische Umfeld ein bedeutender Einflussfaktor ist, möglicherweise wichtiger, als der Drogenkonsum während der Schwangerschaft.

Es lassen sich weitere Studienergebnisse finden, die sich mit der Entwicklung von Kindern drogenabhängiger Eltern befassen. Oftmals ist aber nicht bekannt, ob die Mutter auch während der Schwangerschaft konsumierte. Daher werden diese Ergebnisse im folgenden Punkt dargestellt, wobei nicht immer ausgeschlossen werden kann, dass Ergebnisse zum Teil auch auf pränatalen

Drogenkonsum zurückzuführen sind.

4.3.3.2 Erziehungsverhalten und Auswirkungen auf das Kind

Die Globalhypothese der Forschung über suchtblastete Familien geht davon aus, dass Kinder Benachteiligung durch den elterlichen Drogenkonsum erfahren. Es wird vermutet, dass sie in ihrer sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung beeinträchtigt sind. Inwiefern sich der Drogenkonsum während der Schwangerschaft auf die kognitive Entwicklung auswirken könnte, wurde in 4.3.3.1 dargestellt. Nun wird untersucht, ob abhängige, insbesondere substituierte, Eltern ein spezifisches Erziehungsverhalten aufweisen und wie sich dieses auf ihre Kinder auswirkt.

Hogan kommt zu dem Ergebnis, dass die von ihr betrachteten Studien über Erziehungseinstellungen und -verhalten nur wenige statistisch signifikante Unterschiede zwischen abhängigen und nicht-abhängigen Eltern finden (vgl. Hogan 1998, 610 f.).

Colten untersuchte 1980 in ihrer Studie *A Comparison of Heroin-Addicted and Nonaddicted Mothers. Their Attitudes, Beliefs and Parenting Experiences* 170 heroinabhängige und 175 nicht-abhängige Mütter aus vergleichbaren sozioökonomischen Lebensverhältnissen (vgl. Colten 1980, 6). Colten fand keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen in ihren Einstellungen gegenüber Kindern und deren Einfluss auf ihr Leben (vgl. Colten 1980, 11). Auch die Annahme, dass drogenabhängige Frauen unrealistische Erwartungen an ihre Kinder haben und daran, wie sich ihr Leben unter der Mutterschaft positiv verändern wird (vgl. 4.3.3.1), konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden (vgl. Colten 1980, 12). Die Mütter beider Untersuchungsgruppen äußerten sich gleich über ihre Gefühle gegenüber ihren Kindern und die Beziehung, die sie zu ihnen haben (vgl. Colten 1980, 15). „The importance and the enjoyment of the mother role were very similar for the groups“ (Colten 1980, 15).

Unterschiede fanden sich im Umgang mit Bestrafungen. Während rund die Hälfte der abhängigen Mütter angab, nicht sehr streng oder überhaupt nicht streng zu sein, war es bei den nicht-abhängigen Müttern rund ein Drittel, die sich als streng einschätzten. Nach den Studienergebnissen kommt es bei drogenabhängigen Müttern mit höherer Wahrscheinlichkeit zu verbalen Bestrafungen als in der Vergleichsgruppe. Diese bestrafte ihre Kinder hingegen öfter auch körperlich als die Mütter der Indexgruppe. (Vgl. Colten 1980, 16 f.) Hier ist zu beachten, dass die Mütter nicht in Situationen mit dem Kind beobachtet wurden, sondern ausschließlich Interviews durchgeführt wurden. Es könnte sein, dass die Mütter (beider Gruppen) dabei in die gewünschte Richtung geantwortet haben. Insbesondere drogenabhängige Mütter wissen um die Vorurteile, die man ihnen gegenüber hat. Von daher ist nicht auszuschließen, dass sie ihre Kinder

auch anders bestrafen, als sie angegeben haben, wobei dies auch für die Vergleichsgruppe gilt.

Ein weiterer signifikanter Unterschied in den Einstellungen fand sich im Selbstbild der Mütter. Wie bereits in 4.3.1.2 dargestellt, halten sich drogenabhängige Frauen mehrheitlich für ungeeignete, schlechtere Mütter. So auch in der Studie von Colten. Die abhängigen Mütter zeigten sich auch besorgter um ihre Kinder und äußerten hinsichtlich der Zukunft ihrer Kinder Befürchtungen, beispielsweise, dass diese später die Schule nicht abschließen, kriminell oder drogenabhängig würden. (Vgl. Colten 1980, 17) Auch Colten erwähnt in diesem Zusammenhang das Wirken einer „[...] self-fulfilling prophecy. If addicted mothers are treated as if they are inept, guilty and irresponsible then they will tend to feel and, possibly, behave this way“ (Colten 1980, 22). Darin sieht Colten eine wichtige Aufgabe für einzurichtende Unterstützungsprogramme. Auch sie beklagt mangelnde Hilfsangebote für drogenabhängige Mütter. Im Fokus der Arbeit mit dieser Zielgruppe sollte nach Colten die Mutterrolle stehen, in der die Frauen unterstützt und bestärkt werden müssen. (Vgl. Colten 1980, 22)

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Sowder und Burt in ihrer Studie *Children of Addicts and Nonaddicts. A Comparative Investigation of Five Urban Sites*, ebenfalls von 1980. Sie untersuchten Kinder und Jugendliche im Alter von drei bis 18 Jahren, die mit heroinabhängigen Eltern zusammenleben dahingehend, ob sie, im Vergleich zu anderen Kindern und Jugendlichen aus der Nachbarschaft, größere sozio-emotionale, gesundheitliche, Anpassungs-, Lern- oder Verhaltensprobleme haben. Die Index- und Vergleichsgruppe umfasste jeweils 160 Familien. (Vgl. Sowder / Burt 1980, 25)

Es stellte sich heraus, dass sich die exponierten Kinder und Jugendlichen in nur wenigen Bereichen signifikant unterschieden. So hatten die drei- bis siebenjährigen Kinder geringere Werte im Intelligenztest und die acht- bis 18-jährigen Jugendlichen wiesen größere Anpassungs- und Verhaltensprobleme auf, wie LehrerInnen berichteten. In schulischen Leistungen lagen sie jedoch nicht zurück. In beiden Gruppen ergab sich eine vergleichbare Verteilung von Schülern mit guten und mangelhaften schulischen Leistungen.

Keine oder nur geringe Unterschiede fanden sich im Erziehungsverhalten der Eltern und ihren Bestrafungsmethoden, in Einstellungen zur Schule und den diesbezüglichen elterlichen Erwartungen an die Kinder und in den Angaben über Kindesvernachlässigung und -misshandlung, die über Behörden eingeholt wurden. (Vgl. Sowder / Burt 1980, 38)

Wie auch bei Colten gab die Mehrheit der Eltern an, ihr Kind niemals mit physischer Gewalt bestraft zu haben. Sie nutzten eher verbale Bestrafung in Form von 'Vorträgen' oder auch Schreien und das Einsetzen von Verboten und Belohnungen. In der Gruppe der Acht- bis 18-jährigen gab eine signifikante Mehrheit der abhängigen Eltern, von 32 Prozent gegenüber 17 Prozent in der

Kontrollgruppe, an, weniger als zwölf Stunden pro Woche mit ihrem Kind zu verbringen. In der Gruppe der drei- bis siebenjährigen Kinder gab es in den Angaben der Eltern keinen signifikanten Unterschied. Jedoch war der Anteil mit 41 Prozent in der Index- und 38 Prozent in der Kontrollgruppe jeweils recht hoch, zumal die jüngeren Kinder größerer Aufmerksamkeit und Zuwendung bedürfen. Die AutorInnen berichten, dass eine Minderheit angab, nach eigener Einschätzung nicht genug Zeit mit dem Kind auf Grund ihrer Abhängigkeit zu verbringen. Auch wenn dies so nicht von den Autoren geäußert wird, erscheint der Anteil der Eltern, auf die dies zutrifft, mit 45 Prozent bei den Drei- bis Siebenjährigen und 24 bei den Prozent Acht- bis 18-jährigen sehr hoch. Auch hier sei wieder betont, dass insbesondere die jüngeren Kinder mehr elterliche Zuwendung benötigen. Daher lässt sich auch vermuten, dass die Aussage, nicht genug Zeit mit dem Kind zu verbringen, unter den Eltern der Jüngeren weniger oft bestätigt wurde. Zwei Drittel der Eltern gaben an, auf Grund ihrer Abhängigkeit nicht die Eltern sein zu können, die sie gerne wären. Ein Fünftel fühlt sich auf Grund der Abhängigkeit 'emotional ungeeignet'. Hier bestätigen sich abermals die negativen Selbstbilder drogenabhängiger Eltern. (Vgl. Sowder / Burt 1980, 30)

In 4.3.1.1. wurde bereits kurz auf eine von Bauman und Levine durchgeführte Studie aus dem Jahr 1986 hingewiesen. Hier untersuchten die ForscherInnen die „[...] theory of an intergenerational cycle of addiction [...]“ (Bauman / Levine 1986, 849). Basierend auf der Annahme, dass sich Abhängigkeit in der Familie fortsetzt, führten Bauman und Levine eine Studie mit substituierten und nicht-abhängigen Frauen und deren Kindern durch. Ihre Annahme war, dass die abhängigen Mütter auf Grund ihrer Erkrankung in ihrer Erziehungsfähigkeit beeinträchtigt sind, sich dies negativ auf die Kinder auswirkt und diese daher später mit höherer Wahrscheinlichkeit ebenfalls abhängig werden. Untersucht wurden die Mütter in ihrer Persönlichkeit, Intelligenz und ihrem Elternverhalten. Die Kinder wurden ebenfalls auf ihre Intelligenz, ihren Entwicklungsstand und ihr Verhalten untersucht, sie waren im Mittel zwischen vier und fünf Jahre alt. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 849 f.)

Die nicht-abhängigen Mütter machten in Hinblick auf ihre Persönlichkeit einen insgesamt besseren Eindruck, sie zeigten sich signifikant emphatischer, geselliger und reifer als die substituierten Mütter (vgl. Bauman / Levine 1986, 853 ff.). Diese wiederum wiesen in verschiedenen Tests signifikant höhere Raten für ablehnende Verhaltensweisen, wie Kommandieren, Demütigen und Zurückweisen, auf. Außerdem neigten sie tendenziell dazu, öfter zu schreien und zu weinen. Auf den Skalen für pro-soziales Verhalten, wie Lachen, schnitten sie signifikant schlechter ab. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 857)

Auch die Kinder der substituierten Mütter zeigten mehr ablehnende Verhaltensweisen, wobei die

Unterschiede nur tendenziell signifikant waren. Sie waren vergleichsweise aggressiver, schrien mehr und neigten dazu, andere zu ärgern. Jedoch schnitten sie auch in Tests zu pro-sozialem Verhalten besser ab. In der Interaktion mit der Mutter zeigten sie mehr Einverständnis, Gehorsam und Anerkennung beziehungsweise Liebe zur Mutter. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 857) Es ist zu vermuten, dass dies auf das eher ablehnende Verhalten der Mütter zurückzuführen ist. Die betroffenen Kinder verhalten sich dann besonders vorbildlich, so wie sie glauben, dass ihre Mutter es erwartet, um mehr Anerkennung und Zuneigung seitens der Mutter zu erfahren. Die Ursache für das negative Verhalten der Mutter sehen sie nicht in der Mutter selbst, sondern sie suchen die Schuld bei sich. Bauman und Levine haben hierfür eine andere Erklärungshypothese: Da das gehorsame Verhalten direkt auf eine Anweisung der Mutter folgte und diese öfter Befehle erteilte, als die die nicht-abhängigen Mütter, hatten die Kinder mehr Gelegenheiten, ihren Müttern zu gehorchen (vgl. Bauman / Levine 1986, 861).

In der oben erwähnten Studie von Burns et al. (vgl. 4.3.3.1) wurden im Übrigen keine Unterschiede im Verhalten gefunden. Die drei- bis siebenjährigen Kinder, die bei ihren substituierten Müttern lebten, schnitten in den Verhaltenstests vergleichbar mit den Kindern nicht-abhängiger Frauen ab. (Vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 118) Die Tests hierzu waren zwar nicht so umfangreich wie bei Bauman und Levine, jedoch zeigen sich hier abermals divergierende Ergebnisse.

In den Untersuchungen zum Entwicklungsstand der Kinder wurden keine signifikanten Unterschiede gefunden. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 859)

Lediglich in einem der Intelligenztests schnitten die Kinder der abhängigen Mütter signifikant schlechter ab, jedoch lag ihr IQ-Wert immer noch im Normbereich. Dies ist ein gutes Beispiel dafür, dass Angaben über signifikante Unterschiede zwar Verschiedenheiten in den Untersuchungsgruppen belegen, jedoch nicht zwingend eine Aussage über das Ausmaß oder gar die pathologische Wirkung treffen. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass ein Zusammenhang zwischen dem IQ-Wert der Mutter und dem des Kindes besteht und diese vergleichbar sind. (Vgl. Bauman / Levine 1986, 859) Dies erklären die ForscherInnen damit, dass substituierte Mütter „[...] are not intellectually oriented, they most likely are not providing adequate intellectual stimulation in their children's environment“ (Vgl. Bauman / Levine 1986, 861).

Eine Gefährdung für die Kinder der substituierten Mütter lässt sich aus den Studienergebnissen nicht ableiten, insbesondere da sie keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Entwicklungsrückstände aufwiesen. Es wurden negative Verhaltensmuster gefunden, die die Kinder vermutlich von ihren Müttern übernehmen. „It cannot be concluded that the deficiencies

are caused by drug use; they may have occurred regardless whether a mother used drugs [...]“ (Bauman / Levine 1986, 861).

Da sich aversive Verhaltensweisen bei abhängigen Müttern und ihren Kindern messen ließen, sollten an diesen Punkt Unterstützungsprogramme für die Zielgruppe greifen. Dadurch können Eltern neue Verhaltensweisen im Umgang mit ihren Kindern erlernen. Außerdem könnten die betroffenen Kinder von einem Umfeld außerhalb des eigenen zu Hause profitieren, in dem sie von anderen Vorbildern lernen. Gruppenangebote für Eltern und Kinder könnten hier ein positives Beispiel sein.

Schädlich könnten diese aversiven Muster für Kinder werden, wenn sie sich manifestieren. Darin sehen Bauman und Levine eine Unterstützung ihrer Hypothese des intergenerationalen Abhängigkeitszykluses. Sie vermuten, dass es diese schädlichen Verhaltensmuster sind, die die Kinder von ihren Eltern erlernen und die dazu führen, dass sie später selbst Drogen konsumieren und abhängig werden.

Die Annahme, dass Kinder abhängiger Eltern mit höherer Wahrscheinlichkeit selbst KonsumentInnen oder gar abhängig werden, wird in der Forschung einstimmig bestätigt (vgl. Hogan 1996, 614). Die theoretische Begründung variiert je nach theoretischen Bezugswissenschaften. „In particular there is confusion over the relative role of biological/genetic factors and environmental factors“ (Hogan 1996, 614). Sicherlich handelt es sich um ein Zusammenspiel von neurobiologischen Faktoren und den Umwelteinflüssen. Wobei hiermit nicht nur die Eltern gemeint sind. Auch die Rolle des Peerverhaltens ist vermutlich nicht zu unterschätzen.

Um zu prüfen, inwiefern Kinder drogenabhängiger Eltern einem besonderen Risiko unterliegen, muss schließlich der Aspekt der Vernachlässigung und des Missbrauchs thematisiert werden. Unter 'Missbrauch' sollen hier sowohl der sexuelle Missbrauch als auch alle anderen physischen Misshandlungen fallen. Wie bereits in 2.1.2 angeführt sind diese Formen der Misshandlung vielfältig und an sich differenziert zu betrachten. Nichtsdestotrotz stellen sie alle eine Gefährdung des Kindeswohls dar. Nun ist zu prüfen, ob und wie Drogenkonsum und Kindesmisshandlung zusammenhängen. Dazu werden im Folgenden nach Hogan (1996, 611 f.) verschiedene Studienergebnisse zusammengefasst.

In einer spanischen Untersuchung wurden 75 Kinder heroinabhängiger Eltern im Verlauf ihrer Kontakte zum Krankenhaus betrachtet und mit Kindern nicht-abhängiger Eltern verglichen. So fiel auf, dass die Kinder der abhängigen Eltern anfälliger für Krankheiten waren und somit öfter ärztlichen Kontakt hatten. In erster Linie litten sie an Infektionen und ernährungsbedingten Erkrankungen, welche auf elterliche Vernachlässigung zurückzuführen waren. Die ForscherInnen

sahen einen möglichen Grund hierfür, dass mehr als die Hälfte der Mütter Teenager waren.

In einer von Sowder und Burt durchgeführten Studie wurden 365 Kinder heroinabhängiger Eltern mit 369 Kindern nicht-abhängiger Eltern aus der gleichen Nachbarschaft verglichen. Die Missbrauchsrate war im Vergleich zur allgemeinen Missbrauchsrate für die gesamten Vereinigten Staaten um das Zehn- bis 15-fache erhöht. Die Familien aus der Nachbarschaft, die den gleichen sozioökonomischen Status hatten, wiesen vergleichbar hohe Missbrauchsraten auf, „[...] indicating that poverty may be at the root of the problem [...]“ (Hogan 1996, 611).

Eine andere Annäherungsweise wurde gewählt, indem Fälle, die vor Gericht verhandelt wurden, zum Untersuchungsgegenstand wurden. In Familien, in denen eine zweijährige Missbrauchsphase nachgewiesen wurde, wurde bei 43 Prozent der Eltern Drogenmissbrauch (einschließlich Alkohol) nachgewiesen. Konsum von ausschließlich illegalen Drogen gaben 14 Prozent der Mütter und sieben Prozent der Väter an. Hogan kritisiert, dass das Studiendesign zum einen keine Kausalzusammenhänge nachweisen kann und zum anderen keine soziodemografische Vergleichsgruppe gegeben ist, sodass „[...] the possibility of a spurious relationship between child maltreatment and substance abuse is substantial“ (Hogan 1996, 612). Die untersuchten Familien lebten in schwierigen Verhältnissen, wie sie auch in 4.3.1 und 4.3.2 dargestellt wurden: „The sample was characterised by high levels of poverty, lack of social support, low education, and parental history of being mistreated as child“ (Hogan 1996, 612). Dies legt die Vermutung nahe, dass solche Lebensumstände das Risiko von Kindesmissbrauch erhöhen.

In einer weiteren Untersuchung von Fällen, in denen Kinder wegen physischer oder sexueller Misshandlung durch die Eltern in Pflege kamen, wurde versucht einen Zusammenhang zwischen Drogenkonsum und Misshandlung zu finden. Es konnte eine Korrelation zwischen sexuellem Missbrauch und Kokainkonsum gefunden werden (fast die Hälfte der Eltern, die ihr Kind sexuell missbrauchten waren KokainkonsumentInnen) und zwischen Alkohol und physischer Misshandlung (ebenfalls fast die Hälfte derjenigen, die ihr Kind körperlich misshandelten konsumierten Alkohol). „[...] there was so significant association between opiate use and either type of maltreatment“ (Hogan 1996, 612).

Zu anderen Ergebnissen kam man in einer weiteren Studie. Hier wurden 100 Opiatabhängige mit 100 Alkoholabhängigen verglichen. In zehn Familien (dreizehn Prozent) kam es zu Missbrauch an dem Kind. Neun davon waren Familien der Opiatabhängigen. Als diese Studie nochmals durchgeführt wurde, konnte kein Unterschied zwischen Opiat- und Alkoholabhängigen gefunden werden.

„Overall, these studies indicate that children of drug user *may be* at risk for abuse and / or neglect“ (Hogan 1996, 612; Hervorhebung durch die Autorin K.H.). In Familien mit

drogenabhängigen Eltern scheint es öfter zu Kindesmisshandlungen zu kommen als in der durchschnittlichen Bevölkerung. Beziehungsweise scheint es in Familien, in denen Kinder herausgenommen werden, öfter auch Drogen- und Alkoholmissbrauch zu geben. Jedoch kann dies nicht eindeutig auf den Drogeneinfluss zurückgeführt werden. Es fehlen insbesondere Vergleichsgruppen, die es ermöglichen, andere familiäre Einflüsse, vor allem den sozioökonomischen Status, als ursächlichen Faktor für Kindesmisshandlung auszuschließen oder auch hervorzuheben. Dies wäre jedoch wichtig, da in allen genannten Studien zur Kindesmisshandlung die Familien dem in 4.3.1 und 4.3.2 dargestellten Profil entsprachen und somit zahlreiche weitere determinierende Faktoren in Frage kämen. Weiterhin gibt es Indizien, dass die konsumierte Droge einen Einfluss auf die Form und das Ausmaß der Gewalt hat. Dies ist auch naheliegend, da verschiedene Drogen auch verschiedene Wirkungen haben und darauf basierend von den KonsumentInnen gewählt werden¹⁴. Dass sie dann auch eine entsprechende Wirkung auf das Verhalten haben ist die logische Konsequenz. Insbesondere Opiate werden wegen ihrer stark beruhigenden Wirkung genommen (vgl. Khantzian 1985, 1262).

Kinder, die mit drogenabhängigen Eltern zusammenleben, scheinen bisher keine beeinträchtigenden Unterschiede in ihrer Entwicklung, Intelligenz oder Gesundheit gegenüber Kindern nicht-abhängiger Eltern aufzuweisen. Zwar schneiden die exponierten Kinder mitunter schlechter ab, als die der Vergleichsgruppen, sie liegen aber insgesamt trotzdem im Normbereich. Kinder, die in der Schwangerschaft mütterlichem Konsum ausgesetzt waren, scheinen sich jedoch in den ersten Lebensjahren langsamer zu entwickeln, wobei nicht auszuschließen ist, dass sie Lern- und Entwicklungsrückstände im Grundschulalter aufholen können. Die gefundenen Unterschiede sind eher marginal und beziehen sich hauptsächlich auf die nicht alters-adäquate Sprachentwicklung und das nicht alters-entsprechende Vokabular. Dies wird von ForscherInnen tendenziell auf mangelnde Förderung seitens der Eltern zurückgeführt. Unterschiede in schulischen Leistungen sind hauptsächlich auf, von LehrerInnen benannte, Verhaltensprobleme in der Schule zurückzuführen, weniger auf Lern- und Leistungsschwierigkeiten. Einige Studien legen nahe, dass sich das Erziehungsverhalten der abhängigen Mütter negativ auf das Verhalten der Kinder auswirken kann. Diese fallen tendenziell öfter durch aggressives, temperamentvolles, sozial weniger angepasstes und verantwortungsloses Verhalten auf. Vermutlich haben sie auch deshalb öfter Schwierigkeiten gleichaltrige Freunde zu finden. „[...] [T]hey have fewer friends to play with and to confide in, lower confidence in their ability make [sic] friends, and experience greater avoidance by peers“ (Hogan 1996, 613). (Vgl. auch Hogan 1996, 613)

Ein besonderes Risiko liegt für Kinder vor, wenn sie von ihren Eltern psychisch oder physisch in

14 Selbstmedikationshypothese nach Khantzian (1985); ergänzt durch Stewart (2000)

irgendeiner Form misshandelt oder vernachlässigt werden. Misshandlungen scheinen in diesen Familien öfter Vorzukommen, als im nationalen Schnitt. Jedoch ist eine erhöhte Rate nicht eindeutig auf die Abhängigkeit zurückzuführen. Andere Lebensumstände wie ein niedriger sozioökonomischer Status oder starke psychische Belastungen könnten ebenfalls ausschlaggebend sein. Daher wird im folgenden Abschnitt nach Faktoren gesucht, die eine stärkere Aussagekraft über eine potenzielle Kindeswohlgefährdung haben.

4.3.3.3 Spezifische Risikofaktoren für Fremdplatzierungen Kinder abhängiger Eltern

Nachdem untersucht wurde, ob opiatabhängige Eltern spezifische Muster in ihrem Elternverhalten aufweisen, die sich in einer beeinträchtigenden Form auf das Kind auswirken, soll das Potenzial einer Kindeswohlgefährdung durch suchtkranke Eltern nun aus einer anderen Perspektive untersucht werden: Nair et al. befassten sich 1997 mit abhängigen Müttern und deren Kindern und suchten nach Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit einer Fremdplatzierung des Kindes erhöhen. Diese Studie *Risk Factors for Disruption in Primary Caregiving Among Infants of Substance Abusing Women* wird nun näher dargestellt.

Nair et al. gehen davon aus, dass Kinder abhängiger Mütter einem erhöhten Risiko unterliegen, auf Grund der Unfähigkeit der Mutter, das Kind angemessen zu pflegen oder wegen Missbrauch oder Vernachlässigung, fremdplatziert zu werden. Die AutorInnen betonen, dass „[a] stable and nurturing environment is crucial in the development of a healthy and emotionally secure infant“ (Nair et al. 1997, 1040). Häufige Wechsel der Bezugsperson oder unzureichende Pflege mehren das Risiko für Entwicklungs- und Bindungsstörungen, insbesondere zwischen dem sechsten und 24. Lebensmonat, „[...] when they are in the process of establishing stable attachment relationships“ (Nair et al. 1997, 1040). Da die exponierten Familien durch besondere Belastungen wie Armut, Gewalt, dysfunktionale Familienmuster und psychische Erkrankungen gekennzeichnet sind, erhöht sich dadurch das Risiko, nicht in der Lage zu sein, angemessen für das Kind zu sorgen und es somit, entweder freiwillig oder durch Beschluss, in Pflege geben zu müssen.

„We hypothesized that maternal demographic and psychosocial factors, measured at birth and characteristics of the neonate, would be predictive of subsequent disruption in care of infants of substance abusing women. [...] Specifically, we hypothesized that children of women with no high school education and limited social support who have begun abusing drugs early, and are depressed, may be more likely to experience disruption of primary care in the first 18 months of life“ (Nair et al. 1997, 1041).

Untersucht wurden 152 Mütter und ihr Neugeborenes. Diese wurden in eine Interventions- und eine Kontrollgruppe geteilt. Die Interventionsgruppe nahm am *Infant Health and Development*

Program teil, welches im ersten Jahr einmal wöchentlich zu Hause stattfand, im zweiten Jahr einmal monatlich in einem Elternzentrum. Die Kontrollgruppe wurde einmal monatlich besucht. Es wurde untersucht in wie vielen und welchen Fällen es in den ersten 18 Monaten zur Fremdplatzierung kam. Als fremdplatziert galten die Kinder, die außerhalb der Familie unterkamen, weil ihre Mutter auf Grund von Missbrauch oder Vernachlässigung, Inhaftierung, anhaltenden Drogenkonsum oder Obdachlosigkeit nicht in der Lage war, für ihr Kind zu Sorgen. Die Mütter wurden zu Beginn auf Depressionen, *life events*, soziale Unterstützung und Drogenkonsum untersucht und es wurde ein psychologisches Profil erstellt, das Neugeborene wurde umfangreich medizinisch untersucht. An Hand dieser Daten sollten Faktoren herausgearbeitet werden, die eine spätere Fremdplatzierung wahrscheinlich machen. Zu Beginn der Studie gab es keine signifikanten Unterschiede in den beiden Gruppen hinsichtlich der erhobenen Daten. (Vgl. Nair et al. 1997, 1041 ff.)

Von den 152 Kindern wurden 66, rund 43 Prozent, fremdplatziert. Die übrigen 86, rund 57 Prozent, blieben bei der Mutter. Darauf basierend wurden alle Mütter und Kinder in die Gruppen DC und nonDC¹⁵ unterteilt und die zu Beginn erhobenen Daten wurden verglichen und auf signifikante Unterschiede hin untersucht.

Die Mütter der DC Gruppe waren sowohl bei Eintritt in die Studie als auch bei ihrer ersten Schwangerschaft jünger, hatten eine geringere Schulbildung, sie hatten mehr Hafterfahrung und hatten signifikant mehr, somit ältere Kinder, die bereits in Pflege waren. In der Gruppe der Fremdplatzierungen waren zwar mehr Mütter substituiert, der Unterschied war aber nicht signifikant, sodass sich hieraus keine Aussagekraft ergibt. Hinsichtlich des Drogenkonsums stellte sich heraus, dass die Mütter der DC Gruppe früher begonnen haben, zu konsumieren, dass eine signifikante Mehrheit von ihnen auch Heroin konsumierte, dies mit höherer Wahrscheinlichkeit auch während der Schwangerschaft, und dass ihr Konsum regelmäßiger war. Schließlich traten in der DC Gruppe mehr Depressionen auf, die Mütter hatten öfter negative, beeinflussende *life events* und wenig positive Erlebnisse im letzten Jahr vor der Geburt und sie hatten weniger beziehungsweise weniger adäquate Unterstützung durch Freunde oder Familie. (Vgl. Nair et al. 1997, 1043 f.) Die Kinder, die später fremdplatziert wurden, kamen mit einem tendenziell geringeren Geburtsgewicht zur Welt und blieben länger im Krankenhaus, unter ihnen gab es signifikant mehr Frühgeburten und sie litten öfter am NAS oder anderen Komplikationen (vgl. Nair et al. 1997, 1045 f.). Wie bereits in 4.3.1.2 ausgeführt, stellen die postnatalen Entzugerscheinungen der Neugeborenen eine Herausforderung für die Eltern dar. Es ist anzunehmen, dass die betroffenen Mütter in den ersten Wochen mit ihrem entzügigen

15 DC= disruptive Care, nonDC= nonDisruptive Care

Neugeborenen überfordert waren und sich darin bestätigt sahen, ihrem Kind keine gute Mutter zu sein. Diese Studie unterstützt die Annahme, dass die hohe Belastung für Mutter und Kind in den ersten Wochen sich nachhaltig auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirkt.

„Age, positive heroin toxicology, two or more children, other children in foster care, and CES-D score¹⁶ were significantly predictive of disruption in care [...]. The strongest predictor was the age“ (Nair et al. 1997, 1044).

Obwohl alle Mütter, die an dieser Studie teilnahmen, stark vorbelastet waren, ließen sich in der Gruppe der Mütter, deren Kinder fremdplatziert wurden, spezielle Belastungen finden, die die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, dass das Kind noch in den ersten Lebensmonaten fremdplatziert wird. Als besonderen Indikator hierfür benennen die ForscherInnen das Alter der Mütter. Wie in 4.3.3.2 dargestellt, maßen auch spanische ForscherInnen dem Alter der Mutter eine wichtige Rolle bei, da 50 Prozent der heroinabhängigen Mütter Teenager waren und ihre Kinder öfter wegen, auf Vernachlässigung zurückzuführenden, Erkrankungen im Krankenhaus waren. In der von Burns, O'Driscoll und Wason durchgeführten Studie (vgl. 4.3.3.1) waren die abhängigen Mütter im Vergleich zur Kontrollgruppe jünger bei der Geburt ihres ersten Kindes, so auch die Mütter in der von Kröger, Klein und Pauly durchgeführten Studie (vgl. Burns / O'Driscoll / Wason 1996, 116; Kröger / Klein / Pauly 2006, 31). Es entsteht der Eindruck, dass süchtige Frauen früher Mütter werden als nicht-süchtige. Vermutlich fühlen sie sich auf Grund ihres Alters noch weniger in der Lage, elterliche Verantwortung zu übernehmen, ein Gefühl, von dem ohnehin viele abhängige Frauen betroffen sind. Das Alter der Mütter ist ein Faktor, welchen Unterstützungsprogramme konzeptionell berücksichtigen sollten, da hier stark belastete Frauen eine Verstärkung ihrer Problemlage auf Grund ihres Alters erfahren.

Außerdem betonen Nair et al., dass der Konsum von Heroin allgemein und der Heroinkonsum in der Schwangerschaft weitere Indizien dafür sind, dass es später wegen mangelnder Elternfähigkeit zu einer Inobhutnahme kommen wird. Auch Davis wies bereits darauf hin, dass diejenigen Mütter, die ihren Drogenkonsum leugnen und der Überzeugung sind, dass ihr Konsum während der Schwangerschaft dem Kind nicht schadet, die schlechtesten Prognosen als Eltern haben (vgl. Davis 1990, 229 f.).

Schließlich ist die Existenz älterer Kinder, besonders, wenn sie bereits außerhalb der Herkunftsfamilie untergebracht sind, als Indikator für eine Fremdplatzierung zu nennen. Sollte ein älteres Geschwisterkind bereits aus der Familie herausgenommen worden sein, könnte dies das Selbstvertrauen der Mutter in ihre mütterliche Kompetenz beeinträchtigen beziehungsweise das

16 CES-D= Center for Epidemiologic Depression Scale; misst Symptome für Depression und trifft Aussage über Schweregrad der Depression

negative Selbstbild verstärken. Das Selbstbild als Einflussfaktor und die daraus folgende, sich selbst erfüllende Prophezeiung treten somit abermals in den Fokus. Somit ist es als unerlässlich zu betrachten, dass Unterstützungsprogramme an eben diesem Punkt greifen. Drogenabhängige Mütter müssen ein positives Bild von sich als Mutter gewinnen und darin von Professionellen bestärkt werden. Dies konnte bereits durchgehend nachgewiesen werden.

Diese Studie eignet sich hervorragend für die Konzeption von Hilfemaßnahmen für abhängige Eltern. Es wurde herausgearbeitet, dass ein besonders hohes Risiko für Inobhutnahmen besteht, wenn die betroffene Mutter zum Zeitpunkt der Geburt bereits mindestens ein weiteres Kind hat, ein Kind bereits fremdplatziert wurde, wenn sie Heroin (während der Schwangerschaft) konsumiert und/oder depressiv ist. Je jünger sie ist, umso höher ist auch die Wahrscheinlichkeit für eine Inobhutnahme. Somit ist es möglich besonders gefährdete Familien frühzeitig zu erkennen und ihnen geeignete Hilfe anzubieten. Daher wird im folgenden Zwischenfazit angeregt, wie die relevanten Faktoren in entsprechenden Programmen und ähnlichem aufgegriffen werden können.

4.3.4 Zwischenfazit

Auch wenn aus den bisherigen Forschungsergebnissen keine prinzipielle Kindeswohlgefährdung abgeleitet werden konnte, wurde ausführlich dargestellt, dass die Kinder abhängiger Eltern erhöhten Risiken für Entwicklungsverzögerungen, die Entwicklung aversiver Verhaltensweisen, späteren Substanzkonsum und Misshandlungen unterliegen. Weiterhin erfahren sie materielle Entbehrungen, die sich auf ihr Selbstbewusstsein auswirken können und es ist zu vermuten, dass sie in einem weniger liebevollen und fürsorglichen Umfeld aufwachsen. Darüber hinaus wurden auch spezifische Risikofaktoren gefunden, die eine Kindeswohlgefährdung wahrscheinlich machen. Es wurde deutlich, dass die betroffenen Familien einen Hilfebedarf haben und ihnen entsprechende Unterstützungen angeboten werden sollten. So können Eltern und Kinder ihr Recht auf Familie wahrnehmen. Eltern müssen in ihren Erziehungskompetenzen gefördert werden, sodass sich auch ihre Kinder adäquat entwickeln können und es den Eltern gelingt, Gefahren vom Kind fernzuhalten, die bei elterlichen Drogenkonsum vermutet werden.

Auffallend oft wurde in den Studien das Selbstbild der Mutter und ihr Vertrauen in ihre mütterliche Kompetenz thematisiert. Negative Selbstbilder werden oftmals durch negative Erfahrungen mit dem Kind und das Wirken einer selbsterfüllenden Prophezeiung verstärkt. Immer wieder berichten Mütter, dass sie nicht glauben, ihrem Kind eine gute Mutter zu sein. Daher sollten Unterstützungsangebote diesen Punkt unbedingt aufgreifen. Zu diesem Ergebnis kamen

auch Kröger et al. in ihrer Studie (vgl. 4.3). Sie empfehlen, mit Bezug auf Abidin, die Programme Eltern-zentriert anzulegen und die Thematik der Kinder beziehungsweise der Kindeserziehung erst nach einigen Sitzungen aufzugreifen. Würden zum Beispiel Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind sehr früh angesprochen werden, erhöht sich das Risiko, Gefühle mangelnder elterlicher Kompetenz zu verstärken. Daher sollen zunächst die Eltern im Fokus stehen und in ihrem (elterlichen) Selbstbild gestärkt werden. (Vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 59 f.) Hierzu wird insbesondere der Austausch mit anderen betroffenen Eltern hilfreich sein. Wenn die Frauen erleben, dass andere abhängige Mütter die gleichen Sorgen und Befürchtungen haben, fühlen sie sich vermutlich verstanden und weniger allein. Das gegenseitige Bestärken in der Elternrolle könnte hier ein Ansatz für die Entwicklung einer positiven Selbstwirksamkeitserwartung sein. Weiterhin könnte über den Austausch in der Gruppe ein hilfreiches Netzwerk entstehen. Wie bereits festgestellt, mangelt es den betroffenen Frauen meist an Unterstützung durch Freunde und Familie, unter anderem weil sie glauben, sich anderen nicht anvertrauen zu können, da sie Eingriffe ins Familienleben fürchten. Anders wird dies sein, wenn sie auf Frauen in einer ähnlichen Lage treffen. Hierüber können sie lernen Kontakte aufzubauen und Hilfe zu holen. Langfristig könnte sie diese Erfahrung darin bestärken, weitere Kontakte aufzubauen. Auch Kröger et al. betonen, dass dies ein wichtiger Punkt für entsprechende Elterntrainings ist und diese ein erstes Übungsfeld darstellen können (vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 61).

Kröger et al. empfehlen außerdem die Persönlichkeitsentwicklung der Frauen gemeinsam zu reflektieren und darin auch die Suchterkrankung zu thematisieren. Es sollte insbesondere besprochen werden, wie sich diese auf das Kind auswirken kann. Schließlich sollen auch Informationen über Kindesentwicklung und konkrete Erziehungstipps gegeben werden. Dies soll aber erst später stattfinden, wenn das mütterliche Selbstbild gestärkt und eine vertrauensvolle Atmosphäre geschaffen ist. (Vgl. Kröger / Klein / Pauly 2006, 60 f.)

Weiterhin konnte das Alter der Mutter als Risiko für eine frühe Fremdplatzierung des Kindes, vermutlich wegen einer Kindeswohlgefährdung, erkannt werden. Somit sollten diese verstärkt im Fokus der Hilfesysteme stehen und eine intensivere Unterstützung erfahren. Es ist naheliegend, dass die vielfachen Belastungen der abhängigen Mütter in jungen Jahren noch schwerer zu bewältigen sind, da es den jungen Frauen umso mehr an Lebenserfahrung fehlt.

Ein weiteres besonderes Risiko ist der Konsum während der Schwangerschaft. Kinder, die diesem ausgesetzt waren, sind stärker belastet, besonders durch Entzugssymptomatiken, und dadurch schwerer zu pflegen. Dies stellt eine besondere Herausforderung für die Eltern dar, bei der sie unterstützt werden können. Somit sollten sie in den ersten Lebensmonaten des Kindes intensiver begleitet? und in ihrer Rolle bestärkt werden, sodass sich ein gesundes Verhältnis zwischen Eltern

und Kind entwickelt. Dabei sollten Eltern auch ausführlich über Entzugssymptomatiken informiert werden, um diese als solche zu erkennen und nicht als Zurückweisung zu interpretieren.

Die Prozesse der Informationsbildung und Reflektion sind auf allen Ebenen von Bedeutung. So zum Beispiel kann mit den Eltern eine Inobhutnahme eines älteren Kindes im Nachhinein analysiert werden, damit die Eltern verstehen, warum dies damals passiert ist und gegebenenfalls erkennen können, was jetzt anders ist. Wenn sie erkennen, dass sie sich und ihr Verhalten geändert haben und nun gezielter für ihr Kind sorgen, indem sie Hilfen nutzen, kann dies ihr Selbstbild positiv bestärken. So kann abermals an diesen bedeutenden Aspekt angeknüpft werden.

Die bisherigen Darstellungen konzentrieren sich durchgehend auf die Belastungen der Familien, woraus sich ein defizitorientiertes Bild ergibt. Dies ist insbesondere auf die bisherigen Studien zurückzuführen. Diese stammen aus den 1980er und 1990er Jahren und berücksichtigen nicht den Paradigmenwechsel vom Modell der Pathogenese zum Modell der Salutogenese. Während sich die Pathogenese mit der Entstehung von Krankheiten befasst, thematisiert die Salutogenese nach Antonovsky jene Faktoren, die Gesundheit fördern und erhalten. Es wird insbesondere nach denjenigen Faktoren geforscht, die bedingen, dass ein Mensch krank wird und ein anderer unter den gleichen Bedingungen nicht. Aus diesem Ansatz entwickelte sich die Resilienzforschung. (Wustmann 2004, 26)

„Resilienz meint die psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken“ (Wustmann 2004, 18).

Unter resilienten Kindern versteht man Kinder, die besonderen Risiken ausgesetzt sind, die sich aber trotzdem positiv und gesund entwickeln und die Belastungen bewältigen, während andere Kinder in einer vergleichbaren Situation Entwicklungs- oder psychische Störungen entwickeln (vgl. Wustmann 2004, 18).

Die Resilienzforschung arbeitet mit dem Risiko- und Schutzfaktorenkonzept (vgl. Wustmann 2004, 36). Als Risikofaktoren konnten unter anderem ein niedriger sozioökonomischer Status, elterlicher Drogenmissbrauch, ein fehlendes soziales Netzwerk, junge Elternschaft oder das Ausüben ungünstiger Erziehungsmuster herausgearbeitet werden (vgl. Wustmann 2004, 38 f.). Ergänzend wird nach Schutzfaktoren geforscht, die dazu beitragen, dass sich diese Kinder trotz der schwierigen Bedingungen altersadäquat entwickeln. Wustmann geht davon aus, dass sich Schutzfaktoren auf drei Ebenen finden: das Kind, die Familie und das soziale Umfeld der Familie. Weiter wird davon ausgegangen, dass diese drei Bereiche reziprok aufeinander einwirken und somit nicht getrennt voneinander betrachtet werden dürfen. (Vgl. Wustmann 2004, 44 ff.) Als besonders relevant wurden unter anderem folgenden Faktoren erarbeitet:

- *„mindestens eine stabile emotionale Beziehung zu einer primären Bezugsperson [...]*
- *Bindungsfähigkeit und Realisierung „feinfühliges“ Verhaltens durch die Bezugspersonen, um sicheres Bindungsverhalten zeigen zu können*
- *emotional warmes, offenes, aber auch klar strukturiertes Erziehungsverhalten [...]*
- *soziale Unterstützung außerhalb der Familiendynamiken*
- *[...]*
- *frühe Möglichkeiten, Selbstwirksamkeitserfahrungen machen zu können und so entsprechend positive interne Kontrollerwartungen/-überzeugungen herauszubilden*
- *[...]*
- *kognitive Kompetenzen, die angeregt werden müssen*
- *[...]“ (Fröhlich-Gildhoff / Dörner / Rönnau 2007, 6 f.)*

ForscherInnen betonen, dass Resilienz keine angeborene Eigenschaft ist, sondern sich „[...] aus der Interaktion mit den Bezugspersonen und realen positiven Bewältigungserfahrungen“ (Fröhlich-Gildhoff / Dörner / Rönnau 2007, 6) entwickelt. Die Entwicklung von Resilienz beruht zusammenfassend aus einem Zusammenspiel aus belastenden Situationen, die auf ein Milieu von Risiko- und Schutzfaktoren treffen. Erst in der Interaktion mit der Belastungssituation und den Risiko- und Schutzfaktoren entwickelt das Kind personale Ressourcen, die sogenannten Resilienzfaktoren. (Vgl. Fröhlich-Gildhoff / Dörner / Rönnau 2007, 7). Dies sind unter anderem eine „angemessene Problemlösefähigkeit, positive Selbstwirksamkeit, [...] sicheres Bindungsverhalten [und eine] optimistische Lebenseinstellung [...]“ (Fröhlich-Gildhoff / Dörner / Rönnau 2007, 8)

Das Herausarbeiten der protektiven oder auch risikomildernden Faktoren ermöglicht es, an den entsprechenden Punkten anzusetzen und diese Faktoren bei den Kindern und in ihrem Umfeld zu stärken. Die Erkenntnisse der Resilienzforschung sollten für die Konzeptualisierung von Hilfsangeboten für drogenabhängige Eltern genutzt werden.

Zusammengefasst werden Projekte benötigt, die 1. die Eltern in ihren Erziehungskompetenzen stärken, 2. die personalen Ressourcen der Kinder im Sinne der Resilienz stärken und 3. die Schutzfaktoren in den Familien stärken. Die Arbeit mit den Familien findet demnach auf drei Ebenen statt: Eltern, Kind und Familie.

Es bleibt zu erwähnen, dass eine wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an solchen Programmen, der Kontaktaufbau zu betroffenen Familien ist. Jedoch suchen sie, wie oben erwähnt, selten von sich aus Hilfe auf. Geraten Abhängige im Rahmen der Suchtberatung als Eltern in den Fokus, dürfen die MitarbeiterInnen nicht ohne Einverständnis der KlientInnen das Jugendamt informieren. Sollten sie den Eindruck haben, dass dies angezeigt ist, muss abgewägt werden, ob die Situation einen sogenannten rechtfertigenden Notstand gem. § 34 StGB darstellt. Diese Problematik wird im folgenden Kapitel nochmals kurz aufgegriffen.

5 Prüfung der Kindeswohlgefährdung gem. § 1666 bei opiatabhängigen Eltern

Nachdem im vorherigen Kapitel die Lebenssituation opiatabhängiger Eltern und ihrer Kinder, sowie das Erziehungsverhalten und die Auswirkungen auf die Kinder dargestellt wurden, werden diese Ergebnisse nun auf eine Kindeswohlgefährdung gem. § 1666 BGB geprüft.

Wie in 2.1.2 dargestellt enthält § 1666 BGB Abs. 1 zwei Tatbestandsvoraussetzungen für eine Kindeswohlgefährdung. Das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes muss gefährdet sein und die Eltern müssen nicht gewillt oder nicht in der Lage sein, die Gefährdung abzuwenden. Diese Gefährdung muss *gegenwärtig* oder *unmittelbar bevorstehend* sein und eine *erhebliche Schädigung* des körperlichen, seelischen oder geistigen Wohls muss sich mit *ziemlicher Sicherheit voraussagen* lassen. Diese Gefahr liegt laut der Rechtsprechung „[...] regelmäßig vor, wenn die Erziehungsfähigkeit der Eltern nicht besteht oder erheblich eingeschränkt ist. Das ist bei **Drogensucht eines Elternteils** in der Regel der Fall“ (FamRZ 2011, 1307). Die angenommene mangelnde Erziehungsfähigkeit bei drogenabhängigen Eltern (vgl. Palandt BGB (Diederichsen), §1666, Rn. 14; Säcker / Rixecker MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 114) beruht auf einem Urteil des OLG Frankfurt/M von 1983:

„1. Drogenabhängigkeit [hier: langjährige Heroinsucht] rechtfertigt die Annahme eines elterlichen Erziehungsunvermögens [hier: unverschuldetes Versagen] und der mangelnden Fähigkeit zur Gefahrenabwendung von dem Kind. 2. In diesem Fall sind die Entziehung der Personensorge und die damit verbundene Trennung von Elternteil [hier: Mutter] und Kind nicht unverhältnismäßig.“¹⁷

Begründet wurde diese Entscheidung damit, dass sich die Mutter auf Grund ihrer 'langjährigen Heroinsucht' „[...] in einen Zustand gebracht hat, in dem ihr [das Kind] zur Pflege und Erziehung nicht anvertraut werden kann“¹⁸ und sie dadurch das körperliche und geistige Wohl des Kindes gefährden würde. Weiter wird das Versagen als unverschuldet gewertet, da „[...] Suchtkranke wie auch Alkoholabhängige in einer Weise in die Probleme ihrer Person verstrickt sind, daß sie für eine Sorge um andre Menschen, insbesondere Kinder in der Primärsozialisation, geradezu ausfallen müssen“¹⁹. Den betroffenen Eltern wird nicht zugetraut, die Gefahr abzuwenden, solange ein Rückfall nicht ausgeschlossen werden kann. Bei Drogenabhängigkeit wird „[d]ie Wiederholungsgefahr bzw. Fortdauer der Kindeswohlgefährdung [...] angenommen und die Abwendungsmöglichkeit verneint, wenn diese Alkohol- und Drogenabhängigkeit immer wieder erlangen“ (MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 119). Hier wird vom bisherigen Verhalten der

17 OLG Frankfurt/M, Urt. v. 14.02.1983 – 20 W 744/82, FamRZ 1983, 530

18 OLG Frankfurt/M, Urt. v. 14.02.1983 – 20 W 744/82, FamRZ 1983, 530

19 OLG Frankfurt/M, Urt. v. 14.02.1983 – 20 W 744/82, FamRZ 1983, 530

Eltern ausgegangen, welches zu der Annahme führt, dass eine Änderung nicht zu mehr zu erwarten ist (vgl. (MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 119; Palandt BGB (Diederichsen), §1666, Rn. 10).

Die Rechtsprechung geht demnach davon aus, dass drogenabhängige Eltern auf Grund des Konsums *nicht in der Lage* sind, ihr Kind adäquat zu erziehen und die Gefährdung nicht abwenden *können*. In diesem Urteil wurde der Zustand der Mutter, der es ihr unmöglich machte, für das Kind zu sorgen, nicht näher definiert. So kann 'der Zustand' bisher nur als drogenabhängig definiert werden. Dies ermöglicht es, allen Suchtkranken pauschal eine mangelnde Erziehungsfähigkeit zu unterstellen. Betont wird dies durch die Wortwahl 'daß sie für eine Sorge um andre Menschen, insbesondere Kinder in der Primärsozialisation, geradezu **ausfallen müssen**'. Es gibt hier keinerlei Einschränkung dafür, wann die 'Verstrickung der eigenen Probleme' die Erziehung eines Kindes unmöglich oder aber auch möglich macht. Dass tatsächlich alle drogenabhängigen Eltern nicht in Lage sind, ein Kind zu erziehen, ist jedoch zu bezweifeln. So ist es eine Frage der individuellen Situation und des Gebrauchs unterstützender Maßnahmen bei der Kindeserziehung. Dieses Urteil, welches bereits fast 30 Jahre zurückliegt, wird bis heute als Grundlage genutzt. Es berücksichtigt jedoch keine aktuellen Erkenntnisse der Forschung. Die in 4. dargestellten Ergebnisse können in diesem Urteil keine Anwendung finden, zeigen jedoch, dass suchtkranke Eltern durchaus in der Lage sein können, ihr Kind zu erziehen. Weiter kann dieses Urteil nicht auf die Situation Substituierter eingehen, da sich die Substitutionstherapie erst zehn Jahre später durchgesetzt hat. Somit ist hier ein Bedarf einer aktuelleren Rechtsprechung festzustellen. Prüft man eine Kindeswohlgefährdung in einer Familie mit drogenabhängigen Eltern, ist dies nach den allgemeinen Kriterien der Kindeswohlgefährdung zu tun. Man kann nicht davon ausgehen, dass allein wegen der Abhängigkeit eine akute Gefährdung des Kindes vorliegt. Jedoch gibt es spezifische Situationen, in denen eine Kindeswohlgefährdung auf Grund der Abhängigkeit entsteht.

Eine solche Gefahr ist anzunehmen, wenn dem Kind von den Eltern Drogen verabreicht werden oder weil die Drogen so gelagert werden, dass das Kind Zugang hat und dadurch versehentlich konsumiert. So urteilte das Hanseatische Oberlandesgericht Bremen Senat für Familiensachen am 21.03.2011

„Ist davon auszugehen, dass Betäubungsmittel an Kinder verabreicht worden oder auf sonstige Weise in deren Körper gelangt sind (Hier: Nachweis von Kokain und Methadon durch Haaranalysen), so kann dies den teilweisen Entzug der elterlichen Sorge im Wege der einstweiligen Anordnung rechtfertigen“²⁰.

20 OLG Bremen, Urt. v. 21.03.2011 – 4 UF 31/11, Juris

Im hiesigen Fall wurde der alleinerziehenden Mutter zuvor das Aufenthaltsbestimmungs- und das Gesundheitsfürsorgerecht entzogen, darüber hinaus auch das Recht öffentliche Hilfen und Leistungen für die Kinder zu beantragen. Dagegen legte die Kindesmutter Beschwerde ein. Ausschlaggebend für das Urteil, diese Entscheidung beizubehalten, waren drei Aspekte. Zum einem liegt gemäß der Rechtsprechung eine Kindeswohlgefährdende Erziehungs(un)fähigkeit eines Elternteil regelmäßig vor, wenn dieser drogenabhängig ist (vgl. oben). Zweitens konsumierte diese Mutter, obwohl sie an der Methadonsubstitution teilnahm, Kokain. Sie gab an, „[...] dass 'zwei kleine Kinder auch durchaus anstrengend sein können' und sie 'trotz 16ml²¹ eine sehr dünne Haut habe'²². Aus dieser Aussage schloss das Gericht eine Überforderung der Mutter mit der Kindeserziehung. Drittens, und dies war in diesem Fall entscheidend, konnte über Haaranalysen der Kinder festgestellt werden, dass sie Kokain und Methadon verabreicht bekamen.²³

Weniger eindeutig gestaltet sich die Handlungsfähigkeit bei einer Kindeswohlgefährdung, wenn die Mutter während der Schwangerschaft konsumiert. Inwiefern sich hieraus eine rechtlich anerkannte Gefährdungssituation ergibt und welche rechtlichen Interventionsmöglichkeiten bestehen, prüft ein DIJuF²⁴-Rechtsgutachten (vgl. DIJuF 2008, 248 ff.).

Es wird zunächst die Frage diskutiert, inwiefern der Schutzauftrag des Jugendamtes gem. § 8a SGB VIII (vgl. 2.2.1) bei einem ungeborenen, gefährdeten Kind greift. Die Frage basiert auf dem Problem, dass sich der Schutzauftrag an die Gefährdung des Wohls eines *Kindes* richte, von einem solchen gem. § 1 BGB aber erst ab der Geburt gesprochen werde. Daraus ergibt sich für das DIJuF keine Verpflichtung, zu handeln. (Vgl. DIJuF 2008, 248)

Jedoch wird die Situation auch als ungeregelt und diskussionswürdig bewertet. Es wird empfohlen, eine Fachkraft aus der Suchthilfe hinzuzuziehen und die Schwangere zu motivieren, Hilfsangebote, insbesondere der Suchthilfe, in Anspruch zu nehmen. Die Kinder- und Jugendhilfe bietet nur wenige passende Angebote für Schwangere. Sollte die Betroffene keine Hilfen in beanspruchen wollen, stellt sich die Frage, wie weiter gehandelt werden kann, wenn doch der Schutzauftrag, wie oben dargestellt, als begrenzt zu werten ist und die Daten gem. §§ 64, 65 SGB VIII nicht weitergegeben werden dürfen. Dies wäre gerechtfertigt, wenn sich ein sogenannter rechtfertigender Notstand gem. § 34 StGB ergibt. (Vgl. DIJuF 2008, 249)

Hiernach wäre die Datenübermittlung gerechtfertigt, wenn eine gegenwärtige, nicht anders abwendbare Gefahr für das Leben 'eines anderen' (hier das ungeborene Kind) besteht, die durch eine Tat (hier die Datenübermittlung) abgewendet werden kann und wenn das geschützte Interesse

21 Angabe zu Dosierung des Substituts

22 OLG Bremen, Urt. v. 21.03.2011 – 4 UF 31/11, Juris

23 Vgl. OLG Bremen, Urt. v. 21.03.2011 – 4 UF 31/11, Juris

24 Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht (DIJuF) e.V.

(hier das Leben des ungeborenen Kindes) und der Grad der drohenden Gefahr (hier die Kindeswohlgefährdung) gegenüber dem beeinträchtigten Interesse (hier dem der Mutter und der ihr drohenden Gefahr) *wesentlich überwiegt* (vgl. § 34 StGB Satz 1). Gem. Satz 2 muss das Mittel zur Gefahrenabwendung angemessen sein.

Es stellt sich nun die Frage, ob das ungeborene Leben ein sogenanntes notstandsfähiges Rechtsobjekt gem. § 34 StGB ist, dort bezeichnet als 'ein anderer', dessen Leben rechtlich zu schützen ist (vgl. DIJuF 2008, 249). Das DIJuF argumentiert mit der Rechtsprechung des BVerfG, dass „[...] das ungeborene Leben dem geborenen gleichartig [ist] und [...] wie dieses als selbstständiges Rechtsgut unter dem Schutz unserer Verfassung [steht]“ (DIJuF 2008, 249). Nach dem BVerfG beginnt das Leben mit dem 14. Tag nach der Empfängnis. Jedoch ist das Gericht nicht gezwungen, für das ungeborene Leben die gleichen Schutzmaßnahmen zu ergreifen. Aus den Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen (§§ 218 ff.) lassen sich Unterschiede der Wertigkeit des Lebens und der Schutzwürdigkeit ableiten, in Abhängigkeit von der Schwangerschaftswoche. Gem. § 218 Abs. 1 Nr. 3 sind Schwangerschaftsabbrüche nur innerhalb der ersten zwölf Wochen straffrei²⁵. Daraus leitet das DIJuF ab, dass spätestens ab dem dritten Monat beim ungeborenen Leben zwingend von 'einem anderen' zu sprechen ist, dessen Leben zu schützen ist. Schließlich wird das ungeborene Leben ab dem dritten Monat geschützt und dessen Vernichtung strafrechtlich verfolgt. Die Wertung des ungeborenen Lebens als 'ein anderer' im Sinne des § 34 StGB ist, wie dargestellt, schon vorher möglich und rechtens und wird vom DIJuF empfohlen. So wird die rechtmäßige Datenweitergabe durch das DIJuF hergeleitet und das Familiengericht kann, soweit alle Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind, gem. § 8a SGB VIII, auch gegen den Willen der Mutter eingeschaltet werden. Es empfiehlt sich, die Sinnhaftigkeit dessen abzuwiegen, da sich daraus das Risiko des Kontaktabbruchs ergibt und sich die Gefährdung für das Kind erhöhen könnte. (Vgl. DIJuF 2008, 249)

Es ist nun zu diskutieren, ob § 1666 bei dem ungeborenen Leben angewendet werden kann, bezieht er sich doch auf das Wohl des *Kindes* und somit nicht ausdrücklich auf das Ungeborene. Es wird argumentiert, dass das ungeborene Leben Rechtspositionen im Gesetz kennt (vgl. oben, Schwangerschaftsabbrüche gem. §§ 218 ff.) und auch das BVerfG dessen Schutzwürdigkeit betont. (Vgl. DIJuF 2008, 250) „Wenngleich die Grenze des möglichen Wortsinns erreicht ist, bleibt festzuhalten, dass das ungeborene Leben unter § 1666 fällt“ (MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 40).

Da Drogenkonsum das ungeborene Leben schädigen und zu Fehlgeburten führen kann, ist somit

²⁵ Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass es darüber hinaus Ausnahmeregelungen bei besonders schwerwiegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen gibt, die einen Abbruch bis zur 22. Woche ermöglichen.

das Eingreifen gem. § 1666 rechtmäßig. Die Eingriffsmöglichkeiten sind hier jedoch stark begrenzt. So kann man eine Schwangere wohl kaum dazu zwingen, keine Drogen mehr zu konsumieren. Auch die Einweisung in eine Entzugsklinik ist nicht möglich, da dies einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Grundrechte der Mutter bedeuten würde. Lehnt die Mutter nach wie vor alle Hilfeangebote ab, bliebe dem Gericht die Möglichkeit, einen Sorgerechtsentzug nach der Geburt anzudrohen, da aus dem aktuell gefährdenden Verhalten eine spätere Kindeswohlgefährdung abzuleiten sei. Diese Haltung des Gerichts könne sich als motivierend für die Mutter auswirken. (Vgl. DIJuF 2008, 250)

Aus §§ 8a SGB VIII und 1666 BGB ergeben sich keine Verpflichtungen zum Eingreifen für das Jugendamt beziehungsweise das Familiengericht. Es besteht jedoch eine Interventionsmöglichkeit. Das DIJuF erachtet es für sinnvoll, „[...] den Aspekt vorgeburtlicher Zuständigkeit des FamG ausdrücklich in § 1666 BGB aufzunehmen“ (DIJuF 2008, 250). So sollen insbesondere die helfenden Einrichtungen über gerichtliche Empfehlungen gestärkt werden (vgl. DIJuF 2008, 250). Es ist anzumerken, dass Hilfe dann über Drohungen und somit über Zwang angenommen würden.

Dieses Gutachten greift eine wesentliche Problematik der PraktikerInnen auf, von der nicht nur MitarbeiterInnen der Kinder- und Jugendhilfe, sondern auch die der Suchthilfe betroffen sind. Es wurde die Thematik der Datenweitergabe benannt. Vermuten MitarbeiterInnen der Drogenhilfe eine für das Kind ungünstige Situation, stehen sie vor der Frage, ob sie das Jugendamt informieren sollten. KlientInnen sind dazu oftmals nicht bereit. Die MitarbeiterInnen selbst können die Situation nicht ausreichend beurteilen und würden die professionelle Meinung von in der Familienhilfe tätigen KollegInnen schätzen. Auf der anderen Seite wollen sie nicht die Vertrauensbasis zu den KlientInnen verlieren. Diese ist eine wichtige Voraussetzung, nicht nur für eine erfolgreiche Beratung, sondern auch dafür, dass Betroffenen überhaupt Hilfe aufsuchen (vgl. Hinrichs 2010, 4). Müssen drogenabhängige Eltern befürchten, dass ihre Daten direkt an das Jugendamt weitergegeben werden, werden sie vermutlich ihre Elternschaft verschweigen oder aber keine Hilfe aufsuchen, sodass sich die Lebenssituation der Familie verschlimmern könnte und somit auch die Gefährdung des Kindes. Gemäß der Verordnung zum rechtfertigenden Notstand, darf das Jugendamt informiert werden, wenn ein solcher gegeben ist. Wann dies der Fall ist, wird für die einzelnen MitarbeiterInnen schwer einzuschätzen sein, Daher bedürfen sie umfangreicher Aufklärung zu diesem Thema und einen Austausch auf Augenhöhe mit KollegInnen der Kinder- und Jugendhilfe.

Bekommt ein Kind Drogen verabreicht, wird darin Kindeswohlgefährdung gem. § 1666 BGB gesehen und der Entzug der (teilweisen) elterlichen Sorge kann angeordnet werden. Dies ist

theoretisch auch der Fall, wenn es sich um ein ungeborenes Kind handelt, hier sind die Interventionsmöglichkeiten jedoch gering. Es ergibt sich keine zwingende Handlungsnotwendigkeit des Gerichts.

In 4.3.3 wurde analysiert, wie sich die Drogenabhängigkeit der Eltern auf das Kind und dessen Entwicklung auswirkt. Es soll nun Stellung zum Zusammenhang zwischen dem Erziehungsverhalten drogenabhängiger Eltern und Kindeswohlgefährdung genommen werden. Hierbei ist zu betonen, dass gemäß der Rechtsprechung kein Kind Anspruch auf Idealeltern und optimale Förderung und Erziehung hat²⁶. Es besteht ebenso „[...] **kein** [...] **Anspruch** des Kindes **auf die bestmöglichen Eltern**“ (vgl. MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 196). Auch wenn ein Kind bei den (bisherigen) Pflegeeltern besser aufgehoben scheint, kann es zur Herkunftsfamilie zurückgeführt werden, soweit diese in der Lage ist, das Kind angemessen zu pflegen und zu erziehen. Vorrang hat, wie bereits ausgeführt, die elterliche Sorge, eine Kindeswohlgefährdung muss nachhaltig und schwerwiegend sein. „Das bedeutet konkret, dass das Kind **keinen Schutz** vor **sämtlichen Verhaltensweisen** seiner Eltern erlangen kann, die unter **objektiven Gesichtspunkten zu missbilligen** sind“ (MünchKommBGB (Olzen), §1666, Rn. 50). Das BVerfG urteilte hierzu auch: „Nicht jedes Versagen oder jede Nachlässigkeit der Eltern berechtigt den Staat auf Grundlage seines Wächteramts, sie von der Pflege und Erziehung ihres Kindes auszuschalten. [...] Dabei wird auch in Kauf genommen, dass Kinder durch den Entschluss ihrer Eltern wirkliche oder vermeintliche Nachteile erleiden.“²⁷

Elterlicher Drogenkonsum ist sicherlich zu missbilligen, besonders wenn das Kind Beeinträchtigungen erfährt. So kann es in seiner Entwicklung verzögert sein, da es weniger Förderung durch die Eltern erfährt. Eine Kindeswohlgefährdung ist dann festzustellen, wenn diese Verzögerung schwerwiegend ist und vom Kind nicht mehr aufgeholt wird. Es wurden bei Kindern drogenabhängiger Eltern vergleichsweise öfter aversive Verhaltensweisen beobachtet. Dieses Verhalten wurde auf das ebenfalls aversive Verhalten der Mutter zurückgeführt. Der Umgang der Mutter mit dem Kind war nicht immer optimal und wünschenswert. Die Kinder zeigten öfter auffällige Verhaltensweisen als Kinder nicht abhängiger Mütter, es gab aber keine Anzeichen für tatsächliche Schädigungen. Somit ist anzunehmen, dass diese Kinder mit höherer Wahrscheinlichkeit benachteiligt sind, insofern als dass das Verhalten ihrer Eltern weniger fürsorglich, liebevoll oder engagiert ist. Solange dieses Verhalten aber keine konkreten Schädigungen beim Kind bewirkt, handelt es sich nicht um Kindeswohlgefährdungen. In solchen Fällen ist nichtsdestotrotz Hilfe geboten, aber eher im Sinne der Hilfen zur Erziehung gem. § 27

26 Vgl. BVerfG Beschl. v. 20.10.2008 - 1 BvR 2275/08, Rn 24, <http://www.bverfg.de>

27 BVerfG Beschl. v. 19.12.2007 - 1 BvR 2681/07, FamRZ 2008, 492

SGB VIII (vgl. 2.2.2). So können Familien Unterstützung durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe (bekannt als SPFH) erhalten, auch die Teilnahme an den in 4.4 thematisierten Programmen für drogenabhängige Eltern kann eine Maßnahme zur Gefahrenabwendung sein. Weiterhin wird hier auch das Wahrnehmen medizinischer Angebote angeordnet. In 4.3.3.2 wurde festgestellt, dass Kinder abhängiger Eltern, mit erhöhter Wahrscheinlichkeit in ihre Sprachentwicklung verzögert sind. Dem kann durch Logopädie entgegengewirkt werden. Würden Eltern dies verweigern und das Kind wiese erhebliche Sprachstörungen auf, würde es sich um eine Kindeswohlgefährdung handeln. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit könnte die elterliche Sorge für die Gesundheitsfürsorge entzogen werden. Ein Ergänzungspfleger würde dann den Besuch beim Logopäden anordnen (vgl. 2.1.2).

Es ist im Einzelfall zu prüfen, ob und wie die Eltern die Obhut für das Kind sichern, wenn sie selbst aktiv Drogen konsumieren. Ist beispielsweise nur ein Elternteil abhängig, ist nicht von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen, da der andere Elternteil für das Kind sorgen kann. Auch wenn das Kind durch eine dritte Person betreut wird, handelt es sich nicht um eine Kindeswohlgefährdung. Hierbei ist zu bedenken, dass es den Betroffenen oft an Unterstützung mangelt, sodass nur wenige von ihnen auf solche Ressourcen zurückgreifen können. Schwieriger wird es, wenn Eltern intoxikiert sind und alleine für das Kind sorgen. Auch hier gilt, dass die Gefahr konkret sein muss. Demnach wird es sich erst um eine Kindeswohlgefährdung handeln, wenn das Kind in einer Gefahrensituation ist und die Eltern nicht in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden. Dies könnte der Fall sein, wenn das Kind sich beim Spielen schwer verletzt und nicht versorgt wird, wenn es die Wohnung verlässt und die Eltern nicht darauf reagieren oder wenn es im Zuge mangelhafter Aufsicht auf Drogen zugreift und konsumiert. Wenn es nicht zu solchen Situationen kommt, das Kind gut versorgt wird und eine gesunde emotionale Beziehung besteht, kann nicht von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden - auch wenn vor 30 Jahren entschieden wurde, dass drogenabhängige Eltern nicht in der Lage seien, ihre Kinder zu pflegen und zu erziehen. Ist das Kind jedoch verwahrlost, unterernährt, zeigt auffällige Verhaltensweisen oder gibt es gar Anzeichen für Misshandlungen, ist eine Kindeswohlgefährdung zu vermuten. Hierbei handelt es sich allerdings um die üblichen Anzeichen beziehungsweise Kriterien für eine solche. Dies zeigt einmal mehr, dass es sich um eine Prüfung des Einzelfalls handeln muss, die an Hand der üblichen Kriterien²⁸ vorgenommen wird - nicht an der

28 Anhaltspunkte hierfür bieten die Ersterhebungsbögen der Jugendämter. Diese beurteilen beispielsweise die Wohnsituation (bezüglich Größe, Hygiene, Schlafplatz des Kindes), die soziale Situation der Familie (Einkommen, Unterstützung durch Umfeld, Gewalt, Drogenkonsum) und Erscheinungsbild und Verhalten des Kindes und der Eltern (Hygiene, Ernährung, Kleidung; Ängstlichkeit, Nähe-Distanz-Verhalten, Verhalten dem Kind gegenüber). (Vgl. zum Beispiel Formblatt Kindeswohlgefährdung des ASD Neumünster, online unter: <http://news.eformation.de/v3/client/media/193/data/4211.pdf> (Zugriff: 29.03.2012))

Suchterkrankung der Eltern.

Von einer Überlegenheit der Substitutionstherapie, auf Grund verbesserter Lebensqualität und weniger negativen Begleitumständen (vgl. Klein 2006, 16), geht nicht nur die Suchtforschung aus. Auch wenn seit 30 Jahren die deutsche Rechtsprechung von einer Kindeswohlgefährdenden Erziehungs(un)fähigkeit drogenabhängiger Eltern ausgeht, wird diese Annahme in der Praxis nicht durchgehend umgesetzt. Insbesondere die positiven Aspekte der Substitution, die sich auf die elterlichen Kompetenzen auswirken können, werden aber auch hier anerkannt. So entschied das OLG SH, dass ein Kind aus seiner Pflegefamilie, welche seiner sozialen Familie entspricht, zur leiblichen, substituierten Mutter zurückgeführt werden soll²⁹. In diesem Fall wurde das Kind kurz nach der Geburt in eine Pflegefamilie gegeben, die Mutter sei wegen ihrer Drogenabhängigkeit und einer weiteren psychischen Störung nicht erziehungsfähig gewesen. Sie lies sich nach der Inobhutnahme substituieren, hatte keinen Beikonsum und wurde psychiatrisch behandelt. Zwei Jahre später habe sie sich soweit stabilisiert, dass das Gericht keine Kindeswohlgefährdung durch die Mutter annimmt, sodass sie als erziehungsfähig betrachtet wird. Von einem Verbleib in der Pflegefamilie, weil es dem Kind dort besser gehe, wird abgesehen, da dieser Aspekt der geeigneteren Eltern allein nicht ausreicht, wie oben dargestellt. Das Vorrecht der leiblichen Eltern und das Kindesinteresse, bei diesen zu leben, wurde hier eingeräumt. Dem Gericht ist bewusst, dass ein Rückfall nicht ausgeschlossen werden kann, auf Grund der aktuellen Lebensumstände, ist dies aber nicht konkret wahrscheinlich, sodass der Erziehung des Kindes durch die substituierte Mutter nicht im Wege steht.

6 Fazit

Diese Arbeit enthält drei zentrale Ergebnisse: 1. Es ist eine eklatante Forschungslücke zum Thema opiatabhängige Eltern und ihre Kinder festzustellen. 2. Entgegen der in der Rechtsprechung festgehaltenen Annahme, wurde nachgewiesen, dass auch Opiatabhängige erziehungsfähig sein können. Betroffene Familien benötigen aber geeignete Hilfen, zur Stärkung der elterlichen Kompetenzen einerseits und der Ressourcen der Kinder andererseits. Als wesentlich wird die Teilnahme an der Substitutionstherapie erachtet. 3. Eine kooperative Zusammenarbeit von Suchthilfe und Kinder- und Jugendhilfe ist dringend angezeigt. Diese stehen vor dem Problem der verbotenen Datenweitergabe, was das Spannungsfeld zwischen Kinderschutz und Datenschutz eröffnet.

1. Es wurde nachgewiesen, dass es in Deutschland mit circa 40.000 bis 50.000 Kindern

²⁹ Vgl. OLG SH, Urt. v. 02.04.2009 – 15 UF 104/08, Juris

opiatabhängiger Eltern einen großen Bedarf an der Erforschung der Auswirkungen elterlichen Opiatkonsums auf die Kinder gibt. Studien nach aktuellen Standards gibt es kaum. Insbesondere der Blickwinkel der Resilienzforschung sollte hier Anwendung finden, da bisherige Forschungen defizitorientiert arbeiten, was dem Paradigmenwechsel innerhalb der Gesundheitsforschung nicht gerecht wird. Außerdem sind dadurch neue Ansatzpunkte zu erwarten, die eine Stärkung der betroffenen Familien ermöglichen.

2. Entsprechend der im deutschen Recht verankerten Maßgabe, dass die Kindeserziehung primär Recht der Eltern ist, beziehungsweise, dass Kinder ein Recht auf Erziehung durch ihre Eltern haben, ist den betroffenen Familien frühzeitig geeignete Hilfe anzubieten. Ein vorschnelles Urteil, opiatabhängige Eltern seien erziehungsunfähig, wird den betroffenen Familien nicht gerecht. Denn zum einen gibt es dafür keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege. Insbesondere der Umstand, dass es sich bei den Betroffenen zumeist um sogenannte Multiproblemfamilien handelt, gibt Anlass zur Überlegung, dass eine defizitäre Ausübung der Elternrolle verstärkt auf die durch Belastungen geprägten Lebensumstände und nicht allein auf den elterlichen Drogenkonsum zurückzuführen ist. Zum anderen betont die deutsche Rechtsprechung, dass kein Anspruch auf optimale Erziehung besteht. Einige Studien konnten Beeinträchtigungen bei Kindern Opiatabhängiger belegen, aber keine konkrete Kindeswohlgefährdung. Insbesondere unter Substitution kann Elternschaft gelingen, was auch in Studien nachgewiesen wurde. Eine Überarbeitung der diesbezüglichen Rechtsprechung ist angezeigt, dies bedarf aber zuvor der Umsetzung geeigneter Forschungen.

3. Um die exponierten Familien bestmöglich zu unterstützen, bedarf es einer Kooperation der professionellen Hilfen. Vermutet der ASD in einer von ihm betreuten Familie eine Suchtproblematik, sollte er sich durch die Suchthilfe beraten lassen und die Eltern entsprechend anbinden. Haben in der Suchthilfe Tätige Kontakt zu abhängigen Eltern, benötigen sie wiederum kollegiale Fallberatung durch den ASD und sollten einen Kontaktaufbau zwischen ASD und Familie einleiten. Keine Partei kann die Aufgaben der anderen übernehmen. Dazu mangelt es an Wissen und Möglichkeiten. Daher ist es wünschenswert, dass sich die Helfenden für eine gegenseitige Beratung öffnen. Schwieriger wird es, die Familien insbesondere an das Jugendamt anzubinden. Im Rahmen des Datenschutzes haben MitarbeiterInnen der Suchthilfe erst dann die Möglichkeit, den ASD gegen den Willen der Eltern zu informieren, wenn es sich um einen rechtfertigenden Notstand gem. § 34 StGB handelt. Wann dies der Fall ist, ist jedoch schwer zu beurteilen. Auch wenn die Situation nicht derart gefährdend ist, können sich die ungünstigen Familiendynamiken negativ auf das Kind auswirken. Es dürfte für die MitarbeiterInnen auf der persönlichen Ebene schwer zu verantworten sein, dies mittragen zu müssen. Es gilt hier, diverse

Faktoren abzuwägen. Denn mit der Datenweitergabe gegen den Willen der Eltern, riskiert man den Kontaktabbruch zu ihnen und somit zum Kind. Daher bedarf es dem Aufbau einer vertrauensvollen Basis, die es den MitarbeiterInnen ermöglicht, die Eltern dahingehend zu beraten, dass sie selbst die Entscheidung treffen, das Jugendamt einzuschalten und es als Unterstützung zu betrachten und nicht zwingend als eingreifende Instanz. Auch hierfür ist das Nutzen anonymer Fallberatungen sinnvoll, wie es beispielsweise im Hamburger Projekt *connect*³⁰ vorgesehen ist.

Nach dem Tod des zweijährigen Kevin in Bremen und den erschreckenden Ergebnissen der darauffolgenden Haaranalysen an Kindern substituierter Eltern, wurde in Bremen im September 2009 die Fachliche Weisung „Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/Väter bzw. Eltern“ eingeführt (vgl. AfSD 2009). Dies ist eine Verfahrensregelung, mit der man die genannte Zielgruppe an das Beratungs- und Hilfesystem der Bremer Drogen-, Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfe anbinden möchte. Ziel ist neben der Sicherstellung des Kindeswohls durch Risikominimierung die Förderung der Entwicklung der Kinder.

Die beteiligten Institutionen treffen mit den Familien eine Vereinbarung, in der sich die Eltern unter anderem dazu bereit erklären, vorgegebene medizinische Untersuchungen an sich und dem Kind durchführen zu lassen (wie Schwangerschaftsuntersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern), kooperativ mit Hebammen zusammenzuarbeiten und deren Kindeswohl sichernde Ratschläge anzunehmen, Beratungsangebote der Suchthilfe wahrzunehmen und Drogentests an sich und dem Kind durchführen zu lassen. Darüber hinaus erklären sie sich bereit, diverse Angebote für das Kind wahrzunehmen, wie die Teilnahme an Spielkreisen und das Besuchen einer Kindertagesstätte spätestens ab der Vollendung des dritten Lebensjahres. Dabei unterzeichnen sie auch Schweigepflichtsentbindungen für die Ärzte/innen gegenüber dem/der CasemanagerIn für die Drogenkontrollen. Alle Kooperationspartner des Einzelfalls werden namentlich in der Vereinbarung festgehalten und über die Situation informiert. Auch dafür geben die Betroffenen eine Schweigepflichtsentbindung ab. Sie unterschreiben außerdem, dies auf freiwilliger Basis zu tun. Verweigern sie die Kooperation, wird das Amt für Soziale Dienste (ASD in Bremen AfSD) im Rahmen des in 2.2.1 dargestellten Schutzauftrages gem. § 8a SGB VIII die Situation prüfen. Angesichts dieser Drohung ist die Freiwilligkeit der Zustimmung zur Datenweitergabe zu hinterfragen. Der Ansatz des Konzeptes zur engen Zusammenarbeit ist durchaus positiv, jedoch stellt es im Gesamten einen starken Eingriff in die Rechte der Eltern dar. Insbesondere wird hier allen drogenabhängigen Eltern pauschal eine mangelnde Elternfähigkeit

30 Nähere Informationen unter: <http://www.sucht-hamburg.de/projekte/connect>

unterstellt: Verweigern sie die Unterschrift, findet zumindest eine Gefahrenforschung gem. § 8a SGB VIII statt, auch ohne dass es tatsächliche Anhaltspunkte gibt. Es wird davon ausgegangen, dass das Kindeswohl nur über diese Kooperation gesichert werden kann und die Eltern es nicht alleine schaffen. Dies wird anderen Eltern nicht per se vorgeworfen. Die in 4.3 besprochenen Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass die gesamten Lebensumstände einen größeren Einfluss auf die Entwicklung der Kinder haben, als der elterliche Drogenkonsum. Es gibt zahlreiche Risikofamilien, die in vergleichbaren Verhältnissen leben wie abhängige Eltern. Diese werden nicht zur Kooperation verpflichtet, so lange es keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung gibt. Zugespitzt: Armut ist allgemein ebenso Risikofaktor für eine mögliche Kindeswohlgefährdung wie Drogenkonsum. Niemand verfiere jedoch auf die Idee, alle Familien unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze pauschal engmaschig zu kontrollieren.

Im Rahmen dieser Arbeit konnten nur Eckpfeiler der Vereinbarung verkürzt dargestellt werden. Jedoch ist deutlich, dass dieses durchaus gut gemeinte Konzept, einen tiefen Eingriff bedeutet. Einige Punkte sollten hier überarbeitet werden. Es ist wohl auf das gesellschaftliche Bild von Drogenabhängigen und auf die mediale Darstellung der tragischen Todesfälle zurückzuführen, dass dies so wenig diskutiert und unhinterfragt übernommen wird. Einige Maßnahmen dieser Vereinbarung werden nun in Hamburg diskutiert. Nach dem Tod der elfjährigen Chantal werden zum Teil auch für Hamburg verpflichtende Haaranalysen an Kindern drogenabhängiger Eltern gefordert. Bisher wird dies noch von der Politik abgelehnt, jedoch hat die Debatte gerade erst begonnen. In Bremen dauerte es drei Jahre, bis die Fachliche Weisung umgesetzt wurde. Es wird demnach in den folgenden Monaten und Jahren zu beobachten sein, welche rechtlichen Folgen der Fall Chantal nach sich zieht. Hierfür ist zum einen die Auseinandersetzung mit den bisherigen Forschungen zu empfehlen und zum anderen kann auf die Initiierung neuer Studien nach aktuellen Standards nicht verzichtet werden. Es bleibt zu hoffen, dass die Debatte, die nach solchen Ereignissen immer folgt, nicht zu einem blinden Aktionismus führt, der nur halb durchdachte Maßnahmen mit sich bringt. Wichtig ist es, auch hier das Problem bei der sprichwörtlichen Wurzel zu packen und rechtzeitig geeignete Hilfen anzubieten.

Literaturverzeichnis

Alle, Friederike (2010): Kindeswohlgefährdung. Das Praxishandbuch. Freiburg: Lambertus

Amt für Soziale Dienste (2009): Fachliche Weisung 01/2009: Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter / Väter bzw. Eltern. Bremen, online unter: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/B%202.8.1%20-%20Umgang%20mit%20Kindern%20substituierter%20bzw.%20drogenabh%20E4ngiger%20M%20Fetter%20V%20E4ter%20bzw.%20Eltern_2009-03-01.pdf (Zugriff: 09.12.2011)

Ärzteblatt (2011): Bremer Methadonprogramm gefährdet Kinder Drogensüchtiger, online unter: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=45144> (Zugriff: 09.12.2011)

BADO e.V. (2011): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2010 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg

BADO e.V. (2007): Ambulante Suchthilfe in Hamburg. Statusbericht 2006 der Hamburger Basisdatendokumentation. Hamburg

Baierl, Martin (2010): Herausforderung Alltag. Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Baumann, Pamela S. / Levine, Stephen A. (1986): The Development of Children of Drug Addicts, in: The International Journal of the Addictions, 21 (8), 849-863

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2009): Kooperationsvereinbarung Familie Kind Sucht. Vereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen Sozialen Dienst Hamburg. Hamburg, online unter: <http://www.hamburg.de/contentblob/2452156/data/broschuere-familie-kind-sucht.pdf>Hamburg (Zugriff: 08.01.2012)

Bossong, Horst / Stöver, Heino (Hrsg.) (1992): Methadonbehandlung. Ein Leitfaden. Frankfurt a.M., New York: Campus

- Bühringer, Gerhard / Künzel, Jutta / Spies, Gabriele (Hrsg.) (1995): Methadon-Expertise. Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen in Deutschland. Baden-Baden: Nomos
- Bülow et al. (Hrsg.) (1991): Methadon: Grundlagen, Erfahrungen und Probleme medikamentengestützter Drogentherapie. München: Profil
- Bundesärztekammer (2010): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger, online unter: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf (Zugriff: 09.12.2011)
- Burns, E. Claire / O'Driscoll, Margaret / Wason, Gem (1996): The Health and Development of Children whose Mothers are on Methadone Maintenance, in: Child Abuse Review, 5, 113-122
- Coesfeld, Franziska / Haseborg, Volker T. (2012): Chantal – ein viel zu kurzes Leben, in: Hamburger Abendblatt vom 10.02.2012, 14
- Colten, Mary E. (1980): A Comparison of Heroin-Addicted and Nonaddicted Mothers. Their Attitudes, Beliefs and Parenting Experiences, in: NIDA, Services Research Report, Heroin-addicted parents and their children; Two reports. DHHS Pub. No. (Adm) 81- 1028
- Davis, Shoni K. (1990): Chemical Dependency in Women: A Description of Its Effects and Outcome on Adequate Parenting, in: Journal of Substance Abuse Treatment, 7, 225- 232
- Deutsche AIDS-Hilfe (2010): Substitution. Überleben sichern Gesundheit fördern Ausstieg ermöglichen. Informationen für Drogen gebrauchende und substituierte Männer und Frauen. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe
- DIJuf (2008): Umgang mit Situationen von Kindeswohlgefährdung (Alkohol- oder Drogenkonsum) während der Schwangerschaft. DIJuf Rechtsgutachten vom 15.04.2008, JAmt 2008, 248-250

- Engfer, Anette (2000): Gewalt gegen Kinder in der Familie, in: Egle, Ulrich T. / Hoffmann, Sven O. / Joraschky, P. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. Stuttgart: Schattauer, 23-39
- Englert, Ekkehart / Ziegler, Markus (Hrsg.) (2001): Kinder Opiatabhängiger Mütter- Ein Überblick, in: Suchttherapie, 2, 143-151
- Fengler, Denis / Coesfeld, Franziska / Balasko, Sascha (2012a): Die Akte Chantal – eine tragische Fehlerkette, in: Hamburger Abendblatt 26.01.2012, 10-11
- Fengler, Denis / Coesfeld, Franziska / Balasko, Sascha (2012b): Hamburger Pflegeeltern müssen zum Drogentest, in: Hamburger Abendblatt vom 31.01.2012, 12
- Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Dörner, Tina / Rönnau, Maike (Hrsg.) (2007): Prävention und Resilienzförderung in Kindertageseinrichtungen – PriK. Trainingsmanual für ErziehernInnen. München, Basel: Ernst Reinhardt
- Hinrichs, Knut (2010): Frühe Hilfen in der Jugendhilfe – Sozialdatenschutz als Hindernis?, in Sozialrecht aktuell, 1, 2-7
- Hogan, Diane M. (1998): Annotation: The Psychological Development and Welfare of Children of Opiate and Cocaine Users: Review and Research Needs, in: Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39 (5), 609-620
- Hönekopp, Inge (2011): Die Bedeutung der neuen BÄK-Richtlinien, in: Hönekopp, Inge / Stöver, Heino (Hrsg.): Beispiele Guter Praxis in der Substitutionsbehandlung. Freiburg: Lambertus, 17-26
- Khantzian, Edward J. (1985): The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence, in American Journal of Psychiatry, 142:11, 1259-1264

- Klein, Michael (2006): Kinder im Kontext drogenbelasteter Familien, in: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken. Fakten. Hilfen. Regensburg: Roderer, 4-23
- Klein, Michael (2003): Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektiven, in: Report Psychologie, 28, 358-371
- Klein, Michael (2001): Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität, in: Westermann, B. / Jellinek, C. / Bellmann, G. U. (Hrsg.): Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 61-80
- Kutter, Kaija (2012): Niemand will's gewesen sein, in: taz nord vom 28./29.01.2012, 41
- Kröger, Christine / Klein, Michael / Pauly, Anne (2006): Entwicklung und Evaluation eines Programmes zur Förderung der Erziehungskompetenz drogenabhängiger substituierter Mütter, in: Klein, Michael (Hrsg.): Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken. Fakten. Hilfen. Regensburg: Roderer, 24-105
- Lüdecke Christel (2010): Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, 11-26
- Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hrsg.) (2010): Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer
- Nair, Prasanna et al. (1997): Risk Factors for Disruption in Primary Caregiving Among Infants of Substance Abusing Women, in: Child Abuse and Neglect, 21 (11), 1039-1051
- Palandt, Otto (Begr.) (2011): Beck'sche Kommentare Bd. 7 Palandt Bürgerliches Gesetzbuch. 70., neubearbeitete Aufl. München: C.H. Beck

- Pfeiffer-Gerschel, Tim / Künzel, Jutta / Steppan, Martin (2011): Deutsche Suchthilfestatistik 2009. Ein Überblick der wichtigsten Ergebnisse, in: Sucht, 57 (6), 421-430
- Säcker, Franz J. / Rixecker, Roland (Hrsg.) (2011): Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, Bd. 8: Familienrecht II (§§1589-1921 SGB VIII) Nachtrag zur 5. Aufl. (§§1666-1667). München: C.H. Beck
- Schäfer, Ingo (2006): Die Bedeutung von Traumatisierungen für die Entwicklung und den Verlauf von Suchterkrankungen, in: Schäfer, Ingo / Krausz, Michael (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta, 11-32
- Senat der Freien und Hansestadt Hamburg (2011): Schriftliche Kleine Anfrage der Abgeordneten Christoph de Vries und Karin Prien (CDU) vom 18.04.11 und Antwort des Senats, online unter:
<http://www.christophdevries.de/wp-content/uploads/20-234.pdf> (Zugriff: 03.03.2012)
- Sowder, Barbara / Burt, Marvin R. (1980): Children of Addicts and Nonaddicts. A Comparative Investigation of Five Urban Sites, in: NIDA, Services Research Report, Heroin-addicted parents and their children; Two reports. DHHS Pub. No. (Adm) 81-1028
- Stewart, Sherry H et al. (2000): Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Situation-Specific Drinking in Women Substance Abusers, in: Alcoholism Treatment Quarterly, 18:3, 31-47
- Wabnitz, Reinhard J. (2007): Grundkurs Kinder- und Jugendhilferecht für die Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt
- Wabnitz, Reinhard J. (2006): Grundkurs Familienrecht für die Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt
- Wälte, Dieter (2011): Der psychisch gestörte Mensch, in: Wälte, Dieter / Borg-Laufs, Michael / Brückner, Burkhardt (Hrsg.) (2011): Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer

Wilens, Timothy E. et al. (1995): Pilot Study of Behavioral and Emotional Disturbances in the High-Risk Children of Parents with Opioid Dependence, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34 (6), 779-785

Wustmann, Corinna (2004): Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern. Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen

Zimbardo, Philip G / Gerrig, Richard J. (Hrsg.) (2004): Psychologie. 16., aktualisierte Aufl. München: Pearson Studium

Zeit Online (2011): Linke will harte Drogen legalisieren, online unter: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2011-10/linke-parteitag-drogenpolitik> (Zugriff: 16.02.2012)

Abkürzungsverzeichnis

AfSD	Amt für Soziale Dienste
ASD	Allgemeiner Sozialer Dienstag
BADO	Basisdatendokumentation
Beschl. v.	Beschluss vom
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
BVerfG	Bunderverfassungsgericht
CES-D	Center for Epidemiologic Depression Scale
DIJuF	Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht
DC	disruptive Care
FamG	Familiengericht
FamRZ	Zeitschrift für das gesamte Familienrecht mit Betreuungsrecht, Erbrecht, Verfahrensrecht, Öffentlichem Recht
HzE	Hilfen zur Erziehung
ICD	International Classification of Diseases
JAmt	Das Jugendamt
MünchKommBGB	Münchener Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch
NAS	Neonatales Abstinenzsyndrom
nonDC	nonDisruptive Care
OLG Bremen	Hanseatisches Oberlandesgericht Bremen
OLG Frankfurt/M	Oberlandesgericht Frankfurt am Main
OLG SH	Schleswig-Holsteinisches Oberlandesgericht
Rn.	Randnummer
SGB VIII	Achtes Sozialgesetzbuch
StGB	Strafgesetzbuch
Urt. v.	Urteil vom

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 30.03.2012

Katharina Huld