



Nationales Gesundheitsziel Alkoholkonsum reduzieren

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

Kritische Vorbemerkungen zu Themenfeld 5: Eindämmung gesundheitlicher und sozialer Schäden

1. Forschungsstand

Die existierende Fachliteratur zur Problematik der Kinder aus suchtbelasteten Familien wie auch der der erwachsenen Angehörigen¹ ist im Text nicht berücksichtigt.

Der schon lange als defizitär erkannte Forschungsstand zur erwachsenen Angehörigenproblematik² wird nicht thematisiert. So ist beispielsweise die angeführte Zahl von fünf bis sieben Millionen betroffener Angehöriger eine nicht valide und nicht operationalisierte Schätzung. Zur Kinderproblematik gibt es mittlerweile zunehmende Forschungsbemühungen, die leider mit Ausnahme der Studie von Klein (2005) nicht berücksichtigt wurden.

2. Belastungen und Traumata

Der Text zum Themenfeld 5 konzentriert sich auf das Thema physische Gewalt unter Alkoholeinfluss gegenüber Angehörigen und Kindern. Zwar ist Gewalt mit schwerwiegenden Folgen für Leib und Seele der Betroffenen verbunden, aber sie ist nur eine Belastung unter vielen, unter denen Angehörige und Kinder von Suchtkranken leiden. Andere bekannte Belastungen und Traumata werden durch den Text ausgeblendet oder marginalisiert:

- emotionale Vernachlässigung (Kinder)
- Ablehnung und Zurückweisung (Angehörige und Kinder)
- Erniedrigung, Abwertung (Angehörige und Kinder)
- Alleinsein (Kinder)
- soziale Isolation, Stigmatisierung (Angehörige und Kinder)
- Abhängigkeit (Angehörige und Kinder)
- Parentifizierung (Kinder)
- Verantwortungsdelegation (Angehörige)
- sexueller Missbrauch (Kinder)

¹ Cork 1969, Wegscheider, 1981; Woititz, 1983; Mellody, 1989; Rennert, 1989; Lambrou, 1990; Zobel, 2008, 2006; Barnowski-Geiser, 2009, 2011; Flassbeck, 2010, 2014

² Schaeff, 1987; Kolitzus, 2000; Hüllinghorst, 2000, Flassbeck, 2010

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

- Vergewaltigungen (Partner/innen)
- Beschämung (Angehörige und Kinder)
- Beschuldigung (Angehörige und Kinder)
- Sprachlosigkeit
- Tabuisierung (Angehörige und Kinder)
- Instabilität (Angehörige und Kinder)
- Feindseligkeit (Angehörige und Kinder)
- übermäßige Verwöhnung (Kinder)

Während die Kinder als Teil des sozialen Umfelds benannt werden, wird die große und ebenso betroffene Gruppe der Angehörigen von Suchtkranken (Partner/innen, Eltern) im Text vergessen. Damit gerät aus dem Blick, dass effektive Hilfe für die Kinder vielfach von der Hilfe für die erwachsenen Angehörigen nicht zu trennen ist. Denn solange Eltern in die Sucht des/der Partners/Partnerin verstrickt sind und diese mitunter sogar leugnen, haben die Kinder in der Regel keine Möglichkeit, ein gezieltes Hilfeangebot wahrzunehmen.

3. Folgestörungen

Die einseitige Fixierung auf das Thema Gewalt lässt auch den Blick für die vielschichtigen und komplexen, vor allem psychischen und sozialen Folgeschäden auf Seiten der Angehörigen und Kinder vermissen. Kinder aus Suchtfamilien entwickeln verschiedene psychische und soziale Auffälligkeiten und Störungen unter denen sie lebenslang leiden:

- Depressionen
- Angststörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- akute und posttraumatische Belastungsstörungen
- Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
- Delinquenz
- Überanpassung
- frühe Suchtprobleme

Sie sind durch vielfältige soziale, kognitive und körperliche Defizite und Benachteiligungen für das Leben geprägt:

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

- Fetale Alkoholspektrum-Störungen
- Lern- und Leistungsstörungen
- körperliche Erkrankungen

Auch die psychischen und sozialen Schädigungen von erwachsenen Angehörigen werden durch den Text weder benannt noch behandelt:

- Depressionen
- Erschöpfungssyndrom
- Angststörungen
- akute und posttraumatische Belastungsstörungen
- psychosomatische Syndrome
- sozialer Abstieg
- Schulden
- Armut
- soziale Isolation

4. Co-abhängige Transmission

In der Fachliteratur zu Kindern aus Suchtfamilien finden sich Forschungsergebnisse, denen zufolge Mädchen – nicht jedoch Jungen – ein erhöhtes Risiko haben, im späteren Leben einen suchtkranken Partner zu wählen, ohne selber suchtkrank zu werden.³ Dieser Befund deutet an, dass es neben der bekannten süchtigen Transmission (vorwiegend bei den Jungen) eine weitere weibliche, co-abhängige Transmission gibt: Aus Töchtern suchtkranker Eltern werden Partnerinnen suchtkranker Männer. Zu vermuten ist darüber hinaus, dass aus diesen co-abhängigen Partnerschaften wiederum Kinder mit erhöhtem Sucht- bzw. Co-Abhängigkeits-Risiko entstehen. Diese spezifisch weibliche Problematik ist – im Gegensatz zum süchtigen Risiko betroffener männlicher Kinder – weder erforscht noch wird sie in der Prävention und Behandlung berücksichtigt.

³ Schuckit et al., 1994; Olmstedt et al. (2003)

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13: Suchtbelastete Familien und ihre Kinder werden unterstützt.

Maßnahme 1:

Die Bundesregierung setzt in der Gesundheits-, Sozial-, Familien- und Bildungspolitik die entsprechenden Passagen der europäischen Charta Alkohol der WHO⁴, des europäischen Aktionsplans Alkohol der WHO⁵ sowie der UN-Kinderrechtskonvention⁶ um.

Aus diesen internationalen Dokumenten ergeben sich folgende Forderungen an den Gesetzgeber:

- Das Kinder- und Jugendhilfegesetz ist dahingehend zu ergänzen, dass es Hilfen für Kinder aus dysfunktionalen Familien (Kinder aus suchtbelasteten Familien, Kinder psychisch kranker Eltern, Kinder traumatisierter Eltern) zu einer regelfinanzierten Leistung erhebt, auf die ein individueller Rechtsanspruch der Minderjährigen besteht.

⁴ Alle Kinder und Jugendlichen haben das Recht, in einer Umwelt aufzuwachsen, in der sie vor den negativen Begleiterscheinungen des Alkoholkonsums und soweit wie möglich vor Alkoholwerbung geschützt sind.

Alle alkoholgefährdeten oder alkoholgeschädigten Bürger und ihre Familienangehörigen haben das Recht auf Zugang zu Therapie und Betreuung.

Europäische Charta Alkohol der WHO 1995

⁵ Programme für die Familien sollten auch in Betracht gezogen werden, da Alkoholprobleme in einer Familie nicht nur den Trinker selbst betreffen, sondern auch die Gesundheit und das Wohlergehen des Partners und insbesondere auch die Entwicklung der Kinder beeinflussen. Im Rahmen gemeindenaher Präventionsprogramme ist die Schulung all derjenigen wichtig, die sich um Kinder kümmern (hierunter Lehrer), damit sie Frühinterventionen bei Eltern mit Alkoholproblemen und Überweisungen für Kurzintervention und Behandlung vornehmen können. Dieser Ansatz sollte auch den Partnern und Kindern Unterstützung anbieten.

Während der gesamten Dauer dieses Aktionsplans und insbesondere zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sollten die Länder über Systeme verfügen, die unangemessene und unverantwortliche Alkoholreklame und –vermarktung an Kinder und Jugendliche verhindert.

Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums (2012–2020)

⁶ Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen einschließlich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkünfte zu schützen ...

UN-Kinderrechtskonvention, 1989

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

- Da suchtkranke Menschen durch ihr krankheitsbedingt unberechenbares Verhalten, ihre emotionale Nichterreichbarkeit und ihre negative Vorbildwirkung für ihre Kinder eine Gesundheitsgefährdung in Hinsicht auf spätere eigene Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen darstellen, müssen Jugendämter zur Sicherung des Wohls der Minderjährigen eingreifen (ihr „staatliches Wächteramt“ ausüben), sofern Anhaltspunkte für eine konkrete Gesundheits- bzw. Entwicklungsgefährdung vorliegen. Um Kindern und Jugendlichen effizient helfen zu können ohne in unverhältnismäßiger Weise in das Elternrecht einzugreifen, ist im Familienrecht (im vierten Buch, zweiter Abschnitt, fünften Titel des BGB) klarzustellen, dass suchtkranke Eltern dazu verpflichtet werden können, Hilfe im Suchthilfesystem zu suchen, damit das Kind in der Familie verbleiben kann.⁷ Nur wenn dies von den Eltern abgelehnt wird oder das Kindeswohl dennoch in Gefahr ist, ist vom Familiengericht über weitergehende Maßnahmen nach §§ 1666, 1666a BGB zu entscheiden.
- Die Werbefreiheit ist dahingehend einzuschränken, dass Werbung für Suchtmittel verboten wird.
- Die Verfügbarkeit des legalen Suchtmittels Alkohol für Jugendliche ist durch Preisgestaltung (Erhöhung der Alkoholsteuer) und strikte Durchsetzung des Jugendschutzes zu begrenzen.

Maßnahme 2: Die Bundesregierung setzt die bei einer Fachtagung im Bundesgesundheitsministerium 2004 vereinbarten „10 Eckpunkte für die Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien“ um:

⁷ Als Referenz für die hohe Wirksamkeit und die familienstabilisierenden Effekte einer klugen staatlichen Intervention verweisen wir auf das in Kalifornien entwickelte und sich in den USA stetig weiter verbreitende System der Family Wellness Courts: http://www.casaforchildren.org/site/c.mtJSJ7MPIsE/b.7998187/k.931B/JP_6_Nishigaya.htm

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

10 Eckpunkte zur Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien ⁸

In Deutschland leben über 2,5 Mio. Kinder unter 18 Jahren, die mit mindestens einem suchtkranken Elternteil aufwachsen. Diese Kinder leiden häufig unter kognitiven Einschränkungen sowie sozialen, psychischen und körperlichen Belastungen. Zudem leben sie mit einem erhöhten Risiko, später selbst suchtkrank zu werden. Die Verbesserung ihrer Situation ist eine Zukunftsaufgabe - für die betroffenen Kinder, ihre Familien und für die Gesellschaft.

1. Kinder aus suchtbelasteten Familien haben ein Recht auf Unterstützung und Hilfe, unabhängig davon, ob ihre Eltern bereits Hilfeangebote in Anspruch nehmen.
2. Den Kindern muss vermittelt werden, dass sie keine Schuld an der Suchterkrankung der Eltern tragen. Sie brauchen eine altersgemäße Aufklärung über die Erkrankung der Eltern und bestehende Hilfeangebote.
3. Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen, insbesondere der Suchtkrankenhilfe, der Kinder- und Jugendhilfe und den medizinischen Diensten, muss optimiert werden. Um wirkungsvolle Interventionen zu erreichen, muss arbeitsfeldübergreifend kooperiert werden. Lehrer, Erzieher, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen und Pädagogen müssen verbindlich zusammen arbeiten. Das Ziel ist, betroffene Kinder und Eltern frühzeitig zu erkennen und die ihnen angemessene Unterstützung anzubieten.
4. Die Öffentlichkeit muss über die Auswirkungen von Suchterkrankungen auf Kinder und Familien informiert werden. Eine sensibilisierte Öffentlichkeit erleichtert es Eltern, die Sucht als Krankheit anzunehmen. So wird den Kindern der Weg geebnet, Unterstützung zu suchen und anzunehmen.
5. Das Schweigen über Suchterkrankungen muss beendet werden. Es muss ein Klima geschaffen werden, in dem betroffene Eltern und Kinder Scham- und Schuldgefühle leichter überwinden und Hilfe annehmen können. Kinder leiden unter Familiengeheimnissen.
6. Auch Suchtkranke wollen gute Eltern sein. Suchtkranke Eltern brauchen Ermutigung und Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer Elternverantwortung. Das Wohl der Kinder muss bei diesen Bemühungen im Mittelpunkt stehen.
7. Die familienorientierte Sichtweise erfordert eine gemeinsame innere Haltung der beteiligten Helfer. Sie muss Grundlage aller Angebote und Interventionen sein.
8. Bei Kindern, deren Familien sich gegen Hilfeangebote verschließen, kann zum Schutz der Kinder im Einzelfall auch eine Intervention gegen den Willen der Eltern erforderlich werden.
9. Schule und Kindertagesstätte sind zentrale Lebensräume für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Sie müssen dort mit der erforderlichen Aufmerksamkeit frühzeitig erkannt werden. Gemeinsam mit den Eltern müssen Hilfeangebote vermittelt werden.
10. Das Wissen über die Entstehung von Suchterkrankung sowie die Auswirkungen auf Kinder und Familien muss verpflichtend in die Ausbildung der pädagogischen, psychologischen und medizinischen Berufsgruppen aufgenommen werden. So wird das Bewusstsein der Problematik in den jeweiligen Fachdisziplinen frühzeitig gefordert und langfristig eine gesellschaftliche Einstellungsveränderung gefördert.

⁸ Vereinbart auf der Fachtagung „Familiengeheimnisse – Wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden“, 04. und 05. Dezember 2003 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

Maßnahme 3: Bei einer Erhöhung der Alkoholsteuer auf das europäische Durchschnittsniveau ergäben sich für den deutschen Fiskus Mehreinnahmen von ca. 2,6 Mrd. Euro pro Jahr. Dies würde weitreichende Möglichkeiten eröffnen, die in diesem Papier aufgeführten Maßnahmen zur Unterstützung und Resilienzstärkung von Kindern aus suchtbelasteten Familien zu finanzieren.⁹

9 Adams, Michael, Tobias Effertz: Effective Prevention against Risky Underage Drinking — The Need for Higher Excise Taxes on Alcoholic Beverages in Germany; Alcohol and Alcoholism, Oxford 2010

Effertz, Tobias: Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums - Eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas; Bern/ Frankfurt am Main 2015

13.1 Es werden verstärkt familienorientierte Ansätze in der Suchttherapie umgesetzt.

Maßnahme 4: Familienorientierte Ansätze in der Suchttherapie werden von den zuständigen Kosten- und Leistungsträgern anerkannt und finanziert. Die empirisch belegten wechselseitigen Beeinflussungen von einer elterlichen Suchterkrankung und dem kindlichen Entwicklungsverlauf unterstreichen die Relevanz der Einbeziehung der Kinder in die Behandlung des erkrankten Elternteils bzw. die gemeinsame Behandlung der Eltern mit ihren Kindern im stationären, teilstationären oder ambulanten Setting. Suchtkranke Väter und Mütter müssen als Eltern wahrgenommen werden und die Themen Kinder und Erziehung einen bedeutsamen Stellenwert in der Behandlung einnehmen, damit bestehende Hemmschwellen für die Inanspruchnahme von weitergehenden Hilfen überwunden werden können.

Maßnahme 5: Für Angehörige von Suchtkranken und für erwachsene Kinder aus suchtbelasteten Familien werden flächendeckende, ausreichende und bedarfsgerechte präventive, beratende und therapeutische Angebote aufgebaut und deren Finanzierung sichergestellt. Ausgehend von den vorhandenen Konzepten¹⁰ sind die derzeit mangelhaften Angebotsstrukturen zu verbessern.

Maßnahme 6: Die Belastungen und die psychischen und sozialen Folgen und Schäden für Angehörige und Kinder von Suchtkranken werden wissenschaftlich weiter erforscht.

¹⁰ Barnowski-Geiser, 2009, 2011; Flassbeck, 2010, 2014; Buchner et al., 2011, 2012, 2013

13.2 Kinder aus suchtkranken Familien werden besonders gefördert.

Maßnahme 7: Die Bundesregierung wirkt darauf hin, dass alle deutschen Bundesländer die Verbesserung der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien zum Gesundheitsziel erklären, so wie dies z.B. bereits jetzt im Freistaat Thüringen der Fall ist.

Maßnahme 8: Die Bundesregierung wirkt darauf hin, dass in den Ländern die Suchtprävention über den Wirkungsbereich des Präventionsgesetzes hinaus gestärkt wird. Von zentraler Bedeutung sind dabei die Bildungseinrichtungen, weil nur auf diesem Weg auch die Kinder und Jugendlichen erreicht werden, deren Eltern nicht bereit sind, sich einer Behandlung zu unterziehen (ca. 90 Prozent aller betroffenen Kinder). In der Arbeit von Schulen, Kindertagesstätten und Jugendeinrichtungen ist die Suchtprävention und insbesondere die salutogenetisch ausgerichtete Unterstützung der Resilienzentwicklung von Kindern aus dysfunktionalen Familien als pädagogischer Standard zu etablieren, ebenso die Propagierung eines suchtfreien Lebensstils. Lehrpläne und Schulprogramme sind entsprechend zu ergänzen. Um das Lehrpersonal in die Lage zu versetzen, mit den Kindern auch inhaltlich zu diesen Themen zu arbeiten, bedarf es der Aufnahme suchtpreventiver Themen in die Schulbücher. Alle Berufsgruppen, die in Schule und Kindergarten mit den Kindern zu tun haben, müssen entsprechend sensibilisiert werden.

Maßnahme 9: Zur Förderung von Kindern aus suchtbelasteten Familien (und anderer aus dysfunktionalen Familien) bedarf es einer an der Persönlichkeitsentwicklung orientierten Pädagogik, die jedem Kind die individuelle Förderung gewährt, die es zur vollen Ausschöpfung seines Potentials braucht. Demgegenüber geht eine allein auf Wissensvermittlung ausgerichtete Schule an den Bedürfnissen und dem Förderbedarf dieser Kinder vorbei. Dies betrifft in erster Linie die Grundschule, da die betroffenen Kinder in diesem Alter noch nicht in der Lage sind, sich selbst zu helfen und auf Unterstützung durch Erwachsene angewiesen sind. In den weiterführenden Schulen sollte betroffenen Kindern durch Information und Beratungsangebote ein differenzierteres Hilfsangebot gemacht werden.

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

Maßnahme 10: In den pädagogischen, psychologischen und medizinischen Ausbildungen sowie insbesondere in sucht- und psychotherapeutischen Ausbildungen werden die Auswirkungen von Sucht in der Familie auf die Angehörigen- und die Kinder angemessen vermittelt. Die Ausbildungsinhalte sind für die genannten Berufsgruppen bundesweit entsprechend zu ergänzen.

Maßnahme 11: Nachdem im Achten Buch Sozialgesetzbuch (Kinder- und Jugendhilfe) die Voraussetzungen geschaffen worden sind¹¹, wird das Hilfesystem für Kinder aus suchtbelasteten Familien – ausgehend von zur Zeit ca. 200 Angeboten vorwiegend im Südwesten und Westen Deutschlands – zu einem flächendeckenden Hilfesystem ausgebaut. In jeder größeren deutschen Kommune bzw. Landkreis muss auf lange Sicht zumindest ein spezialisiertes und fachlich fundiertes Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien seitens der Suchthilfe oder der Suchtprävention, Pädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie vorhanden sein. Die Hilfen sind in die regulären Versorgungsstrukturen zu integrieren, um Kontinuität und Verlässlichkeit zu gewährleisten. Um die dafür notwendige Hilfeinfrastruktur sicher und stabil zu finanzieren, werden die Kommunen auskömmlich finanziell ausgestattet. Sofern die ständig steigenden Soziallasten die Finanzkraft der Kommunen überschreiten, sind die hierfür notwendigen Aufwendungen auch im Rahmen der Reformen der Gemeindefinanzierung zu berücksichtigen.

Maßnahme 12: Die verbindliche Kooperation von Jugendhilfe, Suchthilfe und Schule wird bundesweit verpflichtend festgeschrieben. Zur Unterstützung dieser Maßnahme ist insbesondere das Projekt „Schulterschluss“ aus Baden-Württemberg bundesweit zu verbreiten. Das Projekt unterstützt lokal die Entwicklung von Kooperationen zwischen den Systemen durch Inhouse-Schulungen.¹²

¹¹ siehe oben Maßnahme 1

¹² <http://www.suchtfraagen.de/Schulterschluss-Kopie-1.395.0.html>

13.3 Die Ergebnisse aus erfolgreichen Leuchtturmprojekten werden bundesweit umgesetzt

Maßnahme 13: Als Leuchtturm ist die Gesamtheit der in den vergangenen zwei Jahrzehnten entstandenen Angebote und Ansätze zu betrachten.¹³ Die zur Zeit ca. 200 Angebote verschiedenster Anbieter (Suchthilfe, Jugendarbeit, Suchtprävention) werden darin unterstützt, ein bundesweites Netzwerk zu bilden, in dem der Erfahrungsschatz aus der langjährigen praktischen Arbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien im großstädtischen, kleinstädtischen oder ländlichen Kontext dokumentiert, aufbereitet (Standards) und als Grundlage für den flächendeckenden Ausbau des Hilfesystems zur Verfügung gestellt wird (Konzepte).

Maßnahme 14: Bei vielen der bisher in der Praxis eingesetzten Hilfeangebote ist ein Paradigmenwechsel von einer pathogenetischen hin zu einer salutogenetischen Orientierung zu befördern. Vielerorts wird mit „So-Ko-Programmen“ (Soziale Kompetenz vermitteln) versucht, die problematische Entwicklung der Kinder verhaltensbezogen und auf soziale Probleme fokussiert zu verhindern. Die Risikofaktoren für pathologische Entwicklungsverläufe sollen so gemindert werden bzw. durch spezifische Interventionsprogramme kompensiert werden. Es geht aber darum, die Kinder und Jugendlichen individuell bei der Bewältigung ihrer entsprechenden Entwicklungsaufgaben zu unterstützen und insbesondere die Selbstachtung zu stärken.

Demgegenüber berücksichtigt eine salutogenetische Orientierung insbesondere die Erkenntnisse der Resilienz- und Bewältigungsforschung. Sie fördert z. B. die Aktivierung von besonderen personalen Ressourcen der Kinder und stärkt die Erziehungskompetenz der Eltern. Wichtig dabei ist, dass diesen Eltern angesichts ihrer eigenen biographischen Erfahrungen dafür ein geschützter Rahmen angeboten wird. Auch werden soziale Ressourcen gefördert und aktiviert, indem Familien z. B. bei der Teilhabe an den Strukturen ihres jeweiligen Lebensraums unterstützt werden. Auch sollten Kinder alters- und entwicklungsgerecht über die Erkrankung und

¹³ Eine Auflistung der in Deutschland verfügbaren Angebote (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) ist unter <http://www.nacoa.de/index.php/hilfeangebote/professionelle-angebote> zu finden.

Maßnahmen zur Erreichung von Ziel 13

„Suchtbelastete Familien und ihre Kinder sind unterstützt“

die Behandlung des betroffenen Elternteils aufgeklärt werden. Befunde aus der Resilienzforschung belegen, dass dies einen wichtigen Schutzfaktor darstellt.

Maßnahme 15: Alle Hilfen und Interventionen sind auf längere Zeit hin anzulegen, weil die pädagogischen und therapeutischen Bemühungen nur da fruchtbar werden, wo Kinder und pädagogische Begleiter über einen längeren Zeitraum miteinander in Kontakt sind. Nur so können die Kinder stabile und belastbare Bindungsangebote erfahren, die in den Beziehungen zu den suchtkranken Eltern oft nicht möglich sind. Kurzfristige Angebote im Sinne von „Schutz-Impfungsmaßnahmen“ zeigen keinen nachhaltigen Erfolg.

Autor/innen des vorliegenden Papiers

Dirk Bernsdorff leitet die Fachstelle für Suchtprävention und für Kinder aus suchtbelasteten Familien beim Diakonischen Werk Altenkirchen und bietet seit zwanzig Jahren Gruppenangebote für Kinder und Jugendliche an. Er ist Vorstandsmitglied von NACOA Deutschland.

Jens Flassbeck ist als Therapeut in der Klinik für Suchtmedizin am LWL-Klinikum Gütersloh tätig. Sein Schwerpunkt ist die Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken. Er ist Autor mehrerer Fachbücher.

Dr. Reinhardt Mayer arbeitet seit 25 Jahren mit Kindern aus suchtbelasteten Familien im Rahmen spezialisierter Gruppenangebote und als niedergelassener Psychotherapeut in Balingen. Er ist Gründer von Huckleberry & Pippilotta e. V. und Autor mehrerer Fachbücher.

Henning Mielke ist Gründer von NACOA Deutschland – Interessenvertretung für Kinder aus Suchtfamilien e. V. und ist seit elf Jahren dessen Vorsitzender.

Stefan Reiß arbeitete zwanzig Jahre in der für Jugend zuständigen Berliner Senatsverwaltung im Referat für Jugendrecht und ist Gründungsmitglied von NACOA Deutschland.

Christina Weinand-Melgarejo arbeitete vierzig Jahre im Schuldienst in Berlin und bildete Lehrer/innen für die schulische Suchtprävention fort. Das Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien war dabei eines ihrer Schwerpunktthemen.



Interessenvertretung für Kinder
aus Suchtfamilien e. V.
Gierkezeile 39
10585 Berlin
Tel.: 030 / 35 12 24 30
Fax: 030 / 35 12 24 31
E-Mail: info@nacoa.de