

Suchtbelastete Familien – Risiken und Hilfen für Kinder und Eltern

Einführung

Das Thema dieses Beitrags hat in der Bundesrepublik in den letzten Jahren die Politik, die Wissenschaft und professionelle Helfer tief bewegt – die spektakulären Todesfälle von Kindern, z. B. Kevin in Bremen oder Karolina in Memmingen, haben uns an der Dramatik von Lebensentwicklungen einzelner Kinder teilnehmen lassen.

Hier wurde uns z. B. durch den Bericht der Untersuchungskommission in Bremen zum Tode des Kindes Kevin eine Welt geöffnet, die mit den Dimensionen akademisch ausgebildeter professioneller Helfer und von Menschen, die mit ihrer Vorstellungskraft in „normalen sozialen Bezügen“ leben, nicht mehr vorstellbar war – und ich glaube, das Schaudern, das mit dem Blick in diese unvorstellbare Lebenswelt dieser Kinder verbunden war, hat uns ein wenig ahnen lassen, wie tiefgründig dieses Thema an sich ist. Daher ist es wichtig, es zu analysieren, um sowohl die Risiken als auch die Hilfen für suchtkranke Familien und die Kinder in diesen Familien zu erläutern.

Es gibt jedoch noch einen anderen Grund, eine solche wissenschaftliche und fachliche Erarbeitung dieses Themas zu leisten. Viele Bereiche, die mit dem Thema Sucht zu tun haben, zeichnen sich auch in der wissenschaftlichen und fachlichen Diskussion durch eine – wie ich meine – „Unschärfe“ aus. Umso wichtiger ist es, die Details, die mit dem Thema „Suchtbelastete Familien – Risiken und Hilfen für Kinder und Eltern“ verbunden sind, präzise zu definieren, um begründbar zu verstehen, worum es wirklich geht – denn nur so können adäquate Hilfen entwickelt und angeboten werden. Anders gesagt – wenn es nicht gelingt, präzise und klar eine Problemanalyse zu erarbeiten, dann sind Hilfen in ihrer Wirkung eingeschränkt oder in manchem Fall auch wirkungslos.

Mit diesem Beitrag möchte ich einen Eindruck einerseits von den Dimensionen des Problems und andererseits von den Optionen eines sinnvollen professionellen Handelns vermitteln.

Zur Erarbeitung der Fragestellung werde ich im Folgenden das Thema vorstellen,

- indem ich einerseits die dem Thema inhärente **These** *„Das Kindeswohl steht nach einer Abwägung als Priorität im Mittelpunkt“* begründe,

um danach

- andererseits diese These zu hinterfragen: *„Ist wirklich davon auszugehen, dass ein Kinderschutz in suchtkranken Familien, im System der Suchthilfe und der Jugendhilfe durch eine interdisziplinäre Kooperation ‚gesichert‘ ist?“*

Um diese Fragestellung zu erarbeiten, werde ich

- die vorgeburtliche Lebensentwicklung von Kindern,
- die nachgeburtliche Lebensentwicklung von Kindern,
- die professionelle Versorgung von Kindern in suchtkranken Familien
- und das System der professionellen Versorgung im System der Suchthilfe und Jugendhilfe

im Detail analysieren, um aus diesen Erkenntnissen

- Perspektiven,
- Handlungsstrategien
- und Forderungen

abzuleiten.

Warum ist es so dringend, dieses Thema zu erörtern?

Seit 1983 bin ich in der Versorgung drogenkranker Familien tätig; seit 1993 leite ich eine Einrichtung, in der drogenkranke Eltern und ihre Kinder an eigenständigen Therapieprozessen teilnehmen. Seitdem arbeite ich auch wissenschaftlich an diesem Thema.

In diesen Jahren habe ich selten eine Zeit erlebt, in der dieses Thema so glaubwürdig, so intensiv und mit so viel konstruktivem Effekt durch die Politik und professionelle Helfersysteme „bewegt“ wurde wie in den letzten 2 – 3 Jahren. Diese letzten Jahre waren für mich von so glaubwürdigen Bemühungen geprägt – ausgehend von den politischen Entscheidungsträgern ebenso wie in professionellen Systemen –, in der Kultur an sich eine Veränderung in der Versorgung von Kindern in suchtkranken Familien zu erreichen. Eine glaubwürdige Auseinandersetzung mit dem komplexen Thema „Kinder, Familie und Sucht“ war nach meiner Wahrnehmung nie so weit entwickelt wie im Moment.

Wir handeln in hoch entwickelten professionellen interdisziplinären Systemen:

- So existiert z. B. ein hoch entwickeltes System der ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitation, in dem nachweislich sehr gute Arbeit geleistet wird.
- Es besteht ein hoch spezialisiertes System der öffentlichen Jugendhilfe und der Jugendhilfe freier Träger, in dem sowohl der Schutz der Kinder als auch differenzierte Hilfsangebote möglich sind.
- Es gibt in diesen Zeiten eine politische Unterstützung bei dem Thema Kindeswohl, die, so wie ich es wahrnehme, selten so ehrlich, glaubwürdig und aktiv war wie in den letzten Jahren. So wurden von der Bundesdrogenbeauftragten Aufträge zur Analyse der Netzwerke in der Versorgung von abhängigkeitskranken Familiensystemen in Auftrag gegeben, hieraus sollen spezialisierte Weiterbildungsangebote entwickelt werden (vgl. Positionspapier „Drogen – Schwangerschaft – Kind“ des FDR, September 2009)
- Sowohl das Bundesfamilienministerium als auch die Sozialministerien der Länder bemühen sich, durch umfassende Programme den Grad des Kinderschutzes abzusichern und weiterzuentwickeln („Frühe Hilfen“).
- Es besteht ein hoch entwickeltes, ausdifferenziertes medizinisches System, in dem die verschiedenen Professionen der Pädiatrie, der Gynäkologie und der Suchtmedizin tätig sind.
- Ein spezialisiertes pharmakologisches Instrumentarium hat sich entwickelt.
- Und es ist ein differenziertes System von Gesetzen entwickelt, das vielfältige Optionen der Hilfe ermöglicht, so u. a. der § 8a SGB VIII und der „neue“ § 1666 BGB (FGG). Kurz, das „Kindeswohl“ ist sicher im Gesetz definiert.

Durch diese Systeme werden abhängigkeitskranke Eltern und ihre Kinder versorgt, immer getragen von der Annahme, dass diese Systeme in ihrem hohen Entwicklungsgrad über ausreichende Ressourcen verfügen, um diese abhängigkeitskranken Eltern und ihre Kinder angemessen zu versorgen.

Nun könnte man eigentlich denken, wir seien auf dem richtigen Weg, wir könnten ruhig und gelassen werden und hätten aus den Dramen des Sterbens der Kinder, die uns in den letzten Jahren bewegt haben, so viele Konsequenzen gezogen, dass sich solche Dramen künftig nicht mehr entwickeln können, dass also das Kindeswohl ausreichend gesichert ist.

Die selbstverständliche Annahme, dass dieses hoch spezialisierte System eine ausreichende Sicherheit auch für die besondere Klientengruppe der abhängigen Eltern und ihrer Kinder ermöglicht, ist nie wirklich hinterfragt worden – und sie bedarf einer Hinterfragung! Nach meinem Verständnis sind wesentliche kontextuelle Risikofaktoren in ihrer Bedeutung und ihren Rückkopplungseffekten in diesem System bisher nicht ausreichend erkannt und verstanden – und können daher aufgrund dieser bisher nicht erkannten Risiken weiter als „Risikofaktoren“ wirken!

Diese These möchte ich im Folgenden begründen.

Da gibt es zunächst eine wichtige Realität:

In der Bundesrepublik ist in den letzten Jahren eine Vielzahl von Kindern im Kontext von suchtkranken Familiensystemen entweder zu Tode gekommen, oder diese Kinder waren in ihrer Lebensentwicklung hochgradig bedroht. Nachfolgend möchte ich einige dieser Fälle vorstellen und gleichzeitig die wichtigen Hintergründe benennen, die das Drama dieser Kinder erklären. So wird erkennbar, wie sich Krisen im Kontext von suchtkranken Familiensystemen entwickeln können.

Die „Liste dieser Kinder“

1.	München	Junge, 3 Jahre gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, Suchtmediziner empfiehlt Behandlung = Entzugssymptomatik des Kindes mit Methadon, Überdosierung des Kindes mit Todesfolge
2.	Anonym süddeutsche Großstadt	Junge, ca. 3 Jahre überlebt	komorbides Störungsbild der Mutter, Überdosierung des Kindes mit Drogensubstanzen
3.	Goslar	Säugling, 8 Monate gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, Überdosierung des Kindes mit Drogensubstanzen
4.	Memmingen „Karolina“	Mädchen, 3 Jahre gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, dissoziale Persönlichkeit des drogenabhängigen Ziehvaters, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge
5.	Kiel/Rendsburg	Säugling, 2 Monate gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge
6.	Bremen „Kevin“	Junge, 2 Jahre gestorben	komorbide Störungsbilder beider drogenabhängiger Elternteile, dissoziale Persönlichkeit des Ziehvaters, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge
7.	München	Junge, 2 Jahre überlebt	Alkoholabhängigkeit der Mutter, schwere Kindesmisshandlung
8.	Berlin	Säugling, 3 Monate gestorben	polytoxikomane Drogenabhängigkeit der Mutter, komorbides Störungsbild, dieses Kind ist verhungert und verdurstet
9.	Dessau-Roßlau	Junge, 18 Monate, gestorben	Drogenabhängige Mutter, gewalttätiger Lebensgefährte, schwerste Kindesmisshandlung mit Todesfolge

Was sich hinter diesen Daten verbirgt, wird deutlich, wenn einige dieser Fälle in ihrer Individualität und in ihrem Verlauf verstanden werden. Hierzu zitiere ich drei Textstellen aus den Sachverständigengutachten zu den Verfahren um den Tod von Karolina in Memmingen und Kevin in Bremen, in denen Details zu dem Leiden dieser Kinder beschrieben werden.

Zu Karolina aus Memmingen:

„[...] Die beiden haben gestanden. Am langen ersten Verhandlungstag erzählt die 26-jährige Zaneta Dopik von den letzten schrecklichen Tagen ihrer Tochter. Der Raum ächzt förmlich in allen Fugen. Er kann das Ausmaß der Qual nicht fassen. Karolinas Existenz stört das Paar von Anfang an, sie wird geschlagen, wenn sie nicht schlafen will, sie wird geschlagen, wenn sie zu langsam isst. In den Garten darf sie nicht. Den Nachbarn fällt auf, dass man das Kind nie sieht. Im Inneren des Hauses steigern sich die ‚Erziehungsmaßnahmen‘ zur wahren Folterorgie. Karolina muss in einer ‚kalten Kammer‘ bei Minusgraden und aufgerissenem Fenster stundenlang auf einem Bein mit dem Gesicht zur Wand stehen. Die Haare werden ihr in Büscheln ausgerissen, weswegen die Mutter das geschundene Kleinkind irgendwann kahl rasiert.

Karolina wird mit Stöcken auf die Hände geschlagen, nachts allein in den eisigen Keller gesperrt oder auf einen hohen Schrank verbannt, mit Gürteln gepeitscht, bis sie nur noch robben kann, in heißes Wasser getaucht, mit dem Kopf an Wände und Möbel geschlagen, sie wird nachts nackt auf die winterliche Terrasse gestellt, ihre Finger werden mit dem Feuerzeug verbrannt und das Gesäß und die Beine mit glühenden Plastikschraubverschlüssen verschmort (diese glühenden Plastikschraubverschlüsse waren die ‚Deckel‘ von Methadon-Flaschen; d. V.). 25 große und tiefe Brandwunden hat die Rechtsmedizin München auf dem kleinen Körper gezählt, noch nie hat man dort ein so zugerichtetes Kind auf den Seziertisch bekommen. An einem Faustschlag, der Blutgefäße im Gehirn platzen ließ, ist die Dreijährige schließlich gestorben. Karolinas Anblick war so entsetzlich, dass das Krankenhauspersonal der Klinik Weißenborn, wo man sie noch zu retten versuchte, psychologisch betreut werden musste“. (DIE ZEIT Nr. 17, 21.04.2005) (Zit. n. Stachowske 2008, 47/48)

Zu Kevin aus Bremen:

„In einer Haarprobe des zweijährigen zu Tode gequälten Kevin aus Bremen sind Spuren von Kokain und des Drogensatzstoffes Methadon nachwiesen worden. Der Junge müsse der Droge über einen längeren Zeitraum ausgesetzt gewesen sein, sagte Toxikologe Walter Martz am Dienstag als Gutachter vor dem Bremer Landgericht. Die Haaranalyse bestätigt zwei verschieden hohe Konzentrationen von Kokain sowie von Methadon.“ (Zit. n. Stachowske 2008, 49/50).

Zu „Anonym“:

Die folgenden Ergebnisse eines Drogenscreenings wurden aus der Haarprobe eines 2 ½ Jahre alten Kindes ermittelt, das von seiner Mutter mit diesen Drogensubstanzen nachweislich mindestens 6 Monate lang „versorgt“ wurde und dabei eine Abhängigkeit im Sinne der ICD-10 F 19.1 entwickelt hat. Dieses Kind wurde wegen einer Depression des Atemzentrums intensivmedizinisch versorgt und hat diese Lebenskrise überlebt.

Methadon*	
Methadon	3,3
EDDP	0,5
Opiate*	
Diacetylmorphin (Heroin)	Spuren
6-Monoacetylmorphin (MAM)	1,8
Morphin	0,4
Codein	nicht nachweisbar
Dihydrocodein	nicht nachweisbar
Cannabinoide*	
Tetrahydrocannabinol (THC)	nicht nachweisbar
Cannabinol	nicht nachweisbar
Benzodiazepine**	
Diazepam	nicht nachweisbar

(Auszug aus rechtsmedizinischem Gutachten; vgl. Stachowske 2008, 46)

Dies ist die *eine* Ebene – die manchmal unvorstellbare und undenkbare Realität des Lebens dieser Kinder.

Wenn ich diese Familiensysteme und die Lebensentwicklung dieser Kinder im Detail analysiere, dann wird auf einer anderen Ebene deutlich, dass diese Familien in professionellen Kontexten versorgt wurden; d. h., diese Dramen haben sich nicht ausschließlich innerhalb dieser Familien, also zwischen den suchtkranken Eltern und ihren Kindern, entwickelt; vielmehr waren an der Versorgung dieser Familiensysteme zum Teil komplexe interdisziplinäre Helfersysteme beteiligt – und trotzdem haben sich diese Dramen im Kontext professionell Handelnder entwickelt.

Jedoch – die drängende Frage bleibt unbeantwortet:

„Warum konnten sich solch schwere Krisen entwickeln – wenn doch komplexe interdisziplinäre Systeme an der Versorgung dieser Familien beteiligt waren?“

Im Folgenden möchte ich versuchen, diese Frage zu beantworten,

- um Impulse für eine Veränderung und Neugestaltung professioneller Systeme in der Versorgung von Kindern in abhängigkeitskranken Familien zu entwickeln

und

- um einer banalen Schuld-Ursachen-Analyse entgegenzuwirken, die nach meinem Verständnis nicht nützt und von den wirklichen Ursachen dieser Dramen nur ablenkt – und daher überflüssig ist.

Bei der detaillierten Analyse dieser Todesfälle und der Leiden dieser Kinder fällt auf, dass eine nach meinem Verständnis hoch relevante Einflussgröße verkannt bleibt. Es wird erkennbar,

- dass die Eltern mit schweren komorbiden Störungsbildern und dissozialen Persönlichkeitsstörungen ihre Kinder „getötet“ haben,
- und dass alle Familiensysteme von komplexen professionellen Systemen versorgt wurden.

D. h., tatsächlich waren dies keine „klassisch abhängigkeitskranken Eltern“ im Sinne der ICD 10 F10 ff., sondern Eltern mit z. T. schweren komorbiden Störungsbildern und z. T. schweren dissozialen Persönlichkeitsstörungen im Sinne der ICD-10 F.60.2. In den psychiatrischen und forensischen Gutachten bei den Urteilsbegründungen, z. B. im Falle des Ziehvaters von Kevin in Bremen und dem des Ziehvaters von Karolina in Memmingen, wurden schwere Persönlichkeitsstörungen und eine besondere Schwere der Straftat erkennbar (Bremen) oder festgestellt (Memmingen); d. h., die Existenz dieser schweren Störungsbilder ist in diesen Fällen bestätigt, in anderen Fällen ist sie hypothetisch anzunehmen. In einigen Fällen wirkt es so, als wäre die „Störung durch psychotrope Substanzen“ das sekundäre Störungsbild, und die schweren Persönlichkeitsstörungen bis hin zu dissozialen Persönlichkeitsstörungen wären die primären.

Jedoch – diese Eltern und ihre Kinder wurden von professionellen Systemen versorgt, die nicht ausgebildet sind, mit solchen schweren psychiatrischen (und forensischen) Störungsbildern umzugehen. Weder das klassische System der Suchtkrankenhilfe noch das der Psychiatrie und schon gar nicht die öffentliche Jugendhilfe sind geeignete Versorgungssysteme für solche Menschen. Doch die Eltern wurden in diesem System versorgt – und ihre Störung blieb unerkannt und damit auch unbehandelt, obwohl sie in vielfältiger Weise mit den verschiedenen Teilen dieses Systems Kontakt hatten.

Der jeweils mögliche Rückkopplungseffekt der Störungsbilder „gegen das Wohl dieser Kinder“ wurde als Einflussgröße weder erfragt noch angenommen – kurz **nicht verstanden**. Dies ist nicht als versteckte Kritik gemeint, sondern als Hinweis zu verstehen, dass solche komplexen Störungsbilder mit ihren möglichen destruktiven Rückkopplungsprozessen/-effekten in den sozialen Kontexten vom System der Regelversorgung nicht „im Standard“ zu erkennen sind. Vielmehr wurden z. T. (so in Bremen) von medizinischen Instanzen der öffentlichen Jugendhilfe Hinweise gegeben, dass diese Eltern in einer besonderen Weise geeignet seien, ihre Kinder zu versorgen – d. h., hier wurden in den notwendigen differenzialdiagnostischen Erhebungen wesentliche Teile der Störungsbilder entweder nicht erkannt, nicht benannt oder im interdisziplinären Hilfesystem nicht kommuniziert. Dieses Muster zieht sich wie ein roter Faden durch die Daten, die mir über die beschriebenen Lebensdramen der Kinder vorliegen, die im Kontext ihrer Eltern entweder zu Tode gekommen sind oder schwerste Schädigungen erlitten haben.

Bis heute ist es **nicht** üblich, mögliche Rückkopplungseffekte der elterlichen Störungsbilder auf das Wohl der Kinder im Standard in Hilfsstrategien zu integrieren, obwohl dies nach dem Gesetz (§ 1666 BGB) und im Sinne des SGB IX möglich wäre, gefordert ist und in einigen Fällen aufgrund der bestehenden Garantenstellung und -pflichten zwingend verpflichtend eingebracht werden müsste. Dabei sind diese Rückkopplungseffekte der elterlichen Störungsbilder auf das Wohl der Kinder **die** entscheidenden Einflussgrößen. Nur wenn berücksichtigt wird, wie sehr das diagnostizierte Störungsbild der Eltern das Wohl der Kinder beeinträchtigen kann, kann das Risiko, das sich aus diesem Störungsbild für das Kind ergeben kann, eingeschätzt und damit in die Hilfeplanung „integriert“ und berücksichtigt werden. Ein (Zieh-)Vater wie der von Kevin in Bremen, der „seinem“ Kind 24 Knochenbrüche zufügt, ist nicht „sicher“ von der öffentlichen Jugendhilfe, dem System der Drogenberatungsstellen und der ambulanten und stationären Rehabilitation oder der Suchtmedizin zu versorgen. Gleiches gilt für den (Zieh-)Vater von Karolina in Memmingen, der dieses Kind u. a. mit „mittelalterlichen Foltermethoden“ zu Tode gebracht hat. Für den „Umgang“ mit Menschen mit so schweren Störungsbildern sind die forensischen Psychiatrien ausgebildet – und **keine** andere Profession!

Eine Zwischenbemerkung: Ich arbeite viel und gerne mit der öffentlichen Jugendhilfe zusammen und erlebe überwiegend kompetente Kolleginnen und Kollegen. Daher fällt es mir leicht, mich vor diesem Hintergrund von der häufig formulierten Theorie „Die Jugendämter haben versagt“ zu distanzieren. Ich denke eher: Die Diagnose und der Umgang mit diesen komplexen Störungsbildern verlangen ein hohes fachspezifisches Wissen, das durch eine interdisziplinäre Kooperation in die Arbeit der öffentlichen Jugendhilfe integriert werden kann.

Zur Annahme „Das (nachgeburtliche) Kindeswohl steht im Mittelpunkt“

Diese These ist im Sinne des juristischen und psychologischen Kindeswohls zunächst als im wissenschaftlichen Sinne ausreichend begründet anzunehmen. Hinsichtlich des Elternrechts im BGB § 1627

ff. und insbesondere § 1666 in Verbindung mit den Ausführungen des Grundgesetzes, hier Art. 1, Art. 2 und insbesondere Art. 6, ist eindeutig formuliert,

- dass das Kindeswohl in dieser Kultur in seinen Einzelheiten definiert ist und
- dass die Verpflichtungen, die sich aus der UN-Kinderrechtskonvention und aus Art. 6 GG zum Schutz des Kindeswohls als Pflicht elterlicher Leistung ergeben, in ihren Einzelheiten differenziert erörtert und definiert sind.

Dieser Schutz des Kindeswohls „als Grundrecht“ und Teil des Elternrechts repräsentiert eine „Tradition des Schutzes des Kindeswohls“, die auf die Bestimmungen des Allgemeinen Preußischen Landrechts (ALR) zurückgeht – wir handeln also mit einer mehr als 200-jährigen Tradition im Umgang mit dem Kindeswohl.

Dies gilt auch für das Kindeswohl im Kontext „abhängigkeitskranker Eltern“, auch hier lassen sich aus der Rechtsprechung und insbesondere im Sinne des § 1666 BGB eindeutige Grenzen und Definitionen des Kindeswohls ableiten. Wenn man die Kommentierungen zum § 1666 BGB, so den Münchener Kommentar und den „Beck’schen Text“, aufmerksam liest, dann könnte sogar der Eindruck entstehen, dass insbesondere das Kindeswohl in suchtkranken Familien durch eine umfangreiche Rechtsprechung definiert und „erklärt“ ist – und damit in seinen Konturen klar erkennbar ist.

Daraus folgt, dass in dieser Kultur

- sowohl eine Definition des Kindeswohls und eine mögliche Einschränkung dieses Kindeswohls differenziert erarbeitet ist
- als auch die elterlichen Rechte und Pflichten auch im Kontext einer Abhängigkeitserkrankung definiert sind.

In diese Definition des Kindeswohls sind die umfangreichen interfakultativen Wissensbestände zum „psychologischen und somatischen Kindeswohl“ eingefügt. Das bedeutet, dass Werte, Normen und Handlungsorientierung ebenso wie die verschiedenen „States of the Art“ der einzelnen Fachdisziplinen aus diesen Bestimmungen und ihren inhärenten Werte- und Wissensbeständen abzuleiten sind.

Das Kindeswohl im psychologischen Sinne ist durch die Wissenschaft der Psychologie definiert; die Entwicklungspsychologie lehrt sehr eindeutig, was Kindeswohl, bezogen auf das jeweilige Alter, die Entwicklungsstufe und den jeweiligen sozialen Kontext, ist.

Als Resümee bleibt festzustellen: Das **nachgeburtliche** „Kindeswohl“ ist im medizinischen Sinne, im pädiatrischen Sinne und eindeutig durch komplexe Wissensbestände der verschiedenen pädiatrischen Fachrichtungen **„erarbeitet“**, beschreibbar und somit definiert.

Aus dem Gesagten ist abzuleiten, dass dem Grunde nach die These

- **„Das nachgeburtliche Kindeswohl hat nach einer Abwägung eine Priorität“**

interfakultativ sicher begründet ist.

Um diese Begründung sicher leisten zu können, müssen hierfür also „nur“ diese komplexen Wissensbestände abgerufen werden – und diese müssen auch noch angewandt werden ...

Das Kindeswohl als Priorität ist im Sinne dieser Ausführungen gewürdigt.

Jedoch – diese Aussage ist nicht spezifisch auf Kinder anzuwenden, die ihre vor- und nachgeburtliche Entwicklung im Kontext von abhängigkeitskranken Eltern erlebt haben – diese Aussage gilt nur für Kinder „mit gesunden Eltern“.

Dies gilt jedoch nicht oder nur mit Einschränkungen für das „vorgeburtliche psychologische Wohl des Kindes“. Die Wissenschaft der Psychologie, der Pränatalen Psychologie (und der Pränatalen Medizin) ist eine sehr junge Wissenschaft, die nur mit wenigen Beiträgen begonnen hat, sich dem komplexen Thema „Vorgeburtliches psychologisches Wohl des Kindes“ zu widmen.

Das Kindeswohl des ungeborenen Lebens

In der wissenschaftlichen Arbeit im Kontext des Themas, im fachlichen, juristischen und politischen Umgang damit und in der Lebensrealität dahinter geht „man“ (in aller Regel) davon aus, dass das „Wohl des **geborenen** Kindes“ gemeint ist – d. h., wesentliche Teile unserer wissenschaftlichen Grundlagenarbeit, an denen wiederum unsere fachliche Arbeit orientiert ist, beschreiben „das Wohl des Kindes ab dem Moment der Geburt“.

Diese „Realität“ ist im wissenschaftlichen und rechtlichen Sinne begründet. In § 1 BGB ist formuliert: „Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt.“ Dies bedeutet, dass der juristische Begriff „Kindeswohl“, der in § 1666 BGB definiert ist, für das **geborene** Leben, also ausschließlich **nachgeburtlich** gilt.

Dies spaltet jedoch eine wesentliche, wenn nicht „**die** wesentliche Einflussgröße“ qua Definition ab. Denn Kinder aus suchtkranken Familien, die bereits in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung eine suchtbelastete Schwangerschaft erlebt haben, waren der toxischen und teratogenen pharmakologischen Potenz (= Pharmakodynamik der Substanz) ausgesetzt, an der sie im Verlaufe der Schwangerschaft ihrer Mütter partizipiert haben. Damit ist ihr Leben in aller Regel schon mit dem Moment der Geburt nachhaltig und häufig genug unumkehrbar beeinflusst, belastet, vorbestimmt, denn alle bekannten Suchtstoffe, die im pharmakologischen Sinne entweder pharmakologische Substanzen oder Arzneimittel sind, haben eine toxische (giftige) und/oder teratogene (missbildende) Potenz. Sie sind für ein sinnvolles therapeutisch-ärztliches Handeln in der Schwangerschaft ebenso wie für einen missbräuchlichen abhängigen Konsum kontraindiziert und absolut kontraindiziert. Ihre fetal-toxische und teratogene Potenz bis hin zur Gefahr des intrauterinen Todes ist belegt (vgl. u. a. Mutschler 2001, 93 ff.).

Anders gesagt: Das ungeborene Leben wird massiv geschädigt, wenn es an den Suchtstoffen partizipiert, die die Mütter (und hypothetisch auch die Väter) konsumieren; diese Kinder sind entweder behindert, oder sie haben massive Teilleistungsstörungen. Anders als im Fall des Contergans sind diese Schädigungen nicht durch einen Abort deutlich oder durch veränderte Gliedmaßen im ersten Moment sichtbar, sondern es sind „feine“ neurobiologische und „feine“ anatomische Veränderungen – gleichwohl mit erheblichen Folgen für das Leben dieser Kinder über die gesamte Lebensspanne hinweg. Alle diese Kinder haben in der Regel nur noch eine sehr eingeschränkte Chance auf eine altersgemäße Entwicklung, sie sind in ihrer Teilhabe am Leben massivst beeinträchtigt und damit benachteiligt.

Daher meint im Folgenden der juristische und psychologische Terminus „Kindeswohl“ grundsätzlich immer die **vor-** und **nachgeburtliche** Lebensentwicklung und die dieser Entwicklung inhärente komplexe Interaktion.

Dies ist u. a. auch durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts begründet – in den beiden Urteilen zum § 218 – der Regelung des Schwangerschaftsabbruchs – hat es entschieden, dass die im Verfassungsgrundsatz formulierte Menschenwürde auch dem ungeborenen Leben zukommt (BVerfGE 39, 1 / Schwangerschaftsabbruch I; BVerfGE 88, 203 / Schwangerschaftsabbruch II), (vgl. v. Dewitz 2006, 135 ff., s. Anhang).

Daraus folgt: Der juristische Terminus „Kindeswohl“ ist „rechtstheoretisch“ auch auf die vorgeburtliche Entwicklung anzuwenden – jedoch sind diese rechtlichen und „praktischen“ Handhabungen oder auch eine Vision entwickelt, wie dieses „vorgeburtliche Kindeswohl“ zu schützen ist – analog, wie dies durch die Regelungen des § 1666 BGB nachgeburtlich möglich ist.

Dies bedeutet, dass bei professionellem Handeln bei schwangeren suchtkranken Frauen, z. B. in der Beratung oder in der suchtmittelmedizinischen Behandlung mit pharmakologischen Substanzen, dieses „vorgeburtliche Kindeswohl“ als Teil der Fachlichkeit und ärztlichen Therapie im Sinne einer positiven Nutzen-Risiko-Analyse analog zu dem „Wohl des geborenen Kindes“ zu beachten und zu würdigen ist.

Das Wohl des ungeborenen Lebens – oder: Jede Schädigung des ungeborenen Lebens ist möglich – von Eltern ebenso wie von professionell Handelnden

Der Schutz des Kindes im Sinne des juristischen Kindeswohls beginnt in unserem Rechtssystem mit dem Moment der Geburt; das Wohl des **ungeborenen** Lebens im Verlaufe der gesamten Schwangerschaft von abhängigkeitskranken Müttern und Vätern ist rechtlich **nicht geschützt**. Das bedeutet, jegliche schädigenden Einflüsse auf das ungeborene Leben sind im Alltag möglich. Solche das ungebore-

rene Leben massiv schädigende Einflüsse sind eine alltägliche Realität in suchtkranken Familien – es besteht keine Möglichkeit, das ungeborene Leben zu schützen. In aller Regel sind komplexe professionelle Helfersysteme aktiv Beteiligte an diesem Drama.

Ein polytoxikomanes Konsummuster (gemeint als Abhängigkeit von verschiedenen Substanzen, deren teratogene und toxische, also missbildende und giftige Potenz in der Wissenschaft der Pharmakologie beschrieben ist) ist ein im Alltag übliches Konsummuster. Das bedeutet, das ungeborene Leben wird im Alltag mit pharmakologischen Substanzen geschädigt, deren teratogene und toxische pharmakologische Potenz bekannt ist – ohne dass auch nur der Hauch einer Chance besteht, dieses ungeborene Leben zu schützen. Dies gilt auch für polytoxikomane Konsummuster in suchtmmedizinischer Behandlung!

Im Grunde genommen ist das Prinzip der Contergan-Katastrophe, in der das ungeborene Leben durch die teratogene Potenz des Arzneimittels Contergan geschädigt wurde, immer noch Alltag.

Mediziner kennen diese Zusammenhänge qua ihrer medizinischen und pharmakologischen Ausbildung.

Dies gilt auf zwei Ebenen:

- Zum einen ist es bis heute nicht möglich, die tatsächlichen pharmakologischen Substanzen „polytoxikomaner“ Konsummuster pharmakologisch zu definieren,
- zum anderen ist es daher nicht möglich, eine gesicherte positive Nutzen-Risiko-Analyse auch zum Schutz des ungeborenen Lebens als zwingende Voraussetzung für eine ärztliche und pharmakologische Therapie handlungsleitend zu entwickeln.

Keines der im Kontext eines abhängigen elterlichen Lebens konsumierten Arzneimittel hat eine uneingeschränkte Zulassung für den Gebrauch in der Schwangerschaft! Dies gilt erst recht für Drogensubstanzen und Alkohol.

Das bedeutet auch, dass im Kontext professioneller interdisziplinärer Versorgung letztendlich ein „State of the Art“ nicht existent sein kann, wenn ein polytoxikomanes Konsummuster auf Dauer in der Schwangerschaft im Alltag praktiziert wird.

Hier ist das Kindeswohl als Priorität ausgeschlossen!

Die nicht erklärbaren Störungsbilder einer „Drogen-Fetal-Embryopathie“ und „Medikamenten-Fetal-Embryopathie“ – oder: Wir wissen, was wir nicht wissen

Die speziellen Störungsbilder von Kindern, die in ihrer prä- und postnatalen Lebensentwicklung an Arzneimitteln/Substituten und/oder Drogensubstanzen partizipiert haben, sind nicht als eigenständige pädiatrische Störungsbilder in den internationalen Diagnosesystemen, u. a. der ICD-10 und der ICF, klassifiziert – eine sichere Definition der Folgen dieser speziellen Einflüsse in der Schwangerschaft und der Folgen für das ungeborene und geborene Leben ist nachgeburtlich in Diagnose und Therapie als definierte Störungsbilder daher bis heute nicht möglich!

Spezifisch ist bisher die „Alkohol-Fetal-Embryopathie“ als Störungsbild (ICD-10 Q 86.0/P 04.3) beschrieben und anerkannt, unspezifisch sind „Störungen des intrauterinen Lebens durch toxische, teratogene Wirkfaktoren und psychotrope Substanzen“ (ICD-10 P 04 f. – P 04.4) klassifiziert. Die speziellen Störungsbilder, die sich in der Folge der Partizipation des ungeborenen Lebens an chemisch-pharmazeutischen Substanzen mit toxischen und teratogenen Wirkfaktoren in der Schwangerschaft entwickeln, also eine „Drogen-Fetal-Embryopathie“ in der Folge des Konsums pharmakologischer Substanzen im Kontext der Abhängigkeitsstörung in der Schwangerschaft und mit ihren speziellen Rückkopplungseffekten für das nachgeburtliche Leben oder eine „Arzneimittel-Fetal-Embryopathie“ in der Folge eines Arzneimittelkonsums mit zugelassenen Medikamenten, eines Arzneimittelmisbrauchs oder einer Arzneimittelabhängigkeit der Mutter oder mögliche Schädigungsbilder bei Kindern, die von abhängigkeitskranken Männern gezeugt wurden, sind als Störungsbilder in den internationalen Krankheitsklassifikationen nicht definiert und/oder für die Pädiatrie nicht ausreichend erforscht.

Das bedeutet, dass wir dem Grunde nach über Kinder aus suchtkranken Familien und ihre besonderen Lebens- und Entwicklungsbedingungen sprechen, ohne dass die „Wirklichkeit“ dieser Kinder wis-

senschaftlich abgesichert in internationalen Krankheitsklassifikationen überhaupt definiert ist. Das bedeutet auch, dass weder Ärzte noch Psychologen oder Sozialarbeiter, Juristen, Jugendämter oder andere beteiligte Professionen Beschreibungen nutzen können, um überhaupt die Besonderheiten dieser Kinder als Folge ihrer hoch belasteten vor- und nachgeburtlichen Entwicklung sicher zu definieren, zu diagnostizieren, angemessene Therapien zu entwickeln, kurz – um ihnen zu helfen. Da das Wissen um die besonderen Lebens- und Entwicklungsbedingungen und um die Störungsbilder dieser Kinder wissenschaftlich nicht sicher erarbeitet ist, kann es daher auch nicht im Standard gelehrt werden. Letztendlich gibt es durch den rudimentären Forschungsstand und die sich hieraus zwangsläufig ergebende fehlende Definition von Störungsbildern nicht einmal einen sozialrechtlich abgesicherten Status für einen Anspruch auf Hilfen (vgl. Stachowske 2008, 118 f.).

Das bedeutet jedoch auch, dass diese Kinder im professionellen System z. T. mit einer hohen „Rechtsverantwortung“ versorgt werden, ohne dass „professionelle Systeme sicher wissen (können)“, wie gestört diese Kinder wirklich sind!

Wie sollen Eltern ihrer „zuvörderst obliegenden Pflicht“ nachkommen, oder wie sollen professionelle Helfer in der öffentlichen Jugendhilfe ihr „Wächteramt“ ausführen, oder wie soll im System der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe „sicher“ mit suchtkranken Familien und ihren Kindern gearbeitet werden, wenn

- weder die Störungsbilder der Kinder sicher diagnostizierbar sind
- noch die Störungsbilder der Eltern in diesem System sicher diagnostiziert werden können?

Was passiert in Schwangerschaften von polytoxikoman abhängigen Müttern mit und ohne suchtmmedizinische Behandlung wirklich?

Um zu beginnen, dieses „Erkenntnisvakuum“ über die Schwangerschaft von abhängigkeitskranken Müttern und die nachgeburtliche Lebensentwicklung der Kinder dieser Schwangerschaften substanziell neu „auszufüllen“, haben wir in den letzten Jahren ca. 100 suchtkranke Schwangerschaftsverläufe von polytoxikoman abhängigen Frauen analysiert und darüber hinaus die Lebensentwicklung der Kinder aus diesen Schwangerschaften sehr genau beforscht. D. h., wir haben wie unter einem Mikroskop einen Blick in die Schwangerschaften und nachgeburtlich in die Familiensysteme hinein „gewagt“ – und die vor- und nachgeburtliche Lebensentwicklung der Kinder in diesen suchtkranken Familiensystemen im Detail erhoben und analysiert. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen stelle ich im Folgenden vor.

Konsummuster in der Schwangerschaft

Vorweg zwei wichtige Zahlen: Von den 100 Schwangerschaften waren 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig **ohne suchtmmedizinische Betreuung** – und 24 Mütter waren polytoxikoman drogenabhängig und **wurden suchtmmedizinisch betreut**; 8 hatten unterschiedliche Hintergründe.

In der linken Spalte der folgenden Tabelle sehen Sie die Konsummuster der 68 polytoxikoman drogenabhängigen Mütter **ohne** suchtmmedizinische Versorgung, in der Spalte rechts daneben die der schwangeren Mütter **mit** suchtmmedizinischer Versorgung. Im Folgenden werde ich einige der wichtigen Daten vorstellen.

Substanzabhängigkeit und Polytoxikomanie (68 P.) ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24		Substitution mit Beikonsum (24 P.) ICD 10: F19.22, F17.24
Methadon/Polamidon	13,2 %	100 %
Heroin	38,2 %	87,7 %
Kodein	10,2 %	4,2 %
Kokain	32,3 %	91,7 %
Benzodiazepine	17,6 %	62,5 %
Barbiturate	2,9 %	8,3 %
Cannabis	72 %	58,3 %
Trizyklische Antidepressiva	1,47 %	8,3 %
Antidepressiva	5,9 %	4,2 %
LSD	5,9 %	4,2 %

Nichtopioide Analgetika	10,2 %	
Alkohol	76,4 %	37,5 %
Nikotin	92,6 %	100 %
Crystal	1,5 %	
Crack	1,5 %	
Subutex	2,9 %	
Halluzinogen Psilocibin	2,9 %	
Amphetamine	16,1 %	
Ecstasy	5,9 %	
Cortisol + Asulfidine (ärztlich notwendig)	1,5 %	
Opioidantagonist Nemexin	1,5 %	

Eine erste Erkenntnis war eine Paradoxie: Mütter **in suchtmmedizinischer Behandlung** haben bei einigen Substanzen signifikant „größere Mengen Drogen“ konsumiert als abhängige Mütter **ohne suchtmmedizinische Behandlung**.

Die Mütter in suchtmmedizinischer Behandlung berichteten wiederholt darüber, dass sie so etwas wie einen „wahren Drogenhunger“ gespürt haben und dass sie in den Schwangerschaften, wie sie es ausdrückten, „ohne Ende Drogen in sich hineingeschautelt“ haben; in den Beschreibungen wirkte es manchmal so, dass sie „für zwei“ konsumierten.

Einige dieser Mütter haben sich nachgeburtlich mit dem Konsum der identischen Mengen, die sie in den Schwangerschaften konsumiert haben, lebensbedrohlich überdosiert.

Uns sind suchtmmedizinische Behandlungen von Schwangeren bekannt, die sich durch eine hohe Qualität auszeichnen. Jedoch sind die Konsummuster, die sich uns bei Schwangeren in suchtmmedizinischer Behandlung zeigten, mit keinem der mir bekannten Gesetze, keiner Leitlinie und keiner Vorgabe durch irgendeine Fachgesellschaft erklärbar oder zu begründen – es zeigten sich schwerste Belastungen des ungeborenen Lebens im Kontext professioneller Versorgung!

In diesen Schwangerschaften hatte das Wohl des „ungeborenen Lebens“ keine ausreichende Priorität.

Über das Leben der Kinder „nach polytoxikomanen Schwangerschaften“ – Wie waren die Störungsbilder der Kinder, die diese Schwangerschaften erlebt hatten?

Im Anschluss an die Analyse der Schwangerschaftsverläufe haben wir gefragt, wie denn die Störungsbilder der Kinder waren, die **diese** Schwangerschaften und ihre Sozialisation in suchtkranken Elternhäusern erlebt haben.

Alle Störungsbilder wurden „von zur Diagnose berechtigten Personen“ erhoben, also von Pädiatern verschiedener Fachdisziplinen, Heilpädagogen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten, Kinderkliniken usw. Nun zu den Details dieser Untersuchungen:

Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich

Substanzabhängigkeit u. Polytoxikomanie (56.) ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24			Substitution mit Beikonsum (23) ICD 10: F19.22, F17.24		Substitution ohne Beikonsum (1P.) ICD 10: F11.22, F10.21, F17.24		weitgehend abhängigkeitsfrei (6.) ICD 10:F17.24, F10.1, F12.1		abhängigkeitsfrei (1P.) ICD 10: F17.1	
1. Neonatales Abstinenzsyndrom	18*	32,1%	22	95,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
2. bis zu 3 Monate nach Entzug	13	23,2 %	22	95,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
3. Frühgeburt (v.d. 37. SSW)	6	10,7 %	5	21,7 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
4. „Floppy-Syndrom“ (P94.2)	4	7,1 %	1	4,3 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
5. Störung d. geist., soz. u. körperl. Entwicklung	44	78,6 %	16	69,6 %	1	100%	3	50 %	1	100 %
6. Hypotonie	7	12,5 %	7	30,4 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
7. Verhaltens- u. emotionale Störung	49	87,5 %	22	95,7 %	1	100%	4	66,6 %	1	100 %
8. Hypertonie	5	8,9 %	2	8,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
9. Hyperkinetische Störung	5	8,9 %	6	26,1 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %
10. Sehfähigkeit beeinträchtigt	7	12,5 %	8	34,8 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %
11. Herzfehler	4	7,1 %	2	8,7 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
12. Fütterstörung im Säugl.- und Kleinkindalter	29	51,8 %	9	39,1 %	1	100%	0	0 %	1	100 %
13. Alkoholembyopathie	11	19,6 %	0	0,0 %	1	100%	0	0 %	0	0 %
14. Reaktive Bindungsstörung	41	73,2 %	11	47,8 %	1	100%	3	50 %	1	100 %
15. Psychosoziale Deprivation	53	94,6 %	18	78,3 %	1	100%	6	100 %	1	100 %
16. Störung des Sozialverhaltens	24	42,9 %	6	26,1 %	1	100%	2	33,3 %	1	100 %
17. Enuresis N= / diurna/nocturna (älter als 4 Jahre)	10	17,9 %	4	17,4 %	1	100%	0	0 %	1	100 %
18. Enkopresis (wenn schon eine Zeitlang trocken)	3	5,4 %	2	8,7 %	1	100%	1	16,7 %	0	0 %
19. Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten	18	32,1 %	1	4,3 %	1	100%	2	33,3 %	1	100 %
20. Körperliche Misshandlung d. Kindes	32	57,1 %	2	8,7 %	0	0 %	5	83,3 %	1	100 %
21. Sexueller Missbrauch d. Kindes	7	12,5 %	2	8,7 %	0	0 %	1	16,7 %	0	0 %

Anhand der Tabelle „Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich“ wird deutlich, dass diese Kinder so schwer vorbelastet sind, dass eine altersgemäße Entwicklung kaum mehr möglich ist.

Die Schulfähigkeit, das Sozialverhalten, die Chance, sozial integriert zu leben und/oder „am Leben teilzuhaben“ etc., sind aufgrund der schweren Schädigungen und Störungsbilder kaum mehr möglich; diese Kinder sind entweder durch ihre vorgeburtliche Belastung oder durch ihre nachgeburtlichen Sozialisationsbedingungen im Kontext suchtkranker Eltern schwerst belastet und benachteiligt.

Es bleibt die dringende Frage zu klären, wie Kinder mit diesen schweren Störungsbildern durch die öffentliche Jugendhilfe „sicher und sachgerecht“ versorgt werden können. Wenn es bislang „keine professionelle Infrastruktur“ und „kein etabliertes Fachwissen“ gibt, um diese Kinder zu versorgen, bleibt die Frage: Wie soll die Versorgung dieser Kinder durch die öffentliche Jugendhilfe überhaupt gelingen?

Die Zukunft dieser Kinder ist hoch belastet – und es bedarf dringend einer Positionierung der Suchthilfe, der öffentlichen Jugendhilfe und der Politik, um hier schnellstmöglich Hilfen anzubieten – und endlich den so dringenden Schutz der Kinder zu erreichen! Ohne solche neu zu entwickelnden Strategien sind weder „Krisen“ sicher zu definieren noch angemessene „Kriseninterventionen“ zu entwickeln – Hilfen bleiben „stumpf“!

Das Wohl dieser Kinder hatte jahrelang keine Priorität – dies muss vielmehr in hochkomplexen und jahrelangen Hilfsprozessen erst einmal erreicht werden.

Wie ist ein professionelles Handeln in solchen Schwangerschaftsverläufen und nachgeburtlich im Sinne des jeweiligen „State of the Art“ zu erklären?

Ausgehend von diesen Erkenntnissen habe ich mir **als Wissenschaftler** die Frage gestellt: „Wie ist das professionelle Handeln im Kontext dieser Störungsbilder und dieser Erkenntnisse im Sinne des „State of the Art“ einiger beteiligter Fachdisziplinen erklärbar?“

Um dies zu erklären, habe ich

- diese Konsummuster schwangerer Frauen ausgewiesenen Experten der Wissenschaft der Pharmakologie mit der Bitte um „Aufklärung des Konsummusters“ vorgelegt,
 - das BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) zur Frage des Beikonsums bei schwangeren Müttern im Kontext der suchtmmedizinischen Behandlung mit den Arzneimitteln Methadon, L-Polamidon und Subutex befragt
 - und die drei Hersteller der Arzneimittel L-Polamidon, Methadon und Subutex (dies sind die Firmen Sanofi Aventis, Hexal und Essex pharma) gebeten, eine Unbedenklichkeitsbescheinigung für den Gebrauch ihrer Arzneimittel in der Schwangerschaft, in der Stillzeit mit und ohne fortgesetzten Beikonsum der Mutter auszustellen.
1. Drei der führenden deutschen Lehrstühle für Pharmakologie sehen sich außerstande, diese Konsummuster wissenschaftlich zu definieren; das bedeutet, mit dem Wissensstand der Wissenschaft der Pharmakologie sind diese polytoxikomanen Konsummuster im Jahr 2008 nicht mehr erklärbar.
 2. Das BfArM weist darauf hin, dass aufgrund der Zulassungsbedingungen der Arzneimittel Methadon, L-Polamidon und Subutex ein dauernder Beikonsum „strikt vermieden werden muss“, dass ein Risiko bei ZNS-aktiven Substanzen besteht und dass die genannten Arzneimittel nur nach einer positiven Nutzen-Risiko-Analyse in Schwangerschaft und Stillzeit genutzt werden können.
 3. Die drei Hersteller Sanofi Aventis, Hexal und Essex pharma stellen keine „Unbedenklichkeitsbescheinigung“ für ihre Medikamente für eine Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit uneingeschränkt aus; sie verweisen darauf, dass z. T. enorme Risiken in der Anwendung ihrer Substanzen bestehen.

Das bedeutet, dass die Substanzen entweder kontraindiziert oder absolut kontraindiziert sind, d. h., sie können nicht uneingeschränkt in der Regelversorgung genutzt werden, sondern nur nach einer jeweils individuell zu gestaltenden positiven Nutzen-Risiko-Analyse unter ganz besonderen Rahmenbedingungen. Ganz sicher gilt ein unkontrollierbarer Beikonsum mit hohen Beikonsumraten sogenannter illegaler Drogen als „absolutes Ausschlusskriterium“ – dies u. a. deswegen, weil eine positive Nutzen-Risiko-Analyse einer Behandlung mit einem unkontrollierten Beikonsum gar nicht mehr möglich ist. Denkbar und rechtlich legitimiert ist im Sinne der ärztlichen Therapiefreiheit sehr wohl ein Beikonsum mit zugelassenen Medikamenten in erkennbaren und definierten Qualitäten und Quantitäten.

Daran schließt sich die Feststellung an, dass professionelle Instanzen, z. B. in der suchtmmedizinischen Behandlung, eine positive Nutzen-Risiko-Analyse für eine suchtmmedizinische Behandlung von Schwangeren mit einem hohen Beikonsummuster begründen können, wenn dies mit den Möglichkeiten der Wissenschaft der Pharmakologie nicht erklärbar ist!

Denkbar ist zwar, dass Ärzte im Rahmen ihrer Therapiefreiheit legale Arzneimittel zusätzlich zu den Substituten anwenden, dies kontrollieren, eine positive Nutzen-Risiko-Analyse entwerfen, die Patienten über die Risiken aufklären usw. Undenkbar, da medizinrechtlich nicht mehr legitimiert, ist jedoch ein andauerndes unkontrolliertes polytoxikomanes Konsummuster in einer ärztlich geleiteten suchtmmedizinischen Therapie – das ist ein strafrechtlich relevantes professionelles Handeln!

Es ist unmöglich, vor diesem Hintergrund das Wohl des Kindes als Priorität im Fokus professionellen Handelns als gesichert anzunehmen.

Wie ist ein professionelles Handeln medizinrechtlich zu bewerten?

Um diese Realitäten medizinrechtlich erklären zu können, habe ich mich **als Wissenschaftler** entschieden, eine medizinrechtliche Expertise in Auftrag zu geben, um die Frage zu klären,

- wie solche Konsummuster von schwangeren Frauen im Kontext einer suchtmmedizinischen Behandlung medizinrechtlich zu bewerten sind.

Diese Expertise hat ein juristischer Experte im Bereich des sogenannten „Off-Label-Use“ erarbeitet – dies ist der Bereich in der Medizin, in dem anerkannte fachliche Grenzen aus Gründen der medizinischen Therapie überschritten werden. Ein solches Handeln ist im Rahmen der ärztlichen Therapiefrei-

heit als Teil der ärztlichen Therapieoptionen und als sogenannter individueller Heilversuch nach dem Arzneimittelgesetz möglich, fordert jedoch die strikte Einhaltung klarer Grenzen, diese sind:

- Eine positive Nutzen-Risiko-Analyse muss entwickelt sein, d. h., der Arzt muss eine therapeutische Strategie entwickeln, in der nachweislich ein positiver Nutzen erkennbar ist.
- Die einsichtsfähigen Patienten müssen über die Risiken dieses Handelns aufgeklärt werden.
- Dieses Handeln und die Konsequenzen, die Aufklärung und die Einwilligung des einsichtsfähigen Patienten müssen dokumentiert werden.

Ein solches Handeln im Rahmen der Therapiefreiheit und eines individuellen Heilversuches ist nur „zeitlich befristet“ als Handeln „im Einzelfall“ möglich! Behandlungen mit einem langfristig überwiegenden Anteil eines nachgewiesenen Beikonsums und/oder eines nicht geprüften Beikonsums sind nicht legitimiert. Nicht denkbar ist, dass solche „Heilversuche“ zur „Standardtherapie“ werden, dass z. B. große Teile des professionellen medizinischen Handelns im „Off-Label-Use“-Bereich vollzogen werden.

Das bedeutet, dass eine suchtmmedizinische Behandlung von schwangeren und stillenden Frauen mit einem nachgewiesenen polytoxikomanen Konsummuster und einem regelmäßigen hohen Beikonsum mit sogenannten legalen und nicht legalen pharmazeutischen Substanzen als Dauerbehandlung medizinrechtlich nicht legitimiert ist.

Das sagt das Medizinrecht.

Wir haben **nicht eine** Schwangerschaft erlebt, in der ein Konsumverhalten praktiziert wurde, das den Leitlinien, den BUB-Richtlinien, dem BtMG oder dem BtMVV, dem Arzneimittelrecht oder der Option des individuellen Heilversuchs entsprach.

In diesem Sinne wird das Wohl des ungeborenen Kindes bei einem unkontrollierten Beikonsum „massiv geschädigt“; dies ist über eine Schädigung des Wohls des Kindes im Sinne des BGB hinaus professionelles Handeln mit strafrechtlicher Relevanz.

Nach meinem Verständnis ist die Zeit gekommen, endlich Expertengremien einzurichten, um Lösungen für die vielen nicht geklärten Fragen zu entwickeln.

Ich denke, es ist an der Zeit, die dritte Säule der Versorgung von Suchtkranken, d. h., Modelle und Systeme zu entwickeln, in denen die schwangeren und stillenden Frauen versorgt werden, die im Rahmen der suchtmmedizinischen Behandlung nicht mehr „legal“ versorgt werden können. Nach meinem Verständnis ist es auch an der Zeit, die Grenzen eines Beikonsums in suchtmmedizinischen Behandlungen von schwangeren und stillenden Müttern festzulegen.

Es kann nicht sein, dass in der Regel fachlich und rechtlich vorgegebene Grenzen durch professionelle Instanzen überschritten werden – und dass dabei das ungeborene Leben irreversibel geschädigt wird.

In diesem Sinne können professionelle Aufträge nur eingeschränkt wirken, und das wiederum bedeutet, dass trotz aller Bemühungen, Kinder in suchtkranken Familien und suchtkranke Familiensysteme an sich zu versorgen, diese Aufträge zum Teil wirkungslos bleiben müssen.

Hier wird erkennbar, wie fatal es ist, gebetsmühlenartig die Formel zu wiederholen „die Jugendämter haben versagt“. Jugendämter sind die am wenigsten fachspezifisch ausgebildete Berufsgruppe im Kontext einer interdisziplinären Versorgung abhängigkeitskranker Familiensysteme. Hier sind zur Lösung der komplexen Fragestellungen vielmehr Pädiater, Psychiater, Suchttherapeuten, Politiker, Pharmakologen, Entwicklungspsychologen und Systemiker gefragt, die überhaupt erst einmal das Problem definieren müssen, um Lösungen zu erarbeiten, ehe Jugendämter überhaupt eine Chance haben, ihren Auftrag nach Art. 6 GG Abs. 3 zu erfüllen.

Worüber soll denn die staatliche Gemeinschaft wachen, wenn das Problem gar nicht erkannt und nicht definiert ist?

Über die Möglichkeit und Unmöglichkeit einer interdisziplinären Versorgung suchtkranker Familien – oder: Die Legende von einer möglichen Kooperation

Die Idee einer interdisziplinären Kooperation in der Versorgung suchtkranker Familiensysteme und ihrer Kinder ist von dem selbstverständlichen Gedanken getragen, dass eine solche Kooperation gelingen kann, „wenn alle nur wollen“. Diese Annahme gilt es grundsätzlich zu hinterfragen, denn

- eine angemessene Versorgung suchtkranker Familiensysteme in einer interdisziplinären Kooperation ist aufgrund des bestehenden Rechtssystems nicht uneingeschränkt möglich – oder anders ausgedrückt – sie ist aufgrund der Konstruktion des Rechtssystems „in einigen Situationen nicht möglich“! – und damit ist eine Absicherung der Familiensysteme und des Kindeswohls ausgeschlossen.

Bestehende Gesetze verhindern dies!

Wie ist diese „Paradoxie“ begründet?

Wenn man sich ein „gestörtes Familiensystem“ und die dazugehörigen Rechtsbereiche anschaut, dann wird dies sofort erkennbar.

Professionelles Handeln ist in aller Regel durch einen gesetzlichen Auftrag legitimiert – **dieser !** – und nicht ein Konzept oder ein Glaubenskrieg zwischen hoch- oder niedrighschwelligem medizinischen oder therapeutischen Menschenbildern – ist die fachliche Orientierung, die fachliches Handeln wesentlich und vorrangig bestimmt.

Der Begriff „Familie“ oder auch die Versorgung „abhängigkeitskranker Familien“ als ein aus dem Grundgesetz zu begründender Auftrag ist jedoch in keinem dieser Gesetze benannt oder legitimiert.

Kranke Familiensysteme können durch Teile der Sozialgesetzbücher nicht so versorgt werden, wie „schwer gestörte Familien und der Schutz ihrer Kinder“ dies bräuchten. Es gibt im bestehenden Rechtssystem keinen Anspruch auf Hilfen für ein (abhängigkeits-)krankes Familiensystem im Sinne einer gemeinsamen Therapie, Beratung usw., sondern „nur“ für jeweils individuelle „natürliche Personen“ in diesen Familien.

Kurz gesagt: Suchtkranke Familiensysteme bleiben in unseren Systemen unterversorgt – das gilt übrigens auch für Familiensysteme mit anderen Störungsbildern, z. B. für psychisch kranke Eltern, straffällige Eltern usw.

Dabei ist der Rückkopplungseffekt der elterlichen Störungsbilder auf das Kindeswohl *der* entscheidende Faktor – und genau dieser Rückkopplungseffekt mit seinen Folgen für das Wohl der Kinder wird durch diese Gesetze und Leitlinien und die Bemerkungen zur Schweigepflicht und zum Sozialdatenschutz „nicht beachtet“.

Lücken im Gesetz und im System sind nicht durch „Appelle“ an eine Kooperationsbereitschaft zu schließen – und Modelle gelungener Kooperation dürfen nicht als Hinweis auf die Nichtexistenz dieser enormen grundsätzlichen Probleme missverstanden werden. Diese rechtlichen Inkompatibilitäten sind nach meinem Verständnis die wesentlichen Gründe für die oft immensen Spannungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit im professionellen System. Professionelle Instanzen müssen durch ihr Handeln in der Fallarbeit etwas miteinander verbinden, was qua Gesetz nicht verbunden ist – dies ist eine andauernde „Quadratur des Kreises“!

Nun möchte ich, bevor ich zu der Entwicklung **von Lösungsstrategien** komme, das bisher Dargestellte resümieren.

1. Das Thema „Suchtbelastete Familien – Risiken und Hilfen für Kinder und Eltern“ ist dem Grunde nach sicher definiert, ausreichende Handlungsoptionen sind entwickelt. Aber: Im professionellen System, in den Gesetzen, in den Definitionen der Störungsbilder in suchtkranken Familiensystemen bestehen eklatante Lücken. Hier gilt es Grundlagenarbeit zu leisten, um überhaupt Lösungsstrategien entwickeln zu können. Solange diese Lücken nicht erkannt und durch Lösungsstrategien geschlossen werden, bleiben hochgradige Risiken in suchtkranken Familiensystemen sowohl für die Familiensysteme an sich als auch für das professionelle Helfersystem manifest.

2. Die Störungsbilder der Kinder – oder anders gesagt – die Krisen dieser Kinder als Ausdruck eines nicht gesicherten Kindeswohls sind erheblich. Gleichzeitig sind sie durch die nicht definierten Störungsbilder der „Medikamenten-Fetal-Embryopathie“ und der „Drogen-Fetal-Embryopathie“ weitestgehend unerkannt. Kinder mit diesen Störungsbildern haben kaum eine Chance, altersgemäß ihren Lebensplan zu entwickeln. Professionelle Helfersysteme übernehmen die Versorgung dieser Kinder, obwohl sie im Grunde genommen gar nicht erkennen können, wie groß das Ausmaß ihrer Krise tatsächlich ist. In diesem Sinne können professionelle Aufträge nur eingeschränkt wirken. Das wiederum bedeutet, dass diese Aufträge trotz aller Bemühungen, Kinder in suchtkranken Familien und suchtkranke Familiensysteme an sich zu versorgen, zum Teil wirkungslos bleiben müssen.
3. Die eklatanten Lücken in den Gesetzen sind erkennbar, so u. a. im Bereich des „Wohls des ungeborenen Lebens“ und der Inkompatibilität der verschiedenen Teile der Sozialgesetzbücher untereinander.

Übergeordnete Lösungsstrategien

Was muss geschehen, um dieses Problem zu definieren?

1. Expertengremien sind umgehend einzurichten, um die „Dimension des Problems“ „Kindeswohl in suchtkranken Familiensystemen“ in seiner wirklichen Dimension zu beschreiben.
2. Die Drogen-/Medikamenten-Embryopathien sind als Störungsbilder zu definieren und anzuerkennen.
3. Die Inkompatibilität zwischen den Rechtsbereichen ist aufzulösen. Dies kann gelingen, indem das SGB IX genutzt wird und die Klammer, die durch das SGB IX entwickelt wurde, verpflichtend genutzt wird.
4. Fortbildungen mit zur Teilnahme verpflichtendem Charakter sind anzubieten, damit professionelle Systeme überhaupt erst einmal lernen, eine wertschätzende Kooperation zu leisten. Wir alle sind nicht grundsätzlich ausgebildet, mit anderen Berufsgruppen im Standard wertschätzend zusammenzuarbeiten. Jede Disziplin befähigt durch ihre Ausbildungswege, das Wissen dieser Disziplin zu nutzen; die Fähigkeit, in komplexeren Systemen zu denken und zu arbeiten, ist jedoch im Standard nicht ausreichend entwickelt.
5. Die großen Verbände sollten – eigentlich sollte ich sagen „müssten“ – zeitnah alle Mitglieder verpflichten, nach dem „State of the Art“ zu arbeiten; dies ist bis heute keine Selbstverständlichkeit.
6. Es sollten der Komplexität jedes Falles angemessene Versorgungskonzepte entwickelt und angeboten werden, d. h., interdisziplinäre und interfakultative Kooperationen sollten das Standardmodell sein. Dies kann **sofort** gelingen, wenn im Sinne des § 8a und des § 36 SGB VIII gehandelt wird.

Fallbezogene Lösungsstrategien

1. Das Störungsbild der Eltern muss im Sinne der ICD/ICF sicher diagnostiziert und im Sinne des BGB § 1666 sicher eingeschätzt werden, im Sinne des „neuen“ § 1666 BGB können dann in Kenntnis der Optionen der Suchtkrankenhilfe differenzielle Hilfsangebote entwickelt werden.
2. Rückkopplungseffekte dieser Störungsbilder auf die Kinder müssen als **Standard** in Diagnose und Therapie eingeschätzt werden – und sie müssen den Instanzen mitgeteilt werden, die im Sinne des „Wohls der Kinder“ tätig sind.
3. Die Störungsbilder der Kinder müssen sicher diagnostiziert werden.
4. Alle im Standard erreichbaren Informationen müssen in ihrer Aussagekraft berücksichtigt werden, so
 - Mutterpass,
 - U-Heft,
 - ärztliche Stellungnahmen,
 - Auszüge aus den Strafregistern (!),
 - Diagnosen von Kosten- und Leistungsträgern,

- vorherige Diagnosen (!).
- 5. Vereinbarungen nach § 8a SGB VIII sollten in der Region geschlossen werden; die Fallarbeit mit suchtkranken Familiensystemen verlangt immer eine interdisziplinäre Kooperation; eine lernende Region ist der Schlüssel für eine erfolgreiche Fallarbeit.
- 6. Eine klare und strukturierte Arbeit und professionelle Strategie sind notwendig – als Polarität zu den diffusen Strukturen in suchtkranken Systemen.
- 7. Spezifische Weiterbildungen sollten entwickelt und angeboten werden.

Prof. Dr. phil. Ruthard Stachowske

Dipl.-Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
ImFT – Institut für mehrgenerationale Forschung und Therapie
Leiterin der Therapeutischen Gemeinschaft Wilschenbruch (stationäre Langzeittherapie für drogenkranke Eltern und ihre Kinder).

Ausbildung u. a. in pädagogischem Rollenspiel, Gestalttherapie, systemischer Beratung und Organisationsberatung, systemischer Familientherapie, Traumatherapie

Wissenschaftliche Schwerpunkte: Kinder – Familie – Sucht, Drogenabhängigkeit und Familien (-Geschichte), Methoden und Konzepte der familienorientierten Suchtkrankenhilfe, ICD und ICF

Tel.: (0 41 31) 74 93-0
Fax: (0 41 31) 74 93-17
Mobil: (01 60) 7 24 57 84
E-Mail: ruthard@stachowske.de
stachowske@jugendhilfe-lueneburg.de
Internet: www.stachowske.de
www.jugendhilfe-lueneburg.de

Literatur zum Thema

Ruthard Stachowske

„Sucht und Drogen im ICF-Modell“, Heidelberg 2008

Ruthard Stachowske

„Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder“, Heidelberg 2008

Arnhild Sobot

„Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung“, Lüneburg 2001

Ruthard Stachowske

„Mehrgenerationentherapie und Genogramme in der Drogenhilfe“, Heidelberg 2002

Ruthard Stachowske

„Familienorientierte stationäre Drogentherapie“, Geesthacht 1994

Ernst Mutschler et al.

„Arzneimittelwirkungen. Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie“, Stuttgart 2001

Christian von Dewitz

„Pränataldiagnostik, Behinderung und Schwangerschaftsabbruch.
Eine (verfassungs-)rechtliche und rechtspolitische Betrachtung“,
in: Graumann, Sigrid/Grüber, Katrin (Hrsg.), Biomedizin im Kontext, Beiträge
aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Lit-Verlag Berlin 2006

Anhang

[...] „Die Diktion des Bundesverfassungsgerichts, dass dem ungeborenen menschlichen Leben die Menschenwürde zukommt, beinhaltet zweierlei: Erstens seine Anerkennung als ‚Mensch‘ und zweitens die Pflicht des Staates, seine, des Fetus, Würde zu achten und zu schützen. Die Würde eines Menschen ist aber – positiv gesprochen – der soziale Wert und Achtungsanspruch, der dem Menschen wegen seines Menschseins zukommt.“ [...] „Letztlich ist mit dem Bundesverfassungsgericht und der herrschenden Literaturmeinung daran festzuhalten, dass der Fetus „Mensch“ und damit selbst Träger von Grundrechten, insbesondere der Menschenwürde und des Lebensgrundrechts ist. Die Schwäche der Mindermeinung liegt dabei auf der Hand: Inwieweit der Fetus kein denkendes und mit seiner Umwelt in Interaktion stehendes Wesen ist, steht zum einen nicht fest. Entscheidend ist aber, dass die Grundrechte eben kein wie auch immer aussehendes Menschenbild, keine Idee, was der Mensch sein könnte, sondern allein die Gattungszugehörigkeit des Menschen, zur geistigen und tatsächlichen Grundlage haben. Nicht eine anthroposophisch und/oder philosophisch (un)begründete Auffassung (der jeweiligen Mehrheit) davon, was ein Mensch sei, sondern sein Da- und So-sein an sich sind vom Staat als grundsätzlich zu achten und zu schützen, als Zweck an sich und nicht zur Verwirklichung eines Menschenbildes anzuerkennen.“ [...] „So hat richtigerweise auch das Bundesverfassungsgericht entschieden: ‚Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, menschliches Leben zu schützen. Zum menschlichen Leben gehört auch das ungeborene. (...) Ihren Grund hat diese Schutzpflicht in Art. 1 Abs. 1 GG (...)‘.“ (C. von Dewitz, 2006, 135, 136, 137).

Hier schließt sich gleich die zwingende Frage an, wie denn Art. 2 GG „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“ in einen Zusammenhang mit diesen Ausführungen zu stellen ist. Hierzu führt von Dewitz aus:

„Hieraus ergibt sich das Verhältnis zwischen der unantastbaren Menschenwürde des Fetus und dem Grundrecht auf Leben wie folgt: Aufgrund seines Menschseins ist der Fetus Grundrechtsträger und zwar prinzipiell aller Grundrechte des Grundgesetzes, soweit sie auf diesen zutreffen können. Dem Staat erwächst daher eine Pflicht zum Schutz des Lebens eben dieses Grundrechtsträgers Fetus und auch des Lebens der Schwangeren. Das Maß (und damit auch die Grenze des Lebensschutzes und des Schutzes der körperlichen Unversehrtheit) bestimmt sich daher durch Art. 2 Abs. 2 GG, wobei natürlich nur ein Gesetz, welches wiederum den Anforderungen der übrigen Grundrechte (insbesondere dem der Unverletzlichkeit der Menschenwürde) genügt, Eingriffe in dieses Grundrecht verfassungsrechtlich rechtfertigen kann. Dabei ist allerdings der Rang dieses Grundrechts (des Lebens) zu beachten: Das Leben des Menschen ist die vitale Basis der Menschenwürde und die (faktische) Voraussetzung aller anderen Grundrechte. Experimente sind aber bei dem hohen Wert des zu schützenden Rechtsgutes nicht zulässig. Dem Staat erwächst aus Art. 2 Abs. S. 1 GG die Pflicht, sich schützend und fördernd vor das Leben zu stellen. Hierbei hat der Staat die Pflicht, das Untermaßverbot zu beachten.“ Und weiter: „Unter Anwendung des Prinzips der ‚praktischen Konkordanz‘ sowie der Verhältnismäßigkeit dürfen daher das Leben und die körperliche Unversehrtheit des Fetus nur insoweit eingeschränkt werden, wie dies zum Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit der Schwangeren unbedingt notwendig und geeignet ist.“ (C. von Dewitz 2006, 138, 139)