

Clearingstelle –
Netzwerke zur Prävention
von Kinder- und
Jugenddelinquenz



NICHTS UNVERSUCHT LASSEN

- Dokumentation zur
1. Kinderschutzkonferenz
im Bezirk Berlin-Mitte
am 6. November 2019
Kinderschutz und Sucht

▪ Inhaltsverzeichnis

Herzlich willkommen.....	3
Tagesprogramm.....	4
Vorwort	6
Kinder im Spannungsfeld einer von Sucht belasteten Familie Erfassung und Begleitung bestehender Förderbedarfe sogenannter Begleitkinder im stationären Setting einer Entwöhnungsbehandlung	7
Der Untergang der Titanic: Substanzkonsum bei Jugendlichen	26
Möglichkeiten und Grenzen für Begleitkinder im stationären Entwöhnungsprozess der Eltern – Kooperation zwischen Jugendamt und Suchtkrankenhilfe	43
Einzel- und Gruppensetting mit minderjährigen drogengebrauchenden Geflüchteten Möglichkeiten und Grenzen	44
Möglichkeiten der Substitution im Einklang mit der Familie.....	53
Die Rollenmuster der Kinder und Jugendlichen in suchtblasteten Familien Für den Dialog brauchen Fachkräfte Mut und Verantwortung!	67
Suchtberatung – Wann? Wie? Wo? – Wir klären auf.....	70
Zieloffene Beratung? Suchtberatung mit allen Möglichkeiten	71
Thema am Vormittag: Sucht und Schwangerschaft – Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind.....	81
Thema am Nachmittag: Sucht und Schwangerschaft – Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft.....	92
Verhaltensprävention für junge Menschen mit riskantem Substanzkonsum	99
Handlungsmethoden im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen	102
FASD – Was hat das mit meiner Arbeit zu tun?.....	126
FASD – Der Verlauf eines Jugendhilfefalls.....	134
Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung substituierter Eltern durch sozialpädagogische Familienhilfe	144
Ein kleiner Einblick in die Workshops und die Plenumsvorträgen.....	151
Projektinformation	153
Impressum.....	154

- **Herzlich willkommen**

Alle folgenden Fotos wurden freundlicherweise von Frau Ehrhardt zur Verfügung gestellt.



Eröffnung und Begrüßung der 1. Kinderschutzkonferenz im Bezirk Mitte durch Frau Goral (Leitung Jugendamt Mitte) und Frau Reiser (Bezirksstadträtin für Jugend, Familie und Bürgerdienste).



▪ Tagesprogramm

EINLADUNG
zur 1. Kinderschutzkonferenz im Bezirk Mitte
Kinderschutz und Sucht



**NICHTS
UNVERSUCHT
LASSEN**

Mittwoch, 06. November 2019, von 9 bis 16 Uhr
Olof-Palme-Zentrum, Demminer Str. 28, 13355 Berlin

Ablaufplan - Tagesordnung	
08:00- 09:00 Uhr	Einlass, Anmeldung, Ankommen
09:00- 09:30 Uhr	Begrüßung durch Moderation Grußworte: Frau Reiser, Bezirksstadträtin für Jugend, Familie und Bürgerdienste Frau Goral, Leiterin des Jugendamtes Mitte
09:30- 11:00 Uhr	Einführende Referate: Natalie Jatzlau, Fontane Klinik, Leiterin des Familienbereiches (Abt. für Abhängigkeitserkrankungen) „Kinder im Spannungsfeld einer von Sucht belasteten Familie“ Robert Schöneck, salus klinik Lindow, Leitender Psychologe „Der Untergang der Titanic: Substanzkonsum bei Jugendlichen“
11:00- 11:30 Uhr	Kaffeepause
11:30- 13:00 Uhr	Workshops (1. Durchgang)
13:00- 14:00 Uhr	Mittagspause
14:00- 15:30 Uhr	Workshops (2. Durchgang)
15:30- 16:00 Uhr	Verabschiedung durch Moderation/ Abschlussworte Frau Goral

NICHTS UNVERSUCHT LASSEN



Veranstalter: Jugendamt Mitte
in Zusammenarbeit mit
Trägern der freien Jugend- und Suchthilfe

Workshops: „Nichts unverSucht lassen“

1. **„Möglichkeiten und Grenzen für Begleitkinder im stationären Entwöhnungsprozess der Eltern - Kooperation zwischen Jugendamt und Sucht-
krankenhilfe“** (Fontane-Klinik Motzen, Frau Jatzlau), Vor- und Nachmittag
2. **„Einzel- und Gruppensetting mit minderjährigen drogengebrauchenden
Geflüchteten - Möglichkeiten und Grenzen“** (Drogennotdienst, „Flucht und
Sucht“, Frau Piest), Vor- und Nachmittag
3. **„Möglichkeiten der Substitution im Einklang mit der Familie“** (Diamorphin-
ambulanz Dr. Peschel, Frau Nienhaus, Frau Schulz), Vor- und Nachmittag
4. **„Die Rollenmuster der Kinder und Jugendlichen in suchbelasteten
Familien - Für den Dialog brauchen Fachkräfte Mut und
Verantwortung!“** (Notdienst für suchtmittelgefährdete und abhängige e.V.,
„Escape“, Frau Froelich), Vor- und Nachmittag
5. **„Suchtberatung - Wann? Wie? Wo? - Wir klären auf“** (Suchtberatungsstelle
Große Hamburger Straße, Frau Gräbs, Frau Bittner), Vor- und Nachmittag
6. **„Zieloffene Beratung? Suchtberatung mit allen Möglichkeiten!“** (vista,
Ambulante Suchtberatung Mitte, Frau Wittkopf-Kohn), Vor- und Nachmittag
7. **„Sucht und Schwangerschaft - Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die
Schwangerschaft und das ungeborene Kind“** (Charité, Ambulanz für
Suchterkrankung und Infektionen in der Schwangerschaft, OA Dr. Siedentopf,
Frau Nagel), Vormittag
8. **„Sucht und Schwangerschaft- Substitutionsbehandlung in der Schwanger-
schaft“** (Charité, Ambulanz für Suchterkrankung und Infektionen in der Schwang-
erschaft, OA Dr. Siedentopf, Frau Nagel), Nachmittag
8. **„Verhaltensprävention für junge Menschen mit riskantem Substanz-
konsum“** („BalanX“, Herr Eilsberger), Vormittag
8. **„Handlungsmethoden im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen“**
(Karuna e.V., Herr Geurden), Nachmittag
9. **„FASD - Was hat das mit meiner Arbeit zu tun?“** (vista, „Wigwam Zero“,
Frau Dreißig), Vormittag
9. **„FASD - Der Verlauf eines Jugendhilfefalles“** (Jugendamt Spandau, Kinder-
schutzkoordinatorin, Frau Fischer), Nachmittag
10. **„Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung substituierter Eltern durch
sozialpädagogische Familienhilfe“** („FrauSuchtZukunft“, Frau Gutsche),
Vor- und Nachmittag

Bitte beiliegende Antwortkarte ausfüllen und bis zum 10.10.2019 zurücksenden (faxen oder mailen). **Bitte unbedingt gewünschte Workshops und Ersatzwunsch angeben.**



▪ Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen!

Nach intensiven Monaten der Vorbereitung durch Mitarbeiter*innen der öffentlichen und freien Jugendhilfe sowie Trägern der Suchthilfe fand am 06.11.2019 die erste Kinderschutzkonferenz zum Thema „Kinderschutz und Sucht“ im Bezirk Mitte statt. Es ist gelungen, eine interdisziplinäre Veranstaltung zu organisieren, um aus unterschiedlichen Berufsfeldern und Arbeitsbereichen einen angeregten Erfahrungsaustausch zu initiieren. Die Verbesserung und Intensivierung der Kooperationsbeziehungen waren dabei ein zentrales Thema.

Die Kinderschutzkonferenz wurde durch Grußworte der Stadträtin für Jugend, Familie und Bürgerdienste Frau Ramona Reiser und der Jugendamtsleiterin des Jugendamtes Mitte, Frau Monika Goral eröffnet.

Die einführenden Referate bildeten den Auftakt für die nachfolgenden Workshops und boten eine gute Diskussionsgrundlage für einen angeregten und offenen Austausch. Fachkräfte der öffentlichen und freien Jugendhilfe, des Gesundheitsamtes, der Kliniken, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Erziehungs- und Familienberatung, der Jugendgerichtshilfe, der Suchthilfe, der Polizei, der Jugendfreizeiteinrichtungen sowie der Schulsozialarbeit tauschten sich in diesen Workshops zu Angeboten der Suchthilfe und zu Bedingungen der konkreten Zusammenarbeit aus. Die Kinderschutzkonferenz trug auch dazu bei, vorhandene Netzwerke zu präsentieren und auszubauen.

Unser Dank gilt allen Mitwirkenden und Teilnehmer*innen für die engagierte Unterstützung und die lebhaften, interessanten Diskussionsbeiträge, die zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben.

Bedanken möchten wir uns auch bei den Mitarbeiter*innen des Olof-Palme-Zentrums, die uns den Veranstaltungsort zur Verfügung gestellt und uns tatkräftig bei der Vorbereitung und Nachbereitung unterstützt haben.

Ein besonderer Dank geht an das Team der Clearingstelle – Netzwerke zur Prävention von Kinder- und Jugenddelinquenz der Stiftung SPI, die mit viel Engagement und immerwährender Freundlichkeit maßgeblich zum Gelingen dieser Veranstaltung beigetragen haben.

Dies war der Auftakt für weitere, alle zwei Jahre stattfindende Kinderschutzkonferenzen, die durch das Jugendamt Mitte ausgerichtet werden.

In diesem Sinne und mit großer Vorfreude auf die nächste Kinderschutzkonferenz 2021 grüßt Sie herzlich.

Cordelia Nawroth
Zentrale Kinderschutzkoordinatorin
Jugendamt Mitte

- **Kinder im Spannungsfeld einer von Sucht belasteten Familie – Erfassung und Begleitung bestehender Förderbedarfe sogenannter Begleitkinder im stationären Setting einer Entwöhnungsbehandlung**
- **Vortrag:** Natalie Jatzlau, Leiterin des Familienbereiches
Fontane Klinik
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Psychosomatische Fachklinik Berlin.Brandenburg
Fontanestraße 5, 15749 Mittenwalde OT Motzen
033769.861 43
n.jatzlau@fontane-klinik.de
www.fontane-klinik.de

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Natalie Jatzlau zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine verant.



NICHTS UNVERSUCHT LASSEN

Kinder im Spannungsfeld einer von Sucht erkrankten Familie –

Erfassung und Begleitung bestehender Förderbedarfe sog. Begleitkinder im stationären Setting einer Entwöhnungsbehandlung

FONTANE-KLINIK®
Leben neu erleben

Natalie Jatzlau Psychologische Psychotherapeutin/ Leiterin des Familienbereiches in der Abt. für Abhängigkeitserkrankungen



Prävalenz

- **Bis zu 3 Millionen Kinder und Jugendliche leben in einem Haushalt, in dem ein oder beide Elternteile von einer Suchterkrankung betroffen sind** (vgl. Klein; Thomasius; Moesgen, 2017; Klein, 2018a).
- **Schätzungen aus europäischer Perspektive zufolge sind in Deutschland 5-6 Millionen Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren von einer elterlichen Alkoholabhängigkeit betroffen** (EMCDDA, 2008).
- **Vorliegenden Schätzungen zufolge stammen etwa 60.000 Kinder von einem opiatabhängigen Elternteil ab und leben teilweise mit diesem zusammen** (National Association for Children of Addiction NACOA, 2006).

Natalie Jatzlau 06.11.2019

2

- **Es muss insgesamt über alle Substanzgruppen hinweg von einer erheblichen Dunkelziffer und damit von einer noch höheren Gesamtzahl Kinder suchtkranker Eltern ausgegangen werden** (Thomasius & Klein, 2018).
- **Außerdem ist in Deutschland von mindestens 500.000 Kindern glücksspielsüchtiger Eltern auszugehen** (Klein, 2018a).
- **Etwa 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche sind von psychischen Erkrankungen ihrer Eltern betroffen** (vgl. Christiansen; Anding; Donath, 2014).
- **Davon sind, wenn man von der Altersverteilung in der Allgemeinbevölkerung ausgeht, ca. 15 % unter drei Jahre alt** (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011).

Natalie Jatzlau 06.11.2019

3



- **Ein spezifisches Risiko ist, dass suchtkranke und besonders drogenabhängige Frauen häufig erst sehr spät eine Schwangerschaft bemerken und durch Alkohol- und Drogenkonsum die Risiken für das Ungeborene im Sinne pränataler Schädigungen (z.B. FASD) erheblich steigern. Auch hier gibt es keine konkreten Zahlen.**

- **Alle diese Kinder sind die größte Risikogruppe für die Entwicklung einer eigenen Suchterkrankung (Klein, 2018a).**

- **Zugleich verweisen diverse Studien auf präventive Effekte (Bröning et al., 2012; Bröning et al. im Druck).**

Natalie Jatzlau 06.11.2019

4

Fachspezifische Angebote

- **Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist im SGB VIII das Recht der individuellen und sozialen Entwicklung und die Vermeidung von Benachteiligungen von jungen Menschen sowie der Anspruch der Eltern auf Beratung und Unterstützung bei der Erziehung (§ 1 SGB VIII) gesetzlich festgelegt.**

- **In § 20 (3) und § 20a (1) des SGB V wird die wichtige Zielsetzung formuliert, das gesunde Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen in ihren Lebenswelten, d.h. in bedeutsamen, abgrenzbaren sozialen Systemen (z. B. der medizinischen und pflegerischen Versorgung) zu fördern.**

Natalie Jatzlau 06.11.2019

5



- Im Bereich der Kranken- und Rentenversicherung existiert die Möglichkeit der **familienorientierten Rehabilitation**. Hierbei werden die Angehörigen eines chronisch kranken Kindes (Eltern und/oder Geschwister) in den Rehabilitationsprozess einbezogen.
- In eine **stationäre Entwöhnungsbehandlung** können Kinder Suchtkranker als sog. Begleitkinder (Antrag auf Haushaltshilfe G 581) integriert werden. Bei einem eigenständigen Therapiebedarf kann eine Kinderrehabilitation ermöglicht werden (siehe Flexirentengesetz/ Antrag G200).
- Eine Entwöhnungsbehandlung bietet viele Möglichkeiten für zielgerichtete Interventionen und frühe Hilfen, die sowohl das betroffene Elternteil bzw. die betroffenen Eltern als auch deren Kinder einbeziehen.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

6

Motivationsprozess

Der Entscheidungsprozess für eine Entwöhnungsbehandlung ist für die betroffenen Eltern oft ein längerer Motivationsprozess.

In diesem Entscheidungsprozess benötigen sie unsere professionelle Unterstützung bei der Überwindung ihrer Ängste.

- Vor allem die Angst, ihre Kinder zu verlieren,
- als Elternteil versagt zu haben bzw.
- die Sorge, keine adäquate Unterstützung ihrer Kinder leisten zu können.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

7



Welche Argumente können wir den Eltern als Hilfestellung bereitstellen?

- Eine Fremdunterbringung der Kinder kann abgewandt werden.
- Die Konstanz der Beziehung zu den Eltern kann erhalten, wieder aufgebaut und gefestigt werden.
- Die Bindungsqualität der Eltern-Kind-Beziehung kann gefördert werden.
- Die Kinder können den Veränderungsprozess der Eltern miterlebt und sie können aktiv einbezogen werden.
- Sie erleben gemeinsam ein Modell gesunder Lebensführung.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

8

- Die Kinder können in ihrer Entwicklung altersgerecht gefördert, in ihrer Resilienz sowie in ihren Ressourcen gestärkt werden.
- Die Kinder erfahren Entlastung in Hinsicht dysfunktionaler Interaktionsmuster mit den Eltern (z.B. Parentifizierung).
- Die Kinder erfahren über die Förderung der Kontakte zu Gleichaltrigen und Kindern in ähnlicher Lage einen Ausstieg aus Einsamkeit und Isolation.
- Die Kinder erhalten die Möglichkeit, ihre bisherige Erfahrung mit der elterlichen Suchterkrankung altersgerecht zu thematisieren und zu verstehen.
- Die Kinder können eine eigene Suchtgefährdung bzw. dysfunktionale Verhaltensmuster erkennen und beginnen diese zu lösen.
- Bei Bedarf kann eine Kinderrehabilitation beantragt werden.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

9



- **Eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder wird erst möglich, wenn sie Verbesserungen zu bisherigen Erfahrungen konkret und wiederholt erleben.**
- **Um solche Angebote bereitstellen zu könne, bedarf es der Kenntnis, was die Kinder bisher im Spannungsfeld der von Sucht belasteten Familie erlebt haben.**

Natalie Jatzlau 06.11.2019

10

Welche Familienatmosphäre umgibt diese Kinder?

- **Die Familie dreht sich um den Süchtigen, wie dieser um das Suchtmittel.**
- **Mit dem Tabu der Sucht beginnt sich eine Sprachlosigkeit breit zu machen.**
- **Es gibt keinen kontinuierlichen Tagesablauf und keine transparente Regelmäßigkeit.**
- **Elterliche Versprechen werden immer wieder gebrochen.**
- **Willkür und Unberechenbarkeit führen zu Unsicherheit und Angst.**
- **Verwahrlosung u.a. in den Bereichen Wohnen, Körperhygiene, med. Versorgung und Ernährung.**

Natalie Jatzlau 06.11.2019

11



- Infolge von Streit bzw. gewaltsamen Auseinandersetzungen der Eltern wird die Familienatmosphäre angespannt, unberechenbar und konfliktbelastet erlebt.
- Impulsivität und Stimmungsschwankungen, ggf. Gewalt und frühe Traumatisierungen führen zu geringerer Stressresistenz und einer verschlechterten Emotionsregulation.
- Es bestehen Verlustängste der Eltern sowie reale Verluste (unsichere Bindungsmuster/ Beziehungsinkonsistenz).
- Schuld- und Schamgefühle, nachteilige soziodemographische Bedingungen, Stigmatisierung durch das soziale Umfeld sowie Fremdunterbringungen der Kinder prägen den Alltag.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

12

Schneewind (2006) spricht in seinem familienpsychologischen Modell von Duldungsstress und Katastrophenstress:

Duldungsstress zeichnet sich durch die chronische Exposition gegenüber nicht zu bewältigenden Stressoren aus, die das Kind nur durch Erhöhung der inneren Anspannung scheinbar erträgt.

Katastrophenstress bezeichnet die Reaktion auf nicht vorhersehbare, überwältigende negative Ereignisse, denen das Kind hilflos ausgeliefert ist. Diese Stressform ist besonders geeignet, Angst und Depression zu erzeugen.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

13



Es entwickeln sich „typische“ Regeln, welche Black (1981) wie folgt umreißt:

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

- **Ausgehend von der speziellen Lebenssituation der Kinder in suchtblasteten Familien lassen sich im Rehabilitationsprozess folgende allgemeine Konsequenzen - vor dem Hintergrund der bisherigen Erfahrungen - und damit verbundene Anforderungen zusammenfassen (vgl. Huber, 1990; Ehrenfried et al., 1998; Bärsch, 1990; Klein, 2018a):**



1. **Kinder suchtbelasteter Familien erlebten zumeist keine klaren Strukturen und festen Orientierungsrahmen.**
 - Sie benötigen einen regelmäßigen Tagesablauf mit verbindlichen Regeln und konstanten Bezugspersonen.

2. **Sie entwickelten einen Mangel an Vertrauen gegenüber Erwachsenen und letztlich in sich selbst.**
 - Sie benötigen konstante Bezugspersonen die ihnen u.a. Aufgaben übermitteln, die mit Anerkennung verbunden sind und ihr Durchsetzungsvermögen stärken.

3. **Sie haben Schwierigkeiten Gefühle zu erleben und auszudrücken.**
 - Sie benötigen Wirkungsbereiche, in denen sie eine größere Erlebnisfähigkeit gewinnen und lernen, sich darüber mitzuteilen.



Natalie Jatzlau 06.11.2019

16

4. **Auf dem Boden von Parentifizierung kommt es zu Überforderung und mangelnder Befriedigung eigener Bedürfnisse.**
 - Sie benötigen die Integration in Gruppen Gleichaltriger, Entlastung und die Möglichkeit, Wünschen und Bedürfnissen nachgehen zu können.

5. **Sie erlebten ein Tabu der Suchtmittelabhängigkeit und eine stark eingeschränkte Kommunikation.**
 - Sie benötigen Angebote, die soziale Kontakte und damit Kommunikation fördern.

6. **Sie erlebten einseitige Konfliktlösungs- und Interaktionsstrategien, die Ihre Handlungsfähigkeit einschränkten.**
 - Sie benötigen interaktive Angebote, um Vertrauen in soziale Kontakte entwickeln sowie alternative Problemlösungsstrategien zu erlernen.



Natalie Jatzlau 06.11.2019

17

7. Sie erlebten das Suchtmittel als Wegbegleiter und deren Missbrauch als Bewältigungsstrategie alltäglicher innerer und äußerer Konflikte der Eltern.
- Sie benötigen Raum, eigene Sucht nahe Verhaltensweisen erkennen und ein kritisches Konsumverhalten erlernen zu können sowie zu lernen, sich abzugrenzen und „Nein“ sagen zu können.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

18

Bewältigungsstrategien von Kindern im Spannungsfeld einer suchtblasteten Familie

Rollen der Kinder nach C. WEGSCHEIDER

- Der Held / Die Heldin
- Der Sündenbock
- Das verlorene Kind
- Das Maskottchen / Der Clown



Dieses Rollenmodell ermöglicht uns bestehende Förderbedarfe sowie vorhandene Resilienzen und Ressourcen bei den Kindern zu erkennen.

In diesen Kompetenzen und Ressourcen ruhen Kräfte der Kinder, die sie vor einer eigenen Abhängigkeitserkrankung bzw. psychischen Erkrankung bewahren können.

Natalie Jatzlau 06.11.2019

19

Einer kleineren Anzahl von Kindern gelingt es erstaunlich gut, auf Basis ihrer jeweiligen Resilienzen mit der ungesunden familiären Situation zurechtzukommen und sich ohne besonders gravierende psychische oder sonstige Störungen zu entwickeln. Voraussetzung sind auch vorhandene Schutzfaktoren.

Erfassung von Schutzfaktoren

Schutzfaktoren moderieren den Einfluss von Risikofaktoren auf die Entwicklung in erheblichem Maße. Schutzfaktoren sind:

- **eine positive Bindung zu einer stabilen, erwachsenen Bezugsperson**
- **eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und sozial-emotionale Kompetenzen (personale Ebene),**
- **ein autoritativer Erziehungsstil (liebepoll auf die Kinder eingehend und gleichzeitig Autorität ausüben),**
- **positives Familienklima und strukturierte Abläufe innerhalb der Familie (Ebene der Familie),**
- **sowie Freundschaften, Zugang zu Bildung, Anerkennung und Erfolge in der Schule sowie selbstwertsteigernde außerschulische Aktivitäten (Ebene des Umfelds; s. zusammenfassend Park & Schepp, 2015; Velleman & Templeton, 2016).**



Katalog der basalen Grundbedürfnisse von Kindern Brazelton und Greenspan (2009)

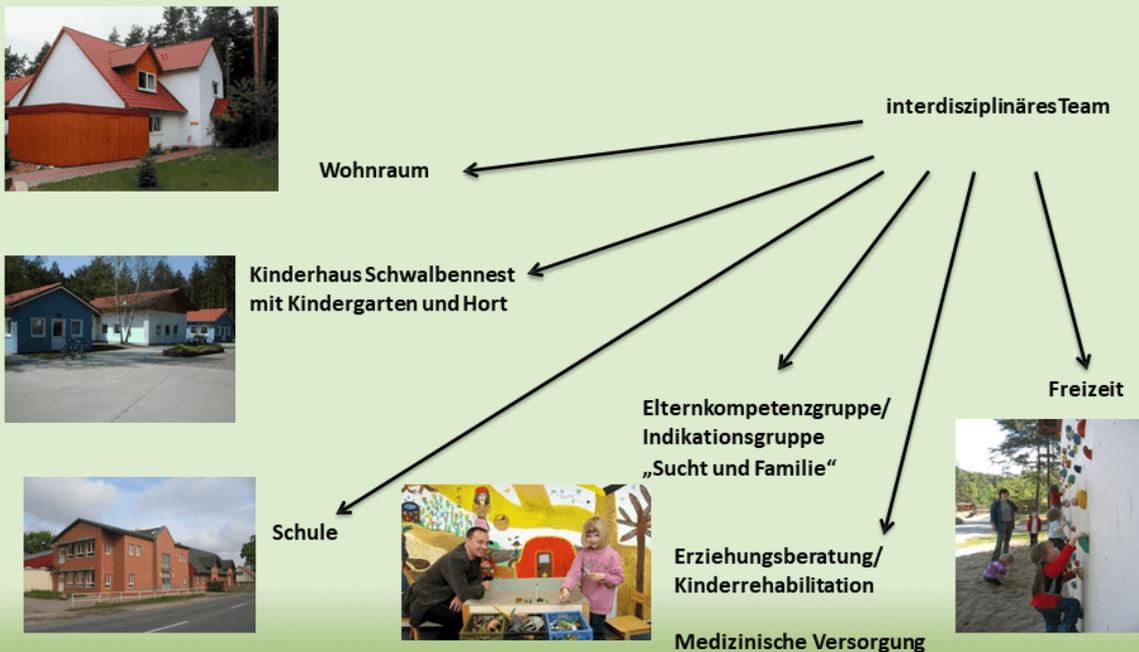
Sie unterscheiden sieben unreduzierbare und nicht verhandelbare Bedürfnisse:

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

Um diese neuen Erfahrungsräume für die betroffenen Kinder zu eröffnen, werden in der Fontane-Klinik familien-, kind- und bedarfsgerechte Strukturen und Angebote im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung vorgehalten.



LEBENSWELTEN DER KINDER IM KLINISCHEN ALLTAG DER FONTANE – KLINIK



Natalie Jatzlau 06.11.2019

24

In einem von drei Bettenhäusern stehen in einem separaten Flur sechs Zimmer zur Verfügung.



In der Villa Kunterbunt sind sechs geräumige Zimmer für Eltern mit mehreren Kindern bzw. Familien.

WOHNRAUM



Natalie Jatzlau 06.11.2019

25



Qualifizierte Erzieher*innen sichern im Kinderhaus Schwalbennest die Tagesbetreuung ab.



KINDERGARTEN/HORT



Natalie Jatzlau 06.11.2019

26

Beschulung in nahegelegenen Schulen.



Natalie Jatzlau 06.11.2019

27



Sowohl auf dem Gelände der Fontane - Klinik als auch in der näheren Umgebung bieten sich den Eltern und Kindern umfangreiche Möglichkeiten für eine vielseitige Freizeitgestaltung.



Natalie Jatzlau 06.11.2019

28

Rahmenkonzept für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung

Herausgegeben vom Fachverband Sucht e.V.



unter Mitwirkung von:

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.



Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung



Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Rainer Thomasius



Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Abteilung Köln

Prof. Dr. Michael Klein



MSH Medical School Hamburg

Fakultät Gesundheit

Prof. Dr. Sonja Bröning



Natalie Jatzlau 06.11.2019

29



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

Autor*innen:

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

Prof. Dr. Sonja Bröning, MSH Medical School Hamburg

Martina Fischer, MEDIAN Kliniken Daun - Altburg & Thommener Höhe

Natalie Jatzlau, Fontane-Klinik

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

Dr. Ursula Köstler, Fachverband Sucht e.V.

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

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

Suchtkrankenhilfe e.V.

Dr. Konstant Mieke, MEDIAN Psychotherapeutische Klinik Bad Liebenwerda

Dr. Robert Neumann, MEDIAN Klinik Römhild

Iris Otto, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

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

UKE

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

Natalie Jatzlau 06.11.2019

30

Es ist davon auszugehen, dass Kinder suchtkranker Eltern altersgerechte und interdisziplinär ausgerichtete Präventions-, Förder-, Beratungs- oder im Bedarfsfalle ggf. auch Therapieangebote benötigen, damit sich dauerhaft keine manifesten Störungsbilder entwickeln und ein gesundes Aufwachsen unterstützt wird.

Zugleich bedarf es einer gewissenhaften Erfassung des konkreten Entwicklungsförderbedarfes jedes einzelnen Kindes, da dieser individuell ausgeprägt ist.

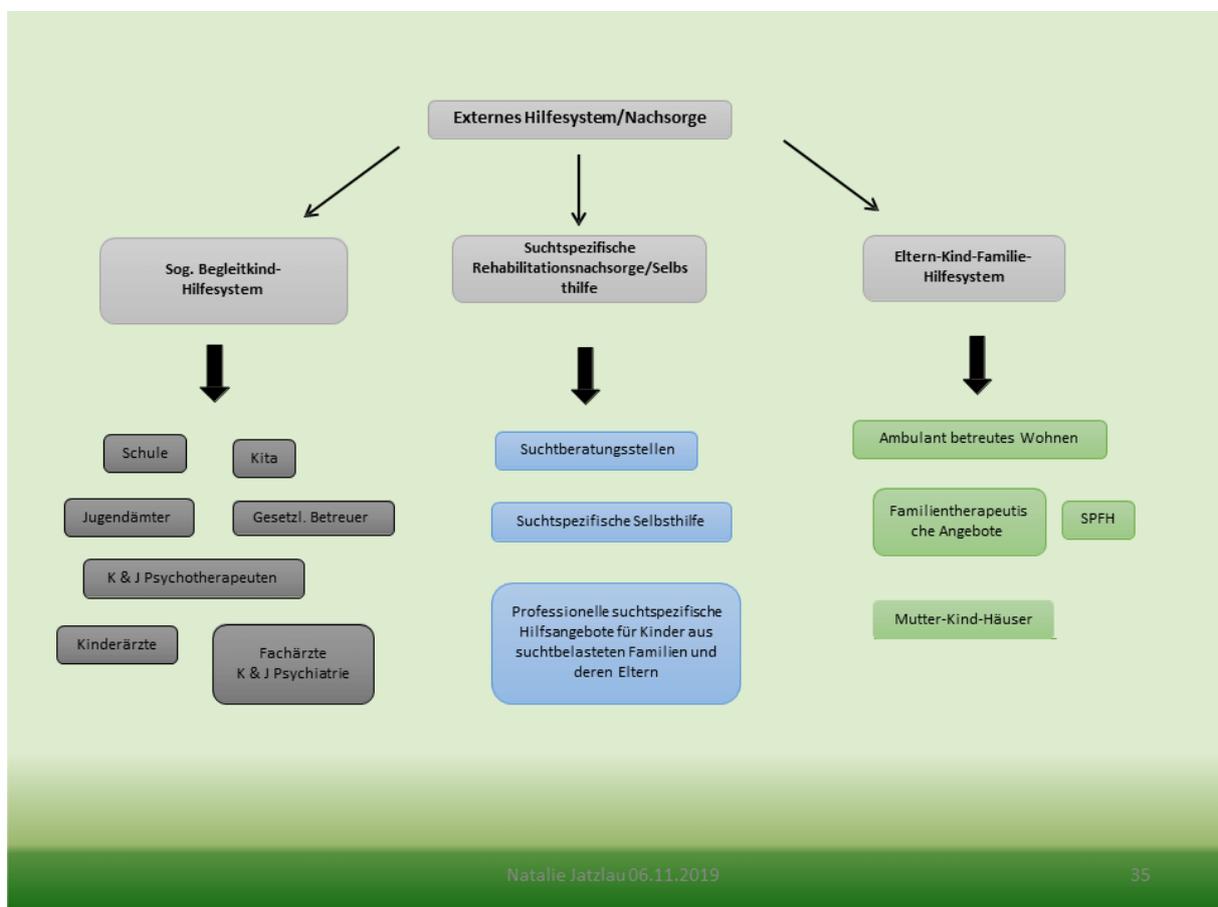
Online-Sonderausgabe Sucht Aktuell 2.19

Natalie Jatzlau 06.11.2019

31



	Altersgruppe	Ziele
Trampolin (Bröning et al. 2012b, 2019)	6 -12 Jahre Grundschulalter	Im Vordergrund stehen die zu entwickelnden kognitiven, sozialen und motorischen Kompetenzen des Kindes.
Triple P (Sanders et al., 2003).		Stärkung der Erziehungskompetenz der Eltern Grenzen akzeptieren und mit Enttäuschungen umzugehen



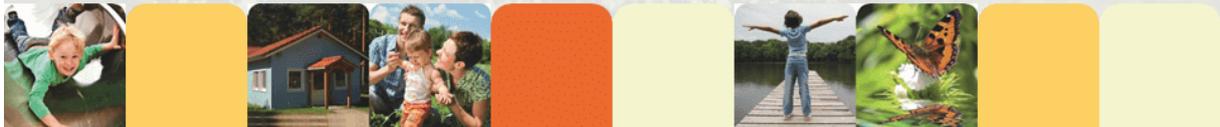


Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Natalie Jatzlau 03376986143 n.jatzlau@fontane-klinik.de



FONTANE-KLINIK®
Leben neu erleben



- **Der Untergang der Titanic: Substanzkonsum bei Jugendlichen**
- **Vortrag:** Peter Dufeu, Leitender Psychologe
salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen, 1016835 Lindow
033933.88-0
dufeu@salus-lindow.de
www.salus-kliniken.de/lindow

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Peter Dufeu und Robert Schöneck zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



salus klinik Lindow

Psychosomatik (92 Betten):

Angst- und Zwangsstörungen
 Depression
 Essstörungen
 Somatoforme Störungen
 Persönlichkeitsstörung
 Schädlicher Alkoholkonsum
 Pathologisches Glücksspiel
 Pathologischer PC-/Internetgebrauch

2 Suchtpräventionsfachstellen

www.salus-materialien.de
www.lieberschlaualsblau.de
www.selbsthilfealkohol.de
www.aerzteselbsthilfealkohol.de
www.selbsthilfegluecksspiel.de
www.selbsthilfetabak.de

Ausbildungsinstitut SIV



Nachsorgeambulanz Berlin

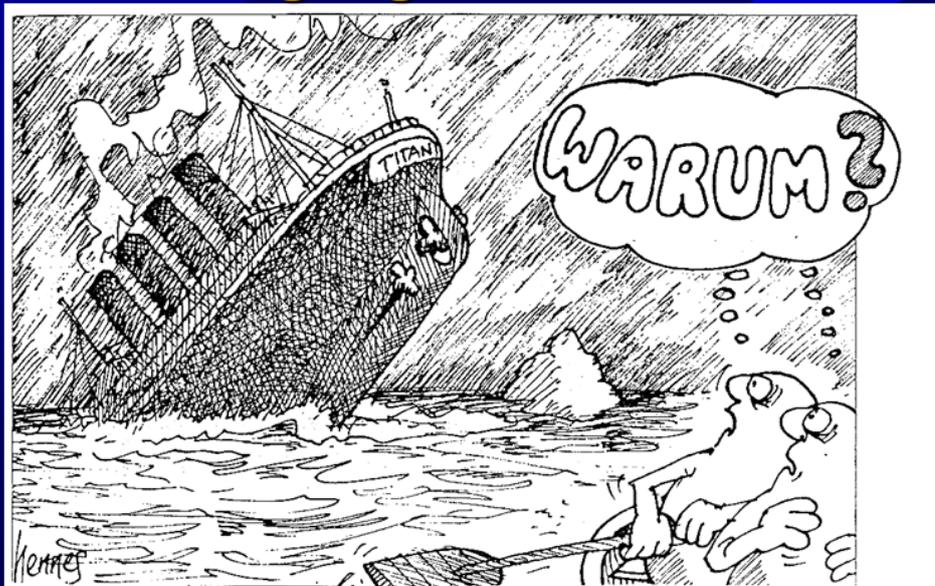
Beratungsstellen

Werder, Brandenburg,
 Teltow, Belzig, Potsdam

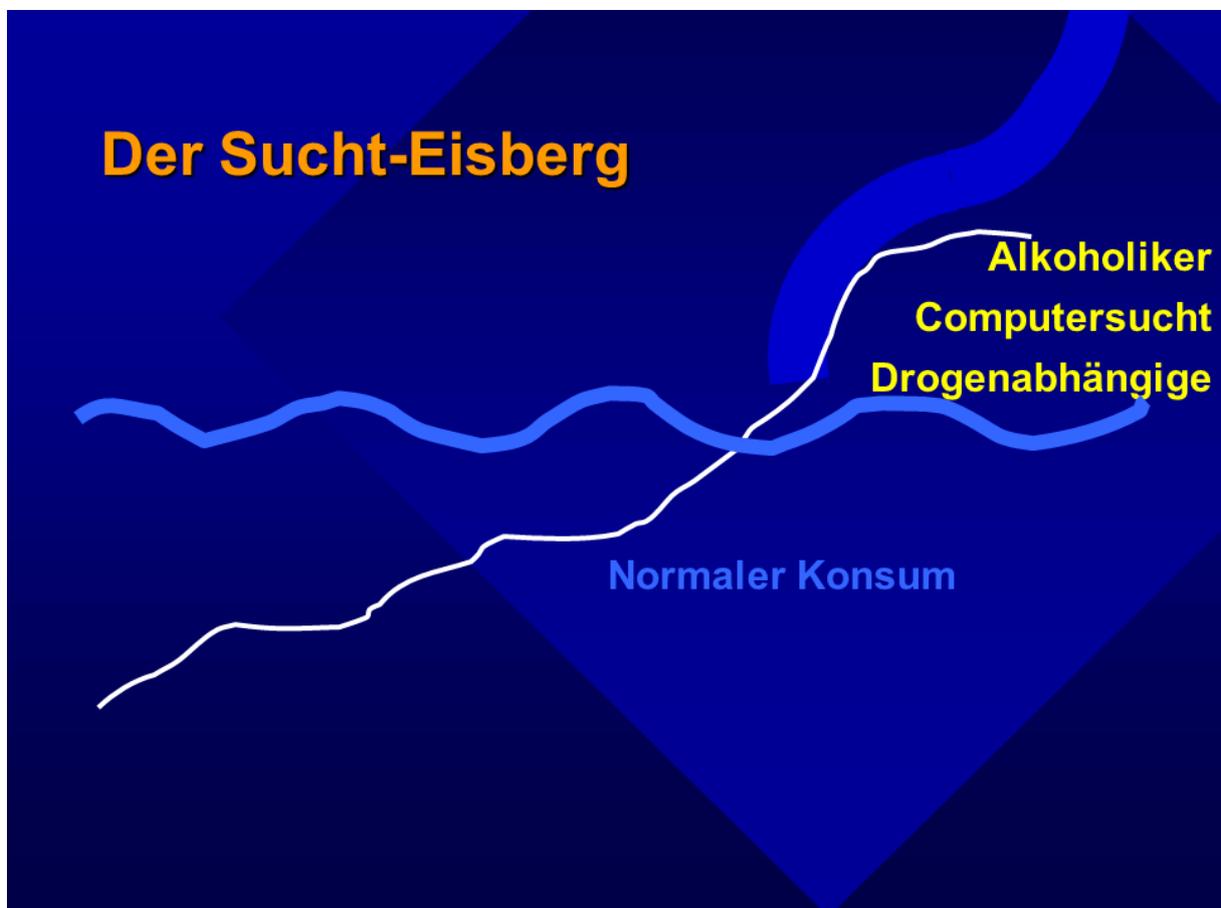
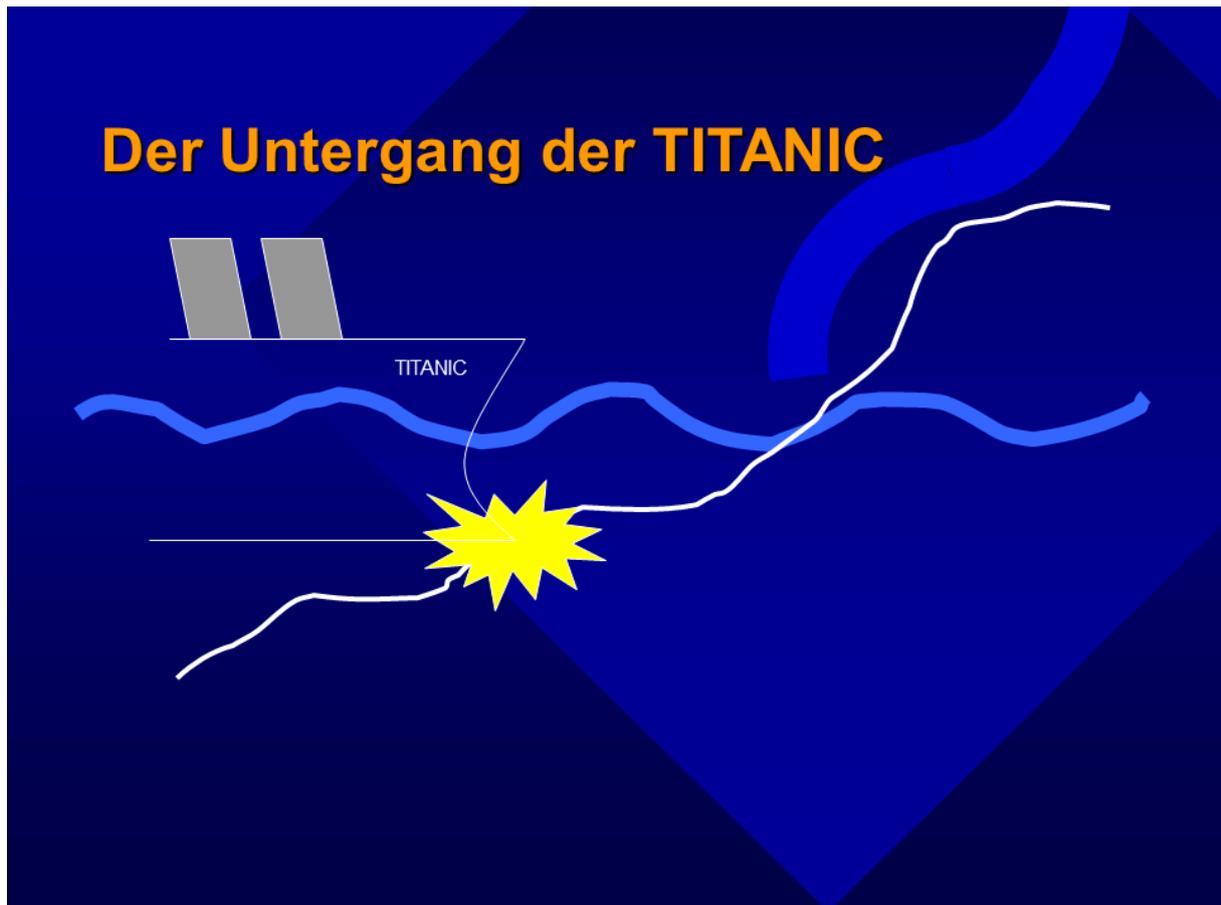
Suchtabteilung (181 Betten):

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
 Nikotinabhängigkeit
 Essstörungen und Sucht
 Pathologisches Glücksspiel
 VIP Gruppen

Der Untergang der Titanic



Lindenmeyer, 2016



Erforderliche Differenzierung von Suchmittelproblemen

- **Schädlichkeit der Substanz**
- **Substanzspezifische Ausprägung**

Riskanter Konsum von psychotropen Substanzen

- **Alkohol: > 5x12/24g pro Woche**
- **Medikamente: länger/mehr als empfohlen**
- **Tabak: immer**
- **Drogen: immer**

Schädlichkeit der Substanz



Verbreitung der Substanz

(12-Monatsprävalenz)

- **72,8% Alkohol**
- **47,1% Schmerzmittel**
- **28,7% Tabak**
- **6,1% Cannabis**
- **5,2% Schlafmittel, Beruhigungsmittel**
- 1,1% Amphetamine
- 0,6% Kokain
- 0,6% Ecstasy
- 0,3% Opiate
- 0,3% Heroin
- 0,2% Spice

Suchtsurvey, 2015

Priorität von Suchtintervention

- **Rauchen**
- **Alkohol**
- **Medikamente**
- **Cannabis**
- **andere Drogen**

1. Rauchen

Rauchen

- Zunehmendes Unterschichtphänomen (2x erhöht)
- Bei Männern verstärktes Rauchen bei manuellen Berufen
- Bei Frauen verstärktes Rauchen in Gastronomie, Verkauf und Pflege
- Deutlicher Rückgang des Rauchens bei Jugendlichen

Suchtsurvey, 2014

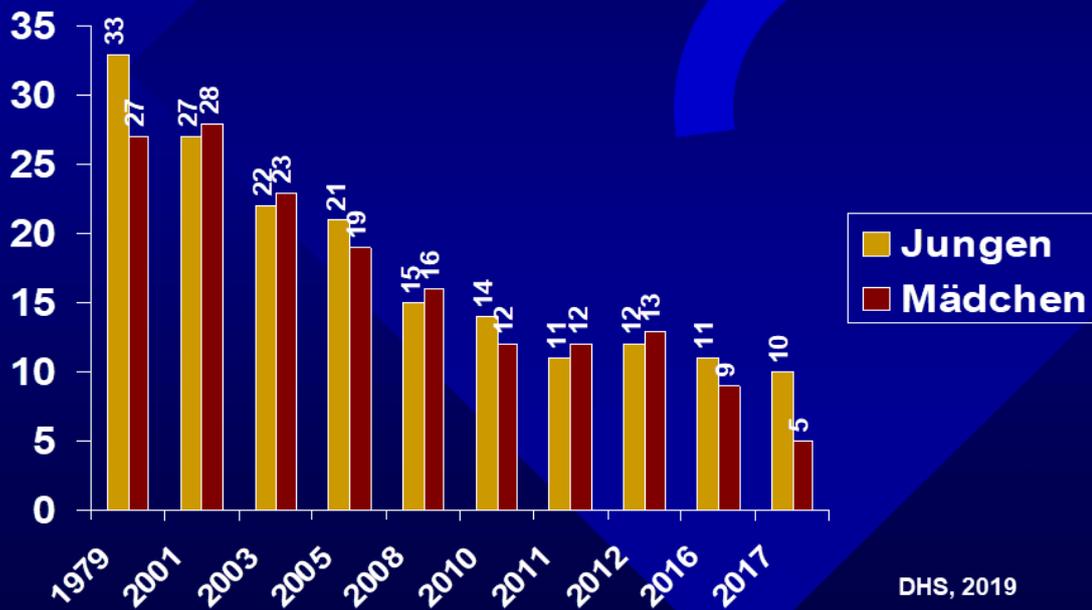
Tabak 2018

Zigaretten	74,4 Fz 36,4 sgZ	-1,9% +0,2%
	Milliarden	
Zigaretten pro Kopf	900	-1,8%
Raucher	> 29 %	

DHS, 2019



Entwicklung Raucherquote bei Jugendlichen 1979-2018



Rauchen: Hintergrund

- Einstiegsalter 11.-23. Lebensjahr
- extrem hohes Suchtpotential: ca. 70% süchtige Raucher
- Positive Wirkung erst bei Raucherhirn
- 7 Sekunden Hit
- fast alle Raucher wollen das Rauchen aufhören

Rauchen: Konsequenz

- Einstieg verhindern

Programm: **Be smart don't start**

- Rauchen als Sucht behandeln

Rauchfreies Gelände

Regelmäßige Kurzintervention

www.selbsthilfetabak.de

16

Be smart don't start



- So lange im Wettbewerb, wie keiner in der Klasse raucht
- Regelmäßige Erhebung



- Preis, wenn bis Zeitpunkt x max. 10% Schüler in der Klasse rauchen
- wöchentliche Befragung in der Klasse durch Klassenlehrer

18

Regelmäßige Kurzintervention

- *“Wie zufrieden bist Du / sind Sie mit Deinem / Ihrem Rauchen?”*



- *“Warum hast Du Dein / haben Sie Ihr Kreuz nicht bei 100% gemacht?”*
- **Ambivalenz besprechbar machen, Ergebnis in Graphik notieren und www.selbsthilfetabak.de empfehlen**

Feste Routine

- Jeder Krankenhauspatient
- Jeder Arztpatient
- Jeder Arbeitnehmer
- Jeder Schüler

Sehr geehrte(r) Frau/Herr _____

Rauchen stellt das größte vermeidbare Risiko für Ihre Gesundheit dar. Umso erfreulicher ist es, dass der Anteil der Raucher in unserer Gesellschaft stetig sinkt. Die gute Nachricht: Alle Gesundheitsrisiken gehen wie der zurück, wenn jemand das Rauchen aufgibt, egal wie stark und wie lange er früher geraucht hat.

Als Ihr behandelnder Arzt möchte ich Sie daher bitten, sich selbst 2 Fragen durch ein Kreuz jeweils auf einer Skala von 0% bis 100% zu beantworten:

3) Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Rauchen?

0% --- 20% --- 40% --- 60% --- 80% --- 100%

4) Wie zuversichtlich sind Sie Ihr Rauchen aufgeben zu können, wenn Sie es denn wollten?

0% --- 20% --- 40% --- 60% --- 80% --- 100%

Falls Sie bei einer oder beiden Fragen nicht 100% angekreuzt haben, dann empfehle ich Ihnen als Ihr behandelnder Arzt:

3) Nutzen Sie das kostenlose und vollkommen anonyme Online-Selbsthilfeprogramm www.selbsthilfetabak.de um sich das Rauchen abzugewöhnen.

20

www.selbsthilfetabak.de

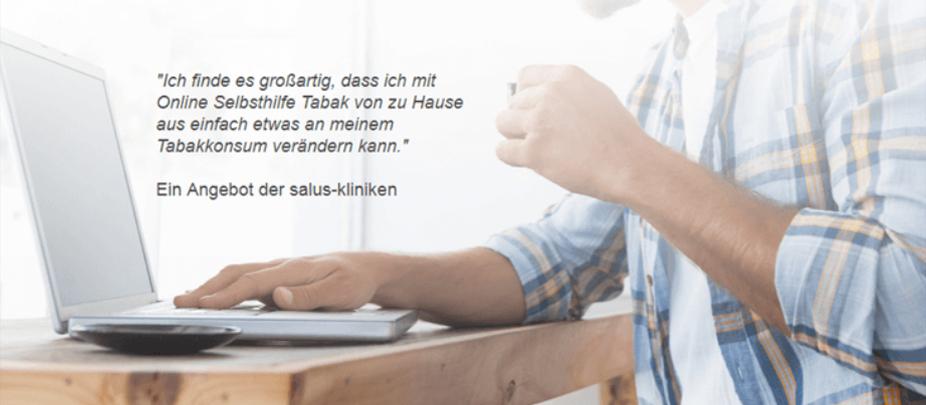
WIE FUNKTIONIERT ES? IST ES FÜR MICH GEEIGNET? WARUM MITMACHEN? ANMELDEN

Aufhören zu rauchen?

MACHEN SIE DEN SELBSTTEST
NUR 2 MINUTEN

"Ich finde es großartig, dass ich mit Online Selbsthilfe Tabak von zu Hause aus einfach etwas an meinem Tabakkonsum verändern kann."

Ein Angebot der salus-kliniken



21

www.selbsthilfetak.de

Wie funktioniert es?

KOSTENLOS TESTEN



 ZIEL BESTIMMEN	 AUFGABEN MACHEN	 STATISTIK ANZEIGEN	 EIN TAGEBUCH FÜHREN	 FORUM BESUCHEN
---	--	---	---	---

Erfolgsmesser

Gesamterfolg

Verlangen und Konsum eingeben
Ihre Eintragungen zu den letzten 8 Tagen sind unvollständig.

72% Erfolgsmesser
(Was ist das?)

 69	 70	 67	 86
--	--	--	--

Treue

Zielerreichung

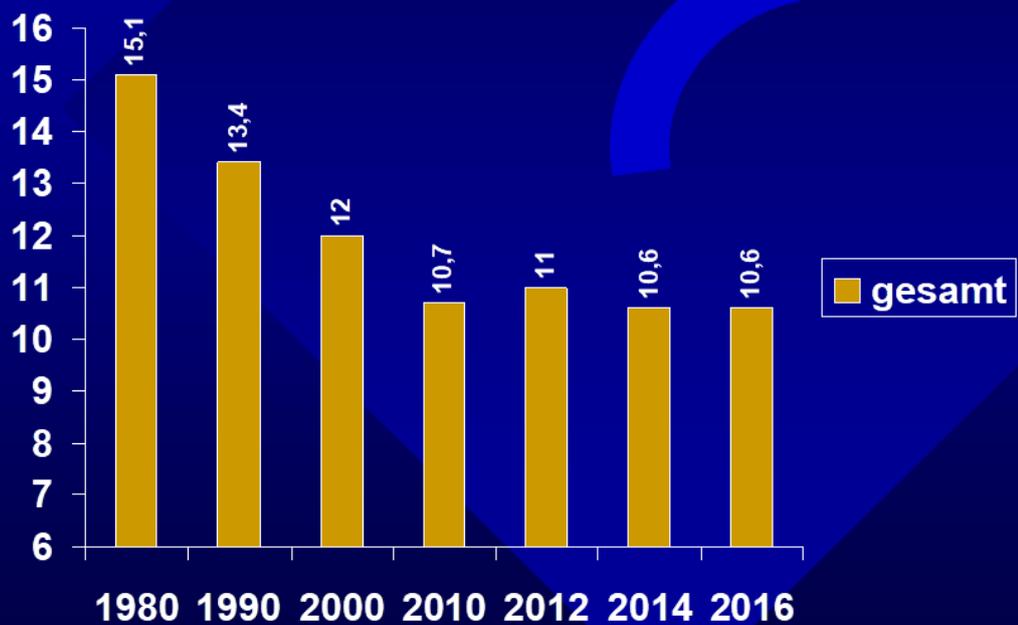
Eingaben

Aufgaben-
erledigung



2. Alkohol

Entwicklung Alkohol 1980-2016



DHS, 2019



Alkohol

- Gestörte Trinkkultur
- Relativ geringes Suchtpotential
- Langsame Suchtentwicklung
- Vielfältige körperliche Schäden
- 13,4% aller Straftaten unter Alkohol

Phase 1: Einstieg

Suchtmittelkonsum als instrumentelles Verhalten

- Enthemmung / Euphorisierung
- Dämpfung / Beruhigung

abhängig von: Menge
Situation

stimulusabhängige
Wirkungserwartung

tatsächliche
Wirkung

Alkohol-Prävention

Trinkexzesse sind Anfängerfehler



28

Lieber schlau als blau



- **Elternversammlung** Einverständnis
- **Vorbereitung** (Fragebögen zu Motivation, Wirkungserwartung, Risiken, Alkohol bei Jungen & Mädchen)
- **Trinkexperiment ab 16. Lj. oder Promillewertrechner**
- **Auswertung**
- **Alkohol in der Peergruppe** Jungen/Mädchen, Videokonfrontation;
- **Notfallplanung** Beispielsituationen,
- **Aufstellung persönlicher Trinknorm**

29

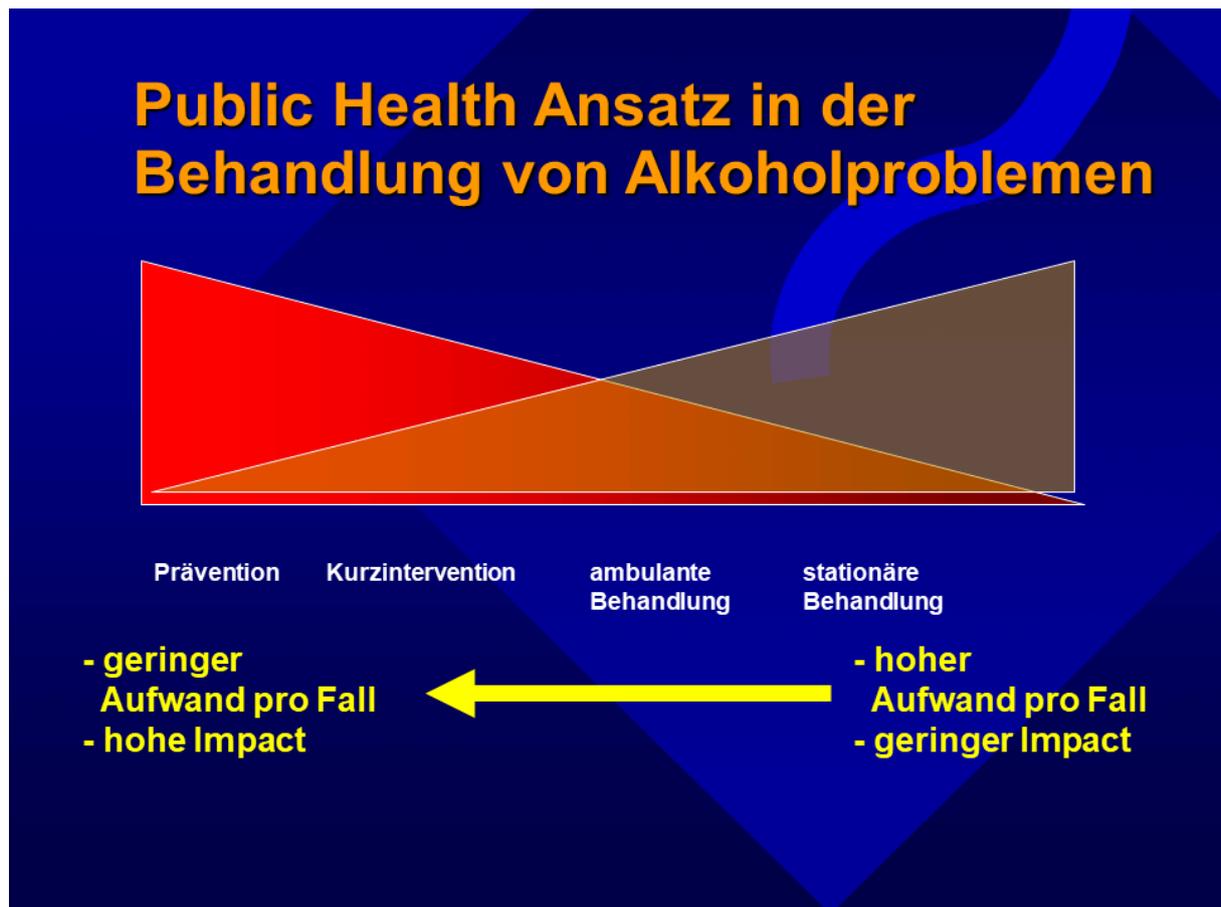
Routinemäßige Verankerung

- Obligatorische Teilnahme an LSAB als Voraussetzung für xxxxx
- Einheitliche Reaktion auf Trinkexzesse als Anfängerfehler
- Einbeziehung der Eltern durch 12 Elterntipps



Geringe Effizienz des Suchthilfesystems





- **Möglichkeiten und Grenzen für Begleitkinder im stationären Entwöhnungsprozess der Eltern – Kooperation zwischen Jugendamt und Suchtkrankenhilfe**

- **Workshop:** Natalie Jatzlau, Leiterin des Familienbereiches
Fontane Klinik
Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Psychosomatische Fachklinik Berlin.Brandenburg
Fontanestraße 5, 15749 Mittenwalde OT Motzen
033769.861 43
n.jatzlau@fontane-klinik.de
www.fontane-klinik.de

Dieser Vortrag fand nicht statt.



- Einzel- und Gruppensetting mit minderjährigen drogengebrauchenden Geflüchteten – Möglichkeiten und Grenzen
- **Workshop:** Andrea Piest und Maria Willers
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e. V.
Genthiner Straße 48, 10785 Berlin
030.192 37
mwillers@notdienstberlin.de
apiest@notdienstberlin.de
www.drogennotdienst.de

Die Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Andrea Piest und Maria Willers zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. **Drogennotdienst**

Möglichkeiten und Grenzen in der Beratung und Begleitung minderjähriger Geflüchteter, die Substanzen konsumieren

Maria Willers und Andrea Piest
Sozialpädagogin (B.A.) Einrichtungsleitung

Drogennotdienst / Guidance



In den letzten 4 Jahren habe ich viel Erfahrung in der Arbeit mit minderjährigen Geflüchteten sammeln können.



Ich habe viel Erfahrung in der Arbeit mit minderjährigen Geflüchteten, die Substanzen konsumieren.



Minderjährige oder junge Geflüchtete haben den gleichen Zugang und die gleichen Möglichkeiten in der Jugendhilfe wie in Deutschland sozialisierte Minderjährige und Jugendliche.



Ablauf

1. Einstieg
2. Die Bedarfe jugendlicher Geflüchteter
3. Schwierigkeiten und Erfolge in der Beratung
4. Dialog: Hypothesenbildung
5. Fragen



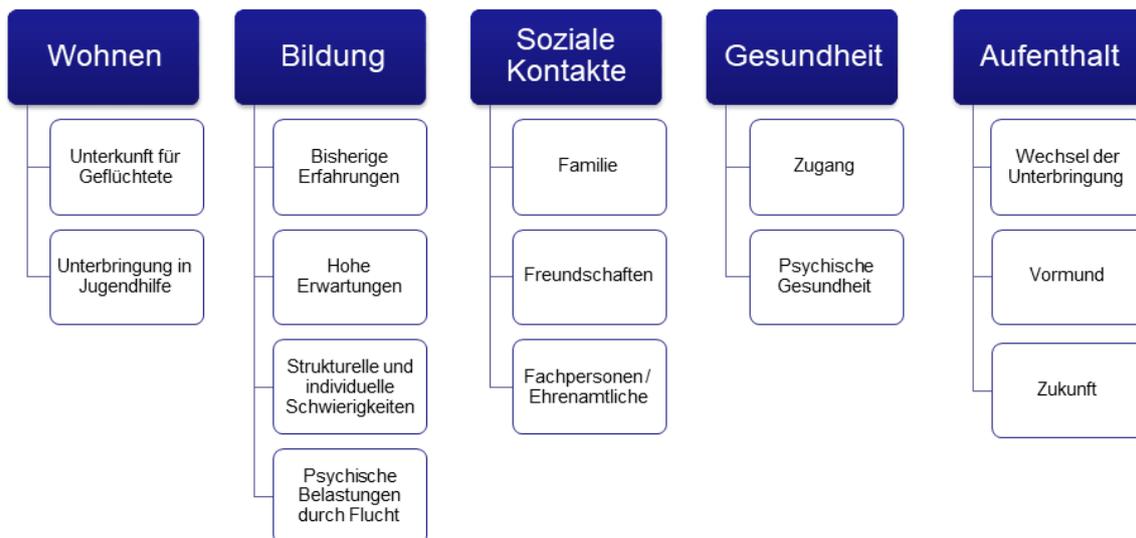
1. Einstieg



Guidance - Suchtberatung für Geflüchtete im Drogennotdienst

6

2. Die Bedarfe jugendlicher Geflüchteter



Substanzkonsum als Bewältigungsstrategie!

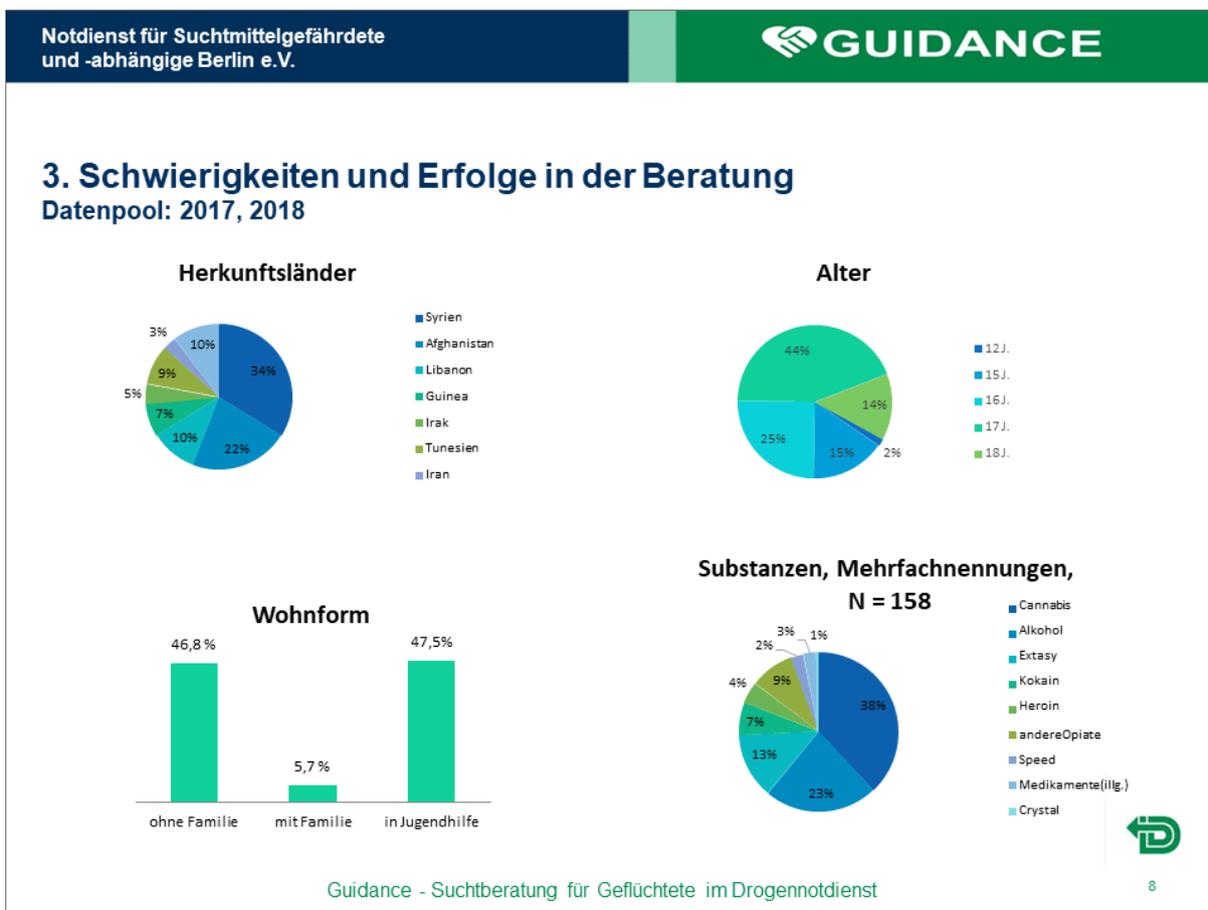
Quelle: Lechner, Claudia und Huber, Anna (2017). Ankommen nach der Flucht. Die Sicht begleiteter und unbegleiteter junger Geflüchteter auf ihre Lebenslagen in Deutschland. https://www.dil.de/fileadmin/user_upload/bibs2017/25854_lechner_huber_ankommen_nach_der_flucht.pdf (05.10.2018)



Guidance - Suchtberatung für Geflüchtete im Drogennotdienst

7





- Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. **GUIDANCE**
- ### 3. Schwierigkeiten in der Beratung
- ▶ Wechsel der Unterbringung / Beendigung der Jugendhilfe
 - ▶ Hilfenetzwerk → Kooperation komplex
 - ▶ Einbezug der Vormünder*innen
 - ▶ Strukturelle Probleme: Vermittlung in suchtspezifische Jugendhilfe + Regelversorgung schwer, akute Vermittlungen bislang nicht erfolgreich
 - ▶ Drogenkonsum bei der Einschätzung des Kindeswohls häufig nicht adäquat berücksichtigt
 - ▶ Sprachbarriere und Berücksichtigung des Bildungshintergrunds
 - ▶ Arbeit mit Familiensystemen / Angehörigenberatung
- Guidance - Suchtberatung für Geflüchtete im Drogennotdienst 9



3. Schwierigkeiten in der Beratung - Fallbeispiele

Ahmed

- 16 J., aus Tunesien, seit ca. 4 Mon. ohne Eltern in Dt.
- wohnhaft in Erstaufnahmeeinrichtung
- Substanzen: THC, Kokain
- Auf Grund des sehr hohen Konsums stationäre Entgiftung indiziert → schnelle Vermittlung nicht möglich, da Jugendhilfe noch installiert wird
- Daher erst einmal Anbindung an Beratung zur Unterstützung einer eigenständigen Konsumreduktion

Tobias

- 17 J., aus Berlin
- Wohnhaft bei Mutter, ambulant in Jugendhilfe angebunden
- Längere Vorgeschichte mit Drogenkonsum und Suizidalität (inkl. Aufenthalt in der KJP)
- Ambulante Anbindung an Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz erfolgreich
- Enge Zusammenarbeit mit Jugendamt und Jugendhilfeprojekt



3. Schwierigkeiten in der Beratung - Fallbeispiele

Mohamed

- 17 J., aus Afghanistan
- Wohnt mit Mutter in Geflüchtetenunterkunft
- Substanzen: Heroin, Cannabis
- Akute Vermittlung in die Entgiftung nicht möglich
- Kl. wird volljährig, dadurch KJP nicht mehr zuständig
- Gesundheitszustand verschlechtert sich rapide
- Anbindung an Substitutionsbehandlung als akute Lösungsmöglichkeit

Pascal

- 20 J., aus Berlin
- Wohnhaft in eigener Wohnung
- Substanzen: Heroin, Crystal, Diazepam, Extasy
- Auf Grund des hohen Konsums und der Suizidalität schnelle Vermittlung indiziert
- Vermittlung in die Entgiftung und stationäre Therapie möglich



3. Erfolge in der Beratung

- ▶ Gute Deutschkenntnisse
- ▶ Enge und vertrauensvolle Kooperation aller Hilfebeteiligten
- ▶ Drogenkonsum als Faktor einer möglichen Kindeswohlgefährdung → Drogenberatung als Teil des Hilfeplans
- ▶ Einbezug ehrenamtlicher Helfer → mehr Kapazitäten
- ▶ Inanspruchnahme mehrerer Beratungsgespräche zur Psychoedukation und zum Motivationsaufbau



3. Unsere Angebote

- ▶ Kultursensible Beratung mit und ohne Sprachmittlung (Psychoedukation, Konsumreflexion, Motivationsarbeit, Rückfallprophylaxe, etc.)
- ▶ Unterstützung bei der individuellen Hilfeplanung
- ▶ Vermittlung in die Angebote der Jugend- und Suchthilfe (je nach Sprachkenntnissen)
- ▶ Vermittlung in Angebote der Traumabehandlung
- ▶ Schulung von Mitarbeiter*innen der Jugendhilfe rund um den Substanzkonsum von jugendlichen Geflüchteten
- ▶ Telefonisches Fallcoaching



4. Dialog: Hypothesenbildung

- ▶ Bitte sammeln Sie in Gruppen von ca. 4 Personen Hypothesen und notieren Sie diese auf Karten.
- ▶ Frage: Wie könnte sich der Substanzkonsum von in Deutschland sozialisierten Jugendlichen von dem jugendlicher Geflüchteter unterscheiden? Welche Herausforderungen ergeben sich daraus?
- ▶ Zeitrahmen: ca. 20 Min.



5. Fragen



Notdienst für Suchtmittelgefährdete
und -abhängige Berlin e.V.

 **GUIDANCE**



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige e.V.
Genthiner Str. 48
10785 Berlin

Telefon: (030) 19 237 (Hotline) und 233 240 200
Telefax: (030) 233 240 212
Email: guidance@notdienstberlin.de
Web: <http://www.drogennotdienst.de>
Facebook: <https://www.facebook.com/notdienstberlin.de/>

Der Verein dankt seinen Unterstützern:



Der Verein ist Mitglied im:



16



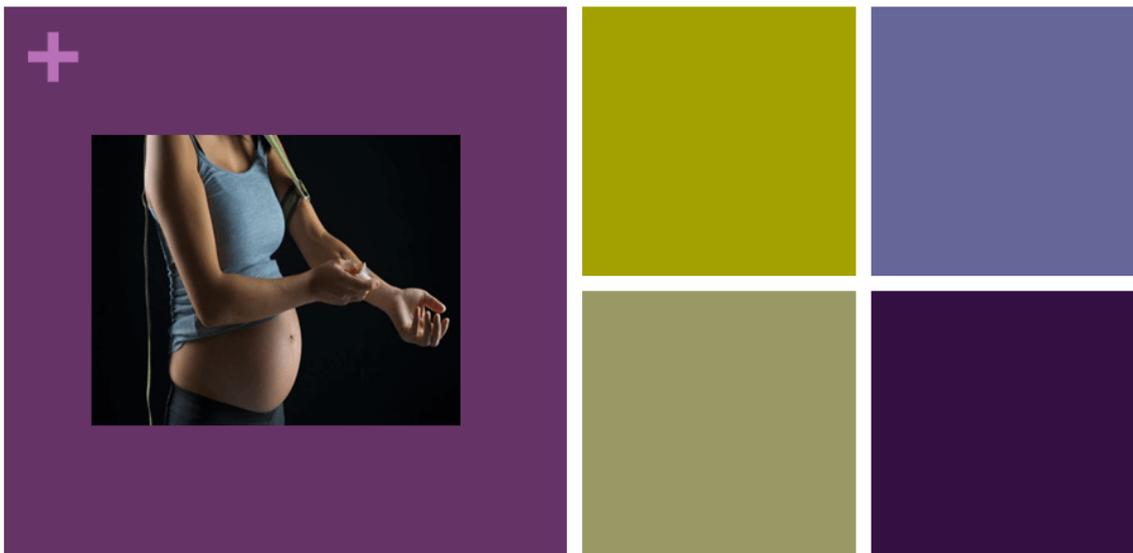
- **Möglichkeiten der Substitution im Einklang mit der Familie**
- **Workshop:** Dr. Thomas Peschel, Daniela Schulz und Frederike Nienhaus
Patrida
Kapweg 3, 13405 Berlin
030.498 57 49-0
030.498 57 49-129 fax
Frederike.nienhaus@web.de
daniela.5470@gmail.com
kontakt@patrida.org
www.diamorphin-behandlung.de/berlin.html

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Dr. Thomas Peschel, Daniela Schulz und Frederike Nienhaus zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.

+
1. Kinderschutzkonferenz
Berlin-Mitte 06.11.2019

**“Möglichkeiten der Substitution
im Einklang mit der Familie.“**

Daniela Schulz und Frederike Nienhaus



Die diamorphingestützte Behandlung

Die Droge als Selbstmedikation

+ Fahrplan durch unseren Workshop

- Substanz Diamorphin
- Entstehung
- Wirkprinzipien der diamorphingestützten Behandlung
- Patrida
- Patient_innen
- Fallbeispiel
- Persönliches Fazit
- Quellen

+ Substanz Diamorphin

- Diamorphin (Diacetylmorphin) = Heroin
- Reinheitsgehalt von 98,5 Prozent
- Frei von Verunreinigungen im Vergleich zum Straßenheroin
- Wird aus Schlafmohn in Tasmanien gewonnen
- Produktion einer Schweizer Firma
- Mögliche Applikationsformen (i.v, i.m, s.c. u. oral)

+ Substanz Diamorphin



+ Wie wirkt Diamorphin?

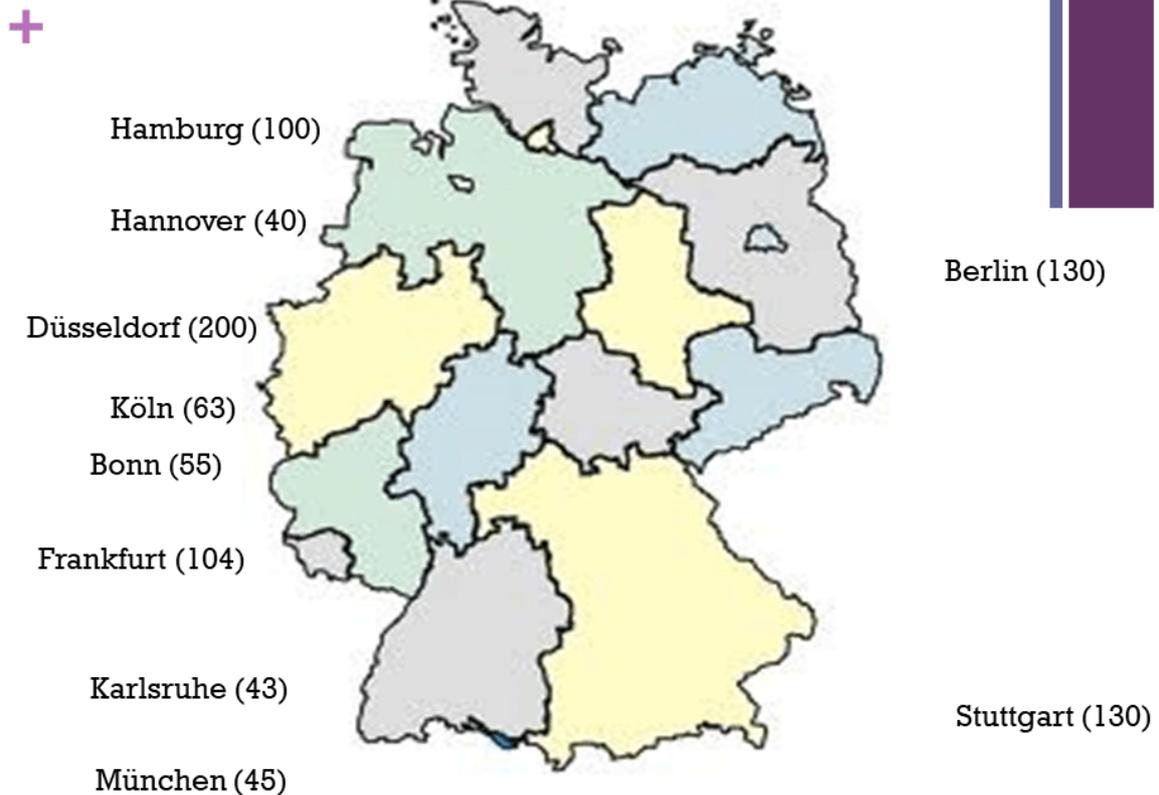
- Beruhigend, Sedierend -> Reduktion psychischer Spannung
- Passiert die Blut-Hirn-Schranke
- Vermittlung von Gefühl von Geborgenheit, Halt, Schutz u. Vertrauen
- Schmerz lindernd (Schmerztherapie)
- Keine Toleranzentwicklung bei kontrollierter Abgabe
- Verminderung von Traumasymptomen

+



+ Entstehung der Heroingestützten Behandlung

- Bundesmodellprojekt 2002
- 2009 Diamorphinsubstitution in Deutschland möglich
- Regelung durch BtMG
- Finanzierung der Behandlung durch Krankenkassen



Aktueller Stand Oktober, Nienhaus 2019



+ Bedingungen zur Aufnahme

- Vollendetes 23. Lebensjahr
- Mindestens 5 Jahre bestehende Opiatabhängigkeit mit schwerwiegender körperlicher und psychischer Funktionsstörung
- Überwiegend intravenöser Konsum
- Nachweis über zwei erfolglose Behandlungen, davon eine mindestens 6-monatige Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung

+ Warum mit Diamorphin behandeln?

- Entbindung von der Drogenszene u. Kriminalität
- Mehr Lebensqualität (saubere Bedingungen)
- Keine Selbstverletzungen mehr
- Tagesstrukturierung u. geordneter Lebenswandel
- Deutlicher Rückgang von Beikonsum
- Somatische u. psychische Stabilisierung
- Großer volkswirtschaftlicher Vorteil

+ Mit welchen Patient_innen haben wir es zu tun ?

- Broken Home Verhältnisse
- Szenevergangenheit
- Haftstrafen
- z.T 10-20 Jahre keine Tagesstrukturierung außer Beschaffung
- Mangelnde Selbstfürsorge
- Schwerst psychisch/psychiatrisch erkrankte Menschen

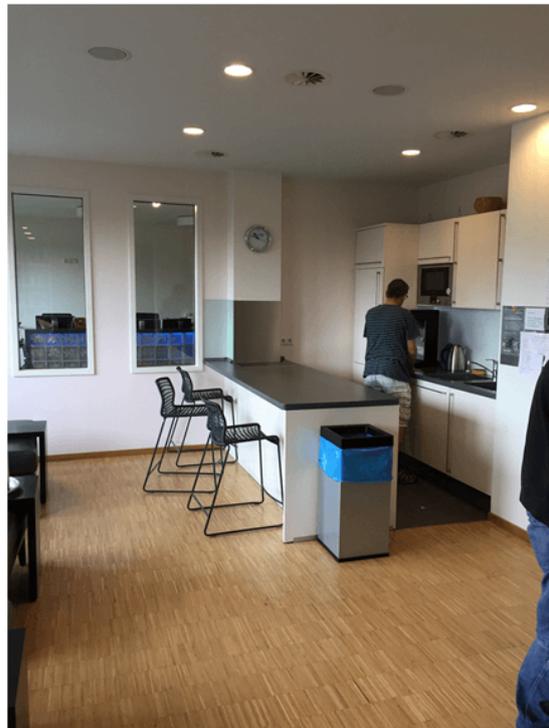
+ Patrida

- Seit 01.07.2013
- „Patrida“= Heimat
- Multiprofessionelles Team
- Sanktionsfreies Setting
- Tagesstätte
- Miletherapeutisches Konzept
- Kooperation mit VISTA gGmbH

+ Praxis



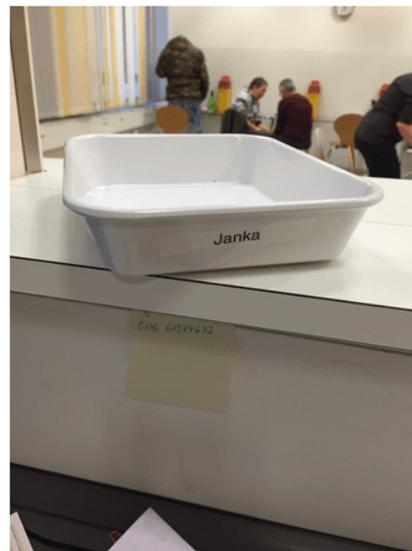
+ Patientenküche



+ Applikationsraum



+ Vergabe



+ Ruheraum



+ Fallbeispiel: Frau A

Biografische & psychosoziale Anamnese

- Geboren in Berlin
- 34 Jahre alt
- keine abgeschlossene Ausbildung
- 6 Geschwister
- erlebte körperliche Misshandlungen
- Heimerfahrungen
- 4 Kinder

+ Frau A

Psychiatrische Vorgeschichte

- 1. Psychriaufenthalt mit 13 Jahren
V. a. Borderline
F60.3- Emotionale instabile Persönlichkeitsstörung- ICD10

+ Frau A

Suchtanamnese

- Heroin i.v. mit 20 Jahren
„[...] war perfekt, sowas habe ich noch nie erlebt, alle Probleme waren weg [...]“ (Frau A 2013)
- Kokain
- Nikotinabhängigkeit
- 3x Entgiftung / keine LZT
- Seit 2010 Substitutionsbehandlungen (Methadon)
- Diamorphenbehandlung (Nov 2013–Okt 2014)
- Buprenorphinbehandlung seit Okt 2014

+ Frau A

“[...] Ich wusste ja auch, auch wenn ich das kriege, will ich, also will ich gar nichts mehr nehmen.”
(Z. 26 ff.)

“[...]als ich wusste, ich behalte es, war es für mich so undenkbar überhaupt Dro-..., also illegale Drogen zu nehmen [...].” (Z. 280 ff.)

+ Frau A

- “Also es hat sich total verändert, alles hatte sich verändert. [...] ab da, wo’s nicht mehr so doll war, diese Kontrolle, dann ging unser Leben richtig gut. Also ich hatte ’ne eigene, also wir haben uns ’ne Wohnung zusammen gesucht, wir hatten ähm Freunde, Kinder, also andere Kinder im gleichen Alter und ab da an wurde alles richtig, also so richtig gut.” (Z. 204 ff.)

+ Frau A

Aktuelle Situation

- 3-Zimmer Wohnung mit Partner
- kein Buprenorphin
- keinen Beikonsum
- geregelter Alltag / Struktur
- regelmäßiger Kontakt zu allen Kindern
- Partner beginnt Ausbildung als ZMFA

+ Persönliches Fazit

„Die Menschen nehmen Drogen weil sie krank sind.
Sie sind nicht krank, weil sie Drogen nehmen !“

- Den Patienten auf Augenhöhe begegnen
- Akzeptieren vs. Verstehen
- Individuelle Betreuung
- Autonomie vs. Fürsorge
- Vertrauen auf Kompetenzen der Betroffenen

+ Literatur- Quellenverzeichnis

- Bendek, Christopher (2016): Die diamorphingestützte Substitutionsbehandlung in Deutschland. In: HHRS – Onlinezeitschrift für höchstrichterliche Rechtsprechung zum Strafrecht, 17. Jahrgang, Heft 12/2016, Hamburg. S.556-564 <https://www.hrr-strafrecht.de/hrr/archiv/16-12/hrrs-12-16.pdf> [Zugriff 14.10.19]
- Drucksache 19/95/69. Deutscher Bundestag 19. Wahlperiode. Zehn Jahre diamorphingestützte Substitutionsbehandlung – Erfolge und Weiterentwicklungsbedarf <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/095/1909569.pdf> [Zugriff 28.08.19]
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.) (2010). G-BA verbessert Behandlung von schwerstkranken Opiatabhängigen. <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/334/> [Zugriff: 05.08.19]
- Haasen C., Verthein U. (2008) Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - Bd. 1-3. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 156158.

+ Literatur-Quellenverzeichnis

- Krause, Till (2014): Guter Stoff. In: Süddeutsche Zeitung Magazin. S. 19-23
- Passie, Torsten/Peschel, Thomas (2013): Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger in Deutschland – Geschichte – Ergebnisse – Wirkprinzipien. In: DIE POLIZEI -Fachzeitschrift für die Öffentliche Sicherheit, 104. Jahrgang, Heft 9. S. 241-272
- Passie, Torsten/ Oliver Dierssen (2014): Die Heroingestützte Behandlung Opiatabhängiger. 4. Auflage. Köln: Pyschiatrie Verlag GmbH
- Verthein U. (2009) Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - Zielsetzung, Ergebnisse und Perspektiven. Akzeptanz 17 (1): 7-12.

- **Die Rollenmuster der Kinder und Jugendlichen in suchtblasteten Familien – Für den Dialog brauchen Fachkräfte Mut und Verantwortung!**

- **Workshop:** Constanze Froelich
Notdienst für Suchtmittelgefährdete und -abhängige Berlin e.V. ESCAPE
Czeminskistraße 1a, 10829 Berlin
030.233 24 02 80
030.233 24 02 89 fax
escape@notdienstberlin.de
drogennotdienst.de/jugend-und-familienhilfe/

Die folgende Arbeitshilfe für die AV Planung wurde freundlicherweise von Constanze Froelich zur Verfügung gestellt. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.

Zudem wies Constanze Froelich auf die [Broschüre von Nacoa Deutschland](#) hin, welches ihrer Meinung nach ein sehr gutes Informationsheft für alle Fachkräfte darstellt. Auch wenn als Adressaten und Adressatinnen Erzieher und Erzieherinnen sowie Grundschullehrer und Grundschullehrerinnen genannt werden, ist dieses Heft ein qualitativ hochwertiger Beitrag für alle, die mit Kindern in suchtblasteten Familien oder auch mit Erwachsenen zu tun haben.

Arbeitshilfe für AV Hilfeplanung

Arbeitshilfe

zur Installierung passgenauer Hilfen für Jugendliche mit Drogenkonsum bzw. süchtigem Verhalten

Es ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Jugendamt nicht leicht einzuschätzen, ob bei Kindern und Jugendlichen ein problematischer Konsum oder eine Abhängigkeit vorliegt. Haben die hilfeschuchenden Eltern Recht, die behaupten, ihr Kind sei süchtig? Oder sind sie überbesorgt und es stimmt, was der Sohn bzw. die Tochter sagt und er/sie kifft oder trinkt nur mal bei Gelegenheit und alles wäre eigentlich im grünen Bereich, wenn nicht die Eltern ständig Stress machen würden?

Der Konsum von Suchtmitteln (legal und illegal) ist im Kinder und Jugendalter weit verbreitet. Neugier, Rauscherleben oder Gruppenzugehörigkeit sind typische Motive für Kinder und Jugendliche, Drogen zu probieren. Suchtmittelkonsum, exzessives Computerspielen oder Internetsurfen eignen sich aber auch dazu, aus einer belastenden und Angst auslösenden Situation zu flüchten. Experimentelle Konsummotive treten in den Hintergrund und der Konsum erhält eine wesentliche Funktion bei der Alltagsbewältigung.

Kinder und Jugendliche sprechen mit Erwachsenen nicht gerne über ihren eigenen Drogenkonsum. Wenn sie darauf angesprochen werden, reagieren sie oft mit Ausflüchten, Bagatelisierung und Verheimlichung.

Problematischer Konsum tritt häufig bei Kindern und Jugendlichen mit besonderen psychosozialen Belastungen auf. Der Konsum im Kindes- und Jugendalter ist häufig die Ursache für verschiedenste Alltagsprobleme der Kinder und Jugendlichen und für das schwierige Verhältnis zu ihren Eltern.

Die folgenden Indikatoren deuten darauf hin, dass es sich um einen das Kindeswohl gefährdenden Konsum handeln kann:

- psychische Auffälligkeiten (war beim KJPP vorstellig; Therapiebesuch u. ä.)
- Diagnose eines ADS/ADHS in der Kindheit und Absetzen der Medikamente (Cannabis wird in diesen Fällen nicht selten im Sinne der Selbstmedikation konsumiert)
- hohes Aggressionspotenzial
- geringe Affektregulation
- sehr früher Zeitpunkt des ersten Rauchens
- Vernachlässigung von bisherigen Freizeitinteressen und nicht konsumierenden Freunden
- einseitige Freizeitgestaltung, die mit Konsum verbunden ist (problematischer PC- und Internetkonsum über mehrere Stunden täglich; Treffen mit Freunden zum Kiffen oder Alkoholtrinken u. ä.)
- Schuldistanz - Verlassen Sie sich nicht auf die Aussagen der Jugendlichen, sondern lassen Sie sich die letzten Zeugnisse vorlegen!
- delinquentes Verhalten

Die oben aufgeführten Punkte können auch direkt in Form von Fragen an Kinder und Jugendliche formuliert werden.

Es ist nicht sicher, ob ein problematischer Suchtmittelkonsum, ein problematischer Umgang mit Medien etc. vorliegen, wenn Sie einige dieser Indikatoren erkennen.

Sicher ist, dass alle Hilfen, die Sie installieren, wahrscheinlich nicht zum Erfolg füh-

ren und höhere Kosten verursachen, wenn nicht erkannt wurde, dass ein problematischer Konsum die Ursache der vordergründigen Probleme ist und die Konsum- bzw. Suchtproblematik im Hilfeverlauf nicht adäquat bearbeitet wird.

Eine möglichst frühe suchtspezifische Intervention verursacht möglicherweise für einen gewissen Zeitraum höhere Kosten. Die Erfolgsaussichten sind allerdings erheblich besser und auf längere Sicht sind die Kosten geringer.

Was können Sie tun, wenn Sie unsicher sind, welche Rolle der Suchtmittelkonsum oder das exzessive Verhalten in der Gesamtproblematik spielen?

- Holen Sie sich Unterstützung! Beziehen Sie die Suchthilfe zur Abklärung der Situation ein!
- Führen Sie z. B. vor der Besprechung des Falls im Fallteam eine Helferbesprechung ohne die betroffenen Jugendlichen und Eltern durch, in der Sie die Situation mit Vertretern einer Drogenberatungsstelle, der Schule und gegebenenfalls weiterer Professioneller, die die Jugendlichen bzw. die Familien kennen, genau betrachten und einschätzen und sich darüber verständigen, welche Hilfen am geeignetsten sind!
- Sie können so den Fall gut vorbereitet mit allen relevanten Informationen ausgestattet und mit Vorschlägen für passgenaue - die Konsum- bzw. Suchtproblematik berücksichtigende - Hilfen im Fallteam vorstellen.

- **Suchtberatung – Wann? Wie? Wo? – Wir klären auf**

- **Workshop:** Magda Bittner & Franz-Joseph Wohlleben
Suchtberatungsstelle Große Hamburger
Integrative Suchtberatung Mitte
Große Hamburger Str. 18, 10115 Berlin-Mitte
030.66 63 34 00
030.66 63 34 09
m.bittner@caritas-berlin.de
f.wohlleben@caritas-berlin.de
www.caritas-berlin.de/

Informationen unter:

<https://www.caritas-berlin.de/beratungundhilfe/berlin/sucht/beratung-und-therapie>



- **Zieloffene Beratung? Suchtberatung mit allen Möglichkeiten**
- **Workshop:** Berit Wittkopf-Kohn
Ambulante Suchtberatung Mitte – vista
Zentrum für integrative Suchthilfe
Stromstraße 47, 10551 Berlin
030.22 44 51-100
030.22 44 51-199
Berit.Wittkopf-Kohn@vistaberlin.de
<https://vistaberlin.de/einrichtungen/ambulante-suchtberatung-mitte/>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Berit Wittkopf-Kohn zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



Zieloffene Suchtberatung



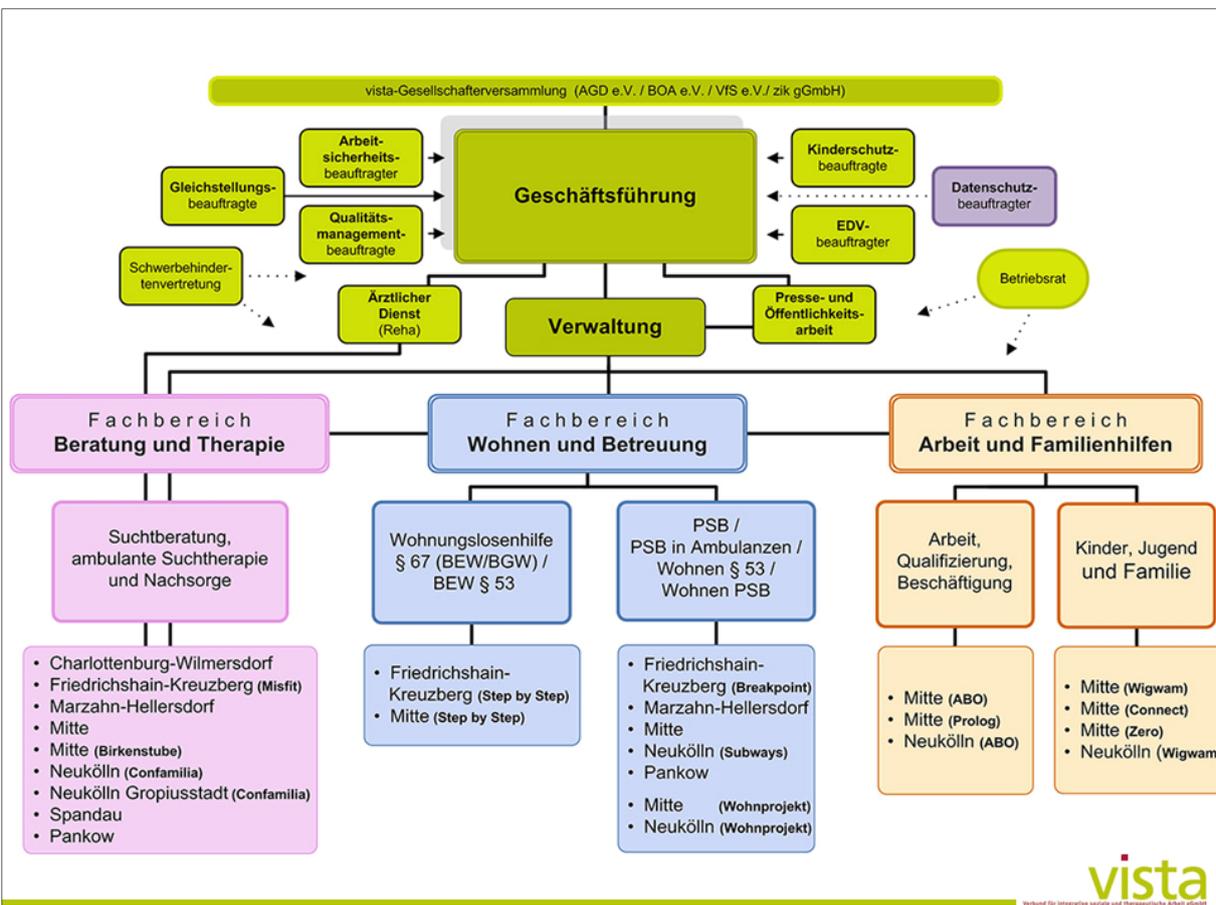
Die Arbeit einer Berliner
Beratungsstelle



vista Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit

Seit 2006 als Zusammenschluss von

- BOA e.V. Begegnung-Orientierung-Anfang
- VFS e.V. Verein Für Suchtprophylaxe
- AGD e.V. Arbeitsgemeinschaft Drogenprobleme



Regionaler Suchthilfedienst

Pflichtversorgung durch

- Beratungsstellen
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Krankenhäuser
- Komplementäre Angebote
- Selbsthilfe



Finanzierung

- Drogenberatung durch Senat
- Alkohol- und Medikamentenberatung durch Bezirke
- Therapie/Nachsorge durch DRV und Krankenkassen
- Hilfen zur Konsumreduktion und Raucherentwöhnung durch Eigenbeteiligung/Krankenkassen



Zielgruppe der Suchtberatung

Ratsuchende

- mit problematischem Konsum
- mit abhängigem Konsummuster
- mit chronifiziertem Krankheitsverlauf
- Angehörige



Zugangs- und Überweisungsimpulse

- Eigene Motivation
- Angehörige
- Auflage durch Arbeitgeber oder Ämter
- Überweisung durch das medizinische Hilfesystem
- Komplementäre Einrichtungen



Beratungsangebote

- Zu Substanzen und Abhängigkeitsentwicklung
- Zum Suchthilfesystem
- Suchtberatung in Haftanstalten
- Vermittlung in komplementäre Einrichtungen
- Beantragung von Suchttherapie und PSB
- Themenspezifische und stützende Gruppen



Behandlungsangebote

- Ambulante Reha und Nachsorge
- Konsumreduktion
- Raucherentwöhnung
- Nada Ohrakupunktur



Grundsätze in der Beratung

- Zeitnahe Aufnahme
- Auf Wunsch anonym
- Akzeptanz und Wertschätzung
- Ressourcenaktivierung
- Ganzheitliche Sicht



Motivational Interviewing

- Orientierung am Klientenauftrag
- Kommunizieren auf Augenhöhe
- Erforschen statt konfrontieren
- Würdigung von Ambivalenz
- Autonomie fördern
- Ziele entwickeln



Zieloffener Beratungsprozess

- Exploration des Konsummusters
- Funktionen des Suchtmittels
- Vor-und Nachteile des Konsums
- Veränderungsmotivation
- Zielfindung – Nah/Fernziele



Hilfen zur Konsumreduktion

- Kiss, Realize it, Break, KT
- Rahmenbedingungen
- Abgestufte Hilfen zur Reduktion
- Weiteres Vorgehen



Kontrolliertes Trinken

- Vorgespräche mit strukturierter Diagnostik
- Zehn wöchentliche Sitzungen
- Arbeit mit Manual
- Trinktagebuch
- Ressourcenaktivierung
- Evaluation



Hilfen zur Abstinenz

- Motivationsgespräche
- Selbsthilfegruppen
- Entgiftung stationär/ambulant
- Therapie



Therapieformen

- Ambulant
- Tagesklinik
- Stationär mit ambul. Nachsorge
- Kombitherapie stationär/ambulant



Therapievermittlung

- Motivationsgespräche
- Auswahl der Therapieeinrichtung
- Kostenklärung und Antragstellung
- Kontakt zur Therapieeinrichtung
- Unterstützung bei aktuellen Problemlagen
- Therapievorbereitungsgruppe



Vorteile zieloffener Beratung

- Innerlich verbindliche Ziele
- Hohe Compliance und
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung
- Förderung von Eigenverantwortung
- Vermeidung von Misserfolgen
- Verbesserung der Erreichungsquote
- Prävention



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Verband für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

vista gGmbH
 Donaustraße 83, 12043 Berlin
 Tel.: 030 / 400370-100
 Fax: 030 / 400370-199

Mail: vista@vistaberlin.de | www.vistaberlin.de



- **Thema am Vormittag: Sucht und Schwangerschaft – Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind**
- **Workshop:** Dr. Jan-Peter Siedentopf und Manuela Nagel
Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft
Charité Berlin
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
030.450 66 41 12
030.450 56 49 27
jan-peter.siedentopf@charite.de
manuela.nagel@charite.de
<https://geburtsmedizin.charite.de/leistungen/suchterkrankungen>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Dr. Jan-Peter Siedentopf und Manuela Nagel zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“

1. Kinderschutzkonferenz im Bezirk Mitte
06. November 2019



Dipl. Soz. Päd. M. Nagel
OA Dr. J.-P. Siedentopf

Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft
Klinik für Geburtsmedizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow Klinikum

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Die Ambulanz

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
 die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06.November 2019

Interdisziplinäre Betreuung von:

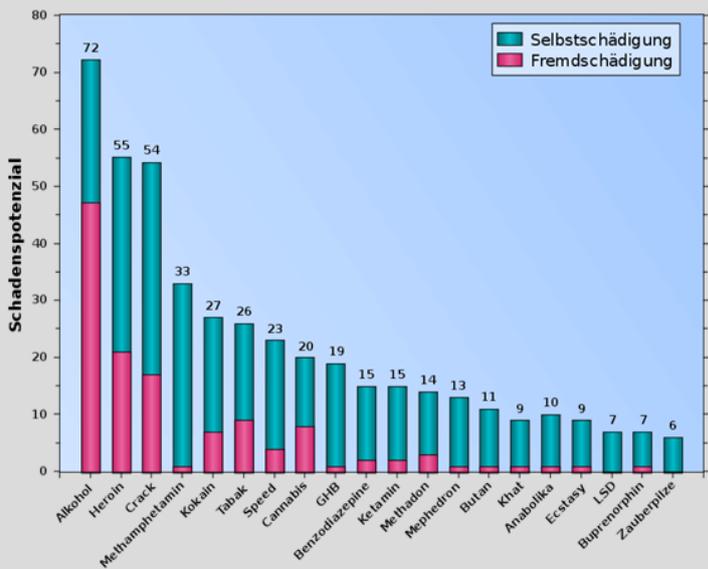
- Schwangeren mit HIV-Infektionen
- Schwangeren mit Suchtmittelkonsum**
- Schwangeren mit Infektionen allg.
- Schwangeren mit Dysplasien
- HIV infizierte Frauen mit Kinderwunsch
- HIV infizierte Frauen mit gynäkologischen Problemen



Was ist anders?

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
 die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06.November 2019

Schadenspotenzial geläufiger Drogen
 nach David Nutt, 2010



Erneut haben britische Psychiater, Epidemiologen, Chemiker und Forensiker die Gefahr legaler und illegaler Drogen verglichen. Das hier vorliegenden Drogen-Ranking basiert auf den körperlichen und psychischen Schäden, die eine Substanz anrichtet, sowie auf deren Suchtpotenzial. Auch die sozialen Auswirkungen wurden berücksichtigt.

Lancet 2010; 376: 1558–65) 0

Dieses Ranking gilt nicht für die Schwangerschaft!



Alkoholkonsum

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
 die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06. November 2019

- ▶ Alkohol tritt zu 100% auf den Fetus über
- ▶ Der Alkoholspiegel kann über dem der Mutter liegen
- ▶ Der Fetus baut Alkohol 10 mal langsamer ab
- ▶ Alkohol hemmt die Zellteilung
- ▶ Alkohol zerstört Zellen
- ▶ Alkohol tritt in die Muttermilch über



→ Es gibt KEINE als „sicher“ angesehene Alkoholmenge

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Alkoholkonsum

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
 die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06. November 2019

Über 50% aller Schwangeren geben Alkoholkonsum in der Schwangerschaft an.

Alle alkoholbedingten Einflüsse auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes werden unter dem Begriff „fetale-Alkohol-Spektrum-Störungen (FASD)“ zusammengefasst

2000 bis 3000 Kinder werden jedes Jahr mit „Fetalem Alkohol Syndrom (FAS)“ geboren.

Über 10-15.000 Kinder leiden unter angeborenen Alkoholfolgen - „partielles Alkoholsyndrom (pFAS)“.

Die Dunkelziffer, insbesondere für pFAS ist extrem hoch.

Alkoholfolgeerkrankungen sind die häufigste vermeidbare angeborene Fehlbildung.

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Bergmann, Spohr, Dudenhausen: Alkohol in der Schwangerschaft. Urban & Vogel 2006.
 (www.stiftung-behindertes-kind.de/publikationen.html)

Alkoholkonsum - suchtmedizinische Intervention

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

- Abusus ➔ Entzug, unbedingt stationär, medikamentengestützt
- Konsum ➔ spontanes Absetzen, ggf. suchttherapeutische Unterstützung
- Harm reduction ➔ weitgehende Reduktion, suchttherapeutische Unterstützung

Jedes nicht getrunkene Glas Alkohol ist ein Gewinn

kein neonatales Entzugssyndrom

- Stillen ➔ bei Abusus abzuraten
- bei geringem Konsum kontrolliert



Schwanger? Promillegrenze 0,01

Alkohol UND Cannabis im Tierexperiment

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

THC in Kombination mit Alkohol bei trächtigen Ratten führte zu einer deutlich reduzierten Anzahl von Gehirnzellen bei den neugeborenen Ratten

Cannabinoids Enhance Susceptibility of Immature Brain to Ethanol Neurotoxicity

Henrik H. Hansen, PhD,^{1,2} Birte Krutz, MD,^{1,3} Marco Siflinger, PhD,⁷ Vanya Stefovika, MD, PhD,⁴ Petra Rittigau, MD,¹ Fritz Prager, MD,⁵ Giovanni Marsicano, PhD,^{1,2} Beat Lutz, PhD,^{1,6} and Christoph Kleinowitz, MD, PhD²

Objective: Marijuana and alcohol are most widely abused drugs among women of reproductive age. Neurocognitive deficits have been reported in children whose mothers used marijuana during pregnancy. Maternal consumption of ethanol is known to cause serious developmental deficits.

Methods: Infant rats and mice received systemic injections of Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC; 1–10mg/kg) or the synthetic cannabinoid WIN 55,212-2 (1–10mg/kg), alone or in combination with subtoxic and toxic ethanol doses, and apoptotic neurodegeneration was studied in the brain.

Results: Acute administration of THC (1–10mg/kg), the principal psychoactive cannabinoid of marijuana, markedly enhanced proapoptotic properties of ethanol in the neonatal rat brain. THC did not induce neurodegeneration when administered alone. Neurotoxicity became disseminated and severe when THC was combined with a mildly intoxicating ethanol dose (3g/kg), with the effect of this drug combination resembling the massive apoptotic death observed when administering ethanol alone at much higher doses. The detrimental effect of THC was mimicked by the synthetic cannabinoid WIN 55,212-2 (1–10mg/kg) and counteracted by the CB₁ receptor antagonist SR141716A (0.6mg/kg). THC enhanced the proapoptotic effect of the GABA_A agonist phenobarbital and the *N*-methyl-D-aspartate receptor antagonist dizocipiline. Interestingly, infant CB₁ receptor knock-out mice were less susceptible to the neurotoxic effect of ethanol. Furthermore, the CB₁ receptor antagonist SR141716A ameliorated neurotoxicity of ethanol.

Interpretation: These observations indicate that CB₁ receptor activation modulates GABAergic and glutamatergic neurotransmission and primes the developing brain to suffer apoptotic neuronal death.

Ann Neurol 2008;64:42–52

The psychoactive ingredients of the cannabis (marijuana) plant, *Cannabis sativa*, produce a broad spectrum of effects in the mammalian brain. Best known are influences on psychomotor function, memory, cognition, and pain perception. These effects have been studied intensively in adult populations and in mature animals. They are induced via activation of cerebral cannabinoid CB₁ receptors,^{1–3} which are located in the forebrain and cerebellum.^{4–6} The CB₁ receptor subtype is abundantly expressed in peripheral organs and is largely found in immature tissues.⁷

The impact of developmental cannabinoid exposure is gaining increasing attention because there is growing

social concern that marijuana abuse during pregnancy, alone or in combination with other drugs (ethanol), may have serious effects on fetal brain development. The concern is based on the epidemic of marijuana abuse in adolescents and young adults.⁸ It is estimated that 7.5 to 15% of all pregnant women contacting public and private prenatal care facilities use illicit substances during pregnancy, and that marijuana is among the most frequently used illicit drugs in women of childbearing years.⁹

There is strong evidence for transplacental delivery of the pharmacologically active principal psychoactive component of marijuana, Δ^9 -tetrahydrocannabinol

From the ¹Departments of Pediatric Neurology and Neuroscience Research Center, Humboldt University, Berlin, Germany; ²Department of Functional Neuroanatomy and Biomarkers, Neurosearch AS, Billerød, Denmark; ³Department of Pediatric Neurology, Children's University Hospital Carl Gustav Carus, University of Technology Dresden, Dresden; ⁴Institute of Legal Medicine, Humboldt University, Berlin; ⁵Molecular Genetics of Behavior, Max Planck Institute of Psychiatry, Munich; ⁶Department of Physiological Chemistry, Johannes Gutenberg University Mainz, Mainz, Germany and ⁷Equipe AVENIR 8, Centre de Recherche Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale UMR, Bordeaux, France.

Received May 23, 2007, and in revised form Sep 19. Accepted for publication Sep 21, 2007.

Additional Supporting Information may be found in the online version of this article.

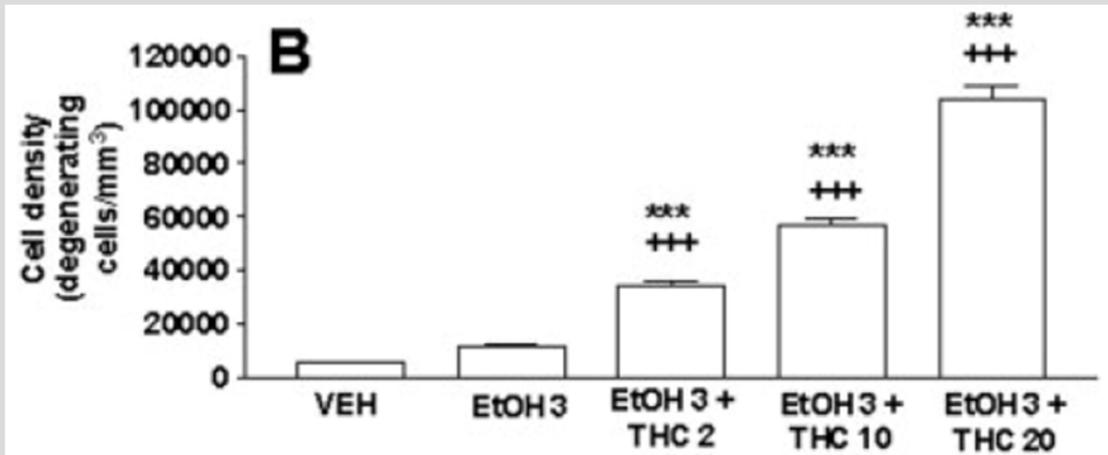
H.H.H. and B.K. contributed equally to this work. Published online December 7, 2007, in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com). DOI: 10.1002/ana.21287

Address correspondence to Dr. Kleinowitz, Department of Pediatric Neurology, Children's Hospital, University of Technology Dresden, Fetscherstrasse 74, 01307 Dresden, Germany. E-mail: kleinowitz@funklinik.uni-dresden.de



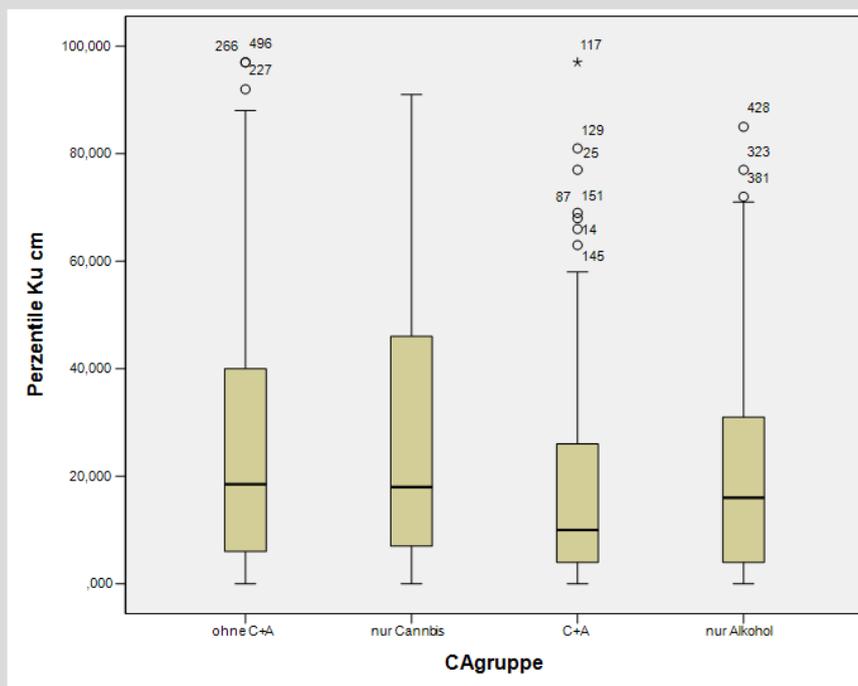
Alkohol UND Cannabis im Tierexperiment

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06.November 2019



Alkohol UND Cannabis unsere Daten

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06.November 2019



Beratungshilfe

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06.November 2019

CHARITÉ
 CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Fragen zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft
 (Bitte unbedingt die Fragen so stellen wie sie hier formuliert sind)

1.) In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? (Schwangerschaftswoche oder Entbindungstermin)

2.) Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind? (Schwangerschaftswoche oder Datum)

3.) Haben sie im bisherigen Verlauf dieser Schwangerschaft Alkohol getrunken?

- nie
- einmalig
- seltener als 1 x monatlich
- 1 – 4 x monatlich
- 2 – 3 x in der Woche
- 4 x in der Woche oder häufiger

4.) Wenn Sie getrunken haben, wie viel haben Sie an einem Tag getrunken?
 (Eine Einheit (10g) Alkohol entspricht etwa 0,33 l Bier, einem kleinen Glas Wein oder Sekt, einem Glas Likör oder einem kleinen Schnaps)

- 1 Einheit
- 2 Einheiten
- 3 - 4 Einheiten
- mehr als 4 Einheiten

5.) Haben Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft ihren Alkoholkonsum geändert?

- Nein
- Ja, ich trinke gar nichts mehr.
- Ja, ich trinke weniger.
- Ja, ich trinke mehr.

Auswertung (Bitte zutreffendes Feld entsprechend Frage 3 und 4 ankreuzen)

	nie	einmalig	weniger als 1x monatlich	1 – 4 x monatlich	2 – 3 x wöchentlich	4 x wöchentlich und mehr
1 Einheit (A)	1	1	2	3	4	5
2 Einheiten (B)	1	2	3	4	5	6
3 – 4 Einheiten (C)	2	3	4	5	6	7
mehr als 4 Einheiten (D)	3	4	5	6	7	8

Berlin/ARL Version 3.0, 23. September 2019 (Dr. Jan-Peter Siedentopf, Dr. Susi Paul, Marlene Nagel, Dr. Doreen Heermann)

CHARITÉ
 CharitéCentrum für Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik

Wie geht es weiter? - Beratungsempfehlungen

Gruppe 0/1 (Ermittlung/ Beratung)

Wenn das Ergebnis der Befragung ergibt, dass in der Schwangerschaft nie Alkohol getrunken wurde, sollte die Schwangerschaft dahingehend beraten werden, auch weiterhin auf jeden Alkoholkonsum zu verzichten, um keine Risiken für die Schwangerschaft und das Kind einzugehen. Es gibt keine nachgewiesenen Trinkmengen, bei der Schädigungen sicher auszuschließen sind oder Schädigungen bei den Kindern auftreten. Die langjährigen Erfahrungen zeigen jedoch, dass bei einem Alkoholkonsum von maximal einer Einheit, weniger als 1x monatlich nicht von nachweisbaren Schäden auszugehen ist. Um ein Risiko, ausgehend vom Alkoholkonsum jedoch sicher auszuschließen, sollte ab sofort vollständig auf Alkohol in der Schwangerschaft verzichtet werden.

Gruppe 2 (gründliche Beratung)

Trinkmengen und -häufigkeiten die eine Zuordnung in Gruppe 2 ergeben, weisen nicht auf ein hohes Risiko für alkoholbedingte Schädigungen beim Kind hin. Insbesondere, wenn nach Bekanntwerden der Schwangerschaft die Häufigkeit und/oder die Trinkmengen beibehalten werden, ist jedoch ein Risiko für Beeinträchtigungen für das sich entwickelnde Kind, besonders in sensiblen Phasen der Entwicklung, nicht auszuschließen. Nur der vollständige Verzicht auf Alkohol im weiteren Verlauf der Schwangerschaft kann ein Risiko für das Kind ausschließen.

Gruppe 3 (ausführliche Beratung/ Weiterleitung)

Ohne eine bestehende Schwangerschaft bewegen sich Trinkmengen und -häufigkeiten der Gruppe 3 in einem gesellschaftlich häufig gelebten, und weitgehend akzeptiertem Rahmen. Der Konsum dieser Schwangeren liegt knapp unterhalb des Bereiches für den eine Gefährdung nachgewiesen wurde. Daher sollten Schwangeren der Gruppe 3 in einer geburtsärztlichen Praxis oder Ambulanz ausführlich zur Reduktion ihres Alkoholkonsums beraten werden. Um die Risiken für das Kind und für die Mütter individuell angepasst einschätzen zu können und ggf. eine angemessene Diagnostik und Therapie einleiten zu können, kann auch die Weiterleitung in eine spezialisierte Ambulanz notwendig sein. Neben ausführlicher Risikoaufklärung zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist der sofortige Alkoholverzicht anzuraten.

Gruppe 4-6 (unbedingte Weiterleitung)

Schwangeren, die die Kriterien der Gruppen 4 - 6 erfüllen, sollten unbedingt in einer spezialisierten Schwangerschaftsberatung oder Praxis, in einer Alkoholberatungsstelle oder erfahrenen Suchtberatung vorgestellt werden, da alkoholbedingte Schäden für das Kind nicht auszuschließen sind. Im Schwangerschaftsverlauf bedarf es weiterer Untersuchungen zur Entwicklung des Kindes und zugehöriger Beratung und Therapie für die Mütter. Nach der Geburt ist eine adäquate Diagnostik, Beratung, Behandlung und Therapie für Mutter und Kind dringend notwendig. Ziel ist es, den weiteren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit angemessener Unterstützung zu vermeiden oder weitestgehend einzuschränken.

Berlin/ARL Version 3.0, 23. September 2019 (Dr. Jan-Peter Siedentopf, Dr. Susi Paul, Marlene Nagel, Dr. Doreen Heermann)

Kokain, Crack

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
 06.November 2019



- Vorzeitige Plazentalösung
- Vorzeitiger Blasensprung
- Neurologische Entwicklung
- Kardiale Fehlbildungen



Kokain, Crack – suchtmedizinische Intervention

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

kaum körperlicher Entzug
psychischer Entzug

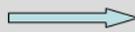


sofortiges Absetzen

aktuell noch keine optimale Substitution möglich

wenig ausgeprägtes neonatales Entzugssyndrom

Stillen



unbedingt abzuraten

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Amphetamine, Crystal Meth

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

Fetale Hypoxie
(Minderversorgung mit Sauerstoff)

Plazentaschwäche

Wachstumsretardierung

Neurotoxisch

Kognitive Probleme



www.wikipedia.de

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



**Amphetamine,
Ecstasy, Chrystal Meth –
suchtmedizinische Intervention**

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

körperlicher Entzug	→	stationäre Entgiftung
psychischer Entzug	→	sofortiges Absetzen
Harm reduction	→	weitgehende Reduktion

keine optimale Substitution möglich

**unspezifisches, stark ausgeprägtes
neonatales Entzugssyndrom möglich**



www.doreengadenne.de

Stillen → **unbedingt abzuraten**

Effekte des Tabakrauchens

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

- | | | |
|---|--|--|
| Empfängnis | | <ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Fruchtbarkeit und Empfängnisbereitschaft • Eileiter- und Bauchhöhlenschwangerschaften |
| Schwangerschaft | | <ul style="list-style-type: none"> • Fehlbildungen • tiefer Sitz des Mutterkuchens (placenta praevia) • Funktionseinschränkungen und vorzeitige Lösung der Plazenta • Vorzeitiger Blasensprung • Vorzeitige Wehen • Fehl-, Früh und Totgeburt • Wachstumsretardierung |
| Geburt | | <ul style="list-style-type: none"> • Geburtskomplikationen • erhöhte Sterblichkeit unter der Geburt |
| Stillzeit | | <ul style="list-style-type: none"> • Entzugserscheinungen • Plötzlicher Kindstod (SIDS) • Stillschwierigkeiten • Koliken |
| Säuglings- und Kleinkindalter Kindheit | | <ul style="list-style-type: none"> • Mittelohrentzündungen • Atemwegserkrankungen (Erkältung, Bronchitis, Asthma) • Beeinträchtigung der Lungenfunktion • Intellektuelle, emotionale und Verhaltensstörungen (ADS, HKS) • Höhere Wahrscheinlichkeit für frühen Tabakkonsum |

Rauchstopp nie kontraindiziert



Nikotin – suchtmedizinische Intervention

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06. November 2019

- **sofortiger Rauchstopp, Raucherentwöhnungsberatung**
- **Nikotinersatz**
- **Harm reduction – Konsumreduktionsstrategien, z.B. Konsumtagebuch, Reduktion nach Hierarchie**

eher mildes neonatales Entzugssyndrom

Stillen  **empfohlen,
da die Vorteile des Stillens überwiegen**

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Opiate, Opioide

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06. November 2019

gemeint ist die Abhängigkeit von Heroin, Substitutionsmedikamenten (Opioiden) und opiathaltigen Medikamenten, die missbräuchlich eingenommen werden

- ▶ Ein akuter Opiatentzug in der Schwangerschaft stellt die wichtigste intrauterine Gefährdung des Feten dar
- ▶ Kein Fehlbildungsrisiko
- ▶ Spiegelschwankungen bei Heroinkonsum oder der Konsum unklarer Strassenmischungen von Substituten führen zu Wachstumseinschränkungen und Frühgeburtlichkeit
- ▶ Nicht gesicherte Verfügbarkeit und Zusammensetzungen der Strassendrogen stellen das größte Risiko dar
- ▶ Das NAS (Neugeborenenentzugssyndrom) nach der Geburt des Kindes ist heutzutage (weitgehend) problemlos behandelbar

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



Opiate, Opioide – suchtmedizinische Intervention

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

Opiatentzug → Substitutionsbehandlung

gelegentlicher Konsum → Verzicht, Reduktion oder Kurzsubstitution



www.doreengadenne.de

neonatales Entzugssyndrom wahrscheinlich

Stillen → bei Substitution möglich

Cannabis

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

- Kein Anhalt für erhöhtes Fehlbildungsrisiko
- Intrauterine Wachstumsretardierung
- Häufigere Aufnahme in Neonatologie
- Mögliche Beeinträchtigung kognitiver und motorischer Funktionen im Kleinkindalter
- THC stört die Nervenzellmigration in der fetalen Hirnentwicklung (Tierversuch)

Downloaded from <http://bjpp.bmj.com/> on June 16, 2017. Published by group.bmj.com

Open Access Research

BMJ Open Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis

J K L Gunn,¹ C B Rossides,² K E Carter,³ A Nuffez,⁴ S J Gibson,⁵ C Christ,⁶ J E Ehrig⁷

Objective: To assess the effects of use of cannabis during pregnancy on maternal and fetal outcomes. **Data sources:** 7 electronic databases were searched from inception to 1 April 2014. Studies that investigated the effects of oral cannabis during pregnancy on maternal and fetal outcomes were included. **Study selection:** Case-control studies, cross-sectional and cohort studies were included. **Data extraction and synthesis:** Data synthesis was conducted via systematic review and meta-analysis of available evidence. All review stages were conducted in duplicate by 2 reviewers. **Main outcomes and measures:** Maternal, fetal and neonatal outcomes up to 6 weeks postpartum after exposure to cannabis. Meta-analysis were conducted on variables that had 3 or more studies that measured an outcome in a consistent manner. Outcomes for which meta-analysis were conducted included: anaemia, birth weight, low birth weight, neonatal length, placental in the neonatal intensive care unit, gestational age, head circumference and apnoea term. **Results:** 24 studies were included in the review. Results of the meta-analysis demonstrated that women who used cannabis during pregnancy had an increase in the odds of anaemia (OR 1.20(95% CI 1.01 to 1.40)) compared with women who did not use cannabis during pregnancy. Infants exposed to cannabis in utero had a decrease in birth weight (low birth weight) (OR 1.27 (95% CI 1.04 to 1.52)) (p=0.02) compared with infants whose mothers did not use cannabis during pregnancy. Infants exposed to cannabis in utero were also more likely to need placental in the neonatal intensive care unit compared with infants whose mothers did not use cannabis during pregnancy (OR 1.22 (95% CI 1.07 to 1.37)). **Conclusions and relevance:** Use of cannabis during pregnancy may increase anaemia outcomes for women and their neonates. An use of cannabis during pregnancy, pregnant women and their medical practices could benefit from health education on potential adverse effects of use of cannabis during pregnancy.

Strengths and limitations of this study

- Anaemia was the most widely discussed maternal outcome in the cannabis-pregnancy literature. Women who used cannabis during pregnancy may have an increase in the odds of anaemia compared with women who did not use cannabis during pregnancy.
- Infants exposed to cannabis in utero had decreased birth weight and were more likely to need placement in the neonatal intensive care unit or intensive care unit compared with infants whose mothers did not use cannabis during pregnancy.
- Many cannabis users are often tobacco or alcohol users; hence, discerning a causality effect (including the presence of tobacco and alcohol) was currently not possible, as most studies did not exclude participants with poly-substance use. Future research in this area of cannabis and maternal and fetal health needs to include population use.
- Very few outcomes were measured using the same cut-offs across multiple articles; therefore, the variables included here could be difficult to interpret. Additionally, many studies reported unique maternal and fetal outcomes not reported in other studies; therefore, other conclusions could not be drawn.
- Evidence on self-reported measures of use of cannabis, may have underestimated the prevalence of drug use during pregnancy due to social desirability.

25–4.0% of the world's population aged 15–64 years use cannabis.¹ Regional trends in use of cannabis indicate notably high rates of use in West and Central Africa (12.4%), North America (12.1%), Colombia (10.2%) and Oceania (10.0%).¹ Historically, cannabis was of little concern to public health officials. However, recent reports indicate an increase in adverse health outcomes linked to regular use of cannabis that include motor vehicle accidents, drug-induced psychotic symptoms and psychotic disorders, HIV, hepatitis B and C.

INTRODUCTION

Clinical trends in drug use indicate that cannabis remains the drug of choice in developed and developing countries, with

for national affiliation see list of articles

Correspondence to: Professor John Ehrig, jehrig@u.washington.edu

BMJ

Gunn JK, et al. *BMJ Open* 2016;10:e008086. doi:10.1136/bmjopen-2015-008086



Cannabis – suchtmedizinische Intervention

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Auswirkungen von Suchtsubstanzen auf
die Schwangerschaft und das ungeborene Kind“
06.November 2019

körperlicher Entzug	→	stationäre Entgiftung
psychischer Entzug	→	sofortiges Absetzen
Harm reduction	→	weitgehende Reduktion von Cannabis

keine Substitution möglich

**unspezifisches, geringes
neonatales Entzugssyndrom möglich**



www.doreengadenne.de

Stillen



möglich

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



Ambulanz für **Suchterkrankungen**
und **Infektionen** in der Schwangerschaft
Klinik für Geburtsmedizin
Campus Virchow-Klinikum
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel.: 030-450 564112
Fax: 030-450 564927
Infektionsambulanz@Charite.de

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



- **Thema am Nachmittag: Sucht und Schwangerschaft – Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft**
- **Workshop:** Dr. Jan-Peter Siedentopf und Manuela Nagel
Ambulanz für Suchterkrankungen und Infektionen in der Schwangerschaft
Charité Berlin
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
030.450 66 41 12
030.450 56 49 27
jan-peter.siedentopf@charite.de
manuela.nagel@charite.de
<https://geburtsmedizin.charite.de/leistungen/suchterkrankungen>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Dr. Jan-Peter Siedentopf und Manuela Nagel zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06. November 2019

„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
1. Kinderschutzkonferenz im Bezirk Mitte
06. November 2019



Dipl. Soz. Päd. M. Nagel
OA Dr. J.-P. Siedentopf

Ambulanz für Suchterkrankungen und
Infektionen in der Schwangerschaft
Klinik für Geburtsmedizin

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow Klinikum

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Die Ambulanz

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
 06.November 2019

Interdisziplinäre Betreuung von:

Schwangeren mit HIV-Infektionen
 Schwangeren mit Suchtmittelkonsum
 Schwangeren mit Infektionen allg.
 Schwangeren mit Dysplasien
 HIV infizierte Frauen mit
 Kinderwunsch
 HIV infizierten Frauen mit
 gynäkologischen Problemen



CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Süchtig und schwanger Vieles ist anders!

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
 „Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
 06.November 2019



www.doreengadenne.de

2 Patienten

Unterschiedlicher Behandlungsbedarf

**Betreuung und Behandlung des Kindes
 nur über die Schwangere möglich**

**Gefährdung des Kindes bei
 Betreuungsabbruch**

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Risikoberatung für jede Schwangere

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

Risiken der Substanzen

Alkohol
Kombination Alkohol/Cannabis
Kokain
Crystal Meth
Opiate/Opioide
Schwarzmarktbeimischungen
.....

Risiken der Konsumform

Infektionen, Sepsis, uvm.

Risiken der Beschaffung

Prostitution - Gewalt, Infektionen, Verwahrlosung..
Kriminalität - Inhaftierung

Soziale und psychosoziale Risikofaktoren

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Substitutionsbehandlung

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

- Die Substitutionsbehandlung ist die weltweit anerkannte Standardtherapie zur Behandlung opiatabhängiger Menschen
- Auch in der Schwangerschaft und Stillzeit gilt dieser Therapiestandard
- Nicht jedes Substitut ist für jeden Menschen und jedes Suchtverhalten geeignet
- Nicht jedes Substitut eignet sich in der Schwangerschaft oder in der Stillzeit
- Die Wahl des Substitutes sollte immer ein individuell angepasste Wahl sein

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



Opiate, Opioide

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

gemeint ist die Abhängigkeit von Heroin, Substitutionsmedikamenten (Opioiden) und opiathaltigen Medikamenten, die missbräuchlich eingenommen werden

- ▶ Ein akuter Opiatentzug in der Schwangerschaft stellt die wichtigste intrauterine Gefährdung des Feten dar
- ▶ Kein Fehlbildungsrisiko
- ▶ Spiegelschwankungen bei Heroinkonsum oder der Konsum unklarer Strassenmischungen von Substituten führen zu Wachstumseinschränkungen und Frühgeburtlichkeit
- ▶ Nicht gesicherte Verfügbarkeit und Zusammensetzungen der Strassendrogen stellen das größte Risiko dar
- ▶ Das NAS (Neugeborenenentzugssyndrom) nach der Geburt des Kindes ist heutzutage (weitgehend) problemlos behandelbar

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Opiate, Opioide – suchtmedizinische Intervention

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

- ▶ Die Substitution mit langwirksamen Opiaten und Opioiden stellt weltweit die Standardtherapie für opiatabhängige Schwangere dar.
- ▶ Der akute Opiatentzug in der Schwangerschaft stellt die wichtigste intrauterine Gefährdung des Feten dar.
- ▶ Primäres Therapieziel ist die Vermeidung von illegalem Drogenkonsum bzw. Beigebrauch schädigender Substanzen.
- ▶ Das NAS stellt eine postnatale Komplikation dar, die heutzutage (weitgehend) problemlos behandelt werden kann.
- ▶ Wachstumsrestriktion und Frühgeburtlichkeit sind am ehesten die Folge von begleitendem Nikotinkonsum und schwankenden Spiegeln bei Heroinkonsum.
- ▶ Stillen ist möglich

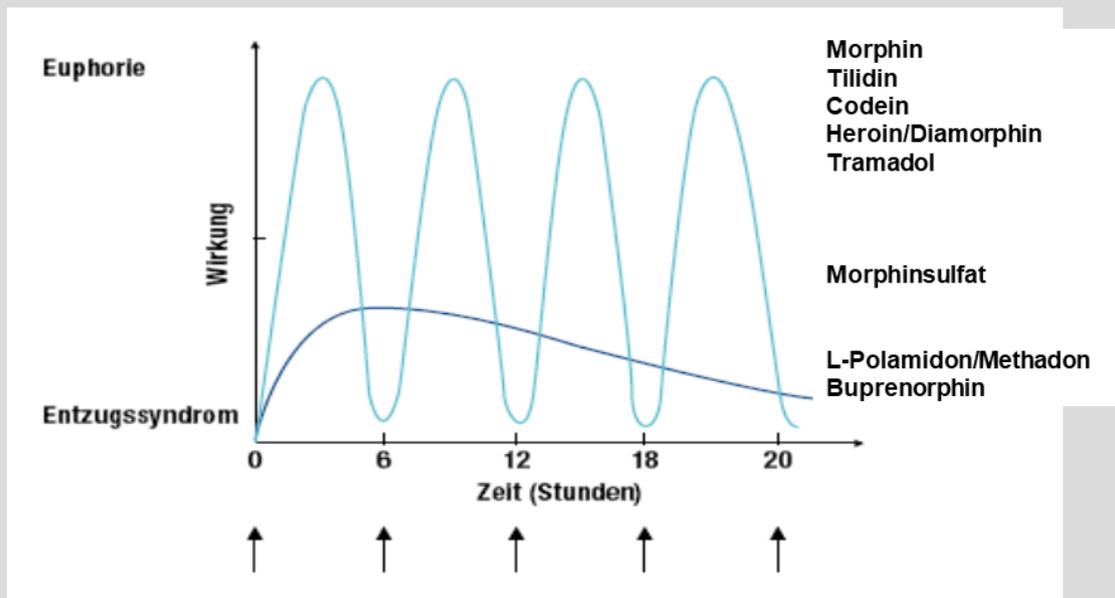
Siedentopf, Nagel *GebFra* 2004; 64: 711-718.
Finnegan *Raven Press* 1975: 139.
Rementeria *AmJObstGynec* 1973; 116: 1152-1156.

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



Stabile Plasmaspiegel

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019



CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

suchtmedizinische Intervention – Substitution I

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

Methadon-Razemat

ist das welt- und deutschlandweit am häufigsten eingesetzte Substitutionsmittel.

Bezüglich der Anwendung von MDN in der Schwangerschaft besteht die umfangreichste Datenlage.

Levomethadon

enthält eine geringere Substanzmenge und stellt so ggf. eine geringere Belastung des Kindes dar*.

Buprenorphin

führt zu einem geringeren** und kürzeren*** Neugeborenen-Entzugssyndrom.

*Elsner, Suchtmed 2005; 7 (4): 257-263.

**Fischer et al. Addiction 2000; 95: 239-244.

***Whitten, L., (&/2012) National Institute on Drug Abuse

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

suchtmedizinische Intervention – Substitution II

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

Morphinsulfat (retardiertes Morphin) *, ** soll besser verträglich sein und damit eine bessere Haltequote erzielen.

Diazetylmorphin stark reglementierte Vergabe, kurze Halbwertszeit, eigentlich besonderer Patientengruppe vorbehalten – ggf. nachteilig für Beurteilung der „Erziehungsfähigkeit“.

Die **Wahl des Substitutionsmittels** wird von gesetzlichen Regelungen ***, der eigenen Erfahrung (Patientin und Arzt/Ärztin) und dem erwarteten Nutzen beeinflusst.

Quelle: *Holbrook et al. DrugAlcDep 2013; 132: 329-334.
**www.dgsuchtmedizin.de; 01.12.2015.
***siehe BtMVV

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

suchtmedizinische Intervention – Substitution III

M. Nagel, J.-P. Siedentopf
„Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft“
06.November 2019

Andere Opioide sind als Substitutionsmittel nicht bzw. nur sehr eingeschränkt zugelassen. Im Rahmen der Behandlung von Schwangeren scheint die Anwendung, insbesondere zur Vermeidung eines Substanzwechsels, vertretbar.

BtMVV: „ § 5 Verschreiben zur Substitution“

„(1) Substitution im Sinne dieser Verordnung ist die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten (Substitutionsmittel) zur „3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt.“

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN





**Ambulanz für Suchterkrankungen
und Infektionen in der Schwangerschaft**
Klinik für Geburtsmedizin
Campus Virchow-Klinikum
Charité - Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Tel.: 030-450 564112
Fax: 030-450 564927
Infektionsambulanz@Charite.de

CHARITÉ CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN



- **Verhaltensprävention für junge Menschen mit riskantem Substanzkonsum**
- **Workshop:** Andreas Eilsberger
BalanX gGmbH
Weichselstraße 49, 12045 Berlin
030.44 32 49 30
030.60 97 83 40 fax
eilsberger@balanx-berlin.de
<http://balanx-berlin.de/>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Andreas Eilsberger zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



Motivierende Gesprächsführung mit dem Konsumtagebuch

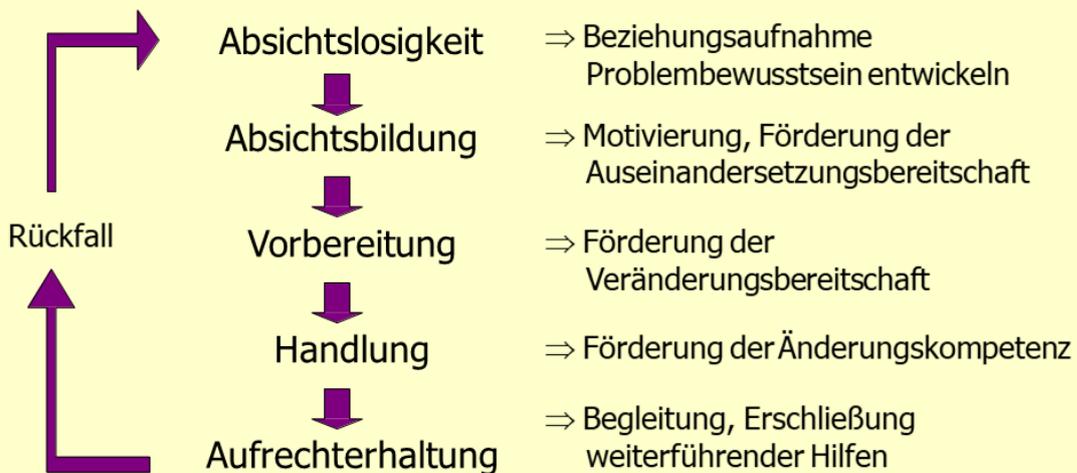


Grundprinzipien der Haltung in der motivierenden Gesprächsführung (MI)

- Akzeptanz
- Kongruenz
- Empathie

Phasen der Veränderung

(nach Prochaska/diClemente)



Das Konsumtagebuch



Konsumtagebuch der letzten Woche

Datum: Name:

Wochentag	Uhrzeit Beginn des Konsums	Ort z.B. zu Hause, im Lokal, auf der Straße usw.	Art des Konsums: - Art u. Qualität der Droge Form der Einnahme (Bong, Joint, Pfeife...)	Anzahl der konsumierten Einheiten	anwesende Personen z.B. Freunde (mit Namen!), Familie, Partnerin, zufällig Anwesende	Auslöser / Absicht unangenehme oder angenehme Gefühle, bestimmte Gedanken, körperliches Befinden	Bemerkungen Was war ansonsten los an dem Tag? Falls du konsumiert hast: Wie hast du die Wirkung genutzt? Falls nicht: was hast du statt dessen gemacht?	Menge in Gramm	Ziel erreicht? ✓ = ja ✗ = nein
heute									
gestern									
vor einer Woche									

Wochen-Summe:

Wochen-Summe:



- **Handlungsmethoden im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen**

- **Workshop:** Christian Geurden
KARUNA
Zukunft für Kinder und Jugendliche in Not e. V.
Pfarrstr. 119, 10317 Berlin
030.55 48 95 29
030.55 48 95 27 fax
christian.geurden@karuna-ev.de
cms.karuna-ev.de

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Christian Geurden zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



Was haben wir vor?

1. Definition Sucht
2. Ziele bei Behandlung Abhängigkeitserkrankter*innen
3. Komorbidität bei Suchterkrankungen
4. Veränderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente
5. Co-Abhängigkeit
6. Organigramm
7. Verlauf von Klienten im Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain

1. Definition Sucht

Was ist Sucht bzw. Abhängigkeit?

Definition Sucht

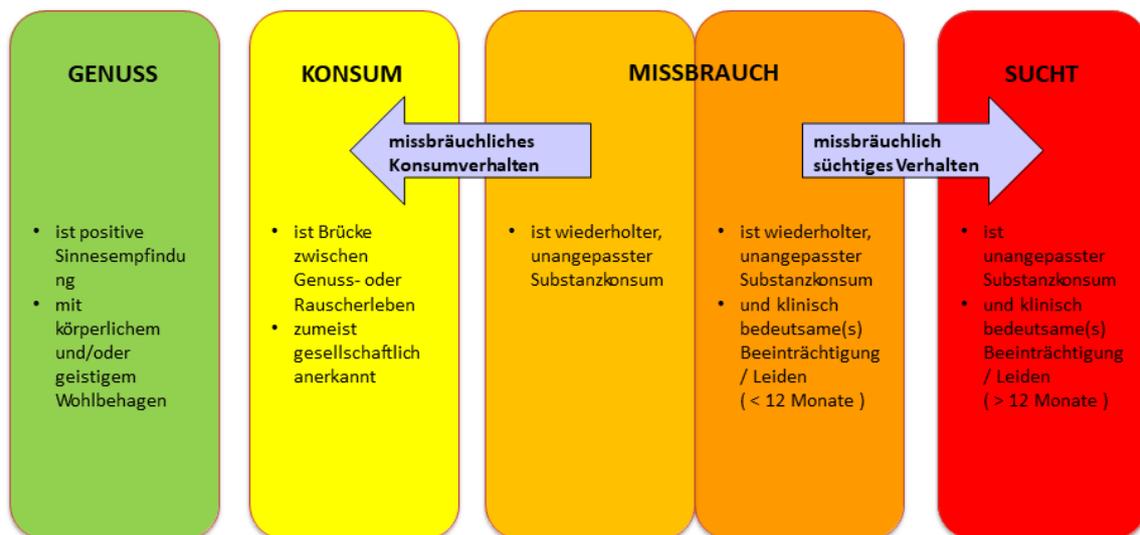
Definition Sucht Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Sucht ist das **zwanghafte Verlangen** nach bestimmten Substanzen und/oder Verhaltensweisen, die Missbefinden vorübergehend lindern oder erwünschte Empfindungen auslösen, die konsumiert bzw. beibehalten werden, obwohl negative Konsequenzen für die eigene Person oder anderen damit verbunden sind.



Vivantes

Definition Sucht



Vivantes



Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

- **Klassifikation nach ICD – 10** (aktuell gültige Ausgabe, Stand 2012)
 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - ICD Eng. "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems"
 - Herausgeber: Weltgesundheitsorganisation (WHO)



Vivantes

Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Störungen durch:

- Alkohol (F10)
- Opioide (F11)
- Cannabinoide (F12)
- Sedativa od. Hypnotika (F13)
- Kokain (F14)
- Andere Stimulanzien, einschließlich Coffein (F15)
- Halluzinogene (F16)
- Tabak (F17)
- Flüchtige Lösungsmittel (F18)
- Multiplen Substanzgebrauch u. Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (F19)



Vivantes



Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Akute Intoxikation (F1x.0)

- Deutlicher Nachweis d. Aufnahme v. Substanzen in f. Intoxikation nötiger Dosis
- Symptome f. Intoxikation vereinbar mit bekannte Wirkungen, Schweregrad reicht f. Störungen v. Bewusstsein, Kognition, Wahrnehmung, Affekte od. Verhalten)
- Symptome nicht durch Krankheit erklärbar (auch nicht durch psychische)
- Div. Ausprägungsformen (Krampfanfälle, Delir, Koma,...) differenziert



Vivantes

Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Schädlicher Gebrauch (F1x.1)

- Nachweis, dass Substanzgebrauch f. körperliche od. psychische Probleme verantwortlich ist (incl. eingeschränkte Urteilsfähigkeit od. gestörtem Verhalten- > ev. Behinderung od. negative Konsequenzen i.d. zwischenmenschlichen Beziehungen)
- Art d. Schädigung kann klar bezeichnet werden
- Gebrauchsmuster st. min. einem Monat, od. wiederholt i.d. letzten 12 Monaten
- Kein Zutreffen v. Kriterien anderer psychischer od. Verhaltensstörungen



Vivantes



Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Diagnosekriterien (sechs) für das Abhängigkeitssyndrom gemäß ICD-10 (F1x.2)

- 1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang, eine Substanz konsumieren zu wollen. (Craving)
- 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums.



Vivantes

Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Diagnosekriterien (sechs) für das Abhängigkeitssyndrom gemäß ICD-10

- 3. Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. Substanzgebrauch mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- 4. Nachweis einer Toleranz, um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind höhere Dosen notwendig.



Vivantes



Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Diagnosekriterien (sechs) für das Abhängigkeitssyndrom gemäß ICD-10

- 5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums. (Beschaffung und Konsum)



Vivantes

Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Diagnosekriterien (sechs) für das Abhängigkeitssyndrom gemäß ICD-10

- 6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen
 - schädlichen Folgen können körperlicher Art sein (z. B. Leberschädigung durch Trinken)
 - oder sozialer Art (z.B. Arbeitsplatzverlust durch substanzbedingte Leistungseinbuße)
 - oder psychischer Art (z.B. depressive Zuständen nach massivem Substanzkonsum)



Vivantes



Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

Entzugssyndrom (F1x.3)

- Nachweis d. Absetzens. od. d. Reduktion einer Substanz nach längerem Konsum
- Syndrome od. Anzeichen, die bekannten Merkmalen eines Entzugssyndroms d. betreffenden Substanz entsprechen
- Nicht durch v. Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit zu erklären.



Vivantes

Definition Sucht Klassifikation nach ICD - 10

(F1x.4) - Entzugssyndrom mit Delir

(F1x.5) - psychotische Störung

(F1x.6) - amnestisches Syndrom

(F1x.7) – verzögert auftretende psychotische Störung

(F1x.8) – sonstige psychische und Verhaltensstörung

(F1x.9) – nicht näher bezeichnete psychische
und Verhaltensstörung



Vivantes



2. Ziele bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankter*innen

Früher und Heute

Ziele

- **Früher:**
 - Ziel jeder Behandlung war die lebenslange Abstinenz!
 - Jeder Rückfall machte alles bislang Erreichte zunichte!



 Vivantes



Ziele

- Heute:
 - Hierarchie von Therapiezielen
 - Sicherung möglichst gesunden Überlebens
 - Reduzierung des Suchtmittelkonsums
 - Aufbau suchtmittelfreier Phasen
 - Dauerhafte „Clean Stabilität“
 - Lebensgestaltung in Zufriedenheit



Vivantes

Klienten*innen-Betreuer*innen-Verhältnis

Im Kontext einer Suchterkrankung



Das Klienten*innen – Betreuer*innen -
Verhältnis ist immer asymmetrisch!!!

Klient*innen – Betreuer*innen - Verhältnis

Wahrnehmung

Zentrale Annahmen von
Klient*innen

Der/die Betreuer*innen...

- hat Wissensvorsprung
- hat das Recht (Macht) auf ihrer Seite
- würde nie konsumieren
- hat mit „Klienten-Welt“ nichts zu tun
- hält mich für Junkie
- behandelt mich als Fall o. Nummer
- will betreuten Kontext als “Normal-Zustand“ herbeiführen
- will, dass man Konsum beenden.



Vivantes



Klient*innen – Betreuer*innen - Verhältnis

Wahrnehmung

Zentrale Annahmen von
Betreuer*innen

Der/die Klient*innen sollen sich auf...

- Änderung des Status Quo
- Änderung von Gewohnheiten
- Änderung des sozialen Umfeldes
- Änderung der Grundannahmen
- Änderung des Selbstbildes
- Verzicht auf „Drogen“

...einlassen.



Vivantes

Klient*innen – Betreuer*innen - Verhältnis

Fremdwahrnehmungen

führen zu

Selbstwahrnehmungen

– besonders in hierarchisierten Beziehungen.

Projektionen behindern die Kooperation.

Eine Änderung der Wahrnehmung
im Klient*innen-Betreuer*innen-Verhältnis
ist anzustreben.



Vivantes



3. Komorbidität bei Suchterkrankungen

Komorbidität oder Begleiterkrankung

Komorbidität

Komorbidität bezeichnet Auftreten zusätzlicher Erkrankungen im Rahmen einer Grunderkrankung

- Zusatzerkrankung stellt eigenes, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild dar, welches kausal mit der Grunderkrankung zusammenhängen kann



Vivantes



Komorbidity

- Häufig gehen kinder-, und jugendpsychiatrische Störungsbilder Abhängigkeitserkrankungen im Erwachsenenalter voraus.
- Gefahr von Komorbidity ist höher als im Erwachsenenalter
 - je nach Studie zwischen 30 – 60 %



Vivantes

Komorbidity

- Häufige komorbide Störungen sind:
 - hyperkinetische Störung und hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (Kessler et al. 1996)
 - umschriebene Entwicklungsstörungen
 - Angststörungen (Wittchen et al. 1998)
 - Essstörungen (Fergusson et al. 1993)
 - Psychosen (Lambert et al. 2005)
 - Persönlichkeitsstörungen (Wittchen et al. 1998)
 - Depressionen (Brook et al. 1998)



Vivantes



4. Veränderungsmotivation nach Prochaska und DiClemente

Transtheoretisches Modell auch als Stufenmodell der Verhaltensänderung bezeichnet

Veränderungsmotivation

Die betreuende Person soll sich bezüglich der Phase festlegen
Beratung und Angebot sollten angepasst erfolgen.

- 1) Absichtslosigkeit
- 2) Absichtsbildung
- 3) Vorbereitung / Entschluss
- 4) Aktivwerden / Handlung
- 5) Aufrechterhaltung



Veränderungsmotivation

➤ 1. Absichtslosigkeit

- Gespräch soll Änderungsprozeß anzustoßen
 - z.B. durch Prinzipien des sokratischen Dialoges wie Diskrepanzen erzeugen, Ambivalenz verdeutlichen, radikal hedonistischer Ansatz
- Patient*innen kann zu weiteren Motivationsgesprächen einbestellt werden
 - Selbstbeobachtungsaufgaben evtl. Thesenüberprüfung für den Patienten*innen



Vivantes

Veränderungsmotivation

➤ 1. Absichtslosigkeit

- Bei riskantem Substanzkonsum o. Missbrauch Punktabstinenzen erarbeiteten
- Bei Unfreiwilligkeit (Jugendbereich häufig) – Situation offen ansprechen, ggf. Kompromisse erarbeiten



Vivantes



Veränderungsmotivation

➤ 2. Absichtsbildung

- **Änderungsprozess verstärken**
 - z.B. mit sokratischem Dialog (Diskrepanzen erzeugen, Ambivalenz verdeutlichen), radikal hedonistischer Ansatz

- **Widerstand umlenken**
 - Widerstand als Signal verstehen -> sich von aktionsorientierten Strategien abzuwenden -> die Beratung auf ambivalente Haltung fokussieren



Vivantes

Veränderungsmotivation

➤ 2. Absichtsbildung

- **Vorschläge -> in Beratung nur auf Anfrage der Patienten*innen**

- **Weitere Motivationsgespräche auf Nachfrage -> Beratung bezüglich erster Behandlungsschritte**



Vivantes



Veränderungsmotivation

➤ 3. Vorbereitung / Entschluss

- Ängste bezüglich der Behandlung bearbeiten
- Zeitnahe Aufnahme zur Entgiftung
- Eltern, Helfersystem (ggf. Patient*innen) über weitergehende Schritte wie Entwöhnungstherapie aufklären



Vivantes

Veränderungsmotivation

➤ 4. Aktivwerden / Handlung

- Entgiftungsbehandlung
- Medizinische Begleitung des Entzugs
- Diagnostik -> Vertiefung der Anamnese bezüglich psychiatrischer Störungen & Behandlung



Vivantes



Veränderungsmotivation

➤ 4. Aktivwerden / Handlung

- Psychoedukation zum Thema Sucht
- motivierende Gesprächsführung -> im Vordergrund steht Selbstwirksamkeitserleben der Patienten*innen
- Thematisierung und Einleitung von weiterführenden Maßnahmen (Entwöhnung usw.)



Vivantes

Veränderungsmotivation

➤ 5. Aufrechterhaltung

- **Nachsorge**
 - längerfristige psychotherapeutisch / psychiatrische Begleitung
-> z.B. Ambulanz, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen
(angeleitet)
- Thematisierung von Rückfällen
 - Rückfall **keine** Katastrophe -> Umgang mit Rückfällen besprechen



Vivantes



Veränderungsmotivation

➤ 5. Aufrechterhaltung

- Skills mit den Patient*innen erarbeiten
 - z. B. Trigger-Tagebuch (eigenen Auslöser erkennen)
 - > Zusammenhang zum Abhängigkeitsverhalten herstellen
 - > Strategien erarbeiten und Haltung bzgl. Abstinenz stärken



Vivantes

Veränderungsmotivation

➤ Weiterbehandlung nach Entgiftung

- Geeignete Einrichtung suchen
- Kostenträger ermitteln
- zeitnahe Übernahme organisieren -> fließender Übergang anzustreben



Vivantes



5. Co-Abhängigkeit

Wann ist man betroffen?
Folgen für die Abhängigkeitserkrankten*innen!

Co-Abhängigkeit



Co-Abhängigkeit

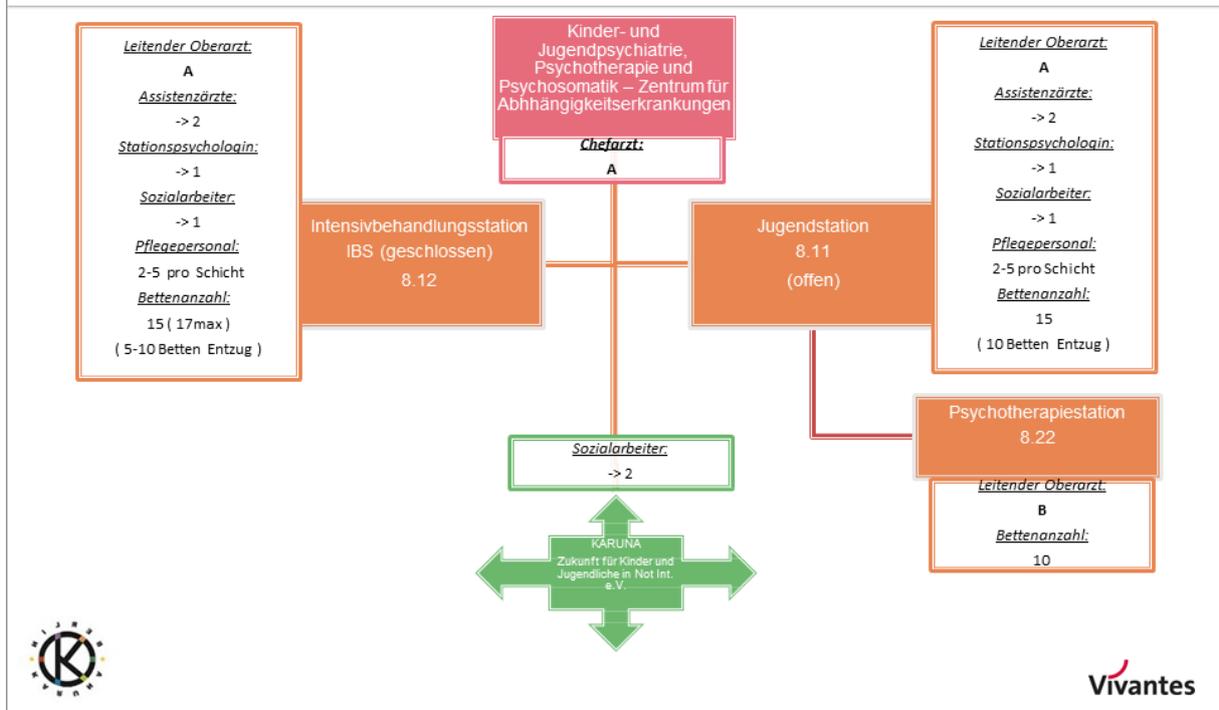


6. Organigramm Kinder- und Jugendpsychiatrie

Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain



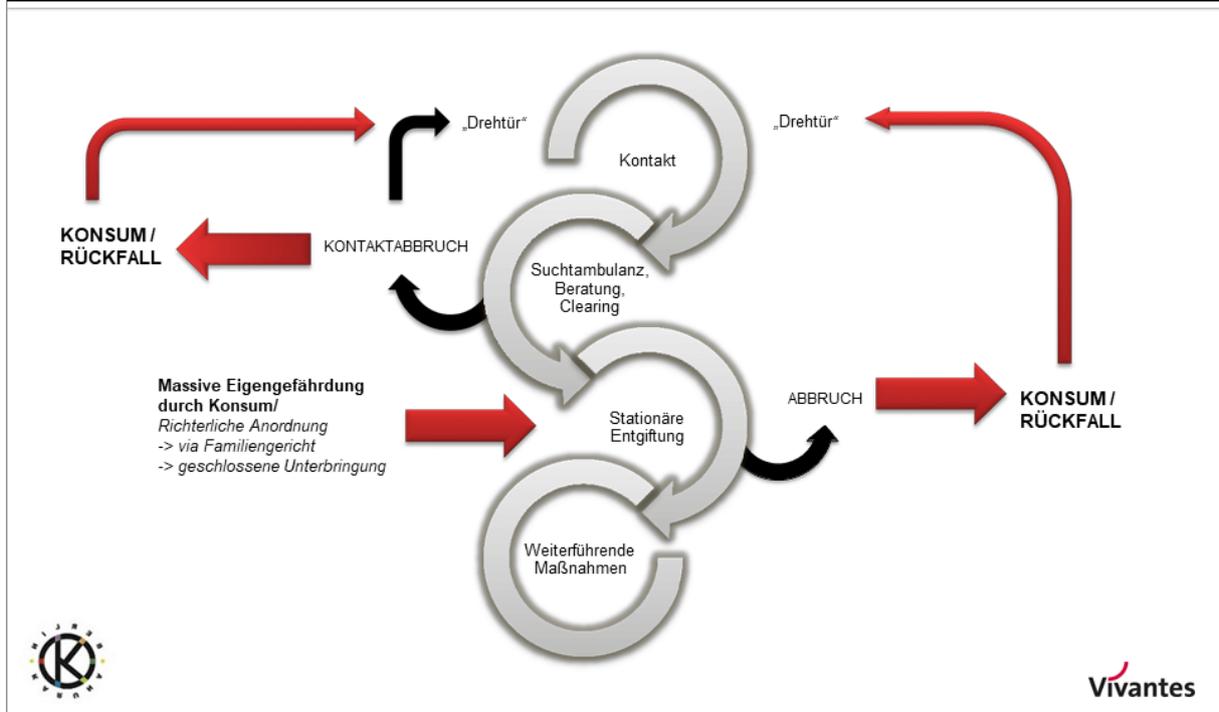
Organigramm vivantes



7. Verlauf



Verlauf



- **FASD – Was hat das mit meiner Arbeit zu tun?**
- **Workshop:** Daniela Dreißig
Vista, WigWam Zero
Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH
Geschäftsstelle und zentrale Verwaltung
Donaustraße 83, 12043 Berlin
030.22 44 51-414
030.22 44 51-499 fax
Daniela.Dreissig@vistaberlin.de
<https://vistaberlin.de/>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Daniela Dreißig zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



Wigwam Zero

Prävention • Information • Beratung
Für eine Schwangerschaft ohne Alkohol

November 19



Verbund für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

Was erwartet Sie?

Welche Beeinträchtigungen mit FASD?

FASD in der Schule und im Alltag

Exekutivfunktionen

An den Bedürfnissen orientierte Zielsetzung?

Lösungen?



Fetale Alkoholspektrumsstörungen (FASD)

Überbegriff für eine Anzahl von gesundheitlichen Schädigungen, die durch mütterlichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft entstehen.



FASD in Deutschland

- Ca. 60% der Schwangeren in Deutschland trinkt Alkohol.
- Sie kommen aus allen sozialen Schichten, das Risiko für gebildete Frauen ist besonders hoch.
- Jedes Jahr werden bis zu 10.000 Kinder in Deutschland mit FASD geboren. (ca. 3.000 – 4.000 mit FAS)
- FASD ist die häufigste angeborene Behinderung.



Abweichungen: Zentrales Nervensystem

Kognitiv und intellektuell

- kein dauerhafter Lernerfolg
- Vergesslichkeit
- Konzentrationsvermögen eingeschränkt
- Dyskalkulie (wenig Verständnis für Geld und Mengen)
- Zeitempfinden (Tage, Wochen, Unpünktlichkeit)
- Abstraktion werden nicht verstanden (Ursache – Wirkung)
- Geringes zielgerichtetes Handeln



Was kann helfen?

- Reizarme Umgebung
- Kleine Klassen, Gruppen
- Immer wiederkehrende gleiche Abläufe helfen, tägliche Struktur → Orientierung
- Wiederholen, wiederholen, wiederholen
- Schritt für Schritt anleiten
- Visualisieren
- Bilder, Piktogramme
- Kleiderstraße
- Erinnerungshilfen
- Rechenstangen und -würfel



Abweichungen: Zentrales Nervensystem

Soziale und emotionale Störungen wie

- Hyperaktivität
- Distanzlosigkeit, Vertrauensseligkeit
- Stimmungsschwankungen, Impulsivität (geringe Frustrationstoleranz, Wutausbruch bei Überforderung)
- Schwierigkeiten Zusammenhänge zu verstehen, Regeln abzuspeichern, dauerhaft anzuwenden
- Schwierigkeiten sich in Gruppen zurecht zu finden



Was kann helfen?

- Bedürfnis nach Bewegung regelmäßig nachgeben → Lernpausen
- Beaufsichtigung
- Bei Wut, das Kind aus der Situation nehmen, (anderer Raum, Kopfhörer mit Musik)
- Hilfe von Erwachsenen soziale Kontakte zu pflegen, begleiten bis verstanden wird wie eine Gruppe funktioniert
- nicht an falschen Freunden orientieren, gefallen wollen



Abweichungen: Zentrales Nervensystem

Störungen in Wahrnehmung, Sprache, Motorik

- Verzögerte Sprachentwicklung
- Wahrnehmungsstörungen: visuell, akustisch, haptisch
- Keine non-verbale Kommunikation deuten, Missverständnisse, Mimik, Gestik
- Ironie?
- Keine Feinmotorik
- Kein Körpergefühl (Wärme, Kälte, Schmerzen)



Was kann helfen?

- Wiederholen von Wörtern
- Selbst in kurzen, einfachen Sätzen reden
- Keine Ironie oder Doppeldeutigkeiten
- Helligkeit regeln, Lärmkopfhörer
- Achtsamkeit
- Beaufsichtigung
- Witterungsgerechte Kleidung anziehen



Hilfen zur Erziehung

- „allgemeine“ Jugendhilfe SGB VIII erzieherischer Bedarf / Recht und Pflicht zur Erziehung ...gerichtet an Sorgeberechtigte → Förderung der erzieherischen Kompetenz
- §35a SGB VIII Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Beeinträchtigung oder davon bedroht ...gerichtet an den Betroffenen selbst → Diagnose liegt vor (ambulante Hilfe, Familienhilfe, Lerntherapie etc.)
- Hilfeplanung → Ziele festlegen
- Bedarfe ermitteln, gemeinsame Ziele setzen, Ziele sollen motivieren, Fortschritte aufzeigen



Probleme bei der Umsetzung?

- Bedürfnisse des Kindes mit FASD ↔ Ziele des Hilfeplanes
- Beeinträchtigungen durch FASD können leicht den Hilfeplan durchkreuzen
- Stagnation, Verschlechterung
- Mangelnde Mitwirkung, keine Einsicht des Kindes in den Hilfebedarf
- Vermeidung, Vergessen



Was bedeutet dies für das Hilfesystem?

- Veränderung im Vorgehen in Fällen von FASD Betroffenen
- Akzeptanz und Umgang mit Stagnation und Verschlechterung
- Förderung von FASD Betroffenen dies bedeutet auch Kontinuität in der Betreuung, viel Wiederholung
- 70 % von FASD Betroffene haben große Probleme in der Schule und schaffen selten einen Schulabschluss, werden nie ein selbstständiges Leben führen, 86% werden auch nie einen Beruf erlernen
- Langfristiges Planen (Wohnen, geschützte Werkstätten)



Was bedeutet das für die Hilfesysteme?

- Frühe Diagnostik ist wichtig (Frühe Förderung)
- Kenntnis aller im Hilfesystem Beteiligter zur Symptomatik von FASD → Sensibilisierung, Fortbildungen des Fachpersonals
- Haltungsänderung der Mitwirkenden
- Lebenslange Beeinträchtigung
- Enge Zusammenarbeit mit anderen Hilfen



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Prävention • Information • Beratung
Für eine Schwangerschaft ohne Alkohol
Stromstraße 47, 10551 Berlin
Tel.: 030 / 22 44 51 414
Fax: 030 / 22 44 51 499
Mail: wigwam-zero@vistaberlin.de



Verband für integrative soziale und therapeutische Arbeit gGmbH

vista gGmbH
Donaustraße 83, 12043 Berlin
Tel.: 030 / 400 370 100
Fax: 030 / 400 370 199
Mail: vista@vistaberlin.de | www.vistaberlin.de



- **FASD – Der Verlauf eines Jugendhilfefalls**

- **Workshop:** Barbara Fischer, Jugendschutzkoordination Jugendamt Spandau
Bezirksamt Spandau von Berlin
Abt. Bürgerdienste, Ordnung und Jugend
Fachdienst Steuerung und Planung
Kinderschutzkoordination, Jug StD 10
030.902 79 65 22
0177.330 35 05 mobil
030.902 79 20 06 fax
b.fischer@ba-spandau.berlin.de
<https://www.berlin.de/ba-spandau/buergerhaushalt/ideen/abteilung-buergerdienste-ordnung-und-jugend>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Barbara Fischer zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



Ablaufplan

- Bericht Fallverlauf
- Ortswechsel
- Diagnostik
- Diagnosen
- Überschneidungen
- Was ist FASD
- Wie äußert sich FAS
- Typische Gesichtsmerkmale
- Sekundäre Einschränkungen
- Kleinkinder
- Schulkinder
- Jugendliche
- Erwachsene
- Entwicklungsdiskrepanzen
- Leitlinien für die Hilfeplanung
- Erste Handlungsansätze
- Wichtige Adressen

Ortswechsel

24.08.01	Mutter zum Kumpel	18.05.15	JND
01.10.01	Mutter zur Freundin	26.05.15	Pfefferwerk
Okt. 01	Oma	09.06.15	Chance Mitte
23.10.03	Kita	23.07.15	Sleep In
15.12.04	Wohngruppe	29.07.15	Neues Wohnen im Kiez
15.02.05	neue Kita	14.08.15	Wohngruppe
18.11.05	neue Wohngruppe	11.09.15	bei Bekannten
02.03.06	neue Kita	23.10.15	JND
Aug. 07	Schule	11.11.15	Nogat 7
26.11.08	Mansfeld-Löbbecke	25.11.15	Sleep In
15.03.10	Klinik	03.12.15	BEW
21.07.12	neue Gruppe	08.01.16	Sleep In
22.04.13	neue Einrichtung	11.01.16	BEW
02.12.14	bei Bekannten	11.04.16	Aktion 70
12.02.15	Kinderschutzstelle	25.05.16	Klinik
13.02.15	Jarplund	02.01.17	Hostel
20.03.15	Klixbüll		
28.04.15	Jarplund		
13.05.15	JND		
15.05.15	JND		

Diagnostik

23.10.03 Amtsarzt
 20.07.04 Gutachten
 30.09.05 SPZ
 29.10.05 SPZ
 20.01.08 SPZ
 01.07.08 Verhaltenstherapeutin
 26.09.08 Landesklinik
 05.11.09 Ärztliche Stellungnahme
 22.06.10 Klinik
 12.08.10 Prof. Dr. Spohr
 06.12.10 PSD
 11.02.13 Ameos Klinikum
 17.09.14 Psychologe
 15.01.16 Psychologin
 05.07.17 Klinik

Diagnosen

- ◉ Unruhe, Konzentrationsstörungen, Deprivation
- ◉ Distanzlosigkeit, Bindungsstörung, Hyperaktivität, Selbstgefährdung, Verlustängste, Wahrnehmungsstörungen, Aggression bei Überforderung
- ◉ HKS, multiple Dyslalie, Koordinations- und Gleichgewichtsprobleme, Haltungsasymmetrie, Funktionsstörungen der Wirbelsäule
- ◉ ADHS
- ◉ Bindungsstörung mit Enthemmung, Enuresis diurna, durchschnittliche Intelligenz
- ◉ Altersentsprechend Entwickelt, Grenze Lernbehinderung, übergreifende Beeinträchtigung, psychische Störung
- ◉ Kein FASD
- ◉ FASD, körperliche und geistige Behinderung
- ◉ Emotional-sozialer Entwicklungsstand eines 3-5 jährigen (10,5)
- ◉ IQ 102, Reflexionsfähig
- ◉ Entwicklungsstand eines 8-11 jährigen (15)
- ◉ Atypischer Autismus, psychische Verhaltensstörungen durch Tabakabhängigkeit, kombinierte Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten

Überschneidungen in Verhaltensweisen und die damit verbundenen Diagnosen

Überschneidungen in Verhaltensweisen und die damit verbundenen Diagnosen bei Kindern	FASD		ADHS/ADHD		Stimmungsstörungen		Autismus		Bipolar		Schizophrenie		Drogenmissbrauch		Personen mit Traumata		Trauma		Anorexie	
	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv	Hyperaktiv	Inaktiv
Leicht durch Reize von Außen ablenkbar	X		X																	
Entwicklungsbedingte Unreife	X																			
Führt sich anders als Andere	X																			
Führt Anweisungen häufig nicht vollständig aus	X	X																		
Häufiges Stören/Unterbrechen	X	X	X																	
Häufiges Handeln ohne Konsequenzen zu bedenken	X	X	X																	
Häufig Probleme, Aufgaben und Aktivitäten durchzuorganisieren	X	X																		
Probleme mit Übergängen (von einer Aktivität zur Nächsten)	X		X																	
Keine Impulskontrolle, hyperaktiv	X		X																	
Schlafstörungen	X																			
Keine Scheu vor Fremden	X																			
Fehlender Augenkontakt	X																			
Mag keine Liebkosungen	X																			
Offensichtliches Lügen	X																			
Lernprobleme: "kann nicht" anstatt "will nicht"	X																			
Unaufhörliches Geschmatz, oder abnormales Sprachverhalten	X																			
Größere Schreckreaktion (sehr schreckhaft)	X																			
Emotional sehr unglücklich, sehr oft große Stimmungsschwankungen	X	X	X																	
Depressionen, oft in der Pubertät entstehend	X	X																		
Probleme mit Sozialverhalten	X																			
Verzögerte Entwicklung der Sprache	X																			
Hyper- oder Hyposensitiv	X		X																	
Perversion, unflexibel	X																			
Exakation unter Stress	X		X																	
Kaum Fähigkeiten Probleme zu lösen	X																			
Schwierigkeiten Ursache und Folge zu verbinden	X																			
Außergewöhnliche Fähigkeiten in einem Bereich	X																			
Weiss nicht was "normal" ist	X																			
Lügt, wenn es leicht wäre, die Wahrheit zu sagen	X																			
Schwierigkeiten etwas in die Wege zu leiten und durchzuführen	X	X																		
Schwierigkeiten mit Beziehungen	X		X																	
Schlechtes Zeitmanagement / Kein Erfassen des Begriffs Zeit	X	X																		
Schwierigkeiten mit Informationsverarbeitung	X																			
Sprachprobleme: schwach rezeptiv vs. stark expressiv	X																			
Häufige Weltausbrüche	X		X																	
Streitet oft mit Erwachsenen	X																			
Ist häufig herausfordernd oder weigert einzuwilligen	X																			
Macht häufig andere für die eigenen Fehler verantwortlich	X	X																		
Ist häufig empfindlich oder fühlt sich schnell durch andere beleidigt	X																			
Ist häufig wütend und aufgebracht	X																			

Was ist FASD

- Wenn werdende Mütter während der Schwangerschaft Alkohol trinken, besteht ein hohes Risiko, dass sie ein behindertes Kind auf die Welt bringen. Fetale Alkoholspektrum-Störungen (Fetal Alcohol Spectrum Disorders, FASD) zählen zu den häufigsten angeborenen Behinderungen in Deutschland. Nach Schätzung der Bundesdrogenbeauftragten kommen hierzulande jährlich ca. 10.000 Kinder auf die Welt, die unter einer Form von FASD leiden.
- Am bekanntesten ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS).



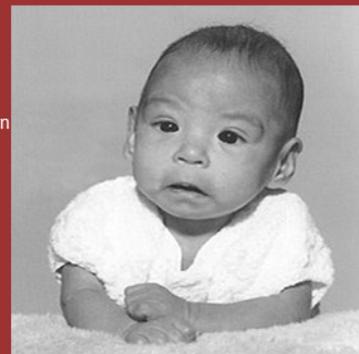
Wie äußert sich FAS

FAS-Kinder

- sind zu klein
- haben einen zu kleinen Kopf
- zeigen Auffälligkeiten im Gesicht
- zeigen Verhaltensauffälligkeiten, weil ihr zentrales Nervensystem geschädigt ist

Typische Gesichtsmerkmale

- Im Profil flach wirkendes Mittelgesicht
 - Fliehendes Kinn
 - Kurze, flache Nase (*Stupsnase*) mit anfangs nach vorne zeigenden Nasenlöchern (*Steckdosennase*)
 - Schmales (Ober-)Lippenrot (fehlender Cupido-Bogen)
 - Flache oder fehlende Mittelrinne zwischen Nase und Oberlippe
 - Kleine Zähne, vergrößerter Zahnabstand
 - Besonders geformte und tief ansetzende Ohren
 - Vergleichsweise kleine Augen mit schmalen, teils herabhängenden Augenlidern
 - Sichelförmige Hautfalte an den inneren Randwinkeln der Augen
- Wichtig: Einige der Merkmale wachsen sich in zunehmenden Alter heraus!



Sekundäre Einschränkungen bei Menschen mit nicht frühzeitig diagnostiziertem FASD

- Psychische Probleme:
 - a) alle Formen von psychischen Erkrankungen
 - b) erhöhte Selbstmordrate
- Straffälligkeit und Inhaftierung
- Unangemessenes sexuelles Verhalten
- Substanzmissbrauch
- Probleme in Schule und Ausbildung
- Physische Probleme (Ohren, Muskulatur, Skelett, Organe etc.)

Kleinkinder

- sind manchmal gesundheitlich auffällig
- sind sehr pflegeintensiv, Eltern sind oft 24 Stunden im Einsatz
- sind oft erschöpft und gereizt infolge von Schlafproblemen
- können gut manipulieren
- gefährden sich selbst und andere, da sie Ursache und Wirkung nicht verstehen
- haben keine Fähigkeit für sequentielles Lernen beim Denken, Beurteilung und Gedächtnis
- haben oft Probleme, sich in der Öffentlichkeit zu benehmen (zu viele Reize).
- haben keine natürliche Angst bei Gefahr, z.B. können sie Freund und Feind nicht unterscheiden

Schulkind

- sind oft impulsiv, unberechenbar und mutwillig, z.B. stellen sie Sicherheitsgefahren dar, indem sie Feuer legen oder weglaufen.
- sind oft erschöpft und reizbar infolge von Schlafproblemen.
- sind sehr geschickt in manipulativen Taktiken.
- haben kein normales Gefühl für Gerechtigkeit.
- sind als Behinderte nicht anerkannt, da manche einen "normalen" IQ haben.
- sind oft verzweifelt auf der Suche nach Anregungen und Erregung als Unterhaltung.
- sind emotionell sehr veränderlich und zeigen oft eine große Bandbreite an Stimmungen an einem Tag.
- sind oft getrennt vom eigenen Gefühl und haben Schwierigkeiten, ihre Wutausbrüche zu identifizieren oder zu begründen.
- sind isoliert und einsam wegen gestörtem Sozialverhalten.
- sind verärgert und zornig, da sie mehr Beaufsichtigung brauchen als andere.
- zeigen wenig Einfühlungsvermögen für andere.

Jugendliche

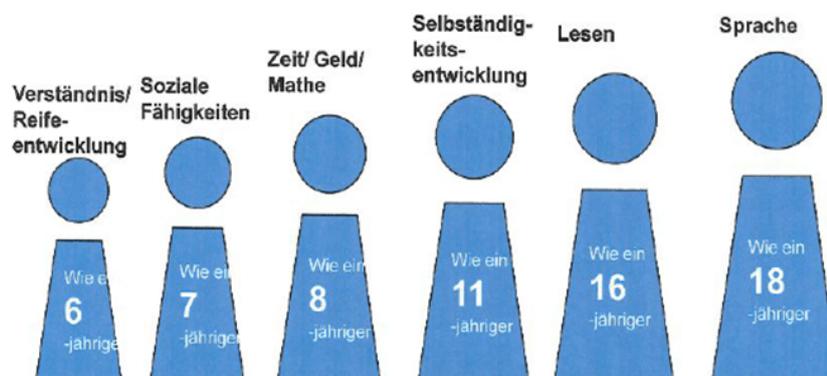
- sind moralische Chamäleons, trotz liebevoller Familienbedingungen.
- halten soziale Regeln oft nicht ein.
- sind oft erschöpft und reizbar wegen Schlafstörungen.
- haben ein hohes Risiko in antisoziale Verhalten wie Stehlen, Lügen, Weglaufen hineingezogen zu werden.
- sind immer noch eine Gefahr für sich selbst und andere.
- benötigen immer noch Schutz und Beschränkungen wie 6-jährige Kinder.
- sind oft besessen von Ur-Impulsen wie sexuelle Aktivität und Feuer legen.
- sind leicht beeinflussbar von stärkeren Persönlichkeiten.
- lassen sich sehr leicht verführen.
- können sehr schwer Entscheidungen treffen.
- haben sehr viel Angst vor Veränderungen, z.B. Schulwechsel oder Umzug.
- sind äußerst anfällig, Ideen aus Filmen und Fernsehen auszuprobieren.
- zeigen Unwissen über normale Körperpflege.
- sind unfähig, Verantwortung für ihre Handlungen zu übernehmen.

Erwachsene

- sind moralische Chamäleons, trotz liebevoller Familienbedingungen.
- halten soziale Regeln oft nicht ein.
- sind oft erschöpft und reizbar wegen Schlafstörungen
- sind unfähig, Sicherheitsanweisungen zu befolgen, besonders bei Feuer oder Essensvorbereitungen, maschinellen Ausführungen und ansteckenden Krankheiten.
- sind leicht beeinflussbar von stärkeren Persönlichkeiten.
- haben ein großes Risiko, dass sie die Beaufsichtigung, die sie brauchen, als Gefängnis empfinden.
- haben Wutausbrüche, wenn sie aufgefordert werden, irgendetwas zu machen, was ihnen übertrieben oder unvernünftig erscheint, z.B. nach Geld gefragt zu werden für Miete/Lebensmittel.
- sind sehr anfällig, abhängige Verhältnisse anzufangen, die dann oft in Gewalttätigkeit übergehen.
- sind unfähig, Medikamente regelmäßig einzunehmen. (z.B. Pille)
- sind anfällig für Panikattacken, Depressionen, Suizidgedanken, geistige und emotionale Überlastungen.
- haben Schwierigkeiten, sich selbst zu beschäftigen und bei sich und anderen keinen Schaden anzurichten.
- sind überhaupt nicht so fähig, wie es scheint.
- sind besonders unfähig, mit Geld umzugehen.
- brauchen unbedingt einen beschützten Arbeitsplatz.

Entwicklungsdiskrepanzen

Lebensalter = 18



Adaptiert von Ann Gibson aus den Forschungsergebnissen von Streissguth, Clarren et al, Diane Malbin (1994)

Leitlinien für die Hilfeplanung bei Kindern und Jugendlichen mit FASD

- Aufwachsen in einem stabilen fürsorglichen zu Hause
- Betreuungskontinuität
- FASD-Schulung der Bezugspersonen
- Vermeiden von Gewalterfahrungen
- Trainings, Therapien, Überprüfen von Medikation, gezielte Förderung
- Diagnosestellung vor dem 6. Lebensjahr
- Anstehende Wechsel langfristig vorbereiten (möglichst vor oder nach der Pubertät)
- Anpassung der Anforderungen an die Fähigkeiten
- Hilfen, die Beeinträchtigungen kompensieren (Integrationsstatus, Behindertenausweis, Pflegestufe)

Erste Handlungsansätze

- Beziehungsorientiertes Arbeiten
- Erziehung durch Beziehung (Haim Omer) schützt die Beziehung zwischen Klient und Betreuer
- Näheres Umfeld muss unbedingt über FASD Bescheid wissen
- Betreuerpersonal benötigt regelmäßig Supervision und muss belastbar sein
- Gute personelle Ausstattung
- Akzeptieren der Diagnose
- Entwicklung ist möglich - muss aber langfristig geplant werden
- Betroffene brauchen ein Leben lang Hilfe
- Erfolgsorientierung in den Mittelpunkt stellen
- Ziele sehr kleinschrittig planen
- FASD Klienten sind sehr unterschiedlich

„ Kennt man einen FASD'ler, kennt man nur den einen “

Wichtige Adressen

Beratung:

FASD Deutschland
Hügelweg 4
49809 Lingen (Ems)
Telefon: 0591 7106700

FASD Fachzentrum
Evangelischer Sonnenhof
Berlin Spandau
Neuendorfer Straße 60
13585 Berlin
Tel.: 030-3358031
Fax: 030-3379815

Diagnostik:

Charité Universitätsmedizin,
Campus Virchow Klinikum
Charitéplatz 1
10117 Berlin
Tel.: 030-450564308 /
030-450566229

Evangelisches Krankenhaus
Königin Elisabeth Herzberge
Kinder: Dr. Liesegang, Dr. May
Erwachsene: Dr. Björn Kruse,
Jessica Wagner
Herzbergstraße 79, Haus 11
10365 Berlin
Tel.: 030-54724960

- **Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung substituierter Eltern durch sozialpädagogische Familienhilfe**
- **Workshop:** Sabine Gutsche
FrauSuchtZukunft e. V.
Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen
Dircksenstraße 47, 10178 Berlin-Mitte
s.gutsche@frausuchtzukunft.de
<https://frausuchtzukunft.de/>

Die folgende Power Point Präsentation wurde freundlicherweise von Sabine Gutsche zur Verfügung gestellt. Sie gibt nicht den genauen Wortlaut des Vortrages wieder. Für den Inhalt übernimmt die Clearingstelle keine Verantwortung.



**Möglichkeiten und Grenzen der
Unterstützung substituierter Eltern
durch Familienhilfe**

Kinderschutzkonferenz
Mitte



Frau Sucht Zukunft

06.11.2019
Solveig Fürstenberg
Sabine Gutsche

Input substituierte Eltern

- Sucht ist eine chronische Erkrankung. Die ganze Familie ist „betroffen“.
- Es ist davon auszugehen, dass bei Drogenerkrankung mit Sicherheit eine weitere psychische Störung zu finden ist (Selbstmedikamentation), häufig besteht eine Abhängigkeit beider Elternteile.
- Substituierte Eltern können genauso wie andere Eltern ein günstiges oder ungünstiges Erziehungsverhalten zeigen.



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019

- Kinder aus suchtbelasteten Familien sind als Risikogruppe für psychosoziale Störungen anzusehen.
- 1/3 werden selber suchtkrank, 1/3 psychisch krank, 1/3 resilient.
- Drogenembryopathie ist kein anerkanntes Krankheitsbild



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019



- Kinder bekommen bestimmte Rollen zugeschrieben, die nicht altersgerecht sind.
- Traumatisierte Eltern treffen auf traumatisierte Kinder
- Eltern müssen den Kindern etwas bieten, was sie selber teilweise nicht erfahren haben



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019

- Alle Familienmitglieder versuchen nach außen den Eindruck einer heilen Welt zu vermitteln
- Die Kinder erleben häufig Streitigkeiten und häusliche Gewalt
- Drogenabhängige Eltern möchten genau wie alle anderen auch, dass es ihren Kindern gut geht



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019



Zusammenfassung

- die vielschichtigen Problemlagen (Multiproblemfamilien: Armut, juristische Probleme, Schulden, Beschaffungskriminalität, Prostitution, beengte Wohnverhältnisse) von drogenabhängigen Eltern erfordern interdisziplinäre Hilfsangebote
- Suchthilfe und Jugendhilfe haben unterschiedliche Verantwortlichkeiten / Aufträge
- Balancieren und Jonglieren zwischen emphatisch-zugewandtem Arbeiten mit den Eltern und der Wahrnehmung einer Kinderschutzgefährdung



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019

Fragen zur Orientierung bei der Einschätzung der familiären Situation:

- War das Kind schon einmal außerhalb des Haushalts untergebracht?
- Hat es Zeiten gegeben, in denen die Erziehung überwiegend durch eine andere Person übernommen wurde?
- Gibt es eigene Kinder außerhalb des Haushaltes?
- Leben weitere Personen im Haushalt?
- Wie sieht der Konsumstatus aller beteiligten Bezugspersonen aus?
- Wie lässt sich die Qualität der Partnerschaft und des Erziehungsumfeldes beschreiben? Spielt Gewalt eine Rolle?
- Wer unterstützt die Familie? Welche Ressourcen gibt es?
- Wie gestaltet sich die finanzielle Situation?
- Besteht / bestand Kontakt zum Jugendamt? Wie wird der Kontakt beurteilt?
- Ist aktuell eine Hilfe vom Jugendamt eingesetzt? Wie wird sie beurteilt?
- Besucht das Kind einen Kindergarten / Schule / Hort?



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019



Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es für die FH-Arbeit?

- Stärkung des Vertrauens der drogenabhängigen Eltern zu Institutionen und weiteren Hilfsangeboten
- Isolation aufbrechen
- Aufbau eines Hilfenetzwerkes auch mit Familienhebamme, Kinderarzt, Kita, Schule
- Transparentes Handeln
- Bereitschaft zur Zusammenarbeit, Bereitschaft zu Kontrollen
- Stärkung weiterer Bindungspersonen, Schaffen von sozialen Kontakten für Eltern und Kind
- Vermittlung von Grundlagenwissen an Eltern zur kindlichen Entwicklung und Förderung
- Bereitstellung einer Sicherheit vermittelndem / entwicklungsfördernden häuslichen Umgebung



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019

Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es für die FH-Arbeit?

- Entlastung und Förderung der Selbstwirksamkeit
- Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz
- Tagesstruktur aufbauen
- Hilfen für die Kinder etablieren
- Stärkung der Generationsgrenzen (Elternebene, Kindesebene)
- Verantwortung vom Kind nehmen / kindgerechte Informationen
- Anerkennung und Bestätigung der Kinder
- Anbindung an Psychiater?



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019



Welche Grenzen gibt es für die FH -Arbeit:

- Kindeswohlgefährdung!, Basisversorgung gewährleistet?
- Störungen in der Zusammenarbeit bei Hilfen, Abbruch der Therapie/ Beratung
- Persönliche Belastungen der Helfer (Belastungen im Spannungsfeld zw. Kindeswohl und Wohl der Eltern, Verantwortungsgefühl, stimmt die Wahrnehmung?)



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019

Welche Grenzen gibt es für die FH -Arbeit:

- Beikonsum / Prüfen, ob eine Entgiftung notwendig ist (Beikonsumentgiftung), Schweregrad der Suchterkrankung
- Keine Einsicht in die Suchterkrankung
- Dealen /Nähe zur Drogenszene
- Zwangskontext/Fremdmotivation
- Durch Schuldgefühle ausgelöste Überforderungssituationen
- Häusliche Gewalt oder emotionale, körperliche, sex. Grenzüberschreitungen
- Weitere massive psychische Störung



Kinderschutzkonferenz Mitte
06.11.2019



Zusammenfassung

- Spezifisches Fachwissen erforderlich
- Klare Rahmenbedingungen / Grenzen
- Schweigepflichtentbindung
- Alle am Prozess der Hilfeerbringung beteiligten sollten die Aufträge, Verantwortlichkeiten und Rollen der jeweils anderen kennen.
- Klare Verfahrensprozesse
- Netzwerkarbeit: die Verantwortung auf mehreren Schultern verteilen

- Ein kleiner Einblick in die Workshops und die Plenumsvorträgen





▪ Projektinformation

Clearingstelle – Netzwerke zur Prävention von Kinder- und Jugenddelinquenz

Viele Institutionen haben sich das Ziel gesetzt, die Kinder- und Jugenddelinquenz zu vermindern. Neben der Jugendhilfe haben z. B. auch die Schulen, die Polizei und die Justiz einen präventiven Ansatz entwickelt. Bei der Verwirklichung dieses Vorhabens gibt es zahlreiche Schnittstellen der einzelnen Berufsbereiche und Institutionen.

Eine koordinierte, strukturierte und lösungsorientierte Vernetzung mit den richtigen Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern ist dabei jedoch notwendig, um Ressourcen zu bündeln, vorhandene Kompetenzen zu nutzen und die einzelnen Institutionen zu stärken.

Die Clearingstelle – Netzwerke zur Prävention von Kinder- und Jugenddelinquenz hat den Auftrag, den Dialog zwischen Mitarbeitenden der Jugendhilfe und der Bereiche Schule, Polizei und Justiz in Berlin anzuregen, zu erhalten und auszubauen sowie die Akzeptanz für das jeweils andere Berufsfeld zu stärken. Darüber hinaus ist es ihre Aufgabe, eine Vernetzung zwischen Angehörigen dieser Berufsgruppen und bei Bedarf auch eine Kooperation herzustellen. Die Zielsetzung des Auftrags besteht in der kontinuierlichen Verbesserung der Beziehungen zwischen der Jugendhilfe und den Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern der angrenzenden Berufsbereiche sowie in der Institutionalisierung tragfähiger Kommunikationsstrukturen. Die Clearingstelle vermittelt in Konflikten und unterstützt Akteure bei der Installation von Netzwerken, in denen die Prävention von Kinder- und Jugenddelinquenz gelingen kann.

Angebot

Die Clearingstelle bietet unterschiedliche Instrumente zur Bearbeitung verschiedener Themen an. Damit können wir flexibel, individuell und passgenau Lösungen für Ihre spezifischen Problemlagen entwickeln. Als Instrumente nutzen wir dafür u. a.:

- fachliche Beratung an den Schnittstellen der Jugendhilfe zu den Bereichen Polizei, Schule und Justiz;
- Vermittlung in Konflikten;
- Begleitung beim Aufbau bzw. der Veränderung von Netzwerken;
- Durchführung von In-House-Schulungen, Seminaren, Fachtagen und themenspezifischen Fortbildungsveranstaltungen;
- Herausgabe fachspezifischer Publikationen und Serviceleistungen;
- Organisation und Begleitung von Hospitationen;
- Installation und Moderation von Arbeitsgremien und
- Auswertung und ggf. Beratung zur Nachsteuerung bereits bestehender Kooperationsbeziehungen.

Wenn Sie Fragen zu oder Interesse an einem der Angebote haben, dann melden Sie sich gern bei uns!

▪ **Impressum**
November 2019

Herausgeber

Stiftung SPI

Sozialpädagogisches Institut Berlin »Walter May«

Gemeinnützige Stiftung des bürgerlichen Rechts, Sitz Berlin

Anerkannt durch die Senatsverwaltung für Justiz. Sie unterliegt nach dem Berliner Stiftungsgesetz der Stiftungsaufsicht Berlins.

Der Gerichtsstand der Stiftung ist Berlin.

Verantwortlich im Sinne des Pressegesetzes

Dr. Birgit Hoppe, Vorstandsvorsitzende/Direktorin

info@stiftung-spi.de

Redaktion

Stiftung SPI

Clearingstelle – Netzwerke zur Prävention von Kinder- und Jugenddelinquenz

Konstanze Fritsch, Andrea Müller, Stefanie Rücknagel,

Lisa Klank, Holger Dornberger, Kerstin Piniek

Frankfurter Allee 35 – 37

10247 Berlin

+49.0.30 44 90 15 4

+49.0.30 44 90 16 7 fax

clearingstelle@stiftung-spi.de

www.stiftung-spi.de/projekte/clearingstelle

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie Berlin

Senatsverwaltung
für Bildung, Jugend
und Familie



Stiftung SPI
Lebenslagen, Vielfalt &
Stadtentwicklung

