

## „Welche unter Euch ohne Unrecht sind, mögen als erste einen Stein auf sie werfen“

**Eine kontextuelle Analyse der komplexen Hintergründe des Leidens und Sterbens von Kindern in suchtkranken Familiensystemen**

**Ruthard Stachowske**

### **Zusammenfassung**

Ziel dieses Artikels ist es, die kontextuellen Hintergründe zu benennen, die in Zusammenhang mit dem Leben und Sterben von Kindern in abhängigkeitskranken Familien stehen. Dabei werden auch die Belastungsfaktoren im Leben dieser Kinder beschrieben, die aus unterschiedlichen Gründen „unerkannt“ in Therapie und Beratung eine Relevanz haben.

*„Jesus aber ging auf den Ölberg. [...] Die Schriftgelehrten, Pharisäerinnen und Pharisäer brachten eine Frau, die beim Ehebruch ergriffen worden war, und stellten sie in die Mitte, und sie sagten ihm: ‚Lehrer, diese Frau ist ergriffen worden, wie sie gerade dabei war, Ehebruch zu begehen. In der Thora hat uns Mose geboten, solche Frauen zu steinigen. Was meinst Du nun dazu?‘ Dies sagten sie aber, um ihn auf die Probe zu stellen, damit sie etwas hätten, um ihn anzuklagen. [...] Als sie dabei blieben, ihn zu fragen, richtete er sich auf und sagte ihnen: ‚Welche unter Euch ohne Unrecht sind, mögen als erste einen Stein auf sie werfen.‘ [...] Als sie dies hörten, gingen sie alle nacheinander weg, angefangen bei dem Ältesten, und ließen ihn allein mit der Frau, die in der Mitte war. Jesus richtete sich auf und sagte ihr: ‚Frau, wo sind sie? Hat Dich niemand gerichtet?‘ Sie sagte: ‚Niemand, Rabbi.‘ Jesus sagte zu ihr: ‚Auch ich richte Dich nicht; geh und tue von jetzt an kein Unrecht mehr.‘“*

### **1. Einführung**

In der Bundesrepublik sind in den letzten Monaten und Jahren mehrere Kinder im Kontext drogen- und suchtkranker Familiensysteme zu Tode gekommen oder haben Lebenskrisen nur knapp überlebt.

Anliegen meines Beitrags ist es, die Problematik des Lebens, Leidens und Sterbens dieser Kinder kontextuell zu analysieren, eine komplexe Ursachenanalyse dieser Realität zu erarbeiten mit dem Ziel, den Schutz der Kinder zu verbessern.

Die öffentliche Diskussion war und ist vielfach von einer vermeintlich klaren Ursachenanalyse über die Frage der Schuld an diesen Lebensdramen geprägt. Das Versagen der Öffentlichen Jugendhilfe erscheint als Ursache oft wie eine gesicherte Hypothese, die es nur noch zu beweisen gilt: Der „erste Stein“ wurde häufig genug geworfen.

Aber ist es wirklich so einfach, wie diese lineare Ursachenanalyse es vermittelt? Ein (vermeintlich) Schuldiger ist gefunden – und damit ist die Schuld- und Ursachenanalyse klar? Ich denke: **Nein**, so linear einfach ist eine Ursachenanalyse des Sterbens dieser Kinder nach einer oft grausamen Lebensentwicklung nicht. Analog zu dem Muster in Familiensystemen sehe ich hier das Muster, sich „IPs zu kreieren“, denen Schuld, Versagen, die Ursache für ... zugewiesen wird. Neue „schwarze Schafe“ in professionellen Helfersystemen werden (er)/gefunden und lenken als neue IPs von den wirklichen Ursachen ab.

Im Folgenden versuche ich, diese lineare Betrachtungsweise zu überwinden. Sie ist m. E. ein Risikofaktor in sich, denn die komplexe Interaktion zwischen Familien und dem professionellen Helfersystem dahinter wird durch diese Linearität abgespalten. Aber genau aus dieser speziellen Interaktion entwickeln sich die Krisen, die das Leiden und Sterben dieser Kinder wesentlich bedingt haben. Dabei sind

- Faktoren der Lebensentwicklung dieser Kinder und ihrer suchtkranken Familiensysteme und
- Faktoren in professionellen Helfersystemen, in Politik und Kultur gleichwertig als Einflussgrößen zu beachten.

Mein Grundgedanke ist, dass suchtkranke Familiensysteme in einer speziellen Interaktion mit professionellen Systemen, politischen Realitäten und anderen Bereichen dieser Kultur stehen. Die Interaktion aller Wirkfaktoren ist Teil der Krisenentwicklung und bedarf genau so einer Analyse wie die der Familiensysteme selbst.

Meinen Ausführungen stelle ich vier Bemerkungen voran:

- Ich erörtere mit keiner Silbe die Frage einer Schuld von irgendjemand. Diese Frage lenkt m. E. nur von den eigentlichen Problemen ab (s. Eingangszitat).
- Ich distanzieren mich von der Hypothese „Die Jugendämter haben versagt“<sup>1</sup>. In der jahrelangen Zusammenarbeit mit Jugendämtern erlebe ich überwiegend kompetente KollegInnen und komplexe Helfersysteme, die nach konstruktiven Antworten suchen.
- Das Thema ist so komplex, dass ich mit diesem Beitrag nur einen Teil erfassen werde. Meine Analyse erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

1) Dies schließt auch komplementäre Dienste wie die Sozialpädagogische Familienhilfe u. a. mit ein.

- Im Sinne von Schweitzer/v. Schlippe werde ich es auch in einer systemisch-kontextuellen Analyse wagen, mit Störungsbildern im Sinne der ICD-10 und ICF zu arbeiten (vgl. Schweitzer, v. Schlippe 2006, S. 9ff.).

## 2. Das Leben, Leiden und Sterben von Kindern in drogen- und suchtkranken Familiensystemen

In den letzten ca. 10 Jahren sind mehrere Kinder im Kontext abhängigkeitskranker Familiensysteme gestorben oder waren in ihrer Lebensentwicklung hochgradig bedroht – die Fokussierung auf das Kind Kevin in Bremen lenkt von diesen Kindern ab. Zunächst möchte ich Ihnen einige dieser Fälle vorstellen:

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

(vgl. Stachowske 2008, S. 42f.)

Individualität und Verlauf dieser Fälle sind erlebbar.

#### Zu Kind 2: „Anonymus“

Dieses 2 1/2 Jahre alte Kind wurde von seiner Mutter mindestens 6 Monate mit Drogensubstanzen „medikamentiert“. Zitat aus dem rechtsmedizinischen Gutachten: „Zur qualitativen Beurteilung des Kokainkonsums kann nur gesagt werden, dass es sich in dem Vergleich zu bisher untersuchten Haarproben von Kokainkonsumenten um einen mittleren Wert handelt. Außerdem konnte die regelmäßige Aufnahme von Methadon nachgewiesen werden.“ (Andere analysierte Substanzen: EDDP 0,5; Heroin/Spuren; MAM 1,8; Morphin 0,4; vgl. Stachowske 2008, S. 45).

#### Zu Kind 4: „Karolina“ aus Memmingen

„Am langen ersten Verhandlungstag erzählt die 26-jährige [...] (Kindesmutter, d. V.) von den letzten schrecklichen Tagen ihrer Tochter. [...] Karolinas Existenz stört das Paar von Anfang an, sie wird geschlagen, wenn sie nicht schlafen will, sie wird geschlagen, wenn sie zu langsam isst. [...] Im Inneren des Hauses steigern sich die ‚Erziehungsmaßnahmen‘ zur wahren Folterorgie. [...] Karolinas Anblick war so entsetzlich, dass das Krankenhauspersonal der Klinik Weißenborn, wo man sie noch zu retten versuchte, psychologisch betreut werden musste.“ (ebd. S. 47f.)

#### Zu Kind 6: „Kevin“ aus Bremen

„In einer Haarprobe des zweijährigen zu Tode gequälten Kevin aus Bremen sind Spuren von Kokain und des Drogensatzstoffes Methadon nachgewiesen worden. Der Junge müsse der Droge über einen längeren Zeitraum ausgesetzt gewesen sein, sagt Toxikologe [...]. Die Haaranalyse bestätigt zwei verschiedenen hohe Konzentrationen von Kokain sowie von Methadon. [...] Bei der Obduktion wurden rund zwei Dutzend Knochenbrüche festgestellt.“ (ebd. S. 49f.)

#### Zu Kind 8: Baby aus Berlin

„Es war offenbar eine Überdosis Drogen, an der die 25-jährige Mutter [...] gestorben ist. [...] Die 6 Wochen alte Tochter sei sehr wahrscheinlich verdurstet“ (zit. n. ebd., S. 51). Diese Mutter hat ihr Kind gestillt, sich in dieser Zeit überdosiert, und der Säugling ist neben seiner toten Mutter verhungert und verdurstet.

An der Versorgung dieser Familiensysteme und dieser Kinder waren z. T. hochkomplexe interdisziplinäre Helfersysteme beteiligt, im Fall von Kevin aus Bremen mehr als 20 verschiedene Institutionen, nicht nur die Öffentliche Jugendhilfe – und sie alle konnten die Entwicklung dieser Dramen nicht verhindern. Warum konnte dies geschehen?

Um eine Antwort auf diese Frage zu finden, gilt es, drei Ebenen zu unterscheiden:

- Die der beschriebenen Fälle und der erkennbaren relevanten und ursächlichen Einflussfaktoren,
- die der kontextuellen Hintergründe, die als Wirkfaktoren eine Bedeutung haben,
- die der Annahmen, die handlungsleitend waren und sind, ohne dass sie in ihrer Substanz und Bedeutung tatsächlich real geprüft sind.

Ich beginne mit der Analyse der Annahmen. Zur wissenschaftlichen Verortung einer solchen kontextuellen Analyse im Sinne von Ritscher (vgl. Ritscher 2005) geht es hierbei um die Interaktion zwischen dem Subjekt (hier dem betroffenen Kind) und seinem Mikrosystem Familie sowie seiner Interaktion mit dem Mesosystem, dem Exosystem und dem Makrosystem.

### 2.1 Systemische Interventionen – Optionen und Grenzen oder „Sich selbst qualifiziert in Frage stellen“

Wie müssen systemische Therapeuten ausgebildet sein, um mit diesen Eltern zu arbeiten? Sind „wir alleine“ die richtigen Therapeuten/Berater? Macht es nicht auch Sinn, erfahrene Psychiater oder in der Forensik tätige psychotherapeutische KollegInnen um Rat zu fragen? Einige dieser Eltern waren im Sinne der ICD-10 schwer gestört, etwa durch dissoziale Persönlichkeitsstörungen (Fall 4), oder schwere psychiatrische Störungsbilder sind als wahrscheinlich anzunehmen (Fall 5, 6 und 7).

Hier wäre es wichtig, vor Beginn einer (systemischen) Intervention zu (hinter)fragen, ob die eigenen Optionen und fachlichen Werkzeuge ausreichen, um eine tatsächliche Veränderung der Elternpersönlichkeiten zum Wohl der Kinder zu erreichen, über die ich eingangs gesprochen habe. (Gutachter haben z. T. komorbide dissoziale Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, in den Urteilen wurde eine besondere Schwere der Tat festgestellt.) Dies zu fragen, ist insbesondere notwendig, wenn mit der Übernahme eines Auftrags auch die Übernahme einer Rechtsverantwortung im Sinne der Garantenstellung erfolgt! Sind ausschließlich systemisch beraterische Interventionen, Kurzzeittherapien und/oder ausschließlich lösungsorientierte therapeutische Strategien sinnvoll? Schweitzer/v. Schlippe weisen im Kontext der Therapie dissozialer Jugendlicher auf die besonderen Rahmenbedingungen und die Dauer solcher Therapien hin (vgl. Schweitzer, v. Schlippe 2006, Rückert 2008).

#### 2.1.1 Annahme 1: „Jugendamt nimmt Kinder weg“

Die kontextuelle Analyse zeigt als handlungsleitende Orientierung, dass die Herausnahme der Kinder durch das Jugendamt drohe und verhindert werden müsse (vgl. u. a. Untersuchungsausschuss Kevin, Lahann 2008).

Diese angenommene Bedrohung erscheint wie das eigentliche Risiko, mehr und anders als das Gefährdungspotenzial, dem die Kinder in suchtkranken Familien ausgesetzt waren. Dabei ist die Annahme, das Jugendamt nehme Kinder weg, aufgrund der Rechtssystematik dieser Kultur nicht begründbar: Das System Familie und das Wohl der Kinder ist, wie ich meine, hochgradig geschützt und gesichert. Es ist sehr genau geregelt, *wann* in das System Familie von außen eingegriffen werden kann und *was* eine nachgewiesene Gefährdung des Kindeswohls tatsächlich ist (vgl. § 1666 BGB, Palandt 2002, S. 1814 ff.).

Nur ein Familiengericht entscheidet anhand der durch das Jugendamt beschriebenen Fakten, ob tatsächlich eine Kindeswohlgefährdung vorliegt und ob diese Kinder von ihrer Familie zu trennen sind (Ausnahme Inobhutnahme). Im Falle einer Kindeswohlgefährdung *müssen* die Öffentliche Jugendhilfe und das Familiengericht vor möglichen Einschränkungen des Elternrechts *Hilfen für die Eltern* formulieren, *bevor* eine Trennung realisiert werden darf (vgl. Novellierung des § 1666 BGB in 2008). Hilfsangebote für Eltern zur Absicherung des Kindeswohls sind als wesentlicher Teil eines Urteils zwingend (vgl. Röchling 2008). Hier tut sich eine große Chance für systemische Therapien auf.

Selbst im Falle einer Einschränkung der elterlichen Sorge nach § 1666 BGB muss diese Entscheidung revidiert werden, wenn die Gründe, die dazu geführt haben, wegfallen.

Wenn Eltern die erkennbaren Einschränkungen ihrer elterlichen Kompetenzen nicht ausgleichen und ihre Kinder in der Folge leiden, hat die staatliche Gemeinschaft *das Recht* und *die Pflicht*, das Wohl dieser Kinder zu schützen (Art. 6 Abs. 1, 2, 3 GG). Ich persönlich denke: Manchmal ist es gut, Kinder vor ihren Eltern zu schützen. Ein Phänomen bleibt ungeklärt: Warum sollen Jugendämter einerseits bei Kindeswohlgefährdungen die „Schuldigen“ sein und sind andererseits als diese „Schuldigen“ dem Vorwurf ausgesetzt, sie „nähmen Kinder weg“?

### 2.1.2 Annahme 2: Eine interdisziplinäre Versorgung suchtkranker Familien durch eine interdisziplinäre Kooperation ist möglich

Die Idee einer interdisziplinären Kooperation in der Versorgung suchtkranker Familiensysteme und ihrer Kinder als Königsweg ist von der Annahme getragen, dass eine solche Kooperation gelingen kann, wenn „alle nur wollen“. Jedoch ist

- eine angemessene Versorgung suchtkranker Familiensysteme in einer interdisziplinären Kooperation aufgrund des bestehenden Rechtssystems nicht uneingeschränkt möglich. In manchen Fällen sind eine Absicherung der Familiensysteme durch professionelle Instanzen und der Schutz des Kindeswohls ausgeschlossen – durch bestehende Gesetze!

Wie ist diese Paradoxie begründet? Professionelles Handeln ist in aller Regel durch einen gesetzlichen Auftrag legitimiert (z. B. durch SGB V/PsychThG, SGB VI, SGB VIII, Heilpraktikergesetz, Richtlinien der Kammern). Diese Aufträge sind als kontextuelle Rahmenbedingungen zwingend handlungsleitend – und nicht ein Konzept, ein Richtlinienverfahren, eine therapeutische Orientierung oder ein Glaubenskrieg zwischen hoch- oder niedrigschwelligen Hilfen, medizinischen oder therapeutischen Menschenbildern. Jedoch – die Begriffe *Familie* oder die Versorgung abhängigkeitskranker *Familien* oder die Versorgung von *Eltern* mit schweren Störungsbildern (nicht Erwachsenen) sind in keinem dieser Gesetze benannt. „Kranke“ *Familiensysteme* können durch Teile der Sozialgesetzbücher nicht so versorgt werden, wie „kranke“ *Familien und der Schutz ihrer Kinder* dies bräuchten. Im bestehenden Rechtssystem gibt es nur einen Anspruch auf Hilfen für die jeweilige natürliche einzelne Person, für die dieses Gesetz konstruiert wurde, nicht jedoch z. B. für ein abhängigkeitskrankes Familiensystem im Sinne einer gemeinsamen Therapie, Beratung usw. Die Paradoxie zwischen dem Anspruch an Eltern auf eine angemessene Versorgung ihrer Kinder und diesem eklatanten Mangel im Rechtssystem erklärt sich dadurch, dass die verschiedenen Teile der Sozialgesetzbücher als Adressaten jeweils nur *eine* natürliche Person meinen. Aus keinem dieser Gesetze sind Hilfen für *Eltern* mit schweren Störungsbildern abzuleiten!

Anders gesagt: Die Versorgung von schwer gestörten Familiensystemen ist durch diese Gesetze nicht primär möglich. Sie kann nur durch indirekte Hilfen wie z. B. die Sozialpädagogische Familienhilfe erfolgen, die jedoch im Gesetz nicht so konstruiert sind, dass abhängigkeitskranke Familien erreicht werden können. So meint Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 SGB VIII nicht, dass auch schwer gestörte Eltern (wie der Ziehvater von Kevin in Bremen oder der von Karolina in Memmingen) versorgt werden können, vielmehr schließen Hilfen nach dem SGB VIII ausdrücklich die Versorgung von schwer gestörten *Eltern* aus.

Wenn eine Kooperation zwischen verschiedenen Hilfssystemen gelingt, machen die Bestimmungen des § 203 StGB zur Schweigepflicht und der Sozialdatenschutz eine interdisziplinäre und interfakultative Kooperation unmöglich.

Der Rückkopplungseffekt der elterlichen Störungsbilder auf das Kindeswohl ist der entscheidende Faktor für die Gefährdung des Kindeswohls. Diese Kinder wurden von Eltern „zerstört“, die so schwer krank waren, dass sie nicht mehr wussten, was sie taten. Solche Eltern können weder von einem Jugendamt noch von einer sozialpädagogischen Familienhilfe noch von einer ambulanten oder stationären Rehabilitation so versorgt werden, dass ein Schaden für die Kinder ausgeschlossen werden kann – dafür sind ihre Störungsbilder zu schwer und die therapeutischen Ausbildungen nicht spezifisch genug.

Diese rechtlichen Inkompatibilitäten sind m. E. wesentliche Gründe für die oft immensen Spannungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit professioneller Systeme. Sie wirken wie Bremsen – und oft werden diese Bremsenergien in kollegialen Streitereien abgearbeitet bzw. delegiert. Professionelle Instanzen müssen durch ihr Handeln in der Fallarbeit etwas miteinander verbinden, was qua Gesetz nicht verbunden ist – dies ist die andauernde „Quadratur des Kreises“.

## 2.2 Kontextuelle Hintergründe

### Das nicht gesicherte Wohl des ungeborenen Lebens

Wesentliche Teile unserer wissenschaftlichen Grundlagenarbeit im Kontext von suchtkranken Eltern beschreiben das Wohl des Kindes ab dem Moment der Geburt. Dieses Konstrukt spaltet eine wesentliche, wenn nicht *die* wesentliche Einflussgröße qua Definition ab. Kinder aus suchtkranken Familien, die bereits in ihrer vorgeburtlichen Entwicklung eine suchtblastete Schwangerschaft erlebt haben, waren toxischen (giftigen) und teratogenen (missbildenden) pharmakologischen Potenzen (= Pharmakodynamik) der von der Mutter im Verlauf der Schwangerschaft konsumierten Substanz ausgesetzt. Alle bekannten Suchtstoffe sind im pharmakologischen Sinne zugelassene Arzneimittel oder pharmakologische Substanzen, die ein teratogenes oder fetaltoxisches Risiko und eine erhöhte Abort- bzw. Fehlgeburtsgefahr mit sich bringen (vgl. Mutschler et al. 2001). Dies gilt auch für die in der suchtmittelmedizinischen Behandlung zugelassenen Arzneimittel „Subutex“, „L-Polamidon“ und „Methadon“, sie haben keine uneingeschränkte Zulassung für den Gebrauch in Schwangerschaft und Stillzeit (vgl. Mutschler et al. 2001, Stachowske 2008, S. 78 ff.). Das ungeborene Leben wird massiv geschädigt, wenn es an diesen Substanzen (Drogen/zugelassene Arzneimittel/Alkohol) partizipiert. Dies ist das Prinzip der Contergan-Katastrophe, jedoch sind die Schädigungen nicht im ersten Moment sichtbar (vgl. Kirk 1998), vielmehr gibt es subtile neurobiologische und anatomische Veränderungen mit erheblichen Folgen für das ganze Leben dieser Kinder. Sie haben in der Regel nur eine eingeschränkte Chance auf eine altersgemäße Entwicklung und sind in ihrer Teilhabe am Leben beeinträchtigt (vgl. Czyrnek/Bozkurt 2008, Sobot 2008).

Die Kinder sind pharmakologischen Einflüssen ausgesetzt, die keinem humanmedizinischen Standard mehr entsprechen. Das Wohl des ungeborenen Lebens ist hier nicht geschützt und es gibt keine Chance, es zu *schützen*! Diese Kinder ohne Beachtung *dieser* Realität nachgeburtlich im Helfersystem zu übernehmen, bedeutet, fachliche Strategien mit exorbitanten Unbekannten durchzuführen. Wer würde seinem eigenen Kind oder sich selbst dies zumuten wollen?

Tatsache ist: Das Wohl des ungeborenen Lebens ist als juristischer Wert in dieser Kultur nicht realisiert. § 1 BGB „Die Rechtsfähigkeit des Menschen beginnt mit der Vollendung der Geburt“ gilt ausschließlich für das geborene Leben.

### 2.3 Kontextuelle Wirkfaktoren Nr. 2 ... und nach der Geburt dieser Kinder ...

Die speziellen Störungsbilder von Kindern, die diese prä- und postnatale Entwicklung erlebt haben, sind bis heute nicht als eigenständige pädiatrische Störungsbilder in internationalen Diagnosesystemen wie der ICD 10 und der ICF klassifiziert. Eine sichere Definition der Folgen dieser speziellen Einflüsse in der Schwangerschaft für das ungeborene und nachgeburtliche Leben ist daher in Diagnose und Therapie nicht möglich. Spezifisch ist bisher nur die *Alkohol-Fetal-Embryopathie* als Störungsbild ICD-10Q86.0/P04.3 beschrieben und anerkannt, unspezifisch sind Störungen des intrauterinen Lebens durch toxische und teratogene Wirkfaktoren und psychotrope Substanzen in ICD-10P04F und P04.4 klassifiziert. Eine *Drogen-Fetal-Embryopathie* oder eine *Arzneimittel-Fetal-Embryopathie* oder mögliche Schädigungen bei Kindern, die von *abhängigkeitskranken Männern gezeugt* wurden, sind als Störungsbilder in den internationalen Krankheitsklassifikationen nicht definiert und/oder für die Pädiatrie nicht ausreichend erforscht. Dem Grunde nach sprechen wir über Kinder aus suchtkranken Familien und versorgen diese, ohne dass die Wirklichkeit dieser Kinder wissenschaftlich abgesichert beschrieben ist. Daraus folgt: Weder Ärzte noch Psychologen oder Sozialarbeiter, Juristen, Jugendämter, andere beteiligte Professionen und/oder Psychotherapien aller Schulen können sichere Beschreibungen nutzen, um überhaupt die Besonderheit dieser Kinder als Folge ihrer hochbelasteten vor- und nachgeburtlichen Entwicklung zu erkennen, zu definieren, zu diagnostizieren und um angemessene Therapien zu entwickeln, kurz, um ihnen zu helfen. Die Störungsbilder dieser Kinder können nicht sicher pädiatrisch diagnostiziert und behandelt werden! Durch den rudimentären Forschungsstand und die sich hieraus ergebende fehlende Definition von Störungsbildern besteht nicht einmal ein sozialrechtlich abgesicherter Anspruch auf Hilfen, denn im deutschen Rechtssystem sind sichere Diagnosen Voraussetzung für eine Inanspruchnahme von Hilfen (vgl. Stachowske 2008, S. 118 ff.).

Nun zu den erkennbaren relevanten nachgeburtlichen Einflussfaktoren.

### 2.4 ... und nach der Geburt dieser Kinder ... Teil 2

In den letzten Jahren haben wir 100 suchtkranke Schwangerschaftsverläufe von polytoxikoman abhängigen Frauen und die Lebensentwicklung der Kinder aus diesen Schwangerschaften untersucht. Wir haben einen Blick in die Schwangerschaften und die nachgeburtliche Lebensentwicklung dieser Kinder in ihren Familiensystemen gewagt (vgl. Hüllen 2008, Czyrnek/Bozkurt 2008). Die Ergebnisse dieser Forschung möchte ich im Folgenden vorstellen.

Vorweg zwei wichtige Zahlen. Von den 100 Schwangerschaften waren 68 Mütter polytoxikoman drogenabhängig ohne suchtmedizinische Betreuung, 24 Mütter waren polytoxikoman drogenabhängig und wurden suchtmedizinisch betreut, 8 Mütter hatten unterschiedliche Hintergründe.

Zu den **Konsummustern in den Schwangerschaften**

| Substanzabhängigkeit und Polytoxikomanie (68)          |        | Substitution mit Beikonsum (24) |
|--|--------|---------------------------------|
| ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24 |        | ICD 10: F19.22, F17.24          |
| Methadon/Polamidon                                     | 13,2 % | 100 %                           |
| Heroin   | 38,2 % | 87,7 %                          |
| Kodein   | 10,2 % | 4,2 %                           |
| Kokain   | 32,3 % | 91,7 %                          |
| Benzodiazepine   | 17,6 % | 62,5 %                          |
| Barbiturate  | 2,9 %  | 8,3 %                           |
| Cannabis   | 72,0 % | 58,3 %                          |
| Trizyklische Antidepressiva                            | 1,47 % | 8,3 %                           |
| Antidepressiva   | 5,9 %  | 4,2 %                           |
| LSD  | 5,9 %  | 4,2 %                           |
| Nichtopioide Analgetika                                | 10,2 % |                                 |
| Alkohol  | 76,4 % | 37,5 %                          |
| Nikotin  | 92,6 % | 100 %                           |

(Vollständige Darstellung s. Hüllen 2008, S. 168)

Was sagen diese Zahlen?

- Sie zeigen eine Paradoxie: Mütter in suchtmedizinischer Behandlung haben bei einigen Substanzen signifikant größere Mengen Drogen konsumiert als Mütter *ohne* suchtmedizinische Behandlung.
- Kein Schwangerschaftsverlauf entsprach dem „State of the Art“ der suchtmedizinischen, medizinischen, gynäkologischen Standards.
- Jeder Schwangerschaftsverlauf zeigte ein Konsummuster mit toxischen und teratogenen Substanzen, das pharmakologisch nicht mehr erklärbar ist.
- Es zeigten sich nicht erklärbare unbekannte Variablen, einige Mütter berichteten von einem „wahren Drogenhunger“ in ihren Schwangerschaften, einige dieser Mütter haben

„Welche unter Euch ohne Unrecht sind, mögen als erste einen Stein auf sie werfen“

sich nachgeburtlich mit den Mengen, die sie in der Schwangerschaft konsumierten, lebensbedrohlich überdosiert.

- Die gute Nachricht: Die Mütter *in* suchtmedizinischer Behandlung waren eindeutig *besser medizinisch grundversorgt* als die *ohne* suchtmedizinische Behandlung.

2.5 ... über das Leben nach der Geburt dieser Kinder ... Teil 3

Wir haben auch nach der weiteren Lebensentwicklung dieser Kinder gefragt, hierfür haben berechnete Personen entsprechende Diagnosen gestellt.

| Substanzabhängigkeit und Polytoxikomanie                |     |         | Substitution mit Beikonsum | Substitution ohne Beikonsum  |   | weitgehend abhängigkeitsfrei |   | abhängigkeitsfrei |   |       |
|---|-----|---------|----------------------------|------------------------------|---|------------------------------|---|-------------------|---|-------|
| (56)  |     |         | (23)                       | (1)                          |   | (6)                          |   | (1)               |   |       |
| ICD 10: F10.24, F11.24, F12.24, F14.24, F17.24, F19.24  |     |         | ICD 10:F19.22, F17.24      | ICD 10: 11.22, F10.21, 17.24 |   | ICD 10: F17.24, F10.1, F12.1 |   | ICD 10: F17.1     |   |       |
| Neonatales Abstinenzsyndrom                             | 18* | 32,1 %* | 22                         | 95,7 %                       | 1 | 100 %                        | 0 | 0 %               | 0 | 0 %   |
| bis zu 3 Monate Entzug                                  | 13  | 23,2 %  | 22                         | 95,7 %                       | 1 | 100 %                        | 0 | 0 %               | 0 | 0 %   |
| Frühgeburt (v.d. 37. Woche)                             | 6   | 10,7 %  | 5                          | 21,7 %                       | 1 | 100 %                        | 0 | 0 %               | 0 | 0 %   |
| Störung der geistigen, sozialen u. körperl. Entwicklung | 44  | 78,6 %  | 16                         | 69,6 %                       | 1 | 100 %                        | 3 | 50 %              | 1 | 100 % |
| Hyperkinetische Störungen                               | 5   | 8,9 %   | 6                          | 26,1 %                       | 0 | 0 %                          | 1 | 16,7 %            | 0 | 0 %   |
| Sehfähigkeit beeinträchtigt                             | 7   | 12,5 %  | 8                          | 34,8 %                       | 0 | 0 %                          | 1 | 16,7 %            | 0 | 0 %   |
| Herzfehler  | 4   | 7,1 %   | 2                          | 8,7 %                        | 0 | 0 %                          | 0 | 0 %               | 0 | 0 %   |
| Fütterstörungen im Säuglings- u. Kleinkindalter         | 29  | 51,8 %  | 9                          | 39,1 %                       | 1 | 100 %                        | 0 | 0 %               | 1 | 100 % |
| Alkoholembryopathie                                     | 11  | 19,6 %  | 0                          | 0 %                          | 1 | 100 %                        | 0 | 0 %               | 0 | 0 %   |
| Reaktive Bindungsstörung                                | 41  | 73,2 %  | 11                         | 47,8 %                       | 1 | 100 %                        | 3 | 50 %              | 1 | 100 % |
| Körperliche Misshandlung des Kindes                     | 32  | 57,1 %  | 2                          | 8,7 %                        | 0 | 0 %                          | 5 | 83,3 %            | 1 | 100 % |
| Sexueller Missbrauch des Kindes                         | 7   | 12,5 %  | 2                          | 8,7 %                        | 0 | 0 %                          | 1 | 16,7 %            | 0 | 0 %   |

\* wahrscheinlich unerkannt 22 (38 %)

Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen nachgeburtlich (Vollständige Darstellung s. Czymek/Bozkurt 2008, S. 260f.)

Diese Daten zeigen die hohe Vorbelastung der Kinder, eine altersgemäße Entwicklung ohne Einschränkungen scheint kaum mehr möglich. Komplexe interdisziplinäre, interfakultative Hilfen wären nötig, für die jedoch keine flächendeckende fachliche Infrastruktur besteht. Somit bleiben die Fragen: „Wie soll die Versorgung dieser Kinder durch die Öffentliche Jugendhilfe überhaupt gelingen?“ und „Wie soll die sichere Versorgung dieser Kinder durch systemische Therapie und Beratung gelingen?“

### 3. Was folgt daraus?

Mein Anliegen ist es, kontextuelle und personenbezogene Hintergründe zu benennen, die die Entwicklung von Familiensystemen und professionellen Hilfen grundsätzlich beeinflussen. Individuelle und familiäre Lebensentwicklungen stehen ebenso wie u. a. systemisch orientierte Therapien in einem wahrnehmbaren oder auch nicht wahrnehmbaren Rückkopplungsprozess mit dem Kontext. Erfolg oder Misserfolg von professionellem Handeln wird wesentlich durch die Effekte dieses Kontextes beeinflusst. Die Frage, welcher Wirkfaktor der bedeutendste ist, kann ich nicht beantworten. Die kontextuellen Einflussfaktoren sind in jedem Einzelfall so groß, dass ich mit meinem Anspruch an ausschließlich systemisches professionelles Wirken bescheiden geworden bin. Mir ist zunehmend klar geworden, dass Eltern, ihre Kinder und auch systemisch arbeitende KollegInnen wegen mancher dieser Hintergründe wenig Chancen auf eine positive Veränderung hatten. Es bleibt die Hoffnung auf heilende Resilienzen und Ressourcen, Unterstützung und Einflussnahmen, deren Wirkung ich oft genug wie ein Wunder erlebt habe.

Entscheidend sind zunächst die Bedingungen, unter denen wir beginnen, systemische Therapien und Beratung zu gestalten. Wenn zu einer guten systemischen Therapie auch eine kontextuelle Analyse der Situation gehört, gilt es, die Ergebnisse der hier vorgelegten kontextuellen Analyse im Denken und Handeln zu beachten.

Mit großer Wertschätzung begegne ich den KollegInnen, die in den von ihnen geleiteten Therapien die hier aufgezeigte komplexe Interaktion der kontextuellen Hintergründe berücksichtigen. Ebenso gilt mein Respekt den KollegInnen, die sich von dieser komplexen Interaktion überfordert fühlen. Wie kann denn eine systemisch orientierte Therapie und Beratung sinnvoll sicher geleitet werden, wenn z. B. ärztliche Behandlungen wegen eines unvorstellbar hohen Beikonsums nicht dem „State of the Art“ entsprechen? Wie sollen abhängigkeitskranke Eltern die Lebensentwicklung ihrer Kinder begleiten, wenn das professionelle System und die Wissenschaften dahinter bisher so wenig sichere Antworten entwickelt haben? Der Anspruch an die Eltern hinsichtlich der Versorgung ihrer Kinder wirkt wie eine hilflose Delegation der eigenen Überforderung an überforderte Eltern.

Einige dieser schwierigen Therapien haben wir in den letzten Jahren geleitet, und manchmal war ich froh, das Wissen verschiedener Schulen mit dem wertvollen Wissen anderer nicht-systemischer Disziplinen systemisch verbinden zu können. Diese interdisziplinäre Arbeit war immer sehr bereichernd.

Es ist ein Gewinn, immer wieder zu erleben, wie Kinder sich in einer konstruktiven Weise entwickeln, wenn sie Schutz, Fürsorge, Unterstützung und Hilfe erfahren, und dies ist „nur“ durch interdisziplinäre Hilfen möglich. Die Kooperation in einem komplexen interdisziplinären und interfakultativen System ist für mich eine wunderbare systemische Erfahrung. Jedoch: Diese Zusammenarbeit ist an der Prämisse orientiert, dass niemand den Stein der Weisen gefunden hat, dass sich alle konstruktiv bemühen und dass hierfür geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Nun möge „den ersten Stein werfen“, wer will ...

### Literatur

- Bail, U. & Crüsemann, F. et al. (Eds.) (2006). *Bibel in gerechter Sprache*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Czyrnek, U. & Bozkurt, A. (2008). Kinder in drogenkranken Familiensystemen und ihre Störungsbilder. In: Stachowske, R. (Ed.) *Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien*. Kröning: Asanger, pp. 247-262.
- Hüllen, R. (2008). Schwangerschaftsanamnese und Untersuchungsergebnisse aus 10 Jahren. In: Stachowske, R. (Ed.) *Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien*. Kröning: Asanger, pp. 127-176.
- Kirk, B. (1998). Der Contergan-Fall: eine unvermeidbare Arzneimittelkatastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffes Thalidomid. Inauguraldissertation zur Erlangung des akademischen Grades doctor rerum naturalium an der Mathematisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.
- Lahann, H.-J. (2008). „Geschönte Sichtweisen?“ Chancen und Risiken ressourcen- und lösungsorientierter Ansätze – Reflexion anhand des „Kevin-Falls“ in Bremen. *Systema* 22(3), pp. 262-279.
- Mutschler, E., Geisslinger, G., Roemer, H. K., Schäfer-Korting, M. (2001). *Arzneimittelwirkungen. Lehrbuch der Pharmakologie und Toxikologie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Palandt, O. (2002). *Bürgerliches Gesetzbuch. Beck'sche Kurz-Kommentare*. München: C. H. Beck.
- Ritscher, W. (2007). *Soziale Arbeit: systemisch. Ein Konzept und seine Anwendung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ritscher, W. (2005). *Systemische Modelle für die Soziale Arbeit. Ein integratives Lehrbuch für Theorie und Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Röchling, W. (2008). Das Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls. *FamRZ*, Heft 16, pp. 1495-1497.

- Rückert, S. (2008). Wenn Nachsicht tötet. In: DIE ZEIT, Heft 25.
- Schweitzer, J., von Schlippe, A. (2006). Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sobot, A. (2008). Warum brauchen Babys Therapie? In: Stachowske, R. (Ed.) Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. Kröning: Asanger, pp. 177-246.
- Stachowske, R. (2008). Drogen, Schwangerschaft und Entwicklung der Kinder. In: Stachowske, R. (Ed.) Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. Kröning: Asanger, pp. 33-126.
- Stachowske, R. (Ed.) (2008). Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien. Kröning: Asanger.
- Bericht des Parlamentarischen Untersuchungsausschusses „Kindeswohl“, 18. April 2007, [www.radiobremen.de/magazin/politik/fall\\_kevin/abschlussbericht.html](http://www.radiobremen.de/magazin/politik/fall_kevin/abschlussbericht.html). (Zugriff 20.1.09).

Dr. Ruthard Stachowske