

Heidi Kuttler*

Aufmerksamkeit ohne Alarmismus: alkoholintoxikierte Jugendliche im Krankenhaus und Kindeswohlgefährdung

I. Vorbemerkungen

Mit dem im Jahr 2003 gestarteten Alkoholpräventionsprogramm HaLT (Hart am Limit) erhalten Kinder und Jugendliche, die mit einer Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert werden, idR noch am Krankenbett ein Beratungsgespräch durch sozialpädagogische Fachkräfte (sog. „Brückengespräch“), ebenso ihre Eltern. HaLT wird heute an ca 140 Standorten in ganz Deutschland umgesetzt. Ziel des Beratungsgesprächs ist es, die individuellen Gründe für den exzessiven Alkoholkonsum zu erfassen und geeignete Unterstützung anzubieten bzw einzuleiten. Führen jugendtypisches Experimentierverhalten und Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol zu einer schweren Alkoholvergiftung, zielt das Gespräch und ein sich anschließendes Gruppenangebot für Jugendliche in der Fachstelle vorwiegend auf die Vermittlung von Informationen zur Wirkung und Gefahren von Alkohol und die Vermittlung von Sicherheitsregeln (zB keinen Alkohol aus der Flasche zu trinken, keine Spirituosen, kein Alkohol im Straßenverkehr). Da sich fast alle Alkoholvergiftungen in der Peer-Group ereignen, bildet auch der Umgang mit Gruppendruck ein wichtiges Thema. Wird im Gespräch allerdings deutlich, dass der/die Jugendliche sich in einer belasteten Lebenssituation befindet (zB problematische Familienverhältnisse, massive Schwierigkeiten in Schule oder Ausbildung, psychische Probleme), reicht eine Intervention, welche sich vorwiegend auf den riskanten Alkoholkonsum bezieht, nicht aus. In solchen Fällen werden in Abstimmung mit dem/der Jugendlichen und den Eltern umfassendere Hilfen eingeleitet. Das kann der Kontakt zu einer Erziehungsberatungsstelle oder zur Schulsozialarbeit sein, die Empfehlung, mögliche psychische Probleme medizinisch abklären zu lassen, oder die Organisation von sozialpädagogischer Familienhilfe über das Jugendamt.

Für die – sehr seltenen – Fälle, dass HaLT-Fachkräfte Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung erhalten, wurden angesichts der Bedeutung dieses Themas die folgenden Leitlinien erstellt. Die mittlerweile vorliegenden Informationen zu alkoholintoxikierten Jugendlichen sollen auch verdeutlichen, dass eine Alkoholintoxikation keinesfalls automatisch als ein Hinweis auf eine Entwicklungsgefährdung oder gar eine Gefährdung des Kindeswohls zu bewerten ist.

Ausgangssituation

Um Kinder und Jugendliche zu schützen, ist es entscheidend, überall dort besonders aufmerksam zu sein, wo die Vermutung entsteht, dass ihre gesunde Entwicklung beeinträchtigt sein könnte. So taucht im Zusammenhang mit stationär behandelten Alkoholintoxikationen immer wieder die Frage auf, ob nicht eine Gefahr für das Kindeswohl besteht, wenn Kinder und Jugendliche so viel Alkohol trinken, dass sie mit schwersten Vergiftungen ins Krankenhaus eingeliefert werden müssen. Liegen bspw schwere Belastungen oder psychische Erkrankungen vor? Kann der Alkoholmissbrauch ein Hinweis auf – destruktive – Problemlösungsversuche der Betroffenen sein? Oder sind die Eltern nicht gewillt oder in der Lage, das Verhalten ihres Kindes so zu begrenzen, dass es sich nicht schadet? Kommen die Eltern ihrer Aufsichtspflicht nicht nach, bspw, wenn ein Kind oder Jugendlicher bis spät nachts unterwegs ist oder mit Duldung der Eltern schon in sehr jungen Jahren große Mengen Alkohol trinkt? Oder ist das elterliche Erziehungsverhalten durch massive Ablehnung oder Desinteresse ihrem Kind gegenüber gekenn-

* Die Verf. ist Dipl.-Pädagogin und Geschäftsführerin der Villa Schöpfung gGmbH – Zentrum für Suchtprävention in Lörrach. Sie ist Initiatorin des Bundesmodellprojekts Hart am Limit – HaLT, das neben einem kommunalen Netzwerkansatz zur Alkoholprävention eine Kurzintervention für alkoholintoxikierte Jugendliche im Krankenhaus beinhaltet.

zeichnet? Letzteres liegt nahe, wenn es dem Krankenhauspersonal nicht gelingt, die Eltern zu erreichen oder wenn die Eltern es ablehnen, ihr Kind zu besuchen bzw abzuholen.

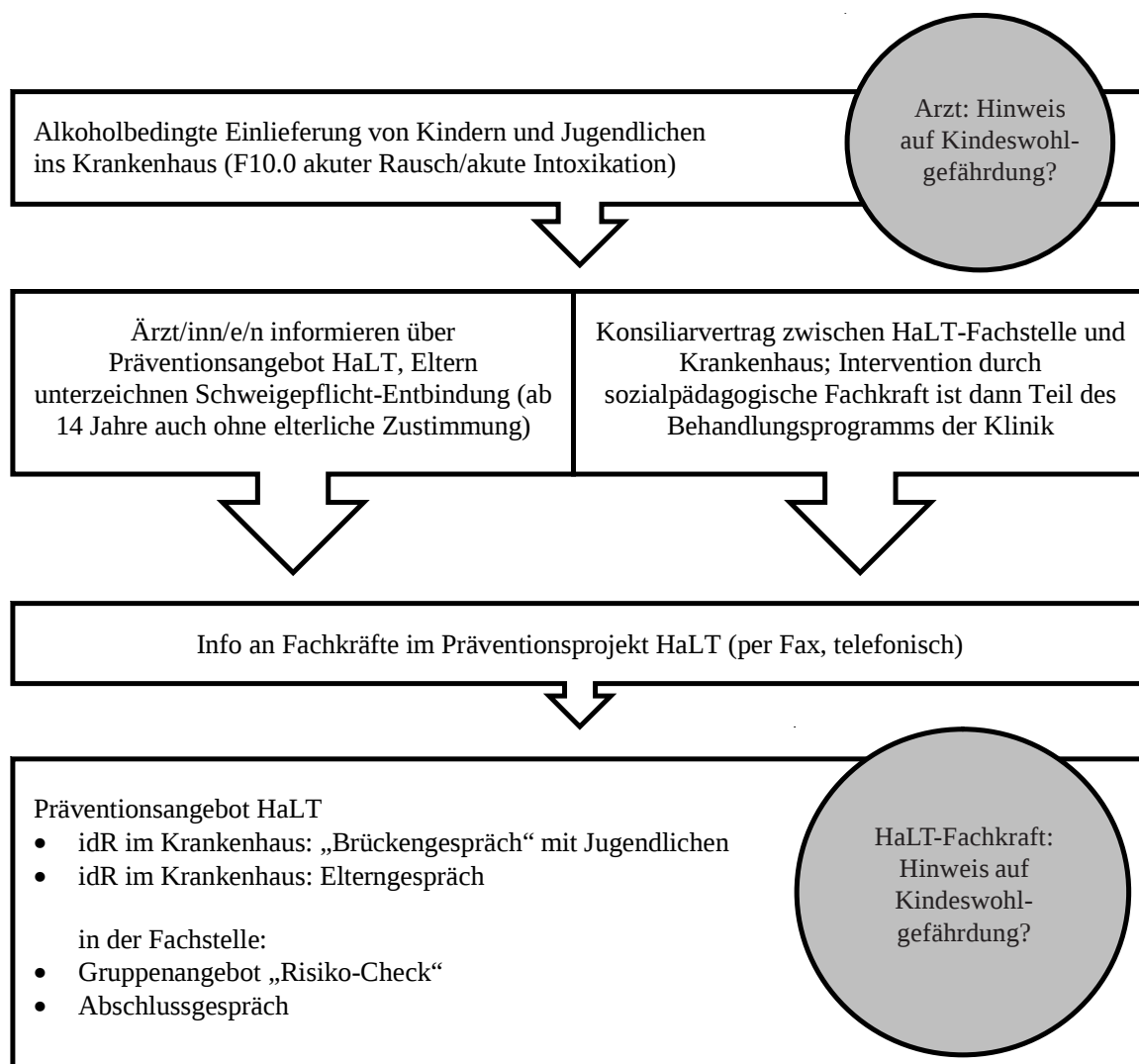
Befindet sich ein Kind im Krankenhaus, liegt die Verantwortung für seine medizinische Versorgung und die Einleitung aller darüber hinaus erforderlichen Maßnahmen in Abstimmung mit den Eltern bei den behandelnden Ärzt/inn/en. Mit dem Alkoholpräventionsprogramm HaLT wurde in den letzten Jahren bundesweit in über 100 Krankenhäusern eine systematische Zusammenarbeit von medizinischem Fachpersonal und sozialpädagogischen Fachkräften aufgebaut. Der Kontakt der HaLT-Fachkraft zu Jugendlichen im Krankenhaus und ihren Eltern findet zeitlich nach der medizinischen Behandlung statt, idR am Folgetag, wenn die Jugendlichen ausgeüchtert sind. Im Zuge ihrer Beratungsarbeit aufgrund der Alkoholintoxikation erhalten die Präventionsfachkräfte möglicherweise Informationen, welche dem medizinischen Personal nicht zur Verfügung stehen. Im Fall der Vermutung einer Gefährdung ist es erforderlich, durch systematische Beobachtung, Dokumentation und Fachaustausch zwischen allen beteiligten Personen und Institutionen ein größtmögli-

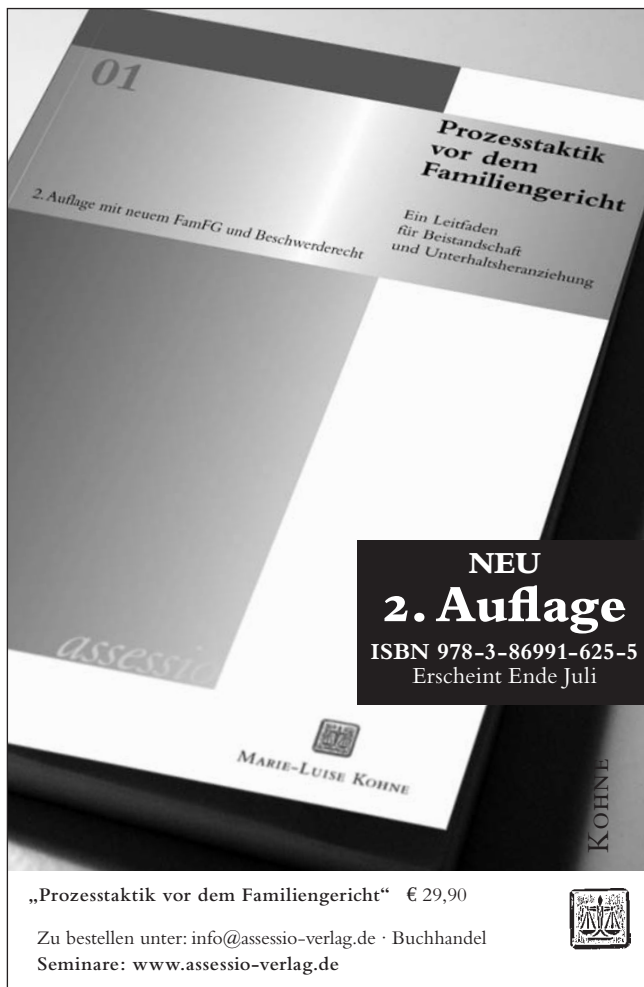
ches Maß an Sicherheit bei der Bewertung der Gefährdungssituation zu erlangen. Dies ist die Grundlage für die Einleitung der evtl erforderlichen Hilfen. Die Situation im Krankenhaus bietet damit eine wertvolle Chance für Früherfassung und Frühintervention, um Kinder und Jugendliche wirksam zu schützen.

II. Alkoholintoxikierte Jugendliche – Gefährdungseinschätzung und Hilfen

Die Literaturrecherche zeigt, dass sich die meisten Studien und Leitfäden zum Thema Kindeswohlgefährdung auf (Klein-)Kinder beziehen, die aufgrund ihrer Hilflosigkeit und Abhängigkeit durch elterliche Gewalt und Vernachlässigung am unmittelbarsten und stärksten gefährdet sind. Die Patient/inn/en, die aufgrund einer Alkoholintoxikation im Krankenhaus behandelt und in das HaLT-Programm einbezogen werden, sind hingegen zwischen 13 und 17 Jahre alt. Dies ist ein Alter, in dem sich eine mögliche Gefährdung ihrer gesunden Entwicklung durch andere Hinweise manifestiert als bei Jüngeren und eine akute Gefährdung von Leib und Leben deutlich seltener gegeben ist.

Abb. 1: An welcher Stelle ergeben sich Hinweise auf eine Kindeswohlgefährdung in Zusammenhang mit einer alkoholbedingten Krankenhausbehandlung?





1. Stationär behandelte Jugendliche: Schule, Substanzkonsum, familiäre Situation

Über das im Jahr 2003 gestartete Bundesmodellprojekt Hart am Limit – HaLT, mit dem Kinder, Jugendliche und ihre Eltern noch im Krankenhaus ein Präventionsangebot erhalten, weiß man heute mehr über die betroffenen Jugendlichen.¹ Die wissenschaftliche Begleitung der Modellphase von HaLT an elf bundesweit verteilten Standorten durch Prognos,² in der 764 Jugendliche befragt wurden, zeigt, dass es sich um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Gut 20 % der Jugendlichen besuchen das Gymnasium und jeweils etwa 30 % Realschule und Hauptschule. 6,2 % gehen auf eine Förder-/Sonderschule. Arbeitslosigkeit ist in den meisten Familien kein Thema, nur bei 8,5 % der befragten Jugendlichen sind die Eltern nicht erwerbstätig. Die Hälfte der Jugendlichen wächst in ihrer Familie gemeinsam mit beiden Elternteilen auf, jede/r dritte lebt bei nur einem Elternteil, 13,5 % der Jugendlichen leben nicht bei den Eltern. 76 % haben noch nie illegale Drogen konsumiert.³ Eine Befragung von 187 Jugendlichen, die im HaLT-Programm in Rostock/Güstrow betreut wurden, zeigt einen Anteil von 37 % Realschüler/innen, knapp 25 % besuchen das Gymnasium, jeweils etwa 10 % eine Haupt- oder Förderschule. 40 % von ihnen kommen aus Familien mit zwei Elternteilen, fast jede/r zweite allerdings aus einer Familie mit nur einem Elternteil. Wie in

der Prognos-Studie ist auch hier der Anteil von Jugendlichen, die in Ein-Eltern-Familien aufwachsen, überrepräsentiert. 20 % der Mütter und Väter sind von Arbeitslosigkeit betroffen. Bei den Müttern entspricht dies in etwa dem statistischen Durchschnitt in der Region, bei den Vätern liegt der Anteil leicht darüber. Eine neue Studie von HaLT in Bayern,⁴ in der 793 Jugendliche befragt wurden, bestätigt die Heterogenität aus den früheren Befragungen und dokumentiert eine zahlenmäßig eher geringe Gefährdung: Nur 14,6 % berichten vom Konsum illegaler Substanzen im vergangenen Jahr. HaLT-Fachkräfte, die mit den Jugendlichen arbeiten, gehen bei 6,6 % der Jugendlichen von einer stark überdurchschnittlichen Belastung aus, nur 3,9 % der Jugendlichen werden als stark unterdurchschnittlich unterstützt eingestuft.

2. Alkoholintoxikation, Rauschtrinken, Komatrinken?

Das einzige Kennzeichen, das allen Jugendlichen gemeinsam ist, ist die Diagnose, die im Krankenhaus im Rahmen des ICD-10 (International Classification of Diseases) gestellt wird: F10.0, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation (akuter Rausch). Es zeigt sich, dass bei einem Teil der Jugendlichen ihre Unerfahrenheit im Umgang mit Alkohol zu einer schweren Vergiftung führte.⁵ Dazu kommt es insbesondere, wenn bei ersten Trinkexperimenten Spirituosen getrunken wurden, deren Wirkung unterschätzt wird. Und gerade Kinder und Jugendliche, die zuvor noch nie oder nur sehr wenig Alkohol getrunken haben, reagieren bereits auf relativ geringe Alkoholmengen sehr heftig. 7 %⁶ bis 12 %⁷ der erfassten Jugendlichen im Krankenhaus weisen einen Blutalkoholgehalt von unter 1 Promille auf. So besorgniserregend ein alkoholbedingter Krankenhausaufenthalt ist, so ist er doch gerade im niedrigen Promillebereich oft ein Indikator für eine fehlende Gewöhnung an Alkohol. Der von Fachleuten beobachtete Anstieg von Jugendlichen mit relativ geringen Promillewerten in den Krankenhäusern kann auch als Hinweis für eine erhöhte Sensibilität des sozialen Umfelds im Umgang mit alkoholintoxikierten Personen sein.

Die Studie aus Bayern konstatiert einen durchschnittlichen Promillewert der im Krankenhaus behandelten Jugendlichen von 1,5 Promille. Die Begleitforschung des Bundesmodell-

- 1 Bundesministerium für Gesundheit/Prognos, Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“, Forschungsbericht, 2008; Reis/Pape, HaLT – Ein Bundesmodellprojekt für Kinder und Jugendliche mit akuten Alkoholvergiftungen im Raum Rostock und Güstrow 2004 – 2007. Projektbericht, Universitätsklinikum Rostock, 2008, (abrufbar unter http://www.halt-projekt.de/images/stories/pdf/rostockstudie%202008_zusammenfassung.pdf; zuletzt zugegriffen am 18.07.2012); Kraus ua, Stationäre Behandlung von Jugendlichen mit akuter Alkoholintoxikation: Auswertung einer Befragung im Rahmen des Präventionsprojekts „Hart am Limit (HaLT)“ in Bayern, Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen BAS, 2010.
- 2 Die Basler Prognos AG ist ein europäisches Zentrum für Wirtschaftsforschung und Strategieberatung (weitere Informationen können abgerufen werden unter www.prognos.com); s.a. Fn 1.
- 3 Bundesministerium für Gesundheit/Prognos (Fn 1).
- 4 Kraus ua (Fn 1).
- 5 Bundesministerium für Gesundheit/Prognos (Fn 1), 66; Kuttler, in: dies./Schmieder, Filmliss, Koma, Suchtgefahren? Wie Eltern ihr Kind schützen können, 2011, 94.
- 6 Bundesministerium für Gesundheit/Prognos (Fn 1).
- 7 Kraus ua (Fn 1).

projekts durch Prognos stellt bei knapp 20 % der Jugendlichen Werte zwischen 1 und 1,5 Promille fest, 60 % der Jugendlichen haben zwischen 1,5 und 2,5 Promille. Welche Mengen hierfür getrunken werden, zeigen folgende Beispielrechnungen, bei dem die Werte für einen Jungen und ein Mädchen mit eher geringem Körpergewicht errechnet werden. Der Promillerechner der BZgA (www.kenn-dein-limit.de) gilt zwar für Erwachsene, ermöglicht aber eine grobe Einschätzung. Danach kommt eine 15-Jährige, die 170 cm groß ist und 53 kg wiegt, mit zwei Gläsern Sekt (zwischen 18.00 und 19.00 Uhr) und zwei Cocktails (zwischen 19.00 und 20.00 Uhr) auf einen Promillewert von 0,95. Besonders, wenn das Mädchen nicht an Alkohol gewöhnt ist, kann es zu gesundheitlichen Problemen wie Bewusstseinstörungen, starken körperlichen Beeinträchtigungen und Erbrechen kommen, was das soziale Umfeld veranlassen kann, einen Arzt zu rufen. Ein 14-jähriger Junge mit 45 kg Körpergewicht und einer Größe von 162 cm erreicht beim Trinken von zunächst zwei Mixgetränken/Cocktails (22.00 bis 23.00 Uhr) und dann fünf Schnäpsen (23.00 bis 24.00 Uhr) einen Promillewert von 1,47. Da das alkoholabbauende Enzym erst durch den Konsum von Alkohol gebildet wird, reagieren gerade alkoholunerfahrene Jugendliche sehr heftig auf die Wirkung des Alkohols, umso mehr, wenn sie schnell trinken. Bereist relativ geringe Mengen können zu Bewusstlosigkeit führen, insbesondere in der Phase, in der die Alkoholkonzentration im Blut rasch ansteigt. Das schnelle Trinken mehrerer Gläser hintereinander findet oft in Zusammenhang mit Wetttrinken in der Gruppe der Gleichaltrigen statt, eine der in der Modellphase des HaLT-Projekts identifizierte Situation, die bei einer ganzen Reihe von Jugendlichen zum Krankenhausaufenthalt geführt hat.⁸

Entgegen dem Bild, das viele Medien von den jungen „Komatrinkern“ zeichnen, ist die Mehrzahl der Betroffenen nicht komatös, „nur“ 22,7 % der Jugendlichen sind bei ihrer Einlieferung bewusstlos.⁹ Bedeutet das also Entwarnung, schalten überbesorgte Freunde oder Eltern zu schnell einen Arzt ein? Keineswegs. In der gleichen Studie wird dokumentiert, dass 88 % der Jugendlichen über einen Krankenwagen oder Notarzt ins Krankenhaus eingeliefert werden, dh medizinisch qualifizierte Expert/inn/en bewerten den gesundheitlichen Zustand der betroffenen Jugendlichen als bedenklich. In 11,5 % der Fälle wurde die Einlieferung von den Eltern veranlasst.

3. Alkoholintoxikation nicht gleichbedeutend mit Kindeswohlgefährdung

Nach derzeitigem Kenntnisstand ist davon auszugehen, dass ein Trinkverhalten, das zu einem alkoholbedingten Krankenhausaufenthalt führt, nicht zwangsläufig ein Indikator für eine Gefährdung des Kindeswohls darstellt. Häufig handelt es sich vielmehr um ein unter Jugendlichen verbreitetes Experimentier- und Risikoverhalten. Ein großer Teil der Jugendlichen nennt als Grund für den Alkoholkonsum „Spaß haben wollen“ oder „Wetttrinken“, und immer wieder kommt es aufgrund der Unerfahrenheit zu „Dosierungsfehlern“, weil die Wirkung des Alkohols unterschätzt wird. Da ein junger Mensch mit sehr unterschiedlichen Symptomen auf seelische

und körperliche Gewalt oder Vernachlässigung reagieren kann, ist es wichtig, das Ereignis Rauschtrinken, auch wenn es zu einer Krankenhausaufnahme führt, immer im Kontext der gesamten Lebenssituation des/der einzelnen Jugendlichen zu bewerten. Umso mehr, als Risikoverhalten (und dabei auch exzessives Trinken) im Jugendalter entwicklungspsychologisch begründet besonders ausgeprägt sein kann.

„Die früher [...] gebräuchliche Bezeichnung ‚Problemtrinker‘ wird aufgrund der Erkenntnis, dass nur ein geringer Anteil sogenannter jugendlicher ‚Problemtrinker‘ [...] später eine Alkoholikerkarriere beginnen, nicht mehr verwendet. Es hat sich gezeigt, dass überwiegend situative Faktoren zu einem zeitlich begrenzten transitorischen erhöhten Alkoholkonsum führen.“¹⁰

Eine systematische Miteinbeziehung der Sozialen Dienste/ des Jugendamts bei alkoholbedingten Krankenhausaufenthalten würde zu einer unnötigen Belastung in den Jugendämtern führen und Ressourcen binden, die für tatsächlich Gefährdete benötigt werden. Zudem könnte eine automatisierte Information an Behörden dazu führen, dass die Öffentlichkeit das Problem des jugendlichen Rauschtrinkens immer mit einem schweren Verschulden bzw Versagen der Eltern assoziiert. Die Bereitschaft des nahen sozialen Umfelds, in alkoholbedingten Gefahrensituationen ärztliche Hilfe einzuleiten, würde aus Angst vor Stigmatisierung sinken – was die Wahrscheinlichkeit von Verletzungen und selbst Todesfällen unter Jugendlichen erhöhen könnte.

Die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie, diversen Studien und einer fast zehnjährigen Praxis mit dem HaLT-Programm führen dazu, dass Expert/inn/en aus Wissenschaft und Praxis davor warnen, stationär behandelte Alkoholintoxikationen bei Minderjährigen *immer* als Hinweis auf eine Kindeswohlgefährdung zu interpretieren. Im Bundesnetzwerk HaLT, dem Zusammenschluss der HaLT-Länderkoordinator/inn/en, wurde folgende Position zu Protokoll gegeben:

„Eine Alkoholintoxikation ist kein alleiniger Indikator für eine Kindeswohlgefährdung, unabhängig von Alter und Promillewerten. Eine Informationsweitergabe diesbezüglich an das Jugendamt darf kein Automatismus sein. Wichtig sind eine Würdigung und Bewertung aller Risikofaktoren und ein stufenweises Vorgehen. Die HaLT-Fachkraft ist hierbei beratend tätig.“¹¹

III. Stationär behandelte Alkoholintoxikation als Weg der Früherkennung bei Gefährdung des Kindeswohls

Wenn auch in den meisten Fällen Entwarnung bezüglich einer massiven Entwicklungsgefährdung betroffener Kinder und Jugendlicher gegeben werden kann, ist nicht von der Hand zu weisen, dass früher Alkoholmissbrauch durchaus in Zusammenhang mit einer Gefährdung des Kindeswohls stehen *kann*.¹² Der frühe Kontakt des Hilfesystems zu be-

8 Bundesministerium für Gesundheit/Prognos (Fn 1), 66.

9 Kraus ua (Fn 1), 16.

10 Korczak ua, Prävention des Alkoholmissbrauchs von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Schriftenreihe Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIM-DI), Bd 112, 2011, 15.

11 Unveröffentlichtes Protokoll, 16.04.2010.

12 Stolle ua Deutsches Ärzteblatt 2009, 323 bis 328.

troffenen Jugendlichen (und ggf zu ihren Eltern) über einen alkoholbedingten Krankenhausaufenthalt stellt damit eine Chance für die Früherkennung und Frühintervention dar. Und zwar nicht nur hinsichtlich des riskanten Alkoholkonsums selbst, sondern insgesamt bezüglich schwerer Entwicklungsgefährdungen der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Der Umgang mit der Vermutung einer Kindeswohlgefährdung stellt Fachkräfte vor eine herausfordernde Situation. Greifen sie diesbezügliche Hinweise offensiv auf, befürchten sie, dass der/die Jugendliche das Vertrauen verliert und seine/ihre Offenheit für die weitere Zusammenarbeit nicht mehr gegeben ist. Oder sie befürchten, dass Jugendliche darunter zu leiden haben, wenn die Eltern erfahren, dass ihre Kinder „Fremden“ von der schwierigen Situation zu Hause erzählt haben. In den letzten Jahren wurde vom Gesetzgeber mehr Klarheit geschaffen. § 8a SGB VIII sowie – seit dem 01.01.2012 – § 8b SGB VIII und § 4 KGG schaffen eine verlässliche Grundlage, um unter Wahrung der Anonymität der betroffenen Jugendlichen und ihrer Familien ein größtmögliches Maß an Klarheit zu erzielen, geeignete Hilfen einzuleiten und, falls diese zur Abwendung einer Gefährdung nicht geeignet sind, die Fachkräfte des Jugendamts einzubeziehen.

1. Gesetzliche Grundlagen

Im SGB VIII Sozialgesetzbuch Kinder- und Jugendhilfe wird in § 8a der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung geregelt. Er bezieht sich auf das Verfahren im Jugendamt sowie das Vorgehen bei Trägern der freien Jugendhilfe. Für Suchtberatungsstellen, die nicht Träger der freien Jugendhilfe sind, gelten die Normen des SGB VIII nicht unmittelbar. Der § 8a SGB VIII bietet jedoch ein Modell, an dem sich auch Institutionen orientieren können, die nicht direkt der Jugendhilfe zuzuordnen sind, allerdings ebenfalls mit gewichtigen Anzeichen für Kindeswohlgefährdung in Kontakt kommen. Der § 8a SGB VIII bildete darüber hinaus eine wichtige Grundlage, auf der die Debatte um das Bundeskinderschutzgesetz (BKSchG) aufbaute.

Seit dessen Inkrafttreten zum 01.01.2012 wird über § 8b SGB VIII ein Anspruch zur fachlichen Beratung und Begleitung von Personen, die außerhalb der Jugendhilfe in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, begründet:

„Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.“

Ebenfalls mit dem BKSchG ist eine Vorschrift zur „Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung“ in Kraft getreten. Sie findet sich in § 4 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) und bezieht sich auf Institutionen außerhalb der Jugendhilfe, wie bspw Lehrkräfte und Erzieher/innen oder Hebammen. Auch sozialpädagogische Fachkräfte, wie sie im HaLT-Programm tätig sind, lassen sich hier zuordnen. § 4 Abs. 1 KKG regelt die Vorgehensweise von ua sozialpädagogischen Fachkräften bei einer vermuteten Kindeswohlgefährdung.

„Werden [...] staatlich anerkannten Sozialarbeiterinnen oder -arbeitern oder staatlich anerkannten Sozialpädagoginnen oder -pädagogen [...] in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.“

§ 4 Abs. 2 KKG bestimmt – mit einer Entsprechung in § 8b SGB VIII –, dass Fachkräfte zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung „gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft haben. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren“.

Absatz 3 regelt, unter welchen Bedingungen die Fachkraft befugt ist, das Jugendamt zu informieren und die erforderlichen Daten zu kommunizieren:

„Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Absatz 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Absatz 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Satz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.“

2. Abstimmungsprozesse zwischen Professionellen in Klinik, Sucht- und Jugendhilfe

HaLT stellt einen kommunalen Präventionsansatz dar, getragen von einer systematischen und verbindlichen Zusammenarbeit verschiedener Partner/innen. Im Baustein der Frühintervention (reaktiver Baustein) ist die enge Kooperation zwischen den Fachstellen der Suchthilfe und -prävention, den beteiligten Kliniken, weiteren Beratungsstellen und ggf der Jugendhilfe wesentliche Voraussetzung für wirksame Hilfen für Jugendliche und ihre Eltern. Regional unterschiedlich ist das HaLT-Programm in das jeweilige Hilfe-System eingebettet. In manchen Regionen liegt die weitere Begleitung von betroffenen Jugendlichen und ihren Eltern nach der einmal erfolgten Kontaktherstellung durch das behandelnde Krankenhaus vorwiegend bei der verantwortlichen Beratungsstelle. In solchen Fällen gelten die jeweils vereinbarten Regelungen zum Umgang mit einer Vermutung auf Kindeswohlgefährdung, nur dass der Erstkontakt zu Jugendlichen und Eltern nicht in der Beratungsstelle selbst, sondern im Krankenhaus stattfindet. An anderen Standorten ist das HaLT-Gespräch im Krankenhaus über Konsiliarverträge fester Bestandteil des Hilfeangebots der Klinik. Hier bleibt die Verantwortung für evtl erforderliche weitere Maßnahmen bei den behandelnden Ärzt/inn/en.

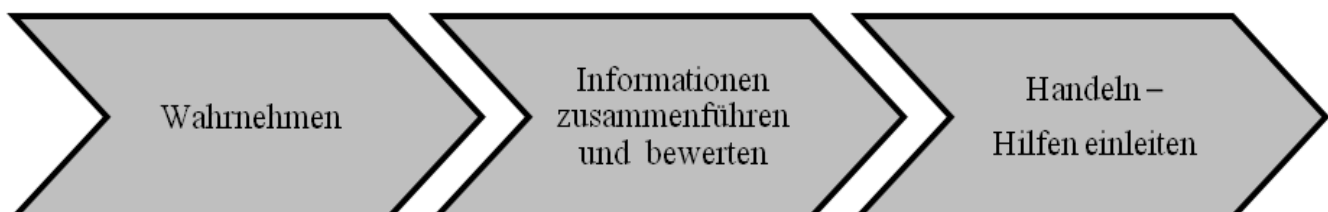
Die Einschätzung einer möglichen Gefährdung und/oder ggf erforderlicher Hilfen für Jugendliche und ihre Eltern sollte in einem gemeinsamen Abstimmungsprozess zwischen den direkt Beteiligten erfolgen: HaLT-Fachkraft, Ärzt/inn/e/n, Eltern und ggf Jugendliche. Es ist möglich, dass das medizinische Personal bereits eine vage Vermutung hatte, aber die Hinweise nicht ausreichten, um wirklich von einer Gefährdungssituation auszugehen. Kommt die Einschätzung der

sozialpädagogischen Fachkraft ergänzend dazu, komplettiert sich das Bild und eine realistische Einschätzung der Situation wird wahrscheinlicher. Ergeben sich für die HaLT-Fachkraft Hinweise auf eine Gefährdung erst zu einem späteren Zeitpunkt, ist der – pseudonymisierte – Fachaustausch mit Leitung und Kolleg/inn/en in der jeweiligen Fachstelle der nächste Schritt, um mehr Sicherheit bei der Einschätzung zu gewinnen.

Für Fälle, bei denen im kollegialen Fachaustausch der unmittelbar beteiligten Personen und Institutionen keine ausreichende Bewertung der Gefährdung des/der Jugendlichen möglich ist, hat das BKiSchG die Befugnis und einen Anspruch zur anonymisierten Fachberatung der Professionellen außerhalb der Kinder- und Jugendhilfe geschaffen (§ 4 Abs. 2 KKG, § 8b Abs. 1 SGB VIII). Die Beratung durch eine „insoweit erfahrene Fachkraft“, oft mit einer Zusatzqualifikation, soll der jeweiligen Institution helfen, die Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung mit größerer Sicherheit vorzunehmen, und sie in ihrer Entscheidung unterstützen, ob und ggf wie sie den Kontakt mit anderen mit dem Jugendlichen beschäftigten Institutionen herstellen kann. Die Jugendämter stehen in der Verantwortung, das Angebot einer anonymisierten Fachberatung durch diese Fachkräfte zu organisieren. Die direkt verantwortlichen Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Diensts (ASD) im Jugendamt scheiden nach Meinung von Experten für die Beratung nach § 8b SGB VIII wegen Rollenkonfusion aus.¹³ Das Jugendamt wäre in seinem eigenen Schutzauftrag aktiviert, müsste seinerseits auf die Familie zugehen, um die (potenzielle) Gefährdung einzuschätzen. Damit könnte es nicht mehr als vertrauliche Fachberatung, hier für die Präventionsfachkräfte, zur Verfügung stehen. Einrichtungen, welche das HaLT-Programm umsetzen, wird empfohlen, eine mögliche Vorgehensweise in ihrem Team und mit den regional zuständigen Sozialen Diensten abzustimmen, um im „Ernstfall“ die erforderlichen Klärungs- und Abstimmungsprozesse nicht unter Zeitdruck vornehmen zu müssen.

3. Umgang mit Gefährdungshinweisen

Abb. 2: Die Abklärung einer evtl Kindeswohlgefährdung findet im Rahmen eines dreistufigen Prozesses statt.



Um den Abstimmungs- und Entscheidungsprozess über die einzelnen Schritte systematisch und nachvollziehbar zu gestalten, ist die sorgfältige Dokumentation einzelner Maßnahmen, der geführten Gespräche und deren Ergebnisse unabdingbar.

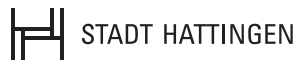
a) Wahrnehmen

In vielen Fällen ergeben sich Hinweise auf eine mögliche Gefährdung des Kindes oder des/der Jugendlichen bereits im Rahmen der medizinischen Behandlung oder im Zuge der Kontaktaufnahme der Klinik mit den Eltern, bzw wenn es nicht gelingt, die Eltern zu erreichen. Die Steuerung des weiteren Vorgehens liegt dann im Verantwortungsbereich des Krankenhauses. Allerdings ist es möglich, dass ein Junge oder Mädchen erstmals im Rahmen des HaLT-Beratungsgesprächs mit der sozialpädagogischen Fachkraft Ereignisse schildert, die auf eine schwere Gefährdung hinweisen. Das kann der Fall sein, wenn der/die Jugendliche Angst hat, nach dem Krankenhausaufenthalt von den Eltern geschlagen zu werden. Oder wenn von familiären Konflikten berichtet wird, bei denen der/die Jugendliche bereits misshandelt, bedroht oder von zu Hause ausgesperrt wurde. Es ist auch möglich, dass während des Krankenhausaufenthalts keine Indikatoren für eine Kindeswohlgefährdung auftauchen, sondern erst im Zuge der weiteren Arbeit mit dem/der Jugendlichen in der Beratungsstelle.

Es liegen eine Reihe von Arbeitshilfen für die Praxis vor, die es Fachkräften erleichtern sollen, eine Gefährdung des Kindeswohls so eindeutig und sicher wie möglich zu bestimmen. Lippki¹⁴ hat einige der bekanntesten Dokumentationshilfen, Kriterienkataloge und Beobachtungsbögen verglichen und ihre Praktikabilität und Eignung mit Fachkräften der Allgemeinen Sozialen Dienste Nürnberg diskutiert und bewertet. Dabei flossen der Stuttgarter Kinderschutzbogen, das BridgeALERT-G aus Nürnberg, das Dokumentationssystem des Stadtjugendamts Recklinghausen und der PPQ 8 Kinderschutz – Dormagen ein, die beiden Letztgenannten wurden 2003 in einer Empfehlung des Deutschen Städtetags als Möglichkeiten einer standardisierten Dokumentation genannt. Der Dormagener Qualitätskatalog wurde mittlerweile weiterentwickelt und liegt seit 2011 in einer Neuauflage

¹³ Meysen/Eschelbach, Das neue Bundeskinderschutzgesetz, 2012, Kap. 3 Rn 98.

¹⁴ Lippki, Kindeswohlgefährdung. Im Spannungsfeld der Jugendhilfe und Rechtssprechung; mögliche Entscheidungshilfen für die Arbeit des ASD Nürnberg, 2003 – unveröffentlichte Diplomarbeit, vorgelegt an der Georg-Simon-Ohm-Fachhochschule Nürnberg am 23.11.2003.



Hattingen hat freie Stellen.

Bei der Stadt Hattingen - 56.000 Einwohner - ist zum 1. April 2013 die Stelle

der Leiterin bzw. des Leiters des Fachbereichs Jugend, Schule und Sport

zu besetzen.

Der Fachbereich umfasst derzeit rund 190 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Verantwortung für ein Finanzvolumen von ca. 15 Mio. Euro. Zum Aufgabenspektrum des Fachbereichs gehören die Aufgaben des Jugendamtes sowie der Schul- und Sportverwaltung.

Es handelt sich um eine Vollzeitstelle, die nach Entgeltgruppe E 15 des Tarifvertrages für den öffentlichen Dienst (TVöD) bzw. Besoldungsgruppe A 15 BBesG dotiert ist.

Bewerbungen von Frauen sind ausdrücklich erwünscht. Bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung werden Frauen bevorzugt berücksichtigt.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.hattingen.de. Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte **bis zum 12. Oktober 2012** an die

Stadt Hattingen
Fachbereich Personal, Organisation und Datenverarbeitung
Postfach 80 04 56
45504 Hattingen

vor. Der Erfassungsbogen der Stadt Nürnberg bietet damit eine Synthese aus bestehenden und empfohlenen Erfassungsbögen, Fachliteratur und Bewertung durch Fachkräfte der ASD. Der daraus entwickelte Jugendschutzbogen der Stadt Nürnberg zur Erstabklärung bei einem Anfangsverdacht bezieht sich auf Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren.¹⁵ Angesichts des Klinikkontexts, in dem eine Gefährdungseinschätzung vorgenommen werden muss, nimmt die folgende Checkliste zusätzlich Anregungen der – internen – Beurteilungshilfen des HaLT-Projekts Hannover auf.¹⁶

Indikatoren in Zusammenhang mit stationär behandelten Alkoholintoxikationen – mögliche Hinweise auf eine Gefährdung

- ☐ Wiederholte Alkoholintoxikation
- ☐ Beikonsum anderer Substanzen/BTM
- ☐ Hohe Blutalkoholwerte bei relativ geringen Ausfallerscheinungen
- ☐ Kontaktaufnahme zu den Eltern gelingt nicht
- ☐ Fehlende Mitwirkung der Eltern (Verharmlosen, Resignation, Überforderung)
- ☐ Unzureichende Versorgungslage (Nahrung, Kleidung, Hygiene)
- ☐ Medizinische Versorgung bei Bedarf nicht gewährleistet
- ☐ Schlafmöglichkeit nicht (immer) vorhanden (kein fester Wohnsitz)
- ☐ Altersgemessener Schutz vor Gefahren und schädigenden Einflüssen nicht gewährleistet (zB Suchterkrankung der Eltern, tagelange Abwesenheit der Eltern)
- ☐ Betreuung nicht altersangemessen
- ☐ Schulbesuch/Ausbildung nicht gewährleistet (Schule schwänzen, Schulabbruch)
- ☐ Körperliche Gewalt gegen den/die Jugendliche/n
- ☐ Psychische Gewalt gegen den/die Jugendliche/n (zB Unterdrückung)
- ☐ Sexuelle Gewalt gegen den/die Jugendliche/n (Missbrauch, Prostitution)

- ☐ Einsperren/Verletzungen des/der Jugendlichen
- ☐ Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität
- ☐ Drogengebrauch (Alkohol, andere Drogen)
- ☐ Problematisches Freizeitverhalten
- ☐ Delinquentes Verhalten (Stehlen, Lügen, Erpressen)
- ☐ Weglaufen, Streunen
- ☐ Schulschwierigkeiten, zB Schule schwänzen¹⁷

Im Rahmen einer derzeit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit laufenden wissenschaftlichen Befragung von alkoholintoxikierten Jugendlichen im Krankenhaus soll ein Kurzfragebogen entwickelt werden, der von den HaLT-Fachkräften zukünftig im Krankenhaus eingesetzt werden soll. Ziel ist, vor dem Beratungsgespräch die relevanten Risiko- und Schutzfaktoren bei alkoholintoxikierten Jugendlichen und eine mögliche Entwicklungsgefährdung zu erfassen, um zielgerichteter Hilfe anbieten bzw. einleiten zu können.¹⁸ Der Fragebogen RiScA (Risiko- und Schutzfaktoren bei alkoholintoxikierten Jugendlichen) wird voraussichtlich 2014 für den Einsatz in der Praxis zur Verfügung stehen.¹⁹

b) Informationen zusammenführen und bewerten: Im Spannungsfeld zwischen Vertrauensschutz, Elternrecht und Handlungsnotwendigkeit

Der professionelle Umgang der Fachkraft mit Gefährdungshinweisen bewegt sich im Spannungsfeld zwischen dem Vertrauensverhältnis zu Jugendlichen und Eltern, beruflicher Schweigepflicht und der ethischen und rechtlichen Verpflichtung, eine evtl. drohende Gefährdung abzuwenden, sobald sie offenbar wird. Neben den in der obigen Liste genannten Indikatoren sind folgende Kriterien im Prozess der Entscheidungsfindung relevant:

- Beziehungs- und Bindungsmerkmale zwischen Eltern und Jugendlichen,
- der Wille des Kindes,
- die Veränderungsbereitschaft der Familienmitglieder, insbesondere der Eltern,
- Kontinuität des sozialen Umfelds des Kindes und
- Möglichkeiten der externen Hilfe.²⁰

Die vorrangige Elternverantwortung nach Art. 6 Abs. 2 GG beinhaltet für die Eltern auch das Recht, informiert zu werden, wenn es Anhaltspunkte für eine Gefährdung ihres Kindes gibt. Auch § 4 KKG und § 8a SGB VIII fordern verbindlich die Zusammenarbeit mit der Familie, falls eine Vermu-

15 Stadt Nürnberg, Amt für Kinder, Jugendliche und Familien – Jugendamt, Erfassungsbogen für Jugendliche 14 – 18 Jahre, Erstabklärung/Anfangsverdacht, Stand: 02/2009 (abrufbar unter http://www.jugendamt.nuernberg.de/downloads/kinderschutz_kinderschutzbogen2.pdf; zuletzt zugegriffen am 31.08.2012).

16 Koordinationszentrum Kinderschutz Hannover, HaLT-Projekt in der Region Hannover, Indikatorenliste zur Risikoeinschätzung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung durch riskanten Alkoholkonsum, 2010.

17 Herzlichen Dank an das Jugendamt der Stadt Nürnberg für die Unterstützung bei der Checkliste zur Gefährdungseinschätzung.

18 Wingenfeld ua Psychother Psych Med 2010, 442 bis 450; Bernstein/Fink, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), 1998 – in der deutschen Fassung von Driessen ua, 2000.

19 Weitere Informationen zur RiScA-Studie – Entwicklung eines Kurzfragebogens zu Risiko- und Schutzfaktoren bei alkoholintoxikierten Jugendlichen unter www.halt-projekt.de.

20 Vgl. Schader, Risikoabschätzung bei Kindeswohlgefährdung. Ein systematisches Handbuch, 2012, 168.

tung zur Gefährdung des Kindeswohls besteht: Es sollen „[...] die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird“. Bei der Abwägung gilt zu berücksichtigen, dass das Elternverhalten zwar einen Teil der Problematik darstellen kann, aber ihre Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft in vielen Fällen die Basis für eine nachhaltige Verbesserung der Situation ihres Kindes darstellt. Das Einholen des Einverständnisses der Eltern für die Einleitung eines solchen Prozesses und damit auch die Herstellung von Transparenz stellt eine anspruchsvolle beraterische Aufgabe dar. Motivation und Einbeziehung der Eltern in die Erarbeitung von Lösungen bildet damit neben der Verbesserung der Situation des Kindes ein wichtiges Ziel der Beratung.

Die Bewertung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, wie dringend der Handlungsbedarf ist und ob Eltern nicht gewillt oder fähig sind, ihr Kind wirkungsvoll zu schützen, erfordert in jedem Einzelfall das Zusammenführen aller Informationen und ihre sorgfältige Abwägung. Orientierung geben folgende Handlungsprinzipien:

- Zu Beginn des sog. „Brückengesprächs“ (s. Abb. 1) mit dem/der Jugendlichen weist die Fachkraft darauf hin, dass sie zur Verschwiegenheit verpflichtet ist. Sie macht aber auch transparent, dass es Themen geben kann, die mit den Eltern besprochen werden müssen und dass in solch einem Fall der/die Jugendliche immer informiert bzw. das Vorgehen mit ihm/ihr abgesprochen wird.
- Der Bogen mit den Leitfragen zum Brückengespräch sollte gleichzeitig der Dokumentation dienen, auf die man sich im weiteren Prozess beziehen kann.
- Die Fachkraft sollte mit Verdachtsmomenten sensibel umgehen und sich zunächst nur intern mit den direkt Beteiligten oder, dann anonymisiert, mit Fachkolleg/inn/en in der eigenen Beratungsstelle besprechen. Bei der Schilderung von Indikatoren sollte sich die Fachkraft an konkreten Hinweisen orientieren.
- Gelingt es nicht, im internen Kreis zu einer sicheren Einschätzung zu gelangen, besteht der gesetzliche Anspruch, eine „insoweit erfahrene Fachkraft“ einzubeziehen.
- Grundsätzlich kann die Präventionsfachkraft frei entscheiden, wer für sie eine Person ihres Vertrauens mit entsprechender Expertise darstellt, und sich an diese wenden.
- Wichtiges Kriterium für das weitere Vorgehen ist die Handlungsdringlichkeit, wenn unmittelbar eine körperliche oder seelische Schädigung des/der Jugendlichen zu befürchten ist.

c) Handeln – Die Einleitung geeigneter Maßnahmen

Erhärtet sich die Vermutung einer Kindeswohlgefährdung, ist die Fachkraft gehalten, dies im Gespräch mit den Eltern zu thematisieren und gemeinsam Lösungen zu entwickeln (Ausnahmen sind oben aufgeführt). Der/Die betroffene Jugendliche ist hierüber vorab zu informieren und die Vorgehensweise und mögliche Lösungen mit ihm/ihr zu erörtern, umso mehr, wenn es sich um ältere Jugendliche handelt.

Empfohlen wird, für das Gespräch mit den Eltern einen geschützten und vertraulichen Rahmen ohne Zeitdruck zu schaffen. Mögliche Reaktionen der Eltern – insbesondere

wenn sie die Gefährdung des Jugendlichen erhöhen – sind im Vorfeld mit Fachkolleg/inn/en zu diskutieren, um gut vorbereitet zu sein.²¹

Fachkräften wird empfohlen,

- zu verdeutlichen, dass sie sich um das Wohlergehen des Kindes sorgen;
- wertende Haltungen gegenüber Eltern oder möglichen Tätern zu vermeiden;
- keine Therapie oder andere Unterstützung anzubieten, die sie selbst nicht leisten können, aber den Eltern anzubieten, bei der Wahl der nächsten Schritte unterstützend zur Seite zu stehen;
- nach Möglichkeit eine gemeinsame Entscheidung zur Inanspruchnahme oder Information von Beratungsstellen und ASD herbeizuführen.

Im Fokus des Gesprächs sollte also die Sorge um die Gesundheit und das Wohlergehen des/der Jugendlichen stehen. Eltern sollten nicht einseitig in die Rolle der „Problemverursacher/innen“ gedrängt werden. Vielmehr sollten die elterlichen Möglichkeiten, ihren Beitrag zum gesunden Aufwachsen des Jugendlichen zu leisten, ausdrücklich thematisiert, innerfamiliäre Ressourcen hervorgehoben und mobilisiert werden.

Ergänzend können unterschiedliche externe Möglichkeiten vorgestellt werden, welche das Familiensystem als Ganzes unterstützen, bspw. Erziehungsbeistandschaft, Betreuungshelfer/in, Soziale Gruppenarbeit (§§ 29 und 30 SGB VIII) oder Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII). In vielen Fällen stehen die Eltern selbst am Ende eines schwierigen Wegs und spüren, dass sie die Situation allein nicht mehr bewältigen können und auf Hilfe von außen angewiesen sind.

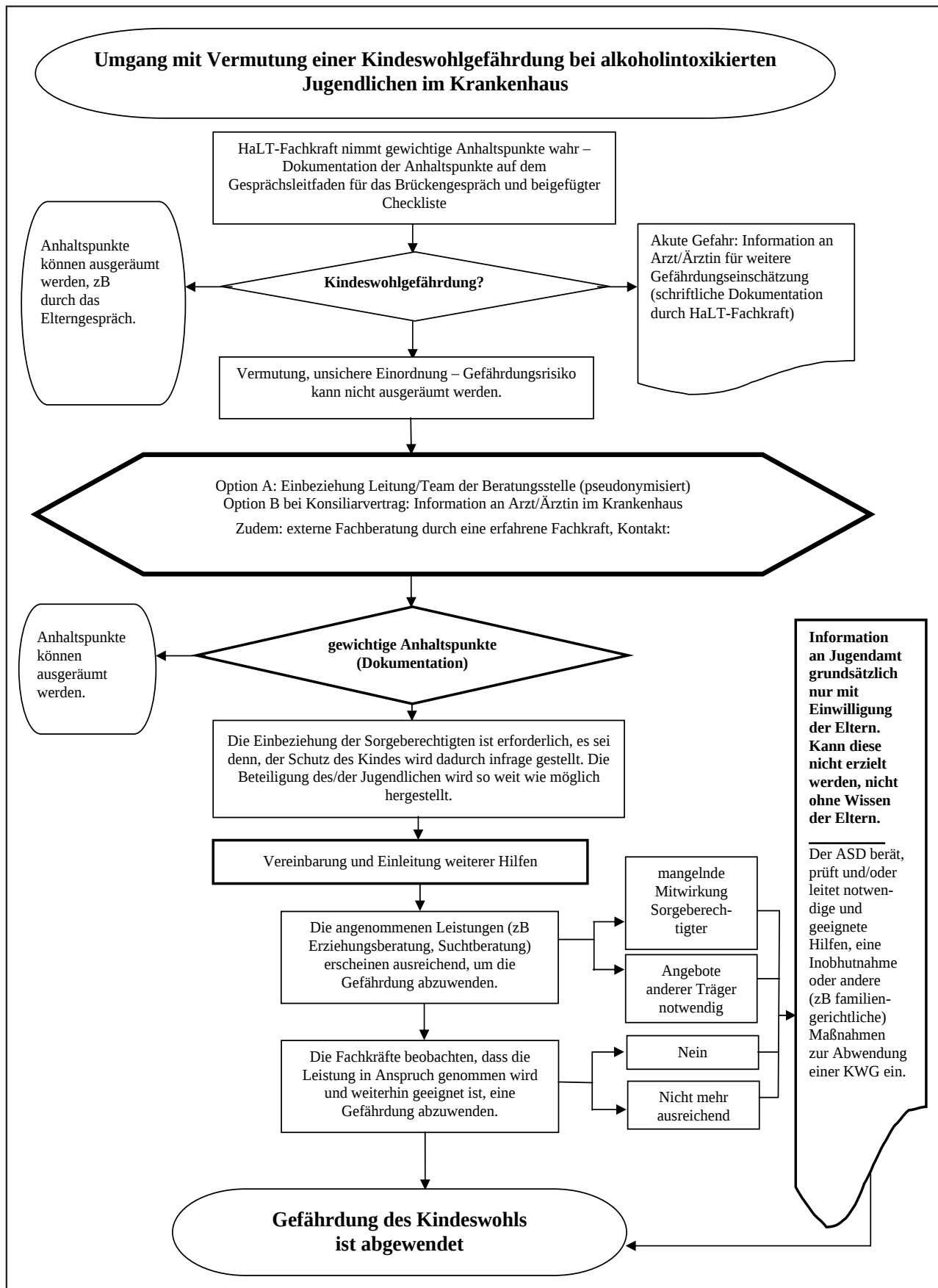
Wenn das Jugendamt gegen den Willen der Eltern informiert wird, so sind diese hierüber vorab in Kenntnis zu setzen (§ 4 Abs. 3 S. 1 KKG). Dasselbe gilt, wenn das Jugendamt gegen den Willen des/der Jugendlichen informiert wird. Eine Ausnahme besteht auch hier nur, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des/der Jugendlichen infrage gestellt ist. Denkbare Konstellationen sind besondere Eilbedürftigkeit oder, wenn kein Kontakt mehr zu den Beteiligten aus der Familie hergestellt werden kann.

d) Notmaßnahmen bei unmittelbar drohender Gefahr

Es ist möglich, dass die Fachkraft zum Ergebnis kommt, dass es sich um eine unmittelbare Gefährdungssituation handelt. Dies ist insbesondere der Fall „bei Gefahr für Leben, Suizidgefahr, Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft, Eskalation von Familienkonflikten vor oder an Wochenenden“.²² In diesem Fall sollte die Fachkraft den/die behandelnde/n Arzt/Ärztin informieren. Befindet sich der/die Jugendliche nicht mehr in der Klinik, sollte Kontakt zum verantwortlichen Sozialen Dienst/Jugendamt bzw. – abends und am Wochenende – zum Kinder- und Jugendnotdienst hergestellt werden. Ist dies nicht möglich, besteht immer die Option, die Polizei zu informieren.

21 Hessisches Sozialministerium (Hrsg.), Gewalt gegen Kinder. Handlungshilfen für Arztpraxen in Hessen, 2010, 50.

22 Hessisches Sozialministerium (Fn 21).

Abb. 3: Ablaufdiagramm bei Vermutung einer Kindeswohlgefährdung²³

23 Herzlichen Dank an das Jugendamt der Stadt Nürnberg für die Unterstützung bei dem Ablaufdiagramm bei Vermutung einer Kindeswohlgefährdung.