

Bericht der staatlichen Deputation für Soziales, Kinder und Jugend**Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls weiterentwickeln!****Kindeswohlsicherung stärken und Kinder wirksam vor Drogenumfeld schützen****1. Umsetzungsstand zum Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen (Drs. 17/1742 vom 7. April 2011)**

Eine Berichterstattung zu den Zwischenergebnissen des Runden Tisches Substitution und damit insbesondere auch zu den Anträgen 1 a) bis 1 g) der Drucksache 17/1742 ist mit der gesonderten Vorlage „Zwischenbericht zu den Ergebnissen des Runden Tisches Substitution“ unter der laufenden Nr. 25/12 in der staatlichen Deputation bzw. mit der laufenden Nr. 49/12 in der städtischen Deputation am 31. Mai 2012 erfolgt.

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe haben die Kommunen über die Empfehlungen und Beschlüsse des runden Tisches hinaus verbindliche interne Verfahren zur Feststellung von und zum Umgang mit Drogenmissbrauch/Beigebrauch in Familien mit Kindern entwickelt:

1.1 Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung interner kommunaler Fachverfahren zum Kinderschutz in Familien mit drogenabhängigen/substituierten Eltern/Bezugspersonen

Das für die Stadtgemeinde Bremen entwickelte zielgruppenspezifische Teilkonzept „Schutz von minderjährigen Kindern substituierter/drogenabhängiger Eltern“ umfasst weiterhin die mit der erstmals in 2003 in Kraft gesetzten und im Jahr 2009 überarbeiteten Fachlichen Weisung 01/2009 formulierten Standards. Diese beinhalten insbesondere den auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Einzelfällen geltenden Klientenkontrakt (Anlage 1) einschließlich des bereits seit 2010 eingesetzten Instrumentes der Haaranalytik, das ab März 2011 systematisch angewandt wurde.

Das nach Abschluss der in 2011 vorgenommenen Reihentestungen zukünftig vorgesehene Regelverfahren (Arbeitshilfe/Einleitung und Durchführung von Haarprobenuntersuchungen bei Kindern und deren Eltern/Bezugspersonen auf die Belastung durch Drogen) zur Durchführung von Haaranalysen im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII ist der beigefügten Anlage 2 zu entnehmen. Es sieht als Arbeitshilfe zur Fachlichen Weisung 01/2009 folgende Eckpunkte vor:

- Regelhafte Feststellung eines sogenannten Erststatus in Bezug auf Drogen-/Beigebrauchsbelastung bei vorrangiger Testung der Eltern bzw. Bezugspersonen;
- bei substituierten Eltern/Bezugspersonen Testung bereits im Rahmen der qualifizierten Substitutionsbehandlung und dortigen erweiterten Beigebrauchskontrolle;
- Durchführung qualifizierter Kontrolluntersuchungen bei allen Fällen mit positivem Befunden;
- in anderen Fällen gegebenenfalls anlassbezogene Testungen;
- systematische Durchführung fortlaufender Kontrollanalysen bei allen Fällen mit gravierendem Befund in medizinisch aussagefähigen und fachlich indizierten Intervallen;

- anlassbezogene Kontrollanalysen auch außerhalb planmäßiger Intervalle bei entsprechenden Anhaltspunkten für einen Drogenmissbrauch und/oder eine Kindeswohlgefährdung;
- die Testungen von Kindern in Abhängigkeit von Ergebnissen der Elterntestung bzw. anlassbezogen.

Die Sicherung der Verfahrensqualität erfolgt durch

- Information/Konfrontation/Beratung über die Ergebnisse von Haarproben mit den Personensorgeberechtigten im Rahmen der Hilfeplanung und deren Fortschreibung;
- kollegiale Fallberatung nach § 8a SGB VIII innerhalb des Jugendamtes;
- interdisziplinäre Beratung der Untersuchungsergebnisse und ihrer Auswirkungen auf Kinder im Haushalt mit dem Gesundheitsamt sowie mit den substituierenden Ärzten/Ärztinnen;
- im Bedarfsfall sofortige Einleitung verstärkter Unterstützungsmaßnahmen (Hilfen zur Erziehung) oder gesetzlicher Schutzmaßnahmen (Herausnahme des Kindes);
- gegebenenfalls Einleitung familiengerichtlicher Verfahren unter qualifizierter Dokumentation von Ergebnissen der Haaranalysen. Siehe hierzu den beiliegenden Entwurf zur Qualifizierung der Dokumentation im familiengerichtlichen Verfahren (Anlage 2a);
- die Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen über die Meldung von Eltern/Bezugspersonen im Substitutionsprogramm mit minderjährigen Kindern im Haushalt (Anlage 3).

Einer Zusammenfassung der bisherigen Untersuchungsergebnisse (Reihenuntersuchung nach Alterskohorten/anlassbezogene Analysen/Wiederholungstestungen/Erststatusprüfungen) für den Zeitraum 1. März 2011 bis 30. April 2012 ist bezogen auf die Stadtgemeinde Bremen nachfolgende Auswertung zu entnehmen:

Insgesamt wurden bis zum Stichtag (30. April 2012) 265 Haaranalysen bei 241 Personen (Erwachsene und Kinder) durchgeführt. Die Differenz zwischen Personen und Haaranalysen begründet sich durch insgesamt 24 Wiederholungstestungen, davon

- zehn erste Wiederholungstestungen bei Kindern und Jugendlichen,
- zwölf erste Wiederholungstestungen bei Erwachsenen,
- ein Erwachsener in zweiter Wiederholungstestung.

Bezogen auf Kinder bis zum 14. Lebensjahr stellen sich die Ergebnisse folgendermaßen dar:

128 Testungen bei insgesamt 118 Kindern (62 weiblich/56 männlich) < 14. Lebensjahr.

In drei Fällen stehen die Gutachten noch aus, sodass insgesamt 125 Gutachten vorliegen (Stichtag 30. April 2012).

Die Bewertung der Einzelgutachten ist nach folgender Systematik ausgewertet worden:

- Gruppe A – Kinderhaarproben ohne Befund
- Gruppe B – Kinderhaarproben mit (sehr) geringem Befund
- Gruppe C – Kinderhaarproben, in dem das Gutachten eine erhöhte Konzentration von illegalen Drogen ausweist und/oder durch den Nachweis entsprechender Metaboliten eine systemische Aufnahme festgestellt wurde.

Zu Gruppe A

- In 33 Fällen war kein Kontakt zu irgendwelchen Drogen festzustellen.

Zu Gruppe B

- In 78 Gutachten wiesen die Haarproben Drogenspuren in sehr geringer bis leicht erhöhter¹⁾ Konzentration aus.
- Davon wiesen 33 Gutachten eine Drogenbelastung durch äußere Kontamination aus.
- In 45 dieser Gutachten ist eine Unterscheidung zwischen einer Einlagerung ins Haar durch äußere Kontamination und systemischer²⁾ Einlagerung wissenschaftlich nicht möglich gewesen.

Zu Gruppe C

- In 14 Gutachten wurden hohe Konzentrationen bzw. gleichzeitiges Auftreten mehrerer Drogenarten nachgewiesen.

Gruppe B und Gruppe C umfassen insgesamt 85 Kinder bis zum 14. Lebensjahr.

Bezüglich der Wiederholungstestungen ist folgendes Ergebnis festzuhalten:

Bei insgesamt zehn Wiederholungstestungen liegt in sieben Fällen bereits das zweite Gutachten vor. Davon ist der Befund in zwei Fällen inzwischen negativ bzw. die Belastung so gering, dass lediglich von Restanten auszugehen ist. In vier Fällen hat sich eine geringfügige positive Veränderung zum Vorgutachten ergeben, in einem Fall ist nur von einem veränderten Suchtmittelkonsum auszugehen (vorher Cocain jetzt THC). Kein Gutachten ist der Gruppe C zuzuordnen.

Die Einleitung von Wiederholungstestungen ist in allen bis zum Stichtag durchgeführten Fällen aufgrund von Erstgutachten, welche eine Drogenbelastung ausweisen, zur fortgesetzten Statusüberprüfung im Einvernehmen mit den Sorgeberechtigten vorgenommen worden.

Die bisherigen Testverfahren werden mit Inkraftsetzung der Arbeitshilfe zur Fachlichen Weisung 01/2009 unter Berücksichtigung der Ergebnisse der haaranalytischen Befunde der Eltern/Bezugspersonen gemäß dem in Anlage 2 beschriebene Regelverfahren weitergeführt.

Die bundesweit weiterhin einmalige Initiative des Ressorts zur zielgruppenbezogenen Qualifizierung der Fachverfahren durch haaranalytische Testung substituierter und drogenabhängiger Eltern sowie zur systematischen Testung auch von Kindern in Familien der Zielgruppe ist von der Stadtgemeinde Bremerhaven übernommen worden.

Die Stadtgemeinde Bremerhaven hat 2011 bei allen Kindern von Eltern bzw. Elternteilen, die dem Amt für Jugend, Familie und Frauen als substituiert/drogenabhängig bekannt sind, einmalig Haaranalysen durchgeführt. Weitere Untersuchungen erfolgen nur in fallabhängigen Ausnahmefällen.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der „Kindeswohrlinie 2009“ wurde im März 2011 durch eine fachliche Erweiterung (Anlage 4) die Hilfeplanung für die Zielgruppe drogenabhängiger/substituierter Mütter/Väter bzw. Eltern geregelt. Unter der Prämisse, dass der elterliche Drogenkonsum neben der physischen Gefährdung auch für die psychische und psychosoziale Anpassung ein besonderes Entwicklungsrisiko darstellt, wurden folgende Schritte festgelegt, die eine systematische Abarbeitung durch den ASD erfordern. Sie tragen der am Kindeswohl orientierten Auffassung Rechnung, dass bei der Zielgruppe der drogenabhängigen bzw. substituierten Eltern eine besonders engmaschige und verbindliche Begleitung im Hilfeprozess notwendig ist:

¹⁾ Vergleiche Prof. Dr. Pragst/April 2011: Allgemeine Beurteilungsgrundlagen und Ergebnisübersicht:

Bei basischen Drogen: Sehr geringe Konzentrationen, Unterscheidung der Einlagerung ins Haar durch äußere Kontamination und systemische Einlagerung ist nicht möglich, Nachweis für Umgang mit der Droge in der Umgebung des Kindes.

Bei Cannabis: THC unter 0,1 ng/mg (Berlin) bzw. bis um 0,1 ng/mg (Hamburg).

Bei Benzodiazepinen: Nachweis von Diazepam im unteren Bereich, Kontamination unwahrscheinlich.

²⁾ Körperpassage.

- Unverzögliche Fallkonferenz bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft, Geburt oder der Meldung des Aufwachsens eines Kindes in einem Haushalt mit drogenkonsumierenden bzw. substituierten Elternteil/Eltern.
- Unterstützungsangebot der Jugendhilfe, bei dem zu berücksichtigen ist, dass die Jugendhilfemaßnahme im Kontext der Garantenstellung der Kindeswohlsicherung dient und hinsichtlich der Suchttherapie und medizinischen Versorgung nur stützend wirkt.
- Schriftlicher Kontrakt, der verbindliche Regelungen zur Vermeidung einer Kindeswohlgefährdung, die Überprüfung dieser und der zu ergreifenden Maßnahmen (bis zur Einschaltung des Familiengerichtes), wenn diese nicht eingehalten werden, enthalten muss. Ebenso muss hier geregelt sein, dass ein Austausch zwischen den beteiligten suchtspezifischen Institutionen oder Therapieeinrichtungen und der zuständigen Fachkraft gewährleistet ist.
- Es obliegt der Fachkraft zu entscheiden, welche Maßnahmen zur Abwendung der Kindeswohlgefährdung ausreichend und geeignet sind. Im entsprechenden Dokumentationsbogen ist in jedem Einzelfall festzuhalten, welche Einschätzung getroffen wurde und ob und welche Maßnahmen hieraus resultieren.
- Als Erweiterung des Spektrums, zu einer validen Aussage hinsichtlich der Belastung des Kindes durch illegale Drogen und damit einer naheliegenden Kindeswohlgefährdung zu kommen, besteht seit 2011 neben Blut- und Urinkontrollen die Möglichkeit, auf Haaranalysen zurückzugreifen.

In Bremerhaven wurden bis zum Stichtag 30. April 2012 insgesamt 35 Haarproben genommen. Analysiert wurden die Haare von 23 Kindern im Alter von ein bis zehn Jahren, zwei Jugendlichen im Alter von 16 Jahren und zehn Erwachsenen im Alter von 25 bis 37 Jahren.

Die Ergebnisse der Einzelgutachten bei Kindern und Jugendlichen sind somit folgendermaßen zu kategorisieren:

- fünf Gutachten weisen keine Belastung durch Drogen aus,
- zwölf Gutachten weisen eine geringfügige, mittlere Belastung,
- acht Gutachten weisen eine hohe Konzentration aus.

Die Implementation haaranalytischer Untersuchungsverfahren in das Diagnostik- und Handlungsinstrumentarium des Jugendamtes und deren Einbindung in Hilfeplankontrakte mit substituierten/drogenabhängigen Eltern sind damit landesweit erfolgt.

1.2 Entwicklung und Stand zielgruppenspezifischer Schutzmaßnahmen, Hilfen und Leistungen in den Stadtgemeinden

Die Ergebnisse der Haaranalysen der Eltern/Bezugspersonen haben in Verbindung mit einer kollegialen und interdisziplinären Bewertung der Ergebnisse in einem großen Anteil der Fälle zu unmittelbaren Schutzmaßnahmen und/oder zu einer Erweiterung der Hilfeplanung und zur konkreten Verstärkung der Hilfen geführt.

Die Psychosoziale Begleitung (PSB), die nach Auffassung des Runden Tisches Substitution im Grundsatz gut organisiert und funktionstüchtig ist, wird als flächendeckende Versorgungsstruktur vorgehalten. PSB dient der Stabilisierung der Substitutionsbehandlung und kann indirekt einen Beitrag zur Kindeswohlsicherung leisten.

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen weist an dieser Stelle auch noch einmal auf die für den Kinderschutz bedeutsamen Ergebnisse des Runden Tisches Substitution zu verbesserten Beigebrauchskontrollen hin (vergleiche Vorlage für die staatliche Deputation laufende Nr. 25/12 sowie für die städtische Deputation laufende Nr. 49/12).

Stadtgemeinde Bremen

Die vorgefundenen Befunde der durchgeführten Haarproben waren Anlass zu umgehenden Schutzmaßnahmen, verstärkten erzieherischen Hilfen sowie zur Einleitung familienrechtlicher Schritte.

In den Fällen der Gruppe B und C wurden die Einzelfälle zeitnah – zumeist unter Beteiligung des Gesundheitsamtes – in kollegialer Beratung bzw. mit den Fachvorgesetzten reflektiert. Dabei ist in jedem Einzelfall nicht nur das Ergebnis des Gutachtens bewertet, sondern die gesundheitliche und psychosoziale Gesamtsituation der betroffenen Kinder sowie eine Einschätzung der Erziehungskompetenz der Eltern vorgenommen worden.

Im Ergebnis dieser Beratungen wurden ergänzend zur laufenden Hilfeplanung u. a. folgende Maßnahmen ergriffen (Doppelnennungen möglich):

- umgehende Erörterung der Gutachten mit den betroffenen Eltern,
- soweit eine Substitution erfolgt: Einbeziehung der substituierenden Ärzte und Ärztinnen,
- in einem Fall die Inobhutnahme des Kindes bereits vor dem Eintreffen des Gutachtens,
- in einem Fall (vier Kinder) sofortige Umsetzung eines Schutzkonzepts (u. a. Trennung des Vaters [Konsument] aus dem häuslichen Bereich, Kontaktaufnahme mit der Drogenberatung, Einsatz des Familienkrisendienstes),
- in 18 Fällen Anrufung des Familiengerichts (Antrag nach § 1666 BGB auf Herausnahme des Kindes),
in weiteren sechs Fällen Mitteilung an das Familiengericht gemäß § 8a SGVIII,
- in allen Fällen, in denen Benzodiazepin nachgewiesen wurde, ist Rücksprache mit den behandelnden Kinder- und Jugendärzten gehalten worden.

In Bezug auf die zusätzlich eingeleiteten Maßnahmen ergibt sich nach Rückmeldungen der Sozialzentren und Abgleich durch OkJuG mit Stand vom 30. April 2012 folgendes Bild:

- insgesamt leben 55 der 118 begutachteten Kinder nicht mehr in der Herkunftsfamilie (Inobhutnahmen und Fremdplatzierungen),
- davon sind zwei Inobhutnahmen aufgrund der Ergebnisse der Haaranalyse der Eltern eingeleitet worden,
- in 63 Fällen, davon 40 Fälle in denen das Gutachten der Haaranalyse eine Drogenbelastung ausweist, sind die Kinder – allerdings bei sofortiger Einleitung von zusätzlichen unterstützenden Maßnahmen (Anlage 5) in der Familie verblieben.

In allen Fällen, in denen die Kinder, deren Gutachten eine Belastung durch Drogen auswiesen, in der Familie verblieben sind, hat das Casemanagement unmittelbar Kontrollaufträge mit den jeweils am Hilfesystem Beteiligten vereinbart. Eine konstruktive Zusammenarbeit mit den sorgeberechtigten Eltern bzw. beteiligten Bezugspersonen war eine unabdingbare Voraussetzung.

Stadtgemeinde Bremerhaven

In Bezug auf die Ergebnisse der Haaranalysen wurden nachstehende Maßnahmen eingeleitet:

- In einem Fall wurde erstmals eine Maßnahme eingeleitet. Die Haaranalyse erfolgte unmittelbar mit Annahme und Einleitung der Hilfeplanung des Falls. Eine Fremdplatzierung wurde erforderlich.
- Bei vier Kindern wurde eine Kindeswohlgefährdung vermutet. Diese Kinder lebten nicht mehr in der Herkunftsfamilie. Die Ergebnisse der Haaranalysen untermauerten die Vermutung.
- Eine Fortführung der familienunterstützenden Maßnahmen erfolgte bei 15 Fällen.
- In allen anderen Fällen wurden die Ergebnisse der Haaranalysen lediglich zur Präzisierung und Ausdifferenzierung in laufenden Hilfe- oder Schutzverfahren herangezogen.

Insgesamt leben sieben Kinder nicht mehr in der Herkunftsfamilie, davon waren vier Fälle bereits zurzeit der Begutachtung im Rahmen einer akuten Kindes-

wohlgefährdung (§ 8a SGB VIII Meldungen) Inobhut genommen worden. Das Ergebnis der Haaranalytik unterstützt die Vermutung des Drogenmissbrauchs im Umfeld der Kinder.

1.3 Standards und Praxis der Zusammenarbeit mit substituierenden Ärzten

Im Rahmen der zielgruppenspezifischen Hilfeplanung ist die Kinder- und Jugendhilfe in besonderer Weise auf eine qualifizierte Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärztinnen und Ärzten angewiesen.

In der Stadtgemeinde Bremen wurde für die substituierenden Ärzte und Ärztinnen, die Substitutionspatienten, in deren Haushalt minderjährige Kinder leben, behandeln, zwischen dem Amt für Soziale Dienste und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen bereits 2008 ein Meldeverfahren vereinbart (vergleiche Anlage 3).

Das Verfahren sichert ab, dass eingehende Meldungen zu Sozialdaten von Substitutionspatienten und deren Kindern zentral über den Kinder- und Jugendnotdienst an die jeweils zuständigen Sozialzentren weitergeleitet werden. Die Ärzte und Ärztinnen erhalten eine Rückmeldung über die Annahme und Weiterleitung der Meldung sowie über die sozialräumliche Zuständigkeit. Die weitere Fallbearbeitung und Bearbeitungsqualität ist über die Anwendung der Fachlichen Weisung abgesichert.

Die im Rahmen des Runden Tisches Substitution geplanten erweiterten Qualitätsstandards bezüglich einer Take-home-Verordnung für Patienten und Patientinnen mit minderjährigen Kindern im Haushalt, sehen diese nur im begründeten und nachweislich beigebrauchsfreien Einzelfall als Ausnahmeregelung unter fortlaufender Beigebrauchskontrolle und verbindlicher Vergabedokumentation vor. In diesen ärztlich vorgesehenen Ausnahmefällen soll zusätzlich eine Stellungnahme des zuständigen örtlichen Jugendhilfeträgers eingeholt werden, ob aus dortiger Sicht gravierende Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes gegen die beabsichtigte Verordnung sprechen. Die Letztverantwortung für die Durchführung einer Take-home-Vergabe obliegt dem/der behandelnden Arzt/Ärztin (vergleiche Bericht des Ressorts vom 31. Mai 2012).

Die unter Datenschutzaspekten hierzu notwendigen vom Ressort entwickelten Formblätter befinden sich noch in Abstimmung mit der Qualitätssicherungskommission Substitution der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen. Seitens der Landesbeauftragten für den Datenschutz liegt zu den Entwürfen bereits eine Zustimmung vor. Nach abschließender Abstimmung soll folgendes Verfahren zur Anwendung kommen:

Entbindungserklärung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG);

Erstmitteilung über eine beabsichtigte Take-home-Verordnung für Substitutionspatienten mit einem minderjährigen Kind im Haushalt (> an Kinder- und Jugendhilfeträger);

Rückmeldung/Aussage zur beabsichtigten Take-home-Verordnung über gewichtige Anhaltspunkte im Sinne des § 8a SGB VIII, die gegen eine Take-home-Verordnung sprechen (> an substituierenden Arzt/Ärztin);

Mitteilung über Take-home-Verordnung (Gesamtbewertung) des Arztes/Ärztin (> an Kinder- und Jugendhilfeträger);

Folgemitteilung über eine fortgesetzte Take-home-Verordnung (> an Kinder- und Jugendhilfeträger);

Mitteilung über die Beendigung der Take-home-Verordnung (> an Kinder- und Jugendhilfeträger).

Die fallführenden Casemanagerinnen/Casemanager sind weiterhin aufgefordert, die Einzelgutachten von Kindern und Erwachsenen in Abstimmung mit den betroffenen Eltern jeweils mit den zuständigen substituierenden Ärzten zu erörtern und notwendige Schlussfolgerungen für die Weiterführung der Substitutionsbehandlung und Hilfeplanung festzulegen.

Aus Sicht des örtlichen Jugendhilfeträgers der Stadtgemeinde Bremerhaven ist auch bei einschlägig stabilisierten und nachweislich beigebrauchsfreien Patien-

tinnen und Patienten eine Take-home-Verordnung an Eltern minderjähriger Kinder regelmäßig auszuschließen. Das Jugendamt Bremerhaven wird sich daher an keinem Rückmeldeverfahren beteiligen.

1.4 Interdisziplinäre Netzwerkarbeit/fallbezogene Kooperation

Mit Inkraftsetzung der Fachlichen Weisung „Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/Väter bzw. Eltern“ (2003) wurde in der Stadtgemeinde Bremen ein Fachbeirat zur fachlichen Begleitung und Umsetzung der fachlichen Weisung gegründet.

Nach der in 2009 erfolgten Weiterentwicklung und Anpassung der Fachlichen Weisung an die aktuellen Anforderungen und die sich veränderten Rahmenbedingungen hat sich die Zielsetzung der Arbeit um folgende Schwerpunkte erweitert:

- Systempflege und Netzwerkbildung (allgemeine Prävention),
- Optimierung der strukturellen Zusammenarbeit (Angebotsplanung),
- stärkere Fokussierung der Arbeit der Fachkräfte des Gesundheitssystems und der Drogenhilfe auf den Aspekt Kindeswohlsicherung,
- Qualifizierung der Schnittstellenarbeit zwischen Gesundheits-, Drogen- und Jugendhilfe,
- Identifizierung und Umsetzung gemeinsamer Qualifizierungsbedarfe,
- Beratung von übergreifenden Grundsatz und Schnittstellenfragen aus Einzelfällen,
- Aufzeigen von Versorgungslücken.

Die Geschäftsführung und Sitzungsleitung obliegt dem öffentlichen Jugendhilfeträger. Folgende Dienste und Institutionen sind durch Vertreterinnen und Vertreter ständige Mitglieder:

- freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe – Ambulante Dienste –,
- öffentlicher Träger der Kinder- und Jugendhilfe – ambulanter Sozialdienst Junge Menschen –,
- Berufsverband Kinder- und Jugendärzte,
- Kinder- und Geburtskliniken,
- Gesundheitsamt – Steuerungsstelle Drogenhilfe –,
- Gesundheitsamt – sozialpädiatrische Abteilung/Familienhebammen –,
- soziale Dienste der Justiz,
- ambulante/stationäre Drogenhilfe,
- substituierende Ärztinnen und Ärzte,
- Landesinstitut für Schule – Gesundheits- und Suchtprävention –.

Eine Erweiterung der beteiligten Dienste und Institutionen um den Berufsverband der Gynäkologen und Gynäkologinnen und des Amtsgerichtes Bremen – Familiengericht – sowie um den Berufsverband der niedergelassenen Hebammen ist angestrebt.

Der Fachbeirat hat sich durch seine kontinuierliche Arbeit zu einem ständigen Gremium von besonderer Bedeutung für die interdisziplinäre Zusammenarbeit für Koordinierungs- und Abstimmungsprozesse in der Arbeit mit Suchtfamilien entwickelt. Insoweit ist der Fachbeirat ein wesentlicher Impulsgeber für die Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in den Zielgruppen spezifischen Kinderschutz und wird zukünftig verstärkt Impulse für die Umsetzung der Handlungsempfehlungen des Runden Tisches Substitution einbringen.

Die Zusammenarbeit soll über eine Rahmenvereinbarung zur interdisziplinären Kooperation präzisiert und weiterentwickelt werden. Das Ressort hat hierzu einen noch in der Abstimmung befindlichen Entwurf erarbeitet, der auch die neuen gesetzlichen Bestimmungen des zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Bundes-

Kinderschutzgesetzes (BKSchG) enthält, das den Aufbau entsprechender bereichsübergreifender Netzwerke im Bereich Kinderschutz und Frühe Hilfen in Artikel 1 des BKSchG (§ 3 KKG) sowie unter § 81 SGB VIII ausdrücklich begrüßt und einfordert.

Unter Beachtung der allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz sowie der spezialgesetzlichen Regelungen im Bundeskinderschutzgesetz befasst sich der Fachbeirat weiterhin mit grundsätzlichen Fragen der bereichsübergreifenden Kooperation und der Angebotsstruktur.

Die Beratung von Einzelfällen erfolgt auch zukünftig im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben und Vereinbarungen zu § 8a SGB VIII sowie zur Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII sowie auf Grundlage des mit der Landesdatenschutzbeauftragten abgestimmten Klientenkontraktes (Anlage 1).

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen begrüßt in diesem Zusammenhang die im Bundeskinderschutzgesetz (Artikel 1 § 4 KKG) getroffenen bundesgesetzlichen Klarstellungen zu Mitteilungsbefugnissen und Verfahrenspflichten der Kooperationspartner der Jugendämter (Befugnisnorm für Berufsheimnisträger).

Das Ressort wird die Gremien vor Abschluss der Vereinbarung im Rahmen einer gesonderten Vorlage begrüßen.

Die Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen begrüßt die Bereitschaft der Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, zukünftig ein Mitglied in den Fachbeirat zu entsenden.

Damit ergibt sich zurzeit die in Anlage 6 dargestellte Zusammensetzung.

Für die Zusammenarbeit im Einzelfall ist der in Anlage 1 beschriebene Klientenkontrakt die Grundlage der Zusammenarbeit. Der für die Mitglieder des Fachbeirates ergänzend hierzu erarbeitete Ablaufplan (Anlage 7) stellt schematisch das Verfahren für die Einleitung einer Einzelfallberatung dar.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven erfolgt die Koordination der Einzelfall übergreifenden interdisziplinären Zusammenarbeit über die Jugendhilfeplanung. Das bereits bestehende Netzwerk wird im Sinne des Bundeskinderschutzgesetzes (§ 4 KKG) weiter ausgebaut. Darüber hinaus wird sich die Stadtgemeinde Bremerhaven in den entsprechenden auf Landesebene arbeitenden Arbeitsgruppen einbringen, um eine möglichst homogene Umgehensweise in beiden Kommunen zu gewährleisten.

1.5 Sozialpädagogische Diagnostik/Begutachtung/Qualifizierung

Die Verfahren zur sozialpädagogischen Diagnostik sind in der Stadtgemeinde Bremen über das in OKJuG implementierte Diagnosetool flächendeckend gesichert. Das Diagnosetool sichert im Rahmen der Gesamthilfeplanung durch ein standardisiertes Verfahren die altersdifferenzierte Gefährdungseinschätzung der Lebenslage von Kindern und deren Familien.

Dem ambulanten Sozialdienst Junge Menschen (ASD) steht im Bedarfsfall zur Qualifizierung der Hilfeplanung ergänzend das gesonderte Leistungssegment Psychologische Diagnostik zur Verfügung.

Durch die in Anlage 2 beschriebenen Regelverfahren zur Fallbearbeitung ist im Verfahren zukünftig auch eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt einschließlich einer sozialpädiatrischen Risikobewertung zu gesundheitlichen Auswirkungen gesichert. Die Vereinbarung mit dem Gesundheitsamt soll darüber hinausgehend um eine Vereinbarung zur sozialpädiatrischen Begutachtung ergänzt werden. Diese sichert – gegebenenfalls auch in Zusammenarbeit mit den behandelnden Kinderärzten oder dem Sozialpädiatrischen Institut – Kinderzentrum Bremen (SPI) – eine weitergehende ärztliche Prüfung und Abklärung gegebenenfalls bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen von Kindern mit belasteten haaranalytischen Befunden.

Durch die in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Pragst vom Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin erfolgten Schulungen ist eine flächendeckende Grundqualifizierung des ASD sowie beteiligter Kooperationspartner zu Fragen der Haaranalytik sichergestellt worden. Die Schulungen werden bei Bedarf fortgesetzt. Der Kinder- und Jugendhilfe stehen über die vom Institut erstellten Handrei-

chungen ferner vertiefende Informationsmaterialien zur Verfügung (Anlage 8). Das Institut steht dem ASD zudem auch im Einzelfall für etwaige Rückfragen zu Untersuchungsergebnissen beratend zur Verfügung.

In Zusammenarbeit mit den Trägern der Drogenhilfe und anderen Kooperationspartnern bereitet das Ressort ergänzend hierzu eine Fortbildungsreihe zu Fragen der Arbeit mit Sucht/Drogenfamilien vor.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven ist die Zusammenarbeit mit dem Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin und der Umgang mit Rückfragen zu einzelnen Gutachten und Bewertungen wie in der Stadtgemeinde Bremen geregelt.

An der in der Stadtgemeinde Bremen durchgeführten Schulung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ASD haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Amtes für Jugend, Familie und Frauen teilgenommen. Darüber hinaus wurde je einer Fachkraft der Stadtteilbüros die Teilnahme an einer zweitägigen Fortbildung/Schulung über die Volkshochschule Bremen zur Qualifizierung der Arbeit mit Familiensystemen, die mit Drogenproblemen belastet sind, ermöglicht.

1.6 Zusammenarbeit im Kinderschutz nach § 8a SGB VIII mit freien Trägern der Erziehungshilfe, der Kinder- und Jugendförderung, Kinderschutzeinrichtungen, Kindertageseinrichtungen und Schulen

Die Aufdeckung von Kindeswohlgefährdungen und die Vermittlung in geeignete Hilfen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dabei kommt jedoch den Einrichtungen und Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie den Schulen eine besondere Verantwortung zu. Der Gesetzgeber hat daher die Verabschiedung entsprechender Vereinbarungen zum Kinderschutz vorgesehen.

Stadtgemeinde Bremen

Die Zusammenarbeit im Kinderschutz ist auch für Kinder der Zielgruppe durch Rahmenvereinbarungen nach § 8a SGB VIII verbindlich sowie durch eine Verankerung im Bremischen Schulgesetz und eine ergänzende Kooperationsvereinbarung mit der Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit gesichert.

Die bereichsbezogen ausdifferenzierten sehr umfangreichen Gefährdungs- und Beobachtungsbögen sind im Netz des Ressorts unter der Internetadresse – <http://www.soziales.bremen.de> – hinterlegt und können von dort zur Bearbeitung heruntergeladen werden.

2. **Antrag der Fraktion der CDU „Kindeswohlsicherung stärken und Kinder wirksam vor Drogenumfeld schützen“ (Drs. 18/106 vom 15. November 2011)**

Siehe Ausführungen unter Berichtsziffern 1 sowie im gesonderten Bericht des Ressorts vom 31. Mai 2012 zu den Ergebnissen des Runden Tisches Substitution.

Zu den im Antrag formulierten Anliegen ergeben sich ergänzend nachfolgende Hinweise:

Zu: Sicherstellung der Umsetzung der Ergebnisse und Empfehlungen des Runden Tisches der Qualitätssicherungskommission

Die Umsetzung der Ergebnisse und Empfehlungen des Runden Tisches Substitution wird unter Leitung des Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommission weitergeführt und fortlaufend ausgewertet.

Die Vertretung der Kinder- und Jugendhilfe in diesem Gremium ist für beide Kommunen über die zuständigen Fachabteilungen sichergestellt.

Gemäß Vereinbarung mit dem Vorsitzenden der Qualitätssicherungskommission ist darüber hinaus eine Vertretung des Ressorts auch in der Kommission gewährleistet.

Die zur Harmonisierung von Vereinbarungen, Verfahren, Vordrucken und Datenschutzregelungen eingerichtete neue Arbeitsgruppe 6 konstituierte sich unter Beteiligung des Ressorts zum 30. Mai 2012 und wird ihre Arbeit zeitnah fortsetzen.

Die Sicherstellung, Auswertung und gegebenenfalls Weiterentwicklung der psychosozialen Begleitmaßnahmen zur Substitution erfolgt für die Stadtgemeinde Bremen in Zusammenarbeit mit den durchführenden freien Trägern über die zuständige Steuerungsstelle Drogenhilfe im Gesundheitsamt Bremen.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven werden durch die Teilnahme am runden Tisch wie auch an der Arbeitsgruppe 6 die Ergebnisse aus der Qualitätssicherungskommission in die Kooperationsnetzwerke eingeführt und umgesetzt.

Wie unter Ziffer 1 dargestellt erfolgt die zielgruppenbezogene Netzwerkarbeit zu strukturellen und grundsätzlichen Fachfragen in der Stadtgemeinde Bremen unter Leitung der Kinder- und Jugendhilfe auch weiterhin über den Fachbeirat Drogen.

In Bremerhaven erfolgt die Koordination der Arbeit der Netzwerke über die Jugendhilfeplanung und den „Runden Tisch Kinderschutz“.

Zu: Sicherstellung sozialpädiatrisches Gutachten über alle Kinder, die im Drogenmilieu leben oder die in Obhut genommen wurden

Siehe Ausführungen unter Berichtsziffer 1 sowie in Anlage 1. Danach erfolgt bei Vorliegen belastender (Kinder-)Haarproben eine interdisziplinäre Fallberatung unter Einbeziehung sozialpädiatrischer Kompetenzen des Gesundheitsamtes. Soweit in diesem Rahmen gewichtige Anhaltspunkte identifiziert werden, die eine weitergehende sozialpädiatrische Begutachtung begründen, sehen die Vereinbarungen im Einzelfall auch eine Begutachtung durch den sozialpädiatrischen Dienst sowie gegebenenfalls die Veranlassung weitergehender kinder- und jugendärztlicher oder fachärztlicher Untersuchungen vor. Über den Umfang notwendiger ärztlicher Untersuchungen entscheidet die/der jeweils behandelnde Fachärztin/Facharzt. Dabei sollen auch die spezifischen sozialpädiatrischen Kompetenzen des Sozialpädiatrischen Instituts – Kinderzentrum Bremen – genutzt werden.

Eine sozialpädiatrische Fallberatung und/oder Begutachtung von bereits in Obhut genommener Kinder erfolgt in der Stadtgemeinde Bremen im Bedarfsfall im Rahmen der mit dem Gesundheitsamt vereinbarten und vorgesehenen ergänzenden Verfahren.

Ärztliche Untersuchungen von Kindern setzen – außer im Fall eines rechtfertigenden Notstandes – dabei allerdings die Einwilligung der Sorgeberechtigten voraus. Wirken Eltern an diesen Schutz- und Präventionsmaßnahmen nicht oder nicht hinreichend mit, ist bei begründeter Sorge und gewichtigen Anhaltspunkten für eine Gefährdung gegebenenfalls das Familiengericht anzurufen.

Unabhängig hiervon wirken das Jugendamt und das Gesundheitsamt im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII sowie der interdisziplinären Kooperation gegenüber den Sorgeberechtigten auch weiterhin aktiv darauf hin, für ihre Kinder die gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen und darüber hinaus notwendige Untersuchungen und Behandlungen zur Sicherstellung der Kindergesundheit zu veranlassen.

In der Stadtgemeinde Bremerhaven wird durch die Vorgaben der Kindeswohlrichtlinie grundsätzlich bei Drogenkonsum/-abhängigkeit im Umfeld von Kindern von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen. Gemäß einem abgestuften Verfahren, das in einer ergänzenden Anweisung für drogenabhängige/substituierte Eltern oder Bezugspersonen spezifiziert ist, ist diesen Fällen regelhaft nachzugehen (siehe Anlage 4). Dieses Verfahren sieht im Einzelfall auch die Haaranalyse der Kinder als ein ergänzendes Instrument vor, um einer Kindeswohlgefährdung zu begegnen oder diese ausschließen zu können. Als Standard gehören zu dem Verfahren prinzipielle Hausbesuche von zwei Fachkräften sowie Teamarbeit – auch interdisziplinär – und ein einheitliches Dokumentationsverfahren.

Zu: Sicherstellung einer Kontroll- und Informationskette bei Wohnortwechsel

Das vom Land Bremen und anderen Bundesländern fachpolitisch mitentwickelte und zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz hat mit dem neu formulierten § 86c neue für die Jugendämter verbindliche Standards zur fortdauernden Leistungsverpflichtung und Fallübergabe bei Zuständigkeitswechsel getroffen:

Fortdauernde Leistungsverpflichtung und Fallübergabe
bei Zuständigkeitswechsel

(1) Wechselt die örtliche Zuständigkeit für eine Leistung, so bleibt der bisher zuständige örtliche Träger so lange zur Gewährung der Leistung verpflichtet, bis der nunmehr zuständige örtliche Träger die Leistung fortsetzt. Dieser hat dafür Sorge zu tragen, dass der Hilfeprozess und die im Rahmen der Hilfeplanung vereinbarten Hilfeziele durch den Zuständigkeitswechsel nicht gefährdet werden.

(2) Der örtliche Träger, der von den Umständen Kenntnis erhält, die den Wechsel der Zuständigkeit begründen, hat den anderen davon zu unterrichten. Der bisher zuständige örtliche Träger hat dem nunmehr zuständigen örtlichen Träger unverzüglich die für die Hilfestellung sowie den Zuständigkeitswechsel maßgeblichen Sozialdaten zu übermitteln. Bei der Fortsetzung von Leistungen, die der Hilfeplanung nach § 36 Absatz 2 unterliegen, ist die Fallverantwortung im Rahmen eines Gesprächs zu übergeben. Die Personensorgeberechtigten und das Kind oder der Jugendliche sowie der junge Volljährige oder der Leistungsberechtigte nach § 19 sind an der Übergabe angemessen zu beteiligen.“

Zu: Sicherstellung, dass zur Haarprobe vorgeladene substituierte oder drogenhängige Eltern sich dieser nicht entziehen können

Wie bereits dargelegt, können unter Beachtung der geltenden Rechtslage zu Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe sowie der bundesgesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz Gesundheitsuntersuchungen nur mit Zustimmung der betroffenen Personen erfolgen und damit auch Haarproben von Kindern nur mit Zustimmung der Personensorgeberechtigten entnommen werden. Das Zustimmungsgesuch gilt auch in Bezug auf die Weitergabe von Ergebnissen an Dritte. Dementsprechend sehen die in der Stadtgemeinde Bremen im Kontext der Fachlichen Weisung entwickelten Klientenkontrakte hierzu klare Hinweise und Zustimmungsregelungen und Schweigepflichtenbindungen vor. Die Kontrakte werden auch zukünftig aktualisiert und gelten in der jeweils mit der Landesbeauftragten für den Datenschutz und Informationsfreiheit aktualisierten Fassung.

Liegt eine Zustimmung nicht vor oder wird diese trotz gravierender Gefährdungshinweise verweigert, verbleibt die oben genannte Möglichkeit der Anrufung des Familiengerichtes mit der dortigen Möglichkeit der Anordnung von Gutachten oder Auflagen nach dem Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG).

Sollten auch familiengerichtliche Maßnahmen nicht zum Tragen kommen, besteht bei gravierendem Verdacht auf anhaltende Kindeswohlgefährdung nur die Möglichkeit der Inobhutnahme des Kindes und gegebenenfalls des Sorgerechtsentzuges auf Grundlage einschlägiger anderer die gerichtliche Entscheidung begründender Kenntnisse, Ermittlungen und Gutachten.

Auf Grundlage der neuen Qualitätsstandards zur Substitutionsbehandlung besteht im Rahmen der vereinbarten verbesserten Kontrollverfahren (qualifizierte Urinproben und Anwendung haaranalytischer Testverfahren) eine engere Mitwirkungspflicht der Betroffenen an der Überprüfung von Beigebrauch. Ist eine Mitwirkung der Betroffenen nicht gegeben und ein Beigebrauch nicht qualifiziert auszuschließen, besteht die Möglichkeit des Ausschlusses von bzw. der Beendigung der Substitutionsbehandlung.

Eine Rechtsgrundlage zur Zwangsentnahme von Haarproben bei Erwachsenen und/oder Kindern besteht nicht.

Anlagen

- | | |
|------------------|---|
| Anlage 1 | Kontrakt zur Sicherung des Kindeswohls als Bestandteil der Hilfeplanung gemäß § 36 SGB VIII (Bestandteil der Fachlichen Weisung 1/2009) |
| Anlage 2, 2a, 2b | Städtisches Regelverfahren zur Einleitung und Durchführung von Haaranalysen (Arbeitshilfe zur Fachlichen Weisung 01/2009) |
| Anlage 3 | Vordrucke zur Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben |

- Anlage 4 Anlage zur Richtlinie zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung
- Anlage 5 Zusätzlich eingeleitete Maßnahmen im Einzelfall
- Anlage 6 Hilfenetzwerk Fachbeirat in Bremen
- Anlage 7 Ablaufskizze zu den Aufgaben im Einzelfall
- Anlage 8 Handreichung „Drogenspuren in Kinderhaaren, allgemeine Grundlagen und Ergebnisse“

Amt für Soziale Dienste
- Amtsleitung -

Fachliche Weisung 01 / 2009

**Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger
Mütter/ Väter bzw. Eltern**

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung
2. Rechtliche Grundlagen
3. Kooperation und Hilfeplanung
4. Aufgabenteilung zwischen den unterschiedlichen Diensten und Ämtern und Verpflichtung zur Kooperation
 - 4.1 Frage des Datenschutzes
 - 4.2 Gegenseitige Information
 - 4.3 Verfahrensregelung
 - 4.4 Vereinbarungen mit der Kindesmutter/ den Kindeseltern
5. Angebotsstruktur und Leistungsbereiche im Rahmen der Gesundheits- und Jugendhilfe
 - 5.1 Vor der Geburt und von 0 bis 1 Jahr
 - 5.2 Altersstufe 1 bis 3 Jahre
 - 5.3 Altersstufe 3 bis 6 Jahre
 - 5.4 Altersstufe ab 6 Jahren
 - 5.5 Altersstufe ab 10 Jahren
 - 5.6 Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung
 - 5.7 Hilfen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
 - 5.8 Verpflichtung im Rahmen der Garantenstellung
6. Kontrollinstrumente/ Auflagen
7. Dokumentationssystem und Berichtswesen
8. Fachbeirat
9. Rechtsvorschriften/ Fundstellen
10. Inkraftsetzung

1. Vorbemerkung

Eltern/ allein Erziehende haben nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, jederzeit die Verantwortung für das Wohl ihres Kindes wahrzunehmen und damit das Kindeswohl zu sichern.

In der BRD leben nach Schätzungen ca. 30.000 Kinder, deren Eltern von Drogen abhängig sind. Eine exakte Zahl für Bremen ist nicht bekannt. In der Praxis sind es hauptsächlich Frauen, die allein erziehend mit ihren Kindern leben.

Für die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder ist der Drogenkonsum ihrer Eltern von erheblichem Nachteil. Sie gehören zu der Zielgruppe mit hohen und umfassenden Risiken für eine gesunde Entwicklung. Meistens bedeutet es für sie, mit einer Vielzahl von Problemen aufzuwachsen wie fehlende Erziehung, Mangelversorgung insgesamt, Vereinsamung oder Kontaktmangel zu anderen Kindern.

Bei drogenabhängigen Eltern ist deshalb eine besonders sorgfältige Prüfung erforderlich, ob sie ihre Elternrolle verantwortlich wahrnehmen. Eine zentrale Voraussetzung ist, dass sie angebotene Hilfen annehmen und mit dem Hilfesystem zuverlässig kooperieren.

Dieser Sachverhalt erfordert von den Hilfesystemen Drogenhilfe, Jugendhilfe und gesundheitlichem Versorgungssystem gezielte und verbindliche Absprachen und einen verbindlichen Rahmen der Kooperation und Koordination sowie eindeutige Regelungen der Verantwortlichkeiten im Umgang mit den Eltern.

Insbesondere der Jugendhilfe kommt unter dem Aspekt der Kindeswohlsicherung und den Rechten des Kindes eine besondere Bedeutung zu.

Auch bei der Jugendhilfe steht die Förderung der Kooperationsbereitschaft der Mütter und Väter mit dem Ziel der Sicherung des Kindeswohls bei Verbleib des Kindes bei den Eltern grundsätzlich im Vordergrund. Dazu bedarf es aber, unter Berücksichtigung der Problemkonstellation, einer verbindlichen engmaschigen Begleitung im Rahmen der Hilfeplanung sowie der Aufsicht und Kontrolle zu Fragen des Kinderschutzes. Dadurch sollen die Chancen für ein Zusammenleben von Eltern und Kind erhöht und verbessert und die Risiken in der frühkindlichen Entwicklung vermindert werden.

Das im SGB VIII bestehende grundlegende Spannungsverhältnis zwischen Hilfe und Kontrolle muss dabei konstruktiv, im Konfliktfall jedoch parteilich zugunsten des gefährdeten Kindes in die Hilfeplanung einfließen. Hilfen aus dem System sind verbindlich und kurzfristig den Kindern und Eltern zur Verfügung zu stellen und die Nutzung zu kontrollieren.

Mit der Begrenzung auf die o.g. Zielgruppe der drogenabhängigen und substituierten Mütter und Väter und deren Kinder ist nicht der Ausschluss

anderer Zielgruppen (z.B. alkoholranke und psychisch ranke Personen) von notwendiger Hilfe gemeint. Vielmehr dient diese Fachliche Weisung dazu, notwendige Kooperations- und Abstimmungsinstrumente modellhaft zu erproben und später generell einzuführen.

Die Leitlinien und Verfahrensregeln für die Beratung und Betreuung drogenabhängiger Schwangerer, Mütter und Eltern durch die Bremer Drogenhilfe sind dabei als Ergänzung zu sehen zu den vorhandenen Arbeitskonzeptionen des Amtes für Soziale Dienste.

2. Rechtliche Grundlage

Die Leistungsgewährung für diese Zielgruppe erfolgt auf der Grundlage des SGB VIII, SGB IX, SGB V.

3. Kooperation und Hilfeplanung

Zur Sicherstellung einer am Kindeswohl orientierten Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und zur Verbesserung der Chance des Zusammenlebens von Mutter und Kind ist in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt und den Bremer Drogenhilfeträgern ein Verfahren entwickelt worden, das mit dazu beiträgt, dass substituierte bzw. drogenabhängige schwangere Frauen während der Schwangerschaft spätestens nach der Geburt des Kindes zur Verminderung der Risiken und zur Förderung der Entwicklungschancen des Kindes auf das Beratungs- und Unterstützungssystem der öffentlichen Jugendhilfe hingewiesen werden und sich auf dieses - weil Aspekte der Kindeswohlsicherung im Vordergrund stehen - einzulassen haben.

4. Aufgabenteilung zwischen den unterschiedlichen Diensten und Ämtern und Verpflichtung zur Kooperation

Das Hilfesystem für die Zielgruppe substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/ Väter/ Eltern ist grob unterteilt in die drei Hauptbereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und gesundheitliches Versorgungssystem. In diesem Kontext bedarf es einer gezielten Absprache aller Beteiligten zur Risikoeinschätzung, insbesondere zur Gewährleistung des Kindeswohls und zur Problem- und Hilfeakzeptanz.

Die beteiligten Institutionen, insbesondere das Amt für Soziale Dienste mit seinen 6 Sozialzentren, das Gesundheitsamt, die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte und die Kinderkliniken sowie die ambulante Drogenhilfe haben sich deshalb zu einer verbindlichen Kooperation verpflichtet.

Dabei bleibt das Casemanagement im Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen in seiner Funktion als Jugendamt für das Wohl des Kindes verantwortlich (Garantenstellung). Dieser Verantwortung kann das Jugendamt nur gerecht werden, wenn es von den Beteiligten, die mit den Kindern, den Eltern oder dem Elternteil in Kontakt stehen, so schnell wie möglich darüber informiert wird, dass gewichtige Anhaltspunkte / Erkenntnisse dafür vorhanden sind, dass das Wohl eines Kindes oder Jugendlichen gefährdet

sein könnte. Das Casemanagement ist deshalb unverzüglich von allen Beobachtungen, Feststellungen oder Erkenntnissen, aus denen auf eine Gefährdung des Wohles eines Kindes oder Jugendlichen geschlossen werden kann, zu unterrichten, damit die notwendigen Maßnahmen sofort eingeleitet werden können.

4.1 Frage des Datenschutzes

Wer mit der Information Privatgeheimnisse weitergibt, deren unbefugte Offenbarung nach § 203 StGB strafbar wäre, handelt dabei nicht rechtswidrig, wenn er die Tat in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit oder ein anderes Rechtsgut begeht, um die Gefahr von einem anderen abzuwenden, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt und soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden (§ 34 StGB).

Die Verpflichtung zur unverzüglichen Information des Jugendamtes gilt auch für Träger von Einrichtungen und Diensten, mit denen Vereinbarungen gem. § 8a Abs. 2 SGB VIII getroffen worden sind, wenn sie feststellen, dass die von den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung des Kindes oder Jugendlichen abzuwenden.

Der Ambulante Sozialdienst hat das Familiengericht anzurufen, wenn die Personensorge- oder Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Er koordiniert die Arbeit der beteiligten Institutionen unter Berücksichtigung der Interessenlagen des Kindes und bezieht - soweit für das Tätigwerden erforderlich - die unter Ziffer 4.1 aufgeführten Kooperationspartner mit ein.

4.2 Gegenseitige Information

Die unten genannten fachlich zuständigen Institutionen sind befugt, jedenfalls mit Einwilligung der Betroffenen oder im Falle des rechtfertigenden Notstandes gem. § 34 StGB nach einzelfallbezogener Gefährdungsabschätzung sich gegenseitig zu informieren, soweit dieses zum Schutz des Kindes/ zur Sicherung des Kindeswohls erforderlich ist:

- das Gesundheitsamt Bremen (Familienhebammen / KJGD)
- die substituierenden niedergelassenen Ärzte
- die Frauenärztinnen / Frauenärzte
- die Kinder- und Jugendärztinnen / Kinder- und Jugendärzte
- Hausärztinnen / Hausärzte
- die Einrichtungen der Drogenhilfe
- die im Rahmen der Betreuung drogenabhängiger Eltern tätigen Träger
- die Krankenhäuser

- die Ambulanten Sozialdienste Junge Menschen und Erwachsene
- die Kindertagesheime
- die Schulen

Die Familienhebammen des Gesundheitsamtes nehmen gemäß § 14 Abs. 7 Gesundheitsdienstgesetz (ÖGDG) ihren Auftrag wahr, indem sie insbesondere sozial benachteiligte Frauen und Familien vor und nach der Geburt eines Kindes Beratung und Einzelfallhilfe anbieten. In Fallkonstellationen der Kindeswohlgefährdung im Sinne des § 8a SGB VIII schalten die Familienhebammen unter den Voraussetzungen der §§ 31, 32 ÖGDG das Amt für Soziale Dienste für die weitere Hilfeplanung ein und übergeben gleichzeitig die Zuständigkeit und die Koordination der Maßnahme an den Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen.

4.3 Verfahrensregelung

Im Einzelnen ist folgendes Verfahren anzuwenden:

Soweit einem der o.g. Kooperationspartner bekannt wird, dass eine substituierte bzw. drogenabhängige Frau schwanger ist bzw. eine in Haushaltsgemeinschaft lebende Person substituiert bzw. drogenabhängig ist, soll eine Mitteilung nach rechtlicher und sachlicher Aufklärung und einer unterschriebenen Einwilligungserklärung der schwangeren Frau an die Familienhebamme des Gesundheitsamtes Bremen erfolgen. Diese nimmt Kontakt zu der Schwangeren auf, berät sie im Hinblick auf eine vorläufige Hilfeplanung und initiiert eine Fallberatung.

Dazu bedarf es der Einwilligung der Betroffenen. Diese Einwilligung muss alle Stellen ausdrücklich benennen, die daran beteiligt werden sollen. Zweck und Umfang der Datenübermittlung muss den Betroffenen erläutert werden. Soweit im Rahmen der Fallberatung auch von den beteiligten Stellen personenbezogene Daten mitgeteilt werden sollen, bedarf es auch diesbezüglich jeweils einer Schweigepflichtentbindung bzw. einer Einwilligungserklärung.

Im Rahmen dieser Fallberatung, an der der Ambulante Sozialdienst Junge Menschen teilnimmt, sind die Eckpunkte für eine Beratung, Unterstützung und Begleitung der Kindesmutter vor und nach Geburt des Kindes festzulegen.

Damit soll im Interesse des Kindes sichergestellt werden, dass eine bleibende, erkennbare Verantwortlichkeit besteht und trotz Einbindung und Mitarbeit der verschiedenen Institutionen im Hilfesystem diese - die Familienhebamme - jederzeit ihrer Verantwortung durch Information und Steuerung nachkommen kann.

Das Casemanagement des Ambulanten Sozialdienstes Junge Menschen übernimmt mit Bekanntwerden in der Fallberatung den Fall in seine Zuständigkeit und seinen Verantwortungsbereich. Ihm obliegt auch die Zu-

ständigkeit für die Einleitung von Maßnahmen bzw. die Koordinierung der Hilfen für das Kind.

Die persönliche Betreuung der Kindesmutter im Zusammenhang mit der Suchtproblematik wird durch die Einrichtungen der Drogenhilfe weiterhin sichergestellt. Das Casemanagement des Ambulanten Sozialdienstes Junge Menschen und die Drogenhilfeeinrichtungen stimmen zeitnah das Vorgehen ab und legen die zu übernehmenden Aufgaben fest. Auch hierzu bedarf es einer Einwilligung. In diesem Fall ist darauf zu achten, dass das Kind nicht als Stabilisierungsfaktor zur Therapie der Eltern benutzt wird.

Zeitnah nach der Geburt des Kindes lädt der zuständige Sozialdienst im Krankenhaus mit Einwilligung der Kindesmutter/ der Eltern regelhaft den Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen sowie die im Einzelfall erforderlichen Kooperationspartner zu einer Beratung in das Krankenhaus ein. In dieser wird auf der Grundlage der Kenntnisse der eingeladenen Kooperationspartner mit der Kindesmutter, den Eltern, dem Lebenspartner geprüft, inwieweit die Voraussetzungen für den Verbleib des Kindes bei der Kindesmutter vorliegen und welche Unterstützungssysteme in Frage kommen.

Für den Fall, dass die Kindesmutter, die Eltern, der Lebenspartner Hilfe annehmen wollen und in der Fallberatung die Voraussetzungen für den Verbleib gegeben erscheinen, sind dann mit ihr/ ihnen im Rahmen eines Kontraktes die Rahmenbedingungen/ Eckwerte zur Entwicklungsbegleitung des Kindes festzulegen und zu unterschreiben.

Soweit die jeweils notwendige Einwilligung verweigert wird und im Sinne des § 8a SGB VIII eine Gefährdung des Kindeswohls nicht auszuschließen ist, haben die Familienhebamme bzw. der Sozialdienst im Krankenhaus oder behandelnde Ärzte das Jugendamt unverzüglich vom Sachverhalt in Kenntnis zu setzen, wenn die Voraussetzungen des § 34 StGB bzw. die der §§ 31, 32 ÖGDG vorliegen.

Falls nach Prüfung durch das Jugendamt eine Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit den Institutionen nicht gegeben ist und die aus Sicht des Amtes für erforderlich gehaltenen Leistungen nicht akzeptiert werden, ist unter dem Aspekt der Kindeswohlsicherung unverzüglich das Familiengericht anzurufen. Bis zur Entscheidung des Familiengerichtes muss das Kind auf der Grundlage des § 42 SGB VIII in Obhut genommen werden.

4.4 Vereinbarungen mit der Kindesmutter/ den Kindeseltern

Mit der Kindesmutter / den Kindeseltern zu vereinbarende Eckpunkte für eine solche Hilfeplanung sind:

- die Bereitschaft, sich konsequent und bereits während der Schwangerschaft von den Familienhebammen des Gesundheitsamtes Bremen betreuen zu lassen;
- die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft kontinuierlich und verantwortlich durchführen zu lassen;
- die Planung der Entbindung in einer Geburtsklinik mit angeschlossener Kinderklinik frühzeitig mit Experten (z.B. den Familienhebammen) abzusprechen;
- die verantwortliche Wahrnehmung der Vorsorgeuntersuchungen bzw. darüber hinausgehender Termine für das Kind beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt;
- die Befolgung aller das Kindeswohl sichernden Ratschläge von Seiten der Familienhebammen während der Schwangerschaft und des ersten Lebensjahres des Kindes kooperativ wahrzunehmen sowie die Zustimmung zu einer Entwicklungsdiagnostik des Kindes durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes zwecks etwaiger Frühfördermaßnahmen, falls dies medizinisch notwendig ist;
- die Bereitschaft, aufsuchende Beratung und auch Kontrolle in Anspruch zu nehmen;
- die Bereitschaft, sich einer regelmäßigen Drogenkontrolle (Urinkontrolle) unter Einbeziehung des Kindes zu stellen
- je nach Bedarf und Erfordernis die Wahrnehmung der Angebote der Jugendhilfe für ein Kind zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr - z.B.:
 - der Besuch eines Spielkreises bzw. einer Eltern-Kind-Gruppe,
 - der Besuch einer Kleinkindertagesstätte (Krippe),
 - die Inanspruchnahme einer Tagespflege,
 - die Gewährleistung des regelmäßigen Besuchs der Kindertagesstätte bzw. ggf. des Hortes ab dem vollendeten 3. Lebensjahr,
 - ggf. Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung gem. § 27 ff SGB VIII, z.B. der Einsatz familienstabilisierender Dienste,

5. Angebotsstruktur und Leistungsbereiche im Rahmen der Gesundheits- und Jugendhilfe

5.1 Vor der Geburt und von 0 bis 1 Jahr

In dieser Altersstufe liegt der Schwerpunkt der Begleitung der substituierten/drogenabhängigen Frauen bei den Familienhebammen der Sozialpädiatrischen Abteilung des Gesundheitsamtes Bremen. Die Familienhebammen betreuen substituierte Frauen vorrangig. In diesem Zusammenhang ist sicherzustellen, dass die Inaugenscheinnahme des Kindes durch regelmäßige Hausbesuche mindestens einmal wöchentlich erfolgt.

Im Rahmen der Betreuung melden die Familienhebammen unter den Voraussetzungen der §§ 31,32 ÖGDG Fälle, in denen das Kindeswohl nicht mehr gewährleistet ist, unmittelbar an den Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen und beraten gemeinsam das weitere Vorgehen. Erforderlich hierfür ist die Einwilligung der Betroffenen oder das Vorliegen der anderen Übermittlungsbefugnisse gemäß §§ 31, 32 ÖGDG. In akuter Krisensituation handeln sie bei Vorliegen des § 32 Abs. 2 ÖGDG unmittelbar und schalten gemäß § 32 Abs. 2 Nr. 3 ÖGDG anschließend den/ die zuständige/n Case Manager/-in des Ambulanten Sozialdienstes Junge Menschen ein.

5.1.1 Inhalte der Leistung der Familienhebammen sind u.a. (neben o.g. Vermittlungsauftrag):

5.1.1.1 Während der Schwangerschaft

- individuelle Geburtsvorbereitung
- Vorbereitung für das Kind
- Begleitung durch die Schwangerschaft
- sicherstellen, dass betreute Frauen sich in der ausgewählten Entbindungsklinik anmelden bzw. dass ein Gespräch mit dem Klinikinhaberarzt stattfindet

5.1.1.2 Betreuung von Mutter und Kind nach der Geburt

- Hilfestellung bei der Versorgung des Kindes (z.B. Baden, Ernährung, Umgang mit dem Kind, Handling)
- Entwicklungsbegleitung und ggf. Einleitung von Frühfördermaßnahmen gem. SGB IX
- kontrollieren, ob die Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen durchgeführt werden
- mit Einwilligung der Betroffenen dem Sozialdienst im Krankenhaus die betreuenden Kooperationspartner benennen

Grundvoraussetzung für den Einsatz der Familienhebammen ist, dass es zu verbindlichen Betreuungsabsprachen kommt.

Nach dem ersten Lebensjahr endet die Tätigkeit der Familienhebammen mit einer abschließenden Fallbesprechung zwischen Familienhebamme und Casemanagement zwecks vollständiger Übergabe des Falls an den Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen.

5.2 Altersstufe 1 bis 3 Jahre

Für Kinder dieser Altersstufe stehen Einrichtungen der Jugendhilfe wie

- Spielkreise
- Eltern-Kind-Gruppen
- Tagesmütter bzw. -väter
- Kleinkindertagesstätten/Kindergruppen

zur Verfügung.

Für Kinder substituierter/ drogenabhängiger Eltern werden diese Angebote vorrangig zur Verfügung gestellt.

Eine jährliche Entwicklungsdiagnostik durch den Jugend- und Gesundheitsdienst des Gesundheitsamtes ist zu veranlassen. Durch das Casemanagement ist sicherzustellen, dass durch die regelmäßige Inanspruchnahme der o.g. Angebote oder durch andere familienunterstützende Hilfen eine regelmäßige Inaugenscheinnahme des Kindes gewährleistet ist.

5.3 Altersstufe 3 bis 6 Jahre

Kinder ab Vollendung des dritten Lebensjahres haben einen Anspruch auf einen Kindergartenplatz. Dieser ist entsprechend dem Bedarf des Kindes bereitzustellen. Durch das Casemanagement ist sicherzustellen, dass der Platz (6 Stunden Betreuungszeit) angenommen und das KTH auch regelmäßig besucht wird.

5.4 Altersstufe ab 6 Jahren

Mit Schuleintritt ist durch den Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen zu prüfen, inwieweit eine Nachmittagsbetreuung im Rahmen des Hortes bzw. eine Einbindung in die Angebotsstruktur des Sozialraumes (soziales Netz) erforderlich wird. Ggf. ist darauf hinzuwirken, dass das Kind im Rahmen einer Ganztagschule beschult wird und damit zu seiner Integration beigetragen wird. Soweit in diesem Zusammenhang eine Datenübermittlung zwischen dem Gesundheitsamt und dem AfSD erforderlich wird, bedarf es hierfür einer Einwilligung der Betroffenen.

5.5 Altersstufe ab 10 Jahren

In diesen Fällen ist zu prüfen, inwieweit die Einbindung in das Schul- bzw. Jugendhilfesystem zuverlässig sichergestellt werden kann (Ganztagschule/ heilpädagogische Tagesgruppe).

Für 5.2. bis 5.5: Bei Nichtbesuch oder Fehlzeiten hat das Casemanagement des Ambulanten Sozialdienstes sicherzustellen, dass die Einrichtung/ Schule unverzüglich eine Meldung veranlasst. Dazu bedarf es der Einwilligung der Sorgeberechtigten, sofern diese nicht bereits vorliegt.

5.6 Maßnahmen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung

Soweit im Einzelfall angezeigt, sind neben den Leistungen des Regelsystems auch einzelfallbezogene Leistungen im Rahmen der Hilfe zur Erziehung flankierend zur Kindeswohlsicherung einzuleiten.

5.7 Anspruch auf begleitende Hilfen/ Leistungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Kinder und Jugendliche von substituierten bzw. drogenabhängigen Müttern/ Vätern bzw. Eltern haben bis zum vollendeten 18. Lebensjahr An-

spruch auf begleitende Hilfen/ Leistungen. Zur Beurteilung des Kindeswohls ist auf der Grundlage der Einwilligungserklärung der Kindesmutter / Kindeseltern die aktuelle Einschätzung des zuständigen Kinder- und Jugendarztes hinsichtlich Entwicklung, Gesundheit und sozialer Situation einzuholen.

Zur Beurteilung des seelischen Zustandes des Kindes kann darüber hinaus auf der Grundlage des § 35a SGB VIII die Sozialpädiatrische Abteilung des Gesundheitsamtes Bremen mit einbezogen werden.

5.8 Verpflichtung im Rahmen der Garantenstellung

Scheitern Beratung und Unterstützung, ist das Jugendamt in Wahrnehmung seiner Garantenstellung verpflichtet, auf der Grundlage des § 8a SGB VIII sowie ggf. in Verbindung mit § 42 SGB VIII auch ohne Zustimmung der Eltern Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu ergreifen oder zu initiieren.

6. Kontrollinstrumente/ Auflagen

Im Rahmen des zwischen dem Amt für Soziale Dienste (Casemanagement) und der Kindesmutter / Eltern / Lebenspartner als Bestandteil der Hilfeplanung abzuschließenden Kontraktes sind Kontrollinstrumente und Auflagen zu beschreiben. Für den Fall, dass diese Auflagen nicht eingehalten werden und dadurch das Kindeswohl gefährdet ist, ist das Familiengericht auf der Grundlage des § 8a SGB VIII anzurufen.

7. Dokumentationssystem und Berichtswesen

Die Bearbeitung ist nach Maßgabe einer gesonderten Regelung zu dokumentieren.

8. Fachbeirat

Die Umsetzung der Fachlichen Weisung wird von einem Fachbeirat begleitet, der sich aus Mitgliedern der unterschiedlichen Institutionen bzw. Träger (Ämter), der Drogenhilfe, der Jugendhilfe und dem gesundheitlichen Versorgungssystem zusammensetzt. Der Beirat tritt in der Regel halbjährlich auf Einladung des Amtes für Soziale Dienste zusammen. Er befasst sich mit Fragen der Kooperation, der Schnittstellenproblematik und der Weiterentwicklung der Angebotsstruktur.

9. Rechtsvorschriften und Fundstellen

- DANw 04/02 Umsetzung von datenschutzrechtlichen Bestimmungen in der Jugendhilfe, Sozialhilfe und im Bereich der Beistandschaft, Amtspflegschaft und Amtsvormundschaft
- DA 03/03 Zum Handlungsansatz des Casemanagements (CM) bzw. Unterstützungsmanagements im Ambulanten Sozialdienst Junge Menschen des Amtes für Soziale Dienste

- DA 04/03 Leistungsgewährung nach dem Achten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VIII) - Kinder- und Jugendhilfe –
- DA 05/03 Zuständigkeiten für junge Menschen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Achten Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe –
- Fachliche Weisung 01/2008 Handlungsorientierung zur Umsetzung des Schutzauftrages des § 8a SGB VIII: Qualitätssicherung zur Anwendung fachlicher Standards bei Kindeswohlgefährdung im Amt für Soziale Dienste
- Leitlinien und Verfahrensregeln für die Beratung und Betreuung drogenabhängiger Schwangerer, Mütter und Eltern durch die Bremer Drogenhilfe
- Gemeinsame Empfehlungen zur Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Lande Bremen

10. Inkraftsetzung

Die Fachliche Weisung tritt am 01. März 2009 in Kraft. Die Fachliche Weisung 01/2005 wird zeitgleich außer Kraft gesetzt.

Bremen, den 25. Februar 2009



Dr. Marquard

Anlage 1 zur Fachlichen Weisung 01/2009

Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/ Väter bzw. Eltern

§ 8a SGB VIII

Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte abzuschätzen. Dabei sind die Personensorgeberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorge- oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicher zu stellen, dass deren Fachkräfte den Schutzauftrag nach Absatz 1 in entsprechender Weise wahrnehmen und bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen. Insbesondere ist die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte bei den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die angenommenen Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um die Gefährdung abzuwenden.

(3) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(4) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

§ 34 StGB

Rechtfertigender Notstand

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

§ 35 StGB

Entschuldigender Notstand

(1) Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib oder Freiheit eine rechtswidrige Tat begeht, um die Gefahr von sich, einem Angehörigen oder einer anderen ihm nahestehenden Person abzuwenden, handelt ohne Schuld. Dies gilt nicht, soweit dem Täter nach den Umständen, namentlich weil er die Gefahr selbst verursacht hat oder weil er in einem besonderen Rechtsverhältnis stand, zugemutet werden konnte, die Gefahr hinzunehmen; jedoch kann die Strafe nach § 49 Abs. 1 gemildert werden, wenn der Täter nicht mit Rücksicht auf ein besonderes Rechtsverhältnis die Gefahr hinzunehmen hatte.

(2) Nimmt der Täter bei Begehung der Tat irrig Umstände an, welche ihn nach Absatz 1 entschuldigen würden, so wird er nur dann bestraft, wenn er den Irrtum vermeiden konnte. Die Strafe ist nach § 49 Abs. 1 zu mildern.

Anlage 2 zur Fachlichen Weisung 01/2009

Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/ Väter bzw. Eltern

Hinweise zur Anwendung des Rechtfertigenden Notstands nach § 34 Strafgesetzbuch (StGB)

Ärzte, Berufspsychologen, Sozialarbeiter/ Sozialpädagogen und Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen sind Berufsgeheimnisträger, für die eine besondere Verpflichtung zur Geheimhaltung der ihnen in dieser Eigenschaft anvertrauten Tatsachen besteht. Die unbefugte Offenbarung der ihnen anvertrauten Geheimnisse ist in § 203 Abs. 1 StGB strafbewehrt.

Soweit es für diese Berufsgruppe keine gesetzliche Regelung gibt, die eine Weitergabe von Informationen (Datenübermittlung oder -nutzung) bei Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung erlaubt, ist diese nur bei Vorliegen einer wirksamen Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen oder bei Vorliegen der Voraussetzungen des Rechtfertigenden Notstands nach § 34 StGB zulässig.

Tatbestandsvoraussetzung des § 34 StGB ist das Vorliegen einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für ein Rechtsgut (z. B. Leib oder Leben eines Kindes).

Eine gegenwärtige Gefahr für ein Kind liegt vor, wenn durch Andauern der Gefahrensituation der Eintritt eines Schadens für das Kind in Zukunft wahrscheinlich ist. Dies kann immer nur in Kenntnis der Umstände des Einzelfalls beurteilt werden. Die Gefahr darf zudem nicht anders abwendbar sein. Das bedeutet, dass alle anderen weniger in die Rechte der Betroffenen eingreifenden Möglichkeiten zur Abwendung der Gefahr (mildere Mittel) nicht Erfolg versprechend wären.

Grundsätzlich gilt, dass vorrangig immer versucht werden muss, eine Schweigepflichtentbindungserklärung des Betroffenen zu erhalten. Nur wenn dies im konkreten Einzelfall nicht möglich ist, kommt eine Meldung gegen den Willen der Betroffenen in Betracht. Die Betroffenen sind grundsätzlich vorher darüber zu informieren.

Zudem muss eine Abwägung der widerstreitenden Interessen vorgenommen werden. Ergebnis dieser Abwägung muss sein, dass das geschützte Interesse (hier das Wohl des Kindes im Hinblick auf den Grad der ihm drohenden Gefahr) das beeinträchtigte (hier das Geheimhaltungsinteresse in Bezug auf die anvertrauten Informationen) wesentlich überwiegt. Dafür ist eine Gesamtwürdigung aller Umstände und widerstreitenden Interessen unter Berücksichtigung der kon-

kreten Situation erforderlich. Schließlich muss das Mittel zur Abwendung der Gefahr angemessen sein, es muss also eine Verhältnismäßigkeitsprüfung im engeren Sinne (Zumutbarkeit) durchgeführt werden.

Anlage 3 zur Fachlichen Weisung 01/2009

Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter/Väter bzw. Eltern

Auszug aus dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen (Gesundheitsdienstgesetz - ÖGDG)

§ 31 Geheimhaltungspflichten

(1) Personenbezogene Daten und Geheimnisse, die den Angehörigen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz anvertraut worden sind oder sonst bekannt werden, unterliegen der Verschwiegenheit und dürfen nur für die Zwecke verwendet werden, für die sie erhoben worden sind. Soweit ihnen diese Daten außerhalb ihres dienstlichen Aufgabenbereichs anvertraut oder sonst bekannt geworden sind, dürfen sie diese bei der Erfüllung ihrer dienstlichen Aufgaben nicht verwerten.

(2) Absatz 1 gilt nicht, soweit der Betroffene in die Verarbeitung seiner Daten eingewilligt hat. Die Einwilligung bedarf der Schriftform, soweit nicht wegen besonderer Umstände eine andere Form angemessen ist. Wird die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen schriftlich erteilt, ist der Betroffene hierauf schriftlich besonders hinzuweisen. Dabei ist in geeigneter Weise über die Bedeutung der Einwilligung, insbesondere über den Verwendungszweck der Daten, bei einer beabsichtigten Übermittlung auch über die Empfängerin oder den Empfänger der Daten, sowie über das Akteneinsichtsrecht aufzuklären und darauf hinzuweisen, dass die Einwilligung verweigert werden kann.

Ist der Betroffene aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht in der Lage, die Einwilligung zu erteilen, ist die Erklärung im Wege gesetzlicher Vertretung oder, wenn eine solche nicht vorhanden ist, durch Angehörige abzugeben.

Eine Offenbarung der Daten ist ansonsten nur zulässig unter den Voraussetzungen, unter denen eine der in § 203 Abs. 1 oder 3 des Strafgesetzbuches genannten Personen dazu befugt wäre. Die Verarbeitung personenbezogener Daten bei der freiwilligen Inanspruchnahme von Beratungsangeboten bedarf in jedem Fall der Einwilligung des Betroffenen. Es ist sicherzustellen, dass eine Beratung auch ohne Preisgabe personenbezogener Daten erfolgen kann.

(3) Wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst Leistungen nach diesem Gesetz erbringt, die mit Krankenkassen abgerechnet werden, können die für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten übermittelt werden, soweit es die entsprechenden Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorsehen.

(4) Soweit in diesem Gesetz oder anderen Rechtsvorschriften nichts Abweichendes bestimmt ist, gelten im übrigen die Vorschriften des Bremischen Datenschutzgesetzes.

§ 32 Zweckbindung und Übermittlung

(1) In allen Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, insbesondere auch bei der Aktenführung, sicherzustellen, dass personenbezogene Daten nur für den jeweiligen Aufgabenbereich gespeichert und verwendet werden können. Grundsätzlich ist eine Trennung zwischen den Daten, die nach § 31 Abs. 2 Satz 7 erhoben werden, und den Daten, die bei der Ausübung von Überwachungs- und Zwangsmaßnahmen erhoben werden, zu gewährleisten.

(2) Die Verarbeitung personenbezogener Daten für andere Zwecke als jene, für die sie erhoben oder erstmalig gespeichert worden sind, ist abweichend von § 12 Abs. 2 des Bremischen Datenschutzgesetzes nur zulässig, wenn und soweit

1. der Betroffene eingewilligt hat,
2. eine Rechtsvorschrift dies erlaubt oder zwingend voraussetzt,
3. dies zur Abwehr von Gefahren für Leben, körperliche Unversehrtheit oder persönliche Freiheit des Betroffenen oder eines Dritten erforderlich ist; der Betroffene soll hierüber informiert werden,
4. sie zur Verfolgung von Straftaten oder Ordnungswidrigkeiten, zur Vollstreckung von Strafen oder Bußgeldern oder zur Erledigung eines gerichtlichen Auskunftersuchens erforderlich ist oder
5. das Erheben der Daten bei dem Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde, die Verarbeitung im Interesse des Betroffenen liegt und davon ausgegangen werden kann, dass dieser in Kenntnis des Verarbeitungszweckes seine Einwilligung hierzu erteilt hätte.

Besondere Amts- oder Berufsgeheimnisse bleiben unberührt.

**Kontrakt zur Sicherung des Kindeswohls als
Bestandteil der Hilfeplanung gem. §36 SGB VIII**

Diese Vereinbarung wird mit dem Ziel der Kindeswohlsicherung für das nachstehende Kind getroffen

Kind:

Az:

Name:

Vorname:

geb. am/ vorauss. Entbindungstermin:

Weitere im Haushalt der Kindesmutter lebende Kinder:

Name:

Vorname:

geb. am:

Kindesmutter:

Name:

Vorname:

geb. am:

Adresse:

Telefon:

Kindesvater:

Name:

Vorname:

geb. am:

Adresse:

Telefon:

Personensorgeberechtigte/r bei mdj. Kindesmutter:

Name: Vorname:

Adresse:

Lebenspartner in Haushaltsgemeinschaft:

Name:

Vorname: geb. am:

Rechtliche/r Betreuerin/Betreuer der Kindesmutter des Kindesvaters

Institution: Name:

weitere Angehörige/Bezugspersonen (Großeltern, Tante/Onkel des Kindes etc):

Name, Telefon

,

,

,

,

Personensorgeberechtigte(r) für das o.g. Kind ist: Kindesmutter Kindesvater Kindeseltern (gemeinsame Sorge) Sonstige**Vormundschaft für das o.g. Kind ist:** Einzelvormund:

Name: , Vorname: Geb.-Dat:

Anschrift:

Wirkungskreis: AZ beim Vormundschaftsgericht:

 Amtsvormundschaft/ Amtspflegschaft:

Institution: Name des Vormundes: AZ:

Schwangerschaft:

Hiermit erkläre/n ich/ wir , folgende Auflagen verbindlich einzuhalten:

- mich/ uns konsequent und bereits während der Schwangerschaft, mindestens 2 x monatlich von den Familienhebammen des Gesundheitsamtes Bremen betreuen zu lassen und Hausbesuche zuzulassen;
- die Hinweise von Seiten der Familienhebamme zur notwendigen Kindeswohlsicherung während der Schwangerschaft zu befolgen;
- die Vorsorgeuntersuchungen nach den Mutterschaftsrichtlinien während der Schwangerschaft kontinuierlich durchführen zu lassen (Termine müssen regelmäßig stattfinden und klar abfragbar sein) und den Mutterpass vorzulegen;
- alle Schutzmaßnahmen vor Infektionen zu befolgen;
- mich/ uns einer regelmäßigen Drogenkontrolle (Urinkontrolle/ggf. Haaranalyse) durch den substituierenden Arzt bzw. Ärztin * oder den Hausarzt/die Hausärztin * während der gesamten Schwangerschaft zu unterziehen.

Die Testergebnisse darf der Arzt/ die Ärztin der/ dem u.g. Casemanager/in (CM) beim Amt für Soziale Dienste zuleiten.

Hierzu entbinde ich den bezeichneten Arzt/ die bezeichnete Ärztin gegenüber dem Casemanagement des Amtes für Soziale Dienste von der Schweigepflicht. Die Mitteilung der Ergebnisse der Drogenkontrolle dient dem Zweck der

- **Abschätzung des Gefährdungsrisikos**
- **Sicherung des Kindeswohls**
- **Prüfung und Initiierung von Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls**

Sie erfolgt nur in dem erforderlichen Umfang. Diese Erklärung erfolgt freiwillig ohne Zwang.

Über die Rechtsfolgen einer Verweigerung dieser Einwilligung bin ich wie folgt belehrt worden: Ohne Einwilligung wird das AfSD im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages gemäß § 8a SGB VIII alle notwendigen Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls prüfen und einleiten. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

- bei einem Wechsel des substituierenden Arztes/ der substituierenden Ärztin unverzüglich die Familienhebamme und die/ der u.g. CM beim Amt für Soziale Dienste zu informieren;
- die Entbindung in einer Geburtsklinik mit angeschlossener Kinderklinik frühzeitig mit Experten (den Familienhebammen etc.) zu planen und anzugeben, in welcher Klinik die Entbindung erfolgt und alle notwendigen Untersuchungen einzuhalten, auch an dem neu geborenen Kind;
- in der Geburts- und Kinderklinik allen notwendigen Untersuchungen, auch beim Kind, zuzustimmen; an den Gespräche - zur Entlassungsplanung des Kindes aus der Kinderklinik - teilzunehmen und an den evtl. notwendigen Maßnahmen zu beteiligen;
- einen Wohnungswechsel unverzüglich mitzuteilen.

ggf. weitere Auflagen: .. _____

Der/ die fallführende Casemanager/-in wird die vereinbarten Auflagen in regelmäßigen Abständen von _____ kontrollieren.

Ich/ wir bin/ sind darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass unzuverlässige Gesundheitsvorsorge Schädigungen meines/ unseres Kindes nach sich ziehen kann und begründete Zweifel an einer/ unserer Sorgerechtseignung nach der Geburt des Kindes begründet.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die Vereinbarung den nachfolgend vereinbarten Kooperationspartner/innen zugeleitet wird.

Hierzu erkläre/n ich/ wir ausdrücklich meine/ unsere Einwilligung.

Die Weitergabe der Vereinbarung an die Kooperationspartner dient der Zusammenarbeit zum Zweck der

- **Abschätzung des Gefährdungsrisikos**
- **Sicherung des Kindeswohls**
- **Prüfung und Initiierung von Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls**

Diese Erklärung erfolgt freiwillig ohne Zwang. Über die Rechtsfolgen einer Verweigerung dieser Einwilligung bin ich wie folgt belehrt worden: Ohne Einwilligung wird das AfSD im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages gemäß § 8a SGB VIII alle notwendigen Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls prüfen und einleiten. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Beteiligte Kooperationspartner/-innen, Institutionen, Personen (* zutreffendes bitte im Einzelfall ankreuzen):

Familienhebamme _____

(Name)

Klinik(en) _____

(Name)

substituierende/r Ärztin/Arzt _____

(Name)

Hausarzt/-ärztin _____

(Name)

Frauenarzt/-ärztin _____

(Name)

Drogenberatung (comeback gmbh, ambulante Drogenhilfe gGmbH) _____

(Name)

betreutes Wohnen/ Rehabilitationseinrichtung _____

(Name)

Schule _____

(Name)

sonstige _____

(Name)

Bremen, den

werdende Mutter

(Casemanager/-in)

werdender Vater/ Lebensgefährte)

sonstige Sorgeberechtigte

bei Mj. gesetzlicher Vertreter

Anlage: Schweigepflichtentbindung

Mutterschaft/ Vaterschaft:

Hiermit erkläre/n ich/ wir , folgende Auflagen verbindlich einzuhalten:

- die Vorsorgeuntersuchungen bzw. darüber hinaus gehende Termine für das Kind beim niedergelassenen Kinderarzt/Pädiater bzw. Allgemeinmediziner verantwortlich durchführen zu lassen und das Vorsorgeheft vorzulegen;
- den Hausbesuch der Familienhebamme in der Regel einmal wöchentlich zuzulassen;
- die Hinweise von Seiten der Familienhebammen zur notwendigen Kindeswohlsicherung zu befolgen;
- einer Entwicklungsdiagnostik durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes meines/ unseres Kindes zwecks etwaiger Frühfördermaßnahmen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres halbjährlich sowie anschließend jährlich bis zur Einschulung zuzustimmen und diese, falls medizinisch notwendig, kooperativ wahrzunehmen;
- regelmäßige, auch unangemeldete Hausbesuche der nachstehend benannten Institutionen gemäß vereinbarter Hilfeplanung zu akzeptieren und mit den Institutionen auch im Interesse des Kindes zusammenzuarbeiten:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- mich/ uns einer regelmäßigen Drogenkontrolle (Urinkontrolle sowie ggf. einer Haaranalyse) durch den
 - substituierenden Arzt/ Ärztin *
 - Hausarzt/ Hausärztin *

zu stellen und die Testergebnisse dem/ der u.g. CM im Amt für Soziale Dienste zuzuleiten.

Hierzu entbinde/n ich/wir den bezeichneten Arzt/ die bezeichnete Ärztin gegenüber dem Casemanagement des Amtes für Soziale Dienste von der Schweigepflicht. Die Mitteilung der Ergebnisse der Drogenkontrolle dient dem Zweck der

- **Abschätzung des Gefährdungsrisikos**
- **Sicherung des Kindeswohls**
- **Prüfung und Initiierung von Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls**

Sie erfolgt nur in dem erforderlichen Umfang. Diese Erklärung erfolgt freiwillig ohne Zwang; über die Rechtsfolgen einer Verweigerung dieser Einwilligung bin ich wie folgt belehrt worden: Ohne Einwilligung wird das AfSD im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages gemäß § 8a SGB VIII alle notwendigen Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls prüfen und einleiten. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

- auf Anforderung Haaranalysen beim Kind durch das GA */ den Arzt/ die Ärztin * durchführen zu lassen;
- an einer verbindlichen Hilfeplanung und Wahrnehmung von Maßnahmen der Jugendhilfe zur Kindeswohlsicherung mitzuwirken;
- bei einem Wechsel des/der Kinderarztes/-ärztin unverzüglich die Familienhebamme und die/ der u.g. CM im Amt für Soziale Dienste zu informieren;
- einen Wohnungswechsel unverzüglich mitzuteilen

ggf. weitere Auflagen:

*zutreffendes bitte ankreuzen

Der/ die fallführende Casemanager/-in wird die vereinbarten Auflagen in regelmäßigen Abständen von _____ kontrollieren.

Ich/ wir sind davon in Kenntnis gesetzt worden, dass bei Nichteinhaltung oder bei Feststellung von Kindeswohlgefährdung der/ die zuständige Casemanager/-in unverzüglich das Familiengericht (und ggf. den Amtsvormund) zwecks Entscheid über den Verbleib des Kindes informiert. Dabei kann eine Entscheidung über den Verbleib des Kindes in der Familie erfolgen.

Ich bin/ wir sind damit einverstanden, dass die Vereinbarung den nachgenannten Kooperationspartnern zugeleitet wird.

Hierzu erkläre/n ich/wir ausdrücklich meine/unsere Einwilligung. Die Weitergabe der Vereinbarung an die Kooperationspartner dient der Zusammenarbeit zum Zweck der

- **Abschätzung des Gefährdungsrisikos**
- **Sicherung des Kindeswohls**
- **Prüfung und Initiierung von Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls**

Diese Erklärung erfolgt freiwillig ohne Zwang; über die Rechtsfolgen einer Verweigerung dieser Einwilligung bin ich wie folgt belehrt worden: Ohne Einwilligung wird das AfSD im Rahmen seines gesetzlichen Auftrages gemäß § 8a SGB VIII alle notwendigen Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls prüfen und einleiten. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Beteiligte Kooperationspartner/Institutionen/Personen (bitte im Einzelfall ankreuzen):

- Familienhebamme / KJGD _____ (Name)
- substituierende/r Ärztin/Arzt _____ (Name)
- Hausarzt/-ärztin _____ (Name)
- Frauenarzt/-ärztin _____ (Name)
- Kinderarzt/-ärztin _____ (Name)
- Drogenberatung (comeback gmbh, ambulante Drogenhilfe gGmbH) _____ (Name)
- betreutes Wohnen/ Rehabilitationseinrichtung _____ (Name)
- Schule _____ (Name)
- sonstige _____ (Name)

Bremen, den _____

Mutter

(Casemanager/-in)

Vater/ Lebensgefährte

sonstige Sorgeberechtigte

bei mdj. Mutter gesetzlicher Vertreter

Anlage 4a: Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung bei Arztwechsel

Einwilligungserklärung und Schweigepflichtentbindung

Soweit es für die Sicherstellung/ Gewährleistung des Kindeswohls meines Kindes erforderlich ist, willige ich ein, dass zwischen den Mitarbeiterinnen/den Mitarbeitern des Ambulanten Sozialdienstes Junge Menschen des Amtes für Soziale Dienste und den nachstehend benannten Personen/ Institutionen zur Klärung des Hilfebedarfes Informationen ausgetauscht werden und entbinde diese gleichzeitig untereinander von der Schweigepflicht.

Diese Einwilligung dient der Ermöglichung einer Zusammenarbeit der genannten Stellen zum Zweck der

- Abschätzung des Gefährdungsrisikos
- Sicherung des Kindeswohls
- Prüfung und Initiierung von Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls

Der Austausch von Informationen erfolgt nur in dem erforderlichen Umfang.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig, ohne Zwang. Über die Rechtsfolgen einer Verweigerung dieser Einwilligung bin ich wie folgt belehrt worden: ohne Einwilligung wird das AfSD im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags gemäß § 8a SGB VIII alle notwendigen Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls prüfen und einleiten. Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Gesundheitsamt Bremen, Familien-Hebammen
_____ (Name)

Gesundheitsamt Bremen, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
_____ (Name)

Sozialpädiatrisches Institut (Kinderzentrum) Bremen
_____ (Name)

- behandelnde Frauenärztin/ Frauenarzt/ Frauenklinik
_____ (Name)
- behandelnde Kinderärztin/ Kinderarzt/ Kinderklinik....
_____ (Name)
- behandelnde(r) substituierende(r) Ärztin/ Arzt
_____ (Name)
- Drogenberatung (comeback gmbH, ambulante Drogenhilfe gGmbH)
_____ (Name)
- Betreutes Wohnen/ Rehabilitationseinrichtung
_____ (Name)
- Kindertagesstätte / Spielkreis
_____ (Name)
- Schule
_____ (Name)
- Ambulanter Sozialdienst Junge Menschen
_____ (Name)

Bremen, den

(Unterschrift)

Anlage 4 zur Fachlichen Weisung 01/2009 – „Umgang mit Kindern substituierter bzw. drogenabhängiger Mütter, Väter bzw. Eltern“
Handbuch Hilfen zur Erziehung B 2.8.1

Arbeitshilfe Haaranalysen

1. Einleitung und Durchführung von Haarprobenuntersuchungen bei Kindern und deren Eltern/Bezugspersonen auf die Belastung durch Drogen

Für die Arbeit des Allgemeinen Sozialdienstes Junge Menschen (ASD) im Umgang mit Kindern, deren Eltern/Bezugspersonen drogenabhängig sind bzw. substituiert werden, ist die Einleitung von Haaranalysen ein Element zur Überprüfung des Kindeswohls. Die sich unterschiedlich darstellenden Fallkonstellationen sind konzeptionell in drei sogenannte **Zielgruppen** einzuordnen und erfordern eine dementsprechend unterschiedliche Fallbearbeitung.

Zielgruppe 1: Substituierte Eltern/ Bezugspersonen

Zielgruppe 2: Eltern/ Bezugspersonen, die den Konsum von illegalen Suchtmitteln offenlegen

Zielgruppe 3: Eltern/ Bezugspersonen bei denen der Verdacht auf Konsum illegaler Drogen/ Abhängigkeit besteht

Zur Durchführung der Haarprobenentnahme ist die weitere interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Bremen (KJGD) unabdingbar und erfolgt wie nachstehend vereinbart:

1.1 Ablauf der Fallbearbeitung

Die Einleitung einer Haaranalyse zur Untersuchung auf die Belastung von Drogen ist vorrangig bei Eltern/ Bezugspersonen vorzunehmen.

Bei gewichtigen Anhaltspunkten im Sinne des § 8a SGB VIII ist zur Gefährdungseinschätzung die Einleitung einer Haaranalyse bei Kindern auch ohne Vorbefund der Eltern durch das Casemanagement (CM) einzuleiten. (Erststatus)

Bei fehlender Bereitschaft der Eltern bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken ist eine Anrufung des Familiengerichtes notwendig.

Im Einzelnen:

Zielgruppe 1: Substituierte Eltern/ Bezugspersonen

Regelmäßige Erstellung eines sog. Erststatus bei sog. „Neufällen“ d.h. Substitutionspatienten/-innen, die mit minderjährigen Kindern in einem Haushalt leben. Diese werden von den substituierenden Ärzten/-innen gemeldet (siehe hierzu auch das mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen vereinbarte Meldeverfahren). Bei laufenden Fällen fortgesetzte Statusüberprüfung bzw. anlassbezogene Nachtestung nach zeitlicher Festlegung durch das CM.

1. Hausbesuch
2. Dokumentation der Vorgeschichte:

- seit wann besteht die Drogenabhängigkeit/ Einstiegsalter
 - seit wann wird das Elternteil/ Bezugsperson substituiert
 - wie und wo erfolgt die Substitution
 - Dosierung und Name des Substituts
 - bisheriger Verlauf und Prognose zum Ausstieg (→Experten/ Gutachten hinzuziehen)
 - wer ist bereits am Hilfenetz (Eltern und Kind/er) beteiligt
 - wer sollte noch am Hilfenetz beteiligt werden
3. Kontrakt → Weiterleitung an die von der Schweigepflicht Entbundenen
 4. Vorstellung des Falls Wochenkonferenz
 5. Einleitung der Haaranalyse der Eltern/ Bezugspersonen zur Statusklärung (soweit dies nicht im Rahmen der Qualitätsstandards zur Substitution durch den/die substituierenden Arzt/ Ärztin erfolgt bzw. erfolgt ist)
 6. Mitteilung der Ergebnisse → Eltern/ Bezugspersonen und dem/der substituierenden Arzt/ Ärztin
 7. Helferkonferenz mit dem am Fall Beteiligten/ Protokoll
 8. Je nach Befund/ Ergebnis der Haaranalyse der Eltern/ Bezugspersonen
 - Einleitung der Haaranalyse bei Kind(ern)¹ bei positivem Befund der Eltern/ Bezugspersonen
 9. je nach Befund Einleitung einer Nachtestung in aussagefähigen medizinischen (frühestens nach 6 Monaten) und fachlich erforderlichen Intervallen.

Zielgruppe 2: Eltern/ Bezugspersonen, die einen Konsum von illegalen Suchtmitteln offenlegen

Regelmäßige Erstellung eines sog. Erststatus bei sog. „Neufällen“. Bei laufenden Fällen fortgesetzte Statusüberprüfung bzw. anlassbezogene Nachtestung nach zeitlicher Festlegung durch das CM.

1. Hausbesuch
2. Dokumentation der Vorgeschichte:
 - seit wann besteht die Drogenabhängigkeit/ Einstiegsalter
 - welche Substanzen werden konsumiert
 - bisheriger Verlauf und Prognose zum Ausstieg (→Experten/ Gutachten hinzuziehen)
 - wer ist bereits am Hilfenetz (Eltern/ Bezugspersonen und Kind/er) beteiligt
 - wer sollte noch beteiligt werden
3. Kontrakt → Weiterleitung an die von der Schweigepflicht Entbundenen
4. sofortige Kontaktvermittlung an das Drogenhilfesystem, wenn noch nicht geschehen
5. Vorstellung des Falls in der Wochenkonferenz
6. Einleitung der Haaranalyse bei Eltern/ Bezugspersonen → in Abhängigkeit des Befundes der Eltern/ Bezugspersonen → Einleitung der Haaranalyse bei dem/den Kind/ern
7. Mitteilung der Ergebnisse → Eltern/ Bezugspersonen
8. Helferkonferenz gemeinsam mit dem am Fall Beteiligten/ Protokoll
9. je nach Befund Einleitung einer Nachtestung in aussagefähigen medizinischen (frühestens nach 6 Monaten) und fachlich erforderlichen Intervallen.

¹ Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Jugendliche, wenn es sich um Geschwisterkinder handelt oder in begründeten verdachtsfällen.

Zielgruppe 3: Eltern/ Bezugspersonen bei denen der Verdacht auf illegalen Drogenkonsum/ Abhängigkeit besteht

Regelmäßige Erstellung eines sog. Erststatus bei sog. „Neufällen“. Bei laufenden Fällen fortgesetzte Statusüberprüfung bzw. anlassbezogene Nachtestung nach zeitlicher Festlegung durch das CM.

1. Hausbesuch
2. Vorstellung des Falls im Team
3. Einleitung der Haaranalyse bei Eltern
4. je nach Befund/Ergebnis der Haaranalyse
 - Kontrakt bei nachgewiesenem chronischen Drogenkonsum (Haaranalyse weist längeren illegalen Drogenkonsum nach)
 - Einleitung der Haaranalyse bei Kind(ern)
5. Kontaktvermittlung an das Drogenhilfesystem, wenn noch nicht geschehen
6. je nach Befund Einleitung einer Nachtestung in aussagefähigen medizinischen (frühestens nach 6 Monaten) und fachlich erforderlichen Intervallen.

1.2 Vorstellung des Falls in der Wochenkonferenz

Grundsätzlich ist jeder Einzelfall der Zielgruppen 1, 2 und 3 zeitnah im Rahmen der Wochenkonferenz analog der Fachlichen Weisung vorzustellen.

Zur Gefährdungseinschätzung ist das Ergebnis der Haaranalyse mit der psychosozialen Gefährdungssituation² unmittelbar zu koppeln.

Zur Objektivierung, Einschätzung der Gefährdungssituation und weiteren Veranlassung stellt der Befund der Haaranalyse für das Kind einen wesentlichen Baustein dar. Jegliche positive Befundung ist ein Faktor, der mit handlungsleitend wirkt.

Weist der Befund zusätzlich eine systemische Aufnahme der nachgewiesenen Droge aus, ist von einer gravierenden gesundheitlichen Gefährdung auszugehen, die eine unmittelbare erneute Gefährdungseinschätzung zur Sicherstellung des Kindeswohls seitens des CM auslöst (siehe Punkt 2.2 Bewertung der Gutachten/Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt).

1.3 Maßnahmen und Verfahren

Je nach Beratungsergebnis ist eine Befassung mit dem Fall in der Wochenkonferenz anzusetzen (analog der Verfahren des ASD) und weitergehende Maßnahmen einzuleiten, insbesondere:

- Verfahren bei gravierenden Ergebnissen, wie z. B. lt. Gutachten eine systemische Aufnahme der Drogen beim Kind → Anrufung des Familiengerichts → Eröffnung des Verfahrens gemäß § 8a SGB VIII (siehe hierzu Anlage 1)
- Bei nicht unmittelbar abzuwendender Gefahr → Inobhutnahme gemäß § 8a SGB VIII in Verbindung mit § 42 SGB VIII

Anlage 1: Formblatt (OK JUG) Stellungnahme zur Einleitung von familiengerichtlichen Verfahren

² Siehe auch Verfahren zur Sozialpädagogischen Diagnostik

- Bei divergierenden Auffassungen zwischen dem Familiengericht und dem Jugendamt ist die Beschwerde zu prüfen (ggf. unter Einbeziehung des Rechtsreferats)
- Verwaltungsintern → Prüfung der Anwendung der Dienstanweisung 12/2009 „Ablauf bei der Bearbeitung besonderer Vorkommnisse“

1.4 Interdisziplinäre Befundbewertung der Haarproben/ Einleitung und Frequenz von Nachtstungen

Entscheidende Faktoren für die fachlich erforderliche und sinnvolle Frequenz von Haarprobenuntersuchungen sind jeweils einzelfallabhängig zu definieren und zu dokumentieren. Hierbei sind die Ergebnisse der vorhergehenden Haaranalysen und die bisherige sowie aktuelle Risiko- und Gefährdungseinschätzung für das/die Kind/-er fortlaufend maßgeblich mit einzubeziehen.

Gemäß Berichten der Verwaltung in den Fachgremien ist es sinnvoll, bei der Bewertung der Befunde nach drei **Fallgruppen** zu unterscheiden:

Fallgruppe A:	Kinder/ Familien ohne Befund
Fallgruppe B:	Kinder/ Familien mit Befund
Fallgruppe C:	Kinder/Familien mit erhöhtem Befund/ Metaboliten mit Hinweis auf systemische Aufnahme

Zu Fallgruppe A:

Bei Familien/ Kindern ohne Befund ist im Regelfall eine Nachtstung nach einem Jahr ausreichend. Bei erneut negativem Befund kann durch das CM ein größeres Intervall festgesetzt werden. Bei wiederholt negativem Befund kann auf fortlaufende Nachtstungen verzichtet werden. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine negative Entwicklung sind durch das CM jedoch jederzeit anlassbezogene Testungen einzuleiten.

Zu Fallgruppe B:

Bei Familien/ Kindern mit geringer Befundhöhe ist im Regelfall eine erste Nachtstung nach 6 bis maximal 12 Monaten vorzunehmen. Bei der zeitlichen Entscheidung über eine Nachtstung ist aus Gründen der Validität eine Abstandsfrist von mindestens 6 Monaten sinnvoll und daher in der Regel einzuhalten und ausreichend.

Bei wiederholt positivem Befund ist die Nachtstung fortzusetzen.

Ergibt sich bei Nachtstung kein weiterer Befund kann auf das Verfahren zu Fallgruppe A umgestellt werden. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine negative Entwicklung sind durch das CM jederzeit anlassbezogene Testungen einzuleiten. Bei anlassbezogenen Nachtstungen ist aus Gründen der Aussagefähigkeit der Testergebnisse die 6 Monatsfrist ebenso einzuhalten.

Zu Fallgruppe C:

Bei Familien/ Kindern mit erheblicher Befundhöhe ist im Regelfall immer eine erste Nachtstung nach 6 Monaten vorzunehmen.

Bei wiederholt erheblichem positivem Befund ist die Nachtstung im Abstand von 6 Monaten fortzusetzen.

Ergibt sich bei Nachtstung kein weiterer erheblicher Befund kann auf das Verfahren zu Fallgruppe B umgestellt werden. Bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine negative Entwicklung sind durch das CM jederzeit anlassbezogene Testungen einzuleiten

Die fachliche Gesamtbewertung zu A bis C ist jeweils mit dem Helfersystem abzustimmen und in der Wochenkonferenz vorzustellen.

2. Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt Bremen und interner Verfahrensablauf

2.1 Entnahme der Haarproben

Die Durchführung der Entnahme der Haarproben erfolgt gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremen (KJGD) im Vieraugenprinzip.

Hierzu benennt das Gesundheitsamt für jedes Sozialzentrum eine zuständige Kinderkrankenschwester.

Jedes Sozialzentrum benennt einen/eine Mitarbeiter/-in als Tandempartner/-in, der/die die Vorbereitung und den Ablauf im Sozialzentrum koordiniert und für die Zusammenstellung der notwendigen Formulare (Personenstammdaten/ Schweigepflichtentbindung/ Einverständniserklärung/ Entnahmeprotokoll) zuständig ist und rechtzeitig zum Entnahmetermin zusammenstellt.

Der Termin wird zwischen dem/ der Koordinator/-in des Sozialzentrums und der jeweiligen Kinderkrankenschwester vereinbart.

2.2 Bewertung der Gutachten/ weitergehende gesundheitsbezogene Hilfen

Zur Bewertung der Testergebnisse und davon abzuleitenden fallbezogenen Handlungsnotwendigkeiten und zum weiteren Ausschluss möglicher negativer Auswirkungen auf die gesundheitliche Entwicklung des/ der Kindes/er (z.B. auch durch passiven Drogenkonsum) eine Unterstützung des Gesundheitsamtes Bremen erforderlich und vorgesehen. Das Gesundheitsamt ist daher regelmäßig in die Bewertung der Ergebnisse einzubeziehen.

Für alle genannten Ziel- und Fallgruppen erfolgt daher im Rahmen der Amtshilfe bei positivem Testbefund unmittelbar nach Erhalt des Gutachtens und zur weiteren Hilfeplanung eine anonymisierte gemeinsame interdisziplinäre Fallberatung.

Je nach Befund wird durch die/ den CM eine sozialpädiatrische Beurteilung des KJGD zur Einschätzung einer möglichen gesundheitlichen Schädigung eingeleitet (siehe hierzu Anlage 2/ Formblatt) Vor der Übermittlung von Klardaten ist gemäß Kontrakt nach Fachlicher Weisung 01/2009 die Einverständniserklärung des/der Sorgeberechtigten zu prüfen bzw. einzuholen.

Das Gesundheitsamt wird zur Abklärung einer weiteren gesundheitlichen Schädigung in Zusammenarbeit mit den zuständigen Kinderärzten oder anderen Stellen (z.B. SPZ) weitergehende medizinische Untersuchungen veranlassen.

2.3 Sozialpädiatrische Begutachtung

Im Rahmen der Hilfeplanung ist das Gesundheitsamt je nach Alter der Kinder und eventueller Hilfeart (Frühförderung/ Begutachtung im Rahmen der gesundheitlichen Fürsorge) zudem weitergehend mit eingebunden.

Im Fall der Beteiligung der Familienhebammen des Gesundheitsamtes wird das Kind im Verlauf des ersten Lebensjahres regelmäßig durch einen/e Kinderarzt/-ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes begutachtet. Die Dokumentation darüber wird dem/der zuständigen CM zur Verfügung gestellt.

Bei erhöhtem positivem Testbefund (Fallgruppe C) kann seitens des/der CM darüber hinaus in Amtshilfe eine sozialpädiatrische Untersuchung/ Begutachtung des Kindes durch die Stadtteilärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes initiiert werden. Das Gesundheitsamt übernimmt ggf. die Weiterverweisung an den /die zuständigen/e Kinderarzt/-ärztin zur Durchführung ergänzender Untersuchungen und/oder Einleitung therapeutischer Maßnahmen nach dem SGB V.

Anlage 2: Formblatt zur Einleitung einer sozialpädiatrischen Beurteilung zur Einschätzung einer gesundheitlichen Schädigung

2.4 Fallfassung/Dokumentation/ Statistik

Die Entnahmeakten der Einzelfälle (Personenstammdaten/ Einverständniserklärung/ Entnahmeprotokoll) werden im Amt für Soziale Dienste zentral archiviert³. Zu diesem Zweck werden die Entnahmeakten der Koordination des Kinder- und Jugendnotdienstes übergeben.

Die Entnahmekids mit den Haarproben werden ebenfalls von der Koordination des Kinder- und Jugendnotdienstes versendet.

Dem KJND obliegt die gesamtstädtische zentrale Statistik und Dokumentation sowie die anonymisierte Übermittlung an die Fachabteilung Junge Menschen und Familie.

2.5 Kosten und Finanzierung

2.5.1 Haarprobenentnahme

Dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes Bremen (KJGD) wird der in Amtshilfe geleistete Zeitaufwand zur Entnahme der Haarproben vergütet.

Eine entsprechende pauschalierte Vereinbarung für die Beteiligung des Kinder und Jugendgesundheitsdienstes mit dem Gesundheitsamt ist abgeschlossen.

Das Amt für Soziale Dienste zeichnet den entstandenen Fall-/Zeitaufwand für die Kinderkrankenschwester gegen. Die entsprechende Kostenaufstellung wird jeweils nach Ablauf eines Quartals vom Gesundheitsamt Bremen an das Amt für Soziale Dienste 450-01-04/ Kinder- und Jugendnotdienst zur Begleichung zugestellt.

Die Vergütung je Fall/ Zeitaufwand beträgt

- a) pauschalierter Aufwand für An- und Abfahrt: 0,5 Stunden
- b) Stundensätze für angebrochene Stunden
 - weniger als 16 Minuten 25%
 - weniger als 31 Minuten 50%
 - weniger als 46 Minuten 75% des Stundensatzes

Der Stundensatz beträgt 30,00 €.

Darin erhalten sind bereits fallspezifische Leistungen (zuständige koordinierende/-r Arzt/ Ärztin) und fallunspezifische Leistungen (z.B. Bereitstellung Dienstfahrzeug). Regiekosten werden nicht übernommen.

Zur Begleichung der Rechnungen ist die HHSt: 539 11-0 in Kapitel 34 34 anzusprechen.

2.5.2 Untersuchung und Begutachtung der Haarproben

Die entsprechenden Haarproben werden dem Institut für Rechtsmedizin der Charité Berlin mit der Bitte um Untersuchung und Begutachtung zugeleitet.

Die Vergütung je Haarprobe/ Gutachten beträgt 250,- € zzgl. 19% Mwst

Die Abrechnung erfolgt über 450-01-04 (Kinder- und Jugendnotdienst)

Zur Begleichung der Rechnungen ist die HHSt: 539 11-0 in Kapitel 34 34 anzusprechen.

³ Zur Verwaltung, Übergabe, Löschung erfolgt eine gesonderte Regelung zum datenschutzrechtlichen Umgang.

2.5.3 Sozialpädiatrische Begutachtung

Eine Vergütungsvereinbarung zur Kostenerstattung für anlassbezogene sozialpädiatrische Begutachtungen wird mit dem Gesundheitsamt Bremen noch erarbeitet.

Die Vergütung je Gutachten beträgt xxxx

Die Abrechnung erfolgt über xxxxxxx.

Zur Begleichung der Rechnungen ist die HHSt: 539 11-0 in Kapitel 34 34 anzusprechen

FRS_Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung durch die Belastung von Drogen

**Amt für Soziale Dienste
Sozialzentrum xxxx
Sozialdienst Junge Menschen**



Amt für Soziale Dienste - Pfälzburger Straße 69 a - 28207 Bremen



Auskunft erteilt

Zimmer
☎ 0421/361-
Fax 0421/361-
E-Mail

Datum und Zeichen
Ihres Schreibens

Unser Zeichen

(bitte bei Antwort angeben)
Bremen,

Geschäftszeichen des Gerichtes: Geschäftszeichen des Gerichts

(als Fax – das Fax ersetzt den Postweg nicht)
Vorab als Fax Fax.Nr. Familiengericht: Seitenanzahl:

Familien-sache: [REDACTED]

Anhaltspunkte für eine Kindeswohlgefährdung durch die Belastung von Drogen

Anlass:

Aufgrund des/der positiven Gutachten/s über die Belastung von Drogen
mit der Identitätsnummer vom [REDACTED] bei [REDACTED]

- Kind/ern
- Sorgeberechtigte_r
- Bezugspersonen/ Partner_innen

Im Zusammenhang mit:

- Haaranalyse
- Urinprobe
- Hausbesuch
- Sonstige
- Stellungnahme des substituierten Arztes
- Qualitätssicherungskommission der KVHB
- Original/e wird/ werden nachgereicht

Dienstgebäude:
Pfälzburger Straße 69 a
28207 Bremen



Sprechzeiten:
nach telefonischer Vereinbarung

Bankverbindungen:
Bremer Landesbank (BLZ 29050000),
Kto.Nr.: 1070115000
IBAN: DE27290500001070115000
BIC: BRLA0E22XXX
Sparkasse in Bremen (BLZ 29050101),
Kto.Nr.: 1090653

1. Personendaten**1.1. Stammdaten [Kind/Jugendliche(r)/junge(r) Volljährige(r)]**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Tatsächlicher Aufenthaltsort des Kindes/Jugendlichen (bei abweichender Anschrift):				Ortsteilkennziffer:
Anschrift:				Seit:

Sorgerecht bei:	1. Sorgeberechtigter:
	2. Sorgeberechtigter:
Bemerkung:	

1.2. Mutter

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift:				Ortsteilkennziffer:

1.3. Vater

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift:				Ortsteilkennziffer:

1.4. Geschwister**1.5. Halbgeschwister**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift:				Ortsteilkennziffer:

1.6 Sonstige Personen (z.B. Stiefelternteile)**Stiefeltern**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Anschrift:				Ortsteilkennziffer:

1.7 Weitere beteiligte Institutionen/Personen

Name/Vorname	Institution	Anschrift	Telefon

1.8 Beteiligte Kooperationspartner/-innen, Institutionen, Personen :

- Familienhebamme _____
(Name)
- Klinik(en) _____
(Name)
- substituierende/r Ärztin/Arzt _____
(Name)
- Hausarzt/-ärztin, _____
(Name)
- Frauenarzt/-ärztin _____
(Name)
- Drogenberatung _____
(comeback gmbh, ambulante Drogenhilfe gGmbH) (Name)
- betreutes Wohnen/ Rehabilitationseinrichtung _____
(Name)
- Schule _____
(Name)
- sonstige _____
(Name)

2.0 Berichtsgrundlage

(Akten, Gespräche, Gutachten, Stellungnahmen usw.: Im Falle einer akuten Kindeswohlgefährdung - z.B. nach § 1666 BGB – sind in jedem Fall alle Gutachten, Berichte und Stellungnahmen mitzuschicken, vgl. auch § 65 Abs. 2 SGB VIII)

Datum	Informationen	als Anlage
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

2.1 Sachverhalt

(Was ist der Anlass? Sind Hilfen / Institutionen schon tätig gewesen? Seit wann ist der Fall aus welchen Gründen bekannt?)

Bisherige Hilfen

Hilfeart:			
von:	bis:	Sachbearbeiter:	kostenpflichtig:

2.2 Aussagen/Stellungnahmen/Gutachten von Experten zum Befinden des Kindes

Entwicklungsdiagnostik/en durch den Jugend- und Gesundheitsdienst des Gesundheitsamtes

- liegt vor
- ist beigefügt
- ist beantragt
- wird/werden nachgereicht

2.3 Sichtweisen der unterschiedlichen beteiligten Personen

(Mutter, Vater, evtl. Kind(er))s

2.4 Einschätzung der Fachkraft

(CasemanagerIn / BeraterIn: Darstellung von Gefährdungen (Risiken) und Entlastungen (Ressourcen) der Eltern und Kinder im Hinblick auf die dargelegte Familienrechtsproblematik.

3.0 Entscheidungsvorschlag

- Entzug von Teilen der elterlichen Sorge gem. § 1666 BGB
 - Aufenthaltsbestimmungsrecht
 - Gesundheitsfürsorge
 - Antragstellung
 -
- Unterbringung gem. § 1631 b BGB
- Elterliche Sorge gem. § 1671 BGB
-

Begründung:

Weiterhin wird vorgeschlagen, dem/den Kind/Kindern im Umfang der Sorgerechtsentziehung oder Sorgerechtsbeschränkung
einen / eine / das

- Einzelvormundschaft
 - Familienangehörigen
 - Privatpersonen nach § 53,1 SGB VIII, auch proCuraKids
- Jugendamt Bremen nach § 55 SGB VIII als Pfleger oder Vormund zu bestellen

Begründung:

Im Auftrag



An das
 Gesundheitsamt Bremen
 Kinder-und Jugendärztlicher Ge-
 sundheitsdienst

Horner Str.

28203 Bremen

Auskunft erteilt:

Außenstelle:

T (0421) 361-
F (0421) 361-15600

Geschäftsstelle Tel.: 361-15115
Datum und Zeichen
Ihres Schreibens:
Unser Zeichen: .
(bitte bei Antwort angeben)

Bremen, den

**EINLEITUNG EINER SOZIALPÄDIATRISCHEN BEURTEILUNG ZUR EINSCHÄTZUNG
DES ENTWICKLUNGSSTANDES VON KINDERN
SUBSTITUIERTER/DROGENABHÄNDIGER ELTERN /BEZUGSPERSONEN**

- elterlicher Haushalt
- I.O/ fremdplatziert seit

Für das Kind

Name	Vorname	geboren
aktueller Aufenthaltsort:		Staatsangehörigkeit
seit:		

Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Amtsvormund

Name	Vorname
Adresse	Telefon

Vom Case-Manager beizufügende Unterlagen

Gutachten über die Untersuchung einer Haarprobe (Kind, Eltern -zutreffendes unterstreichen-) auf die Belastung von Drogen ID Nr.: _____

Einverständnis der Mutter/ des Vormundes

Kurzbericht vom Case-Manager über die Vorgeschichte/Problematik, bei Fremdplatzierung kurze Schilderung die zur Herausnahme des Kindes führte

Weitere Klinik-/SPI-Berichte/
Therapeuten, Sorgeberechtigte

Ja Nein

Im Auftrag

Gesundheitsamt Bremen
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst



Gesundheitsamt Bremen • Postfach 10 50 09 • 28050 Bremen

Auskunft erteilt:

Amt für Soziale Dienste

Außenstelle:

T (0421) 361-
F (0421) 361-15600

Nachrichtlich:
Amtsvormundschaft

Geschäftsstelle Tel.: 361-15115
Datum und Zeichen
Ihres Schreibens:
Unser Zeichen: .
(bitte bei Antwort angeben)

Bremen, den

SOZIALPÄDIATRISCHE STELLUNGNAHME ZUR EINSCHÄTZUNG DES ENTWICKLUNGSSTANDES EINES KINDES

- elterlicher Haushalt
 I.O/ Fremdplatziert seit

Für das Kind

Name	Vorname	geboren
aktueller Aufenthaltsort:		Staatsangehörigkeit
seit:		

Sorgeberechtigter / gesetzlicher Vertreter / Amtsvormund

Name	Vorname
Adresse	Telefon

Stellungnahme nach Untersuchung am:

Wo im GA zuhause im KITA in Schule Sonst.

Mit wem: leibl.Mutter Amtsvormund mit CM Sonst.

Bisherige Maßnahmen:

Frühförderung KITA-Förderung keine Förderung

Therapien wenn ja, welche :

Vom Case-Manager beigefügte Unterlagen :

Gutachten über die Untersuchung einer Haarprobe (Kind, Eltern -zutreffendes unterstreichen-)
auf die Belastung von Drogen ID Nr.: _____

Einverständnis der Mutter/ des Vormundes

Kurzbericht vom Case-Manager über die Vorgeschichte/Problematik,
bei Fremdplatzierung kurze Schilderung die zur Herausnahme des Kindes führte

Weitere Klinik-/SPI-Berichte/
Therapeuten, Sorgeberechtigte

Ja Nein

Kurze Zusammenfassung der Vorgeschichte
Aktueller Befund:
I. Allgemeiner Eindruck des Kindes
II. Körperliche Untersuchung/Alter/Körpermaße
III. Motorik
IV. Sprache
V. Kognition
VI. Sozialverhalten
VII. Ergebnis des SDQ-Fragebogens/ Elternfragebogen
Zusammenfassende sozialpädiatrische Beurteilung

Weitere Veranlassungen bzw. Maßnahmen

Weitere medizinische Diagnostik empfohlen Ja Nein

Wenn ja, welche:

Ambulante Therapien empfohlen Ja Nein

Wenn ja, welche:

Weitere Maßnahmen empfohlen Ja Nein

Wenn ja, welche:

Mitbeurteilung durch EB empfohlen Ja Nein

Verweisung zu HNO Arzt / Augenarzt / Kipsy / SPI/ Behandelnden Kinderarzt / Sonstiges erfolgt

(zutreffendes unterstreichen)

ggf. nähere Erläuterungen und Hinweise:

Ergänzende Hinweise

Im Auftrag

Kassenärztliche Vereinigung Bremen, Postfach 10 43 29, 28043 Bremen

**An alle substituierenden Ärztinnen und
Ärzte im Lande Bremen**

Ihr Ansprechpartner: Kai Herzmann

Telefon-Durchwahl: (0421) 34 04-334
Telefax: (0421) 34 04-337
Email: k.herzmann@kvhb.de
Internet: <http://www.kvhb.de>
Unser Zeichen: ZG-Hz/Hz-08/GO037
Ihr Schreiben/Zeichen:

Datum: 25.01.2008

Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben

Sehr verehrte Damen,
sehr geehrte Herren,

zurzeit können Sie die Einverständniserklärung des jeweiligen Substitutionspatienten an die KV Bremen senden, damit die Geschäftsstelle Substitution diese anschließend an das Amt für Soziale Dienste weiterleitet.

Da die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit des Lande Bremen dieses Vorgehen aus datenschutzrechtlichen Gründen beanstandet hat, muss die Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben, ab sofort direkt durch die substituierenden Ärzte direkt an das Amt für Soziale Dienste gemeldet werden.

Um Ihnen diese Meldung zu vereinfachen, ist diesem Schreiben als Kopiervorlage ein Meldeformular sowie eine überarbeitete Einverständniserklärung beigelegt. Wir bitten Sie ausschließlich diese mit der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit abgestimmten Formulare zu verwenden. Die Einverständniserklärung ist dem Meldeformular beizufügen. Zukünftig erhalten Sie durch das Amt für Soziale Dienste eine Eingangsbestätigung mit dem Hinweis, welches Sozialzentrum für die weitere Fallbearbeitung zuständig ist.

Für evtl. Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Kai Herzmann
Sachbearbeitung Zulassung/Genehmigung

Anlagen

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Patienten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Behandelnder Vertragsarzt (Name, Vorname, Anschrift, Arzt-Nr.)

RN: _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mein/e Arzt/Ärztin

- Name und Geburtsdaten der in meinem Haushalt lebenden Kinder an das Amt für Soziale Dienste, Fachabteilung Junge Menschen Hans-Böckler-Str. 9., 28219 Bremen, weiterleitet.
- die Daten werden dort zu Zwecken des Kindeswohls und zur Unterstützung meiner Kindererziehung verarbeitet. Für diesen Zweck entbinde ich meinen Arzt/meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Amt für Soziale Dienste.

Ich kann die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies hat zur Folge, dass keine weiteren Daten durch meinen Arzt/meine Ärztin an das Amt für Soziale Dienste übermittelt werden.

- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und erkläre hiermit mein freiwilliges Einverständnis zur Datenübermittlung.
- Ich habe mir das Formular aufmerksam durchgelesen und verweigere hiermit mein Einverständnis zur Datenübermittlung. Daraus entstehen mir keine Nachteile.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Amt für Soziale Dienste
- Fachabteilung Junge Menschen

Hans-Böckler-Str. 9
28217 Bremen

Fax Nr. 361-19781

Meldung von Kindern, die im Haushalt von Substitutionspatienten leben

bei den sich in meiner/unserer Behandlung befindenden Substitutionspatienten leben folgende Kinder im Haushalt:

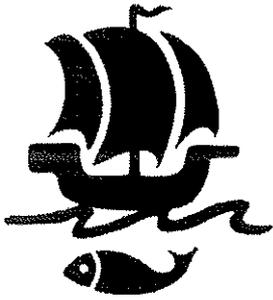
Anschrift: _____

Nachname	Vorname	Geburtsdatum

Eine schriftliche Einverständniserklärung des Substitutionspatienten zur Datenübermittlung liegt vor.

(Ort, Datum)

(Unterschrift/Stempel)



Amt für Jugend, Familie
und Frauen Bremerhaven

Anlage zur Richtlinie zum Umgang mit Kindeswohlgefähr- dung

**Hilfeplanung mit Kindern drogenabhängi-
ger/substituierter**

Mütter/Väter bzw. Eltern

- Kooperations- und Verfahrenswege -

Inhalt:

1	Vorbemerkung.....	3
2	Theoretische Grundlagen.....	4
2.1	Substanzen.....	4
2.2	Abhängigkeit.....	4
2.3	Behandlung.....	5
3	Implikationen für den Jugendhilfeprozess.....	6
3.1	Hilfeplanung.....	6
3.2	Hilfeangebote.....	7

1 Vorbemerkung

Die Hilfeplanung bei Familien mit bekanntem Drogenkonsum ist für die Jugendhilfe und insbesondere die zuständige Fachkraft mit einer Vielzahl besonderer Probleme verbunden. So stellt der elterliche Drogenkonsum für die psychische und psychosoziale Anpassung eines Kindes ein besonderes Entwicklungsrisiko dar. Der Substanzmissbrauch und die daraus resultierenden Milieubedingungen sind häufig mit erheblichen negativen oder sogar gefährdenden Lebensbedingungen für die Kinder verbunden. Letztendlich ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass ein Drogenmissbrauch in der Schwangerschaft unmittelbar zu schwerwiegenden und überdauernden physischen Schädigungen des Kindes führen kann. Obschon nicht unbedingt mit den Adressaten selbst gearbeitet werden kann, kommt der Jugendhilfe unter dem Aspekt der Kindeswohlsicherung im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle eine besondere Bedeutung zu.

Der vorliegende Sachverhalt erfordert im Kontext der Jugendhilfe deshalb eine Einzelfallhilfe, die durch eine sorgfältige, kontinuierliche und langfristige Abstimmung von vorhandenen und notwendigen Hilfen charakterisiert ist. Um die Effizienz zu steigern ist eine enge und professionelle Koordination notwendig. Im Fokus der Jugendhilfe steht dabei, das kindliche Wohlergehen zu sichern und eine angemessene Entwicklung des Kindes zu gewährleisten. Diese notwendige - auf das Wohl des Kindes zentrierte Sichtweise - setzt voraus, dass eine verbindliche Rahmenplanung besteht.

Die vorliegende Ergänzung der „Richtlinie zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung“ soll dazu dienen, die bereits bestehenden generellen Kooperations- und Abstimmungsinstrumentarien zu verdeutlichen. Mit der inhaltlichen Begrenzung auf den Bereich der ‘illegalen Drogen’ ist kein Ausschluss anderer potentieller Zielgruppen (z.B. Kinder von alkohol- oder medikamentenabhängigen Eltern) verbunden. Vielmehr sollen der Übersichtlichkeit halber die bestehenden Kooperations- und Verfahrenswege anhand dieser Personengruppe nochmals verdeutlicht werden.

2 Theoretische Grundlagen

Die theoretischen Grundlagen zur Thematik werden nachfolgend kurz aufgeführt. Die komprimierten Ausführungen sollen dazu dienen, dem Leser den Einstieg in die Problematik zu erleichtern.

2.1 Substanzen

Eine Droge ist gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jeder Wirkstoff, der in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern vermag. Jeder Droge liegt somit eine pharmazeutisch wirksame Substanz zugrunde. Nachfolgend werden zur kurzen Übersicht relevante Drogen aufgeführt, die aufgrund ihrer **psychoaktiven Wirkung** zur Herbeiführung eines veränderten Bewusstseinszustandes missbraucht werden. Sie werden dementsprechend auch als **Rauschmittel** bezeichnet. Ihnen ist gemeinsam, dass es durch den Konsum zu einer psychischen und/oder physischen Abhängigkeit kommen kann. Eine Klassifizierung kann nach unterschiedlichen Kriterien stattfinden. Eine kurze Übersicht nach dem Ordnungsprinzip der pharmakologischen Wirkung findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Substanzklassifizierung von Drogen, nach ihrer pharmakologischen Wirkung.

Pharmakologische Einordnung	Wirkung	Substanzen (Beispiele)
Sedativa	Beruhigend	Opiate, Diazepam, Benzodiazepine
Narkotika	Beruhigend	Barbiturate
Analgetika	Schmerzhemmend	Diazepam, Tetrazepam
Stimulantia	Anregend	Amphetamin, Kokain, Crack
Halluzinogene	Halluzinationen hervorrufend	LSD, Mescaline, Psilocin

Drogenabhängigkeit ist nicht notwendig auf ein Rauschmittel beschränkt. Der gleichzeitige Konsum mehrerer Substanzen ist häufig. Eine Abhängigkeit von mehreren Drogen wird als **Polytoxikomanie** bezeichnet.

2.2 Abhängigkeit

Jede rauscherzeugende Substanz kann eine Abhängigkeit hervorrufen. Eines der Hauptkriterien zur Feststellung von Abhängigkeitsverhalten ist eine innere Fixierung auf die jeweilige Substanz, die einen suchthaften Konsum zur Folge hat. Es wird häufig zwischen einer **physi-**

schen und einer psychischen Abhängigkeit unterschieden. Eine physische Abhängigkeit bezieht sich dementsprechend auf eine biochemische Gewöhnung des Körpers an die Substanz. Hingegen wird unter einer psychischen Sucht die Konditionierung des Süchtigen auf die Überzeugung verstanden, dass es ihm ohne die Droge schlecht geht. Eine Trennung von psychischer und physischer Sucht ist jedoch skeptisch zu sehen, da chemische Vorgänge im Zentralnervensystem unmittelbar mit seelischen Empfindungen verbunden sind.

Eine Abschätzung der Gefährlichkeit von Drogen ist grundsätzlich schwierig, da sich eine mögliche Sucht vor dem Hintergrund prädisponierender oder schützender Persönlichkeitskonstellationen und psychosozialer Lebensumstände entwickelt. Gemeinsam ist der Drogenabhängigkeit, dass sie mit einem physischen und psychischen sowie einem sozialen Schaden für das Individuum und eventueller Familienmitglieder verbunden ist.

2.3 Behandlung

Als vorrangiges Behandlungsziel gilt es, den Drogenmissbrauchenden überhaupt in eine suchtspezifische Therapie zu führen. Es stehen ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungsangebote zur Verfügung. Therapiemaxime ist es, eine Drogenabstinenz zu erreichen. Bei bestimmten, individuellen Ausgangslagen kann auch eine substitutionsgestützte Behandlung (z.B. bei langjährigem Opiatmissbrauch) notwendig sein. Dabei sollte das Ziel, einer späteren Abstinenz jedoch nicht aufgegeben werden.

Die Vermittlung in eine postakute Behandlung kann durch ambulante suchtspezifische Einrichtungen (z.B. Beratungsstellen), niedergelassene Ärzte, Psychologen oder Kliniken erfolgen. Die Antragsstellung mit Sozialbericht und ärztlichem Befundbericht für die Kostenübernahme der Behandlung geschieht bei dem jeweiligen Leistungsträger. In der Regel mit Unterstützung durch eine Drogenberatungsstelle oder den Sozialdienst einer Klinik bzw. JVA. Es existieren auch stationäre Therapieformen, in die Eltern ihre Kinder – zumeist nach einer gewissen Probezeit – mit aufnehmen können.

Neben dem Ziel der Überwindung einer Suchterkrankung ist es selbstverständlich auf der bestehenden gesetzlichen Grundlage als Verpflichtung der therapeutischen Stellen anzusehen, die Kinder drogenabhängiger Eltern vor Gefährdungen zu schützen und ihnen eine gesunde Entwicklung zu gewährleisten.

3 Implikationen für den Jugendhilfeprozess

Kinder von Suchtkranken sind besonders hohen Entwicklungsrisiken ausgesetzt. Diese reichen von kritischen Lebensbedingungen (z.B. Unterversorgung, versehentlicher Drogenkonsum, Fehlernährung) und damit einhergehenden massiver Entwicklungsstörungen bis hin zur Entwicklung manifester psychischer Störungen. Deshalb bedarf es bei dieser Personengruppe einer besonders engmaschigen und verbindlichen Begleitung im Hilfeprozess. Nachfolgend wird der Verfahrensweg deshalb nochmals detailliert dargestellt.

3.1 Hilfeplanung

- **Unverzügliche Fallkonferenz:**

Bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft, Geburt oder der Meldung des Aufwachsens eines Kindes in einem Haushalt mit drogenkonsumierenden bzw. substituierten Elternteil/Eltern lädt der zuständige soziale Dienst unverzüglich zu einer ersten Fallkonferenz ein. Die Verantwortlichkeit im Rahmen der Kindeswohlsicherung obliegt der zuständigen Fachkraft des Amtes für Jugend, Familie und Frauen Bremerhaven. Das Vorgehen ist analog zu der geregelten Vorgehensweise im Rahmen einer Kindeswohlgefährdung (s. Richtlinie zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung) zu gestalten.

- **Inanspruchnahme einer suchtspezifischen Therapie als übergeordnetes Ziel:**

Die persönliche Beratung des Elternteils/der Eltern hinsichtlich ihrer Suchtproblematik wird durch die entsprechenden Fachstellen (Drogenberatung, Gesundheitsamt, niedergelassene Fachärzte) übernommen. Ziel ist es, dass das abhängige Elternteil eine suchtspezifische therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt. Ob das Kind bis zur Aufnahme in die Therapie im Haushalt des abhängigen Elternteils bleiben kann, orientiert sich wiederum daran, ob eine dem Kindeswohl angemessene Lebenssituation sichergestellt ist.

- **Abwägungen im Rahmen einer Substitutionsbehandlung:**

Im Falle einer Substitutionsbehandlung ist zu prüfen, ob die Entscheidung den Abhängigen in eine solche Behandlung zu vermitteln aufgrund negativer prognostischer Einschätzungen (z.B. wiederholte Rückfälle nach Therapien, lange Drogensucht, komorbide psychische Erkrankung oder schwerwiegende körperliche Symptomatik, wie HIV, Hepatitis etc.) erfolgt ist. In diesen Fällen stellt sich per se die Frage, ob das Kindeswohl im Haushalt des substituierten Elternteils gefährdet ist.

- **Zusammenarbeit mit der Drogenhilfe/Kontrakt**

Ein sinnvolles Unterstützungsangebot der Jugendhilfe ist möglich, wenn sich der/die drogenabhängige/n Elternteil/e in eine spezifische Drogentherapie begibt. Zur Kontrolle der Inanspruchnahme ist es notwendig, dass sich die zuständige Fachkraft in einem verlässlichen, vertrauensvollen und engmaschigen Kontakt mit der suchttherapeutischen Institution befindet. Hierzu ist es substantiell, dass ein schriftlicher Kontrakt mit dem Elternteil/den Eltern geschlossen wird. Dieser muss ebenfalls regeln, dass ein Austausch zwischen der suchtspezifischen Therapieeinrichtung und der zuständigen Fachkraft ermöglicht wird. Die Hinzuziehung des Sozialpsychiatrischen Dienstes bzw. weiteren Einrichtungen des Gesundheitssystems ist gleichfalls zu überprüfen. Die Bereitschaft zu regelmäßigen Drogenkontrollen (i.d.R. Urinkontrollen) muss von beiden Seiten (therapeutische Einrichtung/Klient) gegeben sein. Mit den beteiligten Einrichtungen ist eine enge Kooperation schriftlich zu vereinbaren. Eine einzel-fallübergreifende Kooperation besteht (wird mit den zuständigen Beratungsstellen angestrebt).

- **Auflagen und Kontrollinstrumente**

Im Zusammenhang mit dem Kontrakt sind Auflagen und Kontrollinstrumente zu beschreiben. Werden diese nicht im erforderlichem Umfang eingehalten, ist von einer Kindeswohlgefährdung, mit den im Kontrakt näher bezeichneten Folgen, bis hin zur Anrufung des Familiengerichtes, auszugehen. .

3.2 Hilfeangebote

Die Jugendhilfemaßnahme ist lediglich als stützend zu der Suchttherapie und medizinischen Versorgung zu sehen. Es müssen gleichwertige Unterstützungsmaßnahmen der Drogenhilfe und des gesundheitlichen Versorgungssystems gegeben sein. Gleichwohl muss es im Kontext der Garantenstellung des öffentlichen Jugendhilfeträgers vorrangiges Ziel sein die Kindeswohlsicherung zu gewährleisten.

Bei den Hilfeangeboten ist konkreten, kindzentrierten Maßnahmen Priorität einzuräumen. Dabei sind insbesondere die Möglichkeiten zur Entwicklungsförderung des Kindes auszuschöpfen. Zur Entwicklungsbegleitung und ggf. zur Einleitung von Frühfördermaßnahmen können auch Amt 51/7 und Amt 53 eingeschaltet werden.

Eine schematische Übersicht über die Aufteilung der Hilfeangebote ist in Abbildung 1 dargestellt.

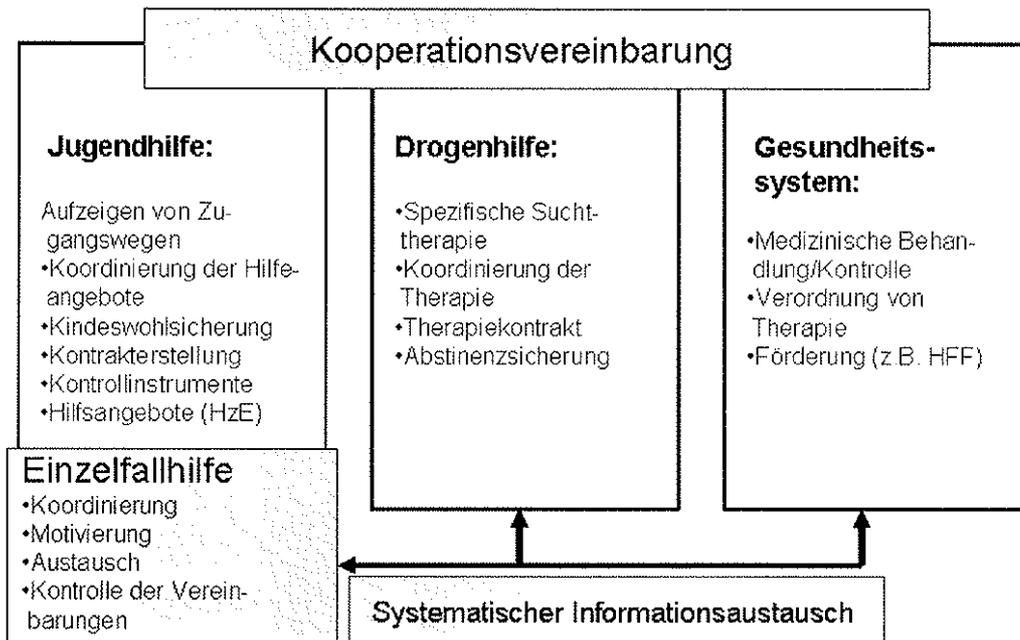
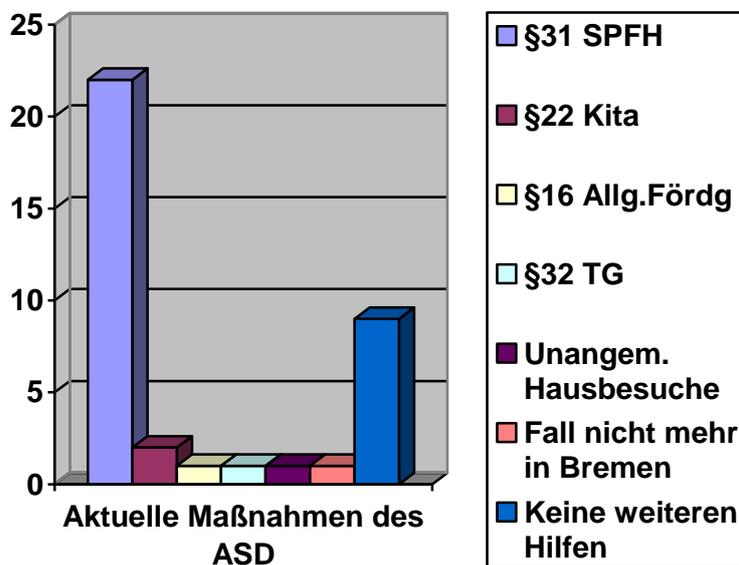


Abbildung 1: Vereinfachte Darstellung der an der Hilfe beteiligten Institutionen und deren Zuständigkeit im Rahmen des Hilfeprozesses. Die Zuständigkeit ist durch eine einzelfallübergreifende Kooperationsvereinbarung geregelt.

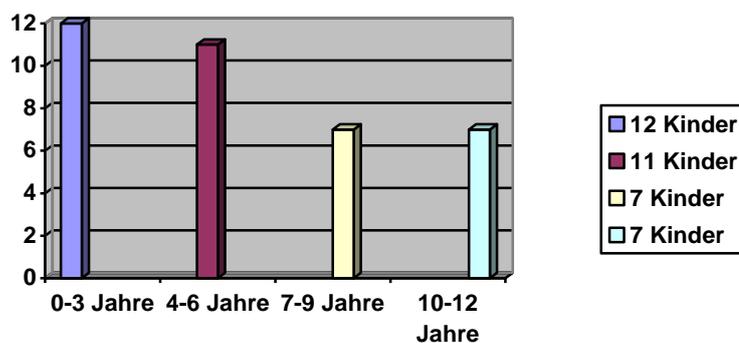
Zusätzlich eingeleitete Maßnahmen zur Sicherung des Kindeswohls bei Verbleib in der Familie

Gesamt	37
§31 Sozialpädagogische Familienhilfe	22
§22 Kindertageseinrichtung	2
§16 Allgemeine Förderung der Erziehung in der Familie	1
§32 Heilpädagogische Tagesgruppe	1
Unangemeldete Hausbesuche	1
Keine weiteren Hilfen	9
Fall nicht mehr in Bremen	1



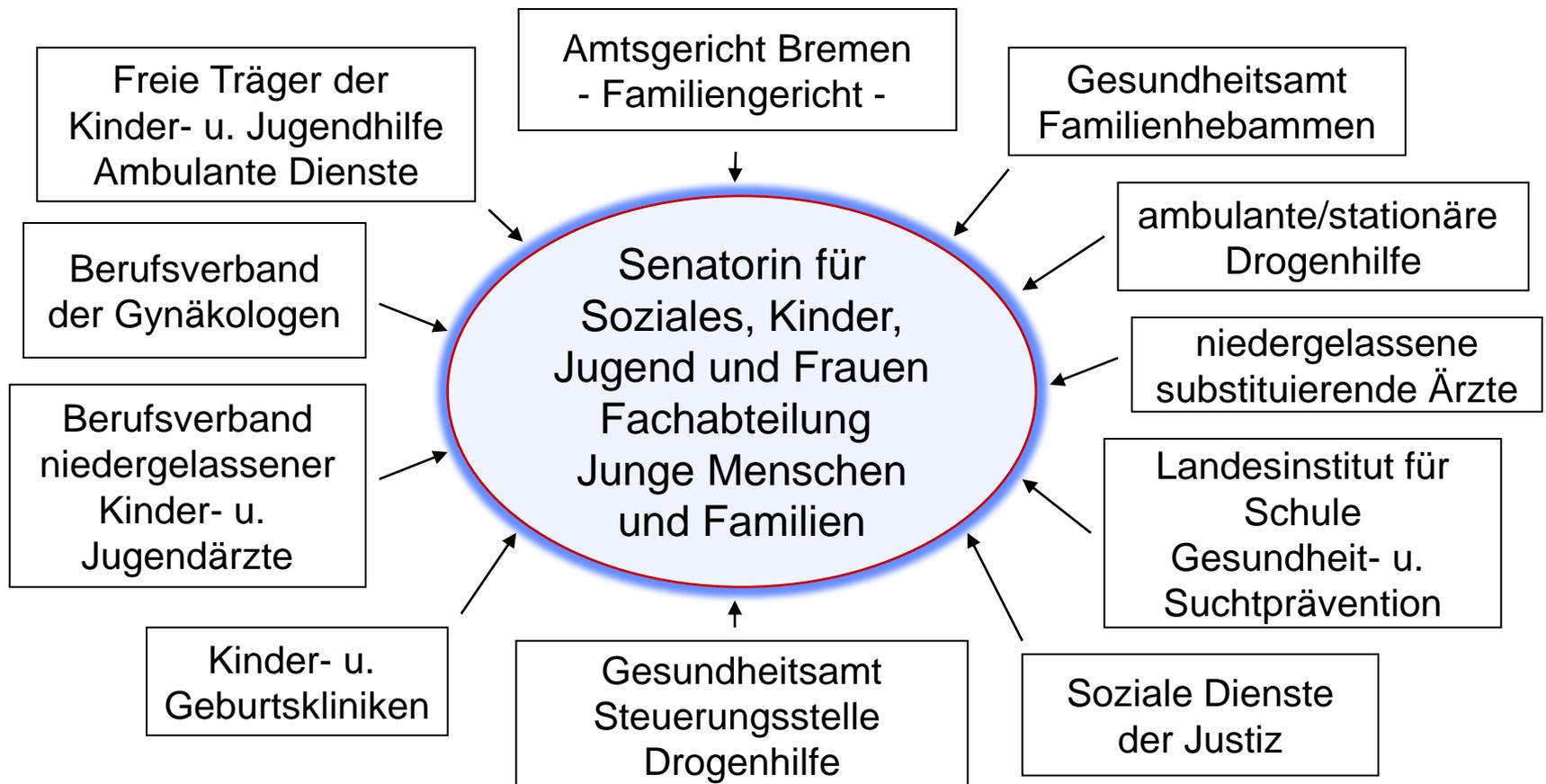
Alter der Kinder anhand des Geburtsjahres

0-3	Jahre	12 Kinder
4-6	Jahre	11 Kinder
7-9	Jahre	7 Kinder
10-12	Jahre	7 Kinder

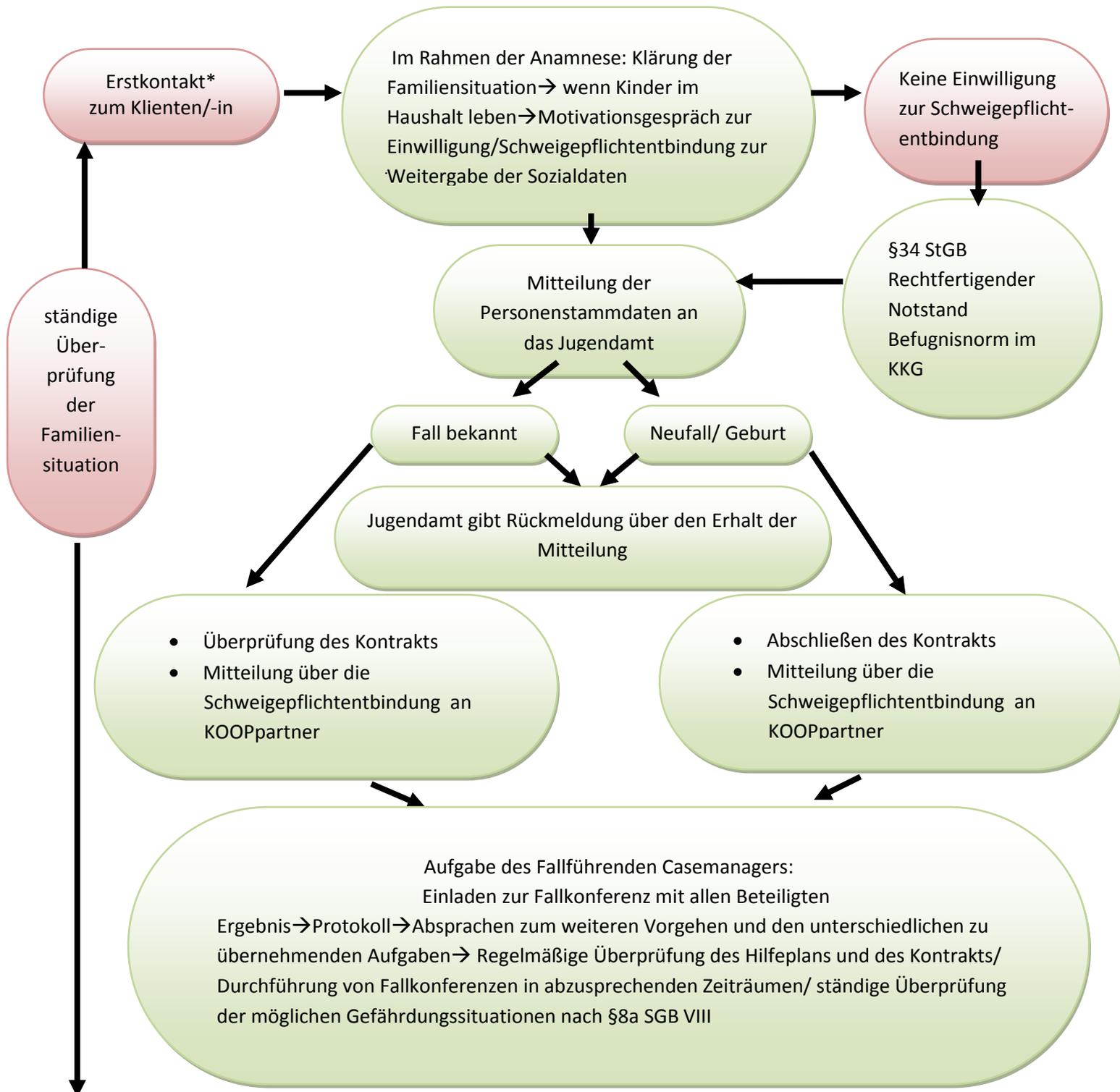


Hilfenetzwerk
Fachbeirat in Bremen

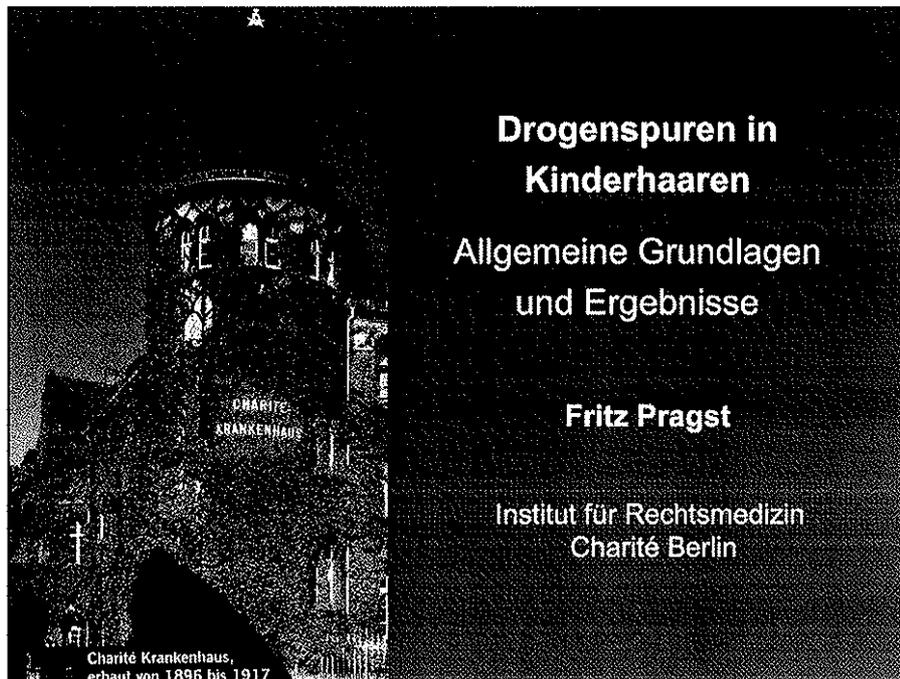
„Umgang mit Kindern substituierter / drogenabhängiger Mütter / Väter bzw. Eltern“



Ablaufskizze zu den Aufgaben
der beteiligten Dienste und Einrichtungen im Einzelfall



*Erstkontakt kann hergestellt werden von: Drogenhilfesystem/ substituierende Ärzte/-innen/ Gynäkologen/-innen/ Kinder-und Jugendärzte/Kliniken/Soziale Dienste der Justiz/ therapeutische Einrichtungen/Hebammen/ Familienhebammen/Institutionen und Personen der Kindertagesbetreuung, Jugendförderung (Ergänzungen erbeten)



Drogenspuren in Kinderhaaren

Allgemeine Grundlagen

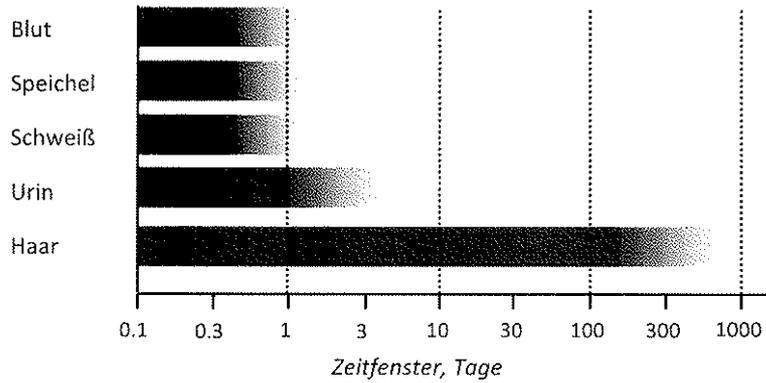
- Prinzip der Haaranalyse
- Praktische Durchführung
- Interpretation von Haarergebnissen

Spezielle Drogen in Kinderhaaren - Literatur und Haarproben aus Bremen

- Metadon
- Heroin
- Cocain
- Cannabinoide
- Amphetamine und Ecstasy
- Gesamtübersicht
- Ergebnisvergleich Kinder / Eltern

Schlussfolgerungen

Zeitfenster für den Nachweis von Drogenmissbrauch



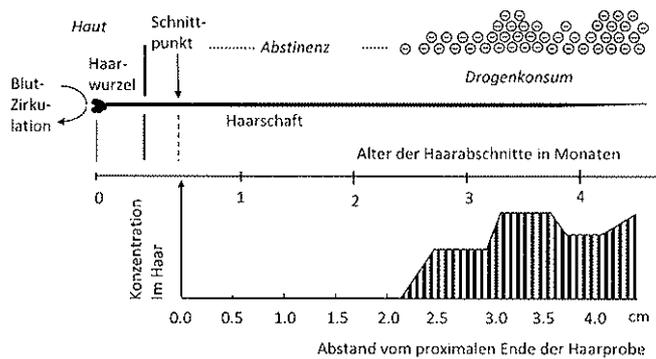
Akute Wirkung: Blut

Akuter Missbrauch: Urin, Mundflüssigkeit (Speichel), Schweiß

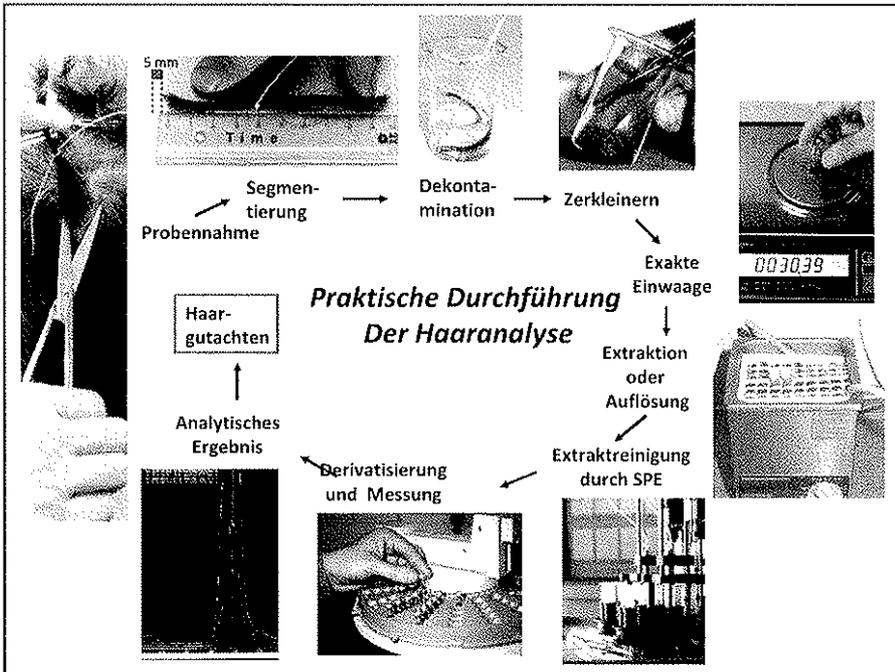
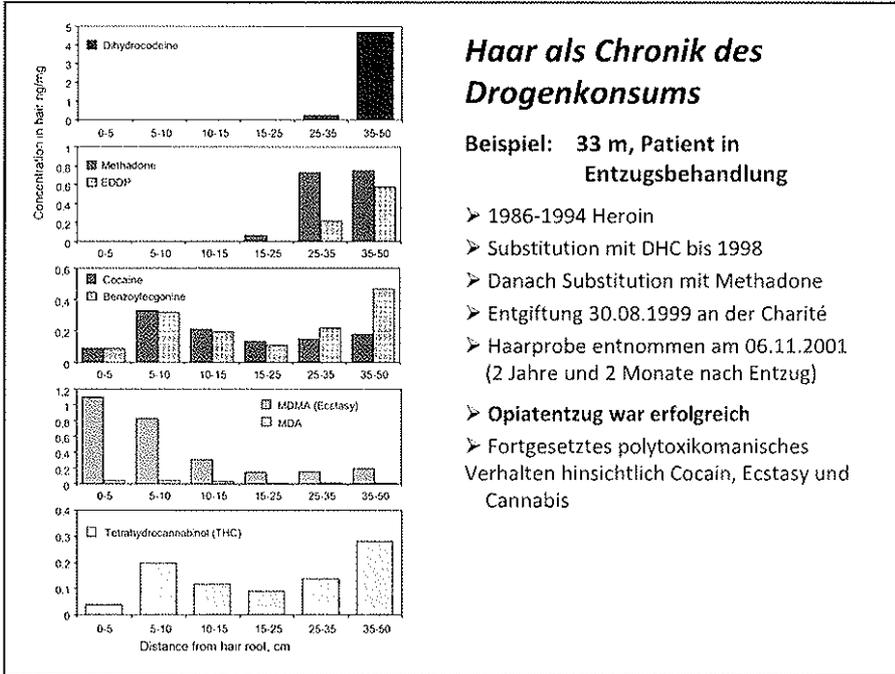
Chronischer Missbrauch: Haar

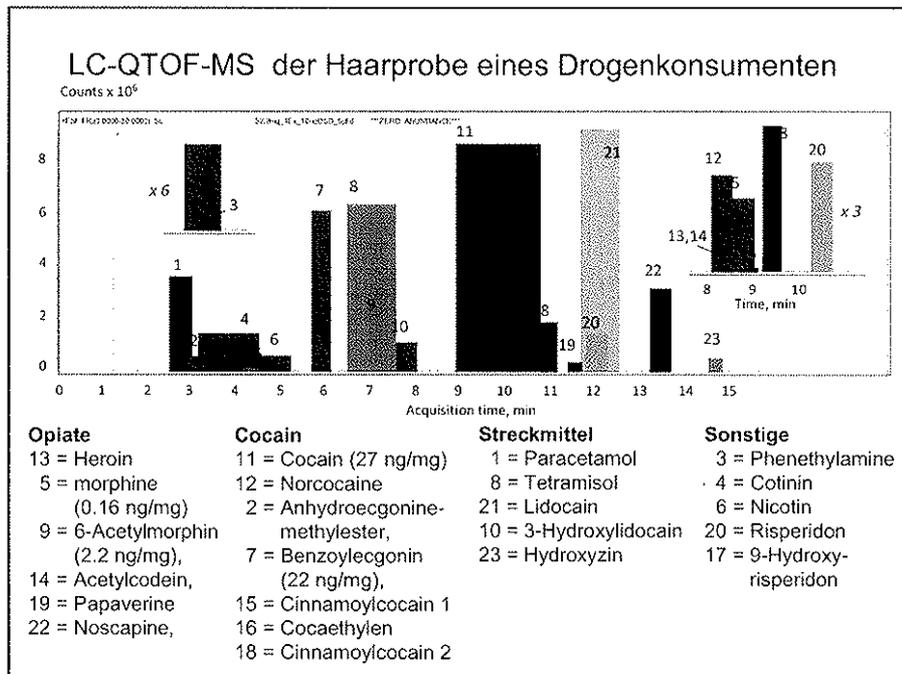
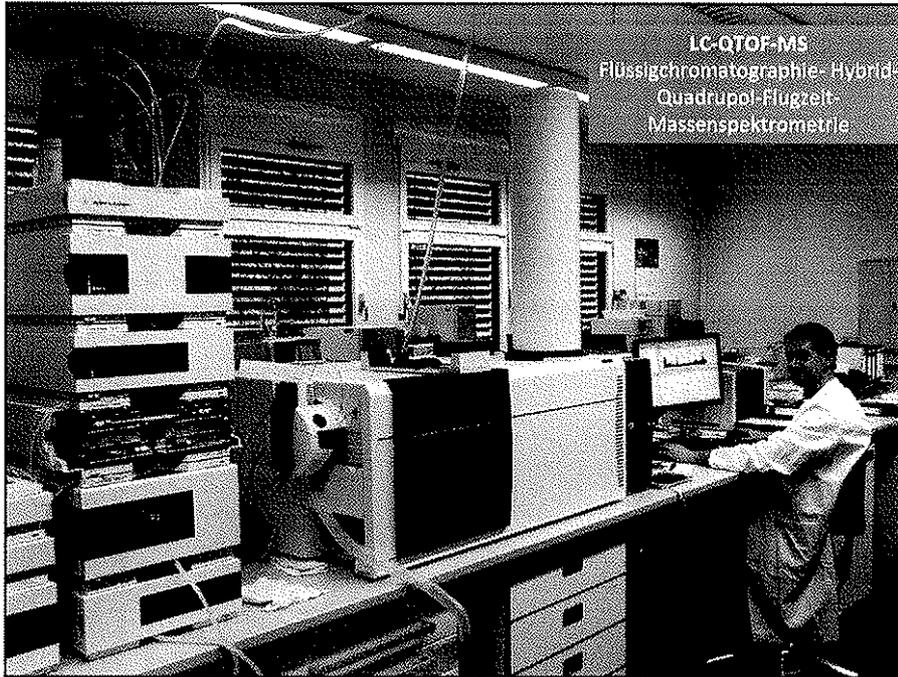
Prinzip der Haaranalyse

„Haar erweitert die toxikologische Analyse um die Dimension der Zeit“



- Einlagerung wie ein Zeitschreiber des Drogenkonsums
- Dauerhafte Speicherung im Haar
- Zeitaufgelöster Nachweis nach Monaten oder Jahren möglich





Konzentrationen häufig missbrauchter Substanzen und ihrer Metabolite im Haar							
Drug or metabolite ¹	Concentration in hair, ng/mg		Remarks	Drug or metabolite ¹	Concentration in hair, ng/mg		Remarks
	Range	Mean			Range	Mean	
THC	0.06-7.6	0.97	Illicit cannabis use ²	LSI	0.691		One of 11 consumers
THC-COOH	0.0995-0.013	0.062	Illicit cannabis use	Phencyclidine	0.33-14	3.25	Illicit drug use
CBD	0.53-18.4	1.3	Illicit cannabis use	GHB	3.1-5.1		Chronic administration
CBN	0.55-4.54	1.2	Illicit cannabis use	GHB	0.2-12	2.38	Single administration
Heroin	0.09-4.53		Heroin maintenance	Clonazepam	0.02-0.04		Psychiatric patients
6-Acetylmorphine	0.06-64.8	7.2	Illicit heroin users	7-Amino-clonazepam	0.07-0.24		"
Morphine	0.00-55.7	3.7	Illicit heroin users	Diazepam	0.01-2.21	0.31	Fatal drug cases
Codaine	0.00-15.1	1.0	Illicit heroin users	Flunitrazepam	0.021-0.12	0.060	Fatal drug cases
Acetylcodeine	0.00-10.5	0.3	Illicit heroin users	7-Aminoflunitrazep.	0.003-0.15	0.064	"
Codeine	9.0-12.3	10.7	Chronic abuse	Nitrozapam	0.05-0.13		Psychiatric patients
Dihydrocodeine	1.2-51.2		Heroin abuse	7-Aminonitrazepam	0.19-0.54		"
Buprenorphine	0.003-0.124			Norazepam	0.13-1.83	0.49	Fatal drug cases
Norbuprenorphine	0.005-1.516			Tramadol	0.176-16.3	4.41	Chronic pain treatment
Methadone	0.0-42	10.9	Methadone maintenance	Fentanyl	0.008-0.644		Abusing anaesthetists
EMDP	0.0-5.0	1.2	"	Nicotine	0.9-35.9		Active smokers
EMDP	0.18-0.84		Drug fatalities	Cotinine	0.09-4.99		"
Cocaine	0.5-276.5	12.9	Illicit drug users	Nicotine	0.54-1.82		Passive smokers
Benzylecgonine	0.1-33.7	3.7	"	Cotinine	0.01-0.13		"
Methylecgonine	0.1-12.8	1.8	"	Ethanol			
Cocacylethene	0.1-10.3	1.6	"	FAPE ²	0.06-0.37	0.16	Teetotalers
Norscotine	0.00-0.70	0.26	"		0.20-0.85	0.41	Social drinkers
AEME	0.2-2.4	0.6	Crack marker		0.92-13.5	4.0	Heavy alcohol abuse
Amphetamine	0.02-0.52	0.84	Illicit drug use	Ethyl glucuronide	< 0.25		Social drinkers
Methamphetamine	0.87-56.4	18.3	Illicit drug use		0.072-3.38		Heavy alcohol abuse
Amfetaminum	0.12-3.5	0.86	"				
MDMA	0.1-8.3		MDMA + MDE use				
MDE	0.12-15		"				
MDA	0.02-0.89		"				

References in: F. Pragst, M. Balikova, Clin. Chim. Acta 370 (2006) 17-49

Interpretation von Haarergebnissen

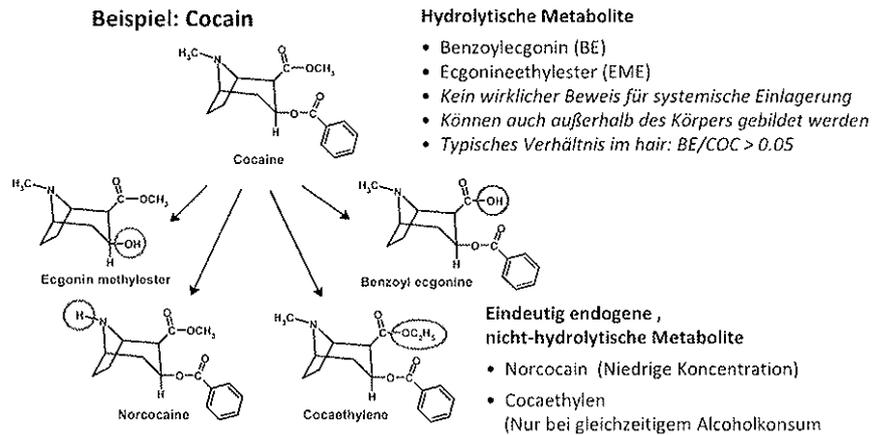
- Unterscheidung zwischen systemischer Einlagerung und externer Kontamination
- Interpretation von Konzentrationen bezüglich der Konsumhäufigkeit
- Zeitliche Interpretation bezüglich der Missbrauchsperiode

Systemische Einlagerung oder externe Kontamination?

Zwei Möglichkeiten:

1. Analyse von Waschlösungen oder Wasch-Kinetik (sehr aufwendig)
2. Nachweis von Metaboliten im typischen Verhältnis zur Droge

Beispiel: Cocain



Hauptproblem der Interpretation der Drogenkonzentration im Haar:

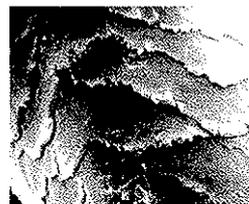
Es gibt keine inter-individuelle Proportionalität zwischen Konsumhäufigkeit und Konzentration im Haar

Ursachen:

- Keine oder nur wenige prospective und wirklich kontrollierte Studien zu illegalen Drogen
- Große Unterschiede in der Pharmakokinetik (fehlende Proportionalität zwischen Dosis und Serumkonzentration)
- Große Unterschiede in der Inkorporations-Effizienz
- Differenzen in der Haarpigmentierung (basische Drogen)
- Zustand des Haares (Z. B. Geschädigte Kutikula) führt zu unterschiedlichem Verlust bei üblicher Haaräsche)
- Zersetzung von Drogen durch Bleichen, Färben, Dauerwelle



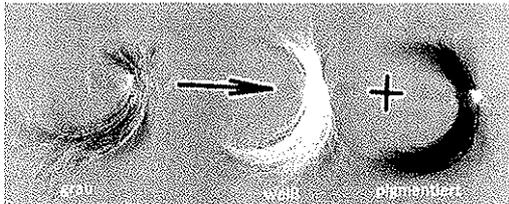
Ungeschädigte Kutikula



Mechanisch geschädigte Kutikula

Einfluss der Pigmentatierung auf Drogenkonzentrationen im Haar

Separate Analyse von weißen und pigmentierten Haaren grauhariger Probanden



Droge	Konzentrationsverhältnis weiß/pigmentiert
Cocain	0,05-0,86 (Mittel: 0,38)
Benzoylcegonin	0,10-1,20 (mean 0,66)
Amitriptylin	0,18-0,58
Maprotiline	0,21
Metoclopramid	0,09

Akkumulation basischer Drogen im pigmentierten Haar

Gründe

- Saurer pH in Melanozyten führt zu pharmakokinetischer Akkumulation basischer Drogen
- Adsorption an Melanin (CT-Interaction)

Interpretation einer Drogenkonzentration im Haar

- Vergleich des Wertes mit den Daten eines typischen Klientels
- Feststellung: der Wert liegt im unteren, mittleren oder oberen Bereich dieses Klientels

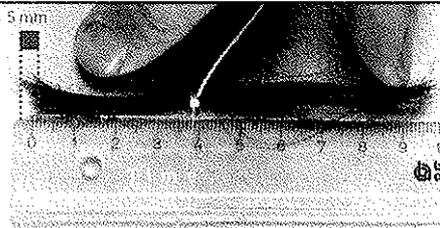
Beispiel (C. Jurado, 2001)

Opiat-Konzentrationen (ng/mg) im Haar illegaler Heroinkonsumenten (n = 73)

	6-Acetylmorphine	Morphin	
Cut-off	0.1	0.1	
Mittelwert	7.2	3.7	
Minimum	0.0	0.0	
Percentil 25	1.3	0.9	
Median	3.3	1.9	
Percentile 75	6.3	4.1	
Maximum	65	54	
Aktueller Fall	4.2	1.1	

Interpretation: Die Konzentration dieses Probanden liegt im mittleren Bereich der Werte, die üblicherweise in Fällen von Heroinmissbrauch gefunden werden.

Interpretation von abschnittswiseer Haaranalyse bezüglich der Zeit des Drogenkonsums



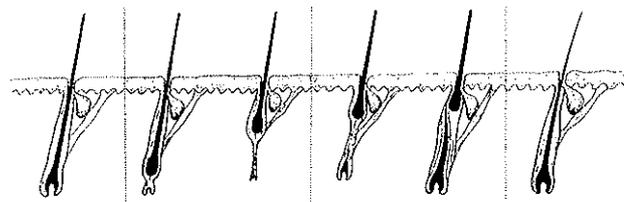
Experimentelle Fehler

- Die Probe wurde nicht direkt und nicht gleichmäßig über der Haut abgeschnitten
- In Routineproben: Gegenseitige Verschiebung der Haare > 5 mm (≈ 2 Wochen)

Weitere Einschränkungen

- Phasenhaftes Wachstum der Haare (Haarzyklus)
- Variabilität der Wachstumsgeschwindigkeit
- Abweichende Einlagerungsmechanismen ins Haar

Menschlicher Haarwachstums-Zyklus (Kopfhaar)

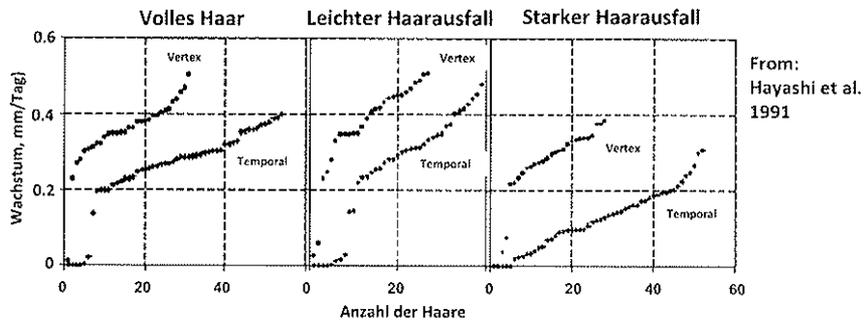


Anagene Phase 2 - 6 Jahre Katagene Phase 2 - 3 Wochen Telogene Phase 2 - 6 Monate Neue anagene Phase

Anatomische Region	Anagen	Katagen + telogen	% Telogen
Kopf	2-6 Jahre	2- 6 Monate	5-20
Kopf, vertex, Haarausfall			53-84
Bart	14-22 Monate	9-12 Monate	35-40
Scham, Achsel	11-18 Monate	12-17 Monate	50
Arm	5-15 Monate	8-24 Monate	60

- Eine Kopfhaarprobe enthält 5-20 % Haare in der telogenen Phase, die bis zu 6 Monaten älter sein können als die überwiegenden anagenen Haare.
- Eine Scham-, Achsel- oder Körperhaarprobe enthält etwa 50 % telogene Haare, die zwischen 12 und 18 Monaten älter sein können als die die wachsenden Haare.

Wachstumsgeschwindigkeit menschlicher Haare

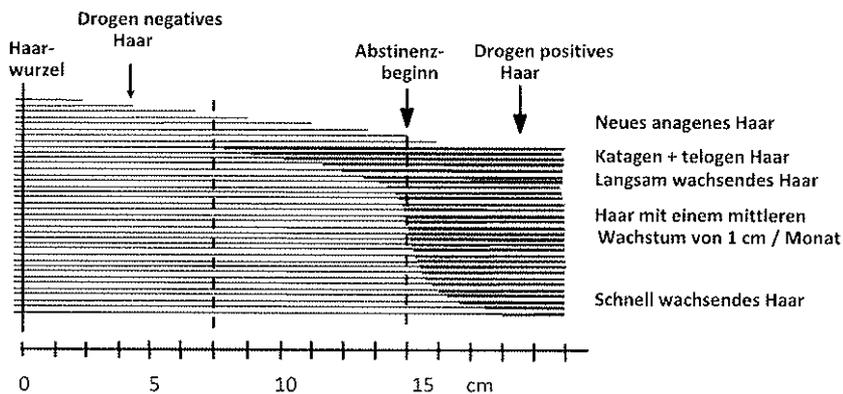


Körperstelle	Haarwachstum	
	mm/Tag	cm/Monat
Kopf, Scheitel	0.28-0.47	0.84-1.41
Schambereich	0.2-0.3	0.6-0.9
Achselbereich	0.29-0.33	0.87- 1,0
Bart	0.25-0.29	0.75-0.87
Brust, Extremitäten	0.22-0.32	0.66-0.96

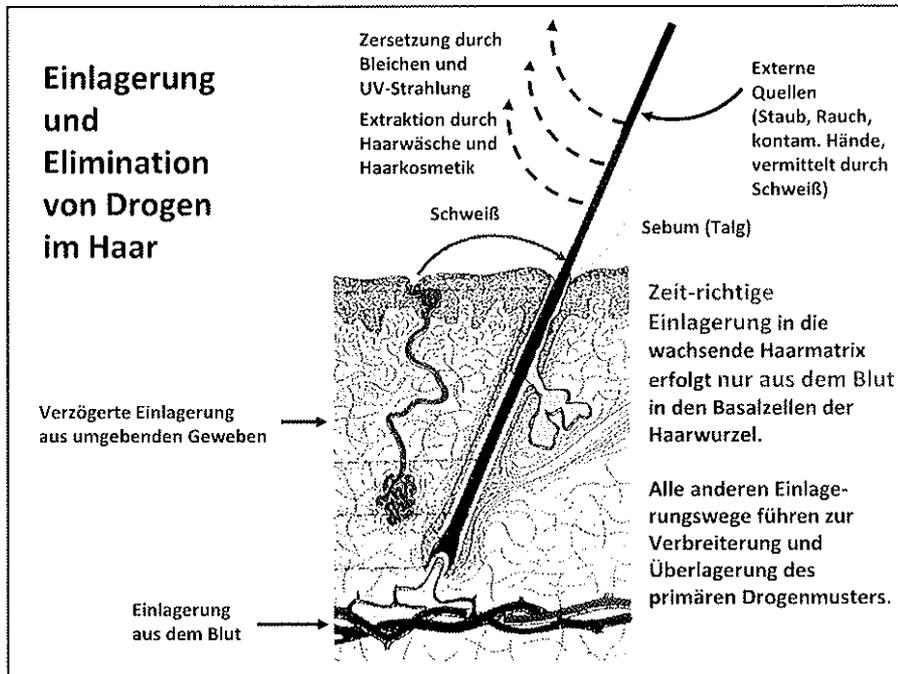
- Es gibt große intra- und interindividuelle Unterschiede in der Wachstumsgeschwindigkeit der Haare.
- Die Wachstumsgeschwindigkeit eines einzelnen Kopfhaares in einer Probe kann zwischen 0.8 to 1.6 cm/Monat (0.27 – 0.53 mm/Tag) variieren

Konsequenzen des Wachstumszyklus und der Variation der Wachstumsgeschwindigkeit auf die Haaranalyse

Beispiel: Beendigung des Drogenkonsums 12 Monate vor der Probennahme

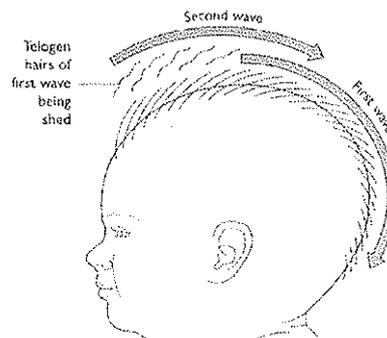


- Es gibt keine scharfe Grenze zwischen positiven und negativen Haarabschnitten sondern eine mehr oder weniger ausgeprägte Übergangszone.



Haar von Neugeborenen

Montate	frontal + parietal	occipital
Schwangerschaft		
4	erstes Haar	Erstes Haar
5	anagen	anagen
6 to 7	telogen	anagen
8	new hair cycle	anagen
Geburt		
	anagen	anagen
+1 to +2	anagen/telogen	telogen
+3 to +9	Hoher Anteil an telogen Keine weitere Synchronisation	
<u>Lanugo Haar: weich, dünn, keine Medulla</u>		



Alter der Haare bei Neugeborenen: Occipital ≈ 5 Monate
 Frontal ≈ 6 Wochen

Komplikationen: Ständig Austausch mit dem Fruchtwasser

Dauer des Drogennachweises nach der Geburt: Cocaine (Graham et al. 1989)

Bei Geburt	7/7 positiv
2.5 - 3.5 Monate	2/7 positiv
12 - 35 Monate	0/7 positiv

Schlussfolgerungen zur Haaranalyse allgemein

- Haar ist ein einzigartiges Probenmaterial für die retrospektive Untersuchung von Drogenmissbrauch und Vergiftungen, in Einzelfällen auch nach einmaliger Beibringung.
- Andererseits variiert Haar stark in seinem physiologischen und pharmacokinetischen Verhalten und in seinen analytischen Eigenschaften.
- Daher ist die Haaranalyse kein einfaches Routineverfahren sondern muss auf der Basis gründlicher Kenntnisse und Erfahrungen zur Physiologie des Haarwachstums und zu den Inkorporations- und Eliminationsmechanismen von Drogen ins Haar durchgeführt und interpretiert werden.
- Die Interpretation sollte nicht isoliert sondern immer im Zusammenhang mit weiteren Erkenntnissen aus dem konkreten Fall vorgenommen werden.

Spezielle Drogen unter besondere Berücksichtigung von Kinderhaarproben (Literaturübersicht und Proben aus Bremen)

1. Methadon

- **Hauptmetabolit:** EDDP (Abspaltung einer N-Methylgruppe):
Nicht-hydrolytischer Metabolit, beweist Körperpassage
Artefakt bei GC-MS-Analyse, nicht aber bei LC-MS
- **Konzentrationen im Haar von Substitutionspatienten** (Tsanacis et al. 2007). Die EDDP Werte sind wegen der GC-MS-Methode sicher zu hoch.

		Percentil						
	N	5%	25%	50%	75%	95%	99%	Maximum
Methadon	3427	0.8	3.7	9.1	18.7	51.7	98.2	322.0
EDDP	2112	0.2	0.5	1.1	2.3	6.0	14.3	43.9

Unterer Bereich Mittlerer Bereich Oberer Bereich

- **Abstinenzkontrolle Fahreignungsprüfung:** Methadon Cut-off 0,1 ng/mg

Methadon und EDDP in Kinderhaaren - Literaturübersicht

Zitat	Alter	Methadon ng/mg	EDDP ng/mg	Bemerkungen, Interpretation
Papaseit et al. 2010	13 Mon.	2,91	n.n.	Hand-zu -Mund -Aufnahme (?) Entzugssyndrom
Boroda et al. 2005	8 Mon. 3 1/2 Jahre	Qual. Pos.	??	Regelmäßige vorsätzliche Beibringung zur Schlafeinleitung (Ermittlung)
Kintz et al. 2005	14 Mon. 5 Mon.	1,91 (6 cm) 1,0-21,3	0,82 5,1	Todesfälle, nach akuter Überdosis, vorsätzliche Verabreichung zur Ruhigstellung. Hohe Konzentrationen im Fall 2 aus pränataler Zeit
Kintz et al. 2010	?? 16 Mon. ?? ??	0,05--0,08 0,13--0,15 0,07--0,09 0,06--0,13	n.n. 0,02 0,01--0,03 0,02--0,03	Überlebte akute Vergiftungen bei vorheriger chronischer Aufnahme, Methadon-substituierte Eltern. 3-6 Segmente, kein Unterschied.
Kintz et al. 2010	2 Jahre 3 Jahre	0,53--0,58 0,44--0,77	n.n. 0.04--0.06	Todesfälle

Übertragung von Methadon und EDDP durch Schweiß?

- Heftiges Schwitzen gehört zu den häufigsten und lästigsten Nebenwirkungen bei Methadonbehandlung.
- Methadon und EDDP werden mit dem Schweiß ausgeschieden
- „Sweat patches“ (Drogenpflaster), Oberarm, 1 Woche: :
120 -2160 ng Methadon und 25-535 ng EDDP pro Pflaster
- EDDP/Methadon -Verhältnis ähnlich wie im Haar
- Kontamination von Kinderhaaren durch Schweiß der Eltern wird diskutiert (Kintz 2010), ist aber bislang experimentell nicht bewiesen,

Methadon: Ergebnisse Haarproben Bremen

Erwachsene

Bewertung:	Unterer. Ber. :	bis 3,7 ng/mg
	Mittlerer. Ber.:	3,7-18,7 ng/mg
	Oberer Ber.:	ab 18,7 ng/mg

Fall	Alter	Methadon ng/mg	EDDP ng/mg	EDDP / Methadon	Weitere Drogen
E11-0940	31	20,7	0,94	0,045	Keine
E11-0842	41	11,7	0,48	0,041	Heroin (Spur)
E11-0768	39	6,88	0,42	0,061	Heroin, Cocain
E11-0281	37	6,77	0,25	0,037	Cocain, Amphetamin, Cannabis
E11-1000	51	6,04	0,25	0,041	Heroin, Cannabis
E11-0515	39	5,85	0,13	0,022	Heroin, Cocain, Cannabis
E11-0767	36	5,05	0,42	0,083	Heroin, Cocain
E11-0946	40	4,6	0,14	0,030	Heroin, Amphetamin, Benzodiazepine
E11-0267	36	2,01	0,19	0,095	Keine
E11-0516	45	1,75	0,24	0,137	Heroin, Cocain,
E11-1001	41	1,59	0,12	0,075	Heroin, Cannabis
E11-0523	22	1,15	0,082	0,071	Keine
E11-0579	41	0,22	0,021	0,095	Heroin
E11-0289	23	0,03	n.n.	---	Cocain, Cannabis
E11-0287	33	0,024	n.n.	---	Keine

Methadon: Ergebnisse Haarproben Bremen

Kinder

Bewertung:	Unterer. Ber. :	bis 3,7 ng/mg
(Subst.-Pat)	Mittlerer. Ber.:	3,7-18,7 ng/mg
	Oberer Ber.:	ab 18,7 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Methadon	EDDP	EDDP / Methadon	Weitere Drogen
E11-262	XX YYYY	1	2,16	0,074	0,034	Keine
E11-391	XX YYYY	3	1	0,01	0,010	Heroin, Cocain, Benzodiazepine
E11-544	XX YYYY	1	0,74	0,056	0,076	Heroin, Cocain
E11-269	XX YYYY	4	0,38	n.n.	---	Keine
E11-288	XX YYYY	5	0,353	0,011	0,031	Keine
E11-539	XX YYYY	4	0,21	0,026	0,124	Heroin, Cocain
E11-276	XX YYYY	1	0,19	n.n.	---	Amphetamin, Ecstasy, Cannabis
E11-536	XX YYYY	3	0,18	0,011	0,061	Heroin
E11-259	XX YYYY	7	0,156	0,011	0,071	Cocain
E11-268	XX YYYY	3	0,074	n.n.	---	Keine
E11-260	XX YYYY	1	0,034	n.n.	---	Heroin, Cannabis, Benzodiazepine
E11-291	XX YYYY	2	0,028	n.n.	---	Cannabis
E11-284	XX YYYY	1	0,02	n.n.	---	Keine
E11-264	XX YYYY	4	0,017	n.n.	---	Cocain
E11-258	XX YYYY	5	0,016	n.n.	---	Cocain
E11-261	XX YYYY	8	0,015	n.n.	---	Cocain
E11-577	XX YYYY	1	0,01	n.n.	---	Cocain, Cannabis
E11-274	XX YYYY	1	0,007	n.n.	---	Keine

Methadon: Ergebnisse Haarproben Bremen

Familie „A“

Bewertung: (Subst.-Pat)	Unterer. Ber.:	bis 3,7 ng/mg
	Mittlerer. Ber.:	3,7-18,7 ng/mg
	Oberer Ber.:	ab 18,7 ng/mg

Methadon-substituierte Eltern

Mutter: 8 ml Methadon pro Tag

Vater: 5 ml Methadon pro Tag

im Ergebnis der Ergebnisse der März-Proben: Übergang von „Take-home-Gabe“ zu ausschließlicher Abgabe in der Arztpraxis

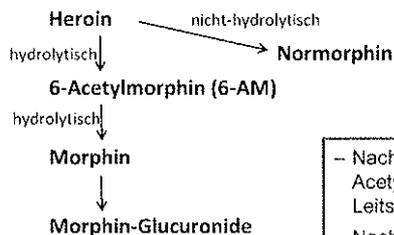
Person	Alter, Jahre	Haarergebnisse März 2011			Haarergebnisse September 2011		
		Methadon	EDDP	EDDP/Met	Methadon	EDDP	EDDP/Met
Kind XX YYYY	5	0,35	0,011	0,031	0,38	0,02	0,05
Kind XX YYYY	2	2,16	0,074	0,034	2,01	0,11	0,05
Mutter XX YYYY	31	----	----	----	20,7	0,94	0,045
Vater nicht untersucht		----	----	----	----	----	----

- Keine weiteren Drogen nachweisbar
- EDDP beweist Körperpassage vor Einlagerung ins Haar
- Keine Änderung nach 6 Monaten
- Schlussfolgerung: *Übertragung durch Schweiß?*

Spezielle Drogen unter besondere Berücksichtigung von Kinderhaarproben (Literaturübersicht und Proben aus Bremen)

2. Heroin

Metabolischer Abbau



Begleitstoffe bei illegalem Heroin

Acetylcodein
Codein
Papaverin
Noscapin

- Nach parenteraler Verabreichung werden 6-Acetylmorphin und Morphin im Haar gefunden. Leitsubstanz 6-AM)
- Nach oraler Aufnahme wird nur Morphin nachgewiesen.
- Heroin wird bei externer Kontamination im Haar über 6-AM zu Morphin abgebaut
- Systemische Einlagerung kann daher nur über Normorphin bewiesen werden, nicht durch 6-AM

Heroin im Haar - Literaturübersicht

Konzentrationen im Haar von Heroinkonsumenten (Tsanacis et al. 2007).

Substanz	N	Percentil						
		5%	25%	50%	75%	95%	99%	Maximum
6-Acetylmorphin	3558	0.2	0.5	1.1	3.2	16.1	63.8	220.8
Morphin	4798	0.2	0.7	2.1	5.0	16.3	41.1	291.3

Unterer Bereich Mittlerer Bereich Oberer Bereich

Cut-off bei Abstinenzkontrolle Fahreignungsprüfung: 6-AM:

Heroin – Abbauprodukte in Kinderhaaren

- Bisher nicht gründlich untersucht
- *Strano Rossi et al. 1998*: Wiederholte erzwungen Heroinverabreichung an ein 5-jähriges Kind. Untersuchung mehrerer Haarabschnitte.

6-Acetylmorphin 0,2 - 0,6 ng/mg

Morphin 0,1 - 0,3 ng/mg

Heroin: Ergebnisse Haarproben Bremen

Erwachsene

Bewertung: 6-AM (Konsum)	Unterer. Ber. : Mittlerer. Ber.: Oberer Ber.:	bis 0,5 ng/mg 0,5-3,2 ng/mg ab 3,2 ng/mg
-----------------------------	---	--

Nr.	Code	Alter	Morphin	6-Acetylmorphin	Heroin	Codein	Acetylcodein	Methadon
E11-515	XX YYYY	39	2,84	6,22	pos.	1,04	0,57	5,85
E11-768	XX YYYY	39	1,69	3,5	Pos.	0,45	n.n.	11,7
E11-1011	XX YYYY	54	0,48	3,48	Pos	0,12	0,18	---
E11-767	XX YYYY	36	1,88	3	Pos.	0,49	0,33	5,05
E11-1000	XX YYYY	51	2,79.	1,87	pos.	0,49	0,12	6,04
E11-516	XX YYYY	45	2,56	1,84	pos.	0,45	0,14	2,01
E11-1001	XX YYYY	41	2,14	1,18	n.n.	0,43	0,089	1,59
E11-946	XX YYYY	40	0,26	0,67	pos.	0,11	n.n.	4,6
E11-521	XX YYYY	31	0,016	0,19	n.n.	n.n.	n.n.	---
E11-579	XX YYYY	41	n.n.	0,067	pos.	n.n.	n.n.	0,22
E11-277	XX YYYY	35	n.n.	0,05	n.n.	n.n.	n.n.	---
E11-760	XX YYYY	22	n.n.	0,05	n.n.	n.n.	n.n.	---
E11-842	XX YYYY	41	n.n.	0,03	n.n.	n.n.	n.n.	11,7
E11-1078	XX YYYY	23	n.n.	0,017	n.n.	n.n.	n.n.	---
E11-941	XX YYYY	26	n.n.	0,009	n.n.	n.n.	n.n.	---

Heroin: Ergebnisse Haarproben Bremen

Kinder - 1
stärker belastet
6-AM > 0,1 ng/mg

Bewertung:	Unterer. Ber.:	bis 0,5 ng/mg
6-AM (Konsum)	Mittlerer. Ber.:	0,5-3,2 ng/mg
	Oberer Ber.:	ab 3,2 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Morphin	6-Acetyl-morphin	Heroin	Codein	Acetyl-codein	Methadon
E11-544	XX YYYY	1	1,32	11,06	pos.	0,24	1,66	0,74
E11-549	XX YYYY	4	0,079	0,72	pos.	n.n.	0,072	----
E11-391	XX YYYY	3	0,044	0,53	pos.	pos.	n.n.	1,0
E11-536	XX YYYY	3	0,038	0,47	pos.	n.n.	0,06	0,18
E11-1010	XX YYYY	9	n.n.	0,36	Pos.	n.n.	0,039	----
E11-260	XX YYYY	1	n.n.	0,181	pos.	n.n.	0,02	0,034
E11-766	XX YYYY	5	n.n.	0,17	Pos.	n.n.	n.n.	----
E11-543	XX YYYY	3	0,016	0,15	n.n.	n.n.	n.n.	----

Heroin: Ergebnisse Haarproben Bremen

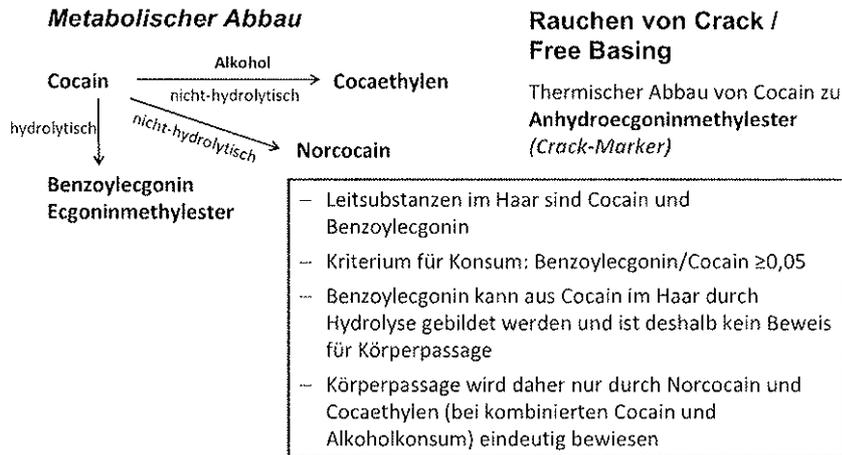
Kinder - 2
Weniger stark belastet
6-AM < 0,1 ng/mg

Bewertung:	Unterer. Ber.:	bis 0,5 ng/mg
6-AM (Konsum)	Mittlerer. Ber.:	0,5-3,2 ng/mg
	Oberer Ber.:	ab 3,2 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Morphin	6-Acetyl-morphin	Heroin	Codein	Acetyl-codein	Methadon
E11-263	XX YYYY	2	n.n.	0,084	n.n.	n.n.	0,012	----
E11-546	XX YYYY	6	0,009	0,072	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-1016	XX YYYY	9	0,032	0,067	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-548	XX YYYY	4	0,014	0,063	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-764	XX YYYY	6	n.n.	0,060	pos.	n.n.	n.n.	----
E11-539	XX YYYY	4	pos.	0,058	n.n.	n.n.	n.n.	0,21
E11-1079	XX YYYY	2	n.n.	0,055	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-537	XX YYYY	11	pos.	0,053	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-547	XX YYYY	7	n.n.	0,049	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-765	XX YYYY	7	n.n.	0,040	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-999	XX YYYY	12	0,013	0,033	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-1080	XX YYYY	4	n.n.	0,028	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-542	XX YYYY	6	n.n.	0,027	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-1013	XX YYYY	2	n.n.	0,018	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-545	XX YYYY	8	n.n.	0,016	n.n.	n.n.	n.n.	----
E11-1077	XX YYYY	3	n.n.	0,014	n.n.	n.n.	n.n.	----

Spezielle Drogen
unter besondere Berücksichtigung von Kinderhaarproben
 (Literaturübersicht und Proben aus Bremen)

3. Cocain



Cocain im Haar - Literaturübersicht

- Cocain gehört zu den am besten im Haar gespeicherten Substanzen
- Konzentrationen im Haar von Heroinkonsumenten (Tsanaclis et al. 2007).

Substanz	N	Percentil						
		5%	25%	50%	75%	95%	99%	Maximum
Cocain	7146	0.2	0.7	2.5	10.4	57.4	159.9	1093.8
Benzoylecgonin	5458	0.1	0.4	1.0	2.9	13.6	36.1	163.7

Unterer Bereich
Mittlerer Bereich
Oberer Bereich

- **Konsummarker:** Die Konzentration des **Norcocains** im Haar liegt in der Regel unter 5% von der des Cocains
- **Abstinenzkontrolle bei Fahreignungsprüfung:** **Cut-off Cocain 0,1 ng/mg**

Cocain und Benzoyllecgonin in Kinderhaaren – Literaturübersicht

Bewertung:	Unterer. Ber. :	bis 0,7 ng/mg
Cocain (Konsum)	Mittlerer. Ber.:	0,7-10,4 ng/mg
	Oberer Ber.:	ab 10,4 ng/mg

Zitat	Probanden, Alter, Jahre	Cocain , ng/mg	Benzoyllecgonin, ng/mg	Bemerkung, Interpretation
Kidwell et al. 1996	26 Kinder 1-14	0-14,4 (MW 2,4)	0-5,4 (MW 0,74)	Konzentrationen teilweise höher als bei den Eltern, Externe Kontamination und „Hand-Zu-Mund“-Aufnahme
De Giorgio et al. 2004	1 Junge 6	16	0,6	Beide Elter starke Cocain-Raucher, passiver Konsum + Externe Kontamination
Taguchi et al., 2007	1 Mädchen 2	6,2-75,9	1,9-36	15 Segmente Akute Cocainvergiftung nach 15 Monaten chronischer Belastung. Analyse von 15 Segmenten
Joya et al. 2009	21 Kinder 1,5-5	0,3-6,0	0,2-1,4	Relativ gute Übereinstimmung mit Haaren der Eltern. Annahme von vornehmlich oraler Aufnahme

- Bislang keine Angaben zu Norcocain, Cocaethylen und Anhydroecgoninmethylester in Kinderhaaren

Cocain: Haarproben Bremen

Erwachsene - 1
Mittlerer und oberer Bereich
N = 10

Bewertung Konsum
Unterer. Bereich: bis 0,7 ng/mg
Mittlerer. Bereich: 0,7-10,4 ng/mg
Oberer Bereich: ab 10,4 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Cocain	Nor-cocain	Benzoyl-ecgonin	Ecgonin-methylester	Coca-ethylen	Anhydro-ecgonin-methylester
E11-768	XX YYYY	39	14,68	0,1	2,04	0,1	n.n.	0,13
E11-767	XX YYYY	36	14,4	0,17	3,03	1,67	n.n.	0,19
E11-257	XX YYYY	34	10,9	0,15	2,06	0,16	0,53	0,05
E11-841	XX YYYY	39	10,6	0,06	1,08	0,018	1	0,017
E11-521	XX YYYY	31	6,75	0,09	1,87	0,058	0,37	0,11
E11-519	XX YYYY	26	6,16	0,15	1,67	0,072	2,09	0,05
E11-289	XX YYYY	23	5,61	0,16	1,71	n.n.	0,84	0,05
E11-760	XX YYYY	22	4,77	0,13	2,66	0,19	0,01	0,03
E11-923	XX YYYY	33	3,45	0,11	0,003	n.n.	n.n.	n.n.
E11-515	XX YYYY	39	0,83	pos.	0,31	n.n.	pos.	n.n.

Cocain: Haarproben Bremen

Erwachsene - 2

Unterer Bereich, N = 20

Bewertung Konsum

Unterer. Bereich: bis 0,7 ng/mg

Mittlerer. Bereich: 0,7-10,4 ng/mg

Oberer Bereich: ab 10,4 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Cocain	Nor-cocain	Benzoyl-ecgonin	Ecgonin-methylester	Coca-ethylen	Anhydro-ecgonin-methylester
E11-1014	XX YYYY	27	0,62	n.n.	0,099	n.n.	0,012	n.n.
E11-514	XX YYYY	22	0,56	pos.	0,12	n.n.	n.n.	n.n.
E11-941	XX YYYY	26	0,56	0,006	0,05	n.n.	0,024	n.n.
E11-522	XX YYYY	44	0,45	0,01	0,23	n.n.	0,22	n.n.
E11-919	XX YYYY	31	0,43	n.n.	0,21	n.n.	n.n.	n.n.
E11-914	XX YYYY	35	0,4	n.n.	0,17	n.n.	0,02	n.n.
E11-517	XX YYYY	35	0,37	pos.	0,12	n.n.	0,07	n.n.
E11-846	XX YYYY	25	0,21	n.n.	0,07	n.n.	n.n.	n.n.
E11-946	XX YYYY	40	0,16	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-513	XX YYYY	23	0,12	n.n.	0,023	n.n.	n.n.	n.n.
E11-736	XX YYYY	30	0,071	n.n.	0,012	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1009	XX YYYY	25	0,064	n.n.	n.n.	0,061	n.n.	n.n.
E11-922	XX YYYY	28	0,05	n.n.	0,02	n.n.	n.n.	n.n.
E11-942	XX YYYY	23	0,05	n.n.	0,018	n.n.	n.n.	n.n.
E11-843	XX YYYY	32	0,05	n.n.	0,27	0,05	0,02	n.n.
E11-1078	XX YYYY	23	0,047	n.n.	0,013	n.n.	n.n.	n.n.
E11-840	XX YYYY	46	0,037	n.n.	0,017	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1011	XX YYYY	54	0,026	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-281	XX YYYY	37	0,02	n.n.	n.n.	n.n.	0,009	n.n.
E11-516	XX YYYY	45	0,02	n.n.	0,01	n.n.	n.n.	n.n.

Cocain: Haarproben Bremen

Kinder 1, stärker belastet (N = 20)

Bewertung Konsum

Unterer. Bereich: bis 0,7 ng/mg

Mittlerer. Bereich: 0,7-10,4 ng/mg

Oberer Bereich: ab 10,4 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Cocain	Norcocain	Benzoyl-ecgonin	Ecgonin-methylester	Coca-ethylen	Anhydro-ecgonin-methylester
E11-544	XX YYYY	1	8,3	0,13	2,23	0,07	n.n.	0,058
E11-921	XX YYYY	1	2,17	0,26	0,01	n.n.	n.n.	n.n.
E11-266	XX YYYY	1	1,88	0,024	0,28	n.n.	n.n.	0,008
E11-392	XX YYYY	4	1,52	0,01	0,093	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1012	XX YYYY	5	1,19	Pos.	0,36	n.n.	n.n.	n.n.
E11-541	XX YYYY	3	0,36	pos.	0,073	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1079	XX YYYY	2	0,34	n.n.	0,084	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1002	XX YYYY	6	0,26	n.n.	0,036	n.n.	n.n.	n.n.
E11-546	XX YYYY	6	0,22	pos.	0,014	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1080	XX YYYY	4	0,2	n.n.	0,026	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1077	XX YYYY	3	0,16	n.n.	0,026	n.n.	n.n.	n.n.
E11-259	XX YYYY	7	0,136	n.n.	0,025	n.n.	n.n.	n.n.
E11-264	XX YYYY	4	0,133	pos.	0,023	n.n.	n.n.	n.n.
E11-547	XX YYYY	7	0,11	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-286	XX YYYY	1	0,08	n.n.	0,1	n.n.	n.n.	n.n.
E11-272	XX YYYY	1	0,077	n.n.	0,05	n.n.	n.n.	n.n.
E11-549	XX YYYY	4	0,068	pos.	0,022	n.n.	n.n.	n.n.
E11-258	XX YYYY	5	0,066	n.n.	0,015	n.n.	n.n.	n.n.
E11-540	XX YYYY	5	0,06	pos.	0,017	n.n.	n.n.	n.n.
E11-530	XX YYYY	8	0,058	pos.	0,015	n.n.	n.n.	n.n.

Cocain: Haarproben Bremen

Kinder 2, weniger belastet (N = 22)

Bewertung Konsum

Unterer Bereich: bis 0,7 ng/mg
 Mittlerer Bereich: 0,7-10,4 ng/mg
 Oberer Bereich: ab 10,4 ng/mg

Nr.	Code	Alter	Cocain	Nor-cocain	Benzoyl-ecgonin	Ecgonin-methyl-ester	Coca-ethylen	Anhydro-ecgonin-methylester
E11-766	XX YYYY	5	0,049	n.n.	0,012	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1090	XX YYYY	2	0,044	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-344	XX YYYY	1	0,04	n.n.	0,02	n.n.	n.n.	n.n.
E11-539	XX YYYY	4	0,035	n.n.	pos.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-577	XX YYYY	1	0,033	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-391	XX YYYY	3	0,027	n.n.	0,01	n.n.	n.n.	n.n.
E11-527	XX YYYY	6	0,026	n.n.	0,007	n.n.	n.n.	n.n.
E11-261	XX YYYY	8	0,026	n.n.	0,011	n.n.	n.n.	n.n.
E11-263	XX YYYY	2	0,022	n.n.	0,007	n.n.	n.n.	n.n.
E11-276	XX YYYY	1	0,02	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-273	XX YYYY	2	0,02	n.n.	pos.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1010	XX YYYY	9	0,02	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-280	XX YYYY	5	0,018	n.n.	0,011	n.n.	n.n.	n.n.
E11-648	XX YYYY	7	0,018	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1016	XX YYYY	9	0,018	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-764	XX YYYY	6	0,016	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-765	XX YYYY	7	0,014	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-763	XX YYYY	10	0,014	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-291	XX YYYY	2	0,013	n.n.	0,004	n.n.	n.n.	n.n.
E11-650	XX YYYY	1	0,01	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1013	XX YYYY	2	0,008	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.

Spezielle Drogen

unter besondere Berücksichtigung von Kinderhaarproben

(Literaturübersicht und Proben aus Bremen)

4. Cannabinoide

Wirkstoff: Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)

Hauptmetabolit: THC-Carbonsäure (THC-COOH), nicht-hydrolytisch

Weitere Bestandteile: Cannabidiol (CBD), Cannabinol (CBN) unwirksam:

Konzentrationen im Haar

THC

- Gelegentlicher Konsum (< 200 Joints pro Jahr): $\geq 0,02$ ng/mg
- Regelmäßiger Konsum (täglich bis mehrfach täglich): $\geq 0,7$ ng/mg bis < 20 ng/mg
- Beweist lediglich den Umgang mit der Droge

CBD und CBN:

- Ähnlich THC, dienen zur qualitativen Bestätigung

THC-COOH:

- 0,05 pg/mg bis 13 pg/mg
- Beweist aktiven Konsum

Cannabinoide in Kinderhaaren - Literaturübersicht

- Es sind keine Studien über Cannabinoide in Haaren von Kindern Cannabis-konsumierender Eltern bekannt.
- Bei Erwachsenen ist externe Kontamination (aus Rauch) als Ursache für positive THC-Haarbefunde ist bekannt.
- Es wird davon ausgegangen, dass stärker positive Befunde in Haaren von Säuglingen und Kleinkindern durch externe Eintragung aus dem Rauch entstehen, da
 - Aktives Rauchen unwahrscheinlich ist
 - Passives Rauchen nicht zu solch hohen Werten führen sollte
 - Positive THC-Befunde nach oraler Aufnahme bislang nicht bekannt sind und sehr hohe Mengen erfordern würden.
- Der Beweis durch Prüfung auf THC-COOH konnte in dieser Studie bislang nicht erbracht werden.

Cannabinoide: Haarproben Bremen Erwachsene (N = 25)

Bewertung THC
Gelegentlicher Konsum 0,02- 0,7 ng/mg
Regelmäßiger Konsum ≥ 0,7 ng/mg

Nr.	Code	Alter	THC ng/mg	CBN ng/mg	CBD ng/mg
E11-521	XX YYYY	31	3,05	0,27	0,12
E11-923	XX YYYY	33	2,07	0,05	0,09
E11-579	XX YYYY	41	1,65	0,26	0,78
E11-942	XX YYYY	23	1,45	0,34	0,17
E11-914	XX YYYY	35	0,84	0,2	0,03
E11-1011	XX YYYY	54	0,67	0,13	0,7
E11-1001	XX YYYY	41	0,48	0,04	0,01
E11-761	XX YYYY	30	0,43	0,09	0,02
E11-941	XX YYYY	26	0,39	0,03	0,04
E11-920	XX YYYY	25	0,39	0,07	0,01
E11-1091	XX YYYY	24	0,27	0,03	0,01
E11-281	XX YYYY	37	0,27	0,14	0,02
E11-762	XX YYYY	20	0,19	0,01	n.n.
E11-508	XX YYYY	25	0,16	0,11	0,03
E11-841	XX YYYY	39	0,11	0,04	n.n.
E11-1009	XX YYYY	25	0,1	0,05	0,01
E11-514	XX YYYY	22	0,09	0,03	0,04
E11-277	XX YYYY	35	0,05	n.u.	n.u.
E11-1000	XX YYYY	51	0,04	n.n.	n.n.
E11-922	XX YYYY	28	0,04	0,01	n.n.
E11-1014	XX YYYY	27	0,04	n.n.	n.n.
E11-519	XX YYYY	26	0,03	n.n.	n.n.
E11-257	XX YYYY	34	0,02	n.u.	n.u.
E11-343	XX YYYY	37	0,014	0,029	0,013
E11-289	XX YYYY	23	0,012	n.u.	n.u.

Cannabinoide: Haarproben Bremen

Kinder (N = 34)

Bewertung THC	
Gelegentlicher Konsum	0,02- 0,7 ng/mg
Regelmäßiger Konsum	≥ 0,7 ng/mg

Nr.	Code	Alter	THC	Nr.	Code	Alter	THC
E11-276	XX YYYY	1	0,62	E11-1012	KK 0206	5	0,05
E11-1013	XX YYYY	2	0,6	E11-1010	HJ 0302	9	0,05
E11-272	XX YYYY	1	0,28	E11-278	NC 0909	1	0,04
E11-1090	XX YYYY	2	0,28	E11-650	NA 1209	1	0,03
E11-849	XX YYYY	1	0,27	E11-263	CG 1108	2	0,03
E11-847	XX YYYY	6	0,19	E11-845	BF 0101	10	0,03
E11-344	XX YYYY	1	0,18	E11-649	NC 1207	3	0,03
E11-392	XX YYYY	4	0,17	E11-647	NK 0606	4	0,03
E11-260	XX YYYY	1	0,13	E11-534	SS 0405	6	0,03
E11-921	XX YYYY	1	0,11	E11-273	WX 0908	2	0,02
E11-943	XX YYYY	3	0,11	E11-282	WL 0109	2	0,019
E11-577	XX YYYY	1	0,1	E11-280	WL 1205	5	0,018
E11-848	XX YYYY	5	0,09	E11-291	GL 1208	2	0,013
E11-541	XX YYYY	3	0,08	E11-290	FV 0901	11	0,012
E11-279	XX YYYY	11	0,07	E11-286	RM 0210	1	0,01
E11-285	XX YYYY	2	0,06	E11-1018	EL 0700	11	0,01
E11-648	XX YYYY	7	0,06	E11-259	LV 0803	7	0,003

➤ Die höchsten THC-Konzentrationen wurden in den Haaren von 1-3-jährigen Kindern gefunden, die stärker dem Rauch der Bezugspersonen ausgesetzt sind als die älteren Kinder.

Literaturübersicht und Proben aus Bremen

5. Amphetamine und Ecstasy

- Fast ausschließliche orale Einnahme von Tabletten oder Pulvern
- Literatur: Vorkommen in Kinderhaaren in Haushalten, wo Herstellung oder Verteilung der Drogen erfolgt.

Nr.	Code	Alter	Amphetamin	Metham- phetamin	MDMA (Ecstasy)	MDA (Ecstasy- Metabolit)	MDE (Ecstasy)
<i>Erwachsene</i>							
E11-942	XX YYYY	23	2,4	n.n.	0,038	0,036	0,2
E11-941	XX YYYY	26	2,1	n.n.	0,3	0,04	0,13
E11-914	XX YYYY	35	1,7	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-257	XX YYYY	34	0,02	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-281	XX YYYY	37	0,35	n.n.	0,19	n.n.	n.n.
E11-946	XX YYYY	40	0,028	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-519	XX YYYY	26	n.n.	n.n.	0,76	0,096	1,09
E11-1014	XX YYYY	27	n.n.	n.n.	0,054	n.n.	n.n.
<i>Kinder</i>							
E11-344	XX YYYY	1	1,6	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-276	XX YYYY	1	0,26	n.n.	0,056	n.n.	n.n.

Gesamtüberblick, Stand 04.11.2011

Untersuchte Haarproben:	146
- Kinder (Alter 1-12 Jahre, MW 4,9)	88
- Kontrollmessungen nach 6 Monaten (Kinder):	2
- Erwachsene Bezugspersonen (Alter 22-63 Jahre) MW 32,7)	56

1. Kinderhaare	Keine Drogen nachweisbar	19 (21,6%)
	Cannabis insgesamt	31 (35,2%)
	- Ausschließlich Cannabis:	14 (15,9%)
	- Cannabis + andere Drogen	17 (19,3%)
	Methadon insgesamt	18 (20,5%)
	- Ausschließlich Methadon	6 (6,8%)
	- Methadon + andere Drogen	12 (13,6%)
	Heroin gesamt	24 (25,3%)
	Cocain gesamt	42 (47,7%)
	Amphetamin + Ecstasy	2 (2,3%)
	Benzodiazepine	2 (2,3%)
	Kritische Fälle	23 (26,1%)

Kinderhaarproben – kritische Fälle

Nr.	Code	Alter	Methadon	Heroin	Cocain	Amphetamin	Ecstasy	Cannabinoide	Benzodiazepine
E11-0259	XX YYYY	7	xxx	n.n.	xx	n.n.	n.n.	x	n.n.
E11-0260	XX YYYY	1	x	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	xx	x
E11-0262	XX YYYY	1	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.u.	n.n.
E11-0264	XX YYYY	4	x	n.n.	xxx	n.n.	n.n.	n.u.	n.n.
E11-0266	XX YYYY	1	n.n.	n.n.	xxx	n.n.	n.n.	n.u.	n.n.
E11-0276	XX YYYY	1	xx	n.n.	x	xxx	x	xx	n.n.
E11-0288	XX YYYY	5	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.u.	n.n.
E11-0344	XX YYYY	1	n.n.	n.n.	x	xxx	n.n.	xx	n.n.
E11-0391	XX YYYY	3	xxx	xxx	x	n.n.	n.n.	n.u.	x
E11-0392	XX YYYY	4	n.n.	n.n.	xxx	n.n.	n.n.	xx	n.n.
E11-0536	XX YYYY	3	xxx	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-0539	XX YYYY	4	xxx	x	x	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-0541	XX YYYY	3	n.n.	n.n.	xxx	n.n.	n.n.	x	x
E11-0544	XX YYYY	1	xxx	xxx	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-0546	XX YYYY	6	n.n.	xx	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-0549	XX YYYY	4	n.n.	xxx	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-0766	XX YYYY	5	n.n.	xxx	x	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-0921	XX YYYY	1	n.n.	n.n.	xxx	n.n.	n.n.	xx	n.n.
E11-1010	XX YYYY	9	n.n.	xxx	x	n.n.	n.n.	x	n.n.
E11-1012	XX YYYY	5	n.n.	n.n.	xxx	n.n.	n.n.	x	n.n.
E11-1077	XX YYYY	3	n.n.	x	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1079	XX YYYY	2	n.n.	xx	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
E11-1080	XX YYYY	4	n.n.	x	xxx	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.

Gesamtüberblick, Stand 04.11.2011

2. Erwachsene Bezugspersonen, N = 56

Keine Drogen nachweisbar	12 (21,4%)
Cannabis insgesamt	24 (42,9%)
- Ausschließlich Cannabis:	5 (8,9%)
- Cannabis + andere Drogen	19 (33,9%)
Methadon insgesamt	15 (26,8 %)
- Ausschließlich Methadon	4 (7,1%)
- Methadon + andere Drogen	11 (19,6 %)
Heroin gesamt	12 (21,4%)
Cocain gesamt	31 (55,3%)
Amphetamin + Ecstasy	5 (8,9%)
Benzodiazepine	4 (7,1%)

Vergleich Kinder und Bezugspersonen: Familie „B“

Nr.	E11-549	E11-258	E11-546	E11-767	E11-768
Code	XX YYYY				
Alter	4	5	6	36	39
Methadon	n.n.	0,016	n.n.	5,05	6,88
EDDP (Methadon-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.	0,42	0,42
Morphin	0,079	n.n.	0,009	1,88	1,69
6-Acetylmorphin	0,72	n.n.	0,072	3	3,5
Heroin	pos.	n.n.	n.n.	Pos.	Pos.
Codein	n.n.	n.n.	n.n.	0,49	0,45
Dihydrocodein	n.n.	n.n.	n.n.	0,1	n.n.
Cocain	0,068	0,066	0,22	14,4	14,68
Norcocain	pos.	n.n.	pos.	0,17	0,1
Benzoylcegonin	0,022	0,015	0,014	3,03	2,04
Ecgoninmethylester	n.n.	n.n.	n.n.	1,67	0,1
Cocaethylen	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
Amphetamin	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
Methamphetamin	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
MDMA (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
MDA (Ecstasy-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
MDE (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.
Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)	n.n.	n.u.	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabinol (CBN)	n.n.	n.u.	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabidiol (CBD)	n.n.	n.u.	n.n.	n.n.	n.n.
Benzodiazepine	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.	n.n.

Vergleich Kinder und Bezugspersonen: Familie „C“

Nr.	E11-1079	E11-1077	E11-1078
Code	XX YYYY	XX YYYY	XX YYYY
Alter	2	3	23
Methadon	n.n.	n.n.	n.n.
EDDP (Methadon-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.
Morphin	n.n.	n.n.	n.n.
6-Acetylmorphin	0,055	0,014	0,017
Heroin	n.n.	n.n.	n.n.
Codein	n.n.	n.n.	n.n.
Dihydrocodein	n.n.	n.n.	n.n.
Cocain	0,34	0,16	0,047
Norcocain	n.n.	n.n.	n.n.
Benzoylcegonin	0,084	0,026	0,013
Ecgoninmethylester	n.n.	n.n.	n.n.
Cocaethylen	n.n.	n.n.	n.n.
Amphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
Methamphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
MDMA (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
MDA (Ecstasy-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.
MDE (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabinol (CBN)	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabidiol (CBD)	n.n.	n.n.	n.n.
Benzodiazepine	n.n.	n.n.	n.n.

Vergleich Kinder und Bezugspersonen: Familie „D“

Nr.	E11-515	E11-516	E11-537
Code	XX YYYY	XX YYYY	XX YYYY
Alter	39	45	11
Methadon	5,95	1,75	n.n.
EDDP (Methadon-Metabolit)	0,13	0,24	n.n.
Morphin	2,84	2,56	pos.
6-Acetylmorphin	6,22	1,84	0,053
Heroin	Pos.	pos.	n.n.
Codein	1,04	0,45	n.n.
Dihydrocodein	n.n.	n.n.	n.n.
Cocain	0,83	0,02	n.n.
Norcocain	pos.	n.n.	n.n.
Benzoylcegonin	0,31	0,01	n.n.
Ecgoninmethylester	n.n.	n.n.	n.n.
Cocaethylen	pos.	n.n.	n.n.
Amphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
Methamphetamin	n.n.	n.n.	n.n.
MDMA (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
MDA (Ecstasy-Metabolit)	n.n.	n.n.	n.n.
MDE (Ecstasy)	n.n.	n.n.	n.n.
Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC)	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabinol (CBN)	n.n.	n.n.	n.n.
Cannabidiol (CBD)	n.n.	n.n.	n.n.
Diazepam / Nordazepam	0,021 / 0,67	n.n.	n.n.

Schlussfolgerungen - I

- Die Haaranalyse erweist sich als hilfreiches Mittel um eine Drogenbelastung von Kindern in Haushalten mit fraglichem Drogenmissbrauch zu überprüfen.
- Von 88 Kinderhaarproben ließen sich nur in 19 Proben (21,6 %) keine Drogen nachweisen. Für die übrigen 69 Proben muss von einem Umgang mit einer oder mehreren Drogen in der Umgebung der Kinder ausgegangen werden.
- 23 Proben (26,1 %) mit erhöhten Konzentration an Methadon, Heroinabbauprodukten, Cocain oder Amphetamin/Ecstasy müssen als kritisch betrachtet werden.
- Bei den kritischen Proben konnte für Methadon und Cocain in vielen Fällen eine Körperpassage durch die nicht-hydrolytischen Metabolite EDDP und Norcocain gezeigt werden.
- Für Methadon ergaben sich bei zwei Kindern deutliche Hinweise auf Übertragung durch Schweiß der Bezugsperson auf die Haare der Kinder.
- Bei Nachweis von Heroinabbauprodukten kann nicht zwischen Einlagerung nach Körperpassage und direkter Aufnahme ins Haar aus der Umgebung des Kindes unterschieden werden, da die Schlüsselsubstanz 6-Acetylmorphin auch durch Heroinabbau im Haar gebildet wird. Es wird überwiegend von externer Einlagerung ausgegangen, da bei oraler Aufnahme 6-Acetylmorphin nicht im Haar erscheint und parenterale Aufnahme / Beibringung nicht nachweisbar ist.

Schlussfolgerungen - II

- Als Tendenz ist erkennbar, dass die Belastung der jüngeren Kinder (1-3 Jahre) am höchsten ist und mit zunehmendem Alter, d. h. abnehmendem Kontakt mit den Eltern / Bezugspersonen abnimmt.
- An Beispielen wurde gezeigt, dass die Haarproben von Kindern und Elternteil das gleiche Muster an Drogen oder Abbauprodukten aufweisen.
- Die Konzentrationen im Haar werden von sehr vielen Faktoren beeinflusst. Die Ergebnisse der Haaranalyse sollten daher nicht isoliert zu Entscheidungen herangezogen werden, sondern als Anlass für eine vertiefte Überprüfung gelten. Das Haarergebnis sollte dann als Bestandteil des Gesamtbildes zu Maßnahmen im Sinne der Sicherheit und Gesundheit des Kindes führen.