



HOCHSCHULE MERSEBURG

FACHBEREICH SOZIALE ARBEIT.MEDIEN.KULTUR.

SCHWANGERSCHAFT UND SUCHT

VERÄNDERUNGSMOTIVATION DROGENKONSUMIERENDER SCHWANGERER AUS SICHT
BERATENDER SOZIALARBEITER_INNEN IM RAUM LEIPZIG

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts im Studiengang Soziale Arbeit
vorgelegt bei Professor Dr. Maika Böhm und Dipl. Sozialpädagogin Cornelia Weller

Anna Hirschmann

20.08.2018

Matrikelnummer 22603

INHALTSVERZEICHNIS

1 EINLEITUNG	4
1.1 AUSGANGSLAGE	5
1.2 ZIEL UND AUFBAU DER ARBEIT	7
2 THEORETISCHER HINTERGRUND	8
2.1 SCHWANGERSCHAFT VON DROGENKONSUMENTINNEN ALS KRITISCHES LEBENSEREIGNIS	8
2.2 VERÄNDERUNGSMOTIVATION VON DROGENKONSUMENTINNEN	11
2.3 DAS LEIPZIGER HILFENETZ FÜR DROGENKONSUMIERENDE SCHWANGERE	13
3 METHODISCHES VORGEHEN	16
3.1 HYPOTHESEN.....	16
3.2 DATENERHEBUNG DURCH EXPERTENINTERVIEWS	17
3.2.1. <i>Auswahl und Beschreibung der Expert_innen</i>	18
3.2.2 <i>Gestaltung des Interviewleitfadens</i>	19
3.2.3 <i>Analyse der Interviewsituationen</i>	20
3.3 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS	21
3.3.1 <i>Formale Charakteristika des Materials</i>	21
3.3.2 <i>Technik der qualitativen Inhaltsanalyse</i>	22
3.3.2.1 Zusammenfassung und induktive Kategorienbildung	22
3.3.2.2 Strukturierung und deduktive Kategorienanwendung.....	24
3.4 AUSSAGEKRAFT DER DATEN.....	26
4 ERGEBNISSE DER FORSCHUNG	26
4.1 THEMEN UND EMOTIONEN DROGENKONSUMIERENDER SCHWANGERER	27
4.2 VERÄNDERUNGSMOTIVATION, SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG UND AMBIVALENZ	31
4.3 QUALITÄT DES LEIPZIGER HILFESYSTEMS	34
5 FAZIT UND AUSBLICK	37
6 VERZEICHNISSE	41
LITERATUR	41
ABKÜRZUNGEN.....	45
ABBILDUNGEN.....	45
7 ANHANG	46
ANHANG 1 - INTERVIEWLEITFADEN	46
ANHANG 2 - EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG UND VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER INTERVIEWDATEN	48
ANHANG 3 - INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNERIN 1	49

ANHANG 4 – INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNERIN 2	61
ANHANG 5 – INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNER 3	72
ANHANG 6 – INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNERIN 4	85
ANHANG 7 – INDUKTIVE KATEGORIEN UND CODES	92
ANHANG 8 – DEDUKTIVE CODES UND CODIERUNGEN	94
ANHANG 9 - INFORMATIONSBLATT DES NETZWERKS „PREGNANT“	102

1 EINLEITUNG

*„Leider wird in der Schwangerenbetreuung jedoch oft vergessen,
dass der Zweck der Schwangerschaft nicht allein darin besteht,
ein Kind zu schaffen,
sondern auch eine Mutter.¹“*

Die Geburt eines ersten, aber auch jedes weiteren Kindes ist im Leben von Frauen ein Moment, durch den sich vieles verändern kann. Die etwa 40 Wochen bis zu dem Moment, in dem die Frauen ihr Kind das erste Mal im Arm halten, werden in der Poesie auch „guter Hoffnung sein“ genannt. Schwangerschaft kann Frauen in Euphorie und Hoffnung versetzen. Sie bringt allerdings auch eine Menge an Herausforderungen und Aufgaben mit sich. Die Veränderungen, die durch die neue Rolle „Mutter“ auf die Frauen zukommen, können in der Schwangerschaft vorbereitet werden. Hierfür sichert der deutsche Gesetzgeber den Frauen (und Männern) Unterstützung zu, wie im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) von 1995 festgehalten ist. Schwangerschaft von Frauen, die psychoaktive Substanzen konsumieren, stellen besondere Herausforderungen an das soziale Hilfesystem, da diese sich oftmals in einer gesundheitlichen, wirtschaftlichen oder sozialen Gefährdungssituation befinden. Hier steht die Sorge um das Kindeswohl besonders im Zentrum, da dem Staat nach Art. 6, Abs. 2 des Grundgesetzes das Wächteramt über das Wohl des Kindes zukommt. Schwangerschaftsberatungsstellen, Einrichtungen der *Frühen Hilfen zur Erziehung* und Suchthilfeeinrichtungen, die allesamt mit drogenkonsumierenden schwangeren Frauen arbeiten, müssen eine Ausgewogenheit zwischen der Sorge um das Kindeswohl einerseits und dem empathischen Verständnis für die Lebenssituation der Frauen andererseits finden.

Die eingangs zitierte Aussage der österreichischen Psychologin Beate Wimmer-Puchinger stammt aus dem Jahr 1992. Seither sind mehr als 25 Jahre vergangen. Damals kritisierte sie, dass oft vergessen werde, dass in einer Schwangerschaft nicht nur ein Kind, sondern auch eine Mutter entsteht. Ungeachtet dessen, ob diese Aussage noch

¹ (Wimmer-Puchinger, 1992, S. 25)

heute als aktuell bezeichnet werden kann, soll in der vorliegenden Bachelorarbeit die werdende Mutter nicht vergessen werden. Im Gegenteil werden hier Themen und Herausforderungen drogenkonsumierender werdender Mütter in den Fokus gestellt. Für die Gesundheit des ungeborenen Kindes kann schließlich nur dann gesorgt werden, wenn für die Gesundheit der Mutter gesorgt wird.

1.1 AUSGANGSLAGE

In der fachlichen Auseinandersetzung zur Situation drogenkonsumierender Schwangerer und auch im wissenschaftlichen Diskurs der noch jungen Disziplin Soziale Arbeit wurde bisher selten der Fokus auf die Situation der schwangeren Frauen gelegt. Darauf weisen zum Beispiel Tödte et al. (2016) hin, indem sie kritisieren, dass in Deutschland kaum aktuelle Studien über die besonderen Lebensrealitäten, Komorbiditäten und Unterstützungsbedarfe drogenabhängiger Frauen vorliegen. Studien zu Drogenkonsum in der Schwangerschaft sind vor allem in der Medizin zu finden und behandeln in aller Regel gesundheitliche Risiken für das ungeborene Kind. Eine gute Übersicht hierzu bieten Enekwe et al. (2015).

Es stellen sich aber rund um das Thema Schwangerschaft und Drogenkonsum auch Fragen, die das Wohl der Mutter betreffen. Mindestens bis zur Geburt des Kindes ist die Mutter diejenige, deren Lebensumstände und Bedürfnisse im Fokus stehen müssen, (nicht nur, aber) auch weil die Gesundheit des Kindes naturgemäß von der der Mutter abhängig ist. Diese Abhängigkeit des ungeborenen Kindes von der Gesundheit der Mutter hat Konsequenzen für die gesellschaftliche Perspektive auf Schwangere. Ringler (2001) schreibt, Schwangerschaft als die Übergangserfahrung, die eine Frau zur Mutter macht, werde vorwiegend als private, intime Erfahrung im Leben einer Frau betrachtet. Sie weist allerdings darauf hin, dass sich die soziale Umwelt nur dann nicht für die Bedingungen des Zustandekommens der Schwangerschaft interessiere und sie nicht sanktioniere, wenn keine kulturellen und sexuellen Normen bei ihrem Zustandekommen verletzt würden (Ringler, 2001, S. 141). Weiter schreibt sie, Frauen seien im Laufe ihrer Schwangerschaft mit vielfältigen gesellschaftlichen Normen konfrontiert und würden das gesellschaftliche Interesse an ihrem körperlichen Zustand erfahren (ebd.).

Beim Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schwangerschaft kann von einer Normverletzung, wie Ringler sie erwähnt, gesprochen werden. Tödte et al. schreiben:

„Das Wertesystem unserer Gesellschaft verurteilt bereits Drogenabhängigkeit bei Frauen – die Verknüpfung von Schwangerschaft und Mutterschaft mit dem Konsum von Stoffen führt zu einer Verstärkung dieser Stigmatisierung, unabhängig davon, wie sich die Lebenssituation substanzkonsumierender Frauen tatsächlich gestaltet. Armut, schlechte gesundheitliche Verfassung, niedriger Bildungsstand, Beschaffungsprostitution, Haftaufenthalte und weitere Faktoren, die drogenabhängigen Frauen zugeschrieben werden und/oder sie tatsächlich betreffen, intensivieren diese Entwertung – nicht selten erleben betroffene Frauen diese auch im psychosozialen und medizinischen Hilfesystem“ (Tödte et al., 2016, S. 165)

Hiermit sprechen Tödte et al. an, dass Frauen, die Drogen konsumieren, einer besonderen Kontrolle durch das medizinische und soziale Hilfesystem unterliegen. Auch Ringler spricht im Laufe ihrer Argumentation von einer Medikalisierung der Schwangerschaft, also einer zunehmenden Kontrolle des medizinischen Versorgungssystems über den privaten Erfahrungsbereich Schwangerschaft und einer damit einhergehenden Entmündigung der schwangeren Frauen (vgl. Ringler, 2001, S. 142).

Durch die Überwindung der Plazentaschranke² einiger Substanzen kann Drogenkonsum in der Schwangerschaft die Gesundheit des entstehenden Kindes gefährden. Deswegen sehen drogenkonsumierende Frauen sich in der Schwangerschaft mit der Erwartung konfrontiert, ihren Konsum einzustellen. An diesem Punkt der Überlegung entsteht die Frage, inwieweit die Frauen diese Erwartung internalisieren, wie also die Veränderungsmotivation der Frauen in Bezug auf ihren eigenen Drogenkonsum durch eine Schwangerschaft beeinflusst wird.

² Diese trennt den Blutkreislauf der Mutter von dem des Fötus.

1.2 ZIEL UND AUFBAU DER ARBEIT

Die zentrale Forschungsfrage, die durch die vorliegende Arbeit untersucht wird, ist:

Welchen Einfluss hat eine Schwangerschaft auf die Veränderungsmotivation drogenkonsumierender Schwangerer und wie kann Soziale Arbeit in dieser Phase unterstützend wirken?

Für die Überprüfung der Forschungsfrage im Kontext des Leipziger Hilfenetzes wurde eine qualitative Forschung anhand von leitfadengestützten Experteninterviews durchgeführt.

Im Rahmen der Forschung wird davon ausgegangen, dass drogenkonsumierende Frauen Belastungssituationen und Bedürfnisse haben, die nicht vordergründig davon abhängen, welche Substanz sie konsumieren. Es soll deswegen weitestgehend substanzunabhängig untersucht werden, wie Schwangerschaften auf das Konsumverhalten und die Anschlussfähigkeit der Konsumentinnen an das Hilfenetz wirken.

Im folgenden Kapitel wird die Arbeit in ihren theoretischen Kontext eingeordnet und später genutzte Begrifflichkeiten und Konzepte vorgestellt. Die Theorie ist hierbei wichtig für das Verständnis der später vorgestellten Ergebnisse. Das anschließende Kapitel 3 stellt das methodische Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung der Experteninterviews vor und mündet in Kapitel 4, das die gewonnenen Ergebnisse der Forschung vorstellt und diskutiert. Im Fazit in Kapitel 5 wird eine Antwort auf die oben dargestellte Forschungsfrage formuliert und ein Anstoß gegeben, wie den Frauen in ihren aktuellen Lebenssituationen Unterstützung geboten werden kann, die letztlich auch unterstützend auf das Kindeswohl innerhalb der entstehenden Familie wirkt.

2 THEORETISCHER HINTERGRUND

Zur Beantwortung der oben genannten Frage ist es sinnvoll zunächst einen theoretischen Blick auf die Inhalte der Forschung zu werfen und die lokalen Gegebenheiten des Hilfesystems kennenzulernen. Im folgenden Kapitel soll deshalb auf die Definition von Schwangerschaft als kritischem Lebensereignis eingegangen werden. Daraufhin wird der Begriff Veränderungsmotivation aus seinem theoretischen Kontext heraus erläutert und zuletzt ein Überblick über das Leipziger Hilfenetz für drogenkonsumierende Schwangere gegeben.

2.1 SCHWANGERSCHAFT VON DROGENKONSUMENTINNEN ALS KRITISCHES LEBENSEREIGNIS

Die Bezeichnung von Schwangerschaft als ein kritisches Lebensereignis soll die Ambivalenz zwischen positiven und negativen Gefühlen während dieser Zeit begrifflich festhalten.

Schwangerschaft wird, wie oben bereits erwähnt, in der Poesie auch mit „guter Hoffnung sein“ umschrieben³. Dies beschreibt die Phase als eine Zeit voller froher Erwartungen. Schwangerschaft ist aber oft auch von Unsicherheit und Sorge geprägt. Während der Schwangerschaft durchleben Frauen eine Vielzahl an Veränderungen, die nahezu alle Lebensbereiche betreffen können. Der eigene Körper, die Beziehung zum Partner, das soziale Umfeld, berufliche Perspektiven und die Beziehung zu den eigenen Eltern verändern sich mit der Vorbereitung auf das Mutter-Sein (vgl. Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, 2015, S. 2). Außerdem haben hormonelle Schwankungen und Veränderungen des Stoffwechsels zahlreiche Auswirkungen für die schwangeren Frauen. So schreiben Gawlik und Reck, eine Schwangerschaft sei eine Phase großer psychischer und physischer Anstrengungen, in der die Schwangere vielen potenziellen Stressoren ausgesetzt werde, die zu einer dauerhaften Erschöpfung führen können. Sie führen weiter aus, Ursachen für diese dauerhafte Erschöpfung und Vulnerabilität würden in körperlicher Belastung und Schwankungen der Hormone Estradiol,

³ E.T.A. Hoffmann nutzt diese Umschreibung zu Beispiel mehrfach in seiner Erzählung „Das Gelübde“.

Progesteron, Corticotropin-Releasing-Hormon und Kortisol liegen (vgl. Gawlik & Reck, 2011, S. 224).

Viele Frauen entwickeln außerdem – vor allem im dritten Trimenon⁴ - Ängste, die die Schwangerschaft an sich betreffen, wie zum Beispiel Angst vor gesundheitliche Schäden des Kindes, Geburtskomplikationen und Schmerzen (vgl. Stauber, 1998, S.104).

Aus der Spannung zwischen der Freude über die Schwangerschaft und das erwartete Kind einerseits und der Konfrontation mit körperlichen, seelischen und sozialen Veränderungen andererseits kann eine Verunsicherung der Frauen resultieren.

Wimmer-Puchinger (1992) spricht dazu von Schwangerschaft und Geburt als „normativem Übergang“ (Wimmer-Puchinger, 1992, S. 23), der als solcher entweder einen belastenden, pathologisierenden Charakter annehmen oder einen positiven Entwicklungsimpuls im Sinne einer Reifung geben könne. Wenn der Übergang in die Elternschaft als Belastung wahrgenommen werde, so könne von einer Krise gesprochen werden, schreibt sie weiter. Dies begründet Wimmer-Puchinger unter anderem mit mangelnder Vorbereitung der werdenden Eltern auf ihre zukünftige Rolle, kulturellem Druck, der mit der Schwangerschaft verbunden sei, dem bevorstehenden nicht revidierbaren Rollenwechsel und idealisierten Richtlinien für die Mutter- und Elternrolle. Wimmer-Puchinger führt weiter aus, dass die wahrgenommene Krise aber auch einen positiven Impuls darstellen könne. Inwieweit das der Fall sei, hänge davon ab, wie realistisch das verändernde Ereignis wahrgenommen werde, inwieweit die Frau soziale Unterstützung erfahre und wie effektiv ihre Coping-Strategien seien. Einerseits könnten die Anforderungen, die an die werdende Mutter durch die Schwangerschaft gestellt werden, belebend und motivierend wirken, andererseits aber auch eine Überforderung darstellen und Abwehr bzw. Zusammenbruch zur Folge haben (vgl. ebd., S. 23 f.).

Inwieweit eine Schwangerschaft einen belastenden Charakter annehme oder nicht, hänge von mehreren Faktoren ab, führt sie weiter aus. Ein Einflussfaktor sei, inwieweit die Schwangerschaft erwünscht bzw. akzeptiert ist. Zweitens komme es darauf an, wie die sozioökonomischen und sozialen Verhältnisse sind, in der die Frau lebt. Drittens sei

⁴ Trimenon ist der medizinische begriff für ein Drittel der Schwangerschaft. Das dritte Trimenon sind also die 27. bis 39. bzw. 40. Schwangerschaftswoche.

entscheidend, ob der Vater des Kindes die Schwangerschaft ablehnt bzw. das Paar sich trennt. Als vierten und letzten entscheidenden Faktor nennt Wimmer- Puchinger die Frage, ob bei früheren Schwangerschaften Komplikationen aufgetreten sind (vgl. ebd, S. 32).

Wimmer-Puchinger schreibt außerdem, Frauen würden im Laufe ihrer Schwangerschaft ein Mutterkonzept für sich entwickeln müssen. Bei gut an die Schwangerschaft angepassten Frauen würden hierbei die Real- und Idealvorstellungen vom Bild einer Mutter gegen Ende der Schwangerschaft übereinstimmen. Bei Frauen mit Beschwerden während der Schwangerschaft würde die Vorstellung der eigenen Mutterschaft allerdings erheblich von den eigenen Idealvorstellungen abweichen, was die Frauen unter zusätzlichen Stress setze, ihren eigenen Vorstellungen nicht gerecht zu werden (vgl. ebd., S.27).

Frauen sind also durch ihre (Erst-)Schwangerschaft Anforderungen ausgesetzt, die ihre Lebensführung maßgeblich verändern. In diesem Sinne kann Schwangerschaft als ein kritisches Lebensereignis bezeichnet werden, wie Filipp (2010) es definiert: Das Person-Umwelt-Gefüge gerät in einen Zustand des Ungleichgewichts, der heftige Emotionen mit sich bringt. Die Person und ihre Umwelt werden nicht mehr als die wahrgenommen, die sie einmal waren. Die Quelle für ein solches Ungleichgewicht kann in einem äußeren Ereignis oder in der Person selbst liegen, ohne dass die Veränderung von außen wahrnehmbar ist. Kritische Lebensereignisse können Hilflosigkeit, Ohnmachtsgefühle und sogar einen Verlust der Handlungsorientierung zur Folge haben (vgl. Filipp, 2010, S.13).

Wimmer-Puchinger bezeichnet besonders sehr junge Schwangere und Frauen mit einer jüngst durchlebten Migrations- oder Verlusterfahrung als Personengruppen, bei denen eine starke Belastung durch eine Schwangerschaft nachvollziehbar sei (vgl. Wimmer-Puchinger, 1992, S. 24). Dieser Aufzählung können Personen mit starkem Konsum psychoaktiver Substanzen hinzugefügt werden, denn wie Vogt benennt leben Konsumentinnen unter Umständen auf der Straße und finanzieren sich ihren Drogenkonsum durch Prostitution. Doch auch wenn dies nicht der Fall ist, stehen konsumierende Frauen oft unter besonderem psychischen und physischen Stress (vgl. Vogt, 2004, S. 314). Die Belastungen durch eine Schwangerschaft, die in psychischem Stress resultieren, werden in den Ergebnissen dieser Arbeit, vor allem in Kapitel 4.1, deutlicher gemacht.

2.2 VERÄNDERUNGSMOTIVATION VON DROGENKONSUMENTINNEN

Im Folgenden sollen die Herkunft und Bedeutung des im Untertitel der Arbeit enthaltenen Begriffs Veränderungsmotivation dargestellt und in den Kontext der vorliegenden Arbeit gestellt werden.

Der Begriff ist dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (kurz TTM,) von Prochaska und DiClemente entlehnt. Das Modell wurde 1982 im Zuge einer Studie mit Raucher_innen, die ohne fremde Hilfe das Rauchen aufgegeben hatten, entwickelt und findet seit den späten 1980er-Jahren Anwendung in Bereichen der Gesundheitsfürsorge und klinischen Psychologie (vgl. Maurischat, 2001, S.8). In der Sozialen Arbeit ist das Modell insbesondere in Verbindung mit der motivierenden Gesprächsführung bekannt geworden, die in der Therapie suchterkrankter Menschen eingesetzt wird.

Im TTM werden Verhaltensänderungen als ein Prozess betrachtet, der stufenweise abläuft. Die Stadien der Verhaltensänderung (*Stages of Change*) stellen dabei den zeitlichen Ablauf der Veränderung dar. Die sechs Stadien beschreiben Stufen einer aktiven Veränderung des eigenen Verhaltens, die durch Motivation - das heißt die Bereitschaft, Veränderungen vorzunehmen bzw. Aufrechtzuhalten - durchgeführt wird. In der Arbeit mit Suchterkrankten dienen die *Stages of Change* den Sozialarbeiter_innen und Therapeut_innen dazu, ihr Handeln auf die Motivation der Klientinnen abzustimmen. Für die vorliegende Arbeit sind die *Stages of Change* relevant, da ihnen die motivationale Bereitschaft zur Veränderung problematischer Verhaltensweisen zugrunde liegen.

Prochaska und DiClemente definieren folgende sechs *Stages of Change*:

- *Precontemplation* (Absichtslosigkeit),
- *Contemplation* (Absichtsbildung),
- *Preparation* (Vorbereitung),
- *Action* (Handlung),
- *Maintenance* (Aufrechterhaltung) und
- *Termination* (Stabilisierung) (vgl. Prochaska & Nocross, 2001, S. 444).

Personen entwickeln in den Stadien unterschiedlich starke Motivation, ihr Verhalten zu ändern. In der *precontemplation* haben sie kein Problembewusstsein und somit keine Intention, ihr Verhalten in nächster Zeit zu ändern. Sie entwickeln dieses Bewusstsein allerdings in der *contemplation* und ziehen eine Verhaltensänderung in Erwägung, ohne diese allerdings zu terminieren oder aktiv in Gang zu setzen. Erst in der *preparation* werden erste kleine Schritte zur Veränderung eingeleitet. Die *action* ist ein Stadium hoher Motivation, in dem die Personen viel Zeit und Energie in ihre Veränderungsbemühungen investieren, diese über einen längeren Zeitpunkt stabil aufrechterhalten und das veränderte Verhalten auch im Alltag von außen wahrnehmbar wird. In der *maintenance* routinieren die Personen ihr verändertes Verhalten und versuchen Rückfälle vorzubeugen. Von diesem Stadium wird gesprochen, wenn das veränderte Verhalten für mehr als sechs Monate beibehalten wird. Im Stadium der *termination* haben Menschen ihr Verhalten schließlich stabil verändert, sind sich ihrer eigenen Selbstwirksamkeit sicher und nicht mehr rückfallanfällig (vgl. Prochaska & Nocross, 2001, S. 444).

In einem Veränderungsprozess müssen die sechs Stadien nicht chronologisch durchlaufen werden. Es können auch Rückschritte oder mehrmaliges Durchlaufen der Stadien erfolgen. Eine Person kann also zum Beispiel in der *precontemplation* verbleiben oder das zuvor anvisierte Ziel im Zuge der *action* nicht mehr als attraktiv oder realistisch bewerten und den Veränderungsprozess abbrechen (vgl. Maurischat, 2001, S.15f).

Wichtig für eine theoretische Auseinandersetzung mit Veränderungsmotivation sind außerdem zwei weitere Begriffe, die im Zusammenhang mit dem TTM als Ergebnisvariablen bezeichnet werden, die auf die Veränderungsmotivation Einfluss nehmen.

Eine dieser Variablen ist die Entscheidungsbalance. Diese umschreibt einen Prozess der kognitiven Bilanzierung von Vor- und Nachteilen des aktuellen Verhaltens gegenüber einer Verhaltensänderung. Miller & Rollnick (2004) sprechen diesbezüglich von einer Ambivalenz aus widersprüchlichen Verhaltensmotivationen, wie beispielsweise einerseits zu wissen, dass ein Verhalten schlecht für die eigene Gesundheit ist, es aber andererseits zu genießen. Sie finden hierfür das Bild einer Waage, auf der die jeweiligen Vor- und Nachteile gegeneinander abgewogen werden. Sie schreiben, die Kosten- und Nutzenwahrnehmung eines Verhaltens stehe im engen Zusammenhang mit dem sozi-

alen Umfeld einer Person. Das Konsumverhalten einer Person sei also unter anderem davon abhängig, als wie normal oder zugehörig dieses für das soziale Umfeld der Person gelte (vgl. Miller & Rollnick, 2004, S. 33ff.).

Die andere Ergebnisvariable im Kontext Veränderungsmotivation ist die Selbstwirksamkeitserwartung der Person, die ihr Verhalten ändern möchte. Damit ist die persönliche Überzeugung gemeint, die Verhaltensänderung durchführen zu können oder nicht. Hannover et al. (2008) schreiben hierzu, der Schlüssel zur Verhaltensänderung sei der Wille, etwas zu verändern und die Überzeugung, diese Veränderung auch umsetzen zu können. Selbstwirksamkeitserwartung entstehe durch eigene Erfahrungen und durch die Beobachtung anderer, die eine Veränderung erfolgreich umgesetzt haben (vgl. Hannover et al, 2008, S. 88f).

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, inwieweit schwangere Drogenkonsumentinnen durch ihre Schwangerschaft motiviert werden, die *Stages of Change* zu durchlaufen, welche Herausforderungen der Schwangerschaft oder Elternschaft dabei Einfluss auf die Veränderungsmotivation der Frauen haben und welche Rolle die Entscheidungsbalance und Selbstwirksamkeitserwartung dabei spielen. Die Ergebnisse hierzu sind in Kapitel 4.2. dargestellt.

2.3 DAS LEIPZIGER HILFENETZ FÜR DROGENKONSUMIERENDE SCHWANGERE

Wie zuvor deutlich gemacht wurde, haben Frauen in der Schwangerschaft potentiell einen erhöhten Bedarf an Unterstützung. Befindet sich eine schwangere Frau in einer kritischen sozioökonomischen oder gesundheitlichen Situation, werden weitere Hilfen für schwangere Frauen respektive ihre ungeborenen Kinder angeboten, um das Kindeswohl sicherzustellen. Dies erfolgt, da der staatlichen Gemeinschaft nach Art. 6 Abs. 2 GG das Wächteramt über das Kindeswohl zukommt. Drogenkonsumierende Frauen werden von verschiedenen Angeboten des Leipziger Hilfesystems adressiert, da sie sich oft in solchen Gefährdungssituationen befinden.

Mit dem Ziel, eine Kooperation zwischen drogenkonsumierenden und substituierenden Schwangeren und Beteiligten des Leipziger Hilfenetzes herzustellen, hat sich In Leipzig das Netzwerk „Pregnant“ unter der Leitung der Suchtbeauftragten der Stadt Leipzig

gebildet. Dieses Netzwerk ist ein interdisziplinär agierender Arbeitskreis zur abgestimmten Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren, jungen Müttern sowie Vätern. Der Arbeitskreis findet sich etwa halbjährlich zu Netzwerktreffen zusammen. Diese haben das Ziel des Austausches, der Effektivierung der Arbeitsabläufe und der Erarbeitung gemeinsamer Fortbildungen. Außerdem werden über das Netzwerk Fallbesprechungen einberufen, wenn im Hilfesystem eine drogenkonsumierende Schwangere bekannt oder betreut wird. Hier wird in Anwesenheit der zuständigen ASD-Mitarbeiter_in, der Schwangeren (und ihres Partners bzw. ihrer Partnerin) und mit ihr arbeitender Netzwerkpartner_innen nach Unterstützungsmöglichkeiten für die Frauen zur Sicherstellung des Kindeswohls gesucht (vgl. Leipziger Netzwerk für Kinderschutz und frühe Hilfen, Kapitel 6).

Die Mitgliedschaft in diesem offenen Gremium ist nicht statisch. Mitglieder sind Sozialarbeiter_innen und medizinische Fachkräfte, die mit der drogenkonsumierenden Schwangeren zusammenarbeiten. Das Netzwerk setzt sich also aus wechselnden Netzwerkpartner_innen aus Leipzig und Umgebung zusammen. Unter anderem Vertreter_innen folgender Einrichtungen sind Teil des Netzwerks:

- Schwangerschaftsberatungsstellen
- Sozialdienste der Krankenhäuser
- Suchtberatungsstellen
- Allgemeiner Sozialdienst des Amtes für Jugend, Familie und Bildung (AfJFB)
- Sachgebiet Straßensozialarbeit (AfJFB)
- Einrichtungen des Mutter-Kind-Wohnens
- Substituierende Ärzt_innen
- Gynäkolog_innen
- Pädiater_innen (vgl. ebd.)

Der Arbeitskreis hat überdies einen Handzettel entwickelt, der die Hilfen für schwangere Konsumentinnen zusammenfasst (siehe Anhang 8). Einige der dort aufgeführten Hilfen sollen hier kurz thematisiert werden.

- Es gibt in Leipzig zehn Suchtberatungsstellen, weitere sechs im Landkreis Leipzig. Für drogenkonsumierende schwangere Frauen und Mütter bzw. Väter bietet der Fachbereich Familienhilfe des Zentrums für Drogenhilfe eine Reihe suchttherapeutischer, aber auch im Alltag unterstützender Hilfen an. Hier arbeiten sowohl Suchtberater_innen als auch Familienhelfer_innen.
- In der Stadt Leipzig gibt es sieben Schwangerschaftsberatungsstellen unterschiedlicher Träger, sowie im Landkreis Leipzig weitere fünf⁵. Laut Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) hat jede Frau einen umfassenden Rechtsanspruch auf Beratung während der Schwangerschaft. In Fragen, die die Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berühren (u.a. finanzielle, psycho-soziale, organisatorische, medizinische und rechtliche Themen) werden die Frauen in den Schwangerschaftsberatungsstellen in Leipzig und Umgebung kostenlos und auf Wunsch anonym beraten (vgl. SchKG §2 Abs. 1 ff.).
- Weiterhin gibt es in der Stadt Leipzig Angebote der sogenannten *Frühen Hilfen*. Hier sind vor allem das *Präventiv aufsuchend arbeitende Team (PAAT)* des AfJFB sowie Familienhebammen des Gesundheitsamtes Leipzig zu nennen. Beide arbeiten intensiv und aufsuchend mit Schwangeren und Eltern mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr zusammen und sollen primär als Unterstützungs-, weniger als Kontrollmaßnahme verstanden werden (vgl. Leipziger Netzwerk für Kinderschutz und Frühe Hilfen, S.11).
- Als wichtiger Teil des Hilfenetzes für schwangere Drogenkonsumentinnen ist außerdem der Allgemeine Soziale Dienst des Amtes für Jugend, Familie und Bildung (ASD) zu nennen. Der ASD übernimmt die Rolle des Koordinators im Hilfeprozess, prüft, welche konkreten Probleme es gibt und erarbeitet gemeinsam mit den Schwangeren, welche Beratungs- und Unterstützungsleistungen notwendig und geeignet sind.
- In der Stadt Leipzig gibt es acht Einrichtungen mit insgesamt 66 Plätzen zum Mutter-/Vater-Kind-Wohnen nach §19 SGB VIII. Diese Einrichtungen befinden sich zum überwiegenden Teil in freier Trägerschaft (vgl. AfJFB, 2017, S. 3 ff.). In

⁵ Eine Liste der Schwangerschaftsberatungsstellen im Raum Leipzig findet sich unter <https://www.leipzig.de/jugend-familie-und-soziales/kinder-jugend-und-elternhilfe/schwangerenberatung/>

den Leitsätzen der jeweiligen Träger sind keine Informationen zur Arbeit mit drogenkonsumierenden Frauen enthalten.

Es ist wichtig, das Leipziger Hilfenetz gut zu kennen, um die oben genannten Fragestellung, wie Soziale Arbeit in der Schwangerschaft von Drogenkonsumentinnen unterstützend wirken kann, sinnvoll für den Leipziger Kontext beantworten zu können und eventuelle Lücken und Herausforderungen dieses Hilfenetzes zu finden und zu thematisieren.

3 METHODISCHES VORGEHEN

Im Folgenden wird die methodische Vorgehensweise zur Beantwortung der oben formulierten Forschungsfrage vorgestellt. Zunächst sollen die anhand der Theorie gebildeten Hypothesen vorgebracht werden. Daraufhin werden die Wahl und Realisierung des Erhebungsinstruments, die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und die Auswertung des Materials beschrieben. Schließlich soll die Aussagekraft der gewonnenen Daten reflektiert werden.

3.1 HYPOTHESEN

Folgende Haupthypothese wurde anhand der in Kapitel 2 dargestellten Theorie gebildet:

Schwangerschaft hat bei drogenkonsumierenden Frauen einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Veränderungsmotivation.

Als Unterhypothesen können folgende genannt werden:

- *Schlechtes Gewissen und Scham sind zentral in der Gefühlswelt der Frauen, die in der Schwangerschaft konsumieren.*
- *Drogenkonsumierende Frauen denken, dem Idealbild einer Mutter nicht gerecht werden zu können.*
- *Konsum wirkt im Leben der Frauen systemstabilisierend und dient der Lebensbewältigung und Überforderungskompensation.*

- *Die Abstinenzmotivation ist in der Schwangerschaft größer als zu anderen Zeitpunkten.*
- *Die Selbstwirksamkeitserwartung der Frauen hat Einfluss auf ihre Fähigkeit zur abstinente Lebensführung.*
- *Drogenkonsumierende Schwangere befinden sich in einer Ambivalenz zwischen Veränderungsmotivation und Bedürfnis zu konsumieren.*
- *In Leipzig sind nicht ausreichend Unterstützungsangebote für drogenkonsumierende schwangere Frauen vorhanden.*

3.2 DATENERHEBUNG DURCH EXPERTENINTERVIEWS

Cornelia Helfferich schreibt in ihrem Lehrbuch zur Durchführung qualitativer Interviews (2004), qualitative Forschung zielt auf das Besondere ab und es stelle sich hier die Frage, wie das Allgemeine im Besonderen zu fassen sei (S. 53). Eine Methode der qualitativen empirischen Sozialforschung ist das Experteninterview.

Hierbei ist das Ziel, anderweitig schwer zugängliche Informationen zu Prozessen und Strukturen einzuholen. Gläser und Laudel schreiben in ihrem Lehrbuch zu Experteninterviews (2010), die Expert_innen seien bei dieser Art Interview nicht Objekte der Forschung, sondern zeichneten sich durch ihre exklusive Rolle im zu untersuchenden sozialen Kontext aus und erfüllten damit eine „spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte.“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 12).

Für die Untersuchung des oben dargestellten Forschungsgegenstands erwies es sich als zweckmäßig, Experteninterviews durchzuführen, da dieses Erhebungsinstrument es ermöglicht, in kurzer Zeit spezifisches Wissen über die Themen und das Hilfenetzwerk von bzw. für schwangere Konsumentinnen im Raum Leipzig zu gewinnen. Multiperspektivität war für die Forschung von zentraler Bedeutung. Deswegen wurden vier Interviews mit Mitarbeiter_innen unterschiedlicher Einrichtungen, die jeweils eine andere Stellung im untersuchten Kontext haben, durchgeführt. Auf die Auswahl der Expert_innen wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

3.2.1. AUSWAHL UND BESCHREIBUNG DER EXPERT_INNEN

Um Interviewpartner_innen zu gewinnen, wurde im Mai 2018 der Kontakt zur Drogenbeauftragten der Stadt Leipzig hergestellt, die auch das Netzwerk „Pregnant“ leitet. Es erwies sich als sinnvoll, Sozialarbeiter_innen als Interviewpartner_innen zu gewinnen, die Teil dieses Netzwerkes sind, da diese als Expert_innen in Bezug auf den Forschungskontext verstanden werden können. Gläser und Laudel (2009) schreiben: „[J]eder Experte [sic] hat aufgrund seiner individuellen Position und seiner persönlichen Beobachtungen eine besondere Perspektive auf den jeweiligen Sachverhalt“ (Gläser & Laudel, 2009, S. 11). Diese unterschiedlichen Beobachtungen und Perspektiven waren für die Forschung von Interesse.

Folgende Gesprächspartner_innen konnten für die Interviews zur Forschung gewonnen werden:

Interviewpartnerin 1, im Folgenden IP 1 genannt, ist eine Frau zwischen 30 und 40, die seit etwa 7 Jahren in einem Leipziger Angebot der *Frühen Hilfen* arbeitet. In diesem Angebot wird unter dem Prinzip der Freiwilligkeit aufsuchend, niedrigschwellig und präventiv mit werdenden Müttern und Vätern sowie Eltern mit Kindern im Alter bis zu drei Jahren an ihren individuellen Problemlagen und Unterstützungsbedarfen gearbeitet. Hierbei betreute IP 1 stets auch Schwangere, die Drogen konsumieren oder konsumiert haben und kann deswegen als Expertin bezeichnet werden.

Interviewpartnerin 2, im Folgenden IP 2 genannt, ist eine Frau zwischen 50 und 60. Sie arbeitet seit 1999 in Einrichtungen der Leipziger Sucht- und Drogenhilfe. IP 2 hat im Jahr 2009 eine Einrichtung in Leipzig mitgegründet, die seither Hilfen für suchtkranke Eltern und ihre Kinder anbietet. In dieser Einrichtung arbeiten zum einen Familienhelfer_innen und suchtspezifisch ausgebildete Co-Helfer_innen aufsuchend mit suchtbelasteten Familien und zum anderen Suchtberater_innen bzw. -therapeut_innen in Gruppensitzungen und Einzelberatungen mit drogenkonsumierenden (werdenden) Eltern. IP 2 arbeitet als Suchtberaterin in der genannten Einrichtung und leitet hier auch eine Gruppe zur Rückfallprävention für suchtkranke Eltern sowie ein Mütter-/Väter-Unterstützungstraining an. IP 2 verfügt durch ihre langjährige Arbeit im Bereich Sucht und

Familie über ein großes Wissen in diesem Bereich und kann somit ebenfalls als Expertin bezeichnet werden.

Interviewpartner 3, im Folgenden IP 3 genannt, ist ein Mann zwischen 30 und 40 und arbeitet seit mehr als sechs Jahren im Allgemeinen Sozialen Dienst (ASD) des AfJFB im Umkreis Leipzigs. Er ist, wie alle Interviewpartner_innen, Mitglied des Netzwerkes „Pregnant“. Für die Forschung erwies es sich als wünschenswert eine_n Gesprächspartner_in zu gewinnen, der bzw. die für den ASD in Leipzig oder dessen Umgebung arbeitet, da diese in der Arbeit mit Schwangeren und Eltern, die Drogen konsumieren, eine zentrale Rolle spielen. IP 3 erwies sich als Experte, da er schon seit mehrere Jahre im ASD arbeitet und durch seine Weiterbildung zum Systemischen Berater gerade zu Fragen der Funktionalität von Konsum und der Motivation der werdenden Mütter Einblicke geben konnte.

Interviewpartnerin 4, im Folgenden IP 4 genannt, ist eine Frau zwischen 50 und 60 und langjährige Mitarbeiterin in einer Drogen- und Suchtberatungsstelle in Leipzig, zu deren Klient_innen vor allem Personen zählen, die illegalisierte Substanzen konsumieren. In der Beratungsstelle wird auch psychosoziale Betreuung im Rahmen einer substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger angeboten. Durch ihre langjährige Arbeit in der Einrichtung und ihre genaue Kenntnis über das Leipziger Hilfesystem kann sie als Expertin bezeichnet werden.

3.2.2 GESTALTUNG DES INTERVIEWLEITFADENS

Die Interviews wurden mithilfe eines Interviewleitfadens durchgeführt. Durch diesen sollte sichergestellt werden, dass alle für die Forschung relevanten Themen im Gespräch zur Sprache kommen und die Gesprächspartner_innen zu allen wichtigen Aspekten befragt werden (vgl. Gläser & Laudel, 2009, S.43). Die Reihenfolge der Fragen wurde bei der Planung der Interviews weitestgehend offengelassen. Atteslander definiert diese Form der Interviewführung als teilstrukturierte Befragung. Er weist darauf hin, dass hierbei die Möglichkeit bestehe, sich aus dem Gespräch ergebende Themen aufzunehmen und weiterzuverfolgen (vgl. Atteslander, 2006, 125), was für die Interviews der hier vorgestellten Forschung angestrebt wurde. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang 1) war folgendermaßen aufgebaut:

- Einleitung
- Themenkomplex 1: Leipziger Hilfesystem für drogenkonsumierende Schwangere
- Themenkomplex 2: zentrale Themen in der beratenden Arbeit mit schwangeren Konsumentinnen
- Themenkomplex 3: Funktionalität von Drogenkonsum
- Themenkomplex 4: Veränderungsmotivation
- Abschließende Worte

Unter Einbezug der in Kapitel 2 beschriebenen Theorie wurde zu den Themenkomplexen je eine öffnende Einstiegsfrage formuliert, welcher mehrere Fragen untergeordnet wurden, die als Nachfragen fungieren sollten. Die Fragen des Leitfadens wurden von der Interviewerin zuvor mit einem Vermerk versehen, ob sie obligatorisch zu stellen seien oder operativ über sie entschieden werden könne (vgl. Helfferich, 2005, S.160 f). Dieses Vorgehen wurde gewählt, um einen offenen und flexiblen Charakter der Gespräche herzustellen.

3.2.3 ANALYSE DER INTERVIEWSITUATIONEN

Zunächst soll kurz auf die Entstehungssituation und das Setting der Interviews eingegangen werden.

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Die Interviewpartner_innen wurden per E-Mail für die Teilnahme angefragt und erklärten sich hierfür – teils nach Absprache mit ihren Vorgesetzten - bereit.

Die Gespräche fanden in den Büros bzw. Beratungsräumen der Interviewpartner_innen statt. Interviewerin war in allen vier Befragungen die Verfasserin der vorliegenden Arbeit. Bis auf die Interviewerin und Interviewten waren in keinem der Gespräche weitere Personen anwesend.

Alle vier Gespräche konnten ohne wesentliche Unterbrechungen durch Dritte durchgeführt werden. Das Gespräch mit IP 1 wurde kurz von einem eingehenden Anruf unterbrochen, der von IP 1 allerdings nicht angenommen wurde. Nach Ende der Aufnahme des Gesprächs mit IP 1 lieferte die Befragte zusätzliche Informationen, weswegen

die Aufnahme erneut gestartet wurde. Die Gespräche mit IP 2 und IP 3 verliefen ohne Störungen. Beim Gespräch mit IP 4 war die Interviewerin gelegentlich von einem anwesenden Hund abgelenkt.

Die Interviews dauerten jeweils zwischen 35 und 60 Minuten.

3.3 AUSWERTUNG DER INTERVIEWS

Die Interviews wurden, angelehnt an die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring (2015), ausgewertet. Mayring weist allerdings darauf hin, dass eine Inhaltsanalyse kein immer gleich aussehendes Standardinstrument sei, sondern an das Material angepasst und auf die Fragestellung hin konstruiert werden müsse (vgl. Mayring 2015, S. 51). Im Folgenden wird das Vorgehen deswegen genauer dargestellt.

3.3.1 FORMALE CHARAKTERISTIKA DES MATERIALS

Die Interviews wurden mithilfe eines Diktiergeräts von der Interviewerin aufgezeichnet und daraufhin von derselben unter Verwendung eines Transkriptionsprogramms digital transkribiert. Folgende Transkriptionsregeln wurden gesetzt:

- Vollständige und wörtliche Transkription
- Interpunktion und Kommasetzung folgen nicht durchgehend den Interpunktionsregeln der deutschen Rechtschreibung, sondern bilden auch Sinnabschnitte ab
- Laute wie „Äh“ werden weggelassen, wenn durch die keine Pause zustande kommt und sie somit den Gesprächsfluss nicht unterbrechen
- Dialektale Lautfärbungen werden im Schriftbild nicht berücksichtigt
- Kurze Pausen, Stockungen und Ähnliches werden mit ... dargestellt
- Längere Pausen werden mit (...) dargestellt
- Unterbrechungen der Aufnahme werden mit (PAUSE) dargestellt

Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte wurden alle Angaben, die zu einer eindeutigen Identifizierung der Personen hätten führen können, anonymisiert. Durch die thematische Fokussierung auf den Raum Leipzig und die Spezifika des

lokalen Hilfesystems konnte die Anonymität der Einrichtungen, innerhalb der die Interviewten tätig sind, trotz sorgfältiger Arbeit an der Anonymisierung der Daten nicht vollständig garantiert werden. Über diesen Sachverhalt wurden die Interviewpartner_innen vorab informiert und unterzeichneten eine Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten, die dieser Arbeit im Anhang als Blankoexemplar beigelegt ist (siehe Anhang 2).

3.3.2 TECHNIK DER QUALITATIVEN INHALTSANALYSE

Phillipp Mayring stellt für die qualitative Inhaltsanalyse drei Grundverfahren vor: erstens die Zusammenfassung bzw. induktive Kategorienbildung, zweitens die Explikation und drittens die Strukturierung bzw. deduktive Kategorienanwendung (vgl. Mayring, 2015, S. 67). Für die Auswertung der durchgeführten Interviews wurden die Techniken Zusammenfassung und Strukturierung angewandt. Die Aussagen der Interviewten waren weitestgehend gut verständlich und ergänzten und erklärten sich gegenseitig. Dadurch und durch die oben beschriebene Kenntnis der zugrundeliegenden Theorie und des Leipziger Hilfenetzes wurde von einer tiefergehenden Explikation des Materials abgesehen. Durch die Auswertung des Materials anhand von Zusammenfassung und Strukturierung konnten einerseits die Hypothesen durch deduktive Kategorien überprüft werden und andererseits die in den Interviews enthaltenen Informationen zu peripheren Themen durch induktive Kategorien mit aufgegriffen werden. Für die Auswertung wurde das Programm „f4analyse“ verwendet. Die einzelnen Schritte sollen nun kurz dargestellt werden.

3.3.2.1 ZUSAMMENFASSUNG UND INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG

Das Material wurde zunächst anhand der Interpretationsregeln, die Mayring (2015, S. 72) festlegt, zusammengefasst, um das Material zu reduzieren und überschaubarer zu machen. Hierfür wurden Memos zu den jeweiligen Textabschnitten erstellt. Darin wurden die Aussagen zu Paraphrasen zusammengefasst, auf ein gemeinsames Abstraktionsniveau gebracht und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen. Durch dieses Vorgehen wurden induktiv Kategorien zur Analyse des Materials erarbeitet.

Das in Abbildung 1 gezeigte Beispiel aus dem Interview mit IP 2, Absatz 58 soll die Arbeitsschritte darstellen.

Ausgangsmaterial	Reduktion	Paraphrase	Generalisierung	Induktive Kategorie
„Na, hauptsächlich schon vorwurfsvoll. Die meisten sind schon ähm, entweder vorwurfsvoll	„Na, hauptsächlich schon vorwurfsvoll. Die meisten sind schon ähm, entweder vorwurfsvoll	Frauen, die schwanger sind und konsumieren sprechen hauptsächlich vorwurfsvoll über ihren Konsum	Konsumierende Schwangere machen sich selbst Vorwürfe	Einstellung zu Konsum: vorwurfsvoll
oder auch so, naja so, ... es war ja gar nicht so viel und ich hab nicht mehr, dann verschieben sich die Zeitangaben: ich hab da noch konsumiert, ach nee, da hab ich schon gar nicht mehr, und so.	oder auch so, naja so, ... es war ja gar nicht so viel und ich hab nicht mehr, dann verschieben sich die Zeitangaben: ich hab da noch konsumiert, ach nee, da hab ich schon gar nicht mehr, und so.	oder bagatellisieren die Menge, die sie konsumieren und Zeitangaben verschieben sich.	Der Konsum wird bagatellisiert	Einstellung zu Konsum: bagatellisierend
Da merkt man schon, dass da der Bezug dazu ist, was hab ich jetzt hier, was mache ich hier, ja?	Da merkt man schon, dass da der Bezug dazu ist, was hab ich jetzt hier, was mache ich hier, ja?	Frauen fragen sich, was sie da eigentlich machen.	Frauen zweifeln an eigenem Verhalten	Einstellung zu Konsum: vorwurfsvoll
Oder Begründungen einfach.	Oder Begründungen einfach.	Frauen begründen ihre Konsumentscheidungen.	Konsumverhalten wird begründet	Funktionalität von Konsum
Es gibt ja auch Frauen, die gehen in die Klinik und konsumieren nochmal einen Tag vorher, weil sie Angst haben vor der Entbindung und so.“	Es gibt ja auch Frauen, die gehen in die Klinik und konsumieren nochmal einen Tag vorher, weil sie Angst haben vor der Entbindung und so.“	Es gibt Frauen, die einen Tag vor der Entbindung noch einmal konsumieren aus Angst vor der Entbindung“	Frauen konsumieren aus Angst kurz vor der Entbindung	Grund für Konsum: Angst vor Entbindung

Abbildung 1

Aus den induktiven Kategorien, die durch diese Methode entstanden, wurde ein Kategorien- und Codesystem entwickelt, das in Anhang 7 eingesehen werden kann.

3.3.2.2 STRUKTURIERUNG UND DEDUKTIVE KATEGORIENANWENDUNG

Für die Strukturierung des Materials wurden die in 3.1 vorgestellten Hypothesen als inhaltliche Hauptkategorien genutzt. Diese wurden zunächst mit dem zuvor zusammengefassten Text abgeglichen und es wurde nach übereinstimmenden oder widersprechenden Aussagen der Interviewpartner_innen gesucht. Daraufhin wurden Unterkategorien (Codes) und Ankerbeispiele für diese festgelegt, um im nächsten Schritt andere Aussagen den Kategorien zuzuordnen. Eine Übersicht über die in der Strukturierung angewendeten Codes ist in Anhang 8 zu finden.

Anhand einer ausgewählten Hypothese soll das Vorgehen in Abbildung 2 konkret verdeutlicht werden:

THESE:

Drogenkonsum wirkt im Leben der Frauen systemstabilisierend und dient der Lebensbewältigung und Überforderungskompensation.

→ Kategorien, die zunächst festgelegt wurden, sind die in der Hypothese vorhandenen Worte Stabilisierung, Lebensbewältigung, Überforderung.

Code: Stabilisierung

Ankerbeispiel:

„Die Mutter hat das Bewusstsein für ihr System. Sie will es stabilisieren. Wenn sie plötzlich nicht mehr konsumiert, gibt es eine körperliche Entgiftung. Das weiß die Mutter. Es klingt paradox, aber es ist auch verantwortungsbewusst, weiter zu konsumieren. Es ist verantwortungsbewusst, weil die körperlichen Folgen dramatisch sein können. Meine Erfahrung ist, dass Schwangere ein sehr gutes Gefühl dafür haben, was jetzt gut und was nicht gut ist. Manche werden sicher auch weiterkonsumieren, weil es etwas Bewusstes ist und weil sie wissen, das gibt Sicherheit und so kann ich mich beruhigen, Thema THC. Das ist ein Muster seit Jahren. Aus meiner Sicht ist es also eher strukturerhaltend, aber langfristig eher systemzerstörend oder systemgefährdend.“ (IP3, Abs. 66)

→ Neben dem Ankerbeispiel wurden keine weiteren zuordenbaren Aussagen gefunden.

Code: Überforderung

Ankerbeispiel:

„Der Konsum hat auch vor der Schwangerschaft schon eine Funktion. Häufig haben wir Eltern, die aus gewissen Gründen mit dem Konsum angefangen haben, wegen Beziehungsabbrüche, Trennung der Eltern, Verlustgeschichten, Überforderung. ich denke schon, dass Schwangere mit sich und Veränderungen um sie herum überfordert sind.“ (IP3, Abs. 62)

→ Neben dem Ankerbeispiel wurden keine weiteren zuordenbaren Aussagen gefunden.

Code: Lebensbewältigung

Ankerbeispiel:

„Der Konsum hat eine Funktion. Beruhigung, auf gewisse Themen nicht schauen zu müssen, Ablenkung. Die Zugänge zur Sucht sind bekannt und dann kommen die Personen nicht mehr davon weg und es ist zu sehr im Alltag integriert und hat die Funktion von Alltagsaufrechterhaltung. Die Sucht kann als bester Freund bezeichnet werden, der neben her geht.“ (IP3, Abs. 62)

→ Weitere dem Code „Lebensbewältigung“ zugeordnete Aussagen:

„Die Frauen haben nicht gelernt in Stresssituationen andere Dinge anzuwenden, als Drogenkonsum. Vorteil am Konsum ist, die Dinge, die passieren nicht so nah an sich ran lassen zu müssen oder die Schwangerschaft zu verdrängen und...“ (IP2, Abs. 76)

„Drogenkonsumierende Schwangere haben auch vor der Schwangerschaft schon konsumiert. Hier bestehen vorher schon Abhängigkeiten und Schwangerschaft kommt dazu.“ (IP2, Abs. 62)

„Ich denke, dass das Abhängigkeiten sind. Die Familien sind oft instabil und haben viele Probleme.“ (IP1, Abs. 59)

„Probleme erhöhen den Suchtdruck der Familien. Der Konsum gehört zum Leben der Familien.“ (IP1, Abs. 61)

→ Zusätzlich wurde der Code „Verdrängung“ gefunden.

Code: Verdrängung

Ankerbeispiel:

„Es gibt Frauen, die einen Tag vor der Entbindung noch einmal konsumieren aus Angst vor der Entbindung.“ (IP2, Abs. 58)

→ Weitere dem Code „Verdrängung“ zugeordnete Aussagen:

„Die Funktionalität des Drogenkonsums in der Schwangerschaft liegt im Verdrängen der Schwangerschaft selbst.“ (IP2, Abs. 66)

„Die Frauen haben nicht gelernt in Stresssituationen andere Dinge anzuwenden als Drogenkonsum. Vorteil am Konsum ist, die Dinge, die passieren nicht so nah an sich ran lassen zu müssen oder die Schwangerschaft zu verdrängen und.“ (IP2, Abs. 76)

„Der größte Vorteil ist es, nicht drüber nachzudenken, was da gerade passiert und was passieren wird.“ (IP2, Abs. 76)

„Es ist die Frage, inwieweit die einzelne Frau sozial integriert ist. Frauen, die auf der Straße leben, haben es schwer und sehen wohl keine Option für sich, das Kind behalten zu können. Wenn man schwanger ist und schon drei oder vier Kinder in Obhut genommen wurden, übernimmt der Konsum die Funktion an alles nicht mehr denken zu müssen, was kommt.“ (IP4, Abs. 83)

Abbildung 2

Nach der Bearbeitung des Materials mithilfe des so entwickelten Kategoriensystems, wurden für das codierte Material Zusammenfassungen formuliert, die zunächst für die Unterkategorien, dann auch für die Hauptkategorien Ergebnisse darstellten (vgl. Mayring, 2015, S.98). Diese Aussagen werden nach einer Reflexion der Aussagekraft der Daten in Kapitel 4 dargestellt.

3.4 AUSSAGEKRAFT DER DATEN

Die durch die Forschung gewonnen Daten und Ergebnisse haben keine statistische Aussagekraft, sondern bieten stattdessen Einblicke in die Perspektiven der interviewten Expert_innen. Bei der Auswertung der Interviews musste, wie bei jeder Auswertungsmethode qualitativer Daten, zunächst unscharfes Datenmaterial mit zum Teil schwer interpretierbaren, irrelevanten oder widersprüchlichen Informationen ausgewertet werden. Da der wissenschaftliche Wert freier Interpretationen als Methode sehr gering ist (vgl. Gläser & Laudel, 2009, S.43), wurde nach einer erprobten Methode vorgegangen. Die Auswertung sprachlichen Materials ist allerdings stets bereits eine Interpretation, unabhängig davon, wie regelgeleitet diese Auswertung stattfindet. Dies trifft auch auf die Daten dieser Forschung zu. Die gewonnenen Daten stellen eine von vielen möglichen Lesarten des Materials dar. Die vorgenommene qualitative Inhaltsanalyse kann und sollte darüber hinaus als unabgeschlossen betrachtet werden und bietet die Möglichkeit der Re-Interpretation (vgl. Mayring, 2015, S 38).

4 ERGEBNISSE DER FORSCHUNG

Durch die Auswertung der Interviews konnten Erkenntnisse in Bezug auf die eingangs genannte Forschungsfrage, inwieweit eine Schwangerschaft Einfluss auf die Veränderungsmotivation drogenkonsumierender Schwangerer hat und wie Soziale Arbeit in dieser Phase unterstützend wirken kann, gewonnen werden. Diese sollen in diesem Kapitel nun unter Einbezug der Theorie dargestellt und diskutiert werden.

Analog zur Theorie aus Kapitel 2 konnten die Ergebnisse in folgende drei Unterpunkte zusammengefasst werden:

1. Themen und Emotionen drogenkonsumierender Schwangerer (Kapitel 2.1, 4.1),
2. Veränderungsmotivation, Selbstwirksamkeit und Ambivalenz (Kapitel 2.2, 4.2) und
3. die Qualität des Leipziger Hilfesystems (Kapitel 2.3, 4.3).

Am Ende der Unterpunkte werden zusammenfassende Aussagen zu den oben aufgeführten Unterhypothesen getroffen.

Die Darstellungen werden im Fazit in einer Aussage zur Haupthypothese, Schwangerschaft habe bei drogenkonsumierenden Frauen einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Veränderungsmotivation, münden.

4.1 THEMEN UND EMOTIONEN DROGENKONSUMIERENDER SCHWANGERER

Aus der Auswertung der Interviews geht hervor, dass bei Drogenkonsumentinnen in der Schwangerschaft andere Themen und Emotionen in den Mittelpunkt rücken, als zu anderen Zeitpunkten ihres Lebens. Themen der Frauen sind in dieser Zeit unter anderen

- die Sicherstellung von angemessenem Wohnraum (IP1, Abs. 28; IP2 Abs. 44; IP3, Abs. 60; IP 4, Abs. 75),
- die finanzielle und anderweitig materielle Grundversorgung (ebd.),
- die Unterstützung durch Familie und das weitere soziale Umfeld (ebd.),
- die Probleme mit dem Kindsvater (IP1, Abs. 28; IP2, Abs. 68; IP4, Abs. 85),
- der aktuelle Konsumstatus (IP2, Abs. 44; IP3, Abs.60),
- die Anbindung an den ASD (IP2, Abs. 44, IP4, Abs. 70),
- zu lernen, Verantwortung für einen Menschen zu übernehmen und dafür die Entwicklung einer neuen Tagesstruktur (IP4, Abs. 75)

IP3 nennt eine Reihe von Fragen, die die Frauen sich im Zuge ihrer Schwangerschaft stellen. Diese liefern einen guten Überblick darüber, als wie vieldimensional und weitreichend diese Zeit wahrgenommen wird:

„Schaff ich das so? Schaffe ich das, zu betreuen und wer unterstützt mich? [...] Die Frage auch, kann das Kind bei uns oder bei mir bleiben und was muss ich dafür tun? [...]: Wie gestalte ich meinen Haushalt? Was gehört dazu? Was brauche ich da? Habe ich überhaupt einen Haushalt? Wer sichert mir die Finanzen? [...] Wie kann ich unterstützt werden? Ich bin ganz unsicher im Handling und wie mach ich das? (IP3, Abs.60)

Hieraus wird deutlich, dass die Frauen in der Schwangerschaft mit besonderen Herausforderungen konfrontiert sind. An dieser Stelle lohnt es sich, auf Wimmer-Puchingers

Ausführungen zur potentiellen Krisenhaftigkeit von Schwangerschaft hinzuweisen. Einflussfaktoren auf das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung durch die Schwangerschaft sind nach ihr unter anderem die sozioökonomischen und sozialen Verhältnisse und die An- bzw. Abwesenheit des Kindsvaters (vgl. Wimmer-Puchinger, 1992, S. 32). Beide Themen sind in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Frauen offenbar zentral, werden sie doch von allen vier Interviewpartner_innen als Themen der Frauen genannt. Hier lassen sich erste Rückschlüsse ziehen, dass Schwangerschaft für drogenkonsumierende Frauen zu einer krisenhaften Situation werden kann, wie es in Kapitel 2.1 dargestellt wurde.

Der Konsum ist bei drogenkonsumierenden Schwangeren mitunter ein erlerntes Muster, das zum Alltag gehört und damit Normalität darstellt. Zur Hypothese, der Konsum wirke im Leben der Frauen eher stabilisierend, sind in den Interviews allerdings kaum explizite Äußerungen gefunden worden. Es weisen aber zahlreiche Aussagen darauf hin, dass der Konsum während der Schwangerschaft eine entlastende Wirkung für die Frauen hat. Er dient zur Beruhigung (vgl. z.B. IP3, Abs. 62), Stresskompensation (vgl. IP2, Abs.76) und zur Verdrängung der erwarteten Schäden für das Kind (vgl. IP4, Abs. 54). Darüber hinaus kann der Konsum auch als Mittel gegen die Gefühle von Überforderung mit der neuen Lebenssituation (vgl. IP 3, Abs. 62) und zur Verdrängung der weitreichenden Konsequenzen des Konsums (vgl. IP3, Abs. 60) gesehen werden. Auch die Angst vor den erwarteten Schmerzen der Geburt (vgl. IP2, Abs. 68) und einer eventuell bevorstehenden Inobhutnahme des Kindes (vgl. IP4, Abs. 83) können durch den Drogenkonsum bewältigt werden.

Die Öffentlichkeit, in der die Frauen durch ihre Schwangerschaft stehen (vgl. IP1, Abs. 52) hat Einfluss auf ihre Gefühlswelt und ihr eigenes Selbstbild. Es führt bei den Frauen zu schlechtem Gewissen und Selbstvorwürfen, die wiederum kompensiert werden müssen. In der Regel wissen die Frauen, dass sie mit ihrem Konsum ihre eigene und vor allem die Gesundheit des ungeborenen Kindes schädigen. IP2 weist zum Beispiel darauf hin, indem sie sagt: *„Das ist denen ja schon bewusst, dass es nicht gut ist: Kind und Drogenkonsum. Ja?“* (IP2, Abs. 54). IP3 schätzt dies ähnlich ein: *„Also die haben ein sehr hohes Verantwortungsbewusstsein für das Kind und sind sich schon bewusst, dass da Schädigungen auftreten können.“* (IP3, Abs. 60). Trotz des angesprochenen Verantwor-

tungsbewusstseins, das Frauen entwickeln, konsumieren einige Frauen weiter, was unter Umständen zur Inobhutnahme der Kinder führen kann, wie IP1 berichtet: *„Es gibt halt Frauen, die machen dann einfach so weiter, grade, die jetzt auch vom ASD kamen, an uns vermittelt wurden und dann aber unsere Hilfe nicht so angenommen haben, ähm, da habe ich dann ja im Nachhinein dann auch schon mal gehört, das hat dann trotzdem nicht funktioniert.“* (P1, Absatz 52). Die Angst vor der drohenden Inobhutnahme sowie das gleichzeitige Bedürfnis, zu konsumieren, um sich von diesen Befürchtungen abzulenken, haben Einfluss auf die emotionale Stabilität der Frauen während der Schwangerschaft. Hierauf soll an in Kapitel 4.2 genauer eingegangen werden.

Zur Annahme, Drogenkonsumentinnen würden denken dem Idealbild einer Mutter nicht gerecht werden zu können, konnten im ausgewerteten Material keine direkten Aussagen gefunden werden. Aus den Interviews geht allerdings hervor, dass nur wenige Frauen von sich aus schon während der Schwangerschaft Kontakt zum Hilfesystem aufbauen. Dieser Kontakt entsteht zumeist erst nach der Geburt des Kindes, da Geburtskliniken dem ASD die Mutter als Konsumentin melden (vgl. IP3, Abs. 38). Dies deckt sich mit Aussagen von Vogt (2004). Sie begründet dieses späte Zustandekommen eines Kontakts wie folgt:

„Die Klientinnen, also die drogenabhängigen Mütter, nehmen in ihrem Selbstverständnis die Meinungen, die andere über sie haben, voraus. Sie gehen davon aus, dass andere ihnen nicht zutrauen „gute“ Mütter zu sein. Sie rechnen daher immer mit dem Schlimmsten: Mit dem „Zwang“ zur Abtreibung, mit der Wegnahme des Kindes für eine Zeit (Fremdunterbringung in Pflegefamilie usw.) oder für immer (Adoption), mit der moralischen Verurteilung, weil sie es gewagt haben, Mutter zu werden, aber es nicht geschafft haben, das Kind zu behalten usw. Die Ängste der substanzabhängigen Mutter sind durchaus berechtigt. Sie spiegeln einen Teil der Realität, mit der sie sich auseinandersetzen müssen, wider.“ (Vogt, 2004, S.325)

Vogt geht also davon aus, die Frauen würden den Kontakt zum Hilfesystem vermeiden, da sie Konsequenzen wie eine Inobhutnahme erwarten, die auf der Annahme fußen, sie seien nicht fähig, gute Mütter zu sein. Ob Vogt mit ihren Begründungen richtig liegt, kann nicht abschließend festgestellt werden. In den Aussagen der Interviewpartner_innen kommt allerdings ebenfalls zur Sprache, dass Kontrolle, Auflagen und Zwangs-

kontext die Qualität der Arbeit mit den Frauen negativ beeinflusst. Hier kann eine Aussage von IP2 als Beispiel dienen:

„Aber, da sind wir wieder beim Anfang, motivieren Sie mal dazu einen Klienten, der weiß, wenn ich jetzt dort offen bin, hat die dort gesagt, da ist mein Kind weg, ja? [...] Und dieser Kontrollzwang oder dieser Auftrag, der macht die Arbeit unwahrscheinlich schwer. Und nicht nur schwer, sondern auch, ähm ja... man hat so manchmal das Gefühl, man hat dann Leute hier sitzen, die sind fremdgesteuert.“ (IP2, Abs. 42)

Aus den Aussagen von IP3 geht hervor, dass schwangere Frauen in der Regel vorwurfsvoll oder bagatellisierend über ihren Konsum sprechen und dies ein Zeichen dafür sei, dass die Frauen nicht bedenkenlos konsumieren, sondern sich um das Wohl des Kindes sorgen (vgl. IP2, Abs. 58).

Bezogen auf die Hypothesen können folgende Punkte als Ergebnisse der Forschung zusammengefasst werden:

1. Schlechte Gewissen und Scham sind Gefühle, die in der emotionalen Erfahrungswelt von drogenkonsumierenden Frauen eine Rolle spielen. Dies lässt sich aus den Aussagen zum Bewusstsein über Schädigungen, die für die Kinder folgen und einer späten Kontakt-herstellung zum Hilfesystem ableiten. Wie zentral diese Gefühle sind kann durch die vorgenommene Forschung nicht festgestellt werden. Für aussagekräftige Ergebnisse zu dieser Frage wäre eine direkte Befragung unter Konsumentinnen notwendig.
2. Drogenkonsum in der Schwangerschaft kann sowohl als stabilisierend, als auch als destabilisierend für die Lebenssituation der konsumierenden Frauen bezeichnet werden. Der Konsum ist stabilisierend, da er zur Beruhigung und Kompensation der wahrgenommenen Überforderung dient und damit zentral für die Lebensbewältigung der Frauen sein kann. Als destabilisierend kann der Konsum insofern bezeichnet werden, als dass er einem langfristigen Zusammenleben von Mutter und Kind im Weg stehen kann und somit auch für die Frauen, die mit Kind leben wollen, auf längere Sicht für emotionale Instabilität sorgt.
3. Zur Hypothese, dass ein Großteil der drogenkonsumierenden Frauen denken, dem Idealbild einer Mutter nicht gerecht werden zu können, konnte in der Forschung keine

explizite Erkenntnis gewonnen werden. Hierfür müsste ebenfalls eine umfangreichere Forschung mit einer direkten Befragung von Konsumentinnen vorgenommen werden.

4.2 VERÄNDERUNGSMOTIVATION, SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG UND AMBIVALENZ

Die Aussagen der Interviewpartner_innen stimmen in der Feststellung überein, dass Schwangerschaft im Leben drogenkonsumierender Frauen als besonders guter Motivator für Veränderung bezeichnet werden kann (vgl. IP1, Abs. 50; IP2, Abs. 82; IP3, Abs. 98; IP4, Abs. 79 ff.). Schwangere Frauen haben einen stärkeren Willen und darüber hinaus auch mehr Energie, ihr Konsumverhalten zu ändern (vgl. IP4, Abs.79). Das Vorhandensein dieser Motivation ist allerdings nicht der einzige Faktor, der darüber entscheidet, ob Veränderungen vorgenommen werden.

Folgende sind einige weitere Faktoren, die die Abstinenzfähigkeit der Frauen beeinflussen:

- Erfahrungen der Frauen mit Inobhutnahmen bei älteren Kindern (vgl. IP4, Abs. 83)
- Soziale und familiäre Integration (vgl. IP4, Abs.83)
- An-/Abwesenheit und Verhalten des Partners (vgl. IP4, Abs. 85)
- Unterstützung durch das Hilfenetz (vgl. IP3, Abs.103)
- Erst- oder Folgeschwangerschaft (vgl. IP3, Abs. 58; IP
- Die Möglichkeit einer substitutionsgestützten Behandlung (vgl. IP1, Abs. 65)

Frauen brauchen bei der Realisierung der Veränderungen in ihrem Leben Unterstützung und eine positive, optimistische und wertschätzende Haltung ihres Umfelds und der Professionellen, durch die sie unterstützt werden. IP3 fasst dies zusammen, indem er sagt:

„Die haben häufig wenig - das ist meine Erfahrung - häufig wenig Leute, die an sie glauben. Und das ist unser Job da an die zu glauben, auch wenn wir vielleicht Zweifel haben und die dürfen wir auch aussprechen, aber wir müssen denen die Hoffnung geben. Und das, ja, und dann sind, glaub ich, Veränderungen auch möglich, aber wenn gar keiner dran glaubt, dann ist das für die schwierig, ja?“ (IP3, Abs. 102)

Den Aussagen der Interviewpartner_innen zufolge unterscheiden sich Konsumentinnen unterschiedlicher Drogen, wie angenommen, hinsichtlich ihrer Veränderungsmotivation

in der Schwangerschaft nicht. Die Motivation ist bei allen gleichermaßen hoch (vgl. IP2, Abs. 78). Fallbeispiele, in denen von einer langfristig abstinenzorientierten Entwicklung berichtet wurde, handelten zumeist von Heroinkonsumentinnen in Substitutionsbehandlung. Es ist also davon auszugehen, dass diese Art der Behandlung den Frauen zu mehr Stabilität verhilft (vgl. IP1, Abs. 24, 65; IP2, Abs. 78; IP4, Abs 38, 40). Dies kann als Vorteil der Heroinkonsumentinnen gegenüber Konsumentinnen anderer Substanzen bezeichnet werden⁶.

In Kapitel 4.1 wurden zahlreiche Gründe für einen Drogenkonsum in der Schwangerschaft genannt. Wie oben bereits dargestellt, sind sich die Frauen zugleich bewusst, dass sie den ungeborenen Kindern durch ihr Konsumverhalten schaden (vgl. IP3, Abs 62) und haben deswegen eine höhere Motivation ihr Konsumverhalten zu verändern. Die ungeborenen Kinder spielen laut Aussagen der Interviewpartner_innen bei allen Abstinenzüberlegungen eine Rolle. Als ausschlaggebende Gründe für eine Abstinenz während der Schwangerschaft sind zum einen die Sorge um die Gesundheit des Kindes (vgl. IP2, Abs. 82) und zum anderen die Angst vor einer bevorstehenden Inobhutnahme des Kindes (vgl. IP3, Abs. 98) genannt.

Inobhutnahmen, die bei älteren Kindern der Frauen vorgenommen wurden, stellen die Selbstwirksamkeitserwartung der Frauen in Frage, was wiederum Einfluss auf die Motivation der Frauen hat, ihr Konsumverhalten zu verändern. Dies fasst IP4 folgendermaßen zusammen:

„Manche Frauen sind so suchtgesteuert, dass eine Schwangerschaft auch keine Motivation mehr ist. Beim ersten oder zweiten Kind versuchen sie es, aber je mehr Kinder sie hat, die in Obhut genommen worden sind, umso weniger Hoffnung hat die Frau und sieht keine Motivation zur Abstinenz.“ (IP4, Abs. 83)

Hier kann auf die Aussage von Hannover et al. Bezug genommen werden, Selbstwirksamkeitserwartung entstehe durch eigene Erfahrungen und durch die Beobachtung anderer, die eine Veränderung erfolgreich umgesetzt haben (Hannöver et al., 2008, S. 88 f.). Wie in den Interviews zum Ausdruck kam, haben drogenkonsumierende Frauen oft in der eigenen Familie oder in ihrem Umfeld Erfahrungen mit Inobhutnahmen ge-

⁶ Bei Opiatabhängigkeit ist eine medizinische Indikation für eine Substitutionstherapie gegeben. (vgl. Böllinger et al. 1995, S. 302 oder aktuell Bundesärztekammer, 2017, S. 7). Das bedeutet in der Praxis, dass schwangere Frauen schneller und unkomplizierter als andere Konsument_innen einen Platz im Substitutionsprogramm eines suchtttherapeutisch arbeitenden Arztes erhalten.

macht. Das Thema wird dementsprechend im Umfeld der Frauen⁷ besprochen und es kursieren mitunter nichtzutreffende Informationen über Bedingungen und Ablauf einer Inobhutnahme, die den Frauen zusätzlich Angst vor den Maßnahmen des ASD machen (vgl. IP 4, Abs 72). Im vorangegangenen Abschnitt wurde bereits auf die von Wimmer-Puchinger definierten Einflussfaktoren auf das Ausmaß der wahrgenommenen Belastung durch die Schwangerschaft eingegangen. Als weiteren entscheidenden Faktor nennt Wimmer-Puchinger die Frage, ob bei früheren Schwangerschaften Komplikationen aufgetreten sind (vgl. Wimmer-Puchinger, 1992, S. 32). Hier ließe sich ergänzen, dass sich auch eine Inobhutnahme nach einer früheren Schwangerschaft belastend auf die aktuelle Schwangerschaft auswirkt, da sie die Selbstwirksamkeitserwartung der Frau mindert.

Zusammenfassend kann also von einer Ambivalenz zwischen dem Willen zur abstinenter Lebensführung (zum eigenen und Kindeswohl) und dem Bedürfnis, psychoaktive Substanzen zu konsumieren, gesprochen werden. Abbildung 3 (eigene Darstellung) stellt dies als Kreislauf dar und verdeutlicht, wie herausfordernd es sein kann, diese Muster zu verändern.

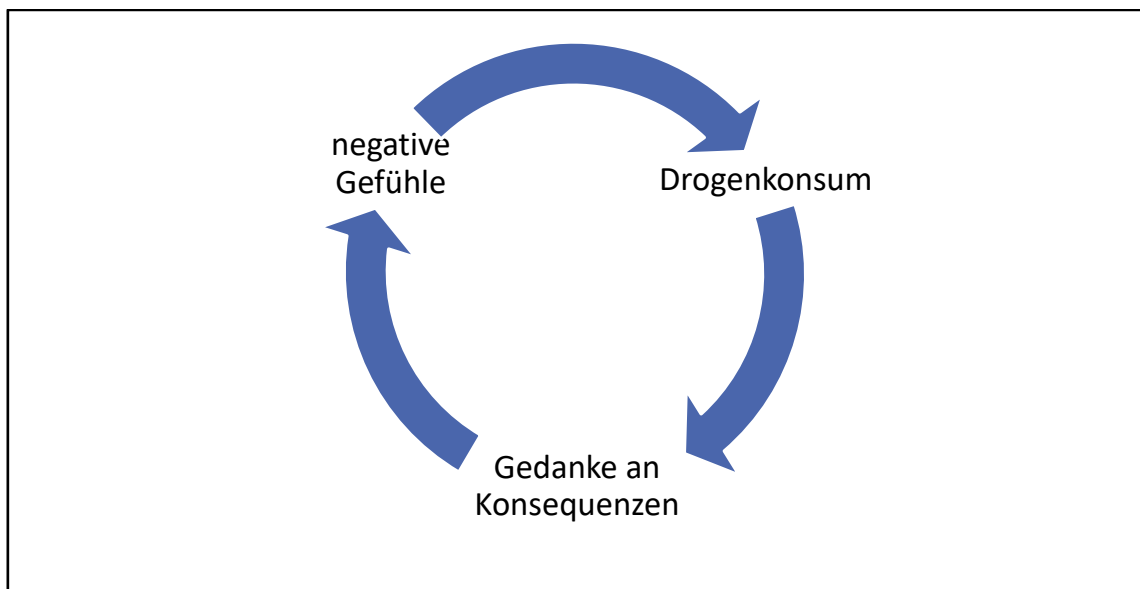


Abbildung 3

⁷ IP4 nutzt hierfür den in der Arbeit mit Drogenkonsument_innen vielfach verwendeten Begriff "Szene". Für eine tiefergehende Auseinandersetzung mit diesem Begriff, folgende Literaturempfehlung: Hitzler, R., & Niederbacher, A. (2010). *Leben in Szenen. Formen juveniler Vergemeinschaftung heute*. (3., vollständig überarbeitete Auflage) Wiesbaden: VS-Verlag.

Folgende Punkte können nun laut den Erkenntnissen dieses Kapitels als Ergebnisse der Forschung zusammengefasst werden:

1. Die Hypothese, dass die Abstinenzmotivation in der Schwangerschaft größer als zu anderen Zeitpunkten sei, konnte bestätigt werden. Die Motivation zur Abstinenz kann allerdings nicht gleichgesetzt werden mit der Fähigkeit, diese auch zu realisieren. Hierauf wirken verschiedene innere und äußere Einflussfaktoren ein. Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld, finanzielle Absicherung, als positiv bewertete Erfahrungen aus der Vergangenheit der Frauen und eine wertschätzende Haltung der Professionellen, die mit den Frauen arbeiten, helfen ihnen, einen positiven Veränderungsprozess im Zuge ihrer Schwangerschaft zu durchleben.

2. Die Hypothese, die Selbstwirksamkeitserwartung der Frauen würde Einfluss auf ihre Fähigkeit zur abstinenten Lebensführung haben, konnte durch die Aussagen der Interviewpartner_innen ebenfalls gestützt werden. Diese Selbstwirksamkeitserwartung wird zum Beispiel von vorausgegangenen Schwangerschaften aber auch von der Stabilität des sozialen Umfelds der Frau positiv oder negativ beeinflusst.

3. Die Hypothese, drogenkonsumierende Schwangere würden sich in einer Ambivalenz zwischen Veränderungsmotivation und dem Bedürfnis zu konsumieren befinden, wurde von den Aussagen der vier Interviewpartner_innen gestützt. Sowohl für eine Abstinenz, als auch für einen fortgesetzten Konsum können Gründe gefunden werden, die das jeweilige Verhalten als sinnvoll erscheinen lassen.

4.3 QUALITÄT DES LEIPZIGER HILFESYSTEMS

Aus den Daten der Interviews geht hervor, dass das Leipziger Hilfesystem im Allgemeinen gut auf die Bedarfe schwangerer Konsumentinnen eingestellt ist. Frauen können engmaschig durch das Hilfesystem betreut werden, da es ein breites Spektrum an Hilfen gibt, die zwischen weniger intensiver und sehr intensiver Unterstützung variieren (vgl. IP1, Abs 93). Mit dem Netzwerk „Pregnant“ wurde von der Suchtbeauftragten der Stadt Leipzig eine sinnvolle und gut funktionierende Instanz zur Netzwerkarbeit initiiert (vgl. IP3, Abs. 22). Dadurch arbeiten unter anderem ASD-Mitarbeiter_innen, Gynäkolog_innen, (Geburts-)Kliniken, Angebote der *Frühen Hilfen*, Suchthilfeeinrichtungen und

Schwangerschaftsberatungsstellen intensiv in einem multiprofessionellen Netzwerk zusammen. „Pregnant“ ermöglicht Hilfe für und Kontrolle der konsumierenden Frauen gleichermaßen (vgl. IP1, Abs.109; IP2, Abs.32; IP3, Abs. 22; IP4, Abs. 58 ff.). Trotz der verstärkten Netzwerkarbeit durch „Pregnant“, sagt IP3, die Netzwerkarbeit müsse deutlich intensiviert werden (vgl. IP3, Abs.8).

Als besondere Ressource des Leipziger Hilfesystems wurde mehrfach der Fachbereich Familienhilfe genannt, der dem Zentrum für Drogenhilfe des St.Georg-Klinikums zugehört. Durch die gemeinsame Arbeit von Suchttherapeut_innen und Familienhelfer_innen ist dieses Angebot sehr gut an die Bedürfnisse suchtblasteter Familien angepasst und Frauen können schon in der Schwangerschaft in die Einrichtung vermittelt werden (vgl. IP4, Abs. 32; IP3, Abs. 69 ff.). Ausbaufähig und -bedürftig sind laut Aussagen der Interviewpartner_innen Angebote zum Mutter-Kind-Wohnen. Hier gibt es zu wenig Einrichtungen und die vorhandenen sind nicht ausreichend auf die Bedarfe drogenabhängiger Mütter eingestellt (vgl. IP4, Abs. 97).

Hier wurde angeregt, ein Mutter-Kind-Wohnangebot einzurichten, das eine sucht-spezifische Ausrichtung hat und innerhalb dessen gezielt auf die Bedarfe und Ressourcen von Drogenkonsumentinnen eingegangen werden kann (vgl. IP3, Abs. 82; IP4 Abs. 99). Vogt schreibt über den Vorteil von Mutter-Kind-Einrichtungen für drogenkonsumierende Mütter, die Frauen wären hier nicht allein, sondern inmitten von Frauen, die ebenfalls Hilfe benötigten und diese Hilfe bei Professionellen finden würden (vgl. Vogt, 2004, S. 332). Wie groß der Vorteil für die Frauen und ihre Kinder wäre, wenn die hier arbeitenden Professionellen zusätzlich suchtspezifisch geschult wären, kann nur spekuliert werden.

Kritik wurde von Seiten der Interviewpartner_innen vor allem an den Unterschieden in Fragen der Haltung und Arbeitsweise der ASD-Mitarbeiter_innen geübt. Es wurde kritisiert, hier werde sehr unterschiedlich mit drogenkonsumierenden Klientinnen gearbeitet, sodass die Frauen unsicher seien, was sie von einem Kontakt mit dem ASD erwarten müssten. Kritik an dieser Uneinheitlichkeit kam sowohl von IP2 (vgl. Abs. 84), die in der Suchtberatung tätig ist, als auch von IP3 (vgl. Abs. 40), der selbst Mitarbeiter des ASD

ist. Aus Aussagen von IP2 geht hervor, dass die Umgangsweise mit drogenkonsumierenden (werdenden) Müttern sich sehr stark unterscheidet:

„[E]s gibt welche, die gucken ewig lange zu, wo wir dann denken, oh Gott, was... was ist hier [...] Oder was ich vorhin schon benannt habe, diese Ansage, wenn Sie konsumieren, und ich erfahre das, ist ihr Kind weg. [...] [D]a haben Sie Klienten, die konsumieren dauerhaft und da wird gesagt: ‚Ja, da ist eine Familienhilfe drin, das und das ist schon besser geworden.‘ Und andere die haben einmal eine positive UK auf THC, da ist wirklich, da wird der Kindernotdienst gebraucht, so das gibt’s schon. [...] [S]o bisschen ein kleiner... gleicher Aspekt wäre wichtig. Dass die Klienten einfach auch wissen, was ist so die... der Fahrplan, ne? Sie wissen nie, wenn Sie jemanden irgendwohin schicken, wie kommt er wieder.“ (IP2, Abs. 84)

Die Unsicherheit, die durch die Unterschiede bei den Frauen entsteht, spricht auch IP3 an. Er sagt: *„[D]as macht natürlich was mit Frauen und mit Suchterkrankten, wenn die zum Jugendamt gehen. Die eine Tür ist das, die andere Tür ist das. Das ist eine Lotteriegeschichte“* (IP3, Abs. 102). IP3 spricht in diesem Kontext auch von Stigmatisierung, von der Drogenkonsument_innen betroffen seien. Sucht werde vielfach nicht als Erkrankung betrachtet (vgl. IP2, Abs. 122) und es würden unnachvollziehbare Unterschiede zwischen verschiedenen Substanzen gemacht. Während bei alkoholkonsumierenden Eltern selten direkte Schritte zur zeitnahen Inobhutnahme nach der Geburt eingeleitet würden, sei dies bei Methamphetaminen oft der Fall (vgl. IP2, Abs. 86). Es ist den Aussagen von IP2 und IP4 zufolge für Mitarbeiter_innen von Suchtberatungsstellen herausfordernd, zu erreichen, dass Klientinnen offen über ihr Konsumverhalten und eventuelle Rückfälle sprechen, da dies gegebenenfalls an den ASD gemeldet werden muss und Konsequenzen folgen. Hier kann zusammenfassend festgehalten werden, dass es wichtig ist, an der Sichtweise und Beurteilung möglicher Rückfälle zu arbeiten. Dies muss geleistet werden, um die Frauen in ihrem Veränderungsprozess hin zu einer dauerhaften Abstinenz also dem Stadium der *termination*⁸ zu unterstützen. Verändern müsste sich hier die Perspektive auf Rückfälle sowohl von Professionellen – also zum Beispiel ASD-Mitarbeiter_innen als auch von drogenkonsumierenden Frauen selbst (vgl. IP2, Abs. 42; IP4, Abs. 99). Folgende Aussage von IP4 fasst dies gut zusammen:

⁸ 6. Stufe der *Stages of Change* nach Prochaska und DiClemente, siehe Kapitel 2.2

„Das muss natürlich alles seine Grenzen haben, aber, ähm, ich denke auch, die Erfahrung, einen Rückfall verarbeiten zu können, kann weiterbringen als dann die Konsequenz Rückfall und es hat sich alles erledigt.“ (IP4, Abs. 99)

Folgendes kann am Ende dieses Kapitels zusammenfassend als Ergebnis der Forschung ausgesagt werden:

Die Hypothese, dass es nicht ausreichend Unterstützungsangebote für drogenkonsumierende schwangere Frauen in Leipzig gebe, konnte nur zum Teil bestätigt werden. Es wurden übereinstimmende Aussagen getroffen, dass es einen Bedarf an Angeboten des betreuten Mutter-Kind-Wohnens für Drogenkonsumentinnen gebe. Abgesehen davon sei das Leipziger Hilfesystem allerdings gut auf die Bedürfnisse drogenkonsumierender Schwangerer eingestellt und funktioniere im Sinne von sowohl Kontrolle als auch Hilfe gut. Ein tiefgreifender Austausch der Netzwerkpartner_innen und damit einhergehend mehr Einheitlichkeit in der Arbeit mit konsumierenden Schwangeren ist ein Aspekt, an dem im Leipziger Hilfesystem noch gearbeitet werden kann.

5 FAZIT UND AUSBLICK

Durch die vorliegende Arbeit konnten Erkenntnisse gewonnen werden, die nun in einem abschließenden Kapitel zusammenfassend dargestellt werden sollen.

Es konnte gezeigt werden, in welcher Phase der multiplen Belastung sich Frauen, die Drogen konsumieren, in einer Schwangerschaft befinden und wie von Seiten der Sozialen Arbeit gehandelt werden muss, um die Frauen zu unterstützen. Wie in Kapitel 4.1 dargestellt wurde, trägt der Konsum im Leben der Frauen zur Beruhigung und Kompensation der wahrgenommenen Überforderung bei. Er kann also als entlastendes Mittel zur Lebensbewältigung der Frauen bezeichnet werden. Die Konsequenz aus einem fortgesetzten Konsum während und nach der Schwangerschaft ist allerdings oft eine Inobhutnahme des Kindes. Dies und das Wissen, ihr Kind durch den Konsum möglicherweise zu schädigen, motiviert die Frauen dazu, ihren Konsum einzustellen, wie in Kapitel 4.2 dargestellt wurde. Ihre Abstinenzmotivation umzusetzen gelingt den Frauen allerdings nicht immer. Diese Ambivalenz aus bestehendem Abstinenzwillen und fehlender Fähigkeit, diese Abstinenz aufrecht zu erhalten, kann für emotionale Instabilität bei den Frau-

en sorgen. Trotzdem nehmen sie selten eigeninitiativ Kontakt zum Hilfesystem auf. Manifeste Gründe dafür konnten durch die Forschung nicht gefunden werden. Die Erkenntnisse dieser Arbeit legen jedoch die Annahme nahe, dass Kontrolle, Auflagen und Zwangskontext die Arbeit mit den Frauen negativ beeinflussen, da die Frauen nicht transparent über ihren Konsum sprechen können, wenn diese Transparenz eine direkte Inobhutnahme des Kindes nach der Entbindung zur Folge haben kann. In Kapitel 4.3 wurde dargestellt, dass das Leipziger Hilfesystem gut auf die Bedürfnisse drogenkonsumierender Schwangerer Frauen eingestellt ist und besonders der Fachbereich Familienhilfe und das Netzwerk „Pregnant“ sehr sinnvolle Instanzen dieses Hilfenetzes sind. Bedarfsorientiert ergänzt werden kann das Hilfesystem durch eine Einrichtung zum Mutter-Kind-Wohnen mit suchtspezifischer Ausrichtung.

Als klare Kritik am Hilfesystem wurde die fehlende Einheitlichkeit in der Arbeitsweise der ASD-Mitarbeiter_innen mit Drogenkonsument_innen erfasst, die vor allem mit mangelhaftem Wissen über Drogenkonsum und Suchterkrankung zu erklären ist. Diese Uneinheitlichkeit ist insofern kritikwürdig, als sie verunsichernd auf die Frauen wirkt.

Folgendes ergibt sich als Antwort auf die in der Einleitung formulierte Forschungsfrage: Drogenkonsumierende Frauen haben durch die multiplen Herausforderungen einer Schwangerschaft gute Gründe, ihren Konsum fortzusetzen. Ebenso gute Gründe haben sie aber auch, den Konsum einzustellen. Grundsätzlich hat eine Schwangerschaft einen positiven Einfluss auf die Veränderungsmotivation drogenkonsumierender Frauen. Frauen, die schon vor der Schwangerschaft im Stadium der *contemplation* (Absichtsbildung) sind und also eine abstinente Lebensweise in Erwägung ziehen, werden durch eine Schwangerschaft motiviert im Sinne der Stadien *preparation*, *action* und *maintenance* ihr Konsumverhalten aktiv zu verändern. Die grundsätzlich hohe Motivation der Frauen in der Schwangerschaft ist allerdings unterschiedlichen Risikofaktoren ausgesetzt, die mit darüber entscheiden ob aus der Motivation auch eine (dauerhafte) Abstinenz folgt. Als derartige Einflussfaktoren können genannt werden:

- die Selbstwirksamkeitserwartungen der Frauen, die etwa durch Erfahrungen mit Inobhutnahmen beeinflusst werden,
- die soziale Unterstützung, die die Frauen durch ihre Familie, Partner und Freund_innen erfahren,
- die finanzielle Situation und Wohnsituation, in der sich die Frauen befinden und
- die Haltung und Erwartung, mit der ihnen im Hilfesystem begegnet wird.

Da es in der Forschungsfrage um die Veränderungsmotivation drogenkonsumierender Frauen geht, wäre eine qualitative Befragung dieser Frauen selbst ein probates Mittel zum Erkenntnisgewinn gewesen. Durch die Durchführung von Experteninterviews konnten lediglich auf indirektem Weg Erkenntnisse gewonnen werden, deren Aussagekraft weniger hoch sein mag. Durch die Forschung konnte ein Eindruck entwickelt werden, wie die Perspektiven von Sozialarbeiter_innen auf die Lebensrealität drogenkonsumierender Schwangerer sind. Hier fiel bereits bei der recht geringen Anzahl von vier Befragten auf, wie unterschiedlich diese Perspektiven sind. Ein Interview mit eine_m Mitarbeiter_in einer Schwangerschaftsberatungsstelle wäre im Sinne der Multiperspektivität zusätzlich sinnvoll gewesen.

Im Laufe der Auswertung der durchgeführten Interviews haben sich Themen ergeben, an denen es zweckdienlich wäre, weitere Forschungen vorzunehmen. Folgende zwei Fragen erscheinen als besonders zentral:

- Wodurch kann erreicht werden, dass drogenkonsumierende Frauen sich häufiger bereits während der Schwangerschaft an das Hilfesystem wenden?
- Wie ist das Selbstbild drogenkonsumierender Frauen und welches Fremdbild von sich nehmen sie in der Gesellschaft wahr? Welchen Einfluss haben Selbst- und Fremdbild auf die Selbstwirksamkeitserwartung der Frauen?

An diesen Fragen kann und sollte in der Zukunft weiter geforscht werden um eine bedarfs- und lebensweltorientierte Arbeitsweise der Sozialen Arbeit sicherzustellen.

Der Spagat zwischen Hilfe und Kontrolle ist in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Schwangeren besonders herausfordernd. Hier erscheint es besonders wichtig zu sein, als beratende Person die eigenen Normvorstellungen und sich daraus ergebenden

Gefühle gegenüber der konsumierenden Frauen zu kennen, einordnen zu können und immer wieder Perspektivwechsel vorzunehmen, um nicht eigene Maßstäbe anzusetzen, voreingenommen zu handeln oder die Frauen vorzuverurteilen. Wie deutlich geworden ist, haben die Haltung und Erwartung, mit der Frauen begegnet wird Einfluss auf ihre Selbstwirksamkeit und damit auf ihre Abstinenzfähigkeit.

Die Aussage eines Interviewpartners (IP3, Abs. 126) soll hier als Abschluss stehen, der zum Weiterdenken einlädt:

„Wir dürfen nicht so arrogant sein, zu denken, wir wissen alles, sondern wir müssen mit den Suchterkrankten lernen.“

6 VERZEICHNISSE

LITERATUR

- Amt für Jugend, Familie und Bildung, Sachgebiet Jugendhilfeplanung (2017). *Übersicht über die Auslastung von stationären Einrichtungen in kommunaler und freier Trägerschaft in Leipzig im 1. Halbjahr 2017*. Online unter: https://www.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/51_Amt_fuer_Jugend_Familie_und_Bildung/Veroeffentlichungen/statistische_Daten/Auslastung_1_Halbjahr_2017.pdf (abgerufen am 06.08.2018)
- Atteslander, P. (2006). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (11. Auflage) Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (2015). *Schwangerschaft - Kind – Sucht. Rahmenvereinbarung zur Kooperation*. Hamburg.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2005). Änderungsmotivation. In: *Thomasius, R. & Küstner, U.J. (2005). Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention*. Stuttgart: Schattauer, S. 123-131.
- Böllinger, L., Stöver, H. & Fietzek, L. (1995). *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik: Leitfaden für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen* (4. Auflage). Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Bundesärztekammer (2017): *Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opioidabhängiger*. Berlin. Online unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf (abgerufen am 10.08.2018)
- Enekwe, A., Kimmig, R., Bialas, I., & Köninger, A. (2015). *Substanzabusus in der Schwangerschaft*. In: *Der Gynäkologe*, Nr. 48(6), S. 464–469. Online unter: <https://doi.org/10.1007/s00129-015-3724-x> (abgerufen am 06.08.2018)

- Filipp, S. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gawlik, S., & Reck, C. (2011). *Erschöpfung und Depression in der Schwangerschaft*. In: *Psychotherapeut*, Nr. 56(3), S. 224–230. Online unter: <https://doi.org/10.1007/s00278-011-0820-9> (abgerufen am 04.08.2018)
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4.Auflage) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hannöver, W. et.al. (2008): *Interventionen gegen das Tabakrauchen in der Schwangerschaft und post partum. Modalitäten, Wirksamkeit, Einführung in die Motivierende Gesprächsführung und sozial-kognitive Modelle zur Verhaltensänderung*. In: *Z Geburtsh Neonatol.* Nr. 212, S. 87-93. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Helferich, C. (2005): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (2.Auflage) Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Katschnig, H. & Wanschura, E. (2001): *Wenn Frauen krank werden... Psychosomatik aus systemischer Sicht*. In: Springer-Kremser, M., Ringler, M. & Ede, A. (Hrsg.) (2001). *Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus*. (zweite, neu bearbeitete Auflage). Wien, New York: Springer. S. 51 - 76.
- Leipziger Netzwerk für Kinderschutz und frühe Hilfen (N.N.): *Leipziger Leitfaden für Kinderschutz*. Online: https://www.leipzig.de/fileadmin/mediendatenbank/leipzig-de/Stadt/02.5_Dez5_Jugend_Soziales_Gesundheit_Schule/51_Amt_fuer_Jugend_Familie_und_Bildung/Netzwerk_Kinderschutz/Leitfaden_final.pdf, (abgerufen am 05.08.2018)
- Maurischat, C. (2001). *Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaska`s -eine Bestandsaufnahme*. Freiburg: Psychologisches Institut, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Online:

<http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/424>, (abgerufen am 31.07.2018)

Mayring, P. (2009). Qualitative Inhaltsanalyse. In Flick, U., Kardorff, E. von & Steinke, E. (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (7. Auflage, S. 468 – 475) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Auflage) Weinheim; Basel: Beltz.

Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Auflage) Weinheim; Basel: Beltz.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004). Motivierende Gesprächsführung (2., überarb. u. erw. Auflage). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Nocross, J.C., Krebs, P.M. & Prochaska, J.O. (2011). *Stages of Change*. In *Journal of Clinical Psychology*. Nr. 67(2), S.143-154. Online: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jclp.20758>, (abgerufen am 31.07.2018)

Prochaska, J.O. & Nocross, J.C. (2001). Stages of Change. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Nr. 38(4), S.443-448. Online: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b323706b-b53c-4995-8dbe-75e25140007c%40sessionmgr4007>, (abgerufen am 31.07.2018)

Ringler, M. (2001). *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*. In: Springer-Kremser, M., Ringler, M. & Ede, A. (Hrsg.) (2001). *Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus*. (zweite, neu bearbeitete Auflage). Wien, New York: Springer. S. 141 – 183.

Ritscher, W. (2011). *Systemische Diagnose: Eine Skizze*. In: *Kontext*, Nr. 42(1), S. 4–28. Online unter: <https://doi.org/10.13109/kont.2011.42.1.4>

Stauber, M. (1998). Psychosomatische Probleme in der Schwangerschaft und im Wochenbett. In: *Der Gynäkologe*, Nr. 31. S. 103-118)

- Thyrian, J. R., Rumpf, H.-J., Meyer, C., Hapke, U., & John, U. (2004).
Verhaltensspezifische Determinanten der Veränderungsmotivation bei multiplem Risikoverhalten. In: *Zeitschrift Für Gesundheitspsychologie*, Nr. 12(2), S. 56–64.
<https://doi.org/10.1026/0943-8149.12.2.56>
- Tödte, M., Kaubisch, S. & Leuders, A. (2016): *Schwangerschaft und Mutterschaft bei drogenabhängigen Frauen*. In Tödte, M & Bernard, C (Hg.) (2016): *Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme*. Bielefeld: Transcript. S.163 – 183.
- Vogt, I. (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis*. Weinheim, Basel: Beltz
- Wimmer-Puchinger, B. (1992). *Schwangerschaft als Krise. Psychosoziale Bedingungen von Schwangerschaftskomplikationen*. Berlin, Heidelberg: Springer.

ABKÜRZUNGEN

SoC	Stages of Change
TTM	Transtheoretisches Modell
ABW	Ambulant betreutes Wohnen
AfJFB	Amt für Familie, Jugend und Bildung
ASD	Allgemeiner Sozialdienst des Amtes für Jugend, Familie und Bildung
HZE	Hilfen zur Erziehung
PSB	Sozialpsychologische Begleitung im Rahmen einer substitutgestützten Therapie Opiatabhängiger
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
SFHÄndG	Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz
z.B.	zum Beispiel

ABBILDUNGEN

Abbildung 1	Induktive Kategorienbildung	Seite 23 .
Abbildung 2	Strukturierung	Seite 24 f.
Abbildung 3	Konsumkreislauf	Seite 33

7 ANHANG

ANHANG 1 - INTERVIEWLEITFADEN

Erhebung **soziodemografischer Daten**:

Alter, Geschlecht, Nationalität, Ausbildung (inkl. Zusatzausbildungen) Beruflicher Werdegang

Seit wann sind Sie in dieser Einrichtung tätig? Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?

Was sind ihre **ersten Gedanken** zu den Themen **Schwangerschaft und Sucht**?

THEMENKOMPLEX 1:

Können Sie mir bitte einen **Überblick über das Leipziger Hilfesystem** für Drogenkonsumierende Frauen geben?

Welche **Angebote** gibt es?

Wie **erfahren** die Frauen von diesen Angeboten?

Wie beginnen die Hilfen gewöhnlich? Wer sucht den Kontakt zuerst? (Hilfenetzwerk oder Schwangere Frau)

Mit welcher **Zielsetzung** wird mit schwangeren Drogenkonsumentinnen gearbeitet?

Welche Rolle spielt das **doppelte Mandat** von Hilfe und Kontrolle in der Arbeit?

Wie **eng** ist der **Kontakt** zu den Frauen in der Zeit der Schwangerschaft?

Welche Schwierigkeiten oder **Herausforderungen** sehen Sie?

THEMENKOMPLEX 2:

Was sind **zentrale Themen** in der beratenden Arbeit mit schwangeren Konsumentinnen?

Welche Themen werden **von Sozialarbeiter_innen eingebracht**?

Welche Themen werden **von den schwangeren Frauen eingebracht**?

In welchen Bereichen **möchten die Frauen Unterstützung**?

In welchen Bereichen erleben die Sozialarbeiter_innen **eher Ablehnung**?

Inwieweit unterscheiden sich die **Themen** der **drogenkonsumierenden** Schwangeren von denen **anderer Klient_innen**?

Inwieweit unterscheidet sich die Arbeit mit Frauen, die hauptsächlich **Heroin** konsumieren von Frauen, die hauptsächlich **Methamphetamine** konsumieren?

THEMENKOMPLEX 3:

Wie **verändert sich das Leben** einer drogenkonsumierenden Frau ihrer Erfahrung nach **durch eine Schwangerschaft**?

Stellen Sie hier Unterschiede zwischen den **einzelnen** Substanzen (speziell Methamphetamine und Heroin) fest? Welche sind das?

Inwieweit kann der **Drogenkonsum während der Schwangerschaft als funktional** bewertet werden?

Welche Funktionen übernimmt er?

Welche **Vorteile** hat der Drogenkonsum gegenüber der Abstinenz für Schwangere?

Inwieweit kann der Konsum in der Zeit der Schwangerschaft als **systemstabilisierend** bewertet werden?

Inwieweit kann der Konsum in der Zeit der Schwangerschaft als **stabilitätsgefährdend** bewertet werden?

THEMENKOMPLEX 4:

„**Veränderungsmotivation**“ ist ein zentraler Begriff in der Drogen- und Suchthilfe. Inwieweit kann man von einer Entwicklung dieser im Zuge einer Schwangerschaft sprechen?

Was ist Ihnen **noch wichtig** zu sagen?

ANHANG 2 - EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG UND VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER INTERVIEWDATEN

Forschung: Bachelorarbeit: Schwangerschaft und Sucht
Veränderungsmotivation drogenkonsumierender Schwangerer aus Sicht
beratender Sozialarbeiter_innen in Leipzig

Betreuerinnen: Prof. Dr. Maika Böhm, Dipl. Soz.päd. Cornelia Weller

Interviewerin: Anna Hirschmann

Interviewte_r: _____

Interviewdatum: _____

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und daraufhin von der Interviewerin in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer eindeutigen Identifizierung der Personen führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Durch die thematische Fokussierung auf den Raum Leipzig und die Spezifika des lokalen Hilfesystems kann die Anonymität der Einrichtungen, innerhalb der die Interviewten tätig sind, trotz sorgfältiger Arbeit an der Anonymisierung der Daten nicht vollständig garantiert werden.

In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Personen führen kann. Die Interviews in ihrer vollständigen Form werden neben der Interviewerin nur dem betreuenden Lehrpersonal der Hochschule Merseburg zur Verfügung gestellt.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen. Auf Wunsch kann nach Fertigstellung der Bachelorarbeit diese den Interviewten zur Verfügung gestellt werden.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview mit den oben genannten Konditionen teilzunehmen.

Vorname; Nachname in Druckschrift

Ort, Datum / Unterschrift

ANHANG 3 - INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNERIN 1

Das Interview wurde geführt von Anna Hirschmann und fand am 28.06.2018 statt.

- 1 **Interviewerin:** Zu Beginn bräuchte ich bitte erstmal ein paar sozio-demographische Daten. Also das Alter zum Beispiel - also Ihr Alter.
- 2 **Befragte:** Ich bin 36.
- 3 **Interviewerin:** 36, ich schreib nicht mit, weil ich es ja aufnehme, ne? Geschlecht ist weiblich. Nationalität?
- 4 **Befragte:** Deutsch
- 5 **Interviewerin:** ...ist deutsch. Welche Ausbildung haben Sie?
- 6 **Befragte:** Sozialpädagogin, Sozialarbeiterin, Diplom.
- 7 **Interviewerin:** Ok. Und den beruflichen Werdegang so ganz kurz zusammengefasst?
- 8 **Befragte:** Also ich habe erst eine Ausbildung gemacht zur Mediengestalterin, habe dann das Studium angefangen anschließend zur Sozialen Arbeit, dann habe ich vier Jahre studiert, war dann zwei Jahre nochmal in Elternzeit mit meinem zweiten Kind und hab dann angefangen beim ASD zu arbeiten hier in der Stadt Leipzig und bin dann ein Jahr später in dieses Projekt umgestiegen. Ich arbeite sozusagen jetzt seit 7 Jahren ungefähr hier im [Einrichtung] der Stadt Leipzig.
- 9 **Interviewerin:** Ok. Vielen Dank. Also seit 7 Jahren ungefähr, ne?
- 10 **Befragte:** Mhm (bejahend).
- 11 **Interviewerin:** Gut, Wie sieht denn der Arbeitsalltag hier so aus in der Einrichtung, also in diesem Angebot?
- 12 **Befragte:** Also an uns wenden sich ja Familien, also Schwangere, werdende Väter und Familien mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr, die Hilfe und Unterstützung in Anspruch nehmen möchten. Wir sind ein niedrigschwelliges Angebot, das heißt wir haben keine bürokratischen Hürden, die die Familie jetzt so bewältigen müsste um jetzt einen Antrag zu stellen. Also wir... sie können einfach anrufen und wir machen dann ganz unproblematisch einen Termin aus. Wir sind auch aufsuchend tätig, das heißt wir kommen nach Hause oder begleiten auch bei Behörden.
- 13 **Interviewerin:** Ok.
- 14 **Befragte:** Das ist sozusagen das Angebot, was wir haben. Da haben wir ungefähr 50 % Selbstmelder, also Familien, die sich an uns wenden. Das wird sozusagen vermittelt, entweder über den ASD, über Schwangerschaftsberatungsstellen, über Kliniken, über Ärzte oder andere Netzwerkpartner, Hebammen zum Beispiel auch. Alle, die mit dieser Zielgruppe, - Schwangere, werdende Väter oder Eltern mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr - irgendwo in Berührung kommen, können auch an uns vermitteln.
- 15 **Interviewerin:** Mhm (bejahend). Und was sind das dann für Eltern? Also was zeichnet sie aus sozusagen, dass sie hier landen?
- 16 **Befragte:** Grundsätzlich sind sie dann schon in einer problematischen Lebenssituation oder in einer schwierigen Lebenssituation, sonst würden sie unser Angebot auch einfach nicht nutzen. Also wir sind... haben sozusagen schon mit Personen zu tun, die zum Beispiel vielleicht Drogen konsumieren, was jetzt hier auch Thema ist, oder die, weil sie finanzielle Probleme haben, die mit Krankheit zu tun haben, die vielleicht schwierige Partnerschaften haben, die einen Migrationshintergrund haben, also immer, wo es irgendwo Hemmnisse gibt oder Schwierigkeiten, das sind immer potentiell schon Familien, die wir dann irgendwo auch in der Betreuung haben.
- 17 **Interviewerin:** Ja, ok.

- 18 **Befragte:** Mhm (bejahend). Es kommt natürlich auch immer mal vor, dass jemand ..., dass hier Familien bei uns vorsprechen, die jetzt Hilfe beim Elterngeldantrag haben, aber es ist prozentual sehr wenig, sehr selten, weil wir stellen uns auch bei diesen Familieninfotagen vor, die es hier in Leipzig gibt, zweimal im Jahr. Da haben wir immer das Gefühl, da kommen dann auch mal - sag ich mal - so Familien, die im Einfamilienhaus leben und sich mal beraten lassen möchten über die ganzen Leistungen, die ihnen jetzt zustehen, aber die können grundsätzlich ja auch zu anderen Stellen gehen und sich beraten lassen. Und da sind wir schon hauptsächlich für Familien zuständig, die in einer schwierigen Lebenssituation sind, aber wir wollen eben, dass es ein freiwilliges, niedrigschwelliges Angebot ist. Wir wollen wirklich alle Familien erreichen, denn auch wer gut gestellt ist, kann in eine schwierige Lebenssituation kommen und dann Hilfe benötigen. Es gibt ja auch zum Beispiel Tod von Angehörigen und der Kindesmutter oder des Kindesvaters. Ist auch eine schwierige Situation, bei der einer Familie dann auch vielleicht eine Begleitung braucht zum Beispiel. Aber auch Tod des Kindes, ne ...
- 19 **Interviewerin:** (kurze Pause) Ja. Ok. Vielen Dank erstmal, für die Einführung sozusagen. Jetzt kommen wir zu den bisschen schwierigen Fragen wahrscheinlich. Was sind denn so Ihre ersten Gedanken, wenn es um das Thema Schwangerschaft in Kombination mit Sucht und Drogenkonsum geht?
- 20 **Befragte:** Da sind wir hier vom Team her natürlich gleich hellhörig, weil es gibt eben auch bestimmte Standards. Familien, die eben irgendwo eine Drogenvergangenheit haben oder Suchtvergangenheit haben, da müssen wir wirklich viele Themen auch abklopfen um zu gucken, ob das Kindeswohl eben auch gesichert ist in der Familie. Also was gibt es hier für eine Vergangenheit? Wie sind die Familienverhältnisse? Wie stabil ist die Familie aufgestellt? Und so weiter. Und dann kommt es auch auf den Drogenkonsum insgesamt an, ne? Wurde jetzt nur berichtet, dass hier mal Cannabis geraucht wurde und das liegt in der Vergangenheit? Dann wird das natürlich anders bewertet, als wenn jemand sagt: „Ich habe auch jetzt noch regelmäßig Crystal-Konsum und ich bin schwanger.“ Also das sind eigentlich dann also Familien, die wir dann auch zeitnah an den ASD anbinden müssen, einfach um zu gucken, ja wie hier eine Perspektive überhaupt aussehen kann für die Familie mit dem Kind, weil dann muss man schon ein sehr enges Hilfesystem drum rum bauen um die Familie, um die zu stützen
- 21 **Interviewerin:** Ja. Gut, dann bringen Sie mich genau nämlich zu meinem nächsten Stichpunkt. Wie ist denn das... Also können Sie mir einen Überblick geben über das Leipziger Hilfesystem für drogenkonsumierende Schwangere?
- 22 **Befragte:** Ja, also grundsätzlich gibt es ja die Suchtberatungsstellen auch als niedrigschwelliges Angebot, aber ich denke alle Beratungsstellen haben wahrscheinlich immer auch mal damit zu tun. Wir hören das ja auch von den Schwangerschaftsberatungsstellen, wenn Vermittlungen kommen: Hier gibt es einen Drogenhintergrund bei der Familie. Also stichpunktartig oder sporadisch wird das immer mit in der Vergangenheit dann auch... irgendwo werden die Familien halt anlaufen und das wird in der Vergangenheit wahrscheinlich immer mal aufgetreten sein. Wer jetzt direkt Hilfen anbietet... das sind eben dann diese Suchtberatungsstellen und wir arbeiten aber grundsätzlich dann meistens eher mit dem ASD zusammen, weil es bei uns halt mehr darum geht: Ist diese Familie trotzdem in der Lage, trotz des Drogenkonsums, oder vielleicht können sie es auch abstellen, in der Lage, das Kind gut zu versorgen? Das heißt wir brauchen hier auf jeden Fall eine enge Zusammenarbeit, zum Beispiel auch vielleicht mit dem Kinderarzt, mit einer Hebamme, vielleicht mit einer Familienhebamme, mit uns, vielleicht auch mit einer Sozialpädagogischen Familienhilfe und wenn es wirklich ganz engmaschig sein soll, dann sogar eine Mutter-Kind-WG zum Beispiel, ne? Und dass darüber eine Unterstützung erfolgen kann. Ansonsten haben wir nicht so sehr mit der Vermittlung an Suchtberatungsstellen zu tun, weil wir wirklich dann immer gucken: Wir brauchen jetzt einen geradlinigen Weg, um ein Hilfesystem aufzubauen. Und das kann dann eigentlich nur über den ASD gelingen, weil der ja hier sozusagen der Koordinator dann auch letztlich ist. Es muss jemand sein, der da den großen Blick darauf hat, auf die Familie und das kann in diesem ganzen großen Netzwerk dann eigentlich nur der ASD sein, der das ganze koordiniert.
- 23 **Interviewerin:** Und welche Art von Netzwerk baut der ASD dann gewöhnlich auf in so einer (unverständlich)?

- 24 **Befragte:** Naja, das kommt wie gesagt auf den Konsum drauf an und auf die Stabilität der Familie und das kann eben sehr niedrigschwellig sein. Es gibt durchaus Familien, wo das vielleicht mal in der Vergangenheit eine Rolle gespielt hat und wo man einfach sicher gehen will. Da holt man sich dann vielleicht ... Naja, hat die Familie eine Hebamme? Hat die vielleicht noch eine Familienhebamme? Ist [Einrichtung] vielleicht ab und zu mal mit dran, das sind ja jetzt wir, ne? Und wenn es dann intensiver werden soll, dann die weiterführenden Hilfen, wie zum Beispiel Sozialpädagogische Familienhilfe oder Mutter-Kind-WG. Es gibt auch Schutzkonzepte vom ASD aus. Das heißt, da wird auch nochmal der Kinderarzt zum Beispiel sensibilisiert, grade, nach der Geburt gibt es ja sehr viele Untersuchungen - vielleicht vom Kinderarzt oder auch von der Hebamme - dann gibt es eben Schweigepflichtentbindungen, dass, sollte denen irgendetwas auffallen, den unterschiedlichen Professionen, dass sie das sofort dann melden. Es gibt ja Familien, die das jetzt auch ein bisschen ablehnen, sag ich jetzt mal so. Die wollen nicht so diese Überwachung mit Sozialpädagogischer Familienhilfe, haben vielleicht auch gar nicht so diesen Bedarf, weil der erzieherische Bedarf gar nicht da ist, ne? Die haben vielleicht diese Vergangenheit, aber eigentlich sind die fit, machen auch ihre Wege und so weiter aber irgendwo brauchen wir eine Art von Sicherheit, weil die können uns ja jederzeit wegrutschen. Und da macht man so eine Art Schutzkonzept über den ASD, wo dann eben das Netzwerk mit eingebunden ist. Die kriegen die Auflage regelmäßig zur Suchtberatung zu gehen und sollte irgendjemandem in diesem Netzwerk - das kann eben sehr unterschiedlich gestrickt sein, was ich eben gesagt habe - was auffallen, dann würde es sozusagen dann eine Rückmeldung geben an den ASD. (...) Ich habe das halt auch sehr unterschiedlich schon erlebt, wie das gemacht wird. Weil, ich habe genauso schon Substituierende mitbegleitet über lange Zeiträume, wo es zum Beispiel auch kein Schutzkonzept gab, oder so. Also es ist auch sehr unterschiedlich, ne?
- 25 **Interviewerin:** Ok, also das Schutzkonzept wird dann vom ASD in Zusammenarbeit mit dem ganzen Netzwerk in so einem Hilfeplangespräch sozusagen...
- 26 **Befragte:** Ja genau. So kann man das sagen. Ist jetzt kein richtiges Hilfeplangespräch wahrscheinlich, weil da keine richtige Hilfe installiert wird. Es ist eben ein Gespräch... genau..., wo der ASD in dieses Schutzkonzept diese Netzwerkpartner mit einbezieht, mhm (bejahend).
- 27 **Interviewerin:** Was sind denn dann so... Also wenn man die schwangeren Frauen so berät, die genau in diesem Kontext so stehen, was sind denn dann so zentrale Themen die bei der Beratung dann irgendwie eine Rolle spielen?
- 28 **Befragte:** Also von unserer Seite kann ich ja jetzt nur sprechen. Wir machen grundsätzlich unsere Arbeit und unsere Themen, die rund um die Schwangerschaft, Geburt und die Zeit danach mit Baby relevant sind. Das heißt, wir gucken, fragen ab: Wie läuft das jetzt zum Beispiel mit dem Baby? Oder ich sag mal vorgeburtlich ist es eben die ganze Vorbereitung, die Stiftungsgelder zum Beispiel, macht man eine Vaterschaftsanerkennung, wo wird man perspektivisch wohnen zum Beispiel, wir haben ja auch Wohnungslosigkeit oftmals, ne? Also das... grundsätzlich kann man nicht sagen, dass die Drogen bei uns jetzt ein Hauptthema sind. Das ist eine Sache, die wir mit im Blick haben. Aber wir machen unsere Soziale Arbeit. Die Familie hat ein Anliegen, z.B. eine Wohnungslosigkeit liegt noch vor oder die haben Schulden und kriegen deswegen keine Wohnung oder die haben keine finanziellen Möglichkeiten und brauchen die Stiftungsgelder, die haben Probleme mit dem Kindesvater, sind sich da nicht im Klaren, wie sie es machen wollen bis zur Geburt - dann helfen wir bei diesen zentralen Themen.
- 29 **Interviewerin:** Und der Drogenkonsum kommt dabei gar nicht unbedingt ins Gespräch?
- 30 **Befragte:** Der kommt eigentlich nicht unbedingt ins Gespräch. Also wenn ich jemanden begleite, dann spreche ich das natürlich immer mal an, wie bestimmte Sachen laufen. Aber das hat für die Familien, weil die ja häufig so multifaktorielle Probleme haben, sage ich jetzt mal, also viele Problemlagen haben, ist das nicht unbedingt jedes Mal Thema. Das ist dann eher so eine Schutzsache vom ASD wieder, der eben gucken muss: Kriegen die sonst alles in ihrem Leben trotzdem irgendwie hin?
- 31 **Interviewerin:** Verstehe. Ähm... das heißt, die Frauen suchen dann eher Unterstützung in so finanziellen Sachen?

- 32 **Befragte:** Wir gucken dann zusammen: Ist alles für das Baby vorbereitet? Wenn eine Frau hier wirklich schon schwanger ankommt... das ist ja nicht immer so. Es kann ja sehr unterschiedlich sein. Manche kommen, wenn sie schwanger sind. Manche kommen, wenn das Baby schon da ist, weil der Klinik was aufgefallen ist oder so. Und nach der Geburt würde man auch nochmal grundsätzlich beraten zu den ganzen Behördenwegen, da haben ja die meisten eigentlich... das ist eigentlich immer ein zentrales Thema, ähm, dass da eben alles gestellt ist. Manchmal gibt es dann aber auch noch andere Probleme und Anliegen. Vielleicht ältere Kinder, die noch mit im Haushalt sind, haben noch keinen Kindergartenplatz. Das haben wir in letzter Zeit häufiger gehabt. Genau. Wir haben auch viele Familien mit Migrationshintergrund, wobei hier die Drogenproblematik eben auch überhaupt gar keine Rolle spielt bisher. Also das habe ich bisher noch nicht so erlebt.
- 33 **Interviewerin:** Ok. Ist ja auch nicht so schlimm (lacht).
- 34 **Befragte:** Jaja (lacht).
- 35 **Interviewerin:** Gibt's da so einen Unterschied zwischen Themen, die sozusagen von Ihnen eingebracht werden und Themen, die eher von den Schwangeren eingebracht werden?
- 36 **Befragte:** Mhm (bejahend). Wir sind ja ein freiwilliges Angebot und das heißt, die Familie kommt schon mit einem Anliegen zu uns. Wir klopfen natürlich viele Themengebiete auch zusätzlich ab. Dafür haben wir auch so ein paar Stichpunkte entwickelt, sage ich mal. Dass wir auch wirklich alles mit in den Blick nehmen. Aber das kann man auch nicht immer machen. Klienten sind sehr unterschiedlich, sehr unterschiedlich offen. Das merkt man halt auch. Und man muss natürlich auch bisschen Vertrauen auch erstmal aufbauen in den Klienten und da macht es oftmals auch keinen Sinn zum Beispiel in einem Erstberatungsgespräch sofort alle Sachen abzufragen standardmäßig. Sondern dass man eben erst langsam das vordergründige Anliegen mit einer Familie bearbeitet und dann weiterguckt. Aber natürlich, wenn ich jetzt mitbekomme... zum Beispiel frage ich auch nicht unbedingt klassisch ab: „Wie ist es denn mit Drogenkonsum bei Ihnen?“ (lacht) Sag ich jetzt mal so, ne? Ähm, das kann auch sein, dass ich das in einem Erstgespräch gar nicht feststelle. Aber wenn ich jetzt zum Beispiel feststelle bei einer Familie: Hier spielen Drogen und Drogenkonsum eine Rolle, dann habe ich das auf jeden Fall ab diesem Zeitpunkt mit auf dem Schirm und muss das bewerten und mit meiner Kollegin reflektieren wie wir dann mit dem Fall umgehen. Und ich muss das natürlich auch mit der Familie auch transparent machen. Also wenn es ein Drogenkonsum ist, der irgendwo in diesen Bereich fällt, dass eine Hilfe notwendig ist, also mehr Hilfe oder ein größeres Netzwerk notwendig ist, dann muss ich das dann mit der Familie auf jeden Fall besprechen.
- 37 **Interviewerin:** Ja. (...) Und gesetzt den Fall es stellt sich also raus, die Frau konsumiert Drogen, auch noch während der Schwangerschaft, mit welcher Zielsetzung wir dann mit ihr weitergearbeitet?
- 38 **Befragte:** Also das kommt auf die Stabilität der Klientin an. Wenn sie mir recht fit erscheint, dann kann man sicherlich noch eine Weile mit ihr arbeiten, aber bei uns ist die Anbindung an den ASD unausweichlich. Wenn jemand auch in der Schwangerschaft noch Drogen konsumiert, werden wir auf jeden Fall an den ASD anbinden, ähm, und sollte die Klientin zum Beispiel auch den Kontakt dann zu uns abbrechen, würden wir es melden und wenn sie aber so grundsätzlich motiviert ist und es ist noch nicht so weit fortgeschritten, die Schwangerschaft, würden wir auf jeden Fall auch noch eine Weile mit ihr arbeiten an den Problemen, die es gibt, mhm (bejahend). Also die kommen ja mit einem Anliegen zu uns.
- 39 **Interviewerin:** Also Anliegen vor Konsum sozusagen. Kann man das so werten?
- 40 **Befragte:** Ja genau. Dann gucken wir halt. Wir haben das dann mit im Blick und es ist vielleicht auch noch ein bisschen Zeit und dann kann man nochmal mit der Familie arbeiten aber wenn jetzt wirklich in der Schwangerschaft ein Konsum besteht, ist auf jeden Fall der ASD mit im Boot, also über kurz oder lang. Das geht nicht anders.
- 41 **Interviewerin:** Ja ok, also Sie haben erzählt, es ist ein freiwilliges Angebot. Ich stell mir das kompliziert vor, dann so mit dem doppelten Mandat, von dem irgendwie viel die Rede ist, zwischen Hilfe und Kontrolle, dann irgendwie einen guten Weg zu finden. Wie schätzen Sie das ein?

- 42 **Befragte:** Grundsätzlich ja, weil wir ein freiwilliges Angebot sind, werden sich viele gar nicht bei uns melden, ne? Also sie kommen gar nicht bei uns an. Von daher haben wir vielleicht manchmal auch gar nicht mit diesen richtig kritischen Fällen zu tun, würde ich jetzt mal so sagen. Dann versuche ich das in so problematischen Gesprächen, sag ich mal, wenn man das hatte, die Hilfen eben anzubieten, die der ASD ja auch zur Verfügung stellt. Viele Familien sind sich, so wie ich es erlebt habe, auch bewusst, dass sie eigentlich viele Probleme haben, die sie gar nicht alleine bewerkstelligen können und das ist immer so bisschen mein Anker, den ich dann versuche aufzugreifen. Dass ich eben sage: „Na das und das kriegen sie ja auch nicht so gut hin. Ich würde sagen, wir holen da schon noch ein bisschen mehr Hilfe mit ins Boot. Wir machen mal einen Termin. Ich kann das auch für Sie machen.“ Meistens rufe ich dann zum Beispiel auch vom Büro aus oder auch von vor Ort auch einen ASD-Mitarbeiter an und dann sind die Familien... ich habe bisher eigentlich immer so erlebt, dass die Familien irgendwie dann doch motiviert waren, diesen Schritt dann auch mit mir gemeinsam zu gehen. Ich habe den Termin dann auch zum Beispiel begleitet. Aber es kann natürlich sein, dass ich an solche Klienten, die sowieso nicht zum ASD gehen, bisher noch nicht so gekommen bin, ne? Das... würde ich jetzt auch so sagen, dass das wahrscheinlich schon auch der Fall war.
- 43 **Interviewerin:** Ja, wahrscheinlich.
- 44 **Befragte:** Und ähm, ja, aber ich habe schon durch diese niedrighschwellige Arbeit schon oftmals die Situation gehabt, auch nicht nur mit Drogenkonsum, dass ich schon erkannt habe: Das ist eine Familie, die muss zum ASD, weil die Hilfe von uns nicht ausreicht. Wir sind ja nur kurzzeitig drinnen. Es gibt ja auch viele Familien, die halt so Tagesstrukturprobleme haben, bei denen es eben sehr unordentlich ist zu Hause, also extrem, nicht nur ein bisschen. Oder, die eben wirklich die Termine gar nicht geregelt bekommen. So bisschen was kann ich da unterstützen, aber ich kann nicht jede Woche 5 Stunden bei der Familie sein und dort helfen. Und über diese Schiene bekommt man eigentlich die Familien dann ganz gut, die ich bisher hatte. Gut motiviert zu sagen: Sie bekommen beim ASD ja mehr Hilfe. Die wollen ihnen ja helfen.
- 45 **Interviewerin:** Ist nicht nur die böse Instanz?
- 46 **Befragte:** Ist nicht nur die böse Instanz, ne. Es ist grundsätzlich schon immer, denk ich, schwierig. Vielleicht lassen sie sich auch mehr oder weniger überreden, ne, und wollen es gar nicht so richtig, aber so mit der, ja mit dieser Strategie bin ich bisher immer ganz gut gefahren. Ja genau. Und letztlich hab ich's auch so erlebt, die Familien, die dann wirklich den Kontakt komplett abbrechen zu [Einrichtung] und wo man dann eben nochmal zum ASD die Rückmeldung gibt, da würde ich auch sagen... Ich kann das ja nicht verfolgen, aber die haben es sicherlich wahrscheinlich nicht geschafft mit Kind perspektivisch zusammenzuleben. Und die, die jetzt wirklich mit dem Kind zusammenleben wollen, das ist ja auch immer eine Argumentation, die man gut bringen kann, dass man die Familie motiviert: „Sie möchten ja nach der Geburt mit dem Kind zusammen sein.“ Also wenn das die Motivation der Familie ist, dann ist das ja das beste jetzt zum ASD zu gehen, jetzt ein Netzwerk aufzubauen, die Hilfe anzunehmen und da zu gucken, dass die Familie das auch wirklich alles schafft mit Kind. Also wenn man jetzt alles so laufen lässt mit den ganzen Problemen, die jetzt schon bestehen und die man jetzt nicht so schnell lösen kann, und dann kommt das Kind, nichts ist geregelt, der Wohnraum ist vielleicht nicht geregelt und so weiter, ähm, dann gibt es nur noch die Option für den ASD das Kind in Obhut zu nehmen und das wäre dann die Konsequenz. Man verzögert das sozusagen ja dann nur. Also man hat da schon so ein paar Argumentationen, dass man die Familien doch motiviert bekommt.
- 47 **Interviewerin:** Und das funktioniert auch?
- 48 **Befragte:** Also wie gesagt, ich habe das bisher schon oftmals machen müssen mit Familien. Ich hatte zum Beispiel noch keinen Fall, wo ich jetzt eine Familie tatsächlich, ähm, melden musste, weil die nicht einverstanden waren. Ich habe die tatsächlich immer motiviert bekommen, zum ASD zu gehen, also wenn ich da mehr Hilfebedarf gesehen habe. Das kann aber auch daran liegen, dass wir eben jetzt nicht so krasse Klienten haben (lacht), wie sie vielleicht beim Streetwork vielleicht auch auflaufen. Die dann sowieso melden, vielleicht wenn es da gar keine Regelmäßigkeit im Leben gibt oder so, dann...

- 49 **Interviewerin:** Ja, mich interessieren schon so die „normalen“ Drogenkonsumentinnen, sozusagen, die ihr Leben so führen aber jetzt nicht groß auf der Straße leben oder so. Ja, also so was die Motivation angeht, irgendwie so die Lebenssituation zum Positiven hin zu verändern, gibt es da Unterschiede zwischen drogenkonsumierenden und nicht konsumierenden Frauen?
- 50 **Befragte:** Also die Veränderungsmotivation so zum Leben würde ich sagen, die ist auch bei allen anderen Eltern enthalten, also der Wille dazu, jetzt bestimmte Probleme in Angriff zu nehmen, wenn das Kind jetzt kommt, oder weil das Kind jetzt kommt, das ist grundsätzlich bei allen da. Wie es jetzt umgesetzt wird, ist dann wieder die andere Frage, aber ich denke so an sich das Lebensereignis wird wahrscheinlich grundsätzlich schon dafür sorgen, dass man bestimmte Sachen verändern muss.
- 51 **Interviewerin:** Und auch will?
- 52 **Befragte:** Sicherlich auch will, aber das kann ich jetzt eigentlich von unseren Fällen her... Wir haben ja auch bloß einen kleinen prozentualen Anteil an Drogenkonsumierenden. Also in unserer Beratung, ich hätte jetzt nochmal in die Statistik gucken müssen. Vielleicht sagt es auch meine Kollegin nochmal. Ich kann es ihr auch nochmal sagen, wie viel Prozent wir eigentlich haben. Und alle Familien stellen sich ja darauf ein, dass jetzt ein Kind kommt. Und ich habe das natürlich... Aber in wieweit jetzt die Abstinenz dadurch nochmal verstärkt wird, das habe ich sehr unterschiedlich wahrgenommen. Es gibt halt Frauen, die machen dann einfach so weiter, grade, die jetzt auch vom ASD kamen, an uns vermittelt wurden und dann aber unsere Hilfe nicht so angenommen haben, ähm, da habe ich dann ja im Nachhinein dann auch schon mal gehört, das hat dann trotzdem nicht funktioniert und da war dann gar kein Veränderungswille da. Also das gibt es halt auch, ne? Also, ich könnte da jetzt nicht sagen, ob das groß... Das könnte man wahrscheinlich nur statistisch festhalten, wenn wir das statistisch erheben, aber das machen wir ja nicht. Und wir erfragen... also... ne. Oder ich müsste nochmal nachdenken über die Frage, aber die Motivation ist sicherlich da, wie bei vielen Familien, die jetzt ein Kind bekommen. Auch, die auch andere Probleme haben. Ja, weil ein Kind eben viel Veränderung auch mit sich bringt. Und die wissen ja auch, grade Drogenkonsumierende wissen auch, was dranhängt. Also durch dieses Netzwerk, was dann gespannt wird. Die sind ja einer großen Öffentlichkeit dann auch ausgesetzt, ne? Aber da müsste man wahrscheinlich auch gezielt auch die Personen nochmal fragen. (lacht)
- 53 **Interviewerin:** Ja, das war für eine Bachelorarbeit leider ein zu großer Aufwand.
- 54 Also so aus der systemischen Sozialarbeit kennt man ja diese Funktionalität von Handlungen und dieses „Alles, was ein Mensch macht, hat irgendwie einen Sinn für ihn“.
- 55 **Befragte:** Ja.
- 56 **Interviewerin:** Nun stellt sich für mich die Frage: Wie ist das für schwangere Frauen in ihrer Schwangerschaft mit dem Drogenkonsum - welche Funktionalität erfüllt der?
- 57 (...)
- 58 **Interviewerin:** Das ist eine schwierige Frage, aber vielleicht haben Sie irgendwie Ideen dazu.
- 59 **Befragte:** Naja, die Frauen, die jetzt Drogen konsumieren, die konsumieren das ja auch vorher schon. Also ich würde sagen, hier bestehen einfach Abhängigkeiten, die schon da sind und die Schwangerschaft kommt halt dazu. Selten sind ja die Schwangerschaften auch so geplant. Also das hör ich zum Beispiel auch nicht so oft, dass eine Schwangerschaft dann auch geplant war. Das war dann schon eher, sagen die Familien dann, ein Unfall. Also von daher würde ich sagen, der Drogenkonsum besteht. Ich habe auch schon erlebt, dass Frauen mir erzählt haben, Crystalkonsum haben sie dann einfach gelassen. Also als sie wussten sie sind schwanger, dann wurde das weggelassen und das ist dann auch gut gegangen und die können damit umgehen. Also ich hatte erst neulich eine Frau, die hat zu mir gesagt, vor ihrem ersten Kind hatte sie mit Crystal aufgehört und hat das davor als Partydroge konsumiert und sie konnte damit von einem Tag auf den anderen aufhören und ist jetzt auch seit 5 Jahren weg davon, obwohl sie das davor wohl sehr regelmäßig als Partydroge konsumiert hat. Also... genau... aber ob jetzt in Bezug auf die Schwangerschaft der Drogenkonsum irgendeinen Sinn erfüllt... ich kann mich da auch schlecht reindenken, weil ich selber ja keine Drogen konsumiere. (lacht) Also ich würde halt immer denken, dass

das Abhängigkeiten sind. Die Familien, die wir betreuen sind halt oft instabil, ne? Die haben viele Probleme oder sind nicht so gestärkt...

60 **Interviewerin:** ...was wahrscheinlich auch den Suchtdruck dann nochmal ein bisschen erhöht...

61 **Befragte:** Ja, genau. Das gehört wahrscheinlich dann auch zum Teil teilweise dann mit zu dem Leben, ja. Und genau. Aber dafür bin ich wahrscheinlich auch nicht so intensiv an den Familien dran, da kann ich das nicht so richtig beantworten.

62 **Interviewerin:** Ja, das ist nicht so schlimm.

63 (...)

64 **Interviewerin:** Also angenommen ich wäre jetzt eine Frau, die irgendwie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Crystal konsumiert, und ich würde jetzt schwanger sein und aufhören mit dem Konsum. Dann frage ich mich, ist das etwas, was meine Lebensstabilität gefährdet? Dadurch, dass ich ja die Schwangerschaft habe und noch dazu, sozusagen, die neue Situation, dann nicht zu konsumieren, ähm, also so meine ich das mit der Funktionalität. Also inwieweit das dann noch zusätzlich zu einer Überforderung führt.

65 **Befragte:** Also grundsätzlich haben wir ja auch das Wohl des Kindes im Blick und für uns ist es dann schon sehr schlecht, dass eine Frau, sag ich mal, keinen Veränderungswillen hat in der Schwangerschaft, wo man ja weiß, dass zum Beispiel Crystal oder Cannabis oder Alkohol sehr schädigend für den Fötus sind, das nicht schafft, das konsumieren einzustellen. Also das haben wir dann schon mit im Blick und das ist einfach eine problematische Sache, die eben schon zeigt, naja..., dass die Frau eben wahrscheinlich nicht so richtig den Willen hat, das zu ändern. Es gibt ja auch Frauen, die zum Beispiel in Substitution sind und die stabil sind und die - habe ich auch schon erlebt - es dann auch schaffen mit Kind.

66 **Interviewerin:** ... ,die dann aber Heroin konsumiert haben, ne?

67 **Befragte:** Genau, im Methadon-Ersatz-Programm. Und denen es dann schon auch leidtut: „Ach die Medikamente, das ist nicht so gut fürs Baby.“ Und da merkt man dann schon, die sind aber insgesamt dann schon stabiler. Die machen ihr Ding, zum Beispiel ihre Ausbildungen, gehen vielleicht dann auch nach dem Jahr wieder arbeiten und so weiter. Also... Und von daher habe ich es so erlebt, also Frauen, die den Konsum nicht einstellen während der Schwangerschaft, da ist eben dann die Veränderungsmotivation nicht so da, würde ich jetzt mal unterstellen. Weil das Kind wird ja schon...

68 **Interviewerin:** Da kann nicht mal die Schwangerschaft...

69 **Befragte:** Ja, nicht mal die Schwangerschaft, weil letztlich wird der Fötus in einem drin ja permanent geschädigt und das Kind... also die Auswirkungen davon sehen wir ja in den Kliniken, die Frühchen, die dann viele Probleme haben, und ja. Ich denke, die Tendenz ist dann eher, also wenn man's laufen lassen würde, größer, dass die sich eigentlich weniger um die Kinder kümmern. Gerade, wenn die jetzt vom Crystal nicht loskommen, habe ich so erlebt, also das sind zwar jetzt keine Familien, die wir betreuen, aber was man so beim ASD erlebt, das sind jetzt nicht so die Mütter, die sich dann weiterhin gut um die Kinder kümmern wollen, weil sie ja zum Beispiel auch gar nicht in die Kliniken dann gehen und dort beim Kind bleiben. Die leben dann nachher weiter ihr Leben.

70 **Interviewerin:** Klingt für mich jetzt so ein bisschen so, als ob sie einen Unterschied erleben zwischen Crystal-Konsumentinnen und zum Beispiel Heroin konsumierenden Frauen?

- 71 **Befragte:** Heroin habe ich bloß Substituierte betreut bisher, von daher kenn ich mich da jetzt auch gar nicht so aus. Also wir erleben halt hauptsächlich Crystal oder Cannabis oder auch Alkohol und dann noch Substituierende. Das sind so die Drogen. Manchmal noch starker Nikotinkonsum. Das ist zum Beispiel auch manchmal einer, der nicht in der Schwangerschaft eingestellt wird.
- 72 **Interviewerin:** Und sprechen die Frauen dann darüber? Also so... ich stell mir so Sätze vor wie „Ach Mensch, ich kann nicht aufhören aber ich würde so gern für mein Kind“, oder so.
- 73 **Befragte:** Naja, mit solchen Klienten habe ich gar nicht mehr zu tun meistens, weil es an den ASD angebunden wird und dann ja eh die Perspektive nicht so klar ist. Also wenn, dann habe ich nur mit Klienten zu tun gehabt, die gesagt haben: „Ach Mensch, der Drogentest war positiv, aber ich konsumiere gar nicht.“ Die müssen ja vom ASD aus diese Drogentests machen und die betuern dann hier vor mir, wobei es für mich keine Rolle spielt, ne, ich betreue die ja nur bei ihren Anliegen, aber die betuern dann bei mir, das hatte ich schon zweimal: „Ja, ich nehme auch wirklich keine Drogen, aber die Drogentests sind komischerweise positiv.“ Und so weiter und so fort. Da weiß ich dann auch nicht, was ich dann davon halten soll. Also schwierig. Ich meine, wir haben halt unser Angebot und natürlich kann die Familie mir das erzählen, aber mir sind dann letztlich auch die Hände gebunden. Der ASD hat das dann in der Hand, was dann da mit der Frau und dem Baby anschließend passiert.
- 74 **Interviewerin:** Der ASD, also das heißt dann, diejenigen, die für die jeweiligen Bezirke zuständig sind, vermitteln dann wahrscheinlich SPFH und so weiter? Wie eng ist denn während der Schwangerschaft schon der Kontakt zu den Frauen? Also ist das ein wöchentlicher Kontakt, oder wie ist das?
- 75 **Befragte:** Also, da wir ja Anliegen bezogen arbeiten, kann das auch total unterschiedlich sein. Also wir können einen Kontakt haben und dann nie wieder oder wir können fünf Kontakte haben. Das kommt auch darauf an, ob es einen großen Hilfebedarf gibt. Oftmals gibt es grade bei drogenkonsumierenden Familien gar nicht so einen großen Hilfebedarf bezüglich der Antragstellung oder so, ne. Also die kriegen ihre Anträge geregelt, ja? Es ist sozusagen nur die Gefahr für das Kind, nicht zu funktionieren später, wenn das Kind da ist. Wir wissen ja, was passiert ist, vor... also 2012... ähm es ist eben eine Gefahr für das Kind.
- 76 **Interviewerin:** Also Sie meinen den Fall, wo die tote Frau und ihr Kind gefunden wurden?
- 77 **Befragte:** Ja, genau. Und das ist eben was, was wir alle irgendwo mit auf dem Schirm haben und da muss man eben gucken. Und ich habe es halt wirklich so erlebt, dass der Hilfebedarf bezüglich der Antragstellung, was wir ja halt viel machen mit den Familien, oftmals gar nicht so hoch ist bei Drogenkonsumierenden.
- 78 **Interviewerin:** Sondern eher?
- 79 **Befragte:** Die werden dann halt zum Beispiel vom ASD zu uns geschickt, wir sollen mal mit hingehen. Und wir machen dann grundsätzlich ein Beratungsgespräch, ja? Die haben dann auch Fragen in dem Setting, die man dann klärt, aber oftmals gibt es nicht so viele Anliegen, bei denen wir unterstützen können. Das ist eben was anderes, wenn eine Familie tatsächlich zu uns kommt und sagt: „Ich finde keine Wohnung. Ich bin obdachlos.“ Dann haben wir natürlich gleich ein Riesen-Programm, das wir auffahren können. Aber wenn das alles gesichert ist, das ist halt wirklich bei uns extrem unterschiedlich. Natürlich können auch drogenkonsumierende Familien zu uns kommen, die einen großen Hilfebedarf haben. Dann sind bei uns auch die Kontakte sehr engmaschig. Und ja, ich hatte auch zum Beispiel die Frau, die substituiert wird, im letzten Jahr, die habe ich auch sehr engmaschig betreut, weil die eben eine große Schuldenproblematik und eine Wohnungsproblematik noch hatte und da habe ich sie sehr eng betreut lange Zeit. Jetzt ist es aber ausgelaufen eben und dann ist es auch gut. Aber da gibt's genauso Drogenkonsumenten, die haben vielleicht nur einen Kontakt bei uns und das war's dann. Wenn die jetzt aber vom ASD geschickt werden schon: „Lasst euch mal bei [Einrichtung] beraten“, und dann kommen wir nach der Geburt vielleicht nochmal hin, machen auch nochmal ein Beratungsgespräch und wenn die dann noch anliegen haben, dass die einfach wissen, die können sich bei uns melden, ja, dann können das auch nur ein oder zwei Beratungsgespräche sein. Und dann kann eben auch sein, wenn da jemand kommt und hat vielleicht Drogenkonsum und, ja, noch irgendwelche anderen Probleme,

vielleicht noch irgendwie Krankheit oder Trennung vom Partner und Konflikte mit häuslicher Gewalt, dann kann es schon sein, dass es auch gleich wieder mehr Kontakte sind gleich am Anfang. Also es kommt bei uns wirklich immer auf die Anliegen der Klienten an.

- 80 **Interviewerin:** Ok. Und da gibt es auch jetzt nicht irgendeine Art Ähnlichkeit zwischen allen Drogenkonsumentinnen, dass sie ein bestimmtes Anliegen haben, wie zum Beispiel ihre Sucht oder so.
- 81 **Befragte:** Hmh (verneinend). Also solche Sachen würde ich auch der Suchtberatungsstelle grundsätzlich überlassen. Also, weil ich mich mit Sucht und Therapie... wir machen ja auch keine Therapie.
- 82 **Interviewerin:** Aber Sie vermitteln die ja sicherlich in die Suchthilfe.
- 83 **Befragte:** Wir vermitteln dort hin, aber meine Erfahrung ist einfach, dass die da schon angebunden sind, wenn sie bei uns schon ankommen. Ich habe das noch nicht erlebt, dass jetzt jemand, der jetzt irgendwie Drogen konsumiert, nicht auch schon mal bei einer Beratungsstelle war oder da auch regelmäßig hingehht. Ist bei uns bisher nicht so gewesen.
- 84 **Interviewerin:** Ok, da haben sie wahrscheinlich einfach die anderen Klienten.
- 85 **Befragte:** Ja, da haben wir wahrscheinlich die Klienten, die eben schon... Weil das eben entweder vom ASD kommt oder auch andere Netzwerkpartner eben wissen. Wenn jemand mit so einer Problematik kommt, der wird dann eben vernetzt und dann sind wir eben ein Netzwerkpartner, der dann halt auch mit ins Boot geholt wird zum Beispiel bei der Zielgruppe, zum Beispiel beim ASD oder auch von einer Schwangerenberatungsstelle. Ich hatte das aber auch schon, dass jetzt zum Beispiel... ich hatte zum Beispiel mal ein Pärchen, die Alkoholiker waren und die jetzt ihr erstes Kind bekommen hatten. Die habe ich zum Beispiel auch gleich an den ASD vermittelt, weil ich denke halt, der ASD muss dann das Netzwerk spinnen, weil die ja dann auch die Oberhand haben dann letztlich. Die müssen das ja alles koordinieren.
- 86 **Interviewerin:** Die müssen die Entscheidungen treffen.
- 87 **Befragte:** Die müssen die Entscheidungen treffen und die müssen letztlich nachher wissen in welche Suchtberatungsstelle die gehen... Ach ne! Die waren..., aber die kamen. Die hatten irgendwie so ein betreutes Wohnen über so eine Suchtberatungsstelle. Jetzt erinnere ich mich gerade. Von daher brauchte ich die auch nicht mehr anzubinden, die waren ja dann schon bei einer Suchtberatung angebunden über das Haus, in dem sie da schon gewohnt haben. Die sind tatsächlich dann irgendwo da schon aufgelaufen. Müsste jetzt auch nochmal überlegen, welche Fälle ich so hatte. Vielleicht war ja doch nochmal jemand dabei. Ah das kann ich jetzt auch nicht...
- 88 **Interviewerin:** Klingt für mich aber, als sei das Leipziger Hilfenetz da ziemlich engmaschig und würde ziemlich gut funktionieren.
- 89 **Befragte:** Jaja, das würde ich auf jeden Fall auch so sagen. Also die kommen schon immer. Wie im Ping Pong. (lacht)
- 90 **Interviewerin:** Sehen sie irgendwie auch Schwierigkeiten oder Herausforderungen im Hilfenetzwerk, die es gibt? Sozusagen Problempunkte, die angegangen werden müssten? Also für eine Bestimmte Klientinnengruppe oder so...

- 91 **Befragte:** Dadurch, dass wir nicht so viel Arbeit in Bezug auf diese Suchterkrankung haben, würde mir da jetzt gar nicht so viel einfallen. Ich denke der ASD konnte da vielleicht schon eher noch eine Auskunft drüber geben, was wichtig wäre. Vielleicht sagen die zum Beispiel, wir bräuchten mehr Mutter-Kind-Plätze für diese spezielle Art der Erkrankung (lacht). Das könnte ich mir jetzt vorstellen, dass die halt sagen, sie haben Probleme manchmal jemanden zu vermitteln, ne? Also sei es eine SPFH mit der Zusatzausbildung oder Zusatzqualifikation zu bekommen oder die Familien in geeigneten Mutter-Kind-Einrichtungen unterzubringen. Das könnte ich mir vorstellen. Das weiß ich aber nicht, ob es so ist. Vielleicht sagen die auch: „Ne, das passt alles. Das klappt alles gut und die Zusammenarbeit ist gut.“ Ich hatte bisher auch nur positive Erfahrungen mit Beratungsstellen bisher. Also ich habe natürlich auch schon mal an Beratungsstellen vermittelt. das ist auch schon vorgekommen, aber das ist dann eben auch nur eine Vermittlung, das heißt, ich sage denen: „Hier ist der Kontakt, rufen sie selber an oder wollen wir jetzt hier zusammen einen Termin machen?“ Genau. ne, mir würde jetzt... ich muss jetzt bloß nochmal überlegen. Ne, also für Drogenkonsumierende wüsste ich jetzt nicht, was wir jetzt noch besser anbieten könnten.
- 92 **Interviewerin:** Das heißt, wenn eine Frau Drogen konsumiert, gewillt ist das zu verändern und schwanger ist, dann wird da auch alles in die Wege geleitet, dass das alles gut funktioniert und dann funktioniert es meistens auch, ne?“
- 93 **Befragte:** Und dann funktioniert das eigentlich, ja. Also wir haben positive Beispiele. Naja, negativ ist ja auch wieder so gewertet, ne, aber wenn das nicht funktioniert, ja. Es wird halt immer erst versucht auf einem niedrigschwelligen Weg, aber manchmal zeigt sich eben auch, dass die Familie das nicht schafft. Über die Drogentests kann der ASD ja wirkungsvoll sehen ob eine Familie den Drogenkonsum einstellt und man kann natürlich erstmal versuchen die niedrigschwelligen Hilfen einzusetzen wie PAAT oder Familienhebamme oder die normale reguläre Hebamme. Wenn denen etwas auffällt oder vielleicht so ein Test ist positiv, dann bleibt dann letztlich für die Familie nur noch Mutter-Kind-Einrichtung und das da nochmal zu versuchen, aber wenn der Versuch dann zum Beispiel scheitert, dann ist die Perspektive natürlich eine andere.
- 94 **Interviewerin:** Vielen Dank erstmal bis hierhin. Also ich habe meine Frage gestellt. Haben Sie noch etwas, was ihnen wichtig ist zu sagen, so als abschließendes Wort?
- 95 **Befragte:** Vielleicht fragen sie wirklich nochmal wegen so einem Interview beim ASD nach. Also ich denke, die Mitarbeiter dort sind da bestimmt auch nochmal intensiver dran an den Klienten.
- 96 **Interviewerin:** Aber so zum Thema Schwangerschaft und Sucht sind wir dann von ihrer Seite durch?
- 97 **Befragte:** Ja, da sind wir durch.
- 98 **Interviewerin:** Dann vielen herzlichen Dank!
- 99 (PAUSE, Aufnahme unterbrochen)
- 100 **Interviewerin:** So, also es gibt den Arbeitskreis „Pregnant“, ja?
- 101 **Befragte:** Genau, es gibt den Arbeitskreis „Pregnant“ und für den haben wir zum Beispiel auch anvisiert... auch mal herausgearbeitet, welche oder wie viele Drogenkonsumenten wir haben und welche Drogen da konsumiert werden.
- 102 **Interviewerin:** Gehören Sie auch zum Arbeitskreis „Pregnant“?
- 103 **Befragte:** Wir nehmen... also einer vom Team nimmt auf jeden Fall immer teil.
- 104 **Interviewerin:** Ok. Wie kann man sich denn... Also wie arbeitet denn dieser Arbeitskreis? Das habe ich bisher noch nicht so...
- 105 **Befragte:** Die finden sich... also einmal im halben Jahr findet der statt. Wenn man jetzt einmal hinget, dann erfährt man ja den nächsten Termin. Es gibt auch Informationen per E-Mail, regelmäßig über die... (unverständlich) wenn es jetzt Veranstaltungen... gab es jetzt zum Beispiel über das FHSD, dieses Syndrom, was bei Kindern besteht.
- 106 **Interviewerin:** Ah, Fetales...
- 107 **Befragte:** Mhm (bejahend).

- 108 **Interviewerin:** Ja, ...Alkoholsyndrom.
- 109 **Befragte:** Mhm (bejahend). Da gab es jetzt zum Beispiel auch eine Weiterbildung über den Arbeitskreis „Pregnant“. Und der wird halt auch einberufen, wenn hier jetzt im Leipziger Netzwerk irgendwo ein Fall bekannt ist, der sehr problematisch ist, dass sich die Fachkräfte wirklich alle nochmal zusammenfinden und darüber sprechen. Wie bauen wir jetzt hier ein Netzwerk zusammen, mit ASD, mit Beratungsstellen, mit anderen Angeboten, ja? Also dass dann wirklich nochmal eine Kooperation stattfindet.
- 110 **Interviewerin:** Ok und dann treffen sich die Netzwerkpartner sozusagen (unverständlich) und machen so ein Fallgespräch?
- 111 **Befragte:** Ja, so eine Art Fallgespräch ist das dann. Ich war jetzt noch nicht dabei.
- 112 **Interviewerin:** Ok, das macht also Frau [Kollegin], ja?
- 113 **Befragte:** Da können sie ja Frau Lein nochmal fragen, ne?
- 114 **Interviewerin:** Ja.
- 115 (...) (Befragte recherchiert an PC)
- 116 **Befragte:** Genau, wir hatten 2015 206 betreute Familie von uns im Angebot, ne? Und da waren 21 Familien mit Suchthintergrund.
- 117 **Interviewerin:** Aja, das sind 10 Prozent.
- 118 **Befragte:** Mhm (bejahend). Das sind 10 Prozent. Das haben sie aber schnell... (lacht)
- 119 **Interviewerin:** (lacht)
- 120 **Befragte:** 2016 hatten wir 162 betreute Familien und da waren 9 Familien mit Suchthintergrund. So. 2017... ähm ... Ach ne, da haben wir es noch nicht ausgezählt. Da hatten wir wie viele Klienten insgesamt? (zählt) Da haben wir 15 Familien mit Sucht. Moment... ich muss bloß die Fallerfassung öffnen und dann sehe ich, wie viele Familien wir 2017 hatten. (unverständlich) So... 2017... Da haben wir 179 Familien, die wir betreut haben. (unverständlich) Genau und da hatten wir ... was haben wir denn hier so? Crystal, Alkohol. Crystal, Crystal, THC, Crystal, Heroin, Crystal, Crystal, Alkohol, Nikotin... einmal habe ich hier Nikotin reingenommen, weil die wirklich auch in der Schwangerschaft so extrem Kette rauchte. Darum habe ich mal da Nikotin auch mit... weil das ist ja dann irgendwo auch eine Sucht.
- 121 **Interviewerin:** Ja.
- 122 **Befragte:** Heroin, Alkohol, Cannabis und meine Kollegin hat hier anscheinend auch nochmal Nikotin noch mit reingenommen bei sehr starkem Konsum. Mhm (bejahend). Und ich hatte mal letztes Jahr zum Beispiel eine Schmerzmittel-Abhängigkeit. Das war die einzige sozusagen. Das ist nochmal eine Besonderheit. Ansonsten reduziert sich das eben darauf, was ich vorhin schon gesagt habe, ne?
- 123 **Interviewerin:** Wird dann je nach Substanz in eine bestimmte Suchthilfeeinrichtung vermittelt?
- 124 **Befragte:** Hm (verneinend). Also für uns... ich sag mal, wenn ich jetzt THC habe und das war vielleicht noch in der Vergangenheit und die Familie wirkt mir stabil und so weiter und die kriegen alles hin, dann würde ich jetzt auch nicht an den ASD unbedingt vermitteln. Und da ist alles sonst in Ordnung, aber bei den anderen Sachen wie Crystal- und Alkoholkonsum und Cannabis in der Schwangerschaft ist bei uns immer der ASD und ich hab's ja, wie gesagt, auch immer schon erlebt, dass es irgendwo eine Anbindung auch an eine Suchtberatungsstelle gab, also... da... die haben mir dann schon... das ist eine Sache, die wir dann auch mit abfragen, ne? „Gehen Sie schon irgendwo zur Suchtberatung? Wo gehen Sie schon hin?“ Und da gab es dann immer schon Hilfen. Weil die sicherlich über das Netzwerk auch von uns erfahren. Wenn die jetzt zum Beispiel zur Suchtberatung gehen und dann... ja, jetzt sind sie schwanger, dann kriegen die unseren Flyer dort und sind... dann sagen die: „Dann gehen Sie mal da hin, bezogen auf die schwangerschaftsrelevanten Themen, um sich hier beraten zu lassen.“ Daran wird das liegen. Dass wir jetzt nicht unbedingt zu einer Familie kommen und dann sagen, dann (unverständlich) Die kommen nicht an... wahrscheinlich, wenn man Drogen konsumiert, kommt man früher oder später an eine Suchtberatungsstelle.
- 125 **Interviewerin:** Klar. Wie ein Ping-Pong.

- 126 **Befragte:** Jaja, ich guck grad, was ich hier so für... oftmals ist es so: Der ASD ist mit drin, holt uns mit dazu, das hatte ich auch schon öfter mal, und es ist wirklich nur so ein Cannabiskonsum bei einer Familie vorhanden, der nicht so schwerwiegend ist, dann kann es auch manchmal sein, dass ich dann auch zu einem Beratungstermin bin ein-, zwei- oder auch dreimal. Weiter ist dann nichts. Also dann sind... Auch der ASD braucht dann nicht unbedingt ein Hilfenetzwerk, wenn jetzt die Kinder vielleicht schon... das jüngste ist ein Jahr und das ältere 3 Jahre und die rauchen vielleicht ab und zu mal Cannabis, das ist vielleicht auch bekannt. Dann kann es auch manchmal sein, dass tatsächlich auch keine weiteren Hilfen mit drin sind. Wenn die Familie so weit stabil ist (...) Ja. ist ja gut, dass man das hier mal ein bisschen nachvollziehen kann aber irgendwie... Hier war ich nicht da das Jahr, ok.
- 127 **Interviewerin:** Ok, ich mach mal wieder aus.

ANHANG 4 – INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNERIN 2

Das Interview wurde geführt von Anna Hirschmann und fand am 29.06.2018 statt.

- 1 **Interviewer:** Ok, also vielen Dank Ihnen für die Bereitschaft. Ähm, ich müsste zum Anfang eins, zwei, drei sozio-demographische Daten sammeln. Ähm, also ihr Alter zum Beispiel.
- 2 **Befragter:** Ich bin 57.
- 3 **Interviewer:** 57. Das wird ja eh aufgenommen, deswegen schreib' ich's jetzt nicht mit, ne? Ähm, Sie sind weiblich. Ihre Nationalität...
- 4 **Befragter:** Deutsch
- 5 **Interviewer:** ...ist deutsch. Ähm, wie ist denn ihr Ausbildung... also ihre... ihr Ausbildungsverlauf, sozusagen?
- 6 **Befragter:** Ja, also, relevant für jetzt, für die Beratung, ne? Weil vorher hatte ich 'ne andere Ausbildung. Also ich bin Diplom - Sozialarbeiterin und habe von 2002 bis 2005 nochmal den... einen Lehrgang gemacht, also 'ne Weiterbildung zum Suchttherapeuten, verhaltenstheoretisch orientiert.
- 7 **Interviewer:** Ja, ok.
- 8 **Befragter:** Mhm (bejahend).
- 9 **Interviewer:** Und ihr beruflicher Weg dann, im Bereich soziale Arbeit?
- 10 **Befragter:** Äh, ich bin also..., beschränken wir uns mal auf [Träger]. Ich bin seit 1999 im [Träger] und hab begonnen in der [Einrichtung] im Dreischichtsystem im Übernachtungshaus; niedrigschwelliges Angebot für illegale Drogenkonsumenten. Dort war ich bis... ähm... 2004 im Dreischichtsystem, '99 bis 2004. Und dann hab' ich... dann bin ich nochmal in Elternzeit und 2006 bin ich wiedergekommen und habe mich dann gesplittet, hab' zur Hälfte dort gearbeitet, 20h im Übernachtungshaus und 20h in der [Einrichtung], als Suchtberaterin. Hab dann dort schon angefangen mich hauptsächlich um Familien: Mütter, Väter mit Kindern; oder Schwangere zu... die zu beraten. Und daraus mit paar anderen Kollegen ist ja dann gewachsen diese, diese Beantragung, diesen [aktuelle Einrichtung] ins Leben zu rufen, der dann durch 'ne Kollegin, die auch hier tätig ist, ähm... deren Diplomarbeit – da ging's um Kinder aus belasteten Familien – das ist mit dazu verwendet worden, und da ist dann 2009 es zustande gekommen, dieser [aktuelle Einrichtung], der erstmalig damals in Sachsen 'ne Kopplung war aus Sucht- und Jugendhilfe. Also wir haben hier Suchtberater, wie ich zum Beispiel bin, übers Gesundheitsamt, und wir haben aber auch sechs Familienhelfer, die werden übers Jugendamt finanziert und dazu noch zwei Co-Sucht die begleiten sozusagen die Familienhelfer in ihrer Arbeit, die machen Suchtberatung, wie ich, aber als aufsuchende Arbeit und unterstützend für den Familienhelfer. Also das ist in jeder Familie, die wir hier betreuen, die Familienhelfer, ähm, gibt es einen Familienhelfer und eine Co-Sucht, die arbeiten immer im Tandem.
- 11 **Interviewer:** Co-Sucht heißt...
- 12 **Befragter:** Co-Sucht heißt Co, weil die mit dem Familienhelfer zusammenarbeiten. Ansonsten ist das die gleiche Tätigkeit wie ich und meine zwei anderen Kolleginnen hier machen: also die klassische Suchtberatung, nur mit dem feinen Unterschied hier wir betreuen hauptsächlich nur Frauen/Männer mit Kindern oder Schwangere.
- 13 **Interviewer:** Ok, alles klar.
- 14 **Befragter:** Und ich bin eben seit 2009, hab ich das hier mit eröffnet und – ich vergess' es immer – ich glaube 2010 sind wir dann schon hierher gezogen, vorher waren wir noch in der [Adresse]. Also sprich, wo die [andere Einrichtung] unten drin ist, oben im Dachgeschoss.
- 15 **Interviewer:** Ok. Und haben Sie immer noch so Halbe-Halbe ihren Arbeitsalltag geteilt oder waren dann komplett hier?
- 16 **Befragter:** Nein, ich bin seit 2016 im Januar komplett hier.

- 17 **Interviewer:** Ok.
- 18 **Befragter:** Bis Ende 2015 bin ich noch gesprungen.
- 19 **Interviewer:** Ja, verstehe. Interessant. Ähm gut, das war's erstmal so zum Allgemeinen. Wenn wir jetzt ins Thema starten, äh, würde ich gern einsteigen mit der Frage, was Ihre ersten Gedanken sind, oder so Schlagworte zum Thema Schwangerschaft und Sucht.
- 20 **Befragter:** Ja, es ist was, was nicht zusammengehört und ähm, aber im Laufe der Zeit, in der ich hier tätig bin, immer, immer mehr wird und meistens auch, sehr oft erst, ja, auffällt, nach der Entbindung. Meistens in der Schwangerschaft gibt es schon vereinzelt Klienten, die auch in der Schwangerschaft schon Kontakt zu und aufnehmen, aber es gibt eben auch ganz viele, die in der Klinik ein Kind kriegen, dort wird `ne Urinkontrolle gemacht, die Umstände dazu sind die verschiedensten sicher und dann gibt's den großen Knall: Oh, hier sind Drogen drin. Und dann ist meistens ja auch der Verdacht – und meistens bestätigt sich`s ja auch- dass da schon in der Schwangerschaft konsumiert wurde. Also der erste Satz war glaub ich der passende: Schwangerschaft und Sucht passt nicht.
- 21 **Interviewer:** Passt nicht, aber findet ja trotzdem in Kombination statt.
- 22 **Befragter:** Findet statt. Und mehr wie man vielleicht weiß und vermutet, denk ich. – Im Zeitalter des Crystals würde ich das einfach mal so behaupten.
- 23 **Interviewer:** Warum sprechen Sie da jetzt Crystal an, also konkret?
- 24 **Befragter:** Na, weil Crystal mittlerweile ja so eine Gesellschaftsdroge geworden ist und sich auch in Bereichen befindet, äh, die vielleicht nie in einer Suchtberatungsstelle ankommen und wo es vielleicht auch ein paar drunter gibt, die dann auch in einer Schwangerschaft, äh, konsumieren und deshalb vermute ich das mal. Es ist aber nicht nur Crystal, es ist auch THC. THC ist auch sowas, was glaube ich ganz viel, was verkannt wird und auch in Schwangerschaften konsumiert wird. Und, Hauptthema Nummer eins: Alkohol, der potentiell das gefährlichste ist.
- 25 **Interviewer:** Weil er einfach organisch am gefährlichsten ist?
- 26 **Befragter:** Genau. Weil er, denk ich, da gibt's ja die meisten Studien drüber und auch, braucht man ja nur FASD anzureißen, da ist ja wirklich, da gibt's ja bestätigte Schädigungen der Kinder.
- 27 **Interviewer:** Ja, leider. Ähm, können Sie mir einen Überblick über das Leipziger Hilfesystem insgesamt für Frauen, also für drogenkonsumierende schwangere Frauen geben? Also, was es für Angebote gibt, wie die Frauen davon erfahren?
- 28 **Befragter:** Na, da fällt mir zu allererst ein, wenn `ne schwangere, ähm, Drogenabhängige offen damit umgeht und im System ankommt, dann ist erstmal die Frage wo kommt sie zuerst an im System. Also ich würde jetzt mal sagen oft ist es ja der F... Gynäkologe. Der Gynäkologe, wenn der sich dann auskennt und die Schwangere macht`s dort auch offen, dann kann der ja erstmal vermitteln. Ansonsten fällt mir jetzt ganz spontan ein, es gibt da so einen Flyer. Ich denke, Sie kennen ja auch dieses Beratungsangebot in Leipzig „Pregnant“, was über die Frau Lein läuft und dazu gibt's ja auch einen Flyer, der jetzt speziell „Pregnant“ beinhaltet, sondern der ist dort entwickelt worden und da sind die ganzen Hilfsangebote für schwangere Konsumierende oder Nichtkonsumierende, aber abhängige Frauen drin, wo die sich hinwenden können. Und das geht ja los über die Suchtberatungsstellen, Kliniken, die sich damit auskennen, ja, Jugendamtanbindung, da ist eigentlich ... Kennen Sie diesen Flyer?
- 29 **Interviewer:** Nee, hab` ich noch nicht gesehen.
- 30 **Befragter:** Dann guck ich dann mal, geb' ich Ihnen mal ... kann ich Ihnen mitgeben.
- 31 **Interviewer:** Ja, und die Arbeit dieses Arbeitskreises „Pregnant“, das ist ja nicht nur ein Beratungsangebot. Was machen die alles?

- 32 **Befragter:** Das ist grundsätzlich kein Beratungsangebot. Da hab' ich das jetzt bisschen... die haben diesen Flyer erstellt, wo diese Beratungsangebote zusammengetragen werden. Dieser Arbeitskreis „Pregnant“ wurde von der Frau Lein ins Leben gerufen, weil da kommen, ich glaub' mittlerweile ist das nur noch zwei- oder dreimal im Jahr, alle Leute an einen Tisch, die irgendwie mit konsumierenden oder abhängigen Schwangeren, mittlerweile auch schon Müttern, zu tun haben. Und dann wird ausgetauscht, hat sich was verschoben, was macht ihr für Erfahrungen. Es kann, in dem Rahmen finden auch Fallbesprechungen statt, die kann man über die Frau Lein anmelden, wo sich dann das Gremium damit zusammensetzt, was mit dieser Person zu tun hat. Da gibt es auch Fallbesprechungen, die sind anonym. Also wo man sagt, hier muss man unbedingt mal das System zusammenholen, um einfach zu... am Endeffekt kommt da meistens nur raus, die Kliniken werden informiert, es kommt dann und dann vielleicht eine Person, die entbindet. Das ist so dann das niedrigschwelligste Angebot. Aber es gibt da auch äh... Fallbesprechungen, wo die Klienten selber dazu eingeladen werden, wo man sagt, wir haben uns hier nochmal zusammengetan, was wir Ihnen für Hilfen anbieten kann und da werden die auch dazu geladen, dass man einfach guckt, wie könnte es hier weitergehen. Das müssen Sie sich so vorstellen, dass sind wirklich Fälle, wo... wo vieles noch unklar ist, sag ich mal so, die weitere Perspektive oder wo gewisse Helfernetze noch nicht angebunden sind und ... mir fällt gerade ein, meine letzte Fallbesprechung war glaube ich 'ne Klientin, die war im Rollstuhl, die war selber im Rollstuhl durch Konsum war die, ja... da zu Schaden gekommen und saß im Rollstuhl, war schwanger. Und da war dann so die Frage, wie solls weitergehen, die war sehr motiviert und da hat sich Gynäkologin, Jugendamt, wir als Suchtberatung, zusammengesetzt. Die Klientin und der Partner waren dann auch eingeladen und wir haben einfach geguckt, wie kann man da was draus machen.
- 33 **Interviewer:** Ja. Sie sagen, die sei sehr motiviert. Da freu ich mich, dass zu hören, weil zu dem Punkt kommen wir nachher noch, wie das mit der Motivation ist. Ähm, was mich jetzt aber erstmal noch interessiert ist, wie die Hilfen für die schwangeren Frauen beginnen. Also von welcher Seite, wer die Hilfe sucht sozusagen? Ob das eher das Helfernetz ist, oder die schwangere Frau, wer da auf wen zukommt sozusagen.
- 34 **Befragter:** Also das ist ganz unterschiedlich, es gibt Situationen, also bei uns hier muss man mal sagen, wenn ich jetzt überlege, ist der Hauptteil der bei uns ankommt ... soll ich's (Fenster) einfach zu machen?
- 35 **Interviewer:** Wär' vielleicht besser ja, tut mir leid.
- 36 **Befragter:** Ist doch kein Thema.
- 37 **Interviewer:** Dankeschön.
- 38 **Befragter:** ... bei uns ist es hauptsächlich... ich überlege mal ... schwangere Frauen. Also wenn ich jetzt mal so davon ausgehe, ist glaub ich der, wenn... der Anteil, der nach der Entbindung hier ankommt größer noch. In der Schwangerschaft, ja, kommen auch welche an. Und die kommen dann an... entweder sind sie bei uns schon in Beratung, weil sie schon Kinder haben, oder sie werden wieder schwanger, sind dann eben da, oder sie kommen durch irgendwelche anderen Zusammenhänge übers Jugendamt. Andere Fälle über andere Hilfesysteme... es sind eigentlich glaube ich so die meisten. Mir fällt jetzt gerade... also über Gynäkologen, hab ich ewig lange nicht, kann ich mich nicht entsinnen. Und auch nicht, dass die Schwangeren selber sagen, so jetzt bin ich schwanger, jetzt muss ich mal in eine Suchtberatung. Kann ich mich jetzt überhaupt nicht erinnern. Das passiert dann eher nach der Entbindung, wenn das, wie ich vorhin schon erwähnte, mit dieser Urinkontrolle in der Klinik durch irgendeinen Zufall... und dann heißt es vom Jugendamt, weil dann wird ja gleich der ASD eingeschaltet von der Klinik. Der steht dann meistens am Bett. Und dann ist das immer so in einem, so jetzt gehen Sie aber mal in die Suchtberatung. Und da hören Sie ja jetzt schon bisschen raus, das macht's schwer. Also alle Schw... viele Schwangere, die bei uns ankommen, oder auch... naja doch, Schwangere oder frisch Entbundene, die Motivation... schwanger ist sie vielleicht noch relativ hoch, weil der Wunsch ja besteht, ich will mein Kind behalten, und wenn ich das jetzt hier alles nicht mache, dann behalte ich es vielleicht nicht, macht aber die Arbeit für uns schwer, ne? Das ist immer ein Druck, aber das Gros unserer Klienten kommt durch Auftrag. Also was anderes fällt mir jetzt nicht ein, also. Also so wirklich, dass jetzt hier eine

Frau schwanger ist, konsumiert und hier das erste Mal sich hier meldet und sagt, ich muss jetzt was tun, kann ich mich nicht mal entsinnen. Muss ich wirklich sagen, es ist nicht.

39 **Interviewer:** Ist ja auch eine Frage, die kann man ja so oder so die Antwort ... Antwort sein.

40 **Befragter:** Man überlegt dann gleich auch mal wieder... wann ist das gewesen?

41 **Interviewer:** Ähm, in der Arbeit mit den Frauen, welche Rolle spielt denn dann das... dieses doppelte Mandat zwischen Hilfe und Kontrolle ähm `ne Rolle? Also welche Rolle spielt das?

42 **Befragter:** Naja als Kontrolle würde ich es jetzt nicht unbedingt sehen, es ist eher so... Kontrolle ja..., wenn man`s so bezeichnen kann. Ähm, man muss das von Anfang an, und das ist uns hier sehr wichtig auch möglichst klären. Also wenn die über den ASD kommen, ist uns zu allererst wichtig, mit wel... in welcher Absprache sind sie mit dem ASD, wenn nicht die Übergabe so ist, dass der ASD gleich... man wird zur Helferkonferenz geladen und dann ist die Frau dabei und man ist selber dabei, dann kann man es auch dort klären. Aber meistens kommen ja die Frauen bei uns an und sagen dann, dort und dort haben sie gesagt, Sie müssen jetzt mal dorthin gehen. Und, äh, das sind bei uns so die ersten Fragen mit, was ist denn, was ist denn der Auftrag vom ASD und was wurde gesagt, wenn sie mit uns Rückfälle besprechen, wenn sie mit uns Konsum besprechen. Weil, das ist uns immer sehr wichtig, weil die Leute die hierherkommen, es ist `ne Suchberatung, wir arbeiten mit Rückfällen, wir arbeiten mit Konsum. Auch wenn sich das jetzt bisschen gruselig anhört in der Schwangerschaft. Aber es ist halt so, wir haben es mit Konsumenten zu tun. Und das machts schwer. Wenn Sie dann ne Klientin vor einem sitzen haben, die sagt, ja, der ASD hat gesagt, sobald ich einen Rückfall habe, ... Ich tu mich jetzt grad ein bisschen schwer, weil das meistens die schon sind, die ihre Kinder haben, oder die sie grade gekriegt haben und dann gibt's so `ne Drucksituation: Jetzt gehen Sie mal in die Suchtberatung und zeigen uns, dass Sie was machen, und dann gucken wir mal, ob Sie ihr Kind mit nach Hause kriegen können. Das muss man sich jetzt mal verinnerlichen, was das für einen Druck auslöst, ne? Da werden Sie natürlich, wenn Sie in der Rolle sind, in eine Beratungsstelle gehen und werden den dann sonst was erzählen, nur dass sie Ihr Kind kriegen, ne? Ich kann mich entsinnen, ich hatte hier mal eine Klientin, die saß da Freitag und sagte, wenn Sie jetzt dort nicht anrufen und sagen ich kann mein Kind kriegen, dann geben die das sonst wo. Da sind Sie... Sie kommen in eine Rolle, das ist nicht schön. Weil, das geht auch nicht, das funktioniert nicht. Und es ist immer ganz wichtig, dass wir wissen, was ist der Auftrag. Und am besten ist es für uns, dass wir sagen, wir arbeiten mit Rückfällen und es ist wichtig, dass die Klienten uns das auch erzählen, weil das dazugehört, ne? Und wir werden auch nicht uns hierhersetzen und werden sagen, na Sie können uns das erzählen und das ist dann das große Geheimnis. Nein, wir werden die Klienten dazu ermutigen, selber damit offen umzugehen. Aber, da sind wir wieder beim Anfang, motivieren Sie mal dazu einen Klienten, der weiß, wenn ich jetzt dort offen bin, hat die dort gesagt, da ist mein Kind weg, ja? Deshalb ist uns immer ganz wichtig zu sagen, dass man dann einfach guckt, wie läuft's denn, funktioniert's und einfach gucken, was kann man jetzt für Hilfen einsetzen. Und dieser Kontrollzwang oder dieser Auftrag, der macht die Arbeit unwahrscheinlich schwer. Und nicht nur schwer, sondern auch, ähm ja... mal halt so manchmal das Gefühl, man hat dann Leute hier sitzen, die sind fremdgesteuert. Weil, die werden mit allen Mitteln versuchen, einem irgendwas zu erzählen, wo man durch Berufserfahrung ja manchmal schon hinterhaut, ja so ganz stimmig kann das ja jetzt hier nicht sein. Aber die erzählt es eben, weil sie denkt, dann passiert das und das. Es tut jetzt mir ein bisschen leid, ich bin jetzt mehr in der Rolle über Frauen zu erzählen, die vielleicht grade entbunden haben oder so. Weil bei Schwangeren ist das auch nochmal so, da überlege ich grade, wir haben hier eine Schwangere gerade, die müsste eigentlich gestern entbunden haben und die... da ist es glaub ich auch so gewesen, da sind wir einfach jetzt gespannt. Wenn die jetzt wirklich entbindet oder entbunden hat, was da ist, wenn die jetzt in der Klinik positiv getestet wird oder so, was da passiert. Da ist zwar das Netz schon, die hat noch ein Kind, schon alles... der Plan, einen Plan gibt's. Aber mal gucken, was da jetzt noch so passiert, ja?

43 **Interviewer:** Ja, ok. Wenn man schwangere Frauen, die also konsumieren oder konsumiert haben, zumindest eine Konsumgeschichte haben, berät, was sind denn da so zentrale Themen in so einem Gespräch?

- 44 **Befragter:** Es gibt wieder die zwei Personen, entweder man hat eine Schwangere, wo man erstmal abklären muss, inwieweit ist sie an diese ganzen Netzwerke angebunden, also sprich Frauenarzt, sprich vielleicht so eine Beratungsstelle, wo sie Unterstützung beantragen kann. Sind ansonsten Wohnung und solche Sachen, das ist erstmal so der... das Grundsystem. Ne, da guckt man schon, da kann man erstmal den Einstieg bekommen, ne? Dann gucken wir natürlich, was ist jetzt hier gerade der aktuelle Konsumstatus... und eben, ja... man guckt dann sicher auch, gibt's jetzt hier schon eine Anbindung an den ASD, sollte der erfolgen, oder kann man da jetzt auch noch ein bisschen warten. Das wäre so das... grade so ein Muster, was ich Ihnen spiegele. Aber mir fällt jetzt grade keins ein, wo es so war. Meistens ist der ASD schon drin, da ist das schon erledigt, meistens gehen sie auch zum Frauenarzt. Aber erstmal so die sozialen Eckdaten erstmal abzurufen. Sind die dran und sind die da...
- 45 **Interviewer:** Das sind Themen die Sie einbringen sozusagen, also die Sie aus Ihrer Berufserfahrung auch so einfach der Frau anbieten?
- 46 **Befragter:** Also das sind die Themen, mit denen man so ins Gespräch kommt, ne? Wenn da so eine Frau da das erste Mal sitzt... und kennt man sie schon länger, hat man ja solche Daten schon, da kann man gucken, was ist jetzt aktuell dran. Kennt man sie nicht, kann man dadurch ja erstmal wirklich gut einsteigen, so dass man auch vermittelt, man guckt mal, wo sind denn jetzt hier die Baustellen. Nicht unabhängig von der Sucht, um Gottes Willen, aber nicht gleich so einsteigen: Na wie ist denn gerade Ihr Konsumstatus? Sondern erstmal wirklich erstmal auch eine Beziehung aufbauen. Das ist ja super wichtig. Das man überhaupt erstmal in eine Beziehung kommt mit demjenigen.
- 47 **Interviewer:** Und wenn man diese Beziehung dann aufgebaut hat und also auf den Konsum zu sprechen kommt irgendwann, ähm, wie groß ist denn die Bereitschaft dann diese Themen zu besprechen? Also von den schwangeren Frauen.
- 48 **Befragter:** Ja, das ist eben so, wie ich vorhin gesagt habe, ist dieser Druck dahinter, wenn so ein Druck besteht, also es gibt ja vom Jugendamt, wenn Sie das kennen, äh, Schutzkonzepte, Kontrollvertrag, äh, ja solche Sachen, Schutzkonzept gibt's da ja. Nun bei Schwangeren ist das ja sowieso immer noch so eine Sache, weil da gibt's ja noch kein Kind. Ja, wenn's... aber gewisse Dinge besprochen werden. Da ist immer so die Frage, was gab's da für einen Ansprechpartner, was hat der mit dem Klienten besprochen, was können... ist das eine gute Zusammenarbeit, wurden Hilfesysteme aufgezeigt dort schon, wurde gesagt, wir müssen mal gucken, was wir Ihnen als Hilfe... da ist das was Offenes, ne? Da weiß derjenige, ich kann damit offen umgehen. Wenn dort schon gesagt wurde, wenn Sie zur Geburt eine positive Urinkontrolle haben, kommt ihr Kind nicht mit in den Haushalt, naja dann brauchen wir uns jetzt gar nicht ausmalen... gut das ist natürlich, liegt dann äh, da wissen die genau, die wird gemacht und ich werde dann sehen. Aber die stehen dann unter einem dermaßen Druck, der es dann auch in der Arbeit schwer macht. Man muss dann auch versuchen eine vermittelnde Rolle zu spielen.
- 49 **Interviewer:** Hm, gibt es so Themen, auf die drogenkonsumierende Schwangere dann total allergisch reagieren, wo sie zumachen und nicht mehr bereit sind zu kooperieren?
- 50 **Befragter:** Sie meinen jetzt hier in der Suchtberatung?
- 51 **Interviewer:** Mhm (bejahend).
- 52 **Befragter:** Gibt's Themen... Naja, ich glaube, wenn man... ich spekuliere jetzt nur, wenn man sich jetzt hier hinsetzt und aufgrund des äußeren Erscheinungsbildes vielleicht dann immer wieder so stichelt und sagt: sie konsumieren, sie konsumieren. Das macht man aber nicht. Das ist sehr unfachlich. Sowas macht man nicht. Man versucht schon... den Verdacht kann man haben, aber ich glaube, das bringt keine Beziehung zustande, wenn man sich dann schon gleich auf so eine Ebene... Man sollte dann lieber versuchen, das über Umwege dorthin zu kommen, ne? Dass man im Gespräch dann aufzeigt und sieht. Und ich glaub wir haben da auch hier eine ganz gute Linie gefunden, dass wir denen das auch aufzeigen und die auch begreifen können. Und meistens ist es ja so, wenn Schwangere... die wissen, jetzt wächst hier ein Kind, ein Kind ist ja ganz oft wird das ja auch als Chance genutzt, was zu verändern in seinem Leben und da wissen die schon, auf was es drauf ankommt. Also die meisten auf alle Fälle.

- 53 **Interviewer:** Ähm, Sie sagen, ein Kind wird als Chance gesehen. Das bringt uns ja irgendwie ganz gut thematisch weiter. Können Sie da noch ein bisschen ausführen?
- 54 **Befragter:** Naja, das ist ja so, ähm, die meisten Abhängigen, haben ja auch ihre eigene Geschichte, Kindheitsgeschichte, ja? Viele, manche Schwangere hat schon Kinder, die hat sie vielleicht nicht mehr im Haushalt... Und ein neues Kind ist eine neue Chance vielleicht, wenn ich jetzt hier alles besser mache behalte ich das Kind, ich kann zeigen, dass ich besser sein kann, wie vielleicht meine eigene Mutter. Ich kann durch die Schwangerschaft, durch ein Kind, bin ich ja viel eher, bin ich ja eigentlich auch ein Stückchen geblockt Drogen zu nehmen. Das ist denen ja schon bewusst, dass es nicht gut ist: Kind und Drogenkonsum. Ja? Und da wird schon so ein Kind als Chance genutzt. Ja, das wird dann schon so gesehen. Was zu verändern. Macht ja mit diesen Frauen auch hormonell was. Und dass ... die verschiedensten Fakten, also bis dahin, dass es auch welche gibt, die das schon verdrängen und auch gar nicht wissen wollen. Also da gibt's wirklich die verschiedensten. Aber es gibt schon einige, die auch die Schwangerschaft verdrängen, die dann so bis zum Schluss: Ich hab das überhaupt nicht gemerkt, und so... Das gibt's schon, da hab ich auch eine Klientin. Ja aber da kann man dasitzen und denken, das kann doch fast nicht sein, du hast doch schon ein Kind gehabt. Und trotzdem will man sich dann erstmal... nimmt man das dann so an wie es ist. Weil, dass ist glaub ich unprofessionell und was bringt es auch, wenn ich mit der dann jetzt hier im Streitgespräch sitze und sage, Sie müssen es doch gemerkt haben. Aber kann ich mir nicht vorstellen. Bringt uns ja jetzt nicht weiter, ne? Da kann mans auch mal stehen lassen. Und es gibt schon Frauen... ich hab jetzt eine junge, sehr junge Schwangere, die ist selber, stammt selber aus einer Alkoholikerfamilie, ist selber FASD-geschädigt und ist jetzt schwanger und die war bis jetzt zwar erst einmal hier... ja, das hat sich noch nicht wieder ergeben und die kommt jetzt auch in eine Mutter-Kind-WG, weil die wirklich sehr jung und auch vom Intellekt auf einer niederen Ebene sich befindet und die saß hier und streichelte immer wieder ihren Bauch und erzählte von ihrem Freund und ich glaube, die ist so ganz glücklich jetzt selber da. Und da kann ich hier sitzen und kann tausend andere Gedanken haben, aber da werde ich in dem Moment die nicht versuchen... die nicht rüberschicken und auch nicht... Ich werde die da erstmal in ihrer da wo sie gerade ist, sich befindet, ja einfach wirklich dann auch nur spiegeln, was sie gerade weiß, dass Alkohol jetzt gerade das falsche wäre, weil sie selber auch wieder, naja, sogar noch am Anfang der Schwangerschaft sehr viel Alkohol getrunken hat. Und da muss man einfach gucken mal. Aber ebenso die Aufgabe, die Hoffnung so, das haben schon einige Schwangere.
- 55 **Interviewer:** Und wenn Sie sagen, Sie werden die Frau nicht rüberschicken, was heißt das?
- 56 **Befragter:** Ich werde meine Gedanken dazu nicht rüberschicken, wenn ich diese Geschichte höre, wenn ich selber sehe, wen ich da vor mir habe, wenn ich ihr eigenes Krankheitsbild höre. Und ja, man ist ja dann auch nur Mensch und auch lange genug im Job, wo man denkt, oh Gott, wie will die das schaffen. Aber das wäre ja jetzt total der falsche Ansatz, so will ich ja nicht mit ihr arbeiten. Ich will sie ja auch dabei unterstützen, dass sie es schafft. Und die Wege, die sie jetzt erstmal geht, die sind die richtigen, auch in eine betreute Wohnform zu ziehen, weil es anders sicher nicht geht und dann müssen wir einfach mal gucken, was passiert mit der Sucht, was passiert nachdem sie das Kind hat. Was spielt dann der Alkohol wieder für eine Rolle. Und, mal gucken, wie sich das dann so entwickelt.
- 57 **Interviewer:** Ja, hm. Sie haben jetzt schon ganz viel so erzählt davon, inwieweit so eine Schwangerschaft auch eine Chance ist und irgendwie da so lebensverändernd wirkt. Welche Punkte werden denn diesbezüglich von den Frauen angesprochen? Also, angenommen eine Frau kommt und freut sich darüber, dass sie schwanger ist, konsumiert aber ähm, oder hat konsumiert, hm, wie spricht sie denn da jetzt über ihren Konsum sozusagen.

- 58 **Befragter:** Na, hauptsächlich schon vorwurfsvoll. Die meisten sind schon ähm, entweder vorwurfsvoll oder auch so, naja so, ... es war ja gar nicht so viel und ich hab nicht mehr, dann verschieben sich die Zeitangaben: ich hab da noch konsumiert, ach nee, da hab ich schon gar nicht mehr, und so. Da merkt man schon, dass da der Bezug dazu ist, was hab ich jetzt hier, was mache ich hier, ja? Oder Begründungen einfach. Es gibt ja auch Frauen, die gehen in die Klinik und konsumieren nochmal einen Tag vorher, weil sie Angst haben vor der Entbindung und so. Und dann diese Gründe. Wenn die dann die kleinen Kinder sehen, die meistens ja dann auch entzünftig sind, viel weinen und so. Das ist, das macht schon was mit so einer Frau. Es kann auch zur Veränderung führen und der Konsum wird nicht, oder es wird dann eben gesagt, ich hab nicht gewusst, dass ich schwanger bin und dadurch hab ich auch weiter konsumiert, ne, ich hab da jetzt keine Gefahr gesehen. Also es wird, nein, es wird schon als Gefahr gesehen, der Konsum. Das ist schon richtig. Und viele, wir haben ja auch so eine Elterngruppe hier, oder eine Elterntrainingsgruppe. Und da gibt's schon einige, wenn die sich dann mit sich auseinandersetzen und mit ihrer Schwangerschaft, mit den Kindern, dass dann viele schon sagen, ich hab dann schon ein schlechtes Gewissen, was ich da mit meinem Kind gemacht habe, oder so. Aber das ist dann schon eine Stufe, wenn das eine Frau ansprechen kann, da ist sie schon recht weit. Weil da ist sie ja bei sich, ne, da macht sie ja selber sich so die Vorwürfe und das dauert bei manchen schon eine ganze Zeit. Oder bei manchen auch gar nicht, da wird immer wieder, ... naja das war nur wenig, da ist nicht viel und dann gar nicht mehr und tja, das ist aber dann unsere Aufgabe, dort kann man sie ja nicht stehen lassen. Das ist schon wichtig, sich damit auch auseinanderzusetzen.
- 59 **Interviewer:** Dort kann man sie nicht stehen lassen. Wo möchte man sie dann hinführen? Also was sind so die Zielsetzungen?
- 60 **Befragter:** Man möchte sie schon so dahinführen, auch damit klar umzugehen und sich damit auseinanderzusetzen mit dem eigenen Konsum und auch mit dem späteren vielleicht auch mal. Ich meine, beim Alkohol haben wir's ja schon besprochen, es ist ja durchaus dann auch möglich, dass die Kinder dann auch Schädigungen haben, wo sie es dann gegenüber haben, wo sie es wirklich erkennen und bei dem Illegalen, da kann's schon auch zu sozialen Sachen kommen, die dann nicht... Feinmotorik, Grobmotorik, die dann alles nicht so hinhalten. Das ist schon, das wir die Frauen auch drauf hinweisen möchte, dass sie sich damit auseinandersetzen und einfach vielleicht auch später mal das Gespräch mit ihrem Kind suchen. Aber das ist ein ewig langer Prozess.
- 61 **Interviewer:** Über diesen Konsum während Schwangerschaft oder über Konsum insgesamt?
- 62 **Befragter:** Zum Beispiel, ja. Es gibt ja auch Kinder, die Frau ist schwanger, entbindet, das Kind kommt in Obhut. Kommt in Pflegefamilie, kommt dann irgendwann wieder zurück zur Mutter und ist zwar noch relativ klein, aber es gibt ja trotzdem so, wir hatten jetzt in unserem letzten Elternkurs eine Frau, da war das Kind gleich am Anfang in einer, glaub gleich im Kindernotdienst, oder Pflegefamilie oder eine WG sogar und die sagte jetzt mal: Mein Kind hat immer gedacht, dass ist die Wohnung. Und die ist jetzt so in der Rolle, mal ihm zu erklären, der ist jetzt schon bisschen älter, was war denn damals, durch was ist denn das passiert? Und Kinder stellen auch noch ganz viele Fragen. Und das, denk ich, dazu motivieren wir schon. Wir sagen nicht, also lassen Sie das mal als ewiges Geheimnis, aber was wir machen, dass sie das selber entscheiden müssen. Also wir geben da keine Patentrezepte, wir sagen auch nicht, sie müssen, das müssen die selber entscheiden. Aber wir sitzen nicht hier und sagen, na sie können ja schon mal, ihr Kind war erst ein Jahr, machen Sie mal ein ewiges Geheimnis draus.
- 63 **Interviewer:** Ja, klar. Hm, sie haben vorhin darüber gesprochen, dass es natürlich Frauen gibt, die von ihrer Schwangerschaft wissen und weiter konsumieren. Das kann ja nicht ohne Grund so sein.
- 64 **Befragter:** Nein.
- 65 **Interviewer:** Haben Sie Hypothesen, was so die Funktionalität von Drogenkonsum während der Schwangerschaft ist? Also...
- 66 **Befragter:** Hm, teilweise das Verdrängen noch. Ich will es gar nicht wahrnehmen, es kann ja nicht sein, dass ich schwanger bin, ähm...

- 67 **Interviewer:** Aber, ähm, ja, verstehe ich. Aber ich verstehe nicht so richtig, oder ich möchte auch grad nicht so richtig verstehen, warum dieses Verdrängen, also wozu sozusagen.
- 68 **Befragter:** Na, dieses Verdrängen, weil schon den Frauen teilweise auch klar ist, jetzt schwanger zu sein, passt nicht. Ich konsumiere, ich kriege jetzt ein Kind. Es passt gerade vielleicht auch nicht in den Lebensablauf, ich weiß gar nicht wer der Vater ist, ich hab schon fünf Kinder, da gibt es die verschiedensten Formen. Und eben wirklich dieses, ich konsumiere und hab ein Kind in mir. Da ist denen schon klar, dass sie damit was tun, was nicht passt, weils ja ans Kind übertragen wird. Und da kann schon der Konsum dazu beitragen, nicht darüber nachdenken zu müssen. Dem Ganzen sich nicht so zu bewusst zu machen. Aber das hat man ganz oft auch wirklich im niedrigschwelligen Bereich, also das muss man sagen, dort hauptsächlich. Also die Frauen, die wir hier haben, da geht's schon bei den meisten darum, dass versucht wird, nicht weiter zu konsumieren. Aber eben, wie schon gesagt, dann eben vielleicht nochmal einen Tag vor der Entbindung oder mittendrin, weil es irgendwelche Lebenskrisen gab, wo es gar nicht anders ging, wo sie immer konsumiert haben und in dem Moment dann eben auch, ne?
- 69 **Interviewer:** Also Sie sprechen Lebenskrisen an und so Überforderungssituationen, die dann zum Konsum führen?
- 70 **Befragter:** Zum Beispiel, ja.
- 71 **Interviewer:** Ähm, was hat denn der Drogenkonsum während der Schwangerschaft für Vorteile für die Schwangeren gegenüber einer Abstinenz?
- 72 **Befragter:** Was für Vorteile... Naja, es ist wieder aus unterschiedlicher Sicht zu sehen. Es hat die Vorteile, dass die Helfersysteme vielleicht sehen, die Frau macht jetzt was, die arbeitet an ihrer Sucht und vor allem fängt an, sich zu verändern.
- 73 **Interviewer:** Also sie meinen jetzt, das sind die Vorteile der Abstinenz, darüber können wir auch gern sprechen.
- 74 **Befragter:** Ach, Sie meinen jetzt die Vorteile das weiter zu konsumieren?
- 75 **Interviewer:** Genau.
- 76 **Befragter:** Ach, Entschuldigung, da hab ich jetzt hier... Naja, wirklich dieses... ich würde es gar nicht als Vorteil betrachten, sondern gar nicht gelernt haben, andere Dinge anzuwenden, Sie haben es ja schon gesagt, in Stresssituationen oder mit dem ganzen was da ringsum passiert. Das nicht so nah ranlassen zu können, ne? Oder eben wirklich auch die Schwangerschaft zu verdrängen und – der letzte Punktvielleicht wirklich auch noch gar nicht zu wissen, dass man schwanger ist. Mit Fragezeichen. Ich denke der Hauptvorteil ist wirklich dieses nicht drüber nachzudenken, was passiert da jetzt gerade, was wird passieren, was entwickelt sich da hier, was passiert danach und so nach dem Motto, kann ja jetzt gar nicht sein. Das wird's sein.
- 77 **Interviewer:** Ja, verstehe. Hm, stellen Sie da Unterschiede fest zwischen den einzelnen Substanzen?

- 78 **Befragter:** Naja, bei dem... Unterschiede... beim Heroin ist es ja so, dass solche Frauen dann doch ganz schnell sich bemühen können und das funktioniert auch, in eine Substitution zu kommen, ne? Eine Ersatzdroge zu bekommen in der Schwangerschaft und sozusagen nicht weiter zu konsumieren, damit... in eine Substitution zu kommen, um einen Ersatz zu erhalten, ja, weiter so stabil leben zu können. Beim Crystal, THC, Cannabis, hm... Unterschiede, nee, kann ich jetzt nicht so sagen. Kann mich jetzt auch nicht entsinnen, wir haben ja auch ein paar, die haben dann THC auch weiter konsumiert. Ja, es ist ja beim THC immer richtig bisschen schwierig. Dann so zum ruhig werden, runterkommen... und vielleicht, aber ich hab jetzt eigentlich noch keinen erlebt, der gesagt hat, ich hab dann mal weiter konsumiert, so schlimm wird's nicht sein. Das hab ich noch nicht... nee, ich glaub so Unterschiede. Na beim Alkohol, nee das ist... ich weiß nicht, ob denen da in dem Moment bewusst ist, wie gefährlich das ist, und diese, wo ich vorhin erzählt hab, die junge Frau, die hat dann auch noch, ich glaube es war sogar erst dann nach drei Monaten, hat die dann aufgehört, wo sie gehört hat, sie ist schwanger. Und, ja, dann war's ihr schon klar und hat dann auch aufgehört, aber ich glaube das ist ne große Überwindung auch gewesen. ...Sie muss auch vorher... ich muss auch dazu sagen, so viel hab ich auch mit ihr noch nicht geredet, sehr, sehr viel konsumiert haben, viel getrunken haben. Ja, es gibt da eben wirklich nur beim... beim Heroin diese, diese Möglichkeit, ins Ersatzdrogenprogramm Substitution sich zu bewegen und das macht ja mit den Kindern aber trotzdem was, die sind ja trotzdem entzückt wenn sie auf die Welt kommen, ne?
- 79 **Interviewer:** Ok, wir haben vorhin schon viel über, ähm, so diesen motivierenden, diesen motivierenden Moment in der Schwangerschaft gesprochen. Ähm, da ging's aber so ganz generell um die Lebensveränderung. Wenn man jetzt aber nochmal so die Konsummuster anschaut, in denen sich eine Frau bewegt, ähm, kann man dann davon sprechen, dass sich diese Veränderungsmotivation im Konsum während einer Schwangerschaft verändert, entwickelt, hm... einen besonderen Aufwind bekommt oder irgendwie...?
- 80 **Befragter:** Das muss ich jetzt mal so ein bisschen hinterfragen, wie meinen Sie das jetzt? Das sie dann mehr konsumieren oder wie?
- 81 **Interviewer:** Nee, ähm, also meine Hypothese ist, dass eine Schwangerschaft ein Moment im Leben ist, wo eine Frau, die ohnehin abstinentgewillt ist, das am ehesten hinbekommt.
- 82 **Befragter:** Ja, da sag ich einfach ja dazu. Würde ich sagen, das hatten wir schon oft gehabt. Wir haben viele Frauen, die Kinder haben, die sagen, in der Schwangerschaft habe ich es geschafft, gar nicht zu konsumieren. Wir hatten sogar schon eine, da haben wir mal vermutet, die wird wieder schwanger, damit sie wieder sozusagen die Reißleine zieht und nicht konsumiert. Doch, das ist schon da. Da ist ein gewisser... ob das vielleicht auch mit der hormonellen Veränderung zu tun hat, kann schon sein. Aber eine gewisse Angst und jetzt darf ich wirklich nicht, um mein Kind zu schützen, konsumieren, das gibt's schon. Das haben wir hier auch wirklich gehabt. Die wirklich Angaben machen, in der Schwangerschaft... so am Anfang, wo sie es noch nicht gemerkt haben, aber wo es dann bekannt war, nicht konsumiert haben. Und auch meistens noch oft noch eine Zeit danach schaffen. Und dann irgendwann wieder wegrutschen. Und das ist, ähm, ja, das ist dann sicher bei den Konsumentinnen, die a) relativ viel konsumiert haben vorher und auch, ja... was. Crystal, Heroin, das sind so die Wackelkandidaten. Also beim THC haben wir schon wirklich welche gehabt, die haben dann gesagt, gut, das ist jetzt eine Episode für mich gewesen und die konsumieren dann auch nicht wieder. Oder welche, die dann dasitzen und sagen, wissen Sie, vielleicht rauche ich später mal wieder was, aber jetzt erstmal gar nicht. Was man auch gut akzep... was man auch gut glauben kann, will ich mal so sagen.
- 83 **Interviewer:** Hm, sehen sie bestimmte Punkte im Leipziger Hilfenetz für die Frauen, die so ein bisschen ausbaufähig wären? Wo man irgendwie... Wo es irgendwie Probleme gibt?
- 84 **Befragter:** Naja, ausbaufähig ist vielleicht jetzt hier nicht so ganz richtig als Begriff. Was wir uns wünschen, ich kann ja nur von meiner Arbeit sprechen, ist wirklich diese... dieses Jug... dieser ASD. Der machts uns wirklich oft sehr, sehr schwer. Ich meine, wir sind auch alle unterschiedlich, jeder hat ein bisschen eine andere Arbeits... wie er arbeitet. Ja, aber dort, äh, diese Betrachtungsweise der Mitarbeiter auf diese verschiedenen... auf die Drogen, wie es gehandhabt wird, dass macht einen auch als

Professioneller manchmal wirklich krank. Also wir merken das immer, wenn wir wirklich mal hier jemanden haben, der noch nicht bei ASD angebunden ist. Das ist jetzt als Antwort vielleicht übergreifend, aber Frauen mit Kindern, die auftauchen und die sind noch nicht beim Jugendamt, das es uns manchmal wirklich so geht, dass wir gucken, wer ist denn jetzt hier der Ansprechpartner, oh Gott, wie gehen wir da jetzt vor. Da gibt's wirklich Mitarbeiter, wo man weiß, wenn du da jetzt anrufst, da heißt es gleich, wenn die konsumiert, nehm ich das Kind weg. Und es gibt welche, die gucken ewig lange zu, wo wir dann denken, oh Gott, was...was ist hier, was... wird auch nicht mal ein sozusagen... was aufgestellt, wo gesagt wird, wenn das und das passiert, wird das und das passieren. Diese Arbeitsweisen! Oder was ich vorhin schon benannt habe, diese Ansage, wenn Sie konsumieren, und ich erfahre das, ist ihr Kind weg. Das ist unprofessionell und es ist... sicher, haben die einen anderen Aspekt. Der ASD hat immer im Blick das Kind zu holen, das können wir ja auch akzeptieren. Aber ein gutes Miteinander ist wertvoll, gerade bei einer Abhängigen, sonst kommen Sie nicht weiter. Und das ist ein System, wo wir manchmal wirklich die Hände überm Kopf zusammenschlagen und hier auch wirklich ne Palette bieten können mit... da haben Sie Klienten, die konsumieren dauerhaft und da wird gesagt, ja, da ist eine Familienhilfe drin, das und das ist schon besser geworden. Und andere die haben einmal eine positive UK auf THC, da ist wirklich, da wird der Kindernotdienst gebraucht, so das gibt's schon. Oder da wird geguckt so geht's nicht, es... ist ein Gefälle. Man kann... also, uns würde auch kein, keine Suchtberatung gelingen, diese Personen alle gleich zu machen, das ist auch nicht das Ziel. Aber so bisschen ein kleiner... gleicher Aspekt wäre wichtig. Dass die Klienten einfach auch wissen, was ist so die... der Fahrplan, ne? Sie wissen nie, wenn Sie jemanden irgendwohin schicken, wie kommt er wieder. Was gesagt... und wenn Sie dann dort anrufen und erstmal sagen, wir haben hier das Gefühl, da wird erstmal eine Hilfe benötigt und sie kriegen dann als Antwort, was sollen wir da jetzt machen, da ist doch noch gar kein Kind da, hm. Ja, oder anders, wieder ganz... ja, da müssen wir sofort, da müssen wir handeln, das macht einen, das macht uns manchmal bisschen, das erschwert uns die Arbeit.

85 **Interviewer:** Ja, ok. Also so diese verschiedenen Extreme zwischen denen sich der ASD bewegt mit den Entscheidungen, ja?

86 **Befragter:** Ja, auch der Blick auf die Drogen ist für uns manchmal total schwierig nachzuvollziehen. Da haben Sie eine Familie, da wird Alkohol getrunken, was total gefährlich und schlimm und auch für die Kinder entwicklungsmäßig, nicht nur in der Schwangerschaft, sondern auch danach, ist. Was macht das mit den Kindern, oder dauerhaft THC, macht ja auch was, da wird... sobald das Wort Crystal fällt, wenn: dann Kinder raus. Wir sagen, wo machen Sie denn jetzt hier den Unterschied aus. Und das ist so... machts sehr schwer.

87 **Interviewer:** Ok, da würden Sie sich ein größeres Drogenwissen wünschen, oder...?

88 **Befragter:** Ja, vielleicht auch wirklich. Und auch der Austausch mit den Fachkräften. Wo man sagt, wie können wir jetzt hier auch äh... dieser... der Blick auf das Kindeswohl, um Gottes Willen, der soll nicht vergessen werden, der ist ganz wichtig. Und das ist schon... aber nicht so eine unterschiedliche Sache, wo man dann auch denkt, hm. Der Klient weiß ja dann im Endeffekt ja auch gar nicht mehr, wo geht's eigentlich hier lang, ne? Und das schlimmste ist wirklich einfach immer diese Arbeitsweise, wenn Konsum, ist ihr Kind weg. Das ist für uns immer ganz schwer, weil dann. Also Sie würden auch in keine Beratungsstelle gehen und würden erzählen, dass sie konsumiert haben, wenn Sie wüssten, im nächsten Moment nehmen sie mir dann mein Kind weg. Das macht... das geht nicht.

89 **Interviewer:** Das steht dann im Weg, ja.

90 **Befragter:** Ja. Und auch diese Mütter sind bemüht und man muss gucken, was... wie weit geht's, welche Hilfen. Da ist das Netz ja riesengroß. Auch sicher nicht immer einfach, Pflegefamilien sind schwer zu finden, Kindernotdienst ist rappend voll immer. Das sind schon alles... das ist schon alles nicht ohne. Aber trotzdem im Sinne der Entwicklung dieser Kinder, dieser Frauen, ist das schon wichtig, dass da was passiert.

91 **Interviewer:** Der Kinder und der Frauen.

92 **Befragter:** Hm. Der Kinder und der Frauen, hm.

- 93 **Interviewer:** Ja, vielen Dank für die Antworten bis hierher. Ich wäre jetzt so mit meinen Fragen am Ende. Ähm, aber ich möchte Ihnen natürlich das letzte Wort noch lassen. Was ist... ist Ihnen noch irgendwas wichtig zu sagen, irgendwie... was ich jetzt noch nicht gefragt habe, was Sie sich gewünscht hätten, was ich hätte fragen können.
- 94 **Befragter:** Nö, Sie haben eigentlich alles das gefragt, was da reinpasst in die Spalte. Ich kann eigentlich nur, ähm, holen Sie sich vielfältige Ange... Interviews, Partner dazu, unterschiedlich. Also wirklich auch mal Empfehlung vielleicht im ASD, mal nicht nur bei einem ASD-Ansprechpartner, wenn das bei Ihnen dazugehört, könnte ich mir gut vorstellen. Sondern switchen Sie mal zwischen den ASD's, gehen Sie mal zu unterschiedlichen. Schon da werden Sie merken, wie die Antworten hin und her... Und das ist bestimmt glaub ich auch für sowas mal wichtig, dass mal mit zu erwähnen und zu gucken. Ich kann ja nur für Leipzig reden, aber ist halt so.
- 95 **Interviewer:** Ja, dann vielen Dank.
- 96 **Befragter:** Alles Gute!
- 97 **Interviewer:** Dankeschön. Da mach ich hier mal noch aus.

ANHANG 5 – INTERVIEW MIT INTERVIEWPARTNER 3

Das Interview wurde geführt von Anna Hirschmann und fand am 29.06.2018 statt.

- 1 **Interviewerin:** Das Ding läuft. Für den Anfang bräuchte ich bitte erstmal ein paar sozio-demographische Daten. Also: das Alter?
- 2 **Befragter:** 31
- 3 **Interviewerin:** Das Geschlecht ist männlich. Die Nationalität?
- 4 **Befragter:** Deutsch.
- 5 **Interviewerin:** Und welche Ausbildung haben Sie genossen?
- 6 **Befragter:** Ähm, ich habe den, also ein Diplom gemacht an einer BA, Berufsakademie in Breitenbrunn und hab dann noch einen Master Sozialmanagement in Jena gemacht an der FH und bin jetzt in einer Weiterbildung zum Systematischen Berater, genau, in Leipzig.
- 7 **Interviewerin:** Schön. Und beruflich, der Werdegang?
- 8 **Befragter:** Ähm, gute Frage, ich hatte, naja, Abi und dann hatte ich noch Zivi - gab es ja damals noch, Zivi - gemacht, Albert Schweizer Schule in Leipzig, Körperbehindertenschule, und dann quasi Studium an der BA, genau. Dann bin ich... nach dem Studium habe ich dann in einer WG angefangen zu arbeiten im Landkreis, bin von dort aus dann zum Studium nach Jena, hab dann aber dort weitergearbeitet und nach dem Studium hier zum Jugendamt, völlig überraschend. Ja, ich habe mich einfach nur so beworben und dann ist es halt passiert. genau.
- 9 **Interviewerin:** Ok. Wie sieht denn der Arbeitsalltag hier aus?
- 10 **Befragter:** Ja, wie man sich Jugendamt vorstellt, also ähm man hat einen festen Plan und dieser feste Plan zerwirft sich mit einer Meldung. ähm heißt, also es gibt ja verschiedene Aufgaben am Jugendamt: Trennungs- und Scheidungsberatung, Sorgerechtsberatung beim Thema Umgang aber eben auch Hilfen zur Erziehung, Themen von Kindeswohlgefährdung, was wir einschätzen müssen, wo ja Sucht auch ein Thema ist neben psychischen Erkrankungen und so weiter, ähm, und wenn zum Beispiel so eine Meldung eingeht, ähm, hatte ich heute so eine Meldung als Beispiel: Mutter hat sich vor ihrem Sohn geritzt, sehr tief mit einer Schere und der Sohn hat es nachgemacht. Dann wirft das so generell den Plan um, was man eigentlich vorhat von abarbeiten etc. Ich bin drei Tage im Außendienst von fünf, bin die restlichen zwei. also Dienstag und Freitag, wie heute, hier.
- 11 **Interviewerin:** Außendienst heißt Hausbesuche...
- 12 **Befragter:** Hausbesuche, Helferkonferenzen, in Beratungsstellen, in Kliniken, Suchtberatungsstellen unter Anderem, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, in Schulen, bei der Polizei, also Kindertageseinrichtungen... überall wo so Kinder und Jugendliche quasi sich aufhalten. Jugendclubs teilweise... Und da , genau, da geht's ja darum, dass wir Gespräche mit den Eltern, also mit der Familie letztendlich arbeiten und die Familie als System betrachten. Machen nicht alle Mitarbeiter, ist aber so das Ziel
- 13 **Interviewerin:** Ok und Sie sind tätig hier seit wie vielen Jahren?
- 14 **Befragter:** Ich bin jetzt in meinem, also sechseinhalb Jahre mittlerweile.
- 15 **Interviewerin:** Schon ein bisschen also.
- 16 **Befragter:** Genau.
- 17 **Interviewerin:** Super. Vielen Dank erstmal bis dahin. Steigen wir thematisch ein. Zum Thema Schwangerschaft und Sucht, was sind da so Ihre ersten Gedanken zu?
- 18 **Befragter:** Also erstmal kommen mir da Fälle, wo ich so dran denke und das zweite ist natürlich, also... Es ist eine kleine Gruppe aber eine besondere Gruppe mit einer besonderen Aufmerksamkeit, wo es notwendig ist da, ähm, gut an den Familien dran zu sein und die gut begleiten zu können, dass die es

schaffen letztendlich ohne Sucht zu leben und die Bindung zu halten. Das ist ja das oberste Ziel: Bindung zu erhalten. Das fällt mir grad so ganz spontan dazu ein.

- 19 **Interviewerin:** Ok, danke. Können Sie mir einen Überblick - also das ist eigentlich die Frage - über das Leipziger Hilfesystem geben? Gerne in Bezug darauf, welche Sachen Sie da nutzen von hier aus.
- 20 **Befragter:** Ja, also der Landkreis liegt ja so um die Stadt herum und damit nutzen wir letztendlich auch das Leipziger Hilfenetzwerk. Ich fange erstmal im Landkreis an und geh dann mal in die Stadt. Der Landkreis hat letztendlich ganz wenig an Suchtangeboten, deswegen müssen wir ja auf die Stadt zurückgreifen. Also wir haben hier Suchtberatungsstellen, wo natürlich, und das ist der Unterschied zu Leipzig, wo es schwieriger ist hinzukommen, einfach weil der öffentliche Nahverkehr schlechter ist und die Leute einfach häufig kein Auto haben und nur mit Fahrrad oder zu Fuß oder mit Bus und Bahn unterwegs sind
- 21 **Interviewerin:** Wo sind diese Beratungsstellen?
- 22 **Befragter:** So verteilt. Also in Markranstädt, in Zwenkau, in Markleeberg, deutsches Rotes Kreuz, dann gibt's die in Borna, vom Gesundheitsamt, genau, dann ist in Grimma eine, in Wurzen. Ja, in Grimma kenne ich mich weniger aus, aber ich weiß, dass es an den beiden Standorten noch ist. Ähm, also Suchtberatungsstellen, mit denen wir sehr eng kooperieren, deshalb weil das häufig... also entweder werden wir durch die informiert oder wir nehmen sie rein quasi in - da komm ich dann nochmal drauf - in so einen Rahmen von Kinderschutzvertrag letztendlich. Genau. Also Beratungsstellen. Da nutzen wir auch zum Teil - ich glaub Drahtseil oder so - also die Leipziger Beratungsstellen, das aber selten und immer nur so bisschen fallbezogen. Kommt darauf an, wo auch schon die Familien angebunden sind. Also... genau. Chopinstraße zum Beispiel hatte ich gar nicht, noch gar nicht mit denen Kontakt gehabt irgendwie, weil häufig - und das ist ein großer Unterschied - die Klienten im Landkreis doch in den Orten verbleiben und so ein Stück weit Respekt und Angst haben - das sind so die Aussagen - vor der Großstadt Leipzig. Was man sich so gar nicht vorstellen kann, wenn man in Leipzig wohnt, aber das ist einfach so eine Barriere von außen reinzufahren. Was unser Anlaufpunkt nach Leipzig war, war natürlich die Chopinst... ähm, der Arbeitskreis „Pregnant“ über Frau Lein, wo wir uns quasi mit eingeschrieben haben und dahin gehen - ich glaube wir sind seit drei Jahren jetzt da drin, mit einem Kollegen noch - auch so ein bisschen das Netzwerk natürlich erweitert haben. Wir haben mit Herrn Kesting immer mal Kontakt. Das ist ein Substitutionsarzt in Leipzig. Der Name ist eigentlich bekannt soweit, ja? Über Substitution logischerweise bei Heroin. Das ist aber ganz kurios und sehr spannend, das wäre noch ein eigenes Bachelorthema wahrscheinlich: In Markleeberg ist das tatsächlich so, dass dort überall Heroin... das ist die Heroinhochburg, genauso wie das ja in Leipzig mal war und das sich jetzt verändert. Vielleicht ist das auch ein Ergebnis. In den Kreisen wo ich arbeite, also Markranstädt, Zwenkau und so weiter, auch Borna und bis hier rüber ins Muldental ist es tatsächlich nur Crystal. Und ich kann in den letzten Jahren wirklich nur von Crystal reden mit Beikonsum Alkohol und THC. Deswegen ist es mit Kesting weniger, aber die Markleeberger Kollegen haben da mit ihm einfach den Kontakt - mehr schlecht als Recht. Ähm genau. Er, dann immer mal mit Kliniken, also mit Altscherbitz, wenn Mütter dort sind, die ein Suchtthema einfach haben, eine Suchterkrankung haben, dass wir mit denen da kooperieren. Da ist Fr. Dr. Inglik diejenige, die quasi am meisten noch macht. Die wird bald wahrscheinlich gehen. Genau. Also mit ihr da viel Kontakt und mit den Geburtskliniken logischerweise. Also mit dem Elisabethkrankenhaus, mit der Uni teilweise, aber auch mit unserer - also in Borna mit der - Geburtsklinik. Weil die Erfahrung ist, dass Klienten immer mal wechseln, also wenn die zum Beispiel auffällig geworden sind in Borna und dort die Neonatologie das wahrgenommen hat: „Mensch, hier gibt es einen Konsum“, dann versuchen die es einfach in Leipzig. Das hatte ich jetzt zum Beispiel im Elisabeth, dass die das probiert haben und dass die zum Glück - in Anführungszeichen - aufgefliegen sind. Im Glück für das Kind. Mit denen haben wir Kontakt. Wir haben über Sucht auch Kontakt mit dem ASD Leipzig, heißt wenn Familien - hatte ich jetzt so eine Mutter, die bei mir gelebt hat und nach Leipzig gegangen ist, nach Grünau - und dann nehmen wir natürlich Kontakt auf mit den ASD-Kollegen: „Wie sieht es aus?“ etc. War so ein Thema, dass die

- Mutter jetzt schwanger ist und vor dem Bahnhof irgendwo rumhängt, war so die Aussage und dann geht's über den Arbeitskreis „Pregnant“ und die informieren dann, also Frau Lein informiert dann alle diejenigen, die da irgendwie Relevanz haben. Und dann gibt es die Rückmeldung. Das klappt eigentlich sehr gut. Ähm jetzt muss ich mal noch überlegen, vielleicht habe ich mir noch was aufge... (unverständlich) Das sind so im groben so die Netzwerkpartner. Ähm SPZ noch teilweise...
- 23 **Interviewerin:** SP..?
- 24 **Befragter:** SPZ - Sozialpädiatrisches Zentrum. Das ist oben am St. Georg angegliedert eine eigene Abteilung, wo es dann aber darum eher geht, wenn die Kinder geboren wurden, mit FHSD oder anderen Entwicklungsrückständen. Dass es dann eine Begleitung gibt. Wenn die beispielsweise häufig bei Pflegeeltern sind, ist die Anbindung recht häufig ans SPZ.
- 25 **Interviewerin:** Ok. Das sind jetzt alle so Angebote, ne, die es so gibt. Wie erfahren denn die Frauen, die schwangeren Drogenkonsumierenden Frauen von diesen Angeboten?
- 26 **Befragter:** Mhm (bejahend). Ähm, entweder über Freunde oder Leute, die es eben irgendwie schon mal gemacht haben, Familienangehörige, die irgendwie bei einer Therapie waren. Ach ich habe vergessen - hier in Leipzig ähm vom ehemals Helios-Krankenhaus die Entgiftungsstation, ähm...
- 27 **Interviewerin:** Parkklinikum, Soteria?
- 28 **Befragter:** Soteria, ja, genau. Also über Klienten selbst erfahren die, die erfahren natürlich über uns, die Angebote aber vor allem so die Leipziger Angebote, Impuls und so, das erfahren die über die Suchtberatungsstellen, die da wirklich eine gute Kooperation haben mit der Leipziger Helferlandschaft.
- 29 **Interviewerin:** Und ihrer Erfahrung nach - wie beginnen die Hilfen? also wer geht auf wen zu? Gehen die Frauen eher aufs Hilfenetz zu oder das Hilfenetz auf die Frauen?
- 30 **Befragter:** Unterschiedlich, ähm ... also, wenn wir in Begleitung sind von den Familie ist es häufig so, dass die Mütter eben anzeigen, häufig verspätet, weil die Körperwahrnehmung irgendeine andere ist oder die Angst, was passiert dann mit meinem Kind? Dass die Familien trotzdem auch auf uns zukommen, manchmal vielleicht irgendwie über Kindertagesstätten, über die Familienhilfe, die drin ist, also irgendwie über noch andere Wege oder über die eigene Mutter oder so, ähm. Die - ich sag mal, in Führungszeichen - Hammerfälle, wo sofort irgendwie eine Notwendigkeit zum Handeln ist, das kommen dann über die Kliniken. Wenn quasi das Kind geboren wird und irgendwie die Mutter auffällig war im Verhalten und die den Test machen, den Urintest, und merken: „Ok hier war was im Blut drin“, dann geht es schnell über die Kliniken und dann passiert am gleichen Tag noch ein bisschen was. Also das wir uns in der Klinik treffen und so weiter.
- 31 **Interviewerin:** Das ist dann aber nach der Schwangerschaft im Prinzip...?
- 32 **Befragter:** Das ist nach der Schwangerschaft, genau. Vorher, ähm, auch die Suchtberatungsstellen melden uns was, ganz ganz selten Kinderärzte, ähm, da könnte man viele Hypothesen haben, warum ist das so.
- 33 **Interviewerin:** Warum ist was so? Dass die Kinderärzte das nicht melden oder nicht mitbekommen?
- 34 **Befragter:** Ja, genau, weil einfach da so viele Leute durchrennen und - also am Tag - und die völlig überlastet sind. Also wenn ich so an meine - an die Kinderärztin in meinem Gebiet - denke, die hat schon den Blick dafür, ähm, aber das ist für die unglaublich schwer. Ähm, manchmal auch noch die Grundschule, die zumindest sagt: „Ach irgendwas ist komisch.“ Also ohne das genau zu machen, weil so ein Thema Sucht ist für viele so ganz angstbesetzt das anzusprechen und das auch einzuschätzen. Genau. Und der Frauenarzt natürlich.
- 35 **Interviewerin:** Wenn dann mit den Frauen angefangen wird zu arbeiten - mit den schwangeren Konsumentinnen, mit welcher Zielsetzung wird dann da gearbeitet?

- 36 **Befragter:** Ja, wir kriegen den Auftrag von den Eltern oder von der Mutter in dem Sinne. Also wenn die Mutter sagt, ... Also Ziel ist natürlich immer, dass das Kind nicht weiter geschädigt wird, ganz klar, ähm, weil der Konsum einfach eine Gefährdung darstellt und eine Schädigung, eine körperliche Schädigung. Wissen wir ja, die Folgen. Und deswegen ist erstmal unser... Also der Gesetzgeber gibt uns den Auftrag, das Kind zu schützen, ähm, das -in Anführungsstrichen - Problem ist, dass der Fötus keine Rechtsperson ist, also von daher man keine Kindeswohlgefährdung beispielsweise bei einer Schwangeren anzeigen kann. Immer nur, wenn das Kind geboren ist. Ähm, die Idee von uns ist natürlich Unterstützung in jeglichem Rahmen anzubieten, dass Mutter mit Kind zusammenwohnen kann. Das ist natürlich... Es kommt natürlich drauf an, was möchte die Mutter, was möchten die Eltern, die Familie etc., die dahintersteht. Wir versuchen dann einfach erstmal eine Anamnese zu betreiben. Zu schauen, wer ist vielleicht schon drin, uns über Schweigepflichtsentbindungen Informationen einzuholen, ähm, oder eben über verschiedenste Methoden, Genogrammarbeit, Aufstellung und so was. Dass wir da einfach Information einholen, dass wir bisschen mehr über die Mutter wissen, dass wir sie einschätzen können. Manchmal ist ein, ja, ein Psychotherapeut der Mutter noch notwendig. Manchmal kennen wir auch die Mütter schon, weil sie selber irgendwie Hilfen oder im Jugendamt bekannt waren. Also die Idee ist, erstmal die Mütter kennenzulernen. Das Ziel ist immer, dass das Kind bei, oder die Kinder, bei der Mutter bleiben bzw. Schrägstrich bei den Eltern. Wir brauchen aber allerdings auch Sicherheiten von der Mutter. Also welche kann sie uns geben? Uns reicht es nicht, wenn sie sagt: „Ich konsumiere einfach weiter, ich sag's ihnen aber.“ Es geht eher darum, mit Konsum aufzuhören. Wir wissen ja auch... aber da gibt es Unterschiede im Jugendamt, auch das muss man sagen, wir wissen ja auch, dass eine Suchterkrankung eben eine Erkrankung ist und man nicht sofort aufhören kann. Das ist schon klar. Also es muss die Bereitschaft und dann auch die Schritte dafür gegangen werden von der Mutter zu sagen: „Ich möchte abstinent leben.“
- 37 **Interviewerin:** Das ist so die Zielsetzung?
- 38 **Befragter:** Genau. Also die können wir ja auch nur geben, weil wir ja den Auftrag haben... Also das ist ja ein Dilemma, wo wir drinstecken. Wir haben den Auftrag, dass das Kind nicht weiter geschädigt wird und wir haben die Suchterkrankung der Mutter und wissen, dass ein sofortiges Ende eigentlich fast unrealistisch ist. Ja? Also das ist so ein Spagat, den wir irgendwie gehen müssen, der nicht immer leicht ist auch zu entscheiden.
- 39 **Interviewerin:** Ja, sicherlich. Wieder so das doppelte Mandat, ne? Zwischen auf der einen Seite helfen und auf der anderen Seite kontrollieren.
- 40 **Befragter:** Genau. Genau das ist das. Ja, Ja. Und das ist für die Mütter ja auch schwer, das so anzunehmen. Auf der einen Seite, Jugendamt hat auch noch so einen Ruf leider und das wird ja manchmal auch bestätigt. Es ist ja so. Es arbeitet ja nicht jeder gleich. Dass das schon auch manchmal Angst verbreitet. Und das ist nicht unser Ansatz, aber es ist natürlich trotzdem in den Köpfen der Leute und mit dem Hormoncocktail, was ja auch Schwangere haben, ist das manchmal gar nicht so leicht zu ertragen, wenn da so ein Mensch da sitzt, der sehr klar ist und trotzdem wertschätzend. Also das ist eine Herausforderung. Das muss man ja auch mit bedenken einfach.
- 41 **Interviewerin:** Also, habe ich das jetzt richtig verstanden: Es ist schwierig mit der Frau zu arbeiten, die irgendwie in hormoneller Veränderung und eventuell noch unter Drogen...
- 42 **Befragter:** Genau.
- 43 **Interviewerin:** Und dann als klarer aber wertschätzender Mensch...
- 44 **Befragter:** Also das geht ja, klar... aber zu wissen, ähm, was ist jetzt die Frau, also so an sich, und was steuert jetzt vor allem eben der Konsum und eben auch dieser Hormoncocktail. Das ist ja immer rein bisschen unterschiedlich.
- 45 **Interviewerin:** Ja, das dann einschätzen zu können, ne?
- 46 **Befragter:** Ja.
- 47 **Interviewerin:** Mhm (bejahend). Sind sie auch beratend tätig den Frauen gegenüber?

- 48 **Befragter:** Inwiefern beratend? #00:18:08-6#
- 49 **Interviewerin:** Naja, so... also eine meiner Fragen wäre jetzt: Was sind zentrale Themen in der beratenden Arbeit mit Schwangeren?
- 50 **Befragter:** Ok. Also wir sind beratend dahingehend tätig, was alles ums Kind geht. Also wenn's... Also wir sind ja so eine Vermittlerposition und wenn die Mutter sagt: „Ich habe noch keine Schwangerschaftsvorsorge betrieben.“ oder „Wie mache ich das mit der Erstausrüstung?“ oder „Wo kann ich mich dann hinwenden, dass ich hier weg von meiner Sucht komme?“ Dann sind wir so diejenigen, die quasi vermitteln, also an die entsprechenden Stellen. Und andererseits sind wir natürlich die, die über Hilfsangebote beraten. Und gleichzeitig versuchen wir uns den Auftrag auch zu geben, zu gucken, wo können wir parallel noch unterstützen und diesen ganzen Weg auf der einen Seite - doppeltes Mandat - kontrollieren und auf der anderen Seite auch ein Stück weit zu ebnet, also Hilfen zur Seite zu stellen, dass die Familie, die Schwangere sich auch gut entwickeln kann und auch einen guten Blick aufs Kind hat. Ja? Ähm also letztendlich ist die Beratung eher die, dass wir so dran sind, dass wir dann zu Helferkonferenzen laden und wenn diejenigen, die mit im Boot sitzen, Hebamme, Kinderärztin schon vor der Geburt, es gibt manchmal gesetzliche Betreuerinnen, Beratungsstellen, also Schwangerschaftsberatungsstelle oder eben auch Suchtberatungsstelle. Dass wir die mit ins Boot holen und gucken. Was kann eine gute Geburtsklinik sein? Wo möchte die Mutter entbinden? Was braucht sie zur Sicherheit? Wer soll mit anwesend sein? Also schon in die Richtung aber nie so tiefgründig, wie das eine Schwangerschaftskonfliktberatung zum Beispiel macht.
- 51 **Interviewerin:** Ja.
- 52 **Befragter:** Ja.
- 53 **Interviewerin:** Das wird aber dann gemeinsam mit der werdenden Mutter gemacht?
- 54 **Befragter:** Geht ja nur so. Ja, geht nur so. Also wenn die Mutter sagt: „Ich möchte das alles nicht.“, dann ist das zu respektieren. Auf der einen Seite das, also dass sie sich da selber irgendwie Unterstützung holt, andererseits müssen wir natürlich gucken, wenn sie zum Beispiel - hat ich jetzt auch mal gehabt - gar keine Vorsorge betreibt und wir wissen, dass sie schwanger ist, dann ist unser Job eben auch der, Geburtskliniken, potentielle Geburtskliniken, zu informieren: „Frau xy wird ungefähr am entbinden. Bitte rufen sie uns sofort an. Wir brauchen dann einfach ein Gespräch miteinander. Wie geht es dann weiter? Kann das Kind nach Hause?“ Ähm und natürlich ist dann unser Auftrag das Kind zu schützen. Also so diese beiden Sachen, mhm (bejahend).
- 55 **Interviewerin:** Ja, Ihrer Erfahrung nach - wenn so eine Frau, also eine drogenkonsumierende Frau, schwanger wird, wie verändert sich dann ihr Leben durch diese Schwangerschaft?
- 56 **Befragter:** Massiv. (lacht)
- 57 **Interviewerin:** Ja.
- 58 **Befragter:** Ähm, also es kommt darauf an, ob sie schon Kinder hat oder nicht hat. Wir hatten jetzt eine Mutter mit drei Kindern und das vierte ist gekommen. Die hat natürlich alles erstmal da von dem, was sie so an Hardware benötigt, aber eben auch eine Ahnung von dem, wie geht sie mit dem Kind um, wie macht sie das? Also es ist nochmal ein Unterschied und ähm, ja, da ist nochmal mehr Sicherheit da, weil man so ungefähr weiß, wie hätte ich es bei den anderen gemacht, wenn man schon drin war. Wenn es eine Mutter ist, die ihr erstes Kind entbindet, ihr erstes Mal schwanger ist, naja da stellen sich ein paar Fragen, die einfach für normale Schwangere herausfordernd sind und wo bei Konsumenten sich das dann nochmal einfach auch potenzieren könnte. Ja, nochmal auf die Frage hin?
- 59 **Interviewerin:** Ja, ist schon eine gute Antwort, was... Sie sagen, es stellen sich dann ein paar Fragen. Welche Fragen sind das?

- 60 **Befragter:** Ja, also die Fragen... erstmal die grundlegende Frage: Schaff ich das so? Schaffe ich das, zu betreuen und wer unterstützt mich? Häufig sind ja die Unterstützterkreise relativ klein, also die, die tatsächlich unterstützten, nicht die, die so genannt werden als Kumpels. Ähm, auch Familie, die sich dann eigentlich auch erst wieder aktiviert. Das ist so häufig die Beobachtung. Die sich aktiviert, wenn sie wissen, ok, da ist jetzt irgendwie unserer Tochter, hat entbunden. (...) Ja. (...) Also die Frage: Wer unterstützt? Die Frage auch, kann das Kind bei uns oder bei mir bleiben und was muss ich dafür tun? Die Frage ist, aber das sage ich jetzt nur aus meiner Sicht, es kann auch ganz anders sein, so mit Vorsorge etc. Das ist eine Frage, die aber nicht so wesentlich ist für die Mütter. Also aus meiner Sicht. Sondern es geht eher so um den Konsum. Die Vorsorge, also regelmäßig zum Frauenarzt zu gehen, ähm Ultraschall, die entsprechenden Untersuchungen zu machen, ähm, das ist zumindest vielleicht auch in unserer Beratung nicht so das Thema. Das ist dann eher so in der Schwangerschaftsberatung. Hier sind es dann eher solche Themen: Wie gestalte ich meinen Haushalt? Was gehört dazu? Was brauche ich da? Habe ich überhaupt einen Haushalt? Wer sichert mir die Finanzen? Der Auftrag kommt manchmal ja vom Jobcenter auch nochmal da Kontakt aufzunehmen und (unverständlich) sagen: „Eh, schildert denen mal, dass ich hier irgendwie ein Kind kriege.“ So ungefähr. Ja, also eher solche für die Rahmenbedingungen und dann aber auch Wie kann ich unterstützt werden? Ich bin ganz unsicher im Handling und wie mach ich das? Und ich brauche irgendwie eine Rückmeldung. Da haben wir hier als Landkreis sogenannte Frühe Hilfen, die schon vor der Geburt reingehen können oder eben auch danach, bis zu einem Jahr, also einem Lebensjahr von dem Kind. Die dann letztendlich die Hebammenarbeit noch mal deutlich unterstützen, was Familienhebammen sind. Also die sind Sozialpädagogen, haben in der SPFH arbeiten die parallel noch und gleichzeitig haben die mit Hebammen eben den Kontakt und sind da ausgebildet als Familienhebammen und die haben halt nochmal... die machen halt diese ganzen Sachen. Auch mit Geburtsurkunde und Beantragungen, Elterngeld und was alles da so dazugehört, Kindergeld. Das sind auch so Fragen vorher. Und häufig können wir die Angst do ein bisschen nehmen und so die Angst davor was passiert und was muss ich denn alles machen und dieser diesen Berg, wenn so Familienhebammen eingesetzt werden. manchmal schaffen sie es auch über die Suchtberatungsstellen, ne? Genau. (...) Was nochmal ein Thema ist speziell bei Alkohol: Was passiert mit dem Kind? Das sind so unsere Fragen, also in der Anamnese: Bis wann wurde konsumiert? Wie viel auch? Dass wir dann für das Kind eine gute Anamnese haben und das sind so die Fragen, was ist mit meinem Kind passiert? Also die haben ein sehr hohes Verantwortungsbewusstsein für das Kind und ähm sind sich schon bewusst, dass da Schädigungen auftreten können. Wo wir natürlich Laien sind. Wir sind keine Mediziner, aber wo wir dann eben entsprechend weiterleiten können.
- 61 **Interviewerin:** Also da ploppen dann so ganz viele Themen auf, ne? Bei so einer schwangeren Frau, wenn sich da so vieles verändert, die Zukunft so völlig anders weitergeht. Ich frage mich dann, inwieweit man den Drogenkonsum während der Schwangerschaft irgendwie als funktional auch dann bewerten kann. Also welche Funktion übernimmt dann der Drogenkonsum in der Zeit?
- 62 **Befragter:** Ja, na der hat ja auch schon vorher eine Funktion. Also häufig haben wir ja, jetzt mal abgesehen von der Schwangerschaft, aber auch da ähm haben wir ja Eltern, die aus gewissen Gründen - Beziehungsabbrüche, häufig, ganz häufig wirklich, ist es so das Thema auch eigene Trennung der Eltern, wo sie mit involviert waren, ähm, Verlustgeschichten, Überforderung, wo dann einfach Eltern zur Sucht greifen oder zur Substanz. Also ich finde... Also diese Themen, dass Schwangere überfordert sind, ja, mit sich und was es so für Veränderungen gibt, ja, aber meine Beobachtung zumindest ist die - ist keine Studie, nichts, aber meine ist die, dass die Schwangeren eher schon vorher konsumiert haben und dann aber vor der Geburt einfach aus Angst vor den Schmerzen dann nochmal konsumieren. Also es ist so häufig, dass ich das höre: „Ja, wir haben nochmal konsumiert, weil wir einfach so unglaublich Angst hatten vor diesen Schmerzen, die da auftreten könnten, um uns selber zu beruhigen. Und eine Funktion, ja, hat es. Also vielleicht die Beruhigungsgeschichte, auf gewisse Themen nicht schauen zu müssen, sich da gut auch ablenken zu können. Ja, die Zugänge zur Sucht sind ja auch bekannt und da einfach dieses „Ich komm nicht mehr weg. Es ist einfach so in meinem Alltag drin“ und es hat die Funktion von einfach

- Alltagsaufrechterhaltung, dass das quasi... die Sucht ist quasi der beste Freund, ja, der neben her geht. Denen ist schon bewusst aus meiner Sicht, dass die, dass das langfristig einfach völlig ungünstig ist für die eigene Gesundheit, aber der Schritt, davon wegzukommen, ist einfach schwierig. Was wir haben ist auch Familien - also Thema Sucht - wo häufig mehrere Schwangerschaften... Also wo es deutlich über dem Schnitt ist, quasi, und deutlich mehr Geburten. Könnte daran liegen, dass einfach die... ja, dass es eine höhere Libido gibt, keine Ahnung, ja? Gibt's ja verschiedene Gründe dafür, ähm, ja. Und wir merken, dass die Schwangeren relativ spät mitbekommen, dass sie Mütter werden und dann einfach sich auch nicht trauen irgendwo hin zu gehen, weil sie Angst haben, wie reagiert denn dann das Hilfesystem?
- 63 **Interviewerin:** Also, dass sie ihre Schwangerschaft einfach spät feststellen erst, ja?
- 64 **Befragter:** Ja, die dann sagen, ich habe eigentlich schon früher festgestellt... also einerseits, die es spät feststellen, andererseits, die es relativ früh feststellen aber spät sagen, aus Angst, es könnte auffliegen, der Konsum oder aus Angst, wie gehe ich jetzt damit um? Was passiert da genau? Manchmal gibt es ja auch so Wiederholungen, dass schon mal ein Kind rausgenommen wurde, jetzt ist man zu zweiten Mal schwanger, was passiert mit dem Kind? Also so diese Befürchtungen und das Kopfkino, was dann angeht. Ja, es ist immer individuell, die Funktion die die Sucht hat und ich würde sagen, es hat immer eine Funktion, logischerweise. Geht gar nicht anders. Also so auch familientherapeutisch gedacht. Es hat immer eine Funktion. Verhalten hat immer eine Funktion, ja? Geht gar nicht anders.
- 65 **Interviewerin:** Genau deswegen auch die Frage danach, welche Funktion übernimmt es. Und daran anknüpfend auch, würden Sie sagen, der Konsum in der Schwangerschaft, ist dann eher was, was das System stabilisiert oder gefährdet, also das System, innerhalb dessen sich die Frau bewegt?
- 66 **Befragter:** Naja, ähm, letztendlich hat die Mutter ja das Bewusstsein dafür. Ich will was stabilisieren und das zu lassen, weil wenn sie auf einmal plötzlich sagt, „Ich konsumiere nicht mehr.“, gibt es eine körperliche Entgiftung und das weiß einfach auch die Mutter. Also auf der einen Seite, das klingt ein bisschen paradox, es ist aber auch verantwortungsbewusst, weiter zu konsumieren. Also nicht falsch verstehen. Es ist verantwortungsbewusst, weil die körperlichen Folgen ja unglaublich sein können, ne? Und (...) Ja, also ich glaube, oder es ist meine Erfahrung, dass die Schwangeren ein sehr gutes Gefühl dafür haben, was ist jetzt gut und was ist nicht gut, aber ja, es ist ... Ja, einfach auch weiterkonsumieren, weil es was Bewusstes ist und weil sie wissen, das gibt Sicherheit und so kann ich mich beruhigen, Thema THC, oder das gibt mir Sicherheit. Das ist ja ein Muster seit Jahren, das da so drin ist. Ja. Und aus meiner Sicht ist es eher strukturerhaltend, aber langfristig eher systemzerstörend oder ... ich find jetzt kein anderes Wort.
- 67 **Interviewerin:** Ja, ... gefährdend.
- 68 **Befragter:** Gefährdend, ja ja. Es ist, mhm (bejahend). und dann kommen wir als Jugendamt und sagen: „Eigentlich müssen sie das Muster völlig umändern, was sie seit Jahren leben.“ Das ist natürlich völlig aus der Luft gegriffen. Das geht gar nicht. Wenn ich einem Raucher sage: „Jetzt hören sie aber mal sofort auf, weil das nicht gut ist.“, dann wird der vielleicht sagen: „Mach ich.“, aber zeigt mir dann einen innerlichen Vogel oder schon so einen Vogel, ähm, und mit der Wirkung, wie es ja einfach hat von „Ich vergesse einfach mal die ganze Welt, diese ganze - in Anführungszeichen - Scheißwelt und ballre mich zu“, das hat einfach... es ist ja auch von Glückseligkeit etc., von Freiheit, von Lustempfinden und das kann ich gut nachvollziehen, dass die sagen: „Das geht gar nicht, weil sonst bricht die Welt zusammen. Ich sehe das ganze Elend. Ich sehe die ungeöffneten Briefe, ich sehe die Bude, die aussieht, ja.“ Von daher eher so der Punkt, wie kann man da kleinschrittig vorgehen? Als ich neu angefangen habe, dachte ich mir auch so, es muss doch jetzt sofort aufhören, aber das verändert sich dann mit den Jahren, zu gucken, was brauchen die tatsächlich?
- 69 **Interviewerin:** Also frühe Hilfen und so sind ja dann schon gefallen als Stichwort. Sehen sie da aber irgendwie auch Handlungsbedarfe? Dass irgendwie in diesem ganzen Hilfenetzwerk, das es da gibt, noch Lücken wären, die eigentlich noch zu schließen wären?
- 70 **Befragter:** Ja, also wir sind grad. Also wir - der Landkreis ist dran auf Initiative des ASD hin eine Sucht-SPFH ins Leben zu rufen.

- 71 **Interviewerin:** Mhm, so wie es in Leipzig den Fachbereich Familienhilfe gibt?
- 72 **Befragter:** Genau, Zentrum für Drogenhilfe, oder Familienhilfe, genau, wie die es machen. Auch so nach der Konzeption, das haben wir uns ein bisschen abgeschaut.
- 73 **Interviewerin:** Voneinander lernen!
- 74 **Befragter:** (lacht) Ja klar, Frau [IP2], ne, die da so... weiß nicht, die wäre auch sehr sinnvoll zu interviewen. #00:33:50-7#
- 75 **Interviewerin:** Ich habe vorhin mit ihr gesprochen. (lacht) #00:33:50-7#
- 76 **Befragter:** Ok. Da schauen wir ... also das wollen wir initiieren. Das dauert immer alles Ewigkeiten. Wo so die Idee ist quasi auch so eine Familienhilfe zu haben, die irgendwie suchttherapeutisch ausgebildet ist. Die auf dem Markt zu finden mit der entsprechenden Bezahlung ist natürlich unglaublich schwierig.
- 77 **Interviewerin:** Also die Person die das macht und das Geld dafür?
- 78 **Befragter:** Genau, für das wenige Geld. Das ist so ein Thema und... Also wo wir glaub ich besser aufgestellt sind als Leipzig, aber immer noch nicht gut aufgestellt sind, bei Drogentests. Wir haben eine aufsuchende Kraft aus dem Gesundheitsamt, quasi für uns Drogentests vor Ort macht. Weil wir ja wissen, die kommen einfach nicht an, wenn ich die von Markranstädt hierher bestelle, kostet das 7,60 Euro. Das sind eineinhalb Stunden Fahrweg für eine Person die 7,60 Euro. Die kommen nicht an und deshalb ist die Idee wir müssen vor Ort einfach prüfen und testen.
- 79 **Interviewerin:** Also die Leute kommen nicht an, um hier einen Test zu machen?
- 80 **Befragter:** Ja und dann müssen wir ausrücken und vor Ort prüfen, was wieder so ein Aufwand wäre und da haben wir seit, ich glaube, ungefähr einem Jahr, die Frau [Name], die die aufsuchenden Tests macht in unserem Auftrag. Die Idee war eigentlich, dass man das bei Ärzten oder Apotheken macht, die irgendwie wohnortnah sind, da gab aber nicht die Initiative von unserer Verwaltung her. Und das sind Urintests quasi. Da wissen wir ja auch wie die Gerichtsverwertbarkeit ist, nämlich null. Also die kann an nicht verwerten. Aber zumindest können wir die flexibel abrufen. Also nicht wie in Leipzig: „Wir testen mal bitte in vier Wochen und kommen sie mal bitte zu diesem Termin da hin.“ Da kann sich jeder drauf einstellen. Und es ist zumindest bei Frauen unter Sichtkontrolle. Ich habe' das auch selber schon mal erlebt mit einer Attrappe, quasi. Wo es dann diesen Urin gab. Hochinteressant für mich, auf der einen Seite brauchen wir halt irgendwas Valides. Wo so der Wunsch ist eigentlich nach Drogentests, also nach Speicheltests, mit der Auswertung. Muss über ein Labor gehen. Also dauert gar nicht lange, dauert einen Tag, aber die Bezahlerei - das ist so das Thema. Da müssten wir eigentlich noch besser aufgestellt sein. Also das ist auch so eine Lücke - weil ja danach gefragt wurde - so eine Lücke im System. Und...
- 81 **Interviewerin:** Was ja aber eher eine Kontrolllücke ist und keine Hilfenlücke, also ...
- 82 **Befragter:** Ja und die Hilfenlücke, genau... und auf der anderen Seite ist es aber auch eine Hilfenlücke, weil - und das ist ganz schön zu beobachten - viele Eltern sagen: „Ich möchte diese Tests weiter haben, weil ich nachweisen will, dass ich clean lebe.“ Ja. Auch nach einer Therapie oder so, die sagen: „Wir wollen jetzt die Test haben.“ Wo wir noch eher bremsen müssen und sagen, also das kostet einfach auch sowas. Genau. Wo ich so eine Lücke sehe ist bei Konsumentinnen, also bei jungen Schwangeren, ähm eine WG, das passt dann mit dem Jugendschutzgesetz natürlich schwierig, oder ich kenn' sie zumindest nicht, wo man konsumieren könnte in einem kontrollierten Rahmen und die Kinder dann eben durch die entsprechenden Betreuungspersonen betreut werden. Immer mit dem Ziel der Abstinenz, logischerweise. Ich weiß nicht, ob es das in Leipzig gibt. Ich habe es noch nie gehört.
- 83 **Interviewerin:** Das ist ja wie ein Drogenkonsumraum müsste das ja gestaltet sein. Das gibt es nicht.
- 84 **Befragter:** Genau. Sowas. Also ich könnte es mir gut vorstellen, weil wir schon irgendwie Lebenswelt akzeptieren müssen und wir nicht lebensweltlich agieren, aus meiner Sicht. Das wäre eine gute Möglichkeit. (...) Naja und... also... so kann ich jetzt nichts sagen, nichts weiter, aber was ganz gut wäre vielleicht auch eine Klinik hier in der Nähe, wo einfach die familiäre Anbindung besser wäre. Also die fahren ins Erzgebirge, die fahren nach Berlin oder irgendwo an die Ostseeküste. Das sind so die Kliniken, die ich hatte.

- 85 **Interviewerin:** Ok. Borna ist da gar nicht so?
- 86 **Befragter:** Ne, ich meine Entwöhnungsbehandlungen, stationäre.
- 87 **Interviewerin:** Achso, ja, verstehe.
- 88 **Befragter:** Sowas wäre cool irgendwie hier in der Ecke. Und generell einfach, also das versucht ja Frau Lein so ein bisschen, aber die Netzwerkarbeit nochmal deutlich zu intensivieren. Wir haben auch keine Streetworker oder sowas hier im Landkreis. Das würde sich irgendwie nicht lohnen. Das Zentrum ist schon immer noch Leipzig, wo so ein paar reinfahren. Aber es wäre halt gut nochmal so Verbindungen zu haben. Was gut klappt ist über Schulsozialarbeit, aber da brauchte man eigentlich auch noch welche, die noch besser geschult sind. Wir haben eine Schulsozialarbeiterin, die hat in einer Suchtberatungsstelle gearbeitet in Leipzig, die hat einen Blick dafür. Die meldet und meldet, ne? Also meldet nicht in dem Sinne Kindeswohlgefährdung, sondern „Wir brauchen irgendwie ein gemeinsames Gespräch.“ Aber da braucht es einfach noch mehr Bewusstsein, auch in Kitas etc. Also eigentlich in allen Einrichtungen, wo so die Kinder und Jugendlichen sind. Auch Kinderarzt, die müssen besser geschult werden, Frauenarzt bei Schwangeren. Das ist einfach deutlich ausbaufähig.
- 89 **Interviewerin:** Suchtspezifisch geschult?
- 90 **Befragter:** Suchtspezifisch geschult, ja ja.
- 91 **Interviewerin:** Viel Handlungsbedarf.
- 92 **Befragter:** Ja, das kann man... da ist immer so die Frage, wer bezahlt das halt. Das ist immer so die lästigste Frage. Mich interessiert nicht, wer es bezahlt, ich brauch es einfach, aber auch hier im Haus ist es so ein Hin- und Hergeschiebe zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt. Also auch mit den Drogentests. Das hat 3 Jahre gedauert, bis man darauf kam, dass das Gesundheitsamt das bezahlt. Also es ist immer so ein Kompetenzgerangel und daran scheitert es. Naja, dann die finanzielle Ausstattung von politischer Ebene, da müssen wir nicht drüber reden.
- 93 **Interviewerin:** Müssten wir
- 94 **Befragter:** Wir müssten drüber reden, aber wie die Situation grad ist, das ist einfach bitter. Ja und für Schwangere, eigentlich... da merk ich, da ist einfach so ein hoher Bedarf. Ich kann das gar nicht so vollumfänglich begleiten. Also wenn ich Glück habe, habe ich während der Schwangerschaft nur diese Frau und hier läuft es im Gebiet relativ ruhig, dann kann ich das gut betreuen. Wenn das nicht so ist, ist meine Betreuung schlecht und eigentlich bräuchte es jemanden, so einen ständigen Begleiter, der mit der Mutter sehr wertschätzend arbeitet und guckt, wo sind so die Ressourcen, was ist alles so möglich, ja und so ein Bindeglied zwischen allen ist. Ich wäre es gern. Ist auch eigentlich die Aufgabe oder müsste die Aufgabe vom ASD sein, ist aufgrund der zeitlichen Möglichkeiten nicht möglich. Es ist nicht möglich. Ja und das ist schade und eigentlich sagt das SGB VIII was ganz anderes.
- 95 **Interviewerin:** Mhm. Theorie und Realität.
- 96 **Befragter:** Ja! Ja.
- 97 **Interviewerin:** Kommen wir mal zurück zu diesem Begriff „Veränderungsmotivation“, um da irgendwie noch mal ein bisschen drum herum zu kreisen. Das ist ja in der Drogen- und Suchthilfe ein ganz zentraler Begriff. Inwieweit - Ihrer Erfahrung nach - kann man von einer Entwicklung dieser Veränderungsmotivation im Zuge einer Schwangerschaft sprechen?
- 98 **Befragter:** Mhm (bejahend). Ich denke das ist schon ähm, die ist deutlich, weil... oder ich denke man kann davon sprechen, weil so häufig der Satz ist: „Ich möchte abstinent leben, weil ich mit meinem Kind zusammenleben möchte.“ So dieser Standardsatz, den man überall hört höchstwahrscheinlich. Und die Motivation ist sehr hoch, die Frage des „Wie“ ist das. Wie mache ich das? Aber ich kann, weiß nicht, kann mich an keine Schwangere erinnern, die sagte: „Also ich konsumiere weiter und das ist mir alles egal.“ Sondern die schon ein hohes Bewusstsein für sich selber aber vor allem für das eigene Kind hat und unbedingt was verändern will. Und häufig sind es die Umweltbedingungen und die eigene Identität und Zugehörigkeit, die da im Wege stehen und man eigentlich an diesen Themen arbeiten müsste, an Werten, Glaubenssätzen... all diesen Punkten.

- 99 **Interviewerin:** Ja. Ähm. (...) Jetzt bin ich grad ganz leer im Kopf.
- 100 **Befragter:** Das kommt dann wieder
- 101 **Interviewerin:** Ja (...) Achso, genau. Ich wollte fragen: Dieser Wille zur Abstinenz und da die Droge irgendwie sein zu lassen, denken Sie, dass der schon vor der Schwangerschaft da ist und dann durch die Schwangerschaft verstärkt, oder...?
- 102 **Befragter:** Ich denke das, also, das sind so... Also das eine ist Denken und das Andere sind so ein paar Gespräche mit Klienten. Ich denke, dass der immer da ist. Dass die Frage ist: Wie schaffe ich das ohne Droge? Und dass die Familien schon merken... „Ok, ich habe einfach ein härteres Leben. Ich muss mir das irgendwie organisieren. Ich muss mir meine Droge leisten können. Und ich muss da andere Wege gehen.“ Und die können ja auch vergleichen. Wir haben ja ganz viele auch Konsumierende, die aus einer - wenn man es so nimmt, wenn es das gibt soziologisch, da bin ich ein bisschen raus - die aus der Mittelschicht kommen, ja? Ähm, wo der Bruder oder die Schwester einen ganz stinknormalen Job haben, ja? Die irgendwo an der Kasse sitzen oder irgendwas und wo so das Verhältnis so ein bisschen krankt. Die können sich einen Urlaub leisten oder die können sich eine neue Küche leisten oder ein neues Auto. Ja, also die können was für sich tun und die Konsumierenden dann eher dann so: „Ach, was für eine blöde Situation ich habe, ja? Ich kann es mir nicht leisten. Ich habe kurz mein Glück aber ich kann es mir nicht leisten.“ Und das ist auch so die Rückmeldung, dass sie schon einschätzen können, dass sie am Rand der Gesellschaft sind und eigentlich was verändern, ne nicht eigentlich, die wollen was verändern und die Frage ist: Wer glaubt an sie? Und genau, und es ist ja höchstindividuell. Wenn man hier auf dem Gang ist, glauben vielleicht 40 % vielleicht daran. Und es muss ja irgendwie so ein Feeling auch sein, mit Suchterkrankten umzugehen, glauben 40 % daran, dass Suchterkrankte Veränderung schaffen können und 60% nicht, gefühlt. Und das macht natürlich was mit Frauen und mit Suchterkrankten, wenn die zum Jugendamt gehen. Die eine Tür ist das, die andere Tür ist das. Das ist eine Lotteriegeschichte. Und deswegen wäre es da schön, wenn, ähm, ja, wenn wir als Jugendamt da einfach noch mehr unterstützen könnten und diese, ich sag mal, so eine positive Grundeinstellung mitbringen: „Wir trauen euch Veränderung zu.“ Aber wenn das nur von gefühlt 40% kommt, dann ist das schwierig. Die haben häufig wenig - das ist meine Erfahrung - häufig wenig Leute, die an sie glauben. Und das ist unser Job da an die zu glauben auch wenn wir vielleicht Zweifel haben und die dürfen wir auch aussprechen, aber wir müssen denen die Hoffnung geben. Und das, ja, und dann sind, glaub ich, Veränderungen auch möglich, aber wenn gar keiner dran glaubt, dann ist das für die schwierig, ja? Wo wir ja auch häufig Eltern, also Großeltern dann haben, die sagen: „Also ich betreue dann mein Enkelkind und ich bin ja erfahrene Mutter oder erfahrener Vater und ich mach das.“ Wo wir natürlich dann auch schauen und gucken: „Alles klar, aber wissen Sie, wie passt das denn zusammen? Wir haben hier nun ihre Tochter oder ihren Sohn, die ganz klar sagen: „Hier gab es Gründe dafür, dass ich konsumiere.“ Da haben sie eine Verantwortung für und jetzt wollen sie alles besser machen.“ So ungefähr. Ja? Also da ist so eine Systemwiederholung eventuell da, wo dann Großeltern Pflegen irgendwie beschieden werden, wo man trotzdem seine Zweifel einfach daran hat, ja?
- 103 **Interviewerin:** Ja.
- 104 **Befragter:** Und das zieht sich ja dann durch, quasi. Wenn das Kind dann geboren wurde, bis hin zum 18. Das begleiten wir ja dann. Und das ist dann ganz unterschiedlich, wie sich dann auch Familien entwickeln und wenn die merken, wenn Schwangere merken: „Das Kind geht.“ Und da haben die einen guten Riecher dafür: „Das Kind wird nicht zu mir kommen.“, dann tauchen sie unter und dann sind sie weg, was ich gut verstehen kann, weil es einfach keine ehrliche Arbeit ist mit den Schwangeren. Das muss schon ehrlich sein und man muss schon eigentlich... Also das Beste ist vor der Geburt einen klaren Plan zu haben, was geschieht nach der Geburt. Da brauche ich die Transparenz der Mütter aber - das wäre das sinnvollste - dass sich alle drauf einstellen können. Aber das haben wir leider nicht immer. Ja?
- 105 **Interviewerin:** Also so ein Fahrplan: Das und das muss danach so und so laufen, damit das gut klappt mit dem Kind, ansonsten... mhm.

- 106 **Befragter:** Also genau, so Variante A und Variante B, vielleicht auch noch C und D. Wenn alles gut klappt, den Weg, das können wir ihnen anbieten, manchmal auch Mutter-Kind-Einrichtungen, weil eben das Angebot fehlt, was wir eigentlich brauchen. Oder es gibt dann die stationäre Entwöhnung für die Mutter, die Therapie, und das Kind ist dort mit in der Kita angebunden oder so. Also... Sowas, ja? Also, quasi, dass Kind und Mutter, Schrägstrich Eltern, zusammenleben können. Variante B: Wir sind uns unsicher, wir brauchen hier noch irgendwas. Oder Variante C: Wir müssen das Kind rausnehmen. Aber die Wertschätzung und Klarheit brauchen nicht nur Schwangere, die brauchen alle Eltern und sollen sie auch bekommen, aber das ist halt eine Wundertüte.
- 107 **Interviewerin:** Sie hatten vorhin - jetzt bin ich einmal hier im ASD, dann kann ich das auch mal fragen - von diesem Schutzkonzept gesprochen, was ausgearbeitet wird. Können Sie da nochmal ein bisschen ausführen, was das ist und wie das funktioniert?
- 108 **Befragter:** Mhm (bejahend). Das heißt bei uns „Gemeinsame Vereinbarung bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung“. Hört sich ein bisschen sperrig an, deshalb sagen wir auch manchmal oder häufig Schutzkonzept, weil es kürzer ist. Es geht darum, ähm, wir bekommen eine Gefährdungsmeldung. Die Nachbarin meldet: „Ich habe hier eine Nachbarin, da sehe ich, die hat irgendwie einen Bauch. Die könnte schwanger sein. Und die trinkt hier jeden Tag im Kreise von irgendwelchen Freunden Alkohol.“ So, okay. Dann ist natürlich unser Job erstmal mit der Familie Kontakt aufzunehmen, diese Meldung zu besprechen und dann aber bei denen dran zu bleiben und zu gucken, wo sind so die Bedarfe? Und das Schutzkonzept ist ja dann was, kann erst dann greifen, wenn wir es mit einer rechtlichen Person zu tun haben, also nach er Geburt, ja? Nichts desto trotz kann man ja das Schutzkonzept auch vorher schon, das schon aufstellen, weil die Mütter häufig nicht wissen, was ist dann rechtliche Person und was nicht, ja? Wir spielen auch ein bisschen damit, einfach zum Schutz des Kindes logischerweise. Und das ist ein Vertrag, eine Vereinbarung, wo wir alle unterschreiben, was dann alle bekommen und dann steht dort die Situation drin, wie ist es grade? Wie zum Beispiel das geschilderte. Keine Schwangerschaftsvorsorge, Alkoholkonsum unregelmäßig, was für Alkohol, wie oft. Also wir versuchen ziemlich genau das zu machen. Wer sind Ressourcen? Wie sieht es mit Wohnung aus? Strom, ist das ein Thema? Und dann zu gucken, welche Schritte möchte die Mutter gehen, welchen Auftrag hat das Jugendamt auch? Also auch Aufträge, die ich dann habe, wie Kontakt mit dem Helfernetzwerk oder, ähm, angemeldete und unangemeldete Hausbesuche. Also wir sprechen dort quasi unseren weiteren Fahrplan ab. Und die Einhaltung ist zwingend notwendig, weil sonst das Familiengericht angerufen werden muss und, oder in Obhut genommen werden muss - das Kind, zum Schutz des Kindes. Das bespricht man so klar wie es nur geht, ja? Wie gesagt, das geht, wegen der rechtlichen Person, natürlich erst, ein Familiengericht anzurufen oder eine Inobhutnahme, wenn das Kind geboren wurde. Und diese Vereinbarung, dieses Schutzkonzept, das besteht nur zu einem gewissen Zeitraum, einem übersichtlichen Zeitraum. Bloß so vier Monate. Das kann man auch nochmal verlängern. Aber dass die Familie einfach erstmal weiß, ok, das geht jetzt nicht sieben Jahre, sondern das gilt jetzt erstmal für die nächste Zeit.
- 109 **Interviewerin:** Und da stehen dann so Bedingungen drin?
- 110 **Befragter:** Ja, wie Suchtberatung, Miterarbeitung was für eine Therapieform benötige ich. Oder regelmäßig Hebamme zuzulassen, einmal Kinderarzt in der Woche, unangemeldete Drogentests innerhalb von 24 Stunden, heißt die vorhin erwähnte Frau [Name] vom Gesundheitsamt ruft an: „Ich komme morgen um die Uhrzeit vorbei. Bitte seien Sie zu Hause.“ Die Annahme von Frühen Hilfen, sowas, zukünftig Sucht-SPFH. Also dass man sowas dort formuliert, was manchmal auch in einem Zwangskontext stattfindet, also zum Beispiel Sucht-SPFH, ähm, was dann aber notwendig ist, zwingend notwendig ist. Genau.
- 111 **Interviewerin:** Okay. Fasst quasi die Arbeit, die in den nächsten Monaten vom ASD aus angeleitet stattfindet, mit der Familie nochmal zusammen in einer Art Vertrag.

- 112 **Befragter:** Richtig, genau so kann man es sagen. Und es ist da auch entscheidend... Also häufig - das ist ganz lustig, da kommt man manchmal gar nicht drauf - sagen die Familien selbst: „Also wir geben uns den Auftrag.“ Ah, stimmt, haben Sie recht. Also was auch mit drin ist um Beispiel: Familienangehörige mit reinzunehmen, weil am Wochenende ja die Helferlandschaft einfach nochmal deutlich ausgedünnt ist. Das wäre auch noch so eine Hilfemöglichkeit für die andere Frage vorhin, also am Wochenende da Unterstützungsmöglichkeit. Aber dass wir Familien mit reinnehmen, dass sie eine Verantwortung dafür haben einfach auch zu gucken und dass das Kind gut aufwachsen kann. Oder eben auch die schwangere Familienangehörige. Ja. Also so umfassend sie möglich. Und dann wird das quasi ausgewertet in Helferrunden. Dann sitzen all diejenigen, die da mit benannt sind, in einer Helferrunde und dann besprechen wir das, wie geht es da weiter?
- 113 **Interviewerin:** Da ist dann aber die Frau nicht dabei, oder
- 114 **Befragter:** Doch, klar. Das sind die wichtigsten Personen. Also die sollen ja dabei sein einfach auch im Sinne von Transparenz. Bei Schwangeren logischerweise auch. Also wo auch so dann... Wo geht es in die Geburtsklinik und so, alles so, was besprochen werden muss. Ne? Ja.
- 115 **Interviewerin:** Mhm. So läuft das also ab.
- 116 **Befragter:** Ja, also Jugendamt Leipzig. ich weiß nicht, ob die schon mal interviewt worden.
- 117 **Interviewerin:** Noch nicht, ne.
- 118 **Befragter:** Noch nicht. Also die machen das auch ein Stück weit anders. Also wir haben das hier so: Wenn hier so eine Meldung eingeht, dann machen wir ein Team und dann gibt es da irgendwie einen, ich sag mal, auch so einen Fahrplan und dann gucken wir, laden wir uns die ein? Schauen wir vor Ort? Fahren wir sofort raus? Das sind ja so die Möglichkeiten die ein Jugendamt hat. Da ist Leipzig nicht unterschiedlich. Wir haben zum Glück hier die Möglichkeit von - ich sag mal - Betreuungskontinuität. Dass wir - einige zumindest - länger schon an den Familien dran sind, ne? Das ist in Leipzig ja so, dass das häufig wechselt. Also das erleb' ich auch in anderen Fällen. Und dass die Sozialarbeiter keine Ahnung mehr haben vom Fall und man dann alles neu aufrollt, obwohl die Familie schon lange bekannt ist. Und man da einfach Zeit spart und Energie und Ressourcen sparen würde, wenn man die Familien dann kennen würde. Und für die Familien ist es schwierig, sich da immer wieder zu offenbaren. Ja? Genau. War das jetzt die Antwort auf die Frage?
- 119 **Interviewerin:** Ja, denk schon, ja.
- 120 **Befragter:** Ansonsten einfach nochmal stellen.
- 121 **Interviewerin:** Doch, also ich glaube, das hat ganz gut darauf abgezielt. Ja also ich bin mit meinen Fragen soweit durch. Wenn sie aber noch irgendwas von ihren Punkten, die ich jetzt gar nicht angefragt habe, noch sagen möchten, dann bitte - ist das jetzt die Möglichkeit. Was noch wichtig ist zu sagen, was ich vergessen habe, was sie vergessen haben.
- 122 **Befragter:** Ja, wenn ich, wenn es mir eingefallen ist, habe ich es ja immer so zwischendurch gesagt. Also unsere Idee ist noch mehr zu verquicken, wir würden gerne auch eine Suchtbeauftragte hier im Landkreis haben, die das ein bisschen koordiniert. Letztendlich müsste man eigentlich sachsenweit mal gucken, was könnte man da noch machen? Zumindest Frau Mortel als Drogenbeauftragte ist jetzt ein bisschen engagierte auch mit dem Thema Crystal, aber das sind halt Anfänge. Und es wäre schön, wenn wir von dieser Stigmatisierung wegkommen, dass Sucht... Sucht ist quasi... Die sind selber dran schuld an der Lebenssituation. Sondern eher hinzukommen: Das ist eine Erkrankung und wir arbeiten dran. Das ist vielleicht ein blöder Vergleich, aber es ist wie Schnupfen. Irgendwie muss man sich halt gesunden. Schnupfen geht bisschen schneller und Sucht ist eine lebenslange Erkrankung, aber dass man das begreift, dass die Familien das nicht machen aus Boshaftigkeit, oder irgendwas, weil sie sich schädigen wollen, sondern weil sie gute Gründe dafür haben. Funktionalität. Ähm, das ist ein Denken, was glaub ich... was ich hoffe, das ist eine Hoffnung, dass sich das im Jugendamt durchsetzt und in allen Bereichen.
- 123 **Interviewerin:** Mhm (bejahren), kommt auf die Leute drauf an, die da sitzen...

- 124 **Befragter:** Kommt auf die Leute an. Und dass diese Stigmatisierung wegfällt: Diese Junkies, die vor dem Bahnhof sitzen. Das ist ja nicht die Sprache, die alle sprechen, sondern es ist aber in der Gesellschaft mit drin. Ja, und dass man irgendwie gute Betreuungsangebote hat für Suchterkrankte, dass die trotzdem erstmal über einen gewissen Zeitraum weiterkonsumieren können, kontrolliert. Wie gesagt, so über Spritzentausch etc. das ist nicht mein... also das ist einfach nicht mein Thema, in dem Bereich, wo ich arbeite. Ist in Leipzig nochmal ein anderes Thema, aber das betrifft uns hier nicht. Und es wäre hier schön, wenn wir eine Ausstattung hätten, dass wir Familien einfach besser begleiten können. Dass dann ein Jugendamt nicht so hysterisch handeln muss, wie es manchmal handelt und wir näher einfach an den Familien dran sein können und auch die Themen wissen, die da einfach abgehen und die die zurecht haben und warum die eben wieder zum Muster greifen. Ja? Wir machen, wir versuchen... Vielleicht nochmal das als Abschluss: Wir versuchen uns natürlich auch da weiterzubilden, aber diejenige, die daran interessiert sind und die dafür ein Händchen haben... Ich war jetzt am Mittwoch in Dresden zu einer Weiterbildung von der Sächsischen Landesstelle Sucht - so eine Jahrestagung zum Thema: Wie sieht es aus im Landkreis? Was gibt es für Angebote? Und so. Wo ja auch Regis-Breitungen sich vorgestellt hat, die ja auch eine Suchtabteilung jetzt haben zumindest für die Jugendlichen Straftäter, ne? Also sowas versuchen wir. Uns da auch eben zu vernetzen und die Leute kennenzulernen und zu gucken: Wo können wir auch lernen davon? Ja, weil einfach so ein Feld ist, was man im Studium als Sozialarbeiter wirklich minimalst hatte. Da hat man vielleicht irgendwie so die Stoffgruppen als Überschrift gehabt und mal irgendwo reingeguckt, ja? Also ich kann nur von mir aus sagen. Da war nicht mehr drin. Das war der absolute Überblick vom Überblick und das reicht nicht aus. Also hier war sehr viel mit Selbstaneignung notwendig und ich weiß ein Bruchteil von dem, was ich wissen müsste.
- 125 **Interviewerin:** Lebenslanges Lernen.
- 126 **Befragter:** Lebenslanges Lernen ja, und auch Lernen mit den Klienten. ich habe da so meinen Expertenvater, mit dem ähm, der es geschafft hat über die Langzeit, Entgiftung und Langzeit, auch jetzt seinen Son wieder betreut und die Sachen, Geschichte die ich von dem höre... Es ist einfach... Es ist so spannend. Der selber auch gedealt hatte. Und das so zu hören und so seine Sichtweise zu hören, davon können wir nur lernen. Aber wie gesagt, ich gönne mir den Luxus mich mit dem immer mal zu treffen. Wir haben auch noch andere Themen, aber das ist halt... ja. Wir dürfen nicht so arrogant sein, zu denken, wir wissen alles, sondern wir müssen mit den Suchterkrankten lernen. Das war jetzt ein komischer Abschlusssatz, ne? Klingt so altklug. Aber genau so, irgendwie. Das ist zumindest mein Ansatz und ein Ansatz von einigen Kollegen hier aus dem Landratsamt.
- 127 **Interviewerin:** So ist es. Okay, gut.
- 128 **Befragter:** Ich weiß nicht ob es mit reingenommen wird, aber viel Erfolg!
- 129 **Interviewerin:** Vielen Dank

Das Interview wurde geführt von Anna Hirschmann und fand am 19.07.2018 statt.

- 1 **Interviewerin:** Also zu Beginn bräuchte ich bitte erstmal ein paar sozio-demographische Daten, zum Beispiel Ihr Alter.
- 2 **Befragte:** Ich bin 53.
- 3 **Interviewerin:** Ihr Geschlecht ist weiblich, ihre Nationalität?
- 4 **Befragte:** Deutsch.
- 5 **Interviewerin:** ...ist Deutsch. Und was sind denn Ihre...Wie sieht denn Ihre Ausbildung aus?
- 6 **Befragte:** Also, ähm, ich habe mehrere Ausbildungen. Meine erste war eine Facharbeiterausbildung, Notenstecher nannte sich das. Das war zu tiefsten DDR-Zeiten. Danach habe ich als Hilfskraft in einem Krankenhaus angefangen zu arbeiten, habe dann eine Ausbildung zur Krankenschwester gemacht. Ähm, 1993 habe ich dann eine Zusatzqualifizierung zum Suchttherapeuten gemacht.
- 7 **Interviewerin:** Zusätzlich zur Krankenpflegeausbildung?
- 8 **Befragte:** Genau, nu. Und 2004 habe ich einen Abschluss für Soziale Arbeit, also Sozialpädagogik in Roßwein gemacht. Alles berufsbegleitend.
- 9 **Interviewerin:** Ja. OK, spannend. Also mal andersrum als andere.
- 10 **Befragte:** Genau, ich hab's von hinten aufgezümt. (lacht)
- 11 **Interviewerin:** Und dann Ihr beruflicher Werdegang?
- 12 **Befragte:** Ähm, ja, nachdem ich im Prinzip meinen Facharbeiter dort beendet hatte, bin ich ins Parkkrankenhaus, damals hieß es noch Dösen, als Hilfskraft gegangen, habe dort die Ausbildung zur Krankenschwester gemacht und - puh, wann war denn das? - hab dann unmittelbar nach dieser Ausbildung in Dösen in einer Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige angefangen zu arbeiten, noch als Krankenschwester im Prinzip. Das war eine, also so eine therapeutische Station, wo, ne, also für Alkoholabhängige im Prinzip. Viertel Jahr Therapie und dann... ne? Genau. Danach habe ich in einem Verein für... Wie hießen die? (lacht) Oh Gott, das ist jetzt so lange her. ...zur sozialen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken, auch in Dösen noch, gearbeitet. Genau. Und das bis 1993, dann habe ich in der Chopinstraße angefangen und bin seit 2013 hier in der [Einrichtung]. Also sprich, viele Jahre, die da an Suchtarbeit zustande gekommen sind. #00:02:50-7#
- 13 **Interviewerin:** Ja total spannend! In dieser Einrichtung sind sie also seit wann tätig?
- 14 **Befragte:** Seit 2013.
- 15 **Interviewerin:** Seit 2013. Und wie sieht Ihr Arbeitsalltag hier so aus?
- 16 **Befragte:** Naja, also in erster Linie ist meine Arbeit hier Beratungstätigkeit. Wir haben neben der Beratung, die wir hier im Bereich Psychosoziale Begleitung, Therapiemotivation und Nachsorge, dann ambulante Therapie und Gruppenarbeit, neben diesem Kerngeschäft haben wir noch die... ein Arbeits- und Beschäftigungsprojekt hier im Haus für abstinenten oder bekonsumfreie Klienten, ähm, was wir auch sozialpädagogisch betreuen. Genau und das gehört alles so dazu...
- 17 **Interviewerin:** Beikonsumfrei heißt, das sind Substituierte, die aber nur ihr Substitut nehmen, sozusagen, ne?
- 18 **Befragte:** Genau, mhm.
- 19 **Interviewerin:** Ok, und das sind auch alles Felder, die sie mitbetreuen, sozusagen, ja? Also sowohl diese Beratungstätigkeiten, als auch die... diese Kurse, so nenne ich sie mal.
- 20 **Befragte:** Ja.
- 21 **Interviewerin:** Ok gut. Das war es erstmal so einleitend zu Ihnen. Wenn wir jetzt ins Thema starten, was sind denn Ihre ersten Gedanken zum Thema Schwangerschaft und Sucht?

- 22 **Befragte:** Zum Thema Schwangerschaft und Sucht fällt mir immer so meine An... die Anfangsgeschichte ein, wie das hier in Leipzig sich entwickelt hat. Also da gehöre ich mit zu denen, die überhaupt hier in Leipzig was getan haben. Also das heißt, wir haben 2000 ungefähr hier in der [Einrichtung] damals das erste Frauenfrühstücke für Mütter mit Kindern ins Leben gerufen.
- 23 **Interviewerin:** Für drogenkonsumierende Mütter?
- 24 **Befragte:** Genau. Und daraus ist dann so im Laufe der Jahre letztendlich der Fachbereich Familienhilfe entstanden, an dem ich auch konzeptionell mitgearbeitet habe damals. Also es war... Ja, und meine Diplomarbeit damals, da ging es darum erstmal eine Bestandsaufnahme zu machen. Wie sieht hier Leipzig, im Prinzip, bezüglich der Frauen, die schwanger sind bzw. Kinder haben, aus? Wie viele gibt es? Was gibt es für Angebote? Genau. Das ist das, was mir zu dem Thema einfällt. (lacht) Spontan. #00:05:24-2#
- 25 **Interviewerin:** Ok, das war Ihre Diplomarbeit, die das ganze hier angestoßen hat? Ich habe von der gehört!
- 26 **Befragte:** Also zumindest erstmal hier zu gucken: „Was gibt’s überhaupt? Gibt es überhaupt Versorgungsgrundlagen dafür oder nicht?“ Und das war damals eben eher „oder nicht“.
- 27 **Interviewerin:** Dann sind Sie ja Expertin! Klingt für mich, als wären Sie Expertin in diesem Bereich.
- 28 **Befragte:** Naja, nicht mehr so. Also ich bin jetzt nicht mehr so tief in dem Thema verwurzelt wie die Mitarbeiterinnen in dem Fachbereich, aber, also zumindest, ja, ein bisschen.
- 29 **Interviewerin:** Ja, das ist bestimmt ein Understatement. Ja, ähm, können Sie mir denn zunächst mal einen Überblick geben über das Hilfesystem, was es jetzt, 2018, für drogenkonsumierende Frauen gibt, also drogenkonsumierende schwangere Frauen?
- 30 **Befragte:** Ähm, wie fangen wir denn an? Also es ist...
- 31 **Interviewerin:** Welche Angebote gibt es zum Beispiel? #00:06:21-0#
- 32 **Befragte:** Also Angebote sind natürlich im Bereich Beratung in den bekannten Suchtberatungsstellen hier in Leipzig. Also es ist so, dass da inzwischen jede Beratungsstelle den Bereich ‚schwängere Drogenabhängige‘ mit bedient. Natürlich also immer wieder auf den Fachbereich Familienhilfe hinweisend. Also, das sind so die Spezialisten, wo man guckt, dass wirklich die Leute in erster Linie auch dort ankommen, weil diese, dieses Gesamtangebot der Suchtberatung und der Familienhilfe, der Gruppenarbeit mit Kindern und auch der MUT-Kurs. Also es sind verschiedene Bereiche, die da im Prinzip bedient werden. Ein kompaktes gutes Angebot, das erstmal vorhanden ist. Natürlich sind auch die Kliniken inzwischen, wie denn, deutlich kompetenter in der Versorgung. Wir haben Frauenärzte, die sich auf Schwängere spezialisiert haben, die Drogen konsumieren. Worüber wir sehr froh sind, dass es da auch Frauenärzte gibt, die sich da, ja, so ein bisschen dem Thema angenommen haben. Dann der Arbeitskreis „Pregnant“. Wenn wir im Prinzip irgendwie, naja, ich sag mal, schwierige Fälle haben, wo das Hilfsangebot nur sporadisch oder gar nicht genutzt wird, ja, und natürlich dann die anderen Bereiche, die über die Diakonie mit... mit den Familien... also diese Unterstützungsangebote finanzieller Art, die von den Schwangeren genutzt werden können. Also es ist einiges gewachsen.
- 33 **Interviewerin:** Und von diesen Angeboten, wie erfahren die Frauen von denen?
- 34 **Befragte:** Indem sie zu einer Beratungsstelle gehen. (lacht) Genau. Also wenn jetzt eine Frau hierher kommt, die schwanger ist, dann gucken wir schon, dass wir für sie das passende Netzwerk knüpfen.
- 35 **Interviewerin:** Ja.
- 36 **Befragte:** ASD ist natürlich nicht zu vergessen. Gehört immer mit dazu, wenn es um drogenabhängige Frauen geht, die schwanger sind.
- 37 **Interviewerin:** Sie haben vorhin von „wenn es schwierige Fälle sind“ gesprochen. Das heißt, es gibt auch weniger schwere Fälle, die vielleicht im Arbeitskreis „Pregnant“ dann gar nicht so eine Rolle spielen.
- 38 **Befragte:** Genau. Also das sind wirklich dann... also es gibt einige, also von Frauen, die jetzt, ich sage mal, noch konsumierend hier ankommen mit dem Wissen „ich bin schwanger.“, sich auch... also da die Hilfsangebote nutzen und ähm, Substitution nutzen, keinen Beikonsum haben, also wo wirklich die Schwangerschaft auch eine Motivation sein kann.

- 39 **Interviewerin:** Spannend. Das ist genau das, worauf ich auch nachher noch zur Sprache kommen will... oder das können wir eigentlich auch jetzt machen. Sie sagen, die Schwangerschaft diene als Motivation. Können Sie da noch ein bisschen ausführen, wie Sie das meinen?
- 40 **Befragte:** Also in dem Moment, wenn eine Klientin hierher kommt mit dem Wissen, sie ist schwanger und sagt: „Ich möchte meinem Kind aber das nicht antun, dass es jetzt hier unter Drogen auf die Welt kommt.“ Also das sind so... also das ist eine Motivation, die einige für sich nutzen, ähm, ja an Beispielen habe ich da einige. Da ist also eine Frau, die während... also konsumiert hat, bis sie eben die Information bekommen hat, dass sie schwanger ist, dann sofort den Beikonsum eingestellt hat und sich auf das Substitut konzentriert hat, das auch geschafft hat, bis zur Entbindung vom Substitut noch runter zu gehen und, ähm, bis dahin, dass sie mit Substitutionsmittel, engmaschige Begleitung vom Frauenarzt und Substitutionsarzt das Kind stillen durfte und während der Stillphase ganz - wie denn - ganz sanft ausdosiert wurde. Und das ist so ein Weg, wo ich sage: „Auch das kann gehen“, ne? Also von daher ist es immer wichtig also erstmal die Frau auch in der Situation auch ernst zu nehmen, ernst zu nehmen und zu gucken, wie kann man sie unterstützen. Ja, andere Beispiele auch bis dahin, dass, ähm, eine, wie denn, eine Frau einen ähnlichen Weg gegangen ist, wir alle sehr überrascht waren, dass sie das so gut hinbekommen hat ohne zusätzlich Drogen zu konsumieren, weil rundherum vieles in der Schiefen war und, ähm, bis dahin, dass sie ihr Kind aufgrund von vorhergegangenen Schwangerschaften, die nicht so gut gelaufen sind, nicht mit nach Hause bekommen hat, aber trotz alledem inzwischen das dritte Jahr abstinent, also abstinent lebt, das Kind noch in einer Pflegefamilie ist und sie den Kontakt zum Kind trotz alledem hält. Also ihre Hoffnung war eine andere. Sie hat gedacht, sie kann diesmal das Kind mit nach Hause bekommen, aber sie kämpft weiter.
- 41 **Interviewerin:** Und schafft es trotzdem abstinent zu leben?
- 42 **Befragte:** Ja.
- 43 **Interviewerin:** Hut ab!
- 44 **Befragte:** Ja, das sind, denk ich, Motivationen, die über eine Schwangerschaft gewachsen sind.
- 45 **Interviewerin:** Wo die Schwangerschaft die Motivation irgendwie initiiert hat?
- 46 **Befragte:** Genau, ja. Mhm (bejahend).
- 47 **Interviewerin:** Voll gut. Um noch mal zurückzukommen zu diesem Hilfesystem, wo wir vorhin schon ein bisschen drüber gesprochen haben. Ähm, sicherlich ist es ja so, dass bei Ihnen jetzt, Sie auch Frauen einfach vorher schon betreuen, die dann schwanger werden und Sie die weiterhin betreuen.
- 48 **Befragte:** Mhm (bejahend), genau.
- 49 **Interviewerin:** Arbeiten Sie dann nach Beginn der Schwangerschaft mit einer anderen Zielsetzung weiter mit den Frauen?
- 50 **Befragte:** Ähm, naja, die Zielsetzung ist, egal ob sie nun schwanger sind oder nicht, schon also zu gucken, dass sie sozial gesund, also psychosozial gut integriert sind, dass sie möglichst abstinent leben. Das ist in jedem Fall eine Zielsetzung, aber ich denke, es werden mit Bekanntwerden einer Schwangerschaft andere Prioritäten nochmal gesetzt. Also dass man da wirklich nochmal aufs Umfeld ganz anders guckt, dass man wirklich nochmal guckt, welche Unterstützungen braucht es jetzt in der aktuellen Situation, also in der Schwangerschaft. Das, ja, ist dann doch nochmal eine andere... Ja, hat nochmal einen anderen Blickwinkel, denke ich, ja.
- 51 **Interviewerin:** Mhm, und was sind das, ähm, wie haben Sie es gerade formuliert?
- 52 **Befragte:** Prioritäten?
- 53 **Interviewerin:** Ja, Prioritäten aber auch, welche Hilfen braucht es denn in einer Schwangerschaft anders als sonst?

- 54 **Befragte:** Naja, das fängt an schon mal beim Arzt zu gucken. Also letztendlich, ne, viele haben Berührungängste, ähm, in so eine hoch aufgestylte Frauenarztpraxis zu gehen. Da fühlen sich viele nicht wohl. Also dass man da auch die Frauen begleitet. Dass man sagt: „Gut, wir gehen dort hin, gucken wir uns mal an“, und dass man, ja, die Kliniken, wo sie dann hingehen... Also das sind so Sachen, wo man wirklich auch begleitend arbeiten kann. Nicht alle wollen das, aber kann, wenn das gewünscht wird. Dass man nochmal nach den familiären Hintergründen guckt genauer, also wer kann im Prinzip dann nach der Entbindung aus der Familie dich unterstützen? Gibt es da jemanden? Oder aus der Nachbarschaft? Es ist viel Motivationsarbeit bei Frauen, den Kontakt bzw. den Weg zum ASD zu gehen, weil das sehr Angstbesetzt ist. Das sind dann wirklich andere, ähm, andere Ebenen, die man berücksichtigen muss, ne? Also wenn ich jetzt so eine Frau in der Beratung habe, muss ich sie ja nicht dem ASD vorstellen, ne? Also dass sozusagen die dazugehören. Ja. Naja und ASD wird viel gehört, dass das Kind weggenommen wird und und und. Das sind immer noch sehr wilde Geschichten, die da kursieren. Das bedarf auch einer, ich sag mal, sensiblen Herangehensweise einer Begleitung, einer Vorstell... also einer Kontaktaufnahme und das ist auch inzwischen ganz gut gewachsen Also da kommen viele Mitarbeiterinnen vom ASD auch gerne hier her und sagen: „Da ist die Atmosphäre erstmal eine andere ,dass sie uns erstmal... erstmal das erste Kennenlernen, die ersten Begegnungen in einer vertrauten Umgebung stattfinden kann.“ Das hilft sowas zu fördern, ja.
- 55 **Interviewerin:** Ja, das glaub ich. Und in der Zeit der Schwangerschaft wie eng ist dann der Kontakt von Ihnen oder auch vom ASD zu den Frauen, insgesamt vom Hilfenetz?
- 56 **Befragte:** Das, ähm, da sind wir in der glücklichen Lage, das nach Bedarf absprechen zu können. Also wir haben da keine, ähm, Maximal-Minimal-Vorschriften, sondern dass geht da wirklich von, also ich sag mal, täglichen Kurzkontakten bis hin zu einmal wöchentlich, vierzehntägig, also je nachdem, wie die aktuelle Situation ist, wie der Bedarf ist und natürlich die Kapazitäten, aber das gucken wir schon dann, dass wir das grade dann eben auch bei Schwangeren dann sehr engmaschig halten, wenn der Bedarf da ist, ne?
- 57 **Interviewerin:** Und wird der Bedarf eher von den Frauen geäußert oder von Ihnen? Wer entscheidet, wie groß der Bedarf ist, sozusagen?
- 58 **Befragte:** Ähm, naja die Frau muss es schon... Also, ich kann sagen, was ich für gut befinden würde und die Frau muss natürlich für sich entscheiden, ob sie es in Anspruch nehmen möchte oder nicht. Also anders funktioniert es ja nicht. Entweder sie sagt: „Ja, das nehme ich gern in Anspruch. Ich komme gern und nutze das.“ Oder wir müssen „Pregnant“ anrufen (lacht). Also...
- 59 **Interviewerin:** Entweder wir helfen oder wir kontrollieren.
- 60 **Befragte:** Genau. Ne, also, ja, aber letztendlich ist es ja so, ne? Entweder das Hilfsangebot wird in Anspruch genommen und wer sich dem entzieht, dann müssen wir irgendwo die Sicherheitsmaßnahmen für das Kind, für das Ungeborene, einleiten.
- 61 **Interviewerin:** Mhm (bejahend).
- 62 **Befragte:** Wobei ich auch, also die Frauen auch gleich am Anfang davon in Kenntnis setzte, also dass ich, ja, auch verpflichtet bin entsprechende Informationen an die Ämter weiterzugeben, wenn sie irgendwie hier dann nicht mehr auftauchen. Ne, also, das gehört dazu, also das ganze Drum und Dran.
- 63 **Interviewerin:** Und das ist auch während der Schwangerschaft schon möglich, ja? Obwohl ja da noch keine Rechtsperson besteht, die geschützt werden muss, oder?
- 64 **Befragte:** Genau.
- 65 **Interviewerin:** Ok. Ähm, wir haben vorhin schon mal kurz darüber gesprochen, was so zentrale Themen sind, ne, in der Beratung mit Schwangeren. Sehen Sie da einen Unterschied, was Frauen einbringen an Themen und was von Ihnen eingebracht wird?
- 66 **Befragte:** ... Kann ich jetzt... also wüsste ich jetzt nicht, erstmal so. Also... meistens ergänzt sich das schon noch, also dass es... Also ich habe den Eindruck, dass die ganz gut informiert sind von den Frauen, also die kümmern sich, also hören einiges. Es sind dann noch so über speziellere Hilfsangebote dann vielleicht, also speziell, im Sinne von welche Klinik was möglich macht während der Entbindung, wo kann

- man mit dem Kind dann die nach... also nach der Entbindung noch über die drei vier Tage bleiben, wenn das Kind die Entgiftung noch mit durchmachen muss, ne? Da gibt es so ein paar Möglichkeiten, also Unterschiede zwischen Uni und Georg. Ähm, aber jetzt so im Großen und Ganzen sind die meisten eigentlich relativ gut informiert. Also zumindest die, die hier ankommen.
- 67 **Interviewerin:** Und auch bereit die Hilfen anzunehmen, die dann geboten werden in der Zeit? Ist das so der Großteil?
- 68 **Befragte:** Ja.
- 69 **Interviewerin:** Schön! Gibt es da so, naja, so Reizthemen? Also so Themen, die vielleicht dann eher nicht so gern besprochen werden von den schwangeren Konsumentinnen?
- 70 **Befragte:** Naja, Reizthema ist tatsächlich der ASD und ob man jetzt wirklich das dem ASD mitteilen muss, dass sie schwanger ist und dass da eine Drogenproblematik besteht, aber ja, das müssen wir. Da sind wir verpflichtet. Und das ist eigentlich so das angstbesetzte, das am größten mit Angst besetzt also das Thema. Alles andere sehe ich also recht... kann ich nicht so sagen, dass es da Reizthemen gibt. Nehme ich... nee.
- 71 **Interviewerin:** Ist ja auch gut. Muss es ja nicht geben (lacht). (...) Wie erklären sie sich das denn, dass grade der ASD da so ein Reizthema ist?
- 72 **Befragte:** Naja, das hat etwas mit der Inobhutnahme, also möglichen Inobhutnahme zu tun. Das hat, denke ich, durchaus etwas damit zu tun, dass das, ähm, wie denn, nicht immer das von... in der Szene, wenn man davon reden darf, in der Szene nicht immer so kommuniziert wird, wie tatsächlich Inobhutnahme abläuft und wann Inobhutnahme abläuft. Dass es da im Prinzip auch völlig falsche Eindrücke und Wahrnehmungen gibt von den Betroffenen. Und die Unsicherheit, ob die einzelne Frau in der Lage ist, ohne Drogen leben zu können, da ja oftmals das nur kurze Zeiten sind, die sie da grade ohne Drogen leben, wenn überhaupt. Naja, nicht wissend, was da auf sie zukommt, wie das abläuft und wann tatsächlich das Kind aus dem Haushalt genommen wird. Also das ist das Thema wo, ja... Jede Frau will ja eine gute Mutter sein, ne? Sie wollen dann also, ja, auf gar keinen Fall das Kind wieder hergeben, weil sie ja darin eine, blöderweise manchmal, eine Stütze sehen für sich. Und ähm, ja. Das Thema Inobhutnahme ist das, was da die Angst macht, ja.
- 73 (...)
- 74 **Interviewerin:** Ja, schwierig. Was denken Sie denn, wie sich das Leben der Frauen verändert, dadurch, dass sie jetzt schwanger sind?
- 75 **Befragte:** Ähm, kommt drauf an, ob sie das erste Mal schwanger sind. Das ist dann auch zum ersten Mal Verantwortung übernehmen für einen Menschen, überhaupt lernen Verantwortung zu übernehmen, weil, also manches ist ja so... Manche leben ja so in den Tag hinein bis dato und, ähm, kommen mit der Materie mitunter nicht so ganz klar (lacht). Also da verändert sich schon einiges. Dass sie dann, ja, sich neu organisieren müssen, dass sie eine völlig neue Tagesstruktur von, ja...Vor der oder bzw. während der Schwangerschaft geht es ja auch, noch so ein bisschen in den Tag hineinleben und vielleicht erst so gegen 12 wach werden (lacht). Aber dann, wenn das Kind da ist, dann ändert sich ja einiges. Ähm, ja, sich um auch materielle Versorgung, Grundlagen kümmern. Das ist erstmal ein großes Thema dann. Wie sichere ich mein Leben und das Leben meines Kindes denn ab? Ist Wohnraum ausreichend da? Das ist jetzt zur Zeit auch immer ein schwieriges Thema, also seit, naja, zwei drei Jahren. Oftmals muss dann eine andere Wohnung her, wird keine gefunden, ähm, oder nur schwer, weil Mietschulden da sind und... also da, ja, verändert, also da geht einiges.
- 76 **Interviewerin:** Ein ganzer Berg an Aufgaben, die dann plötzlich erledigt werden müssen, ne? Ich stelle mir das total überfordernd vor.
- 77 **Befragte:** Ist es auch. Also es sind ja dann ganz viele Termine, ne? Neben den üblichen Terminen, die man... Also ich geh mal von einer Frau aus, die in der Substitution ist. Die hat schon Termine, indem sie jeden Tag im Prinzip ihr Substitutionsmittel abholen muss und, ähm, ja, und dann kommen im Prinzip die Arzttermine dazu, dann kommt der ASD, dann muss sie sich in der Klinik vorstellen, dann muss sie, ähm, sich mit der Familienhilfe bekannt machen und und und... Ne, also das sind noch... Und dann

meistens noch die Bewährungshilfe und vielleicht auch... Ne? Schuldnerberatung wäre auch ganz gut (lacht), um einfach das Leben zu ordnen. Das ist ein Vollzeitjob. Also, mhm (bejahend).

- 78 **Interviewerin:** Und, ja, denken sie, dass dadurch... Also ich stell es mir so vor: Die Frauen, also die Menschen, die viele Drogen konsumieren, sind ja vorher schon mit ihrem Leben ziemlich beschäftigt und dann kommt die Schwangerschaft dazu, also eine zusätzliche Beschäftigung. Ich stell es mir dann total schwierig vor, gerade in dem Moment mit meinem Konsum runterzugehen. Wie sehen sie das?
- 79 **Befragte:** Naja... also es ist... Wie denn? Offensichtlich passiert bei einigen da im Kopf was. Also, ne, ich... Unter dem Aspekt „ich habe jetzt eine Aufgabe.“ oder „Ich werde eine Aufgabe bekommen. Ich muss mich kümmern. Ich muss für jemanden da sein.“ Also das sind so... Das sind so Themen, die das... schon so Kräfte, wie denn, Kräfte mobilisieren. Und über die vielen Jahre, die ich diese Arbeit hier mache, bin ich immer wieder beeindruckt von vielen unserer Klienten, was die teilweise, wenn sie dann doch mal nicht konsumieren, innerhalb kürzester Zeit bewerkstelligen können. Also das ist... das ist beeindruckend. Da werden wirklich viele viele Kräfte mobilisiert, also innere, die irgendwo geschlummert haben bis Dato oder anderweitig genutzt wurden (lacht).
- 80 **Interviewerin:** Und sie sehen eine Schwangerschaft da als einen besonders guten externen - oder ja eigentlich internen - Motivator?
- 81 **Befragte:** Ja.
- 82 **Interviewerin:** War auch so ein bisschen meine Hypothese. Naja, trotzdem frage ich mich aber... Also dann gibt es ja Frauen, die auch während ihrer Schwangerschaft weiter konsumieren und das muss ja eine Funktionalität haben für die Leute, sonst würden sie das ja nicht machen. Also irgendeine... irgendwelche Vorteile muss es haben. Können sie sich da irgendwas zu denken?
- 83 **Befragte:** Naja, es ist, denk ich, immer noch die Frage, inwieweit ist die einzelne Frau dann auch sozial noch integriert. Also ganz schwierig ist es bei den Frauen, die auf der Straße leben, die denk ich in dem Moment auch keine Option für sich sehen, da irgendwie das Kind behalten zu können. Also ich glaube, wenn da so jegliche Hoffnung verloren ist oder das vierte, fünfte Kind vielleicht schon auf dem Weg ist und es ist... die sind alle irgendwie in Obhut genommen worden, ähm, ja, da ist dann eigentlich nur noch die Droge, an alles nicht mehr denken müssen, was da noch auf sie zukommt, ist da im Vordergrund. Also manche sind einfach so sehr, ja, suchtgesteuert, dass das auch keine Motivation mehr ist. Das hat beim ersten, zweiten vielleicht noch, da war der Versuch noch da, aber ich denke je mehr Kinder da - das klingt vielleicht blöd - produziert werden (lacht), umso weniger Hoffnung hat die Frau und da sieht sie auch keine Motivation auszusteiern.
- 84 **Interviewerin:** Was denken sie, warum es bei manchen Frauen klappt, bei anderen nicht, also mit dem ersten... sagen wir bei der ersten Schwangerschaft?
- 85 **Befragte:** Ich denke das... also es können ja sehr sehr viele Faktoren eine Rolle spielen, wie in diesem ganzen Suchtkonzept da immer mehrere Faktoren eine Rolle spielen. Das hat was mit der eigenen persönlichen Erfahrung, Entwicklung zu tun. Also wo komm ich her, wie bin ich groß geworden? Also das, denke ich, sind Themen. Die... was ich vorhin schon sagte, auch die soziale... inwieweit sie sozial integriert sind noch. Gibt es aus der Herkunftsfamilie jemanden, der einen unterstützt? Habe ich Vorbilder, wo ich mich dran orientieren kann? Das sind, also denk ich, vielfältige Themen, die da als eine Rolle spielen. (...) Ist ein Partner da, der mich unterstützt?
- 86 **Interviewerin:** Und wenn diese Fragen mit „ja“ beantwortet werden, viele von den Fragen, dann steigt auch die Chance, dass es funktioniert, ja?
- 87 **Befragte:** Ja.
- 88 **Interviewerin:** Ok. Gibt es etwas, was so an Hilfen noch besser gemacht werden kann, damit es für die Frauen irgendwie öfter gut läuft? Also für die Familien ja eigentlich, da geht es ja dann um ganze Familien.

- 89 **Befragte:** (...) Also da hätte ich jetzt spontan erstmal nicht die Idee, aber das hat möglicherweise etwas damit zu tun, dass ich nicht mehr ganz so nah dran bin. Da sieht vielleicht wirklich der Fachbereich Familienhilfe eher noch Optionen, was da gebraucht wird. Ja, aber ich denke, verbessern kann man immer irgendwas. Da geht immer was, aber ja, so spontan wüsste ich jetzt gar nicht.
- 90 **Interviewerin:** Da haben sie jetzt keine Idee? Das ist ja ok. (...) Ok, eine Frage habe ich noch, die so ein bisschen off topic ist. Ähm, gibt es irgendwie, sehen sie irgendwie Unterschiede zwischen, ja, Heroinkonsumierenden und Crystal konsumierenden so in diesem Kontext Veränderungsmotivation?
- 91 **Befragte:** Kontext Veränderung... ne. Kann ich so nicht sagen. Also sowohl bei Heroinabhängigen als auch Crystalkonsumenten gibt es die Motivation einzelner Frauen, wo es wirklich top läuft, wo ich denke: „ Super. Also hätte ich nie geglaubt.“ Also da sehe ich keine Unterschiede, ne. (...)
- 92 **Interviewerin:** Ok, also ich bin mit meinen Fragen am Ende, aber ich möchte Ihnen natürlich das letzte Wort geben (lacht).
- 93 **Befragte:** (lacht)
- 94 **Interviewerin:** Haben Sie noch irgendwo irgendwas, was ihnen noch wichtig ist zu sagen zum Thema?
- 95 **Befragte:** Ich würde mir wünschen, dass es noch mehr Angebote gibt für Mütter. Doch, jetzt kommt was, sehen sie (lacht)!
- 96 **Interviewerin:** Ja, bitte, erzählen Sie (lacht)!
- 97 **Befragte:** Also, dass es mehr Angebote im Sinne eines Mutter-Kind-Wohnen gibt. Da gibt es einfach aus meiner Sicht viel zu wenig die auch eine Spezialisierung im Sinne Drogenabhängigkeit oder überhaupt Suchtkrankheit haben. Die Mutter-Kind-Einrichtungen, die es gibt, die sind ja da also eher ablehnend. Also, ne? Insbesondere, wenn es dann doch noch jemand ist, der auch noch, ja, nicht so konsumfrei ist, aber viele brauchen dann mitunter wirklich dann noch eine Unterstützung. Also um erstmal ihre Situation wieder in den Griff zu kriegen. Also das wäre so eine, ja... könnte ich mir gut vorstellen. Würde sich für Leipzig noch gut, ja, fügen, wenn das geschaffen werden könnte, ja.
- 98 **Interviewerin:** Dass es mehr gibt oder dass es einfach suchtspezifischere Möglichkeiten gibt?
- 99 **Befragte:** Ich denke eine spezielle Einrichtung, also eine Einrichtung, die sich drauf spezialisiert, wäre super, oder wenn sich mehr Einrichtungen dem Thema auch öffnen könnten und, ähm, auch insofern öffnen könnten, dass sie sagen: „Wir begleiten die auch, auch wenn sie mal rückfällig geworden sind.“ Das muss natürlich alles seine Grenzen haben, aber, ähm, ich denke auch, die Erfahrung, einen Rückfall verarbeiten zu können, kann weiterbringen als dann die Konsequenz Rückfall und es hat sich alles erledigt. Also, das wäre eigentlich schön, ja.
- 100 **Interviewerin:** Mal sehen, sie sich unsere Stadt entwickelt.
- 101 **Befragte:** (lacht) Ja.
- 102 **Interviewerin:** Ok, ich guck nochmal kurz, ob ich jetzt irgendwas vergessen habe. Das wäre ja blöd. (...) Ich glaube, wir haben über alles gesprochen, denke ich, was ich jetzt hier so stehen habe. Wenn Ihnen jetzt noch was einfällt, können sie es gern noch sagen (lacht).
- 103 **Befragte:** Ne, im Moment nicht.
- 104 **Interviewerin:** Ok, dann bedanke ich mich ganz herzlich für das Interview.

- **Abstinenz in der Schwangerschaft**
 - Abstinenzfähigkeit
 - Vorhanden
 - Nicht vorhanden
 - Abstinenzwille
 - Vorhanden
 - Nicht vorhanden
 - Abstinenzzeitpunkt
 - Beginn der Schwangerschaft
 - Durch Substitution
 - Keine Abstinenz
 - Motivation für Abstinenz
 - Intrinsisch (Kindeswohl)
 - Extrinsisch (Angst vor Inobhutnahme)
- **Konsum in der Schwangerschaft**
 - Schwangerschaftsspezifische Funktion des Konsums
 - Beruhigung
 - Ablenkung
 - Alltagsbewältigung
 - Verdrängung der Schwangerschaft
 - Verdrängung von Problemen
 - Gründe des Konsums
 - biographische Gründe
 - erlerntes Muster
 - Angst vor Entbindung
 - Individuelle Problemlagen
 - Schlechtes Gewissen
 - Angst vor Reaktionen der Umwelt
 - Einstellung zu Konsum
 - vorwurfsvoll
 - bagatellisierend
 -
- **Kontaktherstellung**
 - Initiative
 - Bereits Klientin der Suchthilfe
 - Meldung beim ASD
 - Vermittlung durch Gynäkologe
 - Kontaktaufnahme Eigeninitiative
 - Zeitpunkt
 - in der Schwangerschaft
- nach der Schwangerschaft
- **Substanzen**
 - THC
 - Heroin
 - Alkohol
 - Crystal
- **Netzwerk "Pregnant"**
 - Fallbesprechungen von "Pregnant"
 - Klienten anwesend
 - Information an Kliniken
 - Netzwerktreffen von "Pregnant"
- **Arbeit des Hilfesystems**
 - Begleitung
 - Hilfsangebote
 - Motivationsarbeit
 - Motivation zu offener Kommunikation über Konsum
 - Motivation zu Abstinenz
 - Intensität der Arbeit
 - je nach Abstinenzfähigkeit
 - je nach Hilfebedarf
 - je nach Konsummustern
 - Prinzipien
 - Transparenz
 - Beziehungsarbeit
 - Anliegen der Klientinnen im Fokus
 - Annahme der angebotenen Hilfen
 - Hilfen werden angenommen
 - Hilfen werden abgelehnt
 - Inobhutnahme nach Annahme
 - Inobhutnahme nach Ablehnung
- **Leipziger Hilfenetz**
 - Hilfenangebot
 - Intensive Hilfen
 - Niedrigschwellige Hilfen
 - Breites Spektrum
 - Gut funktionierendes Gefüge
 - Verbesserungsvorschläge
 - Mutter-Kind-Wohnen
 - mehr Einrichtungen
 - Suchtspezifische Einrichtung
 - Netzwerkarbeit intensivieren

- **Veränderung durch Schwangerschaft**
 - Neue Erfahrungen im Leben
 - Verantwortung übernehme
 - Tagesstruktur erarbeiten
 - Erstschwangerschaft
 - Mehr Hilfen als bei Folgeschwangerschaft nötig
 - Prägt Folgeschwangerschaften
 - Folgeschwangerschaft
 - Verstärkt Angst vor Inobhutnahme
 - Mutter-Kompetenzen bereits vorhanden
 - Langfristige Veränderung
 - Tritt ein
 - Tritt nicht ein
 - Motivation
 - Bei allen Eltern groß
 - Vor Schwangerschaft schon groß
 - Impuls fuer tatsächliche Veränderung
- Schwangerschaft wird genutzt, etwas zu verändern

- **Themen im Gespräch mit Klientinnen**
 - Soziale Integration/Exklusion
 - familiäre Situation
 - gesundheitliche Konsequenzen für das Kind
 - Anbindung an den ASD
 - aktueller Konsumstatus
 - ist Hauptthema
 - ist nicht Hautthema
 - Grundversorgung und Wohnraum
 - Unterstützungsmöglichkeiten
 - Informationsaustausch zu organisatorischen Themen

- **ASD**
 - Hilfe-Kontrolle
 - Kontrolle durch ASD
 - Hilfe durch ASD
 - Bei mangelnder Kooperation kann Inobhutnahme Konsequenz sein
 - Aufgabe
 - Kinderschutz
 - Verbleib in Familie ermöglichen
 - Koordination von Hilfe
 - Arbeitsbereiche
 - Helferkonferenzen
 - Schutzkonzepte
 - Installation von Hilfen
 - Kritik am ASD
 - zu wenig Zeit für einzelne Klienten
 - unterschiedliche Handlungsweisen
 - unreflektierte Perspektive auf Drogen
 - ASD-Auflagen erschweren Arbeit mit Klientinnen für andere Einrichtungen

- **Inobhutnahme**
 - Indikation
 - Einstellung der Frauen
 - Druckmittel

ANHANG 8 – DEDUKTIVE CODES UND CODIERUNGEN

Die Zusammenfassungen wurden codiert. Die Quellenangaben beziehen sich allerdings auf die Stellen der Originalinterviews, aus denen die Zusammenfassungen erstellt wurden.

1. SCHLECHTES GEWISSEN UND SCHAM SIND ZENTRAL IN DER GEFÜHLSWELT DER FRAUEN, DIE IN DER SCHWANGERSCHAFT KONSUMIEREN.

- **Code: Schädigung durch Konsum bewusst (4)**

„Den Klientinnen ist bewusst, dass ihr Konsum langfristig nicht gut ist für die eigene Gesundheit, aber abstinent leben ist schwierig.“ (IP3, Abs. 62)

„Frauen, die schwanger sind und konsumieren sprechen vorwurfsvoll über ihren Konsum oder bagatellisieren die Menge, die sie konsumieren und Zeitangaben verschieben sich. Da merkt man schon, dass die Frauen sich fragen was sie da eigentlich machen“ (IP2, Abs. 58)

„Wenn sie die kleinen Kinder sehen, die Entzüge sind und viel weinen. Das macht etwas mit einer Frau. Es kann auch zur Verdrängung führen und es wird gesagt, die Schwangerschaft sei nicht bekannt gewesen und der Konsum deswegen fortgesetzt worden.“ (IP2, Abs. 58)

„Der Konsum wird als Gefahr gesehen. Wir haben auch sine Elterntrainingsgruppe hier. Viele sagen in der Auseinandersetzung mit ihren Kindern und ihrer Schwangerschaft, dass sie ein schlechtes Gewissen haben, was sie ihrem Kind angetan haben.“ (IP2, Abs. 58)

- **Code: Kein Kontakt zum Hilfesystem (2)**

„Wir merken außerdem, dass die Schwangeren spät mitbekommen, dass sie Mütter werden und dann sich dann nicht trauen irgendwo hin zu gehen, weil sie Angst vor den Reaktionen des Hilfesystems haben.“ (IP3, Abs.62)

„Die Frauen stellen entweder die Schwangerschaft spät fest oder teilen sie nur spät mit aus Angst vor den Reaktionen der Umwelt.“ (IP3, Abs. 64)

- **Code: Stigmatisierung (2)**

„Sie sehen, dass sie am Rand der Gesellschaft sind und wollen etwas verändern. Die Frage ist, wer an sie glaubt.“ (IP3, Abs. 102)

„Es wäre schön, wenn wir von dieser Stigmatisierung wegkommen, Süchtige seien selber an ihrer Lebenssituation schuld. Es ist eine Erkrankung und wir arbeiten dran.“ (IP3, Abs. 122)

2. DROGENKONSUMIERENDE FRAUEN DENKEN DEM IDEALBILD EINER MUTTER NICHT GERECHT WERDEN ZU KÖNNEN.

Achtung: Keine Aussagen vorhanden, die die These hinreichend belegen können. Hier folgen Aussagen, die eventuell Rückschlüsse auf die Hypothese zulassen, aber nicht zu sehr so gewertet werden sollten:

- **Code: Erwartungen und Fremdbild (4)**

„Viele fühlen sich in schicken Frauenarztpraxen nicht wohl und haben da Berührungängste.“ (IP4, Abs. 54)

„Außerdem sind die Frauen unsicher, ob sie es schaffen **vollkommen abstinent zu leben**, da sie oft nur kurzzeitig abstinent leben.“ (IP4, Abs. 72)

„Drogenkonsumentinnen sind sich bewusst, dass sie durch das Hilfenetzwerk, das gespannt wird, einer großen Öffentlichkeit ausgesetzt werden.“ (IP1, Abs. 52)

„Dieses Verdrängen findet statt, weil den Frauen klar ist, dass die Schwangerschaft nicht zu ihrem aktuellen Leben passt. Sie konsumieren, wissen vielleicht nicht wer der Vater ist, haben vielleicht schon fünf Kinder. Sie konsumieren und hab ein Kind in sich. Ihnen ist klar, dass sie da nicht das richtige tun und dass die Substanz ans Kind übertragen wird.“ (IP2, Abs. 68)

- **Code: Inobhutnahme wird befürchtet (4)**

„Manchmal wurde schon ein **Kind aus der Familie genommen** und die Frau ist ein zweites Mal schwanger. Die Frauen haben dann **Befürchtungen**.“ (IP3, Abs 64)

„Die Frauen wissen nicht, was auf sie zukommt und wie und unter welchen Bedingungen das Kind aus dem Haushalt genommen wird. Jede Frau will eine gute Mutter sein. Sie wollen das Kind nicht wieder hergeben. Sie sehen darin eine Stütze für sich. Das Thema **Inobhutnahme ist das, was Angst macht**.“ (IP4, Abs 72)

„Ein Reizthema in der Arbeit mit den Frauen ist der **ASD** und unsere Meldepflicht, wenn wir schwangere Drogenkonsumentinnen haben. Wir sind dazu verpflichtet. Dieses **Thema ist am meisten mit Angst besetzt**.“ (IP4, Abs. 70)

„Manche Schwangere hat schon Kinder, die nicht mehr im Haushalt leben. Ein **neues Kind ist eine neue Chance, Dinge besser zu machen**, das Kind zu behalten und zu zeigen, dass man es besser kann als zum Beispiel die eigene Mutter.“ (IP2, Abs. 54)

„Also, wenn wir in Begleitung sind von den Familien ist es häufig so, dass die Mütter eben anzeigen, häufig verspätet, weil die Körperwahrnehmung irgendeine andere ist oder die Angst, was passiert dann mit meinem Kind?“ (IP1, Abs. 30)

3. DROGENKONSUM WIRKT IM LEBEN DER FRAUEN SYSTEMSTABILISIEREND UND DIENT DER LEBENSBEWÄLTIGUNG UND ÜBERFORDERUNGSKOMPENSATION.

Code: Stabilisierung (1)

„Die Mutter hat das Bewusstsein für ihr System. Sie will es stabilisieren. Wenn sie plötzlich nicht mehr konsumiert, gibt es eine körperliche Entgiftung. Das weiß die Mutter. Es klingt paradox, aber es ist auch verantwortungsbewusst, weiter zu konsumieren. Es ist verantwortungsbewusst, weil die körperlichen Folgen dramatisch sein können. Meine Erfahrung ist, dass Schwangere ein sehr gutes Gefühl dafür haben, was jetzt gut und was nicht gut ist. Manche werden sicher auch weiterkonsumieren, weil es etwas Bewusstes ist und weil sie wissen, das gibt Sicherheit und so kann ich mich beruhigen, Thema THC. Das ist ein Muster seit Jahren. Aus meiner Sicht ist es also eher strukturerhaltend, aber langfristig eher systemzerstörend oder systemgefährdend.“ (IP3, Abs. 66)

Code: Überforderung (1)

„Der Konsum hat auch vor der Schwangerschaft schon eine **Funktion**. Häufig haben wir Eltern, die aus gewissen Gründen mit dem Konsum angefangen haben, wegen Beziehungsabbrüche, Trennung der Eltern, Verlustgeschichten, Überforderung. ich denke schon, dass **Schwangere mit sich und Veränderungen um sie herum überfordert sind**.“ (IP3, Abs. 62)

Code: Lebensbewältigung (6)

„Der Konsum hat eine **Funktion. Beruhigung**, auf gewisse Themen nicht schauen zu müssen, **Ablenkung**. Die Zugänge zur Sucht sind bekannt und dann kommen die Personen nicht mehr davon weg und es ist zu sehr im Alltag integriert und hat die Funktion von **Alltagsaufrechterhaltung**. Die Sucht kann als bester Freund bezeichnet werden, der neben her geht.“ (IP3, Abs. 62)

„Am Tag vor der Entbindung wird vielleicht nochmal konsumiert oder mitten in der Schwangerschaft, weil es eine **Krise gab, wo ein Konsum unausweichlich** war, weil sie in solchen Situationen bisher immer konsumiert haben.“ (IP2, Abs. 68)

„Die Frauen haben nicht gelernt in **Stresssituationen** andere Dinge anzuwenden als Drogenkonsum. Vorteil am Konsum ist, die Dinge, die passieren nicht so nah an sich ran lassen zu müssen oder die Schwangerschaft zu verdrängen und.“ (IP2, Abs. 76)

„Drogenkonsumierende Schwangere haben auch vor der Schwangerschaft schon konsumiert. Hier bestehen vorher schon Abhängigkeiten und Schwangerschaft kommt dazu.“ (IP2, Abs. 62)

„Ich denke, dass das Abhängigkeiten sind. Die Familien sind oft instabil und haben viele Probleme.“ (IP1, Abs. 59)

„Probleme erhöhen den Suchtdruck der Familien. Der Konsum gehört zum Leben der Familien.“ (IP1, Abs. 61)

Code: Verdrängung (5)

„Es gibt Frauen die einen Tag vor der Entbindung noch einmal konsumieren aus **Angst vor der Entbindung**.“ (IP2, Abs. 58)

„Die Funktionalität des Drogenkonsums in der Schwangerschaft liegt im **Verdrängen** der Schwangerschaft selbst.“ (IP2, Abs. 66)

„Die Frauen haben nicht gelernt in **Stresssituationen** andere Dinge anzuwenden als Drogenkonsum. Vorteil am Konsum ist, die Dinge, die passieren nicht so nah an sich ran lassen zu müssen oder die Schwangerschaft zu verdrängen und.“ (IP2, Abs. 76)

„Der größte Vorteil ist es, **nicht** drüber **nachzudenken**, was da gerade passiert und was passieren wird.“ (IP2, Abs. 76)

„Es ist die Frage, inwieweit die einzelne Frau sozial integriert ist. Frauen, die auf der Straße leben, haben es schwer und sehen wohl keine Option für sich, das Kind behalten zu können. Wenn man schwanger ist und schon drei oder vier Kinder in Obhut genommen wurden, übernimmt der Konsum die Funktion an alles nicht mehr denken zu müssen, was kommt.“ (IP4, Abs. 83)

4. DIE ABSTINENZMOTIVATION IST IN DER SCHWANGERSCHAFT GRÖßER ALS ZU ANDEREN ZEITPUNKTEN.

Code: hohe Motivation durch Schwangerschaft (15)

„Ich denke, man kann von einer **erhöhten Veränderungsmotivation bei Schwangeren** sprechen. Die Frauen sagen, sie wollen abstinent leben, um mit ihrem Kind zusammenleben zu können. Die Motivation ist sehr hoch, **die Frage des „Wie“** ist aber wichtig.“ (IP3, Abs. 98)

„Meine letzte Fallbesprechung war eine Klientin, die in Folge ihres Konsums im Rollstuhl saß und nun schwanger war. Sie war **sehr motiviert** und so haben sich Gynäkologin, Jugendamt, Suchtberatung mit der Klientin und ihrem Partner zusammengesetzt und **geschaut, wie es weitergehen kann**.“ (IP2, Abs. 32)

„Schwangere wissen, dass in ihnen ein Kind wächst. Ein **Kind wird oft als Chance genutzt** etwas im Leben zu verändern und die Frauen wissen meistens, worauf es da ankommt.“ (IP2, Abs. 52)

„Durch eine Schwangerschaft oder Elternschaft bin ich weniger bereit Drogen zu konsumieren. Den Frauen ist **bewusst, dass Drogenkonsum und Kind nicht gut zusammenpasst**. Ein Kind kann also als Chance genutzt werden, etwas zu verändern.“ (IP2, Abs. 54)

„Ich habe bisher **niemanden erlebt, der weiter konsumiert hat und dachte, das sei nicht so schlimm**.“ (IP2, Abs. 78)

„Eine Frau, die **abstinent** leben will, schafft das **durch eine Schwangerschaft am ehesten**. Wir haben viele Frauen, die es geschafft haben, in der Schwangerschaft gar nicht zu konsumieren.“ (IP2, Abs. 81 f.)

„Es gibt eine, von der wir vermuteten, sie sei **wieder schwanger geworden um wieder abstinent leben zu können**. Es kann sein, dass das mit der hormonellen Veränderung zu tun hat. Hinzu kommen eine Angst und der Wille das Kind zu schützen. Oft schaffen die Frauen auch noch eine Zeit nach der Schwangerschaft abstinent zu bleiben. Irgendwann konsumieren sie vielleicht wieder. Besonders Frauen, die vor der Schwangerschaft viel konsumiert haben, vor allem Heroin oder Crystal, werden nachher rückfällig.“ (IP2, Abs. 82)

„Ich denke, dass die **Motivation** prinzipiell die gleiche ist **wie bei anderen Familien**, die ein Kind bekommen. Ein Kind bringt viel Veränderung mit sich.“ (IP1, Abs. 52)

„Ich habe auch Klientinnen, die ihren **Crystalkonsum eingestellt** haben, als sie von der Schwangerschaft erfuhren, und die damit gut umgehen konnten.“ (IP1, Abs. 59)

„Es gibt auch weniger schwierige Fälle, nämlich Frauen, die konsumierend in die Beratung kommen mit dem Wissen schwanger zu sein, Hilfsangebote und Substitution nutzen und keinen Beikonsum haben. Die **Schwangerschaft kann eine Motivation** sein.“ (IP4, Abs. 37 f.)

„Die **Schwangerschaft** und der Wille, dem Kind keinen Schaden zuzufügen ist eine **Motivation, die einige für sich nutzen**. Ich habe da einige Klientinnen als Beispiele.“ (IP4, Abs. 40)

„Eine andere Klientin ist einen ähnlichen Weg gegangen und wir waren **von ihrer ausdauernden Abstinenz überrascht**, da sie in einer schwierigen Situation war. Aufgrund weniger guter vorhergegangener Schwangerschaften, durfte das Kind nicht bei ihr leben, aber sie ist inzwischen drei Jahre abstinent. Das Kind lebt in einer Pflegefamilie und die Klientin hält den Kontakt. Sie **hatte gehofft, das Kind könne bei ihr leben und darum kämpft sie weiterhin**.“ (IP4, Abs. 40)

„Diese **Motivation wurde von der Schwangerschaft** initiiert und ist durch sie gewachsen.“ (IP4)

„Bei einigen passiert in einer Schwangerschaft im Kopf etwas. Sie wissen, dass sie nun die **Aufgabe** haben, sich **kümmern und für jemanden da zu sein**. Das **mobilisiert Kräfte** bei den Frauen. Ich bin immer wieder beeindruckt von vielen unserer Klienten, was sie in ihren abstinenten Zeiten innerhalb kürzester Zeit bewerkstelligen können.“ (IP4, Abs. 79)

„Eine **Schwangerschaft ist ein besonders guter Motivator**.“ (IP4, Abs. 80 f.)

Code: Substitution (2)

„Bei Heroinabhängigkeit ist es so, dass die Frauen dann sehr schnell in eine **Substitution** kommen können. Sie bekommen einen Ersatz, um **weiter stabil leben** zu können. Andere Unterschiede kann ich nicht feststellen.“ (IP2, Abs. 78)

„Die **Frauen [in Substitution] sind insgesamt stabiler**. Sie gehen Ihren Tätigkeiten nach (Ausbildung etc.) und gehen vielleicht nach einem Jahr wieder arbeiten.“ (IP1, Abs. 67)

Code: keine große Motivation (3)

„Alle Familien stellen sich auf ein Kind ein, aber ob die Frauen dadurch eher abstinent leben, ist sehr unterschiedlich. Manche Frauen **konsumieren weiter, nehmen unsere Hilfen nicht an** und im Nachgang erfahre ich, dass das Kind nicht in der Familie bleiben konnte. Da war dann gar **kein Veränderungswille** da. Auch das gibt es, aber dazu habe ich keine statistischen Daten.“ (IP1, Abs. 52)

„Ich würde unterstellen, dass bei Frauen, die den Konsum während der Schwangerschaft nicht einstellen, die **Veränderungsmotivation nicht ausreichend** da ist.“ (IP1, Abs. 67)

„Frauen, die weiterhin Crystal konsumieren, betreue ich zwar selten, aber kenne Aussagen aus dem ASD. Diese Frauen **wollen sich selten weiterhin gut um die Kinder kümmern**. Sie gehen zum Teil kaum in die Kliniken um ihr Kind zu sehen, sondern leben ihr Leben weiter wie zuvor.“ (IP1, Abs. 69)

5. DIE SELBSTWIRKSAMKEITSERWARTUNG DER FRAUEN HABEN EINFLUSS AUF IHRE FÄHIGKEIT ZUR ABSTINENTEN LEBENSFÜHRUNG.

Code: Erstschwangerschaft (3)

„Wenn es eine Mutter ist, die ihr erstes Mal schwanger ist, stellen sich Fragen, die auch für andere Schwangere herausfordernd sind. Die **Herausforderung potenziert sich** da bei Konsumentinnen.“ (IP3, Abs. 58)

„Wie sich das Leben einer Konsumentin durch eine Schwangerschaft verändert, kommt drauf an, ob sie das erste Mal schwanger ist. In diesem Fall **muss die Frau lernen, Verantwortung für einen Menschen zu übernehmen**. Manche leben bis zu dem Zeitpunkt in den Tag hinein. Sie müssen sich dann neu organisieren und eine neue **Tagesstruktur** entwickeln.“ (IP4, Abs. 75)

„Wir hatten jetzt eine Mutter, die ihr viertes Kind bekam. Sie hatte die erforderliche Ausstattung für ein Baby und eine Ahnung, wie sie ist einem Baby umgeht. Das ist ein Unterschied und die **Erfahrung gibt Sicherheit**, da man weiß, wie sie es mit den erste drei Kindern gemacht hat.“ (IP3, Abs. 58)

Code: Angst vor Inobhutnahme (5)

„Es ist häufiger so, dass sie nach der Entbindung kommen, weil eine Urinkontrolle positiv war und der ASD eingeschaltet wurde. Der ASD gibt den Frauen dann die Auflage, in die Suchtberatung zu gehen. Das macht unsere Arbeit schwer. Die Motivation von Schwangeren oder Frauen kurz nach der Entbindung ist hoch, weil der Wunsch besteht, das Kind zu behalten. Aber der **Zwangskontext**, durch den die Frauen zu uns kommen, erschwert uns die Arbeit. Das ist mit viel Druck verbunden.“ (IP2, Abs. 38)

„Es ist schwer eine Klientin zu motivieren offen zu kommunizieren, wenn sie weiß, dass ihr **Kind weg ist, wenn sie offen ist**.“ (IP2, Abs. 42)

„In der Szene wird nicht immer realistisch kommuniziert, wie und wann eine Inobhutnahme abläuft. Es gibt völlig falsche Eindrücke und Wahrnehmungen. Außerdem sind die Frauen unsicher, ob sie es schaffen vollkommen abstinent zu leben, da sie **oft nur kurzzeitig abstinent leben**. Die Frauen wissen nicht, was auf sie zukommt und wie und **unter welchen Bedingungen das Kind aus dem Haushalt genommen** wird. Jede Frau will eine gute Mutter sein. Sie wollen das Kind nicht wieder hergeben. Sie sehen darin eine Stütze für sich. Das Thema Inobhutnahme ist das, was Angst macht.“ (IP4, Abs. 72)

„Wenn man schwanger ist und **schon drei oder vier Kinder in Obhut genommen** wurden, übernimmt der Konsum die Funktion an alles nicht mehr denken zu müssen, was kommt.“ (IP4, Abs. 83)

„Manche Frauen sind so suchtgesteuert, dass eine Schwangerschaft auch keine Motivation mehr ist. Beim ersten oder zweiten Kind versuchen sie es, aber **je mehr Kinder sie hat, die in Obhut genommen worden sind, umso weniger Hoffnung** hat die Frau und sieht keine Motivation zur Abstinenz.“ (IP4, Abs. 83)

6. DROGENKONSUMIERENDE SCHWANGERE BEFINDEN SICH IN EINER AMBIVALENZ ZWISCHEN VERÄNDERUNGSMOTIVATION UND BEDÜRFNIS ZU KONSUMIEREN.

Code: Konsum (10)

„Meine Beobachtung ist die, dass die Schwangeren schon vorher konsumiert haben und **kurz vor der Geburt aus Angst vor den Schmerzen** nochmal konsumieren. (IP3, Abs. 62)

„Wenn sie plötzlich nicht mehr konsumiert, gibt es eine körperliche Entgiftung. Das weiß die Mutter. Es klingt paradox, aber es ist auch **verantwortungsbewusst, weiter zu konsumieren**. Es ist verantwortungsbewusst, **weil die körperlichen Folgen dramatisch sein können**. Meine Erfahrung ist, dass Schwangere ein sehr gutes Gefühl dafür haben, was jetzt gut und was nicht gut ist. Manche werden sicher auch weiterkonsumieren, weil es etwas Bewusstes ist und weil sie wissen, das gibt Sicherheit und so kann ich mich beruhigen“ (IP3, Abs. 66)

„Die Drogen haben ja auch eine **Wirkung, vergessen zu können** das hat auch etwas von Glückseligkeit, Freiheit, Lustempfinden. Ich kann gut nachvollziehen, dass Abstinenz unmöglich erscheint. Deswegen stellt sich die Frage, wie man da kleinschrittig vorgehen kann.“ (IP3, Abs. 68)

„Die Motivation ist sehr hoch, die Frage des „Wie“ ist aber wichtig. Wie mache ich das? Die Schwangeren haben ein hohes Bewusstsein für sich selbst und das eigene Kind und möchten unbedingt etwas verändern will. Häufig sind es die **Umweltbedingungen und die eigene Identität und Zugehörigkeit**, die da im Wege stehen. Man müsste an Werten, Glaubenssätze und all diesen Themen arbeiten.“ (IP3, Abs. 98)

„Ich denke, der Wille zur Abstinenz ist immer da. Die Frage ist, wie sie es ohne Droge schaffen. Sie merken, dass sie ein härteres Leben haben. Sie können auch vergleichen. Wir haben viele Konsumierende, die aus der Mittelschicht kommen. Die Geschwister haben normale Berufe und das Verhältnis zu ihnen krankt so ein bisschen. Die Geschwister können sich Dinge leisten und können was für sich tun und die Konsumierenden sehen, in welcher Situation sie sind, sich ihr kurzes Glück zu gönnen und es sich eigentlich nicht leisten zu können. **Sie sehen, dass sie am Rand der Gesellschaft sind und wollen etwas verändern. Die Frage ist, wer an sie glaubt.**“ (IP3, Abs. 102)

„Durch eine Schwangerschaft oder Elternschaft bin ich weniger bereit Drogen zu konsumieren. Den Frauen ist bewusst, dass **Drogenkonsum und Kind nicht gut zusammenpasst**. Ein Kind kann also als Chance genutzt werden, etwas zu verändern. Auch hormonell verändert die Schwangerschaft die Frauen. E ist sehr unterschiedlich. Es gibt auch Frauen, die ihre **Schwangerschaft verdrängen**.“ (IP2, Abs. 54)

„Die Veränderungsmotivation zum Leben, also der Wille bestimmte Probleme in Angriff zu nehmen, weil das Kind jetzt kommt, ist bei allen Eltern vorhanden. Diese **Motivation** ist grundsätzlich bei allen da. Die **Frage ist dann eher, wie diese umgesetzt wird**. Das Lebensereignis an sich erfordert, dass man bestimmte Sachen im Leben verändert“ (IP1, Abs. 50)

„Alle Familien stellen sich auf ein Kind ein, aber ob die Frauen dadurch eher abstinent leben, ist sehr unterschiedlich. Manche Frauen **konsumieren weiter**, nehmen unsere Hilfen nicht an und im Nachgang erfahre ich, dass das Kind nicht in der Familie bleiben konnte. Da war dann **gar kein Veränderungswille** da. Auch das gibt es, aber dazu habe ich keine statistischen Daten.“ (IP1, Abs.52)

„Diese **Veränderungen** sind mitunter sehr **überfordernd**. Die Frauen haben viele zusätzliche Termine. Eine substituierende Frau muss täglich ihr Substitut abholen, hinzu kommen Arzttermine, Termine beim ASD, in der Geburtsklinik und mit der Familienhilfe, manchmal noch mit der Bewährungshilfe und Schuldnerberatung. Das ist ein Vollzeitjob.“ (IP4, Abs.77)

„Es spielen immer **viele Faktoren** eine Rolle in der Entscheidung, ob eine Frau es schafft, **abstinent zu leben**, nämlich die persönliche Entwicklung, Kindheitsgeschichte, Erfahrungen, soziale Integration, Unterstützung durch die Herkunftsfamilie, vorhandene Vorbilder zur Orientierung und das Vorhandensein eines unterstützenden Partners.“ (IP4, Abs. 85)

Code: Konsequenz (3)

„Unsere Klientinnen haben ein sehr hohes **Verantwortungsbewusstsein für das Kind** und sind sich bewusst, dass da Schädigungen auftreten können.“ (IP3, Abs. 60)

„Den Klientinnen ist bewusst, dass ihr Konsum langfristig nicht gut ist für die **eigene Gesundheit**, aber abstinent leben ist schwierig.“ (IP3, Abs. 62)

„Dieses Verdrängen findet statt, weil den Frauen klar ist, dass die Schwangerschaft nicht zu ihrem aktuellen Leben passt. Sie konsumieren, wissen vielleicht nicht wer der Vater ist, haben vielleicht schon fünf Kinder. Sie konsumieren und hab ein Kind in sich. Ihnen ist klar, dass sie da nicht das richtige tun und dass die **Substanz ans Kind übertragen** wird. Da kann der Konsum beitragen, nicht darüber nachdenken zu müssen und sich alles nicht so bewusst zu machen. So ist es hauptsächlich im niedrighwelligen Bereich.“ (IP2, Abs. 68)

7. UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE FÜR DROGENKONSUMIERENDE SCHWANGERE FRAUEN IN LEIPZIG SIND NICHT AUSREICHEND VORHANDEN.

Code: Bedarfe (16)

„Wir brauchen allerdings noch etwas Valides und hätten gern **Speicheltests**. Die Auswertung im Labor dauert einen Tag aber die Tests sind zu teuer. Da müssten wir noch besser aufgestellt sein [...], weil viele Eltern die Tests freiwillig machen und sogar einfordern, um nachzuweisen, dass sie abstinent leben. Da müssen wir sie zum Teil bremsen, da die Test zu teuer sind.“ (IP3, Abs. 80)

„Wo ich eine Lücke im Hilfesystem sehe ist eine **Wohngemeinschaft** für junge konsumierende Schwangere. Das passt dann mit dem Jugendschutzgesetz schwierig, aber man müsste dort in einem kontrollierten Raum konsumieren können und die Kinder würden durch Betreuungspersonen betreut werden. Das Angebot hätte immer das Ziel der Abstinenz. Ich könnte mir das gut vorstellen, weil wir Lebenswelt akzeptieren müssen und wir momentan nicht lebensweltlich agieren.“ (IP3, Abs. 82)

„Was ganz gut wäre, ist eine **Klinik hier in der Nähe**, wo einfach die familiäre Anbindung während der **stationären Entwöhnungsbehandlung** besser wäre. Klientinnen fahren ins Erzgebirge, nach Berlin oder irgendwo an die Ostseeküste. Das sind so die Kliniken, die ich hatte“ (IP3, Abs. 84)

„Generell sollten wir die **Netzwerkarbeit** deutlich **intensivieren**.“ (IP3, Abs. 88)

„Es braucht da insgesamt noch **mehr Bewusstsein** in allen Einrichtungen, wo Kinder und Jugendliche sind. Auch Kinderärzte und Frauenärzte müssen besser geschult werden. Das ist deutlich ausbaufähig“ (IP3, Abs. 88)

„Es wäre schön, wenn wir als Jugendamt da einfach noch mehr unterstützen könnten und eine **positive Grundeinstellung** mitbringen. Wenn das nur von gefühlt 40% kommt, dann ist das schwierig.“ (IP3, Abs.102)

„Das Beste ist vor der Geburt einen klaren Plan zu haben, was nach der Geburt geschieht. Da brauche ich die **Transparenz** der Mütter, damit sich alle darauf einstellen können. Leider haben wir das nicht immer. Diese **Wertschätzung** und Klarheit brauchen alle Eltern. Leider ist das eine Wundertüte, ob sie diese bekommen.“ (IP3, Abs.104)

„Das ist auch noch so eine Lücke im Hilfesystem: **Unterstützungsmöglichkeiten am Wochenende**.“ (IP3)

„Wir brauchen gute **Betreuungsangebote** für Suchterkrankte, in denen sie über einen gewissen Zeitraum **kontrolliert weiterkonsumierten** können.“ (IP3, Abs. 124)

„Der **ASD müssten näher an den Familien** sein und ihre momentanen Themen, Bedarfe und Konsumhintergründe kennen, um nicht, wie es manchmal passiert, hysterisch handeln zu müssen.“ (IP3, Abs. 124)

„Der ASD macht uns unsere Arbeit oft sehr schwer. Das würde ich mir anders wünschen. Wir sind alle unterschiedlich und jede hat ihre eigene Arbeitsweise. Die **Perspektive der ASD-Mitarbeiter auf Drogen** und wie damit umgegangen wird, das macht einen auch als Professioneller manchmal krank“ (IP2, Abs. 84)

„Es ist nicht das Ziel die Personen alle gleich zu machen. Das kann auch gar nicht gelingen. Nur ein kleiner Aspekt der **ähnlichen Arbeitsweise** wäre wichtig. Die Klienten müssen wissen, worauf sie sich einstellen können.“ (IP2, Abs. 84)

„Ich würde mir ein größeres **Drogenwissen** und einen **besseren Austausch** der Fachkräfte wünschen. Der Blick auf das Kindeswohl soll nicht vergessen werden, aber es muss einheitlicher gearbeitet werden. Klienten wissen sonst nicht, was erwartet wird. Das Schlimmste ist das Prinzip: Wenn Konsum, dann Kind weg.“ (IP2, Abs. 87 f.)

„Ich kann mir vorstellen, dass der ASD sagt, es bräuchte mehr **Mutter-Kind-Plätze** für diese spezielle Art der Erkrankung. Es ist schwierig SPFH mit Zusatzqualifikation oder Plätze in Mutter-Kind-Einrichtungen zu vermitteln.“ (IP1, Abs. 91)

„Es wäre schön, wenn es mehr Angebote im Bereich **Mutter-Kind-Wohnen** gibt. Es gibt zu wenig Angebote mit einer Spezialisierung im Bereich Sucht. Die vorhandenen Einrichtungen sind konsumierenden Klientinnen gegenüber eher ablehnend. Viele Klientinnen brauchen am Anfang noch eine Unterstützung um ihre Situation in den Griff zu bekommen. So eine Einrichtung würde sich gut in das Leipziger Hilfesystem fügen.“ (IP4, Abs. 97)

„Sowohl eine **auf Sucht spezialisierte Einrichtung**, als auch die **Öffnung der vorhandenen Einrichtung gegenüber rückfällig gewordenen Müttern**, wäre wünschenswert. Die Erfahrung, einen Rückfall bearbeiten zu können, ist sinnvoller als die Konsequenz, dass Hilfen in diesem Fall beendet werden.“ (IP4, Abs. 99)

Code: Ressourcen (11)

„Hier wurde dann der Arbeitskreis **„Pregnant“** informiert und Frau Lein informiert dann alle relevanten Netzwerkpartner. Das funktioniert sehr gut.“ (IP3, Abs. 22)

„Was gut klappt ist **die Kooperation mit der Schulsozialarbeit**, aber da bräuchte man auch noch besser geschulte Fachkräfte. Wir haben eine Schulsozialarbeiterin, die in einer Suchtberatungsstelle gearbeitet hat und einen Blick dafür hat. Sie meldet viel und initiiert gemeinsame Gespräche.“ (IP3, Abs. 88)

„Man muss gucken, welche Hilfen es braucht. Das **Netz ist ja riesengroß**.“ (IP2, Abs. 90)

„Frauen mit Drogenkonsum in der Schwangerschaft werden **engmaschig** von einem Netzwerk aus Hilfepartnern betreut.“ (IP1, Abs. 85)

„Das Leipziger **Hilfesystem ist engmaschig und funktioniert gut**. Klientinnen sind wie im Pingpong.“ (IP1, 88 f.)

„Ich sehe im Hilfenetzwerk **keine Problempunkte**, die angegangen werden müssten, da wir nicht intensiv mit Suchterkrankten arbeiten“ (IP1, Abs. 89)

„Wenn eine schwangere Konsumentin **Hilfen annimmt und zu Veränderung bereit ist, bekommt sie gute Unterstützung**. Zunächst wird niedrigschwellig mit der Frau gearbeitet, es sei denn es zeigt sich, dass das nicht reicht. Drogentests helfen zu sehen, ob Familien ihren Drogenkonsum eingestellt haben. PAAT, Familienhebamme, normale Hebammen sind niedrigschwellige Hilfen, die zunächst eingesetzt werden. Wenn weiterhin Drogen konsumiert werden, wird in Mutter-Kind-Einrichtungen vermittelt. Wenn der Versuch dort scheitert, ist die Perspektive natürlich eine andere.“ (IP1, Abs. 93)

„Drogenkonsumierende Schwangere können im Bereich Beratung die **Leipziger Suchtberatungsstellen** nutzen. Jede Beratungsstelle bedient inzwischen den Bereich 'schwangere Drogenabhängige'. Es wird auf den **Fachbereich Familienhilfe** hingewiesen und möglichst dorthin vermittelt, da dort Spezialisten arbeiten. Das Angebot, bestehend aus Suchtberatung und Familienhilfe, Gruppenarbeit mit Kindern und dem MUT-Kurs, ist sehr gut und kompakt.“ (IP4, Abs. 32)

„Auch **Kliniken** sind kompetent in der Versorgung. Es gibt **Frauenärzte**, die sich auf drogenkonsumierende Schwangere spezialisiert haben. Darüber sind wir froh.“ (IP4, Abs. 32)

„Außerdem gibt es den Arbeitskreis **„Pregnant“** für Fälle, in denen das Hilfsangebot sporadisch oder gar nicht genutzt wird.“ (IP4, Abs. 32)

„Außerdem gibt es **finanzielle Unterstützungsangebote** für Schwangeren.“ (IP4, Abs. 32)



Stadt Leipzig

**Informationen
für drogenabhängige schwangere
Frauen**



Beratungs- und Hilfeangebote
Sprechen Sie mit dem Allgemeinen Sozialdienst

Die Mitarbeiter/-innen des Amtes für Jugend, Familie und Bildung wollen, dass Ihr Kind gut bei Ihnen aufwächst und bieten Ihnen bei Bedarf geeignete Hilfen an.

Tel: 0341 123-6826

Suchen Sie Unterstützung, wenn Sie wohnungslos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind

Die Mitarbeiter/-innen der Abteilung Wohnhilfen des Sozialamtes unterstützen Sie bei der Abwendung drohender Wohnungslosigkeit bzw. bei der Überwindung von Wohnungslosigkeit.

Tel: 0341 123-9139

Nottschlafstelle, Chopinstraße 13, 04103 Leipzig,
Tel.: 0341 913560

Auskunft und Vermittlung auch über:
Stadt Leipzig
Gesundheitsamt
Suchtauftragte der Stadt Leipzig
Sylke Lein
Friedrich-Ebert-Straße 19 a
04109 Leipzig
Tel: 0341 123-6761
E-Mail: sylke.lein@leipzig.de

Beratungs- und Hilfeangebote
PAAT-präventiv aufsuchend arbeitendes Team

Hier erhalten Sie individuelle Beratung, Unterstützung und Hilfestellungen beim Beantragen von sozialen Leistungen (Elterngeld, Wohngeld, Sozialhilfe, ALG II usw.)

Tel: 0341 123-1891

Gehen Sie in eine Suchtberatungsstelle

Die Suchtberater/-innen helfen Ihnen, den Konsum zu reduzieren und können Sie gezielt in andere Hilfeangebote vermitteln.

Auskunft: www.leipzig.de/suchthilfe

Der Fachbereich Familienhilfe hat besondere Erfahrungen in der Arbeit mit suchtkranken Schwangeren und Familien. Wenden Sie sich gern vertrauensvoll direkt an diese Einrichtung.

Tel: 0341 4442100

Melden Sie sich beim Jobcenter

Schwangere Frauen können beim Jobcenter einen Mehrbedarf und einmalige Hilfen für die Schwangerschaft und die Geburt beantragen.

Tel: 0341 913-10705

Stadt Leipzig/Gesundheitsamt/06/2014
Bild: Kora Schumann

Gesundheitsamt und Arbeitskreis pregnant

Medizinische Vorsorge

Sie sind schwanger und nehmen Drogen oder andere Suchtmittel (Alkohol, Tabletten)?

Die meisten Suchtmittel sind eine Gefahr für die Gesundheit des Ungeborenen. Sie können viel dafür tun, dass Ihr Baby möglichst gesund zur Welt kommt.

Bei allen Frauen, die schwanger sind, liegen Vorfreude und Unsicherheit eng zusammen.

Viele Fragen sind zu klären und man meint manchmal, das alles nicht bewältigen zu können.

Um Ihrem Kind einen guten Start in das Leben zu ermöglichen, gibt es viele Angebote.

Wir möchten Ihnen Möglichkeiten und Wege aufzeigen, wo Sie Hilfe bekommen können und was für Sie jetzt ganz besonders wichtig ist.

Nehmen Sie die Angebote in Anspruch und wirken Sie aktiv mit.

In Deutschland besteht eine Krankenversicherungspflicht. Bitte prüfen Sie umgehend, ob Sie eine Krankenversicherung haben. Bei den Formalitäten einer Beantragung werden Sie von den Beratungsangeboten unterstützt.

Medizinische Vorsorge

Suchen Sie sich eine Frauenärztin oder einen Frauenarzt und eine Hebamme

Der Frauenarzt stellt die Schwangerschaft fest und begleitet die Entwicklung des Kindes. Informieren Sie Ihren Frauenarzt über Ihre Suchterkrankung, damit er mit Ihnen spezielle Vorsorgeuntersuchungen planen kann. So können Krankheiten bei Ihnen oder dem Kind frühzeitig erkannt werden.

Auskunft: www.kvs-sachsen.de

Hebammen stehen Ihnen bei Fragen, Problemen und Beschwerden zur Seite. Sie bieten Geburtsvorbereitungskurse an und begleiten Sie auch nach der Geburt.

Auskunft: www.hebammen-leipzig.de

Melden Sie sich bei einer Geburtsklinik mit einer speziellen Nachsorge an.

Ihr Kind wird nach der Entbindung Entzugsscheidnungen haben und muss medizinisch versorgt werden.

Meiden Sie sich deshalb entweder in der Universitätsfrauenklinik oder im Klinikum St. Georg an.

Das ist wichtig, damit zur Entbindung Ihre Substitutionsmittel oder andere notwendige Medikamente für Sie und Ihr Kind parat liegen.

Den Substitutionsausweis am besten im Mutterpass aufbewahren.

Anmeldung bei Geburtskliniken:

Universitätsklinikum Leipzig-Intensivschwangerenberatung Tel: 0341 97-23494

Klinikum St. Georg, Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe Tel: 0341 909-3535

Medizinische Vorsorge

Nehmen Sie am Substitutionsprogramm teil

Der Substitutionsarzt entscheidet, welches Substitutionsmittel für Sie das richtige ist und legt mit Ihnen gemeinsam die Dosierung fest.

Die Kosten tragen die Krankenkassen. Die psychosoziale Betreuung bei Substitution erhalten Sie in einer Suchtberatungsstelle.

Tel: KV-Sachsen: 0351 8290-663

Lassen Sie sich einen Termin bei einer Schwangerschaftsberatungsstelle geben

Werden Sie sich Ihrer Einstellung zur Schwangerschaft und Mutterschaft bewusst. Drogenabhängigkeit an sich ist kein Grund, eine Schwangerschaft abzubrechen. Wenn Sie unsicher sind, kann eine Schwangerschafts(konflikt)beratung dabei helfen, eine Entscheidung zu finden.

Neben der Klärung sozialer und finanzieller Fragen (z. B. Eltern- oder Kindergeld, Leistungen des ALGII) wird Unterstützung bei der Beantragung von Stiftungsleistungen angeboten. Bis zur 20. Schwangerschaftswoche (in Ausnahmeregungen später) können Leistungen der Stiftung „Hilfen für Familien, Mutter und Kind“ des Freistaates Sachsen für die Erstaussstattung beantragt werden.

Auskunft: www.Leipzig.de/schwangerenberatung

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt habe.

Alle Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Vorname Nachname