

# Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Eine qualitative Forschungsarbeit  
zum präventiven Handeln auf institutioneller Ebene



<http://beforeitsnews.com/libertarian/2013/02/new-jersey-supreme-court-rules-that-using-drugs-during-pregnancy-is-not-equivalent-to-child-neglect-2484882.html>

Cynthia Leyva Larrazolo, Petra Suler und Lea Widmer  
Bachelor-Arbeit, Soziale Arbeit – Hochschule Luzern

**Bachelor-Arbeit**  
Sozialarbeit  
Kurse VZ 2011-2014 & TZ 2011-2015

**Cynthia Leyva Larrazolo, Petra Suler und Lea Widmer**

**Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft**

**Eine qualitative Forschungsarbeit  
zum präventiven Handeln auf institutioneller Ebene**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2014 in 4 Exemplaren eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiterinnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2014

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Der Konsum von Suchtmitteln ist allgegenwärtig. So überrascht es nicht, dass auch Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft keine Seltenheit darstellt. Rund 76% aller Frauen trinken während der Schwangerschaft bzw. Stillzeit Alkohol (Gerhard Gmel, Luca Notari, Aurélien Georges & Matthias Wicki, 2012, S. 39). Oft wird der Konsum von Suchtmitteln während der Schwangerschaft durch irreführende, gesellschaftliche Anschauungen begünstigt. So besteht nach wie vor der weitverbreitete Glaube an eine förderliche Gesundheitswirkung von einem Glas Wein pro Tag oder dass sich die Fortsetzung des Zigarettenkonsums vorteilhafter auswirkt als ein abrupter Rauchstopp. Doch Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft kann gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes haben. Dabei drängen sich die Fragen auf, ob betroffene Frauen über die schädlichen Folgen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft aufgeklärt werden, wer diese Aufklärung übernimmt und wie tiefgreifend sie stattfindet.

Die vorliegende Forschungsarbeit geht der Frage nach, inwiefern Prävention im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft auf institutioneller Ebene betrieben wird und welche Ansatzpunkte für die Soziale Arbeit bestehen. Als Grundlage zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen die Leitfadeninterviews, welche mit dreizehn Luzerner Fachpersonen durchgeführt werden, die mit dieser Thematik in ihrem Tätigkeitsfeld in Berührung kommen. Um die Wichtigkeit der Prävention bezüglich dieser Problematik zu unterstreichen, haben sich die Autorinnen mit den am häufigsten konsumierten Suchtmitteln und deren gesundheitlichen Risiken für das ungeborene und neugeborene Kind auseinandergesetzt.

# INHALTSVERZEICHNIS

## **ABSTRACT**

---

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

---

<b>1</b>	<b><u>  <b>EINLEITUNG</b></u></b>	<b>1</b>
1.1	AUSGANGSLAGE	1
1.2	MOTIVATION	2
1.3	PROBLEMDEFINITION UND FRAGESTELLUNG	2
1.4	ABGRENZUNG	3
1.5	HYPOTHESEN	3
1.6	ZIEL	3
1.7	RELEVANZ FÜR DIE SOZIALE ARBEIT	4
1.8	ADRESSATINNEN/ADRESSATEN	4
1.9	AUFBAU DER ARBEIT	5
1.10	BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	6
<b>2</b>	<b><u>  <b>SCHWEIZER SUCHTPOLITIK UND SUCHTMITTELKONSUM DER FRAUEN</b></u></b>	<b>7</b>
2.1	SUCHT UND ABHÄNGIGKEIT	7
2.1.1	SUCHT	7
2.1.2	ABHÄNGIGKEIT	8
2.1.3	KONSUMMUSTER	9
2.1.4	SUCHTENTWICKLUNG	11
2.1.5	MULTIFAKTORIELLE MODELLE	12
2.1.6	ABSTINENZ UND KONTROLLIERTER KONSUM	14
2.1.7	KOMORBIDITÄT	14
2.2	FAKTEN ZUR SCHWEIZER SUCHTPOLITIK	15
2.2.1	SCHWEIZER SUCHTPOLITIK UND VIERSÄULENMODELL	15
2.2.2	WÜRFELMODELL	17
2.2.3	PRÄVENTION UND PUBLIC HEALTH	18
2.3	FAMILIENPLANUNG, SCHWANGERSCHAFT UND PERSÖNLICHE FREIHEIT	20
2.3.1	RECHT AUF KINDER UND FAMILIENPLANUNG	20
2.3.2	FAKTEN ZU SCHWANGERSCHAFT	20
2.4	KONSUMVERHALTEN DER SCHWEIZER FRAUEN	21
2.5	BEGRÜNDUNG FÜR DIE AUSWAHL DER SUCHTMITTEL	22
2.6	RECHTLICHE ZULÄSSIGKEIT, EINSCHRÄNKUNGEN UND VERBOTE DER SUCHTMITTEL	22
<b>3</b>	<b><u>  <b>DIE FOLGEN DES SUCHTMITTELKONSUMS FÜR DAS KIND</b></u></b>	<b>25</b>
3.1	ALKOHOL	25
3.1.1	ALLGEMEINE WIRKUNG	25
3.1.2	AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	26
3.1.3	BEHANDLUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	28
3.2	NIKOTIN	29
3.2.1	ALLGEMEINE WIRKUNG	29
3.2.2	AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	30
3.2.3	BEHANDLUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	31

<b>3.3 CANNABIS</b>	<b>32</b>
3.3.1 ALLGEMEINE WIRKUNG	32
3.3.2 AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	32
3.3.3 BEHANDLUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	33
<b>3.4 BENZODIAZEPINE</b>	<b>34</b>
3.4.1 ALLGEMEINE WIRKUNG	34
3.4.2 AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	35
3.3.3 BEHANDLUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	36
<b>3.5 HEROIN</b>	<b>37</b>
3.5.1 ALLGEMEINE WIRKUNG	37
3.5.2 AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	38
3.5.3 BEHANDLUNG WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	39
<b>3.6 KOKAIN</b>	<b>40</b>
3.6.1 ALLGEMEINE WIRKUNG	40
3.6.2 AUSWIRKUNGEN AUF DAS KIND	41
3.6.3 BEHANDLUNG IN DER SCHWANGERSCHAFT	42
<b>3.7 MISCHKONSUM</b>	<b>42</b>
<b>4 THEORIE</b>	<b>43</b>
<hr/>	
<b>4.1 SYSTEMTHEORIE</b>	<b>43</b>
4.1.1 BEOBACHTUNGEN	43
4.1.2 DAS SYSTEM UND DEREN UMWELT	44
4.1.3 DREI UNTERSCHIEDLICHE SYSTEMTYPEN DER SOZIALEN SYSTEME	46
<b>4.2 PRÄVENTIONSTHEORIE</b>	<b>48</b>
4.2.1 PROBLEMDEFINITION	48
4.2.2 PRÄVENTION UND BEHANDLUNG	48
4.2.3 RISIKOGRUPPEN	50
4.2.5 BELASTUNGS- UND SCHUTZFAKTOREN	51
4.2.6 PRÄVENTIONSMODELL	53
<b>4.3 GENDER MAINSTREAMING</b>	<b>53</b>
<b>4.4 GENDERGERECHTE BERATUNG</b>	<b>55</b>
<b>4.5 VERTRAUEN</b>	<b>57</b>
<b>4.6 KOORDINATENMODELL NACH KURT LUDEWIG</b>	<b>58</b>
<b>5 FORSCHUNGSMETHODIK</b>	<b>59</b>
<hr/>	
<b>5.1 SAMPLING</b>	<b>59</b>
<b>5.2 DATENERHEBUNG UND AUFBEREITUNG</b>	<b>59</b>
5.2.1 LEITFADENINTERVIEW (EXPERTENINTERVIEW)	59
5.2.2 AUSWAHL UND KONTAKTIERUNG DER EXPERTINNEN UND EXPERTEN	60
5.2.3 AUSWAHL DES ORTES FÜR DIE INTERVIEWDURCHFÜHRUNGEN	60
5.2.4 AUSARBEITUNG DES LEITFADENINTERVIEWS	61
5.2.5 PRETEST	62
5.2.6 INTERVIEWDURCHFÜHRUNG	62
5.2.7 ANMERKUNG DER AUTORINNEN	63
<b>5.3 DATENAUSWERTUNG</b>	<b>63</b>
<b>6 FORSCHUNGSERGEBNISSE</b>	<b>64</b>
<hr/>	
<b>6.1 GRUPPE A</b>	<b>65</b>

6.1.1	BEFRAGTE STELLEN	65
6.1.2	THEMATISIERUNG SCHWANGERSCHAFT	66
6.1.3	THEMATISIERUNG DER AUSWIRKUNGEN VON SUCHTMITTELKONSUM AUF DAS KIND	66
6.1.4	ART DER INFORMATIONSWEITERGABE	67
6.1.5	VORGEHEN BEI SUCHTMITTELKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	67
<b>6.2</b>	<b>GRUPPE B</b>	<b>68</b>
6.2.1	BEFRAGTE STELLEN	68
6.2.2	THEMATISIERUNG DER SUCHTMITTEL	68
6.2.3	THEMATISIERUNG AUSWIRKUNGEN VON SUCHTMITTELKONSUM AUF DAS KIND	69
6.2.4	ART DER INFORMATIONSWEITERGABE	69
6.2.5	VORGEHEN BEI SUCHTMITTELKONSUM UND SCHWANGERSCHAFT	70
<b>6.3</b>	<b>GRUPPE C</b>	<b>71</b>
6.3.1	THEMATISIERUNG SCHWANGERSCHAFT	71
6.3.2	THEMATISIERUNG DER SUCHTMITTEL	72
6.3.3	THEMATISIERUNG VON SUCHTMITTELKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	72
6.3.4	ART DER INFORMATIONSWEITERGABE	72
6.3.5	VORGEHEN BEI SUCHTMITTELKONSUM WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT	73
<b>6.4</b>	<b>GRUPPE D</b>	<b>74</b>
6.4.1	VORGEHEN BEI SCHWANGERSCHAFT UND SUCHTMITTELKONSUM	74
6.4.2	ART DER INFORMATIONSWEITERGABE	75
<b>7</b>	<b><u>DISKUSSION DER FORSCHUNGSERGEBNISSE</u></b>	<b>76</b>
<b>7.1</b>	<b>NEUE THEORIEN</b>	<b>76</b>
7.1.1	FRÜHBEHANDLUNG UND FRÜHBEHANDLUNG	76
7.1.2	BEHANDLUNG	77
<b>7.2</b>	<b>THEORIEBEZÜGE</b>	<b>79</b>
7.2.1	THEORIEBEZUG PRÄVENTION, FRÜHERKENNUNG, FRÜHBEHANDLUNG UND BEHANDLUNG	79
7.2.2	FAZIT ZUR PRÄVENTION, FRÜHERKENNUNG UND -BEHANDLUNG UND BEHANDLUNG	81
7.2.2	THEORIEBEZUG VERTRAUEN	83
7.2.3	THEORIEBEZUG KOORDINATENMODELL	83
7.2.4	THEORIEBEZUG GENDERGERECHTE BERATUNG	84
<b>8</b>	<b><u>SCHLUSSFOLGERUNGEN</u></b>	<b>85</b>
<b>8.1</b>	<b>ERKENNTNISSE</b>	<b>85</b>
<b>8.2</b>	<b>BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE</b>	<b>87</b>
<b>8.3</b>	<b>HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE PRAXIS DER SOZIALEN ARBEIT</b>	<b>87</b>
<b>9</b>	<b><u>AUSBLICK</u></b>	<b>90</b>
	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS</u></b>	<b>92</b>
	<b><u>GLOSSAR</u></b>	<b>99</b>
	<b><u>ANHANG</u></b>	<b>100</b>

Die gesamte Arbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

# Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Suchtdreieck (In Anlehnung an suedhang.ch, Suchtdefinition, Der Weg zur Sucht, ¶ 1) Gefunden am 20. Mai 2014, unter <http://www.suedhang.ch/Suchtdefinition.html> ..... S. 12
- Abbildung 2: Modell der multifaktoriellen Verursachung (Jörg Häfeli, 2008)..... S. 13
- Abbildung 3: Würfelmodell. (BAG, Drogen, Politik, Viersäulenpolitik, Das Würfelmodell, ¶ 2) Gefunden unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/12094/index.html?lang=de> ..... S. 17
- Abbildung 4: Warnhinweis Zigarettenschachtel BAG, Tabak, Regulierung, Warnhinweise, Rauchen in der Schwangerschaft schadet ihrem Kind, ¶ 2). Gefunden unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/03652/03661/?lang=de> ..... S. 19
- Abbildung 5: Systemebenen und Systemtypen (In Anlehnung an Martin Hafen, 2013, S. 33).... S. 46
- Abbildung 6: Die Form der Prävention am Beispiel Medikamentensucht (In Anlehnung an Hafen, 2013, S. 88)..... S. 49
- Abbildung 7: Die zentralen Aspekte der Prävention (In Anlehnung an Hafen, 2013, S. 142)..... S. 53
- Abbildung 8: Koordinatenmodell (In Anlehnung an Kurt Ludewig, 1992, S. 176)..... S. 58
- Abbildung 9: Die Form der Behandlung am Beispiel Medikamentensucht (In Anlehnung an Hafen, 2013, S. 87)..... S. 77

# 1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ausgangslage und die Motivation für die vorliegende Bachelorarbeit vorgestellt, welche zu der Problemdefinition und den zentralen Fragestellungen hinleiten. Es folgt die nähere Erläuterung der Abgrenzung, der Hypothesen und des Forschungsziels. Das Kapitel schliesst mit den Unterkapiteln Relevanz für die Soziale Arbeit, Adressatenschaft, Aufbau der Forschungsarbeit und Begriffserklärungen.

## 1.1 Ausgangslage

In der vorliegenden Arbeit gehen die Autorinnen auf den Suchtmittelkonsum schwangerer Frauen und dessen Auswirkungen auf das neugeborene Kind ein. Ein beträchtlicher Anteil der Schweizer Frauen konsumiert mehr oder weniger regelmässig Suchtmittel, wobei sich das Konsumverhalten der Frauen in Menge und Art von dem der Männer unterscheidet. Dabei ist die gesundheitsschädigende Wirkung und das Abhängigkeitspotential von Suchtmitteln allgemein bekannt und legale, gesellschaftlich anerkannte Suchtmittel wie Alkohol und Nikotin werden ohne grosse Bedenken von vielen Schweizerinnen regelmässig konsumiert. Zu bedenken ist jedoch, dass Suchtmittelkonsum auf alle Lebensbereiche/Systeme negativen Einflüsse haben kann (Arbeitsplatzverlust, familiäre Probleme, soziale Isolation/Ausgrenzung etc.).

Es ist allgemein bekannt, dass Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft diverse Risiken birgt. Dies wird jedoch für die Frauen oftmals erst zum Thema, wenn sie bereits schwanger sind oder der Wunsch besteht, ein Kind zu bekommen. Die Autorinnen beleuchten dabei hauptsächlich die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das gesundheitliche Wohl des Kindes, das dem Konsum von Suchtmitteln der Mutter schutzlos ausgesetzt ist. Selbst wenn sich werdende Mütter der Risiken bewusst sein mögen, sind sie aufgrund ihres Abhängigkeitsverhältnisses oder anderer Gründe (z.B. psychische Belastung) nicht immer fähig, den Konsum einzuschränken. Davon betroffen sind insbesondere die Kinder, welche nicht selten unter den gesundheitlichen Folgen zu leiden haben. Der Wunsch nach Familiengründung und Fortpflanzung gehört zu den menschlichen Bedürfnissen und unterstreicht die Bedeutung dieser Arbeit. In den Medien, der Politik und der Bevölkerung sind schwangere suchtmittelkonsumierende Frauen selten Diskussionssthema. Dessen ungeachtet kommen immer wieder Kinder mit Beeinträchtigung zur Welt, weil die Mutter Suchtmittel konsumierte.

Die Recherche hat ergeben, dass es in der Schweiz wenig Literatur gibt, welche sich mit dem Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft befasst. Aus diesem Grund haben sich die Autorinnen für eine Forschungsarbeit entschieden.

## 1.2 Motivation

Die Motivation der Autorinnen zu dieser Arbeit basiert auf dem Gedanken, dass jedes Kind einen guten Start ins Leben haben sollte. Muss es nach der Geburt einen Entzug durchstehen und medikamentös therapiert werden, tritt es mit einem schweren Start ins Leben ein.

Die Autorinnen haben sich die Frage gestellt, mit welchen Massnahmen sich das gesundheitliche Wohl des ungeborenen Kindes besser schützen lässt. Da in diesem Zusammenhang die Gesundheit und das entsprechende Verhalten der Frauen eine wesentliche Rolle spielt, entschieden sich die Autorinnen zu erforschen, wie und zu welchem Zeitpunkt spezifische Informationen über Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen während der Schwangerschaft zugänglich gemacht werden sollten. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die Kenntnisse über die Folgen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft in der Schweizer Bevölkerung nicht ausreichend vorhanden sind. Die Autorinnen haben ein Interesse den Informationsfluss auf institutioneller Ebene zu optimieren, wollen aber nicht in keiner Weise moralisieren.

## 1.3 Problemdefinition und Fragestellung

Die Autorinnen haben den Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft als Hauptproblem definiert. Daraus ergeben sich als Folgeproblem die spezifischen Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das Kind.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Autorinnen mit folgenden Fragestellungen befasst:

- Welches sind die relevanten Fakten und Umstände zur Sucht, Suchtpolitik und Schwangerschaft in der Schweiz?
- Welche spezifischen Auswirkungen haben die einzelnen Suchtmittel während der Schwangerschaft auf das Kind?
- Forschungsfrage: Wie gestaltet sich Prävention auf institutioneller Ebene, um die Auswirkungen auf das Kind bei Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft zu verhindern?

## 1.4 Abgrenzung

Die vorliegende Forschungsarbeit

- klärt nicht über die Folgen des Suchtmittelkonsums auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind auf,
- setzt den Fokus auf die Frau/Mutter und damit nicht auf das Familiensystem,
- geht nicht auf die Problematiken der Suchtmittelbeschaffung und Prostitution ein
- und deckt die breite Thematik Sucht nur im Zusammenhang mit den für die behandelte Problematik relevanten Aspekte ab.

## 1.5 Hypothesen

Die Autorinnen gehen von folgenden Hypothesen aus:

- Die Fachpersonen vertrauen darauf, dass das Wissen der Frauen bezüglich Auswirkungen der Suchtmittel auf das Baby vorhanden ist.
- Die Fachpersonen vertrauen auf die Selbstverantwortung der Klientinnen.
- Die Fachpersonen vertrauen darauf, dass Ärztinnen/Ärzte oder Gynäkologinnen/Gynäkologen die Klientinnen vollumfänglich informieren.
- Den Fachpersonen ist die Problematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu wenig präsent.
- Die Fachpersonen haben zu wenig zeitliche Ressourcen, um sich auf die Thematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft einzulassen.

## 1.6 Ziel

Mit dieser Bachelorarbeit soll zunächst erforscht werden, inwiefern die befragten Fachstellen in Luzern präventiv im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft arbeiten. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse sollen Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit zur Verhinderung schädlicher Auswirkungen der Suchtmittel während der Schwangerschaft ausgearbeitet werden. Mit dieser Bachelorarbeit soll ein Beitrag zur Sensibilisierung der Schweizer Fachstellen geleistet werden, welche die Frauen möglichst einheitlich über die Thematik informieren sollen.

## 1.7 Relevanz für die Soziale Arbeit

Soziale Arbeit hat gemäss dem Berufskodex (BK) von Avenir Social (2010) zum Ziel, Lösungen für soziale Probleme zu entwickeln und zu vermitteln (BK 5, Abs. 4, S. 6). Zudem haben laut Berufskodex alle Menschen das Anrecht auf Integrität (BK 4, Abs. 1, S. 6). Die körperliche und geistige Integrität von Kindern kann jedoch durch den Suchtmittelkonsum der werdenden Mutter beeinträchtigt werden.

Gemäss Silvia Staub-Bernasconi (2007) bietet die Soziale Arbeit Menschen Unterstützung zur Bewältigung schwieriger Lebenssituationen. Dazu bedient sie sich mitunter der Arbeitsmethode der Ressourcenerschliessung (S. 27). Zudem hat Soziale Arbeit soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern (BK 5, Abs. 5). Die Soziale Arbeit fördert die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben. Dabei interessiert in der vorliegenden Arbeit vor allem das Wohlbefinden der Kinder und der werdenden Mütter (BK 7, Abs. 1, S. 8). Ausserdem sind gemäss BK 8, Abs. 4, die Menschenrechte jeder Person zu gewähren (S. 8). Beispielsweise besagt Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR), dass alle Menschen frei geboren sind und ein gleiches Recht auf Freiheit haben. Jedoch kann die Freiheit des einen nicht zu Lasten der Freiheit anderer gehen. Hierbei hat der Staat die Verpflichtung, alles zu unternehmen, damit die Menschen gleiche Entwicklungsmöglichkeiten haben (humanrights, Internationale Menschenrechte, Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948, Artikel 1-Freiheit, Gleichheit, Solidarität, ¶ 2). Diese können durch Folgeschäden des mütterlichen Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft beeinträchtigt sein.

Ergänzend zu gesundheitlichen Institutionen arbeiten Sozialarbeitende in Schwangerschafts-, Sucht-, Partnerschafts- und Mütterberatungen und begleiten die Frauen (Annemarie Jost, 2013, S. 47). In der Tätigkeit auf diesen Stellen können sie mit Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft in Berührung kommen oder aber nur mit Suchtmittelkonsum oder Schwangerschaft, wobei eben genau da Prävention zum Zuge kommen kann.

## 1.8 Adressatinnen/Adressaten

Diese Arbeit richtet sich in erster Linie an Professionelle, Fachstellen und Studierende der Sozialen Arbeit, welche in ihrem Arbeitsfeld mit frauenspezifischen Themen konfrontiert sind. Zudem werden Personen angesprochen, die sich für Prävention oder Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft interessieren oder sich näher damit auseinandersetzen möchten. Die Arbeit kann ebenfalls für Politikerinnen und Politiker sowie Medienschaffende von Interesse sein, um diese Thematik der Öffentlichkeit publik zu machen.

## 1.9 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Forschungsarbeit ist in neun Kapitel gegliedert.

Im nachfolgenden *Kapitel 2* werden wichtige Begriffe im Zusammenhang mit Sucht und Suchtpolitik definiert. Ferner werden Themen zur Schwangerschaft und zum Konsumverhalten von Frauen in der Schweiz beleuchtet. Abschliessend folgt die Begründung für die Auswahl der in Kapitel 3 behandelten Suchtmittel sowie deren rechtliche Einordnung in der Schweiz.

*Kapitel 3* befasst sich mit den sieben ausgewählten Suchtmitteln, insbesondere deren spezifischen Auswirkungen im Schwangerschaftsverlauf auf den Fetus und nach der Geburt auf den Säugling.

Im *Kapitel 4* werden die für die Forschungsarbeit relevanten Theorien dargelegt. Es handelt sich dabei um die Präventionstheorie, die Gender Mainstreaming Theorie, die frauengerechte Beratung, den Vertrauensaufbau und die Theorie über die Funktionen und Aufgaben der Beratung in der Sozialen Arbeit.

Das *Kapitel 5* erläutert und begründet die Grundlagen und Vorarbeiten der qualitativen Forschung. Es wird auf das Sampling, die Datenerhebung und Aufbereitung sowie die Datenauswertung eingegangen.

Im *Kapitel 6* werden die Forschungsergebnisse bei den Expertinnen- und Expertengruppen aufgezeigt, wobei diese in weitere Kategorien aufgeteilt sind und thematisch verglichen werden.

*Kapitel 7* befasst sich mit der Diskussion der Forschungsergebnisse, wobei die Autorinnen den Versuch unternehmen, diese mit den Theorien aus Kapitel 4 zu verknüpfen.

Im *Kapitel 8* werden auf Basis der Forschungsergebnisse und der Diskussion Schlussfolgerungen gezogen. Zudem werden die Hypothesen und die Forschungsfragestellung erneut aufgegriffen, bewertet und beantwortet. Zum Schluss werden in diesem Kapitel Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit bezüglich der Prävention von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft aufgezeigt.

Das *Kapitel 9* zeigt Ansatzpunkte für weiterführende Arbeiten bezüglich der Thematik dieser Bachelorarbeit auf.

## 1.10 Begriffserklärungen

An dieser Stelle nehmen die Autorinnen Bezug auf die Begriffe *Suchtmittel* und *Kind*, da diese in der vorliegenden Arbeit oft wiederholt werden. Im Glossar am Ende dieser Bachelorarbeit sind Fachbegriffe zusammengetragen, welche im Text in grauer Schrift zu finden sind.

### **Kind**

Generell ist in dieser Arbeit vom *Kind* die Rede. Dabei beinhaltet der Begriff auch den Fetus und Säugling.

### **Suchtmittel**

In dieser Arbeit wird der Begriff *Suchtmittel* verwendet. Sprechen die Autorinnen von Suchtmittelkonsum, ist nicht die Abhängigkeit gemeint, da es diese nicht braucht, um dem Kind zu schaden (vgl. Kapitel 2.1.2 und 3). Gemäss Duden sind die Begriffe Suchtmittel und Drogen Synonyme. Die WHO definiert Drogen/Suchtmittel folgendermassen:

Drogen sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich diese Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder in anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen. (zit. in Sebastian Scheerer & Irmgard Vogt, 1989, S.6)

## 2 Schweizer Suchtpolitik und Suchtmittelkonsum der Frauen

Dieses Kapitel befasst sich mit grundlegendem Fachwissen bezüglich Sucht, Abhängigkeit und Schwangerschaft. In einem weiteren Unterkapitel wird auf die Schweizer Suchtpolitik eingegangen. Abschliessend folgen die Begründung für die Auswahl der Suchtmittel sowie eine Erläuterung zur rechtlichen Einordnung dieser Suchtmittel.

### 2.1 Sucht und Abhängigkeit

Es gibt keine einheitlichen Definitionen für die Begriffe Sucht, Abhängigkeit, Drogen oder Suchtmittel. Dies liegt einerseits in der Unterschiedlichkeit der Substanzen (Wirkung, Suchtpotential etc.), andererseits in den verschiedenen Sichtweisen der Disziplinen, vor allem der Sozialwissenschaft und der Medizin (Michael Krausz & Christian Haasen, 2004, S. 12). Somit werden in diesem Kapitel die wichtigsten Begriffe für das Verständnis der nachfolgenden Kapitel erläutert.

#### 2.1.1 Sucht

Der Begriff *Sucht* geht auf das Verb siechen zurück, was krank sein bedeutet (Christian Haasen, Anja Kutzer und Ingo Schäfer, 2010, S. 267). Im 16. Jahrhundert wurden vermehrt die Begriffe *Krankheit* und *Seuche* verwendet, bis im 19. Jahrhundert ein Wandel zum Verständnis des Suchtbegriffs einsetzte. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1950 den Suchtbegriff, wobei hauptsächlich stoffgebundene Süchte eingeschlossen wurden und eine körperliche Abhängigkeit Voraussetzung war. In einer Überarbeitung der Definition im Jahre 1957 wurde zusätzlich zwischen sucht- und gewöhnungserzeugenden Stoffen unterschieden. Trotz der Definition der WHO konnten ursprünglich aufgekommene Widersprüche und Unklarheiten nicht vollständig behoben werden (Haasen et al., 2010, S. 267).

Die Definition der WHO von 1957 lautet wie folgt:

Sucht ist ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch 4 Kriterien:

1. ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung)
3. die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge
4. die Schädlichkeit für den Einzelnen und/oder die Gesellschaft. (suchthilfe-wetzlar, Sucht und Abhängigkeit – Was ist das?, ¶ 8)

Der Begriff *Sucht* wurde im Jahre 1964 von der WHO durch den Begriff *Abhängigkeit* ersetzt. Seither werden in den Definitionen der WHO (International Classification of Diseases, ICD-10) sowie der American Psychiatric Association (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) verschiedene Formen der Abhängigkeit unterschieden. ICD-10 und DSM-5 sind internationale statistische Klassifikationen von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Die ICD-10 wird von der WHO erstellt, das DSM-5 hingegen von der American Psychiatric Association (Haasen et al., 2010, S. 267).

Dennoch wird der Begriff *Sucht* in der Umgangssprache und in zahlreichen Einrichtungen und Dokumenten weiterhin verwendet (Bundesamt für Gesundheit, 2010, S. 13).

### 2.1.2 Abhängigkeit

Laut Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2010), werden unter dem Begriff Abhängigkeit Symptome verstanden, die psychische, körperliche und soziale Schäden und Konsequenzen des Konsums umfassen können. Dazu gehören auch stoffungebundene Verhaltensweisen, wie beispielsweise das Glücksspiel (S. 13).

Gemäss der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme, Sucht Schweiz, kann ein missbräuchlicher Konsum zu einer Abhängigkeit führen (Substanzen und Sucht, Konsumformen, ¶ 4). Das Erscheinungsbild einer Abhängigkeit variiert je nach Suchtmittel. Gemeinsam allerdings ist jedem Abhängigkeitssyndrom ein starkes Verlangen nach dem Suchtmittel. Dieses Verlangen wird als Craving bezeichnet (Krausz & Haasen, 2014, S. 12).

Eine Abhängigkeit liegt gemäss ICD-10 dann vor, wenn über einen Zeitraum von einem Jahr mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

- zwanghaftes Verlangen
- verminderte Kontrollfähigkeit
- Entzugerscheinungen
- Toleranzerhöhung
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten
- anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutig schädlicher Folgen (Christa Berger und Mareike Grünbeck, 2009, S. 11).

Dieter Ladewig (1996) unterscheidet zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit zeigt sich durch ein starkes Verlangen, durch den Wunsch oder in einer Art Zwang, die Substanz zu konsumieren. Die physische Abhängigkeit, bei welcher sich beim Absetzen des Drogengebrauchs Entzugssymptome bilden können, benötigt oftmals weniger Zeit bei der Entwöhnung als die psychische Abhängigkeit (S. 30-32). Somit ist eine gut geplante Nachbetreuung wichtig (Sucht Schweiz, Abhängigkeit, Körperliche und psychische Abhängigkeit, ¶ 3).

Es wird zwischen substanzgebundenen- und substanzungebundenen Abhängigkeiten unterschieden. Zu den substanzgebundenen Abhängigkeiten gehört der Konsum von psychotropen Substanzen, welche anregend, dämpfend oder halluzinogen wirken können. Bei substanzungebundenen Abhängigkeiten wie Spiel-, Arbeits-, Sex- oder Internetsucht hingegen werden keine psychotropen Substanzen konsumiert, die Verhaltensweise kann aber dieselben Veränderungen des Gehirns auslösen wie die an psychotrope Substanzen gebundenen Suchterkrankungen. Zu den Veränderungen im Gehirn gehören vor allem die Veränderung der Lernmechanismen (Belohnungssystem). Weiter entstehen Veränderungen im limbischen System, welches unter anderem bei der Speicherung von Gedächtnisinhalten, der Steuerung der Körperfunktionen und bei der emotionalen Bewertung eines Ereignisses beteiligt ist (Société Axess, 2009, S. 11-23).

### 2.1.3 Konsummuster

Der **Experimentierkonsum** gilt als Konsummuster vor dem risikoarmen Konsum. Dieser meint den Konsum aufgrund von Neugierde, dem Wunsch nach neuen Erfahrungen und Vergnügen oder der Anpassung an Gruppennormen. Ein Experimentierkonsum kann zum risikoarmen Konsum führen (Sucht Schweiz, Substanzen und Sucht, Konsumformen, ¶ 2).

**Risikoarmer Konsum/Freizeitgebrauch** bezeichnet den gelegentlichen und/oder tief dosierten Konsum, den das Individuum gut unter Kontrolle hat und die Substanz zur Freude und zur Steigerung des Wohlbefindens konsumiert. Dieser Konsum hat kaum oder nur selten Auswirkungen auf die psychische und physische Gesundheit eines Menschen (Berger und Grünbeck, 2009, S. 5).

Der **Missbrauch/schädliche Gebrauch** führt zu physischen Schäden oder psychischen Beeinträchtigungen und/oder gefährdet andere Personen (ibid.). Diese Schäden oder Beeinträchtigungen sind klar auf den Substanzmissbrauch zurückzuführen (Krausz & Haasen, 2004, S. 25).

Bei einer **Abhängigkeit** besteht keine Kontrolle mehr über den Konsum, es werden andere Interessen zugunsten des Konsums aufgegeben und es kann je nach Art des Suchtmittels neben einer psychischen auch zu einer körperlichen Abhängigkeit kommen (vgl. Kapitel 2.1.2) (Sucht Schweiz, Substanzen und Sucht, Konsumformen, ¶ 2).

## 2.1.4 Suchtentwicklung

Die im Kapitel 2.1.3 erläuterten Konsummuster hängen zusammen. In diesem Kapitel werden die Zusammenhänge und Übergänge zwischen den einzelnen Konsummustern dargelegt.

Bei der sogenannten *Suchtkarriere* zählt Helmut Kolitzus (2009) vier Stufen auf, welche sich über eine gewisse Zeitspanne entwickeln:

- Konsum: Der Experimentier- oder risikoarme Konsum dient normalerweise einem bestimmten Zweck, z.B. um ein negatives Gefühl zu überspielen. In den meisten Fällen ist dieser Konsum weder schädlich noch gefährlich und die allgemeine Befindlichkeit verbessert sich.
- Missbrauch: Bestimmte Situationen können nicht mehr ohne Konsum bewältigt werden. Dadurch wird die psychotrope Substanz nicht mehr dem ursprünglichen Zweck entsprechend benutzt, sondern um einen negativen Gefühlszustand zu beseitigen, egal was der Auslöser dieses Zustands war.
- Gewöhnung: Eine Abhängigkeit entsteht.
- Sucht: Abbau und Zusammenbruch im psychischen, körperlichen und sozialen Bereich (S. 26).

Nach Jochen Wolffgramm (1996) wird beim Übergang zwischen kontrolliertem Konsum (bei Kolitzus *Konsum* genannt) und Suchtbeginn ein hypothetischer Punkt angenommen, der *point of no return*. Dieser Punkt muss überschritten werden, damit eine Suchtentwicklung initiiert wird. Bezüglich des Zeitpunkts sind folgende Möglichkeiten denkbar:

- ein schleichender Übergang
- ein spontaner und plötzlicher Übergang
- ein durch Aussenreize ausgelöster Übergang von einem Stadium in das andere (S. 3-18).

## 2.1.5 Multifaktorielle Modelle

Um eine Abhängigkeitsentwicklung erklären zu können ist die Integration von lerntheoretischen, persönlichkeitspsychologischen, entwicklungstheoretischen und soziologischen Modellen notwendig (Dilek Türk & Gerhard Bühringer, 1999, S. 588). Unter Einbezug dieser Modelle wird in der heutigen Drogenforschung von einem multifaktoriellen Modell ausgegangen (Irmgard Vogt, 2004, S. 14).

Gemäss Jörg Häfeli (2009) wird in den Wissenschaften von einem multifaktoriellen Modell der Sucht gesprochen, da sich die einzelnen Theorien gegenseitig ergänzen. Dabei wird angenommen, dass mehrere Faktoren gleichermassen zu einer Sucht führen können und dass es individuell unterschiedliche Entwicklungen und Verläufe geben kann (S. 12).

### A) Suchtdreieck

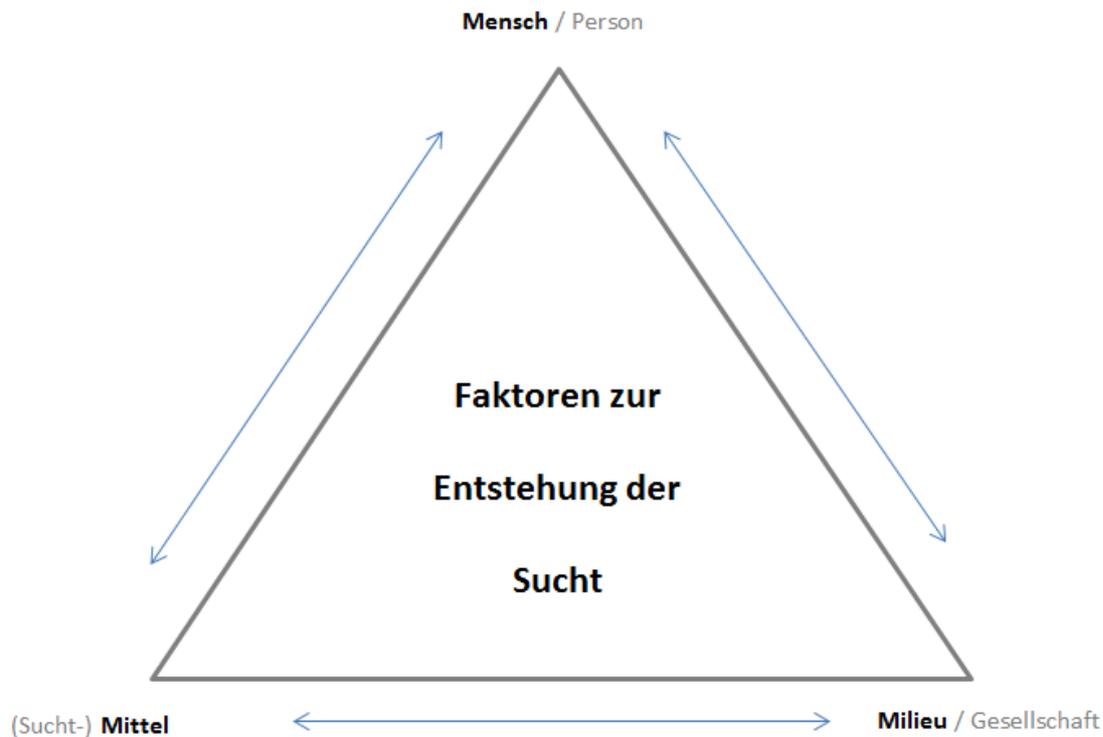


Abbildung 1: Suchtdreieck (In Anlehnung an suedhang.ch, Suchtdefinition, Der Weg zur Sucht, ¶ 1)

Das Suchtdreieck besteht aus drei zentralen Säulen: Der Mensch, das Suchtmittel und das Milieu/die Gesellschaft. Dabei entwickelt sich eine Substanzabhängigkeit im Spannungsverhältnis zwischen den Wirkungen der verschiedenen Suchtmittel, den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (legale/illegale Drogen, Verfügbarkeit der Drogen etc.) und der konsumierenden Person mit der spezifischen biopsychosozialen Ausstattung, der geschlechtsspezifischen Biografie und der aktuellen Situation in seinem Milieu (Umgebung, Mitmenschen) bzw. in seiner Gesellschaft (Vogt, 2004, S. 14-15).

## B) Multifaktorielles Modell nach Häfeli

Das von Häfeli (2009) dargestellte Modell der multifaktoriellen Verursachung zeigt die übergeordneten Faktoren Suchtmittel, soziales Umfeld, Persönlichkeit und gesellschaftliche Bedingungen, welche je auch wieder in Faktoren unterteilt werden können. Die Stufen Konsum, Missbrauch, Gewöhnung und Sucht, welche im Kapitel 2.1.4 erläutert wurden, sind auch in diesem Modell integriert.

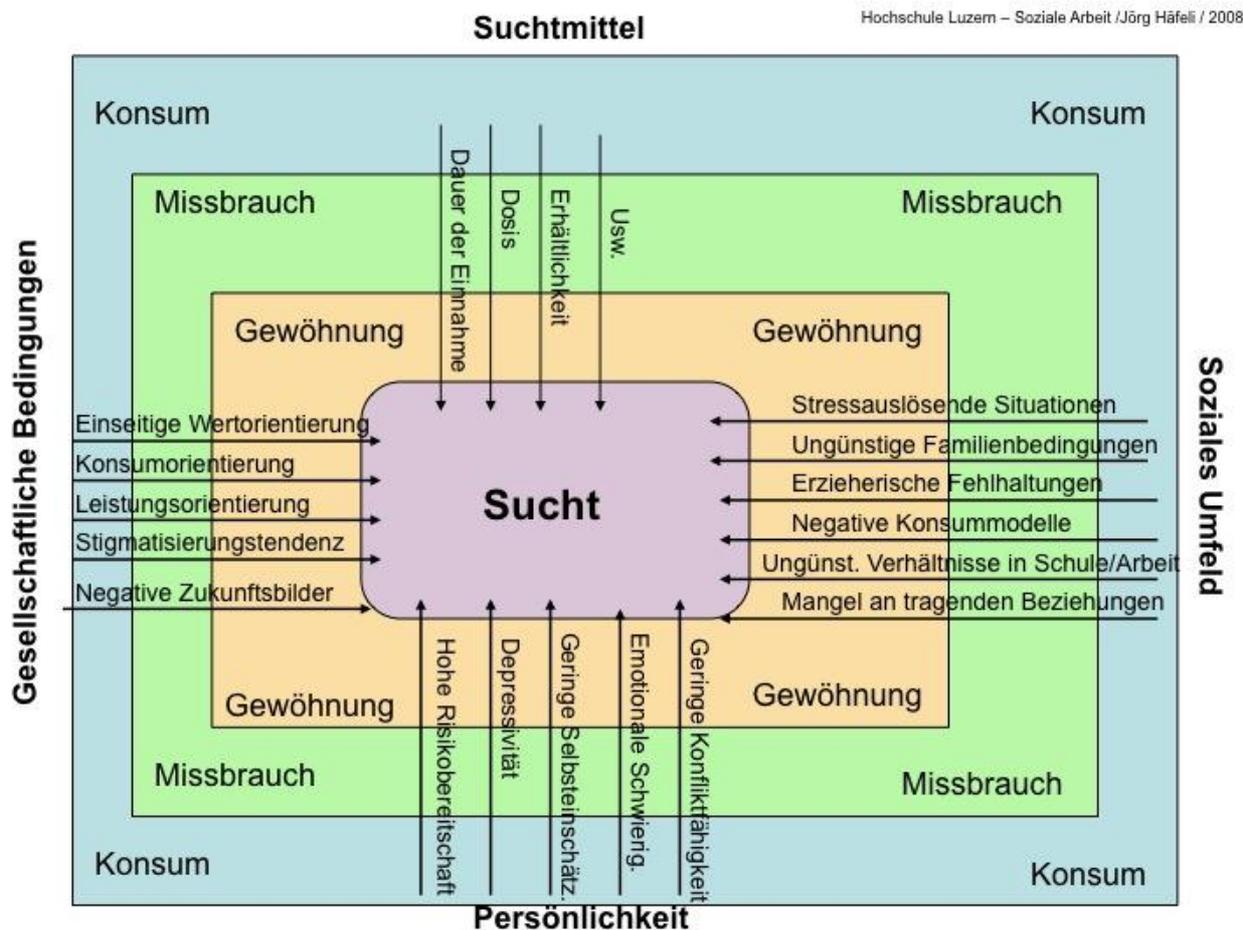


Abbildung 2: Modell der multifaktoriellen Verursachung (Jörg Häfeli, 2008)

Häfeli (2009) sieht die Problematik des multifaktoriellen Modells darin, dass sich die verschiedenen Theorien nicht immer widerspruchsfrei ineinander integrieren lassen. Zudem lassen sich nur ungenaue Prognosen und Voraussagen formulieren (S. 5-12).

### 2.1.6 Abstinenz und kontrollierter Konsum

Lange Zeit galt im Rahmen der Suchttherapie die Abstinenztherapie als die geeignete Wahl. Abstinenz meint den kompletten Verzicht auf die Substanz, von der jemand abhängig ist. Es besteht die Annahme, dass eine einmal entwickelte Abhängigkeit nicht mehr heilbar ist und der einzige Weg darin besteht, die Abhängigkeit durch eine Abstinenz zum Stillstand zu bringen. Die Betroffenen müssen ihre Rolle als Abhängige ihr ganzes Leben lang akzeptieren.

Der Abstinenz gegenüber steht der kontrollierte Konsum. Dabei besteht die Möglichkeit, habitualisiertes, abhängiges Verhalten zu unterbrechen. Häufig wird von kontrolliertem Trinken gesprochen, bei welchem die trinkende Person ihr Trinkverhalten eigenständig an einem zuvor festgelegten Trinkplan bzw. Trinkregeln ausrichtet. Das Angebot des kontrollierten Konsums richtet sich vor allem an Menschen, welche auf Abstinenzbehandlungen nicht ansprechen (Krausz & Haasen, 2004, S. 35-36).

### 2.1.7 Komorbidität

Komorbidität meint eine psychische Erkrankung nebst der Abhängigkeit, was eine zusätzliche Belastung bedeutet. Häufige psychische Störungen sind Angststörungen, affektive Störungen, antisoziale Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie (Krausz & Haasen, 2004, S. 30-31). Die psychische Komorbidität bei süchtigen Frauen ist höher als bei süchtigen Männern (Christel Zenker, 2009, S. 25).

## 2.2 Fakten zur Schweizer Suchtpolitik

### 2.2.1 Schweizer Suchtpolitik und Viersäulenmodell

Der in den 70er Jahren als steigend erkannte Drogenkonsum in der Schweiz – 1972 gab es die ersten Herointoten – wurde als zutiefst beunruhigend aber möglicherweise vorübergehend charakterisiert. Der Fokus der Politik und der Öffentlichkeit konzentrierte sich auf die Jugend, wobei zunächst insbesondere eine Politik der Abschreckung im Vordergrund stand, indem die Strafnormen verschärft wurden (Boris Boller, 2005, S. 151-153). Gemäss BAG (2006) nahm jedoch die Zahl der Drogenabhängigen weiterhin zu, vor allem gegen Ende der 1980er Jahre. Offene Drogenszenen bildeten sich ab 1987 in verschiedenen Städten, wie beispielsweise in Zürich beim Platzspitz. Hinzu kam zu dieser Zeit die Ausbreitung von HIV/Aids, was die Situation noch verschärfte. Der öffentliche Druck nahm angesichts dieser Tatsachen zu und zwang Ende der 1980er Jahre die Politik zum Handeln. Schon im Jahre 1975 wurde im Betäubungsmittelgesetz (BetmG) verankert, dass die Kantone selbst Präventionsmassnahmen ergreifen und Therapien anbieten müssen. Zudem begannen verschiedene Schweizer Grossstädte und Kantone schadensmindernde Angebote aufzubauen. Daraus entstand das Viersäulenmodell, welches als Resultat auf die Entwicklung des Suchtmittelkonsums in den 70er Jahren zu betrachten ist.

Der Bund setzt seit 1990 auf das Viersäulenmodell (S. 10). Dieses betrifft den legalen und illegalen Bereich der Suchtmittel, bestehend aus den folgenden vier Bereichen:

- **Prävention:** Die Prävention trägt zur Verringerung des Drogenkonsums bei. Der Einstieg in den Drogenkonsum und die Suchtmittelentwicklung sollen verhindert werden.
- **Therapie:** Die Therapie trägt zur Verminderung des Drogenkonsums bei. Sie soll den nachhaltigen Ausstieg aus der Sucht ermöglichen bzw. auf die Erhaltung dieser Möglichkeit hinwirken. Weiter fördert die Therapie die soziale Integration und die Gesundheit der behandelten Personen.
- **Schadensminderung:** Die Schadensminderung trägt zur Eindämmung der negativen Folgen des Drogenkonsums für die Konsumierenden sowie indirekt für die Gesellschaft bei. Die Schadensminderung soll einen individuellen und weniger problematischen Drogenkonsum ermöglichen.
- **Repression und Marktregulierung:** Die negativen Folgen des Drogenkonsums für die Gesellschaft sollen mit geeigneten regulativen Massnahmen zur Durchsetzung des Verbots von illegalen Drogen vermindert werden (BAG, Drogen, Politik, Viersäulenpolitik, ¶ 2-5).

Gemäss Thomas Hansjakob und Martin Killias (2012) gehörte anfangs der 90er Jahre die Auflösung offener Drogenszenen und die zwangsweise Rückschaffung auswärtiger Drogenabhängiger zur Repression.

Ein weiterer Ansatz zur Reduktion der Drogenproblematik war im Jahre 1994 der Beginn der heroingestützten Behandlung opiatabhängiger Patienten. 1998 erfolgte der Bundesbeschluss über die ärztliche Verschreibung von Heroin, welcher 1999 gutgeheissen wurde. Die heroingestützte Behandlung von Drogenabhängigen ist jedoch erst seit 2008 sauber gesetzlich verankert (S. 65). Laut Diane Steber Büchli, Lukas Grossmann und Ruth Dreifuss (2012) wurde die therapeutische Zulassung von Heroin von Expertengruppen der WHO und anderen internationalen Organisationen und Ländern über einige Jahre hinweg skeptisch betrachtet (S. 94-95). Als jedoch erste Erfolgszahlen bezüglich einer Abnahme von Drogentoten publiziert wurden und international realisiert wurde, dass die ärztliche Drogenverschreibung in der Schweiz einem Gesamtplan unterliegt und nicht zum Ziel hat, Drogen zu legalisieren, nahmen die international kritischen Stimmen aus dem Ausland ab (Boller, 2005, S. 227-231). Für die substitutionsgestützte Behandlung besteht in der Schweiz seit 1975, also bereits vor der heroingestützten Behandlung, eine gesetzliche Grundlage. Die bekanntesten und meistgenutzten Substitutionsmittel sind Methadon und Buprenorphin (BAG, Drogen, Therapie, Substitutionsgestützte Behandlung, ¶ 2).

François van der Linde (2006) führt aus, dass seit Anfang des Jahres 2000 eine Stagnation der schweizerischen Drogenpolitik zu verzeichnen ist, ohne das Anzeichen für einen Nachlass des Konsums psychotroper Substanzen bestehen. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF (2005) hat deshalb im Jahre 2005 einen Bericht mit Vorschlägen für eine mittel- bis längerfristige Drogenpolitik verfasst (Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme MaPaDro III). Bis 2015 sollte die Umsetzung erfolgen. Es geht darum, eine gute Umgangsform mit den verschiedenen psychotropen Substanzen zu finden. Diese muss darauf ausgerichtet sein, die Gründe für die diversen Konsumformen nachvollziehen zu können und die negativen Auswirkungen des Konsums für das Individuum und die Gesellschaft einzudämmen. Das Würfel-Modell dient als Unterstützung zur Durchführung dieser Drogenpolitik (S. 17-21).

## 2.2.2 Würfelmodell

Das Würfelmodell stellt eine Erweiterung des beschriebenen Viersäulenmodells dar. Die substanzungebundenen Süchte werden zwar nach wie vor ausgeschlossen, jedoch wird das eindimensionale Würfelmodell um die Dimension der psychoaktiven Substanzen und der Konsummuster (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum und Abhängigkeit) ergänzt. Die suchtpolitischen Massnahmen sind nach wissenschaftlichen Kriterien auf die Substanzen und die Konsummuster innerhalb der vier Säulen abgestimmt.

Die Stärke des Modells besteht darin, dass sich alle Massnahmen der Suchtpolitik einordnen, vergleichen und aufeinander abstimmen lassen. Zudem können Lücken dieser suchtpolitischen Massnahmen identifiziert werden (EKDF, 2005, S. 1-4).

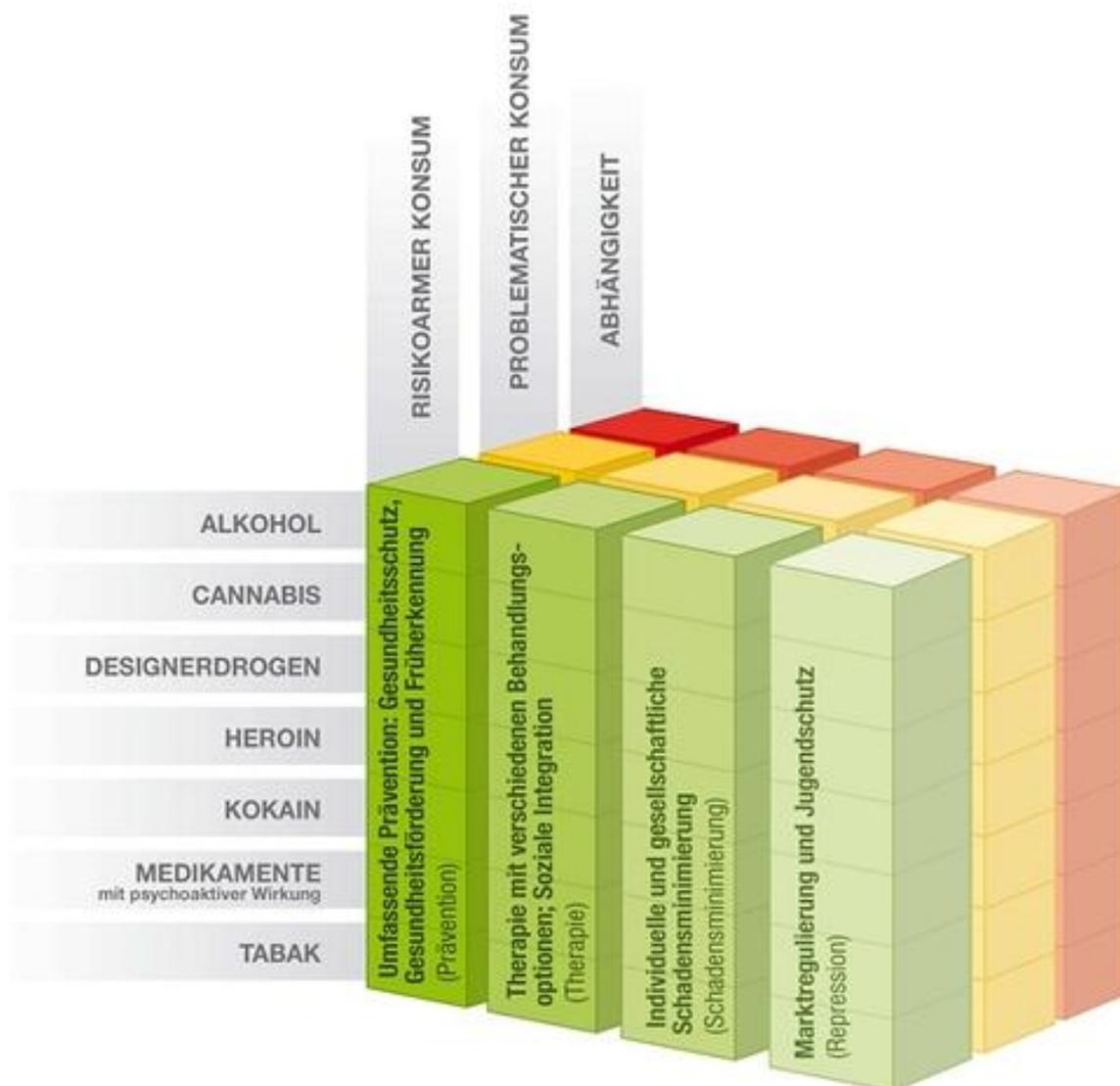


Abbildung 3: Würfelmodell (BAG, Drogen, Politik, Viersäulenpolitik, Das Würfelmodell, ¶ 2)

### 2.2.3 Prävention und Public Health

Das BAG hat mittels der Prävention einerseits zum Ziel, den Erstkonsum von Drogen zu verhindern, andererseits auch, die Entwicklung vom risikoarmen zum problematischen Konsum oder zur Abhängigkeit zu stoppen. Insofern geht es um Gesundheitsförderung, da gesundheitliche Schäden vermieden werden sollen. Um diese Ziele zu erreichen, konzentriert sich das BAG auf Kinder und Jugendliche und deren Umfeld, wobei der Schwerpunkt auf der Verhältnisprävention liegt (vgl. Kapitel 4.2.3).

Folgende Massnahmen werden dazu ergriffen:

- Laufende Aktivitäten werden harmonisiert, indem sie den strategischen Vorgaben angepasst werden.
- Früherkennung und Frühintervention werden weiterentwickelt
- Wissenstransfers von der Forschung zur Praxis werden gefördert
- Monitoring und Dokumentationen des bestehenden Angebots werden verbessert und Massnahmen, welche sich auf empirische Belege stützen, werden mittels Förderung von Modellprojekten entwickelt (BAG, 2006, S. 19).

Die WHO definiert diesen Public-Health-Ansatz (Öffentliche Gesundheit) als *„ein soziales und politisches Konzept, das durch Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und andere gesundheitsbezogene Interventionen auf Verbesserung von Gesundheit, Lebensverlängerung und Erhöhung der Lebensqualität von ganzen Bevölkerungen abzielt“* (WHO, 1998).

Die Schweizer Suchtpolitik orientiert sich am Public-Health-Ansatz, wobei das BAG ein Leitbild für eine zukunftsfähige Suchtpolitik erarbeitet hat. Dies mit dem Ziel, dem Public-Health-Ansatz näher zu kommen, womit die Suchtpolitik über den Begriff der Abhängigkeit hinaus erweitert wird. Denn ein Grossteil der gesundheitlichen und sozialen Folgen des Umgangs mit Suchtmitteln ist nicht auf Abhängigkeit, sondern auf den problembehafteten Konsum zurückzuführen (Eidgenössische Kommissionen für Alkoholfragen, Drogenfragen und Tabakprävention, 2010, S. 1-3).

## *Kampagnen Alkohol und Nikotin*

Aktuelle Kampagnen zur Thematik des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft gibt es lediglich bezüglich Alkoholkonsum und Rauchen: *Ich spreche über Alkohol* und *SmokeFree* (Bundesamt für Gesundheit, Kampagnen, ¶ 4-5). Auswirkungen von Nikotinkonsum auf Kinder werden teilweise auf den Bildern der Zigarettenschachteln gezeigt (Spiegel Online, Wirtschaft, Verbraucher&Service, Rauchen, EU führt Schockbilder auf Zigarettenpackungen ein, Fotostrecke). Weiter wird auf Zigarettenschachteln auch schriftlich auf die Schädigung des Kindes aufmerksam gemacht (BAG, Tabak, Regulierung, Warnhinweise, ¶ 1).

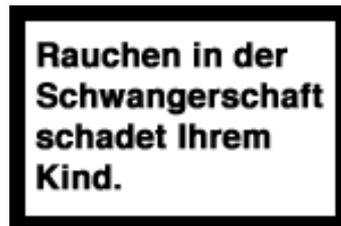


Abbildung 4: Warnhinweis Zigarettenschachtel (BAG, Tabak, Regulierung, Warnhinweise, Rauchen in der Schwangerschaft schadet ihrem Kind, ¶ 2)

## 2.3 Familienplanung, Schwangerschaft und persönliche Freiheit

### 2.3.1 Recht auf Kinder und Familienplanung

Das Recht auf Familiengründung ist gemäss Mathias Kuhn (2008) nicht nur ein fundamentales Recht der europäischen Konvention für Menschenrechte sondern in der Schweiz auch ein Grundrecht (S. 2). Artikel 10 der Schweizerischen Bundesverfassung garantiert das Recht auf persönliche Freiheit, das ausnahmslos allen natürlichen Personen zusteht. Dieses Grundrecht verbietet ungerechtfertigte Eingriffe in die Persönlichkeit. Im Rahmen der Rechtsordnung ist somit die Persönlichkeitsentfaltung möglich und zulässig. Dazu gehört auch das Recht auf eigenen Nachwuchs. Laut Kuhn (2008) ist die Verwirklichung des Kinderwunsches also im Recht auf persönliche Freiheit enthalten (S. 55-71).

Auch bei den unterschiedlichen Lebensmodellen, welche sich im Verlauf der vergangenen Jahrzehnte entwickelt haben, bleibt das Bedürfnis nach Fortpflanzung bestehen. Die Familienplanung ist aufgrund der vielen Alternativen an Verhütungsmitteln heutzutage kontrollierbarer. Jeder Mensch möchte selbst entscheiden, wie er seine Lebensplanung gestaltet und so kommt es auch dazu, dass immer mehr Frauen ihre Berufs- und Ausbildungswege verlängern und dadurch später Mutter werden. In den letzten vierzig Jahren ist die Geburtenzahl in der Schweiz und in Europa rückläufig. Kuhn (2008) begründet dies mit dem zunehmenden Altersdurchschnitt der Paare und dem erst im höheren Lebensalter erfüllten Kinderwunsch. Die Vereinbarung von Beruf und Familie scheint für viele, vor allem während der Aus- und Weiterbildungszeit, nicht vorstellbar. Mit zunehmendem Alter nimmt die Fruchtbarkeit generell ab, sodass Paare eher kinderlos bleiben (S. 6-8).

### 2.3.2 Fakten zu Schwangerschaft

Wie erwähnt, beginnen Paare vermehrt zu einem späteren Zeitpunkt mit der Familienplanung oder bleiben kinderlos. In Luzern werden die Zahlen jährlich erfasst, wobei im folgenden Abschnitt auf die Geburtenzahlen und das Alter der Mutter eingegangen wird.

#### *Alter der Mutter, Kinderanzahl und Lebendgeburten*

Das Bundesamt für Statistik (BFS) (2014) weist die weibliche Bevölkerung im gebärfähigen Alter zwischen 15-49 Jahren auf (BFS, Bevölkerung, Bevölkerungsbewegung, Indikatoren, ¶ 1). Im Jahr 2011 wurden in der Schweiz 80'808 Lebendgeburten registriert (BFS, Bevölkerung, Bevölkerungsbewegung, Indikatoren, Geburten und Frühgeburten, ¶ 1). Im Jahr 2011 kam es laut Simon Büchi et al. (2013) im Kanton Luzern zu 4'000 Lebendgeburten (S. 25). Nicht nur in der Schweiz, auch in den meisten hochentwickelten Ländern kam es in den letzten Jahren zu einem Geburtenrückgang. Im Kanton Luzern liegt die Geburtenziffer noch über dem schweizerischen Durchschnitt und weist seit 2000 zwischen 1.4 – 1.6 Kindern pro Frau auf. Die Zahl der kinderlosen Frauen ist tendenziell steigend (S. 23-25). Das Alter der Mütter liegt bei der Erstgeburt im Kanton Luzern durchschnittlich bei 31.5 Jahren (Büchi et al., 2013, S. 229).

Im Kanton Luzern blieben im Jahr 2000 25.2% aller 35-44-Jährigen und 20.1% aller 45-54-Jährigen kinderlos (BfS, Karten und Atlanten, Frauen- und Gleichstellungsatlas Schweiz, Familien- und Haushaltsformen, Kinderlosigkeit, ¶ 1).

## 2.4 Konsumverhalten der Schweizer Frauen

Um ein Verständnis für den Konsum von Substanzen zu erlangen, braucht es nebst den drei Faktoren Gesellschaft, Person und Suchtmittel (siehe Suchtdreieck, Kapitel 2.1.5) eine Auseinandersetzung mit geschlechterspezifischen Aspekten, welche bei der Thematik dieser Bachelorarbeit unumgänglich ist (Vogt, 2004, S. 15). Männer und Frauen achten unterschiedlich gut auf ihre Gesundheit. Dass Männer eine geringere Lebenserwartung haben als Frauen und eher früher sterben, könnte als Indiz dafür betrachtet werden, dass sie tendenziell den gesundheitlichen Risiken weniger Beachtung schenken. Die Zugehörigkeit zu einem Geschlecht kann auch Einfluss auf das Suchtverhalten haben (Zenker, 2009, S. 17).

### *Zugeschriebenes Konsumverhalten*

Frauen nutzen Suchtmittel unter anderem dazu, ihrem Schönheitsideal näher zu kommen und dadurch Selbstbewusstsein zu erlangen. Bei jugendlichen Frauen steht der Konsum für Unabhängigkeit und Unbefangenheit (Zenker, 2009, S. 20). Laut Hauke Wagner (2006) steht bei Frauen und Mädchen der Konsum von Suchtmitteln in engem Zusammenhang zu Einsamkeit, Mangel an Anerkennung als Frau, Ansprüche an den eigenen Körper, Missbrauchsverdrängung, ambivalente Selbstwertgefühle sowie gesellschaftlichen und zwischenmenschlichen Beziehungen (S. 24).

### *Risiken*

Risiken für Frauen können aus der traditionellen Frauenrolle entstehen. Diese Rolle kann als unterdrückend, zurücksteckend und mit geringen Einflussmöglichkeiten erlebt werden. Frauen konsumieren diskreter als Männer. Um nicht aufzufallen, greifen sie zu Suchtmitteln, welche sie heimlich oder unbemerkt einnehmen können. Sie bevorzugen jene Suchtmittel, die ihnen Raum für die Unauffälligkeit ermöglichen (Zenker, 2009, S. 21-25).

Ein stark risikobehafteter Faktor für die Entstehung einer Sucht bei Frauen ist die Gewalterfahrung. Gemäss Bundesamt für Gesundheit (2012) waren mehr als die Hälfte aller substanzabhängigen Frauen im Kindes-, Jugend- oder Erwachsenenalter von körperlicher, seelischer und/oder sexueller Gewalt betroffen (S. 8). Ein weiteres Suchtrisiko stellt die Überforderung dar, häufig verursacht durch eine abhängige, sich selbst vernachlässigende Rolle in der Kindheit. Ausserdem führen die Veränderung der Frauenrolle und der Aufgabenzuwachs zu Überforderung und damit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Suchtgefährdungen. Durch den Suchtmittelkonsum wollen Frauen ihre Funktionsfähigkeit steigern. Für Mädchen stellen insbesondere innerfamiliäre Belastungen und Rollenüberforderungen Risiken für eine Suchtentstehung dar (Zenker, 2009, S. 21-23).

## 2.5 Begründung für die Auswahl der Suchtmittel

Die Autorinnen haben es zu Beginn ihrer Forschung bewusst offen gelassen, welche Suchtmittel in die Arbeit aufgenommen werden. Sie wollten die Interviews mit den verschiedenen Institutionen und Fachpersonen abwarten, um dann gemeinsam zu entscheiden, welche Suchtmittel beim Konsum in der Schwangerschaft relevant sind. Aufgrund der bei den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern gewonnenen Erkenntnisse konnten sich die Autorinnen auf eine Auswahl von Suchtmitteln beschränken. Die in den Gesprächen erwähnten Suchtmittel im Zusammenhang mit dieser Thematik erstrecken sich auf legale und illegale Drogen. Als legale Suchtmittel wurden Alkohol sowie das im Tabak vorhandene Nervengift Nikotin genannt. Bei den illegalen Drogen haben die Fachpersonen Cannabis, Kokain, Heroin, Methadon sowie Benzodiazepine als häufig konsumierte Suchtmittel erwähnt. Die Autorinnen haben sich entschieden, in ihrer Arbeit sowohl auf legale wie auch illegale Suchtmittel einzugehen, da sich beide Arten mit Blick auf den Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft als relevant herausgestellt haben. Die negativen Auswirkungen der Suchtmittel auf den Organismus des Kindes beim Konsum in der Schwangerschaft bestehen unabhängig davon, ob es sich dabei um legale oder illegale Stoffe handelt. Deshalb wird in der folgenden Forschungsarbeit auf die sieben Suchtmittel Alkohol, Nikotin, Cannabis, Kokain, Heroin, Methadon und Benzodiazepine näher eingegangen.

## 2.6 Rechtliche Zulässigkeit, Einschränkungen und Verbote der Suchtmittel

Die im Hinblick auf die Thematik Schwangerschaft und Suchtmittelkonsum relevanten Suchtmittel erstrecken sich sowohl auf legale als auch auf illegale Drogen. Legale Suchtmittel sind Alkohol und Nikotin. Diese fallen nicht unter das Betäubungsmittelgesetz, da sie nicht den Wirkungstypen Morphin, Kokain oder Cannabis zugeschrieben werden (Art. 2 lit. a Betäubungsmittelgesetz). Hingegen sind bestimmte Handlungen unter Alkoholeinfluss strafbar und haben somit illegalen Charakter. Laut Schweizerischem Strassenverkehrsgesetz gilt das Lenken eines Fahrzeuges ob einem Blutalkoholgehalt von 0,5 Gewichtsprozenten als Vergehen und wird mit einer Busse geahndet. Für Neulenkenden/Neulenkende und LKW-Fahrerinnen/LKW-Fahrer gilt die 0,0 Promille-Grenze. Das Lenken von nichtmotorischen Fahrzeugen wird ebenfalls mit Busse bestraft, während das Führen eines Motorfahrzeuges ab 0,8 Gewichtsprozent als Vergehen qualifiziert wird und eine Geldstrafe sowie einen Eintrag im Strafregister zur Folge hat.

Auch beim Konsum von Tabak setzt die Schweizerische Gesetzgebung Grenzen. Das Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen (in Kraft seit 1.5.2010) verbietet grundsätzlich das Rauchen in geschlossenen Räumen, die öffentlich zugänglich sind oder mehreren Personen als Arbeitsplatz dienen. Raucherräume dürfen eingerichtet werden, sofern sie dicht abgetrennt, ausreichend belüftet und besonders gekennzeichnet sind.

Darüber hinaus darf in Gastlokalen unter 80 Quadratmetern geraucht werden, wenn sie gut belüftet, als Raucherbetrieb gekennzeichnet und von der zuständigen Behörde bewilligt sind. Ansonsten ist der Konsum von Tabak und somit von Nikotin uneingeschränkt möglich.

Aus unseren Abklärungen geht hervor, dass es sich bei den in der Schwangerschaft konsumierten illegalen Suchtmitteln namentlich um Cannabis, Heroin, Methadon, Benzodiazepine und Kokain handelt. Erwerb, Besitz, Verkauf oder Weitergabe dieser Suchtmittel sind aufgrund des Betäubungsmittelgesetzes illegale Handlungen und werden bestraft (Art. 19 ff. Betäubungsmittelgesetz). Einzig der Konsum geringfügiger Drogenmengen und die Abgabe an Personen über 18 Jahren für den gemeinsamen Konsum (beispielsweise bei Cannabis bis 10 Gramm) sind straflos. Während Drogenhandel und alle damit in Zusammenhang stehenden Handlungen als Vergehen gelten (Freiheits- oder Geldstrafe mit Eintragung im Strafregister), ist der Betäubungsmittelkonsum eine Übertretung und wird mit Busse bestraft, ohne Registereintrag (Art. 366 Abs. 2 Strafgesetzbuch). Das Strafmass hängt von der Art des gehandelten Betäubungsmittels und dessen Menge ab. Ein schwerer Fall im Sinne von Art. 19 Abs. 2 lit. a Betäubungsmittelgesetz liegt z.B. bei 12 Gramm reinem Heroin oder 18 Gramm reinem Kokain vor.

Am 30. November 2008 kam in der Schweiz die eidgenössische Volksinitiative «für eine vernünftige Hanf-Politik mit wirksamem Jugendschutz» zur Abstimmung. Es ging dabei unter anderem um die Legalisierung von Erwerb, Besitz und Konsum psychoaktiver Substanzen der Hanfpflanze. Die Initiative wurde sowohl vom Volk als auch von den Ständen abgelehnt. Der Konsum und Besitz von Cannabis ist daher in der Schweiz - mit der oben erwähnten Ausnahme - nach wie vor illegal. Die Niederlande und einige Bundesstaaten der USA pflegen einen kulantem Umgang mit Cannabis. Dort kann mit einer festgelegten Menge an Cannabis legal gehandelt werden. In den diesbezüglich liberalen Bundesstaaten Amerikas wird Cannabis grosszügig von Ärztinnen/Ärzten verschrieben, beispielsweise auch für Schmerztherapien.

Heroin und Methadon können nur auf Rezept von einem Arzt/einer Ärztin legal in Besitz genommen und konsumiert werden. Auf diese Art wird die substitutionsgestützte Behandlung durch Hausärztinnen/Hausärzte und Institutionen möglich. Unter einer substitutionsgestützten Behandlung versteht man den ärztlich verordneten Ersatz eines illegal konsumierten Opioids (in den meisten Fällen Heroin) durch ein legales Medikament, verbunden mit therapeutischen Massnahmen. Die gesetzliche Grundlage zur Behandlung opioidabhängiger Personen mit dem Substitutionsmittel Methadon besteht in der Schweiz seit 1975. Heute kann mit Buprenorphin, Methadon oder Heroin eine Substitutionsbehandlung durchgeführt werden. Solche Substitutionsbehandlungen müssen von den kantonalen Behörden (Kantonsarzt) bewilligt werden. Die Behandlung mit Heroin unterliegt besonderen Bestimmungen und kann nur von spezialisierten Institutionen durchgeführt werden (BAG, Drogen, Therapie, Substitutionsgestützte Behandlung, ¶ 3).

Benzodiazepine gelten nach Betäubungsmittelgesetz Art. 2 lit. b als psychotrope Stoffe. Darunter versteht man abhängigkeiterzeugende Stoffe, welche ebenfalls im Sinne von Art. 19 BtmG als verbotene/illegale Betäubungsmittel gelten. Auch die Einnahme von Benzodiazepinen bedarf einer ärztlichen Verordnung. Gemäss Marc Vogel der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (2011) haben Benzodiazepine angst- und krampflösende, beruhigende, schlaffördernde und leicht euphorisierende Eigenschaften (S. 11). Sie werden speziell in der Behandlung von Angst- und Schlafstörungen, Muskelspasmen und Epilepsie eingesetzt und gehören zu den am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka (Leo Hendryk Sternbach, 1979, zit. in Marc Vogel, 2011, S. 4). Der unkontrollierte Konsum von Benzodiazepinen kann abhängig machen, indem das Produkt zum Beispiel als dämpfendes Rauschmittel missbraucht wird (Vogel, 2011, S. 27).

Das einzige Suchtmittel, welches weder in der Schweiz noch in einem anderen Land legal erworben werden kann, ist Kokain. Dennoch handelt es sich um eines der meistkonsumierten Suchtmittel in der Schweiz, wie die in den Jahren 2012 und 2013 durchgeführte Abwasser-Studie in europäischen Städten vom Schweizer Wasserforschungsinstitut Eawag zeigt. Zürich liegt mit dem täglichen Kokainkonsum von 1.6 kg weit über dem europäischen Durchschnitt. Nur in Antwerpen und Amsterdam wird laut Studie mehr Kokain eingenommen. Auch andere Schweizer Städte wie Basel, Genf und St. Gallen weisen laut der Abwasseranalyse einen überdurchschnittlichen Konsum von Kokain auf (Christoph Ort et al., 2014, S. 6).

## 3 Die Folgen des Suchtmittelkonsums für das Kind

Im folgenden Kapitel wird grundlegendes Beschreibungswissen zu den einzelnen Suchtmitteln aus Sicht der Medizin vermittelt. Insbesondere wird auf die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft auf das Kind eingegangen.

### 3.1 Alkohol

In vielen Kulturen und Gesellschaften kommt alkoholischen Getränken eine wichtige Bedeutung zu. Seit Jahrtausenden wird Alkohol konsumiert und seit ebenso langer Zeit werden die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und seinen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit untersucht. Die Wirkung von Alkohol ist ambivalent: Einerseits hellt Alkohol die Stimmung auf und erleichtert soziale Kontakte. Andererseits verursacht Alkohol weitreichende soziale und gesundheitliche Probleme. Männer und Frauen zeigen ein unterschiedliches Verhalten in Bezug auf den Konsum von Alkohol. Gemäss einer aktuellen Studie von Gerhard Gmel et al. (2013) konsumieren 84.3% der Frauen Alkohol. Der höchste Wert der Konsumhäufigkeit liegt bei ein- bis zweimal die Woche (29.5%), dicht gefolgt von ein- bis dreimal im Monat (23.8%). Bei den aktuell konsumierenden Frauen im Jahr 2012 zwischen den 15-44-Jährigen, war die Zahl bei den 20-24-Jährigen am höchsten (90.6%). Der risikoreiche Konsum der insgesamt 84.3% Frauen verteilt sich auf 80.3% mit geringem Risikokonsum (weniger als 20g/Tag), ein mittleres Risiko (20-40g/Tag) weisen 3.4% auf und einen hohen Risikokonsum (mehr als 40g/Tag) geben 0.6% an (S. 96-99).

#### 3.1.1 Allgemeine Wirkung

Die Substanz, die allen alkoholischen Getränken zugrunde liegt, wird als Ethylalkohol (Ethanol) bezeichnet. Ethanol ist eine farblose, brennend schmeckende Flüssigkeit (Sucht Schweiz, Infos und Fakten, Alkohol, ¶ 2). Die Aufnahme von Alkohol ins Blut, geschieht direkt nach der Einnahme. Ein kleiner Teil gelangt über die Mundschleimhaut und die Schleimhaut der Speiseröhre direkt in die Blutbahn. Über die Magenschleimhaut wird bis zu einem Viertel des konsumierten Alkohols in die Blutbahnen aufgenommen. Der restliche Teil findet seinen Weg über den Darm ins Blut. Der Abbau von Alkohol erfolgt in der Leber durch den giftigen Stoff Azetaldehyd, welcher beim Alkoholabbau entsteht und schädigend auf den menschlichen Organismus wirkt. Je nach Grundkonstitution eines Menschen kann Alkohol einen euphorisierenden, beruhigenden oder aggressivitätssteigernden Effekt haben (Sucht Schweiz, 2011, S.2)

### 3.1.2 Auswirkungen auf das Kind

#### *Im Schwangerschaftsverlauf*

Sobald Ethylalkohol in den Stoffwechsel der schwangeren Frau gerät, entsteht in der Leber das Zwischenprodukt Acetaldehyd. Dieses gelangt zusammen mit dem Alkohol über die Plazenta in den Blutkreislauf des ungeborenen Kindes und schädigt dort dessen Körperzellen. Das Gewebe kann sich dadurch nur mangelhaft ausbilden, da eine optimale Zellentwicklung sowie -vermehrung verhindert wird. In den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft wirkt sich der Konsum von Alkohol besonders schädlich auf den Organismus des Kindes aus, da die Organe des Embryos zu dieser Zeit noch nicht fertig ausgebildet sind. Die Leber ist dementsprechend noch nicht fähig, den Alkohol vollständig abzubauen, so dass sich die schädlichen Abbaustoffe des Alkohols im Organismus des Kindes ansammeln. Zudem fehlt dem Organismus des Kindes das alkoholabbauende Enzym Alkoholdehydrogenase, wodurch der Embryo über einen langen Zeitraum hohen Alkoholkonzentrationen ausgesetzt wird (Hans-Jürgen Raab, 1996, S. 43). Alkohol kann je nach Schwangerschaftszeitpunkt sowie Dauer und Menge des Konsums unterschiedlich starke Auswirkungen auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes haben (Sucht Schweiz, 2014, S. 11).

#### *Perinatal*

Die Alkoholexposition im Mutterleib kann zu einer Vielzahl von Behinderungen und Schädigungen führen, die sich in die drei Bereiche Wachstumsstörungen, Anzeichen von Fehlbildungen (*Dysmorphie*) und Störungen des zentralen Nervensystems unterteilen lassen. Mittlerweile gilt es als erwiesen, dass nicht nur intensiver Alkoholkonsum zu Schäden führt, sondern auch ein geringer Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse zu einem ganzen Spektrum von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen können (Renate L. Bergmann et al. 2006, S. 83-89).

Die am stärksten ausgeprägten klinischen Symptome werden als *Alkoholembryopathie* oder *fetales Alkoholsyndrom* (FAS) bezeichnet. Dieses Krankheitsbild wurde 1973 erstmals durch die Amerikaner Jones und Smith nachgewiesen (Bergmann et al. 2006, S. 83). Nach Hermann Löser (1995) wird das Fetale Alkoholsyndrom diagnostiziert, wenn folgende drei Symptomgruppen gleichzeitig auftreten:

- Gesichtsanomalien wie schmale Lidspalten, schmale Oberlippe, Abflachung des Mittelgesichts
- Prä- und postnatale Wachstumsretardierung
- Dysfunktionen des zentralen Nervensystems, welche mit externalisierendem (z.B. Auffälligkeit in der Schule, aggressive Ausdrucksform) und internalisierendem Problemverhalten (z.B. depressive Verstimmung, Ängste) sowie Intelligenzminderung einhergehen.

Kinder, welche im Mutterleib einer starken Alkoholexposition ausgesetzt waren, sind bei der Geburt schwächlich, klein, untergewichtig (dystroph) und kleinköpfig.

Das Gehirn ist das einzige Organ, welches sich während der gesamten Dauer der Schwangerschaft intensiv entwickelt. Der Alkoholkonsum der Mutter hat demnach bei betroffenen Kindern irreversible geistige und neurologische Schäden zur Folge. Als spezifisches Fehlbildungsmuster dieses Krankheitsbildes wurden typische Veränderungen an Gesicht und Augen beobachtet. Alkohol wirkt auf alle Körperzellen toxisch. Daher können als fakultative Symptome auch andere Fehlbildungen wie Extremitäten- und Skelettfehlbildungen vorkommen. Die Diagnose zum Vollbild wird gestellt, wenn das betroffene Kind prä- und postnatale Wachstumsretardierung, Dysfunktionen des zentralen Nervensystems sowie mindestens zwei kraniofaziale Auffälligkeiten (z.B. schmale Lidspalten oder Oberlippe) aufweist. Diese Diagnose kann mit bzw. ohne belegte Alkoholexposition gestellt werden. (Hiltrud Merzenich & Peter Lang, 2002, S.32). Das Vollbild der Alkoholembryopathie stellt zusammen mit dem Down-Syndrom die häufigste Ursache für eine angeborene mentale Retardierung dar. Im Gegensatz zum Syndrom Trisomie 21 wäre Alkoholembryopathie jedoch vollständig verhinderbar (Merzenich & Lang, 2002, S. 38).

Damit eine Abgrenzung zum Vollbild der Alkoholembryopathie stattfinden kann, wird für weniger schwere Ausprägungsformen der Begriff fetale Alkoholeffekte (FAE) angewandt. Fetale Alkoholeffekte werden diagnostiziert, wenn nur in zwei der drei genannten Bereichen Auffälligkeiten vorliegen. Zusätzlich zu den Zeichen von Fehlbildungen liegt eine Wachstumsinderung oder eine Dysfunktion des zentralen Nervensystems vor (Merzenich & Lang, 2002, S. 40).

Mit zunehmendem Lebensalter treten neben körperlichen Mangelentwicklungen immer mehr die Folgen der mentalen Entwicklungsstörung in den Vordergrund. Solche Langzeitschäden äussern sich in Verhaltensstörungen und intellektuellen Beeinträchtigungen. Bei den betroffenen Kindern ist das logische, schlussfolgernde und kombinatorische Denken beeinträchtigt. Weiter ist das Hörvermögen und damit eine wichtige Voraussetzung zur sprachlichen Entwicklung eingeschränkt. Es besteht ein Mangel an Konzentrations- und Wahrnehmungsfähigkeit. Hinzu kommt Hyperaktivität und ein schwieriges soziales Verhalten. Die Kinder sind in ihrem Verhalten oft vergleichbar mit Kindern, bei welchen das Down-Syndrom diagnostiziert wurde (Merzenich & Lang, 2002, S. 36).

Neugeborene, welche im Mutterleib der Substanz Alkohol ausgesetzt waren, leiden an Schlafproblemen und zeigen hyperreaktive Reflexe und Reaktionen auf äusserliche Reize. Zudem haben sie eine verminderte Saugfähigkeit. Bei Säuglingen und Kleinkindern werden Zittern, Hypotonie, Hyperaktivität und Essstörungen beobachtet (Merzenich & Lang, 2002, S. 36). Bei der 2005 durchgeführten BAG Studie *Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz* zeigte sich, dass Kinder von Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol tranken, eine höhere Irritabilität aufwiesen, d.h. sie schrien mehr und konnten sich weniger selbst beruhigen (Alexander Grob & Lemola Sakari, 2005, S. 1).

### 3.1.3 Behandlung während der Schwangerschaft

Da Alkohol in jeder Phase der Schwangerschaft schädlich auf das Ungeborene wirkt, würde man der Mutter in jedem Fall zu einem Entzug raten. Die Folgen und die körperlichen Strapazen des Entzuges sind in jeder Hinsicht weniger gravierend für das Neugeborene, als eine weitere Alkoholexposition im Mutterleib (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014). Gemäss Jan-Peter Siedentopf und Manuela Nagel (2006) kann ein akuter Entzug in der Schwangerschaft zu Krampfanfällen, vorzeitigen Wehen oder sogar zu einem intrauterinen Kindstod führen. Daher sollte ein solcher Entzug immer behutsam und nur unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S.96).

Da Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gern verschwiegen oder verharmlost wird, bedarf es von den zuständigen Ärzten viel Einfühlungsvermögen und Zeit im Umgang mit den betroffenen Müttern (Merzenich & Lang, 2002, S. 34). Es kann vorkommen, dass zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit oder des Alkoholmissbrauchs eine geringe Dosis Benzodiazepine vom zuständigen Arzt verschrieben werden. Dies ist weitaus weniger gefährlich für das Ungeborene als ein unkontrollierter, exzessiver Alkoholkonsum der Mutter (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

## 3.2 Nikotin

Laut Sucht Schweiz rauchen rund zwei Millionen Menschen in der Schweiz, wobei die Mehrheit im Jugendalter zu rauchen beginnt.

17.3% der Schweizer Frauen rauchen täglich und 5.5% rauchen gelegentlich. Die Mehrheit der Frauen geben an, nicht zu rauchen (57.4%) oder dass sie aufgehört haben (19.8%). Bei den Männern ist der Raucheranteil bei den Täglich-Konsumierenden mit 20.7% um 3.4% höher als bei den Frauen. 59.4% der täglichen Raucherinnen wünschen sich, mit dem Rauchen aufzuhören, 40.6% verneinen dies (Gmel et al., 2013, S. 107). Nikotinbedingte Krankheiten und frühzeitige Todesfälle bedingen hohe gesellschaftliche Kosten (medizinische Behandlungen, Produktionsausfälle durch nikotinbedingte Krankheiten oder Invalidität, Verlust von Lebensqualität etc.), weshalb Nikotin auch gesundheitspolitisch zu einem immer wichtigeren Thema wird (Infos und Fakten, Tabak, ¶ 1-2). Die erwähnten Kosten belaufen sich in der Schweiz jährlich auf ca. 10.7 Milliarden Franken. Die Gesundheitskosten von Passivrauchen sind bei 420 Mio. Franken anzusetzen (Sucht Schweiz, Infos und Fakten, Tabak, Folgen, Soziale Kosten des Tabakkonsums, ¶ 2-5).

### 3.2.1 Allgemeine Wirkung

Die bekannte krebserregende Wirkung von Zigaretten wird durch den Teer ausgelöst, welcher in Zigaretten enthalten ist. Dieser setzt sich in den Atemwegen und der Lunge fest und geht in den Blutkreislauf über (Sucht Schweiz, Infos und Fakten, Tabak, Folgen, ¶ 1). Zigaretten bestehen zudem aus Tausenden chemischer Substanzen, wobei sich der wissenschaftliche Fokus schnell auf das Nikotin richtete. Nikotin wird beim Rauchen über die Mund-, Nasen- und Lungenschleimhäute aufgenommen und im gesamten Körper verteilt. Nikotin kann von den Enzymen nicht abgebaut werden, wodurch es länger an den Rezeptoren haften bleibt und entsprechend stärker wirkt. Die Wirkungen sind eine höhere Konzentrationsfähigkeit, Entspannungsgefühle, eine verbesserte Stimmungslage und Wachheit und ein gesteigertes Genussempfinden. Die Reaktionsfähigkeit, Ängstlichkeit und der Appetit hingegen nehmen ab. Nikotin hat ausserdem eine Wirkung auf den Neurotransmitter Dopamin, welcher der zentrale Botenstoff des Belohnungssystems ist: Durch eine Nikotinzufuhr verbleibt eine erhöhte Dopaminkonzentration im Belohnungssystem, welche ein starkes Lernsignal generiert. Dieses begünstigt die Wiederholung des Nikotinkonsums (Société Axess, 2009, S. 17).

### 3.2.2 Auswirkungen auf das Kind

#### *Im Schwangerschaftsverlauf*

Der Fetus kann während der Schwangerschaft auf zwei Arten geschädigt werden. Einerseits durch eine Änderung der mütterlichen Physiologie (Auswirkungen auf das Gehirn, Zellen, Gewebe etc.), andererseits durch den direkten Effekt des Nikotins auf die Plazenta und somit auf den Fetus (Hans-Ludwig Spohr, 2005, S. 25). Nikotin ist plazentagängig und bewirkt dadurch eine Verengung der Blutgefäße, sowohl bei der Mutter als auch beim Fetus. Die Folge davon ist eine unzureichende Nährstoffversorgung des Fetus. (Ruthard Stachowske, 2009, S. 184). Dass Nikotin plazentagängig ist erklärt die Tatsache, dass der Fetus schon zwanzig Minuten nachdem die Mutter eine Zigarette geraucht hat, die gleiche Nikotinkonzentration wie die Mutter im Blut aufweist (Stachowske, 2009, S. 184).

Laut Jan-Peter Siedentopf (2010) wirkt sich das Rauchen während des letzten Drittels der Schwangerschaft besonders ungünstig auf das Kind aus, da das Kind in diesem Zeitraum die grösste Gewichtszunahme verzeichnen sollte. Der Nikotinkonsum jedoch führt zu einer verminderten Gewichtszunahme des Fetus. Diese Kinder sind bei Geburt im Durchschnitt kleiner, leichter und verzeichnen einen geringeren Kopfumfang. Störungen der Nährstoffversorgung können mittels Messung der Durchblutung der Plazenta nachgewiesen werden (S. 48).

Laut Siedentopf und Nagel (2006) kann der Konsum von Nikotin im Schwangerschaftsverlauf eine Wachstumsretardierung und/oder Früh- und Fehlgeburten zur Folge haben (S. 96).

#### *Perinatal*

Während und nach der Geburt kann es zu folgenden Problematiken kommen:

- erhöhte Komplikationsrate
- perinatale Morbidität und Mortalität
- Entzugssymptome (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 96-97).

Komplikationen können beispielsweise vorzeitige Wehen (Manfred Laucht und Martin H. Schmidt, 2004, S. 1286) oder eine vorzeitige Plazentalösung (Hella Köster, 2010, S. 140) sein. Raucherinnen tragen im Gegensatz zu Nichtraucherinnen ein doppelt so hohes Risiko, eine sogenannte *Eileiterschwangerschaft* zu haben, wobei sich der Embryo im Eileiter einnistet. Dies kann für die Frau lebensbedrohlich sein, da es zu starken Blutungen kommen kann (BAG, Tabak, Regulierung, Warnhinweise, Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind, ¶ 4). Zudem besteht bei rauchenden Schwangeren ein doppelt so hohes Risiko für eine *Frühgeburt* wie bei nichtrauchenden Schwangeren (Köster, 2010, S. 140). Bei frühgeborenen Kindern besteht ein höheres Risiko für neurologische Behinderungen und Entwicklungsstörungen als bei Kindern, welche nicht zu früh zur Welt kamen (BAG, Tabak, Regulierung, Warnhinweise, Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind, ¶ 2).

Entzugssymptome nachgeburtlich können ständiges Schreien, Krämpfe, Zittern, Nervosität, Schwitzen, Trinkschwäche, viel Erbrechen etc. sein. Wenn das Kind aufgrund von Nikotinkonsum der Mutter einen Entzug macht gibt es dafür keine medikamentöse Therapie. Das Kind kann lediglich gegen Reize (Abdunkeln, wenig Lärm etc.) abgeschirmt werden. Dieses Abschirmen von äusseren Reizen wird *Tender loving care (TLC)* genannt. Das TLC beinhaltet viel Körperkontakt, Einwickeln des Kindes in Tücher, häufige kleine Mahlzeiten etc (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

Langfristig kann ein mütterlicher Nikotinkonsum in der Schwangerschaft bei einem Kind zu allergischen Erkrankungen, Atemwegserkrankungen oder sogar zum plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome SIDS) führen (Siedentopf & Nagel, 2006, zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 97). Weiter ergänzen Laucht und Schmidt (2004) die langfristigen Auswirkungen. Diese sind teilweise umstritten, aber dennoch gibt es verschiedene Untersuchungen, welche zeigen, dass eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit und Beeinträchtigungen der sozial-emotionalen Entwicklung mit dem Nikotinkonsum der Mutter in der Schwangerschaft in Zusammenhang gesetzt werden kann (S. 1290). Das Risiko für den plötzlichen Kindstod nimmt nach der Geburt weiter zu, wenn die Mutter weiterhin raucht und das Kind von Passivrauchen betroffen ist, da sich dadurch vorgeburtliche Schädigungen verstärken (Köster, 2010, S. 140).

Wie Köster (2010) ausführt, dringt Nikotin schnell in die Muttermilch ein, wo es eine dreifach höhere Konzentration als im Blut aufweist. Die Nikotinkonzentration in der Muttermilch ist von der Zahl der gerauchten Zigaretten und von der Länge der Rauchpause seit der letzten Zigarette abhängig. Das Trinken der Muttermilch kann sich beim Kind in einem reduzierten Saugvermögen, Unruhen, Koliken und einer verminderten Gewichtszunahme bemerkbar machen. Muttermilch unterstützt die Senkung des generellen Erkrankungsrisikos des Kindes. Auch bei nikotinhaltiger Milch überwiegen die Vorteile des Stillens gegenüber den Nachteilen. Daher wird Raucherinnen grundsätzlich nicht vom Stillen abgeraten (S. 140-141).

### 3.2.3 Behandlung während der Schwangerschaft

Bei einem akuten Entzug von Nikotin in der Schwangerschaft sind keine negativen Folgen bekannt. Dementsprechend wird in jeder Schwangerschaftswoche zu einem Nikotinstopp geraten (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

### 3.3 Cannabis

Cannabis gehört zu den meistkonsumierten illegalen Suchtmitteln in der Schweiz. Die Hanfpflanze wirkt psychoaktiv und wird in drei Formen unterteilt:

*Marihuana* sind die getrockneten Blätter und Stängel der Cannabispflanze. *Haschisch* bezeichnet das Harz der Blütenstände vermischt mit Teilen der Pflanze und das dickflüssige Öl, welches aus der Pflanze gewonnen wird, bezeichnet man als *Haschisch-Öl* (Sucht Schweiz, Cannabis, ¶ 1).

Gemäss einer Studie im Jahr 2012 haben 4% der befragten Personen aus der Schweizer Bevölkerung angegeben, Marihuana zu rauchen. 1.5% der Befragten konsumierten Cannabis in den letzten 30 Tagen vor der Befragung. Gmel et al. (2013) schreiben, dass Männer im Vergleich zu Frauen innerhalb der letzten 12 Monate 4.4% mehr Cannabis konsumieren (S. 131).

#### 3.3.1 Allgemeine Wirkung

Cannabis wird meistens geraucht oder mit Lebensmittel vermischt gegessen. Der Wirkstoff Tetra-Hydro-Cannabinol (THC) verursacht einen Rauschzustand. Der Konsum verstärkt die Gefühlslage vor dem Konsum und wirkt entspannend und enthemmend. Er hat negative Auswirkungen auf die Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit sowie das Kurzzeitgedächtnis und verändert das Zeiterleben (Sucht Schweiz, 2013, S. 3-8). Cannabiskonsum beeinflusst den Lern- und Gedächtnisprozess und wirkt sich auf das Immunsystem, die Sinneswahrnehmungen und die Motorik aus (Société Axess, 2009, S. 18). Der Cannabiskonsum kann eine physische sowie auch eine psychische Abhängigkeit hervorrufen. Körperliche Abhängigkeit zeigt sich in einer Veränderung der Herzfrequenz und einer Schlaf- und Ruhelosigkeit. Psychische Abhängigkeit zeigt sich im Verlangen nach dem Suchtmittel und kann, selbst nach längerer Abstinenz, zu einem Rückfall führen. Gleichzeitiger Cannabis- und Tabakkonsum, längerfristig konsumiert, kann eine Nikotinabhängigkeit bewirken (Sucht Schweiz, 2013, S. 4-13).

#### 3.3.2 Auswirkungen auf das Kind

##### *Im Schwangerschaftsverlauf*

Cannabis ist wie Alkohol und Opiate plazentagängig und erreicht dadurch unmittelbar das Ungeborene (S. 54). Während der Schwangerschaft wirkt es ähnlich wie Nikotin (siehe Nikotin, Kapitel 3.2). Es können Fehl- bzw. Frühgeburten und Wachstumsretardierung auftreten. Bei einem akuten Entzug wurden keine negativen Folgen für das Kind festgestellt, so Siedentopf und Nagel (2006) (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 96-97).

Der häufige Mischkonsum von Cannabis und Nikotin führt dazu, dass das Kind neben den Auswirkungen von Cannabis auch unter den negativen Folgen von Nikotin leidet.

### *Perinatal*

Laut Siedentopf und Nagel (2006) sind perinatale Konsequenzen des Cannabiskonsums erhöhte Komplikationsraten, Morbidität und Mortalität. Längerfristig sind auch beim Kind Gedächtnis- und Lernstörungen möglich (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 96-97). Spezifische Missbildungen sind durch Cannabiskonsum nicht bekannt. Allerdings wird ein erhöhtes Risiko von Neuroblastom bei Neugeborenen festgestellt. Es handelt sich dabei um einen bösartigen Tumor im Nervengewebe der Nebenniere. Kinder von Cannabis-konsumierenden Schwangeren kommen mit einem kleineren Kopfumfang und mit einem geringeren Geburtsgewicht und einer kleineren Körperlänge zur Welt. Cannabis ist nicht nur im Fettgewebe der werdenden Mutter sondern auch in der Muttermilch zu finden. Die Wirkung von Cannabis geht beim Stillen über die Muttermilch auf das Kind über (Ekkehart D. Englert, 2008, S. 352-354).

### 3.3.3 Behandlung während der Schwangerschaft

Wie bei Nikotin sind bei einem akuten Entzug von Cannabis in der Schwangerschaft keine negativen Folgen bekannt. Deshalb wird in jeder Schwangerschaftswoche zu einem Unterlassen des Cannabiskonsums geraten (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014). Laut dem Ärzteteam der Neonatologie des Kantonsspitals Luzern führt Cannabis zu Schädigungen am Nervensystem. Eine psychische Abhängigkeit des Kindes steht im Vordergrund, so dass es nach der Geburt nicht zu körperlichen Entzugserscheinungen kommt.

## 3.4 Benzodiazepine

Benzodiazepine sind Medikamente wie Beruhigungsmittel (Tranquilizer) oder Schlafmittel (Hypnotika). Sie sind rezeptpflichtig und zählen zu den weltweit meist verordneten Arzneimitteln (DHS, Suchtstoff/-verhalten, Medikamente, Benzodiazepine, und ihre Konsumformen, ¶ 1). Im Jahresbericht von Suchtmonitoring Schweiz schreiben Gerhard Gmel, Luca Notari und Aurélien Georges (2012), dass Schlaf- und Beruhigungsmittel innert der letzten 12 Monate von 11.7% der befragten Personen eingenommen wurden. 8% gaben an, in den letzten 30 Tagen Schlaf- oder Beruhigungsmittel eingenommen zu haben (Gerhard Gmel, Luca Notari & Aurélien Georges, 2012, S. 10). Dabei wird Gmel, Notari und Georges (2012) kommentieren, dass *„es sich bei Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufig um Benzodiazepine handelt, und hier eine Abhängigkeitsgefährdung besteht“* (S. 15).

### 3.4.1 Allgemeine Wirkung

Laut Michael Liebreuz, Rudolf Stohler und Carlo Caflisch (2009) werden aufgrund des breiten Wirkspektrums Benzodiazepine zur Behandlung verschiedener psychischer Erkrankungen eingesetzt (Michael Liebreuz, Rudolf Stohler & Carlo Caflisch, 2009, S. 22). Sie werden beispielsweise für die kurzfristige Behandlung von Angst- und Spannungszuständen, bei starken Schlafstörungen, Hirnkrampfanfällen sowie psychotischen Zuständen verschrieben. Zudem ist die Verabreichung der Benzodiazepine bei nervösen, überlasteten oder erschöpften Patientinnen/Patienten üblich (DHS, Suchtstoff/-verhalten, Medikamente, Benzodiazepine, und ihre Konsumformen, ¶ 1). Die regelmässige Einnahme von Benzodiazepinen können zu einer Abhängigkeit führen (DHS, Suchtstoff/-verhalten, Medikamente, Benzodiazepine, Beruhigungs- und Schlafmittel: Benzodiazepine, ¶ 1). Gemäss Cristina Crotti (2009) verlaufen Medikamentenkonsum und –sucht unauffällig und werden dadurch kaum als problematisches Verhalten eingestuft (S. 12).

Vorwiegend Frauen greifen zu Benzodiazepinen. Dabei gilt, je höher das Alter, desto häufiger werden Schlaf- bzw. Beruhigungsmittel eingenommen. Im Gegensatz zu anderen psychoaktiven Substanzen greifen Frauen mehr zu Benzodiazepinen als Männer. Obschon schädliche Folgen von Alkohol und illegalen Drogen höhere Schäden aufweisen, beeinträchtigen Benzodiazepine die psychischen und physischen Funktionen und ihr Abhängigkeitspotenzial wird sehr hoch eingeschätzt (Etienne Maffli & Luca Notari, 2009, S. 38-49). Riskant sind sowohl die Niedrigdosierungen bei längerer Einnahme als auch die hohen Dosen (Liebreuz, Stohler & Caflisch, 2009, S. 21). Benzodiazepine unterscheiden sich nicht nur in der Art ihrer Wirkung, sondern auch in Wirkungseintritt und -dauer sowie im Abbau durch den Organismus. Dieser Abbau kann über einige Stunden bis zu mehreren Tagen dauern (DHS, Suchtstoff/-verhalten, Medikamente, Benzodiazepine, Die Substanz, ¶ 1).

Werden Benzodiazepine – wie die genannten Beruhigungs- bzw. Schlafmittel - ärztlich verordnet, dann meist in einer tieferen Dosis und in Tablettenform, womit eine legale und kontrollierte Abgabe sichergestellt wird. Nebst der Einnahme in Tablettenform können Benzodiazepine auch aufgelöst und gespritzt, inhaliert oder geschnieft werden. Die

Beschaffung erfolgt zum Teil durch ärztliche Verschreibung. Es kann aber auch vorkommen, dass von Konsumierenden Druck auf das Personal von Apotheken oder Arztpraxen ausgeübt wird, um an Benzodiazepine zu gelangen. Auch kann es zu unsachgemässen Verkäufen durch Apotheken kommen, um damit den Umsatz zu steigern. Zudem sind Entwendungen solcher Substanzen aus den Regalen zu verzeichnen (Robert Hämmig, 2000, S. 95). Bei der Einnahme von grossen Mengen spricht man von einem Missbrauch (DHS, Suchtstoff/-verhalten, Medikamente, Benzodiazepine, Auf lange Sicht: Folgeschäden, ¶ 1). In der Drogenszene finden Benzodiazepine Anklang, da sie als Drogenersatz oder Verstärkung der Wirkung eines Suchtmittels gelten. Benzodiazepine können bei hoher Dosis rasch einen gewünschten psychotropen Effekt bewirken. Diese Art der Einnahme wiederum führt innert kurzer Zeit zu einer körperlichen Abhängigkeit (Dieter Ladewig, 2000, S. 12). Entzugsserscheinungen setzen bei einer Abhängigkeit je nach Wirkungsdauer nach ein paar Stunden, einer Woche oder später ein. Vor allem das sofortige Absetzen kann Entzugssymptome wie Ruhelosigkeit, Schlafstörung, Angst, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Schwitzen, Bauch- und Muskelkrämpfe hervorrufen (Liebrenz, Stohler & Caflisch, 2009, S. 20). Nach längerer Einnahme kann das Absetzen wieder zu Schlafstörungen, Angstzuständen oder epileptischen Anfällen führen, was eine erneute Einnahme nach sich ziehen kann (Ladewig, 2000, S. 12). Sowohl das Absetzen von Benzodiazepinen als auch der Dauerkonsum birgt erhebliche Risiken und sollte deshalb ärztlich begleitet werden (DHS, Suchtstoff/-verhalten, Medikamente, Benzodiazepine, Hinweis, ¶ 1).

### 3.4.2 Auswirkungen auf das Kind

#### *Im Schwangerschaftsverlauf*

Bei Schwangeren gilt es zu beachten, dass Benzodiazepine plazentagängig sind und das Wachstum des Ungeborenen verzögern, Veränderungen im Gehirn verursachen (Enzephalopathie) und zu Herzfehlbildungen führen können, so Siedentopf und Nagel (2006) (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 96-97). Benzodiazepine wirken teratogen, d.h. missbildend und schädigend auf das ungeborene Kind (Wolfgang Kämmerer & Ernst Mutschler, 1998, S. 924).

#### *Perinatal*

Werden Benzodiazepine in der späteren Schwangerschaft in hoher Dosis oder über lange Zeit niedrigdosiert eingenommen, kann nach der Geburt beim Kind das sogenannte Floppy-Infant-Syndrom auftreten (Christof Schäfer, 2003, S. 747). Beim Floppy-Infant-Syndrom handelt es sich um eine Muskelschwäche, die sich nach der Geburt über mehrere Tage hinzieht, die Muskeln erschlaffen lässt und eine Trinkschwäche verursacht (Jan-Peter Siedentopf, 2010, S.48). Die Trinkschwäche birgt weitere Gefahren wie Mangelernährung oder Gewichtsverlust des neugeborenen Kindes (Kämmerer & Mutschler, 1998, S. 924-933). Siedentopf und Nagel (2006) nennen als weitere Folgen des Floppy-Infant-Syndroms eine erhöhte perinatale Morbidität und Mortalität sowie Störungen der Atmung, Anpassungsmängel, Wachstumsstörungen und Entzugssymptome (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 96-97). Langfristige Folgen können Verhaltens-, Lern- und Gedächtnisstörungen sein (Siedentopf, 2010, S.48).

### 3.3.3 Behandlung während der Schwangerschaft

Um solche Auswirkungen zu verhindern empfiehlt es sich, den Beipackzettel zu beachten. Dort wird darauf hingewiesen, dass das Medikament während der Schwangerschaft kontraindiziert, also nicht oder nur bei strenger Indikationsstellung einzunehmen ist.

Kämmerer und Mutschler weisen darauf hin, dass vor allem in der Frühschwangerschaft auf die Einnahme von Benzodiazepinen verzichtet werden soll. Nur in Ausnahmefällen sollten sie eingenommen werden. Während der Schwangerschaft sollen Arzneimittel der schwangeren Frau nur mit grösstmöglicher Zurückhaltung verschreiben werden (1998, S. 924).

Bei Bedarf nach Psychopharmaka (wie z.B. Antidepressiva) während der Schwangerschaft ist seitens der Therapeutinnen/Therapeuten eine sorgfältige Abwägung der gesundheitlichen Risiken für das Kind und der psychischen Gesundheit der Mutter vorzunehmen. Hierzu ist die gynäkologische Beurteilung einzubeziehen, denn Benzodiazepine sind plazentagängig und gehen direkt in die Muttermilch über. Damit das neugeborene Kind, die gesundheitsfördernde Muttermilch trinken kann, sollte die Mutter bei schwerer psychischer Beeinträchtigung mit Benzodiazepinen behandelt werden (Otto Benkert & Hanns Hippus, 2009, S. 639).

Laut dem Ärzteteam der Neonatologie des Kantonsspitals Luzern wird bei einer schweren Benzodiazepinabhängigkeit eine Reduktion der Dosis in einen weniger schädlichen Bereich angestrebt. Ein Entzug während der Schwangerschaft ist erfahrungsgemäß sehr schwierig (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

## 3.5 Heroin

Heroin (Diacetylmorphin) trat in der Schweiz Mitte der siebziger Jahre erstmals in grössere Mengen als Suchtmittel in Erscheinung. In den achtziger und neunziger Jahren stieg die Zahl der Heroinkonsumierenden sprunghaft an (Sucht Schweiz, Infos und Fakten, Heroin, Konsum, ¶ 1). Genaue Statistiken zum Heroinkonsum in der Schweiz existieren nicht. Die Anzahl Heroinkonsumenten beträgt gemäss Chefarzt Thilo Beck der Zentren für Suchtmedizin in der Schweiz 44'000. Die Hälfte der Heroinabhängigen konsumiert laut Beck unter problematischen Bedingungen. Die Heroinkonsumierenden würden also straffällig, marginalisiert oder litten unter psychischen Störungen (nzz.ch, Schweiz, Heroinsüchtige mitten im Leben, ¶ 12). Derzeit befinden sich in der Schweiz rund 18'000 Personen in einer Substitutionstherapie mit Methadon oder Buprenorphin und 1'370 Personen befinden sich in einer Substitutionstherapie mit Heroin (BAG, Themen, Drogen, Therapie, Substitutionsgestützte Behandlung, ¶ 1).

Schwangerschaften bei opiatabhängigen Frauen haben eine höhere Komplikationsrate und sind als Risikoschwangerschaften einzustufen. Sowohl eine Überdosierung als auch ein akuter Entzug können für das Kind lebensbedrohlich sein. Ausserdem leiden 2/3 der Neugeborenen am neonatalen Entzugssyndrom (Werner Köpp & Marc Vogel, 1982, S. 915). Nachfolgend wird näher auf die Auswirkungen von Opiatkonsum während der Schwangerschaft eingegangen und die Option zur Behandlung mittels Substituten aufgezeigt.

### 3.5.1 Allgemeine Wirkung

Heroin zählt wie Morphin oder Codein zu den Opioiden. Dabei handelt es sich einerseits um essentielle und hochwirksame Medikamente für die Schmerztherapie. Andererseits werden die Stoffe aufgrund ihrer psychotropen, euphorisierenden und beruhigenden Eigenschaften als Rauschmittel missbraucht. Opioide entfalten ihre Wirkung ausnahmslos über verschiedene, an den Membranen von Zellregionen des Zentralnervensystems und anderen Organen angesiedelte Rezeptoren und beeinflussen dadurch zahlreiche Organsysteme und Körperfunktionen wie das Schmerzempfinden, die Stimmung, die Atmung, den Blutdruck sowie den Stoffwechsel (Michael de Ridder, 2000, S. 175).

### 3.5.2 Auswirkungen auf das Kind

#### *Im Schwangerschaftsverlauf*

Die Einnahme von Opiaten wie Heroin während einer Schwangerschaft führt dazu, dass die Substanz in den Herzkreislauf des Kindes gelangt. Nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen geht man davon aus, dass Heroin keine fruchtschädigende Wirkung hat, weshalb Fehlbildungen nicht dadurch verursacht werden (Drugcom.de, FAQ, Fragen zu Schwangerschaft und Drogen, Opiate in der Schwangerschaft, ¶ 1). Gemäss Siedentopf und Nagel (2006) kann Heroinkonsum während der Schwangerschaft zu einer erhöhten Abortrate, Frühgeburtlichkeit oder Wachstumsstörungen führen (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S96). Zudem entwickelt das Kind im Mutterleib eine Opiatabhängigkeit, was nach der Geburt zu Entzugssymptomen, dem sogenannten neonatalen Entzugssyndrom (NAS), führen kann. Laut Werner Rath und Klaus Friese (2005) sind die Begleitumstände während der Schwangerschaft, wie die gleichzeitige Konsumation von anderen Drogen, die Ernährungsgewohnheiten der Mutter, Infektionen wie HIV-Infektion oder Hepatitis und Traumata aufgrund der Beschaffungskriminalität mindestens ebenso entscheidend für den Ausgang der Schwangerschaft, wie die Höhe des Opiatkonsums (S.28).

#### *Perinatal*

Eine Erhebung in der Schweiz in den Jahren 1996 bis 2001 hat ergeben, dass 60% der Neugeborenen, welche einer Methadonexposition in der Schwangerschaft ausgesetzt waren, einen postnatalen Entzug durchmachten (Romaine Arlettaz, 2005, S. 146-149). Laut dem Neonatologen René Glanzmann (2013) des Universitäts-Kinderspitals beider Basel können bei einem Kind Symptome des Entzugs oder das sogenannte neonatale Entzugssyndrom (NAS) früh, d.h. in den ersten 72 Stunden nach der Geburt auftreten. Es kommt vor, dass sich Symptome erst später, bis zu sieben Tage postnatal, zeigen. Die klinischen Zeichen des Entzugs umfassen neurologische, vegetative und Magen-Darm-Trakt betreffende Symptome. Klassisch für den Entzug sind Myoklonien oder Krämpfe, erhöhter Muskeltonus und Reflexe, verkürzte Schlafphasen, vermehrte Irritabilität und vermehrtes Schreien. Zu den vegetativen Symptomen zählen Schwitzen, instabile Temperatur, starkes Saugbedürfnis und Niesen. Erbrechen, Koliken oder Durchfall sind Zeichen des Entzugs, welche den Magen-Darm-Trakt betreffen (S. 10).

Gemäss dem Ärzteteam der Neonatologie des Kantonsspitals Luzern wird das Kind nach der Geburt auf mögliche Entzugssymptome gemäss Finnegan-Score (siehe Anhang) beobachtet. Es handelt sich dabei um eine Art Checkliste der Entzugssymptome. Der Entzug wird bei Opiatabhängigkeiten (Heroin oder Methadon) bei den Kindern mit einer Opiattinktur vollzogen. Die Lösung wird dem Kind in Tropfenform verabreicht, wobei die Dosierung langsam reduziert wird (Fachpool Neonatologie Luzern, 16. Mai 2014). Laut dem Neonatologen René Glanzmann, Universität Basel können auch nicht pharmakologische Mittel wie die Reduktion von Lärm, Hektik und Licht, komfortables Positionieren des Kindes, rasches Reagieren auf seine Signale, die Förderung der Eltern-Kind Interaktion und Stillen zur Milderung der Entzugssymptomen führen (S.10).

Im Gegensatz zu Cannabis, Kokain, Alkohol, Nikotin und Benzodiazepinen werden Opiate wenig in die Muttermilch ausgeschieden und die gestillten Säuglinge zeigen seltener Nebenwirkungen. Das Stillen vermindert zudem bei Opiat-Exposition die Entzugserscheinungen (Glanzmann, 2013, S. 10).

### 3.5.3 Behandlung während der Schwangerschaft

#### *Entzug in der Schwangerschaft*

Das Ärzteteam der Neonatologie Luzern rät opiatabhängigen schwangeren Frauen meist von Entzugsversuchen während der Schwangerschaft ab. Ihre Behandlung zielt darauf ab, mithilfe von Substituten eine stabile Situation herzustellen. Ein akuter Entzug birgt für das ungeborene Kind ein erhebliches Risiko. Gemäss Siedentopf und Nagel (2006) kann ein akuter Heroinentzug während der Schwangerschaft zu Wachstumsstörungen, Enzephalopathie, vorzeitigen Wehen oder Plazentaablösung, Früh- und Fehlgeburten sowie zu einem intrauterinen Kindstod führen (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 96). Das ungeborene Kind befindet sich also bei einem akuten Entzug in Lebensgefahr.

#### *Substitution*

Laut dem Ärzteteam der Neonatologie des Kantonsspitals Luzern zählt die Substitution mittlerweile zu einer anerkannten Behandlungsmethode bei schwangeren Opiatkonsumentinnen. Ein Entzug bei Frauen, welche sich in einem stabilen Substitutionsprogramm oder in einer heroingestützten Behandlung befinden, macht laut dem Neonatologie Ärzteteam wenig Sinn. Ein solcher Entzug bedeutet eine grosse körperliche und psychische Belastung und ist mit einem hohen Rückfallrisiko in den unkontrollierten Heroinkonsum auf der Strasse verbunden. Da jedes Arzneimittel und jede pharmakologische Substanz, welche in der Schwangerschaft konsumiert wird, schädlich auf das ungeborene Kind wirken kann, sind eine genaue Risikoabwägung und die Berücksichtigung von Aspekten wie Schwangerschaftsverlauf und Dosierung der Substanz zentral. Unter Berücksichtigung dieser Rahmenbedingungen ist es jedoch zu verantworten, Heroin, Methadon oder Buprenorphin ärztlich zu verschreiben und während der Schwangerschaft einzunehmen. Reines Heroin oder Methadon haben gemäss wissenschaftlichen Erkenntnissen als Substanzen kaum schädigende Wirkung auf den Körper. Auf dem Schwarzmarkt erhältliche Opiate sind oft mit Substanzen gestreckt, welche schädigend auf den Organismus wirken (Fachpool Neonatologie Luzern, 16. Mai 2014). Wie bereits oben erwähnt, ist eine Opiatexposition im Mutterleib nicht ohne Risiko für das ungeborene Kind. Verglichen mit der Alternative von unkontrolliertem, verunreinigtem Heroinkonsum auf der Strasse bietet die Substitution mit Methadon oder Buprenorphin aber eine vertretbare Alternative für opiatabhängige schwangere Frauen. Mit der Etablierung eines Substitutionsprogramms oder einer ärztlich kontrollierten heroingestützten Behandlung ist es zudem oft möglich, die Lebenssituation der schwangeren Frau zu stabilisieren. Dem Beschaffungsstress sowie Infektionsgefahren auf der Strasse kann so vorgebeugt werden (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

## 3.6 Kokain

Kokablätter, welche von den Anden-Indios noch heute zur Unterdrückung des Hungergefühls sowie zur Steigerung der Ausdauer gekaut werden, gelangten im 18. Jahrhundert nach Europa. Kokain wurde im 19. Jahrhundert vor allem zur Lokalanästhesie verwendet, bevor sie zur Modedroge wurde (Sucht Schweiz, Infos und Fakten, Kokain, ¶ 1-2).

Das Hauptproblem des Kokainkonsums ist die schwere psychische Abhängigkeit. Eine körperliche Abhängigkeit hingegen tritt selten auf (Sucht Schweiz, Infos und Fakten, Kokain, Folgen, ¶ 3).

Von den Kokainkonsumentinnen, welche angeben, innert der letzten 30 Tage konsumiert zu haben, sagen 79.5% davon, dass sie Kokain an ein bis drei Tagen und die restlichen 20.5% an vier bis neun Tagen verwendet haben (Gmel et al., 2013, S. 107).

### 3.6.1 Allgemeine Wirkung

aufputschend, euphorisierend und erregend. Kokain belebt das Denken und kann zu Machtgefühlen, Bewegungsunruhe und auch Aggressivität führen (Société Axess, 2009, S. 18). Hohe Dosierungen können Halluzinationen auslösen (Sucht Schweiz, Kokain, Folgen, ¶ 1). Kokain kann geraucht, injiziert oder geschnupft werden. Die Wirkung tritt schnell ein und ist von kurzer Dauer. Auf die kurzfristige Euphorie folgt eine Phase, welche durch Depression, Ängstlichkeit und unangenehme Muskelverspannungen gekennzeichnet ist (Crash). Hierdurch entsteht der Drang zu einem raschen erneuten Konsum dieses Betäubungsmittels oder einer anderen Substanz mit ähnlicher Wirkung.

Kokain führt zur vermehrten Ausschüttung der Neurotransmitter Dopamin, Serotonin und Noradrenalin, welche eine euphorisierende Wirkung haben. Kokain führt zur vermehrten Ausschüttung der Neurotransmitter Dopamin, Serotonin und Noradrenalin und verhindert deren Wiederaufnahme, wodurch sich deren euphorisierende Wirkung steigert. Der Wirkstoff des Kokains tritt im Körper in Wechselwirkung mit den Nervenzellen, welche für die Bewegungskontrolle verantwortlich sind, womit es zu einer Erhöhung der motorischen Aktivität kommt. Wie bei Nikotin verbleibt beim Kokainkonsum eine erhöhte Dopaminkonzentration im Belohnungssystem, wodurch die Wiederholung des Konsums begünstigt wird (Société Axess, 2009, S. 18).

Laut Sucht Schweiz werden beim Kokainkonsum die Blutgefäße verengt, die Körpertemperatur, die Herzfrequenz und der Blutdruck erhöhen sich. Der Konsum kann zu Herzrhythmusstörungen, Hirnblutungen, einem Atemstillstand oder einem Herzinfarkt führen. Zu den langfristigen Folgen zählen körperlicher Abbau, Gewichtsabnahme, Unterernährung, diverse körperliche Schädigungen (Augen, Leber, Herz-Kreislauf etc.), Intelligenzminderung oder Konzentrationsprobleme (Kokain, ¶ 1-2).

### 3.6.2 Auswirkungen auf das Kind

#### *Im Schwangerschaftsverlauf*

Siedentopf und Nagel (2006) führen folgende Auswirkungen auf, welche der mütterliche Kokainkonsum auf den Schwangerschaftsverlauf haben kann:

- Wachstumsretardierung
- Enzephalopathie
- vorzeitige Wehen
- vorzeitige Plazentaablösung
- Früh- und Fehlgeburten
- intrauteriner Kindstod
- Fehlbildungen (Herz, Gehirn, Harn- und Geschlechtsorgane) (zit. in Ruthard Stachowske, 2009, S. 94).

Laut Stachowske (2009) sind die meisten der obengenannten Folgen auf eine Verengung der Blutgefäße zurückzuführen. Dabei kann es zu Herzrasen und einem abrupten Anstieg des Blutdrucks kommen. Ebenfalls ziehen sich die plazentaren Blutgefäße zusammen, was zu einer Behinderung des Blutflusses zum Fetus und somit zu einer Mangelernährung führt. Der Kokainwirkstoff kann in der Schwangerschaft länger und zu einer höheren Konzentration im Blut verbleiben, da das Enzym, welches Kokain abbaut, bei einer schwangeren Frau weniger konzentriert vorhanden ist als bei einer nichtschwangeren Frau. Die mangelnde Sauerstoffversorgung des Fetus aufgrund der verengten Blutgefäße hat ein niedrigeres Geburtsgewicht und einen kleineren Kopf des Kindes zur Folge. Durch die mangelnde Blutzirkulation kann es beim Fetus zu Krämpfen in der Gefäßmuskulatur kommen, was Hirninfarkte oder Schleimhautentzündungen des Darms nach sich ziehen kann.

Die Wachstumsretardierung wird durch die toxische Wirkung des Kokains auf die Plazenta begünstigt. Dabei degeneriert die Plazenta und wird leistungsschwach, was zu einer vorzeitigen Plazentaablösung oder unter Umständen sogar zu einem intrauterinen Kindstod führen kann (S. 182-183).

#### *Perinatal*

Nach der Geburt kann es sein, dass das Kind Entzugssymptome zeigt. Diese Symptome können ständiges Schreien, Krämpfe, Zittern, Nervosität etc. sein. Um diese Symptome zu erkennen, muss das Kind nach der Geburt von Ärztinnen/Ärzten beobachtet werden. Solche Entzugssymptome kommen jedoch im Gegensatz zu Heroin, Methadon, Alkohol oder Nikotin weniger vor, da Kokain mehr psychisch als körperlich abhängig macht (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

Langfristig leidet das Kind an den Folgen der Fehlbildungen und an Entwicklungsrückständen (Stachowske, 2009, S. 94-95). Spohr (2005) hält aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse fest,

dass es sich bei einer Kokain konsumierenden Schwangeren wohl um eine Hochrisikoschwangerschaft handelt, v.a. wenn Stress, Ernährungsstörungen oder Parallelkonsum von Nikotin, Cannabis, Medikamenten und Alkohol hinzukommen. Somit ist nicht klar, ob Kokain mit mentalen und motorischen Defiziten assoziiert werden kann (S. 29). Stachowske (2009) jedoch spricht von Verhaltensstörungen wie Hyperaktivität, Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit bereits im Säuglingsalter (S. 183).

Kokain wird in die Muttermilch ausgeschieden. Dennoch wird das Stillen empfohlen, da die Vorteile (Schutz vor Infekten, weniger plötzlicher Kindstod, Schutz vor Diabetes etc.) überwiegen. Bei häufigem Kokainkonsum ist jedoch das Stillen abzuwägen, da sich dies negativ auf das Kind auswirkt (Glanzmann, 2013, S. 10).

### 3.6.3 Behandlung in der Schwangerschaft

Bei einem akuten Entzug in der Schwangerschaft gibt es keine bekannten Folgen für den Fetus. Deswegen und aufgrund akuter Schädigungen des Fetus sollte auf Kokainkonsum während der Schwangerschaft verzichtet werden (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014).

## 3.7 Mischkonsum

1'855 Kokainkonsumierende wurden in einer europäischen Studie bezüglich Mischkonsum befragt. Dabei gaben 96% an, in den letzten 30 Tagen mindestens eine zusätzliche psychoaktive Substanz konsumiert zu haben (Christian Haasen & Jens Kalke, 2007, S. 31).

Cannabiskonsumierende rauchen oft zusätzlich Nikotin und konsumieren Alkohol, was vor allem in der ersten Phase der Schwangerschaft sehr schädlich für den Fetus sein kann (Fachpool Neonatologie, 16. Mai 2014). Gemäss Befragungen von Suchtmonitoring Schweiz 2012 konsumieren 5.9% der Personen im Alter von 15-29 Jahren illegale Drogen, wenn sie erhöht Alkohol konsumiert haben. 8.9% der 15-29-jährigen, welche einen erhöhten Alkoholkonsum aufweisen, rauchen ebenfalls Cannabis (Suchtmonitoring: Mischkonsum, ¶ 4-5).

## 4 Theorie

Im vorangegangenen Kapitel wurde grundlegendes Beschreibungswissen zu den Auswirkungen der einzelnen Suchtmittel auf ein Kind aus Sicht der Medizin vermittelt. Das folgende Kapitel geht auf die im Zusammenhang mit der Forschungsarbeit relevanten Theoriebezüge ein. Vorerst folgt eine Erläuterung zur Systemtheorie, damit die nachfolgende Präventionstheorie besser nachvollzogen werden kann. Es wurde die Präventionstheorie nach Martin Hafen gewählt. Im Abschnitt der Präventionstheorie werden deren Begrifflichkeiten, sowie die Planung von Massnahmen und die Unterscheidung von Prävention von Behandlung erläutert. Es folgen Ausführungen zu Theorien bezüglich Vertrauen, Gender Mainstreaming, Frauengerechte Beratung und abschliessend zum Koordinatenmodell der Beratung in der Sozialen Arbeit.

### 4.1 Systemtheorie

Die Systemtheorie ist eine soziologische Theorie und dient als hilfreiches Mittel, um die Prävention besser verstehen zu können. Martin Hafen (2013) wählt als Grundlage die soziologische Systemtheorie nach Niklas Luhmann. Die soziologische Systemtheorie wird als konstruktivistische Theorie bezeichnet und geht davon aus, dass die Realität nur erreicht werden kann, wenn diese umschrieben und somit konstruiert wird (S. 5-13).

#### 4.1.1 Beobachtungen

Wenn wir von etwas sprechen oder etwas beobachten, gewinnt es an Bedeutung und wir können es bezeichnen und unterscheiden. Ab diesem Moment der Bezeichnung wird es von etwas abgegrenzt, was es nicht ist. So ist, wenn man von Prävention spricht, schon eine Unterscheidung zur Behandlung vorgenommen. Die Unterscheidung zwischen Prävention und Behandlung ist nicht als trennscharf zu verstehen, sondern die eine Seite wird in ein Verhältnis zur Gegenseite gesetzt. Als Beispiel kann gesagt werden, dass der Begriff Gesundheit nicht Krankheit meint und sich durch die Bezeichnung Gesundheit vom Begriff Krankheit abgrenzt, wie gesund oder krank jemand ist, entscheidet aber jeder wieder für sich. Die Unterscheidung wird individuell aber auch in der professionellen Praxis unterschiedlich gedeutet und somit konstruiert. Eine Beobachtung kann somit helfen, zu umschreiben, was eher zur Gesundheit oder zur Krankheit zugeschrieben werden soll (Hafen, 2013, S. 13-14).

## 4.1.2 Das System und deren Umwelt

Ein System besteht *aus Beobachtungen*. Alle Beobachtungen zusammen sind in einem System, wie z.B. in einer Familie, in jedem einzelnen Menschen, in einer Organisation, gesammelt. Ein System zieht durch seine Operationen (Handlungen) Grenzen zu seiner Umwelt. Wenn ein System ein Ziel anstrebt, so operiert es in seinem eigenen Stil. Es macht also Entscheidungen, woraus sich weitere Entscheidungen ergeben. Die getroffenen Entscheidungen sind Grundlage für darauffolgende Entscheidungen des Systems. So zieht das System, aufgrund dieser Verkettung der Entscheidungen, ihre Grenzen und geht so systemspezifisch vor. Systemspezifisch meint, dass kein anderes System gleich agiert wie das andere und sich durch seine Operationen von den Systemen in seiner Umwelt abgrenzt.

Ein System beobachtet somit seine Entscheide, zieht seine Konsequenz daraus, und passt sich und seine Grenzen laufend an. Jedes System hat seine eigene *Struktur* und nimmt einen eigenen Blickwinkel ein, lernt aus seinen Beobachtungen und Handlungen und somit hat es auch bei allen Themen seine eigene Meinung. Ein System ist geprägt von Eindrücken aus Erfahrungen, welche es im Laufe der Zeit sammelt. Daraus ergeben sich *Erwartungen*, welche das System strukturieren und die bei einem nächsten Ereignis Einfluss auf das weitere Handeln haben (Hafen, 2013, S. 19-24).

### *Operative Geschlossenheit*

Für die Planung von Präventionsmassnahmen ist entscheidend, wie die flüchtigen, schnellwechselnden Systeme beeinflusst werden können. Dass das System nach aussen Abgrenzungen vornimmt und sich nicht auf jegliche Prozesse einlässt, zeigt, dass es für sich selbst entscheidet wie es vorgeht. Dies nennt Hafen (2013) die *operative Geschlossenheit* eines Systems (S. 21).

Er unterscheidet zwischen den psychischen, sozialen und organischen Systemen. Zu beachten ist, dass die drei Systeme füreinander relevante Umwelten bilden (S. 33-35).

### *Autopoietisches System*

Ein System entscheidet für sich, wie und was es umsetzen möchte, und ob überhaupt. Ein System handelt somit *autopoietisch*. Martin Hafen (2005) sagt zu Systemen, sie „reproduzieren und organisieren sich selbst, das heisst, sie bestimmen selbst nach ihren eigenen Strukturen, wie sie denken beziehungsweise kommunizieren und welche Operationen in ihrer Umwelt sie als Anreiz zur Eigenirritation nehmen“ (S.20).

Psychische, soziale und organische Systeme sind somit unterschiedliche autopoietische Systeme. Das *psychische System* macht seine Beobachtungen als Gedanken, Vorstellungen, Wahrnehmungen. Diese geschehen bewusst wie auch unbewusst. Das psychische System reiht Gedanke an Gedanke und versucht sich so etwas zu erklären. Auch das *soziale System* reiht seine Beobachtungen aneinander in Form von Kommunikation. Das *organische oder auch körperliche System* macht keine Beobachtungen, es hat keine Sprache noch Zeichen zur Verfügung. Der Körper stellt sich dem psychischen und sozialen System zur Verfügung, um deren Operationen auszuführen (Hafen, 2013, S. 33-40).

## *Strukturelle Kopplung*

Die strukturelle Kopplung lässt zu, dass sich die Systeme wechselseitig irritieren und gegenseitig beeinflussen. Beispielsweise operieren das psychische und soziale System nicht getrennt voneinander sondern sind streng aneinander gekoppelt. So kann ein soziales System nicht in ein psychisches eindringen, da sie unterschiedliche Operationen ausführen. Soziale Systeme kommunizieren, denken aber nicht. Psychische Systeme nehmen wahr, stellen sich etwas vor und haben Gedanken, kommunizieren aber nicht. Systeme sind aber auf andere Systeme angewiesen, z.B. hat ein psychisches System eine Umwelt und das soziale System eine Umwelt. Um Gedanken zu kommunizieren, greift das psychische System in die Umwelt der sozialen Systeme ein. Der Körper stellt das Gehirn zur Verfügung. Das psychische System nutzt somit auch die Umwelt des organischen Systems. Trotz Kopplung gegenseitiger Abhängigkeit der Systeme entscheidet jedes System eigenständig.

Die Erklärung soll zeigen, dass Systeme auf andere Systeme angewiesen sind, um überhaupt an neue Informationen gelangen zu können. Die Prävention muss sich diesen Kopplungsbedingungen stellen, da sie den Zielsystemen ihre Informationen zur Verfügung stellt (Hafen, 2013, S. 21-37).

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird hauptsächlich auf die zwei Systeme *Psyche* und *Soziales* eingegangen und nicht auf den Körper mit seinen Funktionen.

### 4.1.3 Drei unterschiedliche Systemtypen der sozialen Systeme

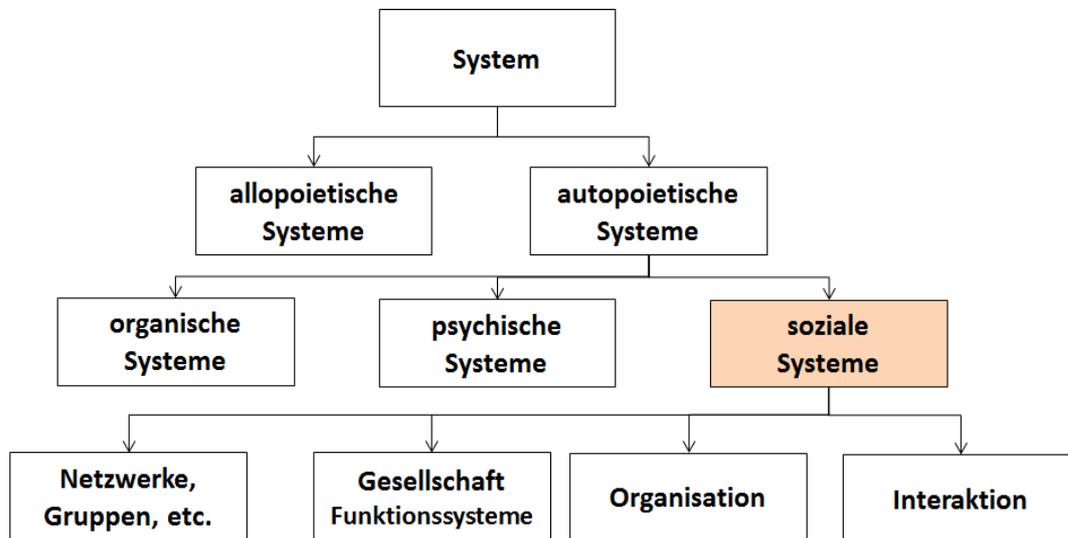


Abbildung 5: Systemebenen und Systemtypen (In Anlehnung an Hafén, 2013, S. 33)

Die **sozialen Systeme** werden in die *Gesellschaft* mit ihren Funktionssystemen, *Organisationen* und *Interaktionssysteme* unterteilt (s. Abb. 5). Dazu gibt es Systeme, wie z.B. Netzwerke, die nicht präzise in die drei obgenannten Unterteilungen passen und als eigenständige Systemtypen erfasst werden (Hafén, 2013, S. 33).

#### *Gesellschaft*

Alle Kommunikationen, die wahrgenommen werden, sind gesellschaftlich und somit sozial. Alle möglichen Formen von Kommunikation geschehen innerhalb der Gesellschaft. Die Gesellschaft ist nicht adressierbar (z.B. kann man keine Briefe an Gesellschaft schreiben).

Innerhalb der Gesellschaft übernehmen diverse Funktionssysteme (z.B. die Politik, die Wirtschaft, soziale Hilfe, Gesundheit) eine Aufgabe. Auch diese Funktionssysteme kommunizieren, da sie ein Teil der Gesellschaft sind. Dies nennt Luhmann (1997) die „funktionale Differenzierung“ (zit. in Martin Hafén, 2013, S. 40). Es gibt keine Instanz, welche diese Funktionssysteme führt und so funktionieren sie für sich selbst. Die einzelnen Funktionssysteme sind aber auf die anderen angewiesen. Es gibt aber keine direkten Möglichkeiten mit dem Funktionssystem zu intervenieren, da es nicht adressierbar ist. So kann nur z.B. mit einer Präventionsmassnahme versucht werden, mit einem Funktionssystem zu kommunizieren. Das Funktionssystem entscheidet selbst, was es annimmt und was nicht und ob es sich anpassen will oder nicht. Ein Funktionssystem (z.B. Gesundheit) kann mit anderen Funktionssystemen (z.B. Soziales) zusammenarbeiten (S. 28-41).

## *Organisation*

Im Alltag werden die Leistungen von Organisationen oft in Anspruch genommen. Die Organisation hat seine eigene Art, sich zu organisieren. Es kann strukturell an eine oder mehrere Funktionssysteme gekoppelt sein. Eine Organisation ist im Vergleich zu einem Funktionssystem adressierbar, denn ein Spital mit seinen Mitarbeitenden kann z.B. besucht werden oder es kann ein Paket an das Spital geliefert werden. Organisationen können sich an ein Funktionssystem koppeln wie sich zum Beispiel die Organisation Spital an das Funktionssystem *Gesundheit* koppelt. Hierbei ist zu beachten, dass das Spital mit anderen Funktionssystemen gekoppelt werden kann und dass z.B. Rechnungen ausgestellt sowie Maschinen gekauft werden. Somit ist das Funktionssystem *Gesundheit* strukturell an das Funktionssystem *Wirtschaft* gebunden. Daraus folgt, dass eine Organisation neben der Gesellschaft als soziales System zu betrachten ist und kein Subsystem eines Funktionssystems darstellt (Hafen, 2013, S. 42-44).

## *Interaktion*

Um an einer Kommunikation teilzunehmen und um interagieren zu können, muss man laut Hafen körperlich anwesend sein. Wenn man körperlich anwesend ist, kann man wahrgenommen und so auch integriert werden. Das System der Interaktion soll bestimmen, wer inkludiert wird und somit mitkommunizieren darf. Ein Abbruch dieser Kommunikationsart oder eine Exklusion ist nur möglich durch Absenz. Eine Teilnehmerin/ein Teilnehmer hat mit der Organisation gemeinsam, dass sie adressierbar ist. Das Interaktionssystem bestimmt selbst, wer bei einer Interaktion teilnimmt oder nicht (2013, S. 45-62).

## *Interventionsversuche*

Wichtig für die Prävention ist es, zu erkennen, dass sie auf Systeme mit unterschiedlichen Strukturen trifft. Dies bedeutet für die Prävention, dass die Zielsysteme unterschiedlich erreichbar, aufmerksam und veränderungsbereit sind. Wenn von der professionellen Praxis Lernerfolge erzielt werden sollen, müssen sie eine Menge über die Zielsysteme herausfinden, um möglichst passend planen zu können. Ein inkonstantes System ist nicht fassbar und erschwert die Planung einer Präventionsmassnahme. Wie oben beschrieben, muss sich die Prävention auf die spezifischen Bedürfnisse des Zielsystems einlassen und wird durch deren Widerstand beeinflusst. Die operative Geschlossenheit erhöht die Komplexität einer Intervention und deren erwünschten Effekt (Hafen, 2013, S. 20-31).

## 4.2 Präventionstheorie

### 4.2.1 Problemdefinition

Um überhaupt eine Präventionsmassnahme planen zu können, muss zuerst definiert werden, was genau präventiv behandelt werden soll, was namentlich das Problem ist. Das definierte Problem soll nicht eintreffen und so wird erkenntlich, dass eine Prävention immer *vor* Eintritt des definierten Problems ansetzt (Hafen, 2013, S. 92). Hinzu kommt, dass ein Problem nicht nur verschiedene Ursachen hat, sondern auch mehrere Folgeprobleme verursachen kann.

Für die vorliegende Arbeit kann somit ein das definierte *Hauptproblem* und ein mögliches *Folgeproblem* abgeleitet werden:

Das definierte **Hauptproblem** liegt vor, wenn eine Frau während der Schwangerschaft Suchtmittel konsumiert. Negative Auswirkungen des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft können als **Folgeproblem** definiert werden.

Der Begriff Prävention ist vielfach verwendet und einige Male verbreitet worden wie z.B. durch Gerald Caplan (1964) welcher die Unterscheidung von Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention macht. Er teilt die Art der Prävention somit nach dem Zeitpunkt der Intervention ein (zit. in Martin Hafen, 2013, S. 102). Hafen (2013) schlägt vor, eine neue Definition zu benutzen, da die Begriffe nicht eindeutig sind und es keine Grenze bzw. keine trennscharfen Unterscheidungen zwischen Prävention und Behandlung gibt (S. 108).

Da die Autorinnen eine Einheit beibehalten wollen, stützt sich die vorliegende Bachelorarbeit auf die Begriffserklärung von Martin Hafen.

### 4.2.2 Prävention und Behandlung

Behandlung bzw. Prävention zeigen zwei Varianten einer Intervention auf. Ersteres versucht mit einer Intervention die Symptome direkt zu beseitigen. Letzteres sucht mit einer Intervention nach (Belastungs-)Faktoren, welche das Problem negativ beeinflussen. Mittels Prävention wird versucht, die Belastungsfaktoren abzubauen und die Schutzfaktoren zu stärken (Hafen, 2013, S. 109). Hafen spricht dabei von *proaktiver* und *reaktiver Erhaltung*, da der gewünschte zukünftige oder der derzeit vorhandene Zustand nicht verschlimmert bzw. erhalten bleiben soll (S. 89).

Systemisch gesehen agieren Prävention und Behandlung in derselben Form. Bei der Behandlung liegt der Fokus auf die Gegenwart, also auf dem Problem, das zu behandeln ist (reaktives Handeln). Bei der Prävention richtet sich der Blick zumindest am Anfang zuerst in die Zukunft, auf ein Problem, das es zu verhindern gilt (proaktives Handeln). Die Behandlung sowie die Prävention versuchen das System zu erreichen und zu verändern. Weder Prävention noch Behandlung sind in der Lage, direkt in die Strukturen des Systems einzugreifen. Damit das professionelle Handeln überhaupt im Zielsystem ankommt, muss das System die Nachricht in deren Umwelt als relevant erkennen. Nur so wird das professionelle Handeln und deren Information vom System erkannt und eventuell auch genutzt. Die Prävention soll einen derzeitigen unproblematischen Zustand so beeinflussen, dass er auch in Zukunft positiv bleibt. Dies zeigt die Paradoxie der Prävention (s. Abb. 6) (Hafen, 2013, S. 86-89).

Prävention, Früherkennung und Behandlung sind keine sich wechselseitig ausschliessende Tätigkeiten, sondern sind auf einem Kontinuum anzusiedeln. Eine Behandlung beinhaltet präventive Anteile und jede Prävention wirkt immer auch behandelnd. Auf dem Kontinuum sind einerseits Gemeinsamkeiten, andererseits Unterschiede ersichtlich, so kann es mit dem Kontinuum der Disziplinen Gesundheit und Krankheit verglichen werden.

Prävention kann Einflussfaktoren beobachten und diese behandeln. Früherkennung kann durch Beobachtungen bei einem verhinderndes Problem Anzeichen erkennen und dort ansetzen (Hafen, 2013, S. 83-93).

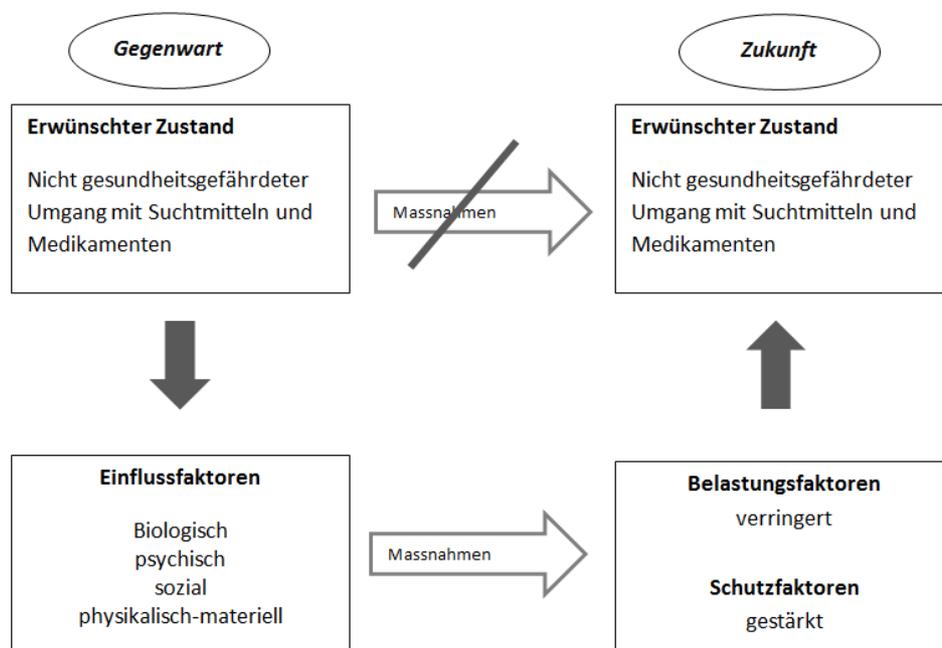


Abbildung 6: Die Form der Prävention am Beispiel Medikamentensucht (In Anlehnung an Hafen, 2013, S. 88)

### 4.2.3 Risikogruppen

Bei der Planung einer Präventionsmassnahme können Risikogruppen definiert werden. Also Personen werden gesucht, deren Kriterien darauf hindeuten, dass das zu verhindernde Problem sehr wahrscheinlich eintritt. Der Fokus der Prävention wird somit nicht nur auf mögliche Risiken eines Problems gelegt, sondern auch auf die Personen, die das Problem wahrscheinlich betreffen könnte (Hafen, 2013, S. 92-93). Aus der systemtheoretischen Sicht ist ein Problem sozial konstruiert, z.B. wurde früher Gewalt als Erziehungsmassnahme eingesetzt, was heute nicht mehr denkbar ist (S. 145).

#### *Zielgruppe*

Für eine Planung der Massnahmen sind auch die Zielgruppenfaktoren zu beachten. Bei der Bestimmung der Zielgruppe müssen deren Merkmale mitberücksichtigt werden. Es kann Erwartungen über das Handeln einer Zielperson in ihrem System und das Erleben in ihrer psychischen Umwelt nachvollziehbarer machen. Zielgruppenmerkmale können Alter, Geschlecht, Hautfarbe, ethnische Herkunft und weitere sein. Diese können je nach System unterschiedliche Handlungen voraussagen, es können von der Zielgruppe gewisse Handlungen an unterschiedlichen Orten (Büro, Zuhause) erwartet werden. Wenn die Prävention z.B. das Merkmal Geschlecht als relevant erachtet, so spielt es eine Rolle, ob die Massnahme geschlechterspezifisch gestaltet wird oder nicht (Hafen, 2013, S. 220).

#### *Verhaltens- und Verhältnisprävention*

Präventive Massnahmen bestimmen somit Ursachen, welche zu beseitigen sind. Die Massnahmen können in individuums- und settingsorientiert bzw. in Verhaltens- und Verhältnisprävention unterteilt werden. Wenn sich eine Massnahme direkt an eine Person und deren verhaltensbedingte Probleme richtet, spricht man von *Verhaltensprävention*. Wird versucht, eine Umwelt so zu beeinflussen, dass sich das soziale System verändert, geht es um *Verhältnisprävention*. Bei der positiven Beeinflussung des Verhaltens werden äussere Belastungsfaktoren verhindert, also Ursachen wie z.B. Bewegungsmangel und Rauchen beeinflusst. Eine Verhaltensprävention soll durch Irritation einer Person, ein zukünftiges Problem verhindern.

Bei der Verhältnisprävention sollen Strukturveränderungen in sozialen Systemen geschehen. Dies kann in der relevanten Umwelt angestrebt werden, womit die Belastungsfaktoren von sozialen Systemen verhindert bzw. Schutzfaktoren gefördert werden, welche in der Umwelt der sozialen Systeme erkannt werden (Hafen, 2013, S. 161-166).

#### *Universelle, selektive und indizierte Prävention*

In Bezug auf die Zielgruppe wird von Gordon (1987) darauf aufmerksam gemacht, wie eine Prävention angegangen werden kann. Dies wird mit den Begriffen *universelle, selektive und indizierte Prävention* unterschieden (zit. in Martin Hafen, 2013, S. 108).

Die *universelle Prävention* ist allgemein formuliert und richtet sich an eine breite Masse, wie z.B. an eine ganze Bevölkerung.

Die *selektive Prävention* richtet sich bereits an eine Gruppe, bei denen das Risiko höher ist, dass das Problem eintritt, als bei anderen Gruppen.

Bei der *indizierten Prävention* werden gefährdete Personen mit manifestiertem Risiko angesprochen. Ein Problem rückt in den Fokus und wird dadurch bei der Zielgruppe thematisiert (Hafen, 2013, S. 108).

#### 4.2.5 Belastungs- und Schutzfaktoren

Es gibt verschiedene Belastungs- und Schutzfaktoren. Hafen (2013) schlägt folgende vier Klassifizierungsebenen vor; die körperliche, psychische, soziale und physikalisch-materielle Ebene (S. 128).

Einflussfaktoren wirken auf eine Person oder auf das Eintreten einer Situation ein. *Belastungsfaktoren* machen den Eintritt eines Problems wahrscheinlicher – *Schutzfaktoren* hingegen unwahrscheinlicher. Belastungsfaktoren sind nicht nur negativ konnotiert, sondern können als Ereignisse der Umwelt betrachtet werden, welche zu Strukturveränderungen führen. Die psychischen oder körperlichen Systeme bestimmen, wie sie mit der Information umgehen und ob diese als belastend aufgenommen werden oder nicht, z.B. kann man aufgrund einer erhaltenen Nachricht traurig oder erleichtert sein. Bei einem Belastungsfaktor kann nicht vorausgesagt werden, wie er sich in Zukunft entwickelt oder ob sich dieser von einem Schutzfaktor beeinflussen lässt (Hafen, 2013, S. 126).

Im Gegenteil zur Behandlung kann Prävention nicht an der Ursache direkt ansetzen. Für eine erfolgreiche Prävention sind einerseits, Belastungsfaktoren zu reduzieren, andererseits deren Schutzfaktoren zu stärken. Die Behandlung kann neben der Bekämpfung des Problems auch Einflussfaktoren suchen, um zur Situationsverbesserung beizutragen. Die Schutzfaktoren versprechen nicht, dass sich eine Situation verbessert, sondern sie versuchen die Stärke der Belastungsfaktoren zu vermindern. Da Systeme operativ geschlossen sind und die Einflüsse gemäss ihren Strukturen annehmen, wirken die Belastungsfaktoren unterschiedlich je nach Individuum.

Belastungsfaktoren sind als proaktive Faktoren, Schutzfaktoren als reaktive Faktoren zu verstehen. Reaktiv deshalb, weil sie den Einfluss der Belastungsfaktoren einschränken. Ohne Schutzfaktor ist der Belastungsfaktor von nichts geschützt und kann somit ungestört einwirken (Hafen, 2013, S. 127).

Die Positionierung auf dem Kontinuum wird beeinflusst durch Belastungs- bzw. Schutzfaktoren. Hafen (2013) nennt hierzu zum Thema Gesundheit folgendes:

Da Gesundheit als positives Phänomen empirisch nur schwierig fassbar ist, wird sie primär über die Krankheitsseite gefördert resp. erhalten: durch Behandlung von Krankheiten/Verletzungen oder durch die Verhinderung (Prävention) dieser Krankheit/Verletzung über die Reduktion von Belastungsfaktoren und den Ausbau von Schutzfaktoren, wobei es ein Ziel beider Zugänge sein kann, die Funktionalität der Zielpersonen zu erhalten oder zu verbessern. (S. 138)

## 4.2.6 Präventionsmodell



Abbildung 7: Die zentralen Aspekte der Prävention (In Anlehnung an Hafén, 2013, S. 142)

Mit der Grafik soll verdeutlicht werden, dass Präventionsmassnahmen an den Einflussfaktoren ansetzen, die einem erkannten Problem zugeschrieben werden. Während bei der Verhaltensprävention das bestimmte Verhalten einer Person verhindert werden soll, ist bei der Verhältnisprävention auf die Umwelt der Person einzuwirken, mit dem Ziel, das soziale System zu verändern. Dank Methodik soll eine erfolgreiche Umsetzbarkeit ermöglicht werden. Prävention soll sich dank Faktoren nur an eine definierte Zielgruppe wenden. Die schwarzen Felder in der Abbildung zeigen weitere Umweltfaktoren, welche die Massnahmen beeinflussen können (s. Abb. 7). Um eine präventive Massnahme planen, umsetzen und analysieren zu können, helfen Fragen unter anderem nach dem Problem, der Funktion des Systems, den zentralen Einflussfaktoren und der Zielgruppe (Hafén, 2013, S. 141-143).

## 4.3 Gender Mainstreaming

Monika Weber (2006) erwähnt als Ausgangspunkt einer kritischen Auseinandersetzung der Zusammenhänge von Gesundheit und Geschlecht die Frauengesundheitsbewegung, wobei sich der Blick auch auf die Unterschiede zwischen den Geschlechtern ausweitet. Es können Unterschiede beim Gesundheitsbewusstsein und –verhalten, bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, beim Krankheitsspektrum sowie bei der Krankheitsbewältigung festgestellt werden (S. 316-319).

Konkrete Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind beispielsweise ein höherer und häufigerer Alkoholkonsum der Männer, eine höhere körperliche Aktivität vor allem junger Männer sowie ein durchschnittlich gesünderes Ernährungsverhalten der Frauen (Petra Kolip, 2008, S. 28-29).

Auch die WHO hat obengenannte und weitere Unterschiede zur Kenntnis genommen und dementsprechend reagiert:

„*The factors that determine health and ill health are not the same for men and women*“ (zit. in Petra Kolip, 2008, S.30).

Folglich definiert die WHO *Gender Mainstreaming* als Schlüsselstrategie, um die gesundheitliche Ungleichheit zwischen den Geschlechtern zu reduzieren. Es gilt der Grundsatz, geschlechterspezifische Präventionspotenziale zu nutzen.

Das Gender-Mainstreaming-Konzept wurde an der 3. Weltfrauenkonferenz 1985 in Nairobi als Strategie für eine stärkere Berücksichtigung der Wertvorstellungen und sozialen Lebensbedingungen der Frauen diskutiert. 1995 wurde das Konzept Gender Mainstreaming an der 4. Weltfrauenkonferenz in Peking als zentrale Strategie verabschiedet.

Um Gender Mainstreaming erklären zu können, bedarf es einer Betrachtung der einzelnen Begriffe:

- Gender: Gender bedeutet das soziale Geschlecht und bildet somit der Gegenbegriff zum biologischen Geschlecht. An die biologischen Unterschiede werden spezifische Rollenerwartungen geknüpft, welche für die Positionierung von Frauen und Männern in der Gesellschaft bedeutsam sind.
- Mainstreaming: Die Thematik, welche bisher am Rande betrachtet wurde wird mit dem Begriff Mainstreaming in das Zentrum gerückt.

Zum Ziel hat Gender Mainstreaming die Durchsetzung der gesundheitlichen Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern und die Qualitätsverbesserung im Gesundheitssystem, hauptsächlich in der Prävention und der Gesundheitsförderung.

Konkret bedeutet dies, dass Männer und Frauen dort die gleichen Gesundheitsleistungen erhalten, wo sie die gleichen Gesundheitsbedürfnisse haben und dort, wo die Gesundheitsbedürfnisse unterschiedlich ausfallen, sollen auch die Gesundheitsleistungen angepasst werden. Dabei sind die unterschiedlichen Sozial- und Lebenslagensituationen ebenfalls zu berücksichtigen (Kolip, 2008, S. 30-31).

## 4.4 Gendergerechte Beratung

„Psychotrope Substanzen [...] sind Schmiermittel, wenn es um Anpassung geht, Mutmacher, wenn es um Auflehnung geht, dienen der Gewichtsregulierung, erhöhen das Selbstwertgefühl und bieten eine Überlebenschance, wenn es um die Bewältigung von Gewalterfahrungen, insbesondere sexueller Gewalt, geht. Gleichzeitig leiden Frauen wegen ihres Substanzkonsums unter ausgeprägten Schuld- und Schamgefühlen“ (BAG, 2012, S. 6).

Frauen, welche Suchtmittel konsumieren, sind von einer grösseren sozialen Stigmatisierung betroffen als Männer, weshalb sie Schuld- und Schamgefühle verspüren (Zenker, 2009, S. 25). Entsprechend bevorzugen Frauen eher diskrete, weniger sichtbare Süchte und leben diese häufiger im privaten als im öffentlichen Raum. Somit werden sie mit der Suchtproblematik kaum wahrgenommen und es stehen ihnen von staatlicher und gesellschaftlicher Seite her weniger auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Ressourcen und Unterstützungsangebote zur Verfügung (BAG, 2012, S. 6).

Oft suchen schwangere suchtmittelabhängige Frauen erst spät Hilfe und Unterstützung, aus Angst vor kindsschutzrechtlichen Massnahmen. Hinzu kommt der gesellschaftliche Druck, nicht für ihr Kind sorgen zu können, was bei den Frauen wiederum Schuldgefühle hervorruft (ibid., S. 10).

Gemäss Vogt (2004) verspüren viele suchtmittelabhängige Frauen Schmerzen oder leiden sogar unter chronischen Schmerzen. Um diesen Schmerzen entgehen zu können, greifen sie oft zu Medikamenten (S. 152-154).

Gendergerechte Beratung ist aus folgenden drei Hauptgründen erforderlich:

- Wie *Forschungen* im Suchtbereich belegen, unterscheiden sich Frauen und Männer erheblich, beispielsweise betreffend Konsummuster, Ursachen und Motive für Suchtentwicklungen etc.
- *Qualität* ist entscheidend für eine wirksame Suchthilfe. Unter anderem begünstigt gendersensibles Arbeiten auch das Erreichen der Zielgruppe.
- Der Zugang zu den Hilfsangeboten soll für Frauen sowie Männer gleichermassen gewährleistet werden. Die Gestaltung der Strukturen, Angebote und Dienstleistungen der Institutionen sollen *Chancengleichheit* gewähren (BAG, 2012, S. 5).

Wie das BAG (2012) festhält, sollten in der frauengerechten Suchtberatung unter anderem folgende Themen beachtet bzw. angesprochen werden:

- Der Umgang der Frau mit sich selbst: unterdrückte Probleme, Schuld- und Schamgefühle bearbeiten, eigene Bedürfnisse durchsetzen, Selbstvertrauen und Verantwortung entwickeln
- Beziehungsgestaltung: eigene Grenzen erkennen, Beziehungen zu Männern reflektieren, Umgang mit Macht

- Gewalt: Verständnis erarbeiten für die Zusammenhänge von Gewalt und den Auswirkungen auf die eigene Person, Schutz bieten oder vermitteln, Ressourcen stärken
- Sexualität und Gesundheit: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitskompetenz stärken (Verhütung vor allem bei Prostituierten), Unterstützung bei der Durchsetzung von eigenen Rechten
- Schwangerschaft und Muttersein: Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch, Schwangerschaftskonflikt (Abort) thematisieren, ohne zu moralisieren, Mutter-Kind-Beziehung reflektieren, Strategien für Überforderung entwickeln, allfällige Trennung von den Kindern thematisieren, Schutz der Kinder sicherstellen (S. 6-10).

Um den Bedürfnissen der Frauen gerecht werden zu können, müssen sie das Setting mitgestalten können, wobei stets in kleinen Schritten geplant und gearbeitet werden soll. Ausserdem sind Macht- und Beziehungskonstellationen zu reflektieren: Grosse Machtgefälle und Rollenübernahmen wie diejenige der Mutter, Freundin, des Beschützers etc. sollten vermieden werden (BAG, 2012, S. 11-13).

## 4.5 Vertrauen

Eine gute Vertrauensbeziehung wird von mehreren Interviewpartnerinnen/Interviewpartnern als nötige Grundlage erwähnt, um einen möglichen Suchtmittelkonsum anzusprechen. Dementsprechend soll hier kurz erläutert werden, was unter Vertrauen in der Sozialen Arbeit zu verstehen ist.

Da wenige Erklärungsansätze zum Vertrauensphänomen in der Sozialen Arbeit vorliegen, haben *Sebastian Wyrsh und Alexandra Kotarelas* (2013) in ihrer Bachelorarbeit gestützt auf verschiedene Literatur eine eigene Definition ausgearbeitet:

*„Vertrauen im sozialarbeiterischen Kontext ist die Einstellung der Klientel, sich auf den Kontakt mit Sozialarbeitenden einzulassen, obwohl dieser Kontakt mit einem Risiko verbunden ist. Mit dieser Einstellung ist die Erwartung verbunden, entscheidungs- und handlungsfähig zu bleiben“* (S. 20).

### *Vertrauensaufbau*

Nach Niklas Luhmann (2000) existiert einerseits ein Vertrauen in Systeme andererseits ein Vertrauen, welches sich Menschen gegenseitig entgegenbringen. Der Vertrauensaufbau findet v.a. durch Kommunikation statt (S. 47-55).

Mittels Kommunikation können Erwartungen geklärt werden, denn enttäuschte Erwartungen behindern den Vertrauensprozess. Somit sollten Sozialarbeitende die Erwartungen erfüllen, welche an ihre Rollen geknüpft sind (Susan Arnold, 2009, S. 372). Solche Erwartungen können beinhalten, Gefühle ausdrücken zu dürfen, Verständnis und Wertschätzung zu finden, und keine Verurteilung zu erleben (ibid., S. 145). Dazu erläutert Cornelia Schäfer (2010), dass die Schaffung einer Vertrauensbasis prozesshaft erfolgt, wozu regelmässige oder wiederholte Interaktionen nötig sind (S. 23). Auch Franz Petermann (1996) versteht den Vertrauensaufbau als Prozess und hat dazu ein Modell entwickelt. Dieses Modell beinhaltet die folgenden zwei zentralen Variablen:

1. Einfühlungsvermögen: Eine einfühlsame Person ist in der Lage, sich in die Lage einer anderen Person hineinzusetzen, wobei dies auf Uneigennützigkeit beruhen muss.
2. Selbstwirksamkeit (S. 98-111): Laut Jörg Pscherer (2004) meint Selbstwirksamkeit den Glauben an das eigene Können, Handlungen in Angriff zu nehmen und erfolgreich zu beenden (zit. in Elisabeth Seethaler, 2012, S. 55).

Den konkreten Vertrauensaufbau unterteilt Petermann (1996) in drei Phasen:

In der *ersten Phase* ist eine verständnisvolle Kommunikation herzustellen, wobei dem Gegenüber mittels Einfühlungsvermögen Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. In der *zweiten Phase* sind bedrohliche Empfindungen bei der Klientel abzubauen. Dies ist möglich, indem das eigene Handeln durchschaubar gemacht wird und dem Gegenüber Rückmeldungen über sein Verhalten gegeben werden. Die *dritte Phase* meint den gezielten Aufbau von Vertrauen. Dabei werden dem Gegenüber Aufgaben übertragen, um Erfolgserlebnisse zu ermöglichen, was den Aufbau des Selbstvertrauens (Selbstwirksamkeit) fördert (S. 116-117).

## 4.6 Koordinatenmodell nach Kurt Ludewig

Das Koordinatenmodell von Kurt Ludewig teilt die Funktionen und Aufgaben von Beratung in der Sozialen Arbeit in vier Bereiche auf:

Im ersten Bereich geht es um *Information und Service*. Es handelt sich dabei um materielle Probleme und ist im freiwilligen Kontext einzuordnen. Die Klientinnen/Klienten weisen einen Mangel an Ressourcen und Wissen auf. Durch Auskünfte, Sachinformationen und Dienstleistungen (Sachhilfe) kann dieser Mangel behoben werden.

Im zweiten Bereich geht es um *Veränderung und Entwicklung*. Es handelt sich dabei ebenfalls um eine freiwillige Ausgangsbasis, wobei psychosoziale Probleme im Vordergrund stehen. Daniel Kunz (2012) ordnet Sucht und weitere Probleme wie Familien- und Partnerschaftskonflikte, Erziehungsschwierigkeiten, Gewalterfahrungen, Sinn- und Lebenskrisen und Einsamkeit zu den psychosozialen Problemen (S. 3). Die Systeme der betroffenen Personen sind intern blockiert, was ein Veränderungsprozess stark erschwert. Durch die Entwicklung und das Erarbeiten neuer Lösungsansätze können solche Blockaden beseitigt werden. Die Sozialarbeitenden übernehmen eine unterstützende Funktion. Sie initiieren und moderieren den Beratungsprozess.

Der dritte Bereich bewegt sich im Kontext von gesetzlichen Massnahmen. Die Freiwilligkeit ist nicht mehr gegeben. Es geht dabei um *Schutz, Kontrolle und Fürsorge*. Den Klientinnen/Klienten fehlt es an Fertigkeiten, sie haben jedoch keinen Leidensdruck und wollen möglichst schnell wieder ohne das Sozialarbeits- und Hilfesystem auskommen. Die Sozialarbeitenden in diesem Bereich stehen in einem Doppelmandat, da sie Unterstützung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben leisten. Sie erfüllen Aufgaben wie das Abklären, Einleiten und Kontrollieren von Massnahmen und stellen Wissen zur Verfügung.

Der vierte Bereich bewegt sich ebenfalls im gesetzlichen Rahmen, legt den Fokus aber auf psychosoziale Probleme. Es geht dabei um die *Stabilisierung und Betreuung* von Personen in einer unabänderlichen Problemlage. Die Aufgaben der Sozialarbeitenden liegen grösstenteils in der Betreuung und Stabilisierung des Systems (Kurt Ludewig, 1992, S.172-176).

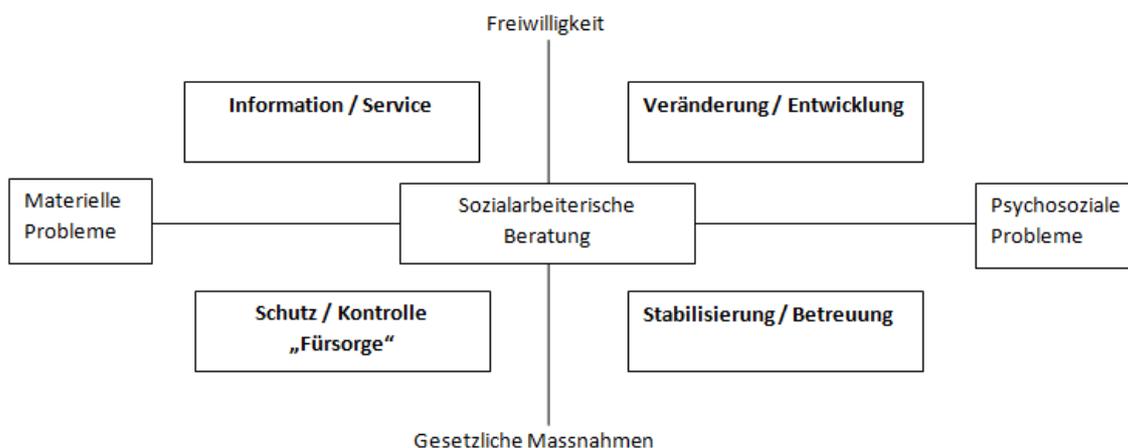


Abbildung 8: Koordinatenmodell (In Anlehnung an Kurt Ludewig, 1992, S. 176)

## 5 Forschungsmethodik

Um zu erforschen wie Prävention im Zusammenhang mit Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft auf institutioneller Ebene betrieben wird, wurden dreizehn Leitfadeninterviews geführt. In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen vorgestellt, um die Interviews anschliessend auszuwerten und mit der Theorie zu verknüpfen. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf den Themen Sampling, Datenerhebung und Aufbereitung sowie Datenauswertung.

### 5.1 Sampling

Marius Metzger (2008) erklärt Sampling (Stichprobe) folgendermassen: „Eine Stichprobe umfasst alle tatsächlich untersuchten Personen bzw. Untersuchungseinheiten, welche aus einer grösseren Menge von Personen bzw. Untersuchungseinheiten ausgewählt werden. Man spricht von einer Stichprobe (n), welche aus einer Grundgesamtheit (N) gezogen wird“ (S. 1). Die Stichprobenbildung kann vor Beginn der Untersuchung mittels gewisser Merkmale oder Kriterien festgelegt werden. In diesem Fall handelt es sich um eine „Vorab-Festlegung der Samplestruktur“. Die Kriterien zur Bildung der Stichprobe ergeben sich aus der Fragestellung der Untersuchung, theoretischen Vorüberlegungen und anderen Studien (Horst Otto Mayer, 2008, S. 39). Bei der Auswahl des Samplings ist es laut Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) ausserdem wichtig, die vorhandenen Ressourcen sowie das Ziel der Untersuchung zu berücksichtigen (zit. in Horst Otto Mayer, 2008, S. 41).

### 5.2 Datenerhebung und Aufbereitung

#### 5.2.1 Leitfadeninterview (Experteninterview)

In der Forschung werden grundsätzlich zwei Methoden unterschieden: das quantitative und das qualitative Verfahren. Beim quantitativen Verfahren wird eine grosse Anzahl von Personen angegangen, was beispielsweise mittels eines einheitlichen schriftlichen Fragebogens möglich ist. Bei qualitativen Methoden hingegen liegt der Fokus auf verbalen Daten zu konkreten Aussagen über einen Gegenstand (Mayer, 2008, S. 37). Die Autorinnen haben sich entschieden, die Beantwortung der Forschungsfrage ihrer Bachelorarbeit mittels der qualitativen Methode des Leitfadeninterviews anzugehen. Laut Jürgen StremLOW (2006) eignet sich das Leitfadeninterview besonders gut, um Fachpersonen einer bestimmten Gruppe zu einem bestimmten Sachverhalt zu befragen (S. 1). Im Gegensatz zu standardisierten Fragebögen ermöglicht das Leitfadeninterview einen vertieften Einblick in die Arbeiten der ausgewählten Fachstellen und Fachpersonen.

Das Leitfadeninterview zeichnet sich durch offen formulierte Fragen aus, was der befragten Person ermöglicht, frei zu antworten (Mayer, 2008, S. 37). Der Leitfaden des Interviews erhöht die Vergleichbarkeit der Daten, lässt aber trotzdem Freiheit in der Formulierung der Fragestellungen. Zudem verhindert er, dass sich das Interview zu sehr zu einem Pingpongspiel zwischen Fragen und Antworten entwickelt (Erika Steinert & Gisela Thiele, 2000, S.42).

Das Experteninterview ist eine Form des Leitfadeninterviews. Die befragte Person wird dabei weniger als Person, sondern mehr in ihrer Funktion als Expertin/Experte auf einem bestimmten Gebiet wahrgenommen. Als Expertinnen/Experten werden Menschen bezeichnet, welche über ein bestimmtes Gebiet ein klares und abrufbares Wissen verfügen (Mayer, 2008, S. 38). In dieser Arbeit gelten die Fachpersonen der verschiedenen Institutionen aber auch die Ärztinnen/Ärzte sowie Gynäkologinnen/Gynäkologen als Expertinnen/Experten. Mayer (2008) empfiehlt die Entwicklung eines sensibleren Konzepts für die Erarbeitung des Leitfadens, ausgehend von theoretischen Vorüberlegungen und anderen Untersuchungen, welche als Grundlage dafür dienen sollen. Dabei geht es um eine möglichst umfassende Berücksichtigung des zu behandelnden Realitätsausschnitts und der wesentlichen Aspekte (S.43).

### 5.2.2 Auswahl und Kontaktierung der Expertinnen und Experten

Die Autorinnen haben sich aufgrund des breiten institutionellen Angebots in den verschiedenen Kantonen zu den Themen Suchtmittelkonsum und Schwangerschaft auf den Standort Luzern beschränkt. Die Expertinnen/Experten wurden mittels Internetrecherche und Telefonaten, Inputs von Fachpersonen sowie eigenem Vorwissen der Autorinnen ausfindig gemacht. Die Anfrage für ein Interview bei den Expertinnen/Experten wurde einheitlich gehalten und per Telefon oder Email durchgeführt. Dabei wurde ein thematischer Überblick über die Forschungsarbeit zur Verfügung gestellt und falls ausdrücklich gewünscht, ein Auszug aus dem Leitfadeninterview zugeschickt. Ohne Ausnahme haben sich alle angefragten Fachpersonen und Fachstellen zu einem Interview bereit erklärt. Durch die Zusagen sowie durch Rückmeldungen der einzelnen Expertinnen/Experten konnte sichergestellt werden, dass der Grossteil des suchttherapeutischen Netzes zumindest in der Stadt Luzern und näheren Umgebung abgedeckt werden konnte.

### 5.2.3 Auswahl des Ortes für die Interviewdurchführungen

Damit die Autorinnen entscheiden konnten, ob die Interviews vor Ort durchgeführt werden sollten, bedurfte es einer Abwägung von positiven und negativen Aspekten. Ein Vorteil der Durchführung der Interviews vor Ort ist die Einsicht und das Erleben der räumlichen Infrastruktur. Die Atmosphäre der Fachstelle wird dadurch erlebbar und ermöglicht den Autorinnen, eine persönliche Beziehung zu den Gesprächspartnern und deren Wirkungsfeld aufzubauen. Ein weiterer Vorteil der Interviews vor Ort ist der mitunter mögliche Rundgang durch die Institution.

Angesichts der knappen zeitlichen Ressourcen der Expertinnen und Experten, waren diese eher zu einem Interview bereit, wenn sie nicht noch einen Anreiseweg auf sich nehmen mussten. Die Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die Begrüssung, ein möglicher Rundgang durch die Fachstelle, die Verabschiedung sowie die Rückreise nahmen für die Autorinnen einige Zeit in Anspruch.

Vor diesem Hintergrund haben sich die Autorinnen dazu entschieden, die Interviews bei den Fachstellen und Fachpersonen vor Ort durchzuführen. Die positiven Aspekte der Interviewdurchführung vor Ort wurden dabei höher gewertet, als der aufzubringende zeitliche Aufwand. Häufig fanden die Interviews in den Beratungsräumen der Fachpersonen statt, was den Forschenden die Möglichkeit bot, den Arbeitsort der Expertinnen/Experten, die Gestaltung und den Duft der Räume zu erleben und damit eine persönliche Beziehung zur Fachstelle aufzubauen. Mehrere Fachpersonen haben die Autorinnen zudem auf deren Stellen herumgeführt, was für die Autorinnen einen interessanten Einblick in den Arbeitsalltag der Fachstelle wie auch eine persönliche Weiterbildung ermöglichte. Die Autorinnen achteten sich darauf, dass die nichtdokumentierten Aussagen der Fachpersonen vor und nach der Interviewdurchführung nicht verloren gingen.

#### 5.2.4 Ausarbeitung des Leitfadeninterviews

Das Leitfadeninterview wurde von den Autorinnen gemeinsam ausgearbeitet. Es beinhaltet zwei Teile, welche auf verschiedene Zielgruppen ausgerichtet sind. Im ersten Teil werden Fachpersonen befragt, welche in ihrer Arbeit mit aktuell konsumierende oder schwangere Frauen in Berührung kommen. Dieser Teil des Interviews beinhaltet sechs Hauptfragen und mehrere Nebenfragen (siehe Anhang). Um die unterschiedlichen Fachstellen und Fachpersonen bei der Auswertung einordnen zu können, beziehen sich die ersten beiden Hauptfragen auf die Klientinnen und die Art der von ihnen konsumierten Suchtmittel.

Darauf folgen vier Hauptfragen, welche sich auf die spezifische Beratungsart der einzelnen Fachstellen und Personen in Bezug auf die Prävention von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft beziehen. Die für diese Forschungsarbeit relevante Frage nach der Thematisierung des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft folgt an dritter Stelle. Sie wird ergänzt durch Nebenfragen bezüglich Informationen über die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das Kind und die Art der Reaktion der beratenden Person je nach Suchtmittel und Schwangerschaftswoche. Die vierte Hauptfrage bezieht sich auf den Zeitpunkt und die Indikatoren zur Aufnahme dieser Thematik in das Beratungsgespräch. Die fünfte Hauptfrage befindet sich ausserhalb des präventiven Aspektes, ist aber für die Autorinnen dennoch von Interesse. Es geht dabei um das weitere Vorgehen der Fachstelle oder Fachperson. Die Nebenfrage der fünften Hauptfrage bezieht sich auf das konkrete Vorgehen der Fachstelle oder Fachperson nach der Feststellung eines Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft. Mit der letzten Hauptfrage erkundigen sich die Autorinnen nach der individuellen Meinung der Fachpersonen, in welchem Rahmen, in welcher Struktur und zu welchem Zeitpunkt die Prävention von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft sinnvoll sein kann.

Der zweite Teil des Interviews richtet sich an Fachstellen, welche auf nichtsuchtmittelkonsumierende Frauen ausgerichtet sind. Das Interview ist in zwei Hauptfragen gegliedert. In der ersten Hauptfrage interessieren sich die Autorinnen dafür, inwiefern die spezifischen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während Schwangerschaft thematisiert werden. Die zweite Hauptfrage bezieht sich auf spezifische aktuelle Kampagnen und Projekte bezüglich dieser Thematik. Das detaillierte Leitfadeninterview ist im Anhang beigefügt.

### 5.2.5 Pretest

Um den Leitfaden zu prüfen, wurden vorgängig Testinterviews durchgeführt. Dabei übernahm eine der drei Autorinnen die Rolle der Interviewerin. Eine andere Autorin spielte die Rolle der befragten Expertin. Die dritte Autorin beobachtete das Geschehen und machte sich Notizen. Dieser Vorgang wurde mehrere Male wiederholt, wobei die Rollen der Reihe nach rotierten. Danach wurden die Notizen und Erkenntnisse gemeinsam besprochen und das Leitfadeninterview nochmals überarbeitet. Der angepasste Leitfaden wurde einem weiteren Pretest unterzogen und es folgten letzte Optimierungen. So konnte sichergestellt werden, dass der Leitfaden praxistauglich ist und in der Interviewdurchführung möglichst keine ungeahnten Problemsituationen entstehen.

### 5.2.6 Interviewdurchführung

Im Vorfeld der Interviewdurchführung wurden Informationen zur Fachstelle oder Fachperson gesammelt. Dadurch sollte das Abfragen von Tatsachen und Zahlen, wie beispielsweise die Anzahl der Mitarbeitenden oder die Kernaufgaben der Stelle, verhindert werden. Je besser die Vorbereitung auf das Interview durchgeführt wurde, desto vertiefter konnte im Interview auf die Leitfragen eingegangen werden. Aufgrund der Anzahl an Interviewterminen haben die Autorinnen die Interviews aufgeteilt und einzeln durchgeführt. Im Einverständnis der befragten Person wurden alle Gespräche digital aufgezeichnet, um einen Verlust der Informationen zu verhindern und eine korrekte Transkription der Angaben gewährleisten zu können. Für die weitere Auswertung ist zu beachten, dass alle Aussagen nur eine Sichtweise und die Transkripte nur das Gesagte wiedergeben. Stimmung, Körperhaltung und Gestik, bzw. die nonverbale Kommunikation konnten dabei nicht berücksichtigt werden.

Zu Beginn des Gesprächs haben sich die Autorinnen kurz vorgestellt und das Forschungsziel der Bachelorarbeit erläutert. Weiter haben die Autorinnen bei den Fachstellen das Einverständnis zur Bekanntgabe der Stellennamen eingeholt. Darauf folgte das halb- bis einstündige Interview.

### 5.2.7 Anmerkung der Autorinnen

Es war sehr erfreulich, dass sich alle der insgesamt dreizehn angefragten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner zu einem Interview bereit erklärt haben. Die befragten Fachpersonen waren sehr offen und verfügten über ein grosses Fachwissen, was den Interviews einen hohen Informationsgehalt verlieh. Die Autorinnen würden im Nachhinein mehr Zeit für die Ausarbeitung des Leitfadeninterviews einberechnen. Da es sich um Fachpersonen mit unterschiedlichen Ausrichtungen in ihrer beratenden Funktion handelte, war es eine Herausforderung, einen gemeinsamen Nenner für den Leitfaden zu finden.

## 5.3 Datenauswertung

Die Auswertung der Leitfadeninterviews erfolgte gemäss dem Verfahren von Michael Meuser und Ulrike Nagel (1991) (zit. in Horst Otto Mayer, 2008, S. 50). Dieses fünfstufige Verfahren eignet sich besonders für Leitfadeninterviews beziehungsweise Interviews mit Expertinnen/Experten. Laut Philipp Mayring (1997) ist das Verfahren nach Meuser und Nagel eine wesentlich effizientere Methode zur Interviewauswertung als klassische qualitative Inhaltsanalysen.

In der ersten Stufe des Verfahrens nach Meuser und Nagel wird eine textgetreue Paraphrasierung vorgenommen. Dabei haben die Autorinnen die einzelnen Leitfadeninterviews mit dem Programm „Express Dictate“ transkribiert. Der zweite Schritt beinhaltet die Verdichtung des Textmaterials sowie die Zuordnung zu ausgearbeiteten Codierungen. Um die Informationen zu gliedern, haben die Autorinnen die einzelnen Fachstellen spaltenweise in eine Tabelle eingefügt. Es wurden dabei diejenigen Textpassagen zur weiteren Verarbeitung ausgewählt, welche Antworten auf die Fragen des Leitfadens beziehungsweise der Kategorien gaben. Auf der dritten Stufe bei Meuser und Nagel geht es um den thematischen Vergleich und die Herstellung einer inneren Logik. Dazu haben die Autorinnen die Textpassagen aus den verschiedenen Interviews den verschiedenen Kategorien zugeordnet. Auf der vierten Stufe folgt die Konzeptualisierung. Dabei wird das Wissen verdichtet und Aussagen werden berichtigt. Die Autorinnen haben hier die einzelnen Fachstellen in verschiedene Angebotstypen aufgeteilt. Anschliessend wurden für jede Typgruppe die Gemeinsamkeiten und Differenzen der einzelnen Aussagen zu den Kategorien zusammengefasst und in einem Fliesstext festgehalten. Um die Aussagekraft dieser Zusammenfassung zu verdeutlichen, haben sich die Autorinnen dazu entschieden, den Text mit relevanten Zitaten aus den Interviews zu ergänzen. In der fünften und letzten Stufe nach Meuser und Nagel haben die Autorinnen die zusammengefassten Antworten in einen theoretischen Bezugsrahmen gesetzt.

## 6 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews dargestellt. Dazu wurden die verschiedenen befragten Stellen in Gruppen unterteilt:

**Gruppe A:** Stellen, welche hauptsächlich mit suchtmittelkonsumierenden Frauen arbeiten.

**Gruppe B:** Stellen, welche hauptsächlich mit schwangeren Frauen arbeiten.

**Gruppe C:** Stellen, welche hauptsächlich mit Frauen arbeiten, die weder schwanger sind noch Suchtmittel konsumieren.

**Gruppe D:** Eine Stelle, welche mit schwangeren Frauen arbeitet, welche Suchtmittel konsumieren.

In jeder Gruppe wurden die Antworten der Stellen gebündelt. Dabei sollten die Gemeinsamkeiten und Unterschiede des präventiven Umgangs auf institutioneller Ebene zu erfasst und somit die Forschungsfrage zu beantwortet werden. Die Kategorien lauten wie folgt:

- Thematisierung Schwangerschaft
- Thematisierung Suchtmittelkonsum
- Thematisierung Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft
- Thematisierung der Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind
- Art der Informationsweitergabe
- Vorgehen bei Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

## 6.1 Gruppe A

### 6.1.1 Befragte Stellen

Der Schwerpunkt der nachfolgenden Stellen liegt auf suchtmittelkonsumierenden Frauen.

#### *Drop In:*

Das Drop-in Luzern ist ein sozialpsychiatrisches Zentrum für substitutionsgestützte Behandlungen von opiatabhängigen Menschen. Der Fokus liegt auf der Substitution und sozialpsychiatrischen Betreuung. Dabei werden soziale Fragen behandelt, wobei die Sucht im Mittelpunkt steht.

#### *Hausarzt:*

Der befragte Hausarzt ist spezialisiert auf intrinsische Medizin und hauptsächlich zuständig für Patientinnen und Patienten mit Suchtproblematiken. Der Fokus liegt bei medizinischen Belangen.

#### *Notschlafstelle:*

Die Notschlafstelle bietet erwachsenen Menschen in akuten Krisensituationen ein Obdach. Ihr Fokus liegt auf der Vermittlung zu anderen Stellen (Triage) und einer adäquaten medizinischen Versorgung.

#### *Novizonte Sozialwerk – Haus für Frauen und Kinder:*

Dabei handelt es sich um eine Institution für Frauen mit Suchtproblemen und/oder psychischen Beeinträchtigungen und deren Kinder. Das Ziel ist eine Lebensbewältigung ohne den Konsum von Suchtmitteln. Der Fokus der Stelle liegt auf einer sozialpsychologischen Betreuung.

#### *Paradiesgässli:*

Das Paradiesgässli ist eine Anlaufstelle speziell für Familien, die von Sucht betroffen sind. Der Fokus liegt auf der Stabilisierung der Lebenssituation der Familie, auch mittels Triage zu anderen Fachstellen.

#### *SoBZ:*

Das Sozial-Beratungszentrum ist eine Suchtberatungsstelle für legale Süchte. Der Fokus liegt bei der Beratung von suchtbetroffenen Menschen.

### 6.1.2 Thematisierung Schwangerschaft

Bei vier der sechs befragten Stellen kommt das Thema Schwangerschaft erfahrungsgemäss erst beim Eintritt einer Schwangerschaft zur Sprache. Der Hausarzt weist zwar auf die schädliche Kombination von Tabakkonsum und einer Schwangerschaft bei Raucherinnen hin, wirklich zum Thema wird eine Schwangerschaft jedoch erst, wenn eine Frau schwanger ist.

Eine der beiden Stellen, welche Schwangerschaft schon vor dem Eintritt thematisieren, verlangt von den Frauen beim Eintritt in ihr Programm aufgrund der darauffolgenden opiathaltigen Behandlung einen Schwangerschaftstest: *„Wenn eine Frau im zeugungsfähigen Alter ins Drop-In kommt, muss sie vor dem Beginn der Behandlung einen Schwangerschaftstest machen“* (Interview Drop-In, 23. Mai 2014). Dieselbe Institution greift zu Beginn der Zusammenarbeit die Themen Verhütung und Partnerschaft auf: *„Verhütung ist im Rahmen der Prävention Thema, besonders auch bei Frauen, welche sich prostituieren oder in einer Beziehung leben“* (Interview Drop In, 23. Mai 2014). Die zweite der beiden Stellen führt eine Checkliste, welche beim Eintritt ins Programm mit der Frau durchgegangen wird. Dabei werden auch die Themen Kinderwunsch und Verhütung aufgegriffen. Nur wenn Schwangerschaft für die Frau ein Thema ist, wird es in der weiteren Beratung behandelt: *„Falls Schwangerschaft ein aktuelles Thema im Leben dieser Frau ist, wird es in der weiteren Behandlung im Rahmen der Diagnostikphase besprochen. Dabei geht es um eine genaue Betrachtung der verschiedenen Lebensbereiche der Frauen, wobei auch das Thema Schwangerschaft vertieft wird“* (Interview Novizone Sozialwerk, 14. Mai 2014).

### 6.1.3 Thematisierung der Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind

Drei der sechs befragten Stellen thematisieren die schädlichen Auswirkungen des jeweiligen Suchtmittelkonsums auf das Kind erst nach dem Eintritt der Schwangerschaft. Eine dieser drei Stellen begründet den Umgang mit diesen Informationen folgendermassen: *„Wir möchten diese Thematik nicht zum Dauerthema machen, da es etwas Stigmatisierendes hat, wenn es ständig angesprochen wird. Es ist wichtig, den Klientinnen nicht das Gefühl zu vermitteln, dass sie nichts im Griff haben“* (Interview Paradiesgässli, 6. April 2014). Eine andere Institution erwähnt: *„Man wird sensibler, wenn eine Schwangerschaft vorhanden ist. In der Beratung macht es einen Unterschied, ob nur die Frau oder noch ein Lebewesen vorhanden ist“* (Interview SoBZ, 21. Mai 2014).

Eine Institution überlässt die Thematisierung dieser Problematik bewusst den zuständigen Ärzten: *„Wir überlassen die Aufklärung über die schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf den Säugling den Ärzten, da es sich dabei um eine medizinische Angelegenheit handelt“* (Interview SoBZ, 21. Mai 2014).

Die zwei anderen Stellen klären über die schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind auf, sobald eine Frau den Wunsch nach einem Kind bekundet: *„Wenn eine Frau den Kinderwunsch äussert, weist die Bezugsperson auf die schädlichen Auswirkungen auf den Säugling hin, wie auch auf die Möglichkeit, dass das Kind nicht bei der Mutter bleiben darf“* (Interview Drop In, 23. Mai 2014).

#### 6.1.4 Art der Informationsweitergabe

Fünf der sechs befragten Stellen haben kein spezifisches Konzept, keinen definierten Ablauf, wie sie die Frauen über die schädlichen Auswirkungen ihres Suchtmittelkonsums auf das Kind informieren. Sie übermitteln die Informationen im Gespräch individuell angepasst auf die Situation der jeweiligen Frauen. Zwei der sechs Stellen weisen die Frauen für entsprechende Informationen an interne wie auch externe Ärzte weiter.

Novizone arbeitet mit einem Informationsmodul in Form einer PowerPoint-Präsentation. Diese orientiert über die Auswirkungen des Konsums von Tabak, Alkohol und anderen Suchtmitteln auf die eigene Gesundheit, wie auch auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes. Die Präsentation wird gemeinsam mit der Bezugsperson angeschaut.

#### 6.1.5 Vorgehen bei Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Die befragten Stellen sind auf verschiedene Suchtmittel spezialisiert. Das Vorgehen bei einer Schwangerschaft unterscheidet sich je nach Stelle und Art des Suchtmittels. Bei der Institution, welche Opiatbehandlungen anbietet, ist das Vorgehen bei einer Schwangerschaft klar geregelt: *„Zuerst machen wird eine Meldung an die interdisziplinäre Schwangerschaftssprechstunde. Diese Meldung geht dann an die Sozialberatung vom Luzerner Kantonsspital. Es wird ein Spezialsetting eingerichtet mit unterschiedlichen Fachpersonen. Dabei wird zusammen geschaut, wie die soziale Situation der schwangeren Frau aussieht. Es wird eine Meldung an die KESB gemacht, welche dann überprüft, wie die Familie lebt und wie die sozialen Verhältnisse tatsächlich aussehen“* (Interview Drop In, 23. Mai 2014).

Bei zwei weiteren Stellen, welche mit harten Suchtmitteln zu tun haben, wird versucht, mit der betroffenen Frau ins Gespräch zu kommen und die Situation durch eine Triage (an Ärztinnen/Ärzte, Gynäkologinnen/Gynäkologen oder andere Fachstellen) unter Kontrolle zu bekommen. Bei starkem Widerstand kann es auch vorkommen, dass eine Gefährdungsmeldung an die KESB aufgrund einer Fremdgefährdung gemacht wird.

Die Beratungsstellen, welche mit legalen Süchten arbeiten, thematisieren das Suchtverhalten in der Beratung und versuchen ebenfalls zu triagieren: *„Beim Eintritt einer Schwangerschaft fragen wir interessiert nach und verweisen auf die Wichtigkeit der Behandlung durch Ärztinnen/Ärzte. Wir unterstützen die Frauen auch bei Terminvereinbarungen mit Ärztinnen/Ärzte oder Gynäkologinnen/Gynäkologen“* (Interview SoBZ, 21. Mai 2014).

## 6.2 Gruppe B

### 6.2.1 Befragte Stellen

Die Angebote der folgenden Stellen fokussieren sich hauptsächlich auf die Arbeit mit schwangeren Frauen.

#### *Verein Ehe- und Lebensberatung (elbe):*

In der Schwangerschaftsberatung begleitet die *elbe* Frauen in Fragen zu den Themen Schwangerschaftsabbruch, unerwünschte/ erwünschte Schwangerschaft, Verhütung und Partnerschaft oder allgemein zur Familienplanung. Der Fokus der Ehe- bzw. Lebensberatung liegt bei Krisensituationen und bei Aspekten von Trennung oder Scheidung. Zudem erteilen sie rechtliche Auskünfte, vor allem im Bereich des Arbeitsrechts. Die *elbe* arbeitet interdisziplinär und hat nebst dem sozialarbeiterischen auch einen psychotherapeutischen Anteil.

#### *Gynäkologin:*

Die Gynäkologin befasst sich, nebst der Tätigkeit als Hausarztmedizinerin, auch mit Frauenkrankheiten und Geburtshilfe.

#### *Interdisziplinäre Schwangerschaftssprechstunde (ISS):*

Für schwangere Frauen mit psychischen Problemen wird eine Sprechstunde angeboten. Die neue Frauenklinik, der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst der Luzerner Psychiatrie und die Erwachsenen-Psychiatrie (Lups) sind an diesem Angebot beteiligt. Die interdisziplinären Sprechstunden werden von Psychiaterinnen/Psychiatern durchgeführt. Bei den Klientinnen handelt es sich um schwangere Frauen, welche über das Ambulatorium der neuen Frauenklinik Luzern betreut werden.

### 6.2.2 Thematisierung der Suchtmittel

Bei allen drei Stellen, welche sich hauptsächlich mit schwangeren Frauen beschäftigen, kommt der Konsum von Suchtmitteln zur Sprache. Die Thematisierung erfolgt im Erstgespräch der Beratung oder im Verlaufe der Gespräche aufgrund eines Auftrags bei der Zuweisung, einer Vermutung oder der Initiative der Klientin. Dazu meint die ISS: *„Das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft wird also nur dann thematisiert, wenn dies bei der Zuweisung als Auftrag vorliegt oder wenn der Verdacht auf Suchtmittelkonsum besteht“* (Interview ISS, 28. Mai 2014). Die Fachpersonen der *elbe* bringen bereits bei der Anmeldung in Erfahrung, ob eine Frau Suchtmittel konsumiert.

Ausgangspunkte für die Thematisierung ist bei einer Stelle die Vorabklärung: „Bei denen die Suchterkrankung bekannt ist und die mit diesem Auftrag bei uns angemeldet werden“ (Interview ISS, 28. Mai 2014). Bei einer anderen Stelle erfolgt die Thematisierung auf Initiative der Frau: „Wenn Frauen trinken, rauchen und ihnen bewusst wird, dass sie schwanger sind, suchen sie selbst die Beratung auf, weil sie sich Sorgen machen, ob das nun schädlich für ihr Kind ist“ (Interview elbe, 14. Mai 2014). Wenn das Thema bei Frauen aufkommt, vermutet die elbe, dass die Frauen durch ihren Besuch bei der Frauenärztin/beim Frauenarzt informiert werden: „Ich denke, dass dies der Frauenarzt am ehesten feststellt, bei einer Urinprobe“ (Interview elbe, 14. Mai 2014). Die ISS sieht dies gleich: „Ich denke, es sind nicht viele Frauen, welche wir nicht erreichen. Wenn eine Frau suchtmittelabhängig ist und schwanger wird, geht sie gezwungenermassen zur Gynäkologin/zum Gynäkologen oder Hausärztin/Hausarzt, bei welchen eine Suchtmittelabhängigkeit meist schon auffällt“ (Interview ISS, 28. Mai 2014). Beide weisen auf die gynäkologische Untersuchung hin. Dazu die Gynäkologin: „Wenn entweder bekannt ist, dass die Frau Drogen konsumiert oder ich die Vermutung habe, dass sie konsumiert, spreche ich es an. Vielfach wird dann aber verneint, dass eine Sucht da ist“ (Interview Gynäkologin, 27. Mai 2014).

### 6.2.3 Thematisierung Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind

In allen Fällen werden die betroffenen schwangeren Frauen über die Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes informiert. Dabei meint die Elbe: „Ich würde ihr aufzeigen, was das Kind braucht und was für Risiken, nicht nur für sie, sondern auch für das Kind bestehen. [...] Auf alle Fälle sprechen wir an, dass das Kind einen Entzug durchmacht. Das sollte die Frau wissen. Also auch wenn sie [...] dann Medikamente einnehmen muss, die solche Ursachen verursachen würden“ (Interview elbe, 14. Mai 2014). Die Gynäkologin meint: „dazu gehört auch der Hinweis, dass Drogenkonsum schadet. Aber die Frauen wissen dies ja. Bei Frauen mit Suchtproblematik ist die Motivation vielfach grösser, den Konsum einzuschränken, wenn sie schwanger sind, als davor [...]. Ich informiere sie, auch über den potentiellen Entzug des Babys [...]“ (Interview Gynäkologin, 27. Mai 2014). Bei der ISS triagieren sie bewusst an das Spezialsetting (Kinderschutzgruppe): „Die Vermittlung dieser Informationen übernimmt im Spezialsetting der Neonatologe. Jedes Mitglied dieses Spezialsettings übernimmt die Aufklärung in seinem entsprechenden Fachgebiet“ (Interview ISS, 28. Mai 2014).

### 6.2.4 Art der Informationsweitergabe

In der Beratung werden die Frauen auf die Problematik des Konsums mündlich hingewiesen. Die Gynäkologin erwähnt, dass bei Untersuchungen die Frauen gelegentlich aus eigener Initiative sowohl das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft ansprechen als auch einen Kinderwunsch andeuten. In diesen Fällen gibt sie den Frauen generelle Informationen. Bei der interdisziplinären Schwangerschaftssprechstunde handelt es sich vor allem um Vermittlung von Informationen.

## 6.2.5 Vorgehen bei Suchtmittelkonsum und Schwangerschaft

Wird ein Suchtmittelkonsum erkannt, werden die Frauen häufig weiterverwiesen.

„*Schwangere Frauen, welche unter einer Suchterkrankung leiden, an das Spezialsetting (Kinderschutzgruppe) weiterverwiesen*“ (Interview ISS, 28. Mai 2014). Auch bei den anderen zwei Fachstellen wird themenspezifisch auf weitere Stellen verwiesen. Beim Thema Sucht meint die elbe: „*Wenn sie das bestätigt, dann schaue ich, was sie braucht, was sie für Vernetzungen braucht*“ (Interview elbe, 14. Mai 2014). Die Gynäkologin empfiehlt den Frauen, sich an eine Beratungsstelle zu wenden. In allen Fällen wird vermutet, dass die Frauen schon mit anderen Stellen vernetzt sind. Eine Stelle erwähnt: „*je nach Kooperation und Situation der Patientin können weiterführende Angebote vermittelt werden*“ (Interview ISS, 28. Mai 2014). Eine weitere Stelle meint: „*Wir empfehlen so bald als möglich einen Termin bei einer Ärztin/einem Arzt zu vereinbaren um Fragen bezüglich dem Körperlichen, Gesundheitlichen zu beantworten [...], wenn ich sehe, dass die Situation schwieriger wird, dann biete ich Triage an oder erwähne die Möglichkeit, das Angebot der KESB*“ (Interview elbe, 14. Mai 2014).

Dabei erwähnen zwei Stellen die Eigeninitiative der Betroffenen. Die eine beschreibt: „*Frauen suchen oft selber den Kontakt zum professionellen System*“ (Interview ISS, 28. Mai 2014) und eine andere Stelle erwähnt, dass die Frauen meistens schon gut vernetzt sind.

Die Fachstellen gehen davon aus, dass die Frauen über die schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft bereits Bescheid wissen und trauen ihnen auch ein Grundwissen zu: „*Dass eine Frau nicht darüber Bescheid weiss, dass Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft schädlich für ihr Kind ist, halte ich heutzutage nahezu für ausgeschlossen*“ (Interview ISS, 28. Mai 2014). Nebst dem Vorgehen bei Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft und dessen Folgen für das Kind, wurde auch auf weitere Themen wie das Kindeswohl eingegangen: „*Gegebenenfalls kann auch eine Meldung bei den zuständigen Behörden gemacht werden mit der Empfehlung abzuklären, ob eine Beistandschaft für das Kind nötig sein wird*“ (Interview ISS, 28. Mai 2014).

## 6.3 Gruppe C

Im Folgenden werden die Stellen beschrieben, welche hauptsächlich Frauen beraten, die weder schwanger sind und noch Suchtmittel konsumieren.

### *Schulsozialarbeit:*

Die Schulsozialarbeit der Gemeinde Malters berät Schülerinnen/Schüler der Oberstufe und arbeitet eng mit den Lehrpersonen zusammen.

### *Mütter- und Väterberatung:*

Die Mütter- und Väterberatung Region Luzern begleitet Familien mit Kindern bis 5 Jahren, wobei die Mütterberaterinnen unterstützen Eltern bei Familien-, Kinder- und Erziehungsfragen unterstützen. Ihr Schwerpunkt ist die Beratung und Begleitung bei den elterlichen Pflichten und die Gewährleistung des Kinderschutzes.

### *Akzent:*

Die Suchtprävention wird im Kanton Luzern durch die Stelle Akzent sichergestellt. Zu ihren Dienstleistungen gehören gesundheitsfördernde Elemente, Suchtprävention und Hilfe zur Früherkennung gefährdeter Menschen. Akzent arbeitet hauptsächlich mit Schlüsselpersonen in Schulen, Freizeit, Arbeit, Erziehung und Gemeinden. Diesen bieten sie Beratungen, Schulungen und eine Plattform zum Austausch. Sie orientieren sich an der selektiven Prävention, womit ihr Fokus bei Frauen liegt, die mit ihrem Verhalten ihre Gesundheit schädigen. Akzent richtet seine Präventionsmassnahmen gezielt an gefährdete Menschen.

### 6.3.1 Thematisierung Schwangerschaft

Generell wird das Thema Schwangerschaft bei der Schulsozialarbeit und der Mütter- und Väterberatung eher zurückhaltend angesprochen. Es ist hier nur von zwei Stellen die Rede, da Akzent nicht mit Direktbetroffenen in Kontakt steht.

Schwangerschaft sei in der Oberstufe kein zentrales Thema, aus diesem Grund meint die Schulsozialarbeit wird es selten angesprochen. Es stehen Themen im Vordergrund, welche der aktuellen Lebensphase entsprechen wie erste sexuelle Erfahrungen und Liebe. Die Beratung befasst sich auch mit Suchtproblemen der Eltern und Verhütungsmittel, wobei auf die schädliche Kombination mit Rauchen aufmerksam gemacht wird. Bei der Mütter- und Väterberatung wird selten über Schwangerschaft gesprochen, da sich die Beratung insbesondere an Paare oder Einzelpersonen richtet, welche bereits Eltern sind.

### 6.3.2 Thematisierung der Suchtmittel

Die Schulsozialarbeiterin erläutert, dass die Aufklärung im Bereich Suchtmittel Bestandteil des Lehrplans ist. Die Lehrpersonen können dies während der Oberstufenjahre in den Unterricht einbauen und bei Bedarf die Schulsozialarbeiterin miteinbeziehen. Dabei stehen das Rauchen und der Alkoholkonsum im Vordergrund. Es kann vorkommen, dass bei Mädchen die Medikamenteneinnahme angesprochen wird, falls sie oft nach Medikamenten fragen.

Suchtmittelkonsum thematisiert die Mütter- und Väterberatung, wenn ein Verdacht der Beraterin oder der zuständigen Ärztin/des zuständigen Arztes besteht. Dabei ist es den Beraterinnen wichtig, erst eine gewisse Vertrauensbasis zu schaffen, um dann das Thema anzusprechen: *„Im besten Fall sprechen wir das Sucht-Konsumverhalten an, wenn wir eine Vertrauensbasis aufgebaut haben“* (Interview Mütter- und Väterberatung, 27. Mai 2014).

### 6.3.3 Thematisierung von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Eine Aufklärung zu den Auswirkungen der Suchtmittel auf das ungeborene Kind erfolgt bei der Mütter- und Väterberatung nur auf Initiative der betreuten Personen gemacht. In einem solchen Fall verweist die Stelle an die Ärztin/den Arzt der Frau oder an die Fachstelle Drop-In. Auf die Frage, ob präventiv über die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft aufgeklärt wird, wenn aufgrund von psychischer Instabilität oder anderer Anzeichen der Eindruck entsteht, die Klientin könnte allenfalls zu Suchtmitteln greifen, antwortete die Mütter- und Väterberatung wie folgt:

*„Nein, das machen wir nicht. Nur wenn die Eltern auf uns zukommen und beunruhigt sind, also wenn jemand sagt „Ja, ich konsumiere ab und zu Alkohol.“ Und wenn ganz klar schon ein ersichtlicher Konsum da ist, welcher zu hoch ist und wir mit offenen Karten spielen können, dann auch“* (Interview Mütter- und Väterberatung, 27. Mai 2014).

Wenn die Schulsozialarbeit den Suchtmittelkonsum thematisiert, geht es weniger um die Auswirkungen bei einer potentiellen Schwangerschaft, als um ein gesundes Körperbewusstsein. Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf die Schwangerschaft werden nicht aufgegriffen.

### 6.3.4 Art der Informationsweitergabe

Die Informationen werden den Frauen hauptsächlich mittels Broschüren und Prospekten oder mündlich vermittelt. Akzent stellt selbst solche Broschüren und Prospekte her, welche an Ärztinnen/Ärzte, Hebammen oder andere Fachstellen verteilt werden, um die Frauen vorab in Bezug auf Suchtmittelkonsum zu sensibilisieren.

Auch die Mütter- und Väterberatung stützt sich bei der Aufklärungsarbeit auf die Broschüren und Prospekte von Akzent und anderer Organisationen (beispielsweise Schweizerische Krebsliga). Diese Informationen sind jedoch allgemein gehalten und beziehen sich nicht gezielt auf die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft.

Klasseninterventionen sind eine Form der Belehrung in der Schulsozialarbeit, werden jedoch nur selten zu Suchtthemen und wurden noch nie zur Prävention von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft durchgeführt. Auch werden Erfahrungsberichte von Direktbetroffenen beigezogen. Auch die Schulsozialarbeit stützt sich auf Unterlagen von Akzent zur Problematik abhängiger Eltern und zur Prävention. *„Mit Akzent sind wir in Kontakt, wenn es um Präventionssachen geht. Also um zu schauen, was haben sie für ein Angebot für Schulen. Und ich erhalte von ihnen auch regelmässig Unterlagen, bezüglich bei Fällen von Kindern mit suchtmittelkonsumierenden Eltern, bei solchen Themen“* (Interview Schulsozialarbeit, 15. Mai 2014).

### 6.3.5 Vorgehen bei Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Gemeinsam ist der Schulsozialarbeit und der Mütter- und Väterberatung, dass sie Frauen oder Mädchen an Fachstellen triagieren, wenn diese schwanger sind und Suchtmittel konsumieren, damit sie dort zu den richtigen Informationen und einer guten Begleitung kommen. Die Mütter- und Väterberaterinnen verweisen Schülerinnen vor allem an die Beratungsstelle elbe, das SoBZ oder an die Jugendberatungsstelle CONTACT. Die Schulsozialarbeiterin erwähnt ihren einzigen diesbezüglichen Fall: Ein schwangeres Mädchen, welches rauchte, wurde in die Beratung zur elbe geschickt.

Akzent geht davon aus, dass eine Frau bei Eintritt der Schwangerschaft stark motiviert sein könnte, den Suchtmittelkonsum zu reduzieren oder ganz aufzugeben:

*„Was eine präventive Chance wäre, ist, dass Mütter in der Schwangerschaft vielleicht eher bereit sind, zugunsten ihres Kindes vom Suchtverhalten Abstand zu nehmen. Dieses sogenannte window of opportunity bzw. teachable moment zu nutzen, könnte sinnvoll sein“* (Interview Akzent, 5. Mai 2014).

## 6.4 Gruppe D

Hier wird auf diejenige Stelle eingegangen, welche Frauen berät, die schwanger und suchtmittelabhängig sind.

*Kinderschutzgruppe des Kantonsspitals Luzern:*

Die Kinderschutzgruppe nimmt den Auftrag des Kinderschutzes des Kinderspitals Luzern wahr. Sie besteht aus Fachleuten der Sozialarbeit, Pflege, Psychologie, Kinderpsychiatrie, Kinderchirurgie, Pädiatrie und Neonatologie. Bei Fällen von schwangeren Frauen mit Suchtmittelkonsum werden Sitzungen mit der sogenannten Drogengruppe (Untergruppe der Kinderschutzgruppe) gehalten, um die Situation zu besprechen. Die jeweiligen Frauen werden von einer Sozialarbeiterin der Kinderschutzgruppe kontaktiert, damit eine potentielle Gefährdung des Kindeswohls abgeklärt werden kann. Es wird angestrebt, bei Austritt des Kindes aus dem Spital ein Konzept für die weitere Betreuung der Mutter erarbeitet zu haben. Das Interview wurde mit der Sozialarbeiterin geführt, welche die Kinderschutzgruppe leitet und Frauen berät.

### 6.4.1 Vorgehen bei Schwangerschaft und Suchtmittelkonsum

Schwangere Frauen, die Suchtmittel konsumieren, gelangen via Schwangerschaftsambulatorium oder Zuweisung der Gynäkologin/des Gynäkologen zur Kinderschutzgruppe. Die Frauen erhalten gemäss Vorgabe des Kantonsspitals Luzern, die Auflage sich von einer Sozialarbeiterin beraten zu lassen. Die Frauen werden über mögliche Massnahmen oder Beistandschaften, welche allenfalls nötig sind, aufgeklärt.

Die Neonatologinnen/Neonatologen der Kinderschutzgruppe besprechen mit der betroffenen Frau das weitere Vorgehen nach der Geburt. Dabei kann es auch um eine therapeutische Behandlung des Kindes gehen, falls Entzugserscheinungen auftreten. Auch wird die Dosierung des Suchtmittelkonsums der Mutter thematisiert. Die Kinderschutzgruppe hält fest, dass ein unveränderter Konsum ohne zusätzliche Substanzen besser ist als eine abrupte Reduktion des Konsums während der Schwangerschaft. Dies gilt vor allem bei Methadonkonsum, denn die Mehrheit der Frauen, welche beraten werden, befinden sich in einem Methadonprogramm. Viele Frauen sind motiviert, den Konsum stark zu reduzieren oder sogar zu stoppen, doch die Kinderschutzgruppe legt mehr Wert auf die psychische und physische Stabilität der Frau während der Schwangerschaft, als auf die Reduktion des Konsums mit den entsprechenden Risiken: *„Es gibt ja auch viele Mütter, welche in der Schwangerschaft sehr motiviert sind, den Konsum stark zu reduzieren, doch da vertreten wir die Meinung, der Konsum sollte eher konstant gehalten werden“* (Interview vom 19. Mai 2014).

In den meisten Fällen wird eine Gefährdungsmeldung an die KESB gemacht, dies oft im Einverständnis der werdenden Eltern. Besteht für diese kein Grund für eine Gefährdungsmeldung, wird die Meldung oft nach der Geburt gemacht: *„Also strategisch machen wir die Gefährdungsmeldung erst kurz nach der Geburt, damit die schwangere Frau nicht in ein kleines regionales Spital gebären geht oder sogar zuhause gebärt“* (Interview Kinderschutzgruppe, 19. Mai 2014).

#### 6.4.2 Art der Informationsweitergabe

Die Informationen werden den Frauen mündlich vermittelt. Die Abklärung einer potentiellen Kindeswohlgefährdung in Zusammenarbeit mit der schwangeren Frau erscheint der Kinderschutzgruppe jedoch wichtiger als die umfassende Aufklärung der Frau: *„Es geht um die Überprüfung, kann die werdende Mutter die Erziehung übernehmen oder nicht und was braucht es allenfalls für Massnahmen. Und das thematisieren wir auch mit den werdenden Eltern“* (Interview Kinderschutzgruppe, 19. Mai 2014).

## 7 Diskussion der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die wesentlichen Forschungsergebnisse präsentiert und in Bezug zu den vorgestellten Theorien gesetzt, mit dem Ziel, die Forschungsfrage zu beantworten.

### 7.1 Neue Theorien

Mit den Forschungsergebnissen wurde deutlich, dass Prävention nur zu einem kleinen Anteil in der Praxis gemacht wird. Umso wichtiger scheint es den Autorinnen, dass an dieser Stelle zusätzlich zur Präventionstheorie die Begriffe Früherkennung, Frühbehandlung und Behandlung erläutert werden.

#### 7.1.1 Frühbehandlung und Frühbehandlung

Prävention kann entweder über die Beobachtung und Behandlung von Einflussfaktoren geschehen, oder aber über die *Früherkennung*, das heisst über die Schulung der Beobachtungen von Anzeichen für ein zu verhinderndes Problem.

Da Prävention, wenn sie ein Problem verhindern will, bei Belastungsfaktoren und deren Schutzfaktoren ansetzen muss und die Zahl der Einflussfaktoren bei vielen Problemen sehr gross ist, macht es Sinn, den Fokus zunehmend auf Früherkennung zu legen.

Der Begriff *Früherkennung* lässt sich keinem der Begriffe, weder der Prävention noch der Behandlung, zuordnen. Die Früherkennung nimmt ihre eigene Perspektive ein und versucht, Symptome eines Problems frühzeitig zu erkennen und zu erfassen. Wenn für die Früherkennung keine technischen Mittel zu Verfügung stehen (wie z.B. ein Röntgengerät, Radar), so wird durch eine *Systematisierung der Beobachtungen* versucht, das Ziel zu erreichen (Hafen, 2013, S. 93-94).

Hafen (2013) nennt drei Ebenen der Systematisierungsleistungen:

- Beobachtung der Problemanzeichen
- Austausch dieser gemachten Beobachtungen
- Einleitung von früh behandelnden Massnahmen (S. 96)

*Früherkennung* unterscheidet sich von Prävention, in dem sie Anzeichen für ein Problem in einem frühen Stadium erkennt und dort ansetzt. Wie bei der Prävention ist das Problem ebenfalls noch nicht eingetroffen. Jedoch werden bei der Früherkennung die problemnahen Symptome erkannt. Die Massnahmen der Früherkennung erfüllen nur den Beobachtungsteil. Sie realisieren zuerst durch Beobachtungen die Anreize für ein zu verhinderndes Problem und systematisieren diese danach. Ohne Symptome ist eine Früherkennung wie auch eine Frühbehandlung gar nicht möglich.

Wird in der Sozialarbeit Früherkennung praktiziert, so teilt man die Fälle in Nicht-Behandelnde und in Behandelnde, und im Gesundheitssystem in Kranke und Gesunde auf. Diese Unterteilung ergibt Sinn, wenn nach dem Erkennen die Fälle behandelt werden. Dies bedeutet, dass Früherkennung zu *Frühbehandlung* führt. Somit wird bei der Entdeckung von Symptomen die Behandlungsseite aktiviert. Sind betroffene Menschen durch die Beobachtung erfasst, werden die spezifischen Personen relevant für das Behandlungssystem (Hafen, 2013, S. 93-96).

Zusammenfassend kann Prävention von Früherkennung und -behandlung unterschieden werden, indem Prävention vor dem Eintritt des Problems zum Zuge kommt, während die Früherkennung beim Anzeichen von Symptomen für das zu verhindernde Problem aktiv wird.

### 7.1.2 Behandlung

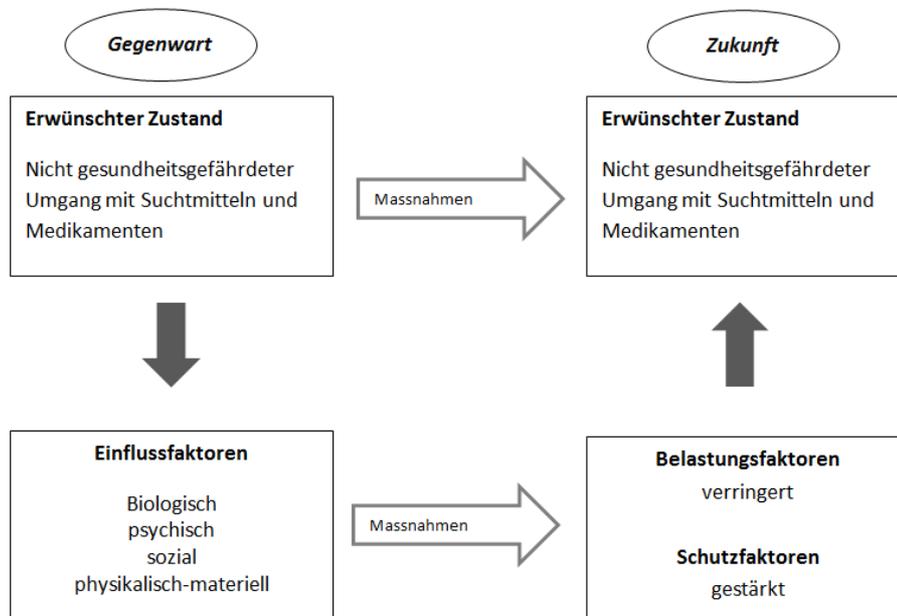


Abbildung 9: Die Form der Behandlung am Beispiel Medikamentensucht (In Anlehnung an Hafen, 2013, S. 87)

Behandlung umschreibt im Gegensatz zur Prävention und Früherkennung bereits deutlich was gemeint ist, da das definierte Problem eingetroffen ist. Wir sprechen von Behandlung, wenn durch Eingriffe versucht wird, ein definiertes Problem zu beheben, zu mildern oder zumindest nicht zu verschlimmern. Das genau definierte Problem ist eingetroffen und die Behandlung kann gezielt starten. Auch wenn während der Behandlung noch weitere Themen zum Vorschein kommen und angegangen werden, ist es zentral, dass das definierte Problem (mit-)behandelt wird (Hafen, 2013, S. 82-109).

Jedes Problem hat eine Ursache. Wenn das Problem noch nicht eingetroffen und ersichtlich ist, handelt es sich um Prävention. Sofern das Problem noch nicht eingetroffen ist, jedoch bereits Problemsymptome ersichtlich sind, spricht man von Früherkennung.

Ist das Problem eingetroffen, so gelten die dagegen ergriffenen Massnahmen als Behandlung. Auch Behandlung kann präventive Aspekte abdecken, indem durch eine Behandlung des eingetroffenen Problems mögliche Ursachen eines Folgeproblems verhindert werden können. Die Behandlung kann somit für das Folgeproblem präventiv sein (Hafen, 2013, S. 85).

Es ist zentral, den Fokus auf das Problem zu legen und darauf zu achten, ob es bereits eingetroffen ist oder ob Symptome davon ersichtlich oder noch nicht vorhanden sind. Dadurch wird eine Abgrenzung zwischen den drei Massnahmen Prävention, Früherkennung und Behandlung möglich. Bei der Behandlung kann aufgrund des eingetroffenen Problems eine Person konkret benannt, angesprochen und behandelt werden. Da bei der Prävention ein Problemeintritt in der Zukunft liegt, können die Zielpersonen vorerst als *Noch-Nicht-Klientinnen/ Klienten* bezeichnet werden (Hafen, 2013, S. 92-109).

#### *Bemerkung zu den Theoriebezügen der Prävention*

Mithilfe dieser Einteilung in Früherkennung, Frühbehandlung und Behandlung und der Erläuterung der Theorien können die Autorinnen die Antworten der befragten Gruppen präziser einteilen.

Das definierte Problem Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft kann Folgeprobleme haben. Ein Folgeproblem ist die Auswirkung von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft auf das Kind. Zu Beginn der Arbeit haben sich die Autorinnen die Frage gestellt, wer sich für die Gesundheit des Kindes interessiert und wie der Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft auf institutioneller Ebene angegangen wird. Um das Folgeproblem, die Auswirkungen des Konsums auf das Kind, zu verhindern, darf zwangsläufig ein vorangegangenes Problem nicht eintreten, welches in der Arbeit das Hauptproblem darstellt: Der Konsum von Suchtmitteln der werdenden Mutter während der Schwangerschaft.

Somit wollen die Autorinnen in diesem Kapitel mittels zusätzlichen Theoriebezuges die Frage beantworten, ob sich die befragten Stellen präventiv bezüglich des Hauptproblems verhalten, in dem sie Informationen über die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das Kind weitergeben. In einem nicht-präventiven Handeln der Stellen wollen die Autorinnen verdeutlichen, ob es sich dann um Früherkennung, Frühbehandlung oder Behandlung des Problems gemäss Definition von Hafen handelt. Präventiv handeln nur die Stellen, welche die Klientin vor Eintritt einer Schwangerschaft über das Problem und mögliche Folgeprobleme aufklären.

## 7.2 Theoriebezüge

### 7.2.1 Theoriebezug Prävention, Früherkennung, Frühbehandlung und Behandlung

Präventives Handeln ist bei der **Gruppe A** (suchtmittelkonsumierende Klientinnen) möglich, wenn die Klientinnen über die Risiken, welche bei einer Schwangerschaft entstehen können, aufgeklärt werden.

#### *Beurteilung*

Bei der Mehrzahl der Stellen wird das Thema Schwangerschaft erst beim effektiven Eintritt einer Schwangerschaft diskutiert. Bei den restlichen Stellen (Drop-In und Novizone) erfolgt die Thematisierung der Schwangerschaft im Rahmen des Aufnahmeprozesses (Schwangerschaftstest, Aufnahmecheckliste). Keine der sechs befragten Stellen spricht die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind von sich aus an. Die Thematisierung erfolgt entweder nach Eintritt der Schwangerschaft oder wenn eine Frau den Wunsch nach einem Kind äussert. Eine Stelle überlässt die Aufklärung über die schädlichen Auswirkungen auf das ungeborene Kind bewusst den Ärzten, da es sich um eine medizinische Angelegenheit handelt. Der Grossteil der sechs Stellen hält sich nicht an einen Rahmen bezüglich der Weitergabe von Informationen. Die Überlieferung der Informationen erfolgt mündlich und ohne Abgabe von schriftlichem Informationsmaterial. Eine der Stellen übermittelt die Informationen mittels einer PowerPoint-Präsentation. Die befragten Stellen haben je nach Art des Suchtmittels, auf welches sie spezialisiert sind, ihr eigenes spezifisches Vorgehen bei einer Schwangerschaft. Alle Stellen unternehmen jedoch den Versuch, eine Triage zu einer spezialisierten Institution herzustellen.

Das Ansprechen und Besprechen der Details zu den Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft, wie es der Hausarzt oder Novizone machen, ist daher präventiv. Auch die vorsorgliche Abklärung bei Beratungs- bzw. Programmbeginn durch einen Schwangerschaftstest hat präventiven Charakter. Die Triage an geeignete Stellen gilt bei einer Vermutung eines Konsums als Früherkennung und bei tatsächlichem Konsum während einer Schwangerschaft als Frühbehandlung. Eine Behandlung des Problems kann beim Schwangerschaftseintritt nur mit adäquatem Begleiten der Klientin geschehen. Die Suchtberatungsstellen und die substitions-gestützte Behandlung unterstützen die Frauen, ihren Konsum stabil zu halten oder zu reduzieren. Es kann gesagt werden, dass sie das Problem des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft bestmöglich behandeln. Wichtig ist den Stellen vor allem, eine stabile Lebenssituation herzustellen. Dies kann mithilfe von Substitution oder kontrollierter Abgabe erreicht werden. Ebenfalls bieten die Stellen Unterstützung, den Konsum zu minimieren oder ganz von dem Suchtmittel abzukommen.

Bei der **Gruppe B** (schwängere Klientinnen) können die Stellen nur präventiv handeln, wenn sie die suchtmittelabstinent lebende Klientin darauf hinweisen, dass sie weiterhin nichts konsumieren soll, zumindest solange sie schwanger ist (und stillt). Da dies in der Realität/Praxis der Fachstellen keine Relevanz hat, wird in der Gruppe B hauptsächlich mit Früherkennung, -behandlung und Behandlung gearbeitet.

### *Beurteilung*

Bei allen drei Stellen, welche sich hauptsächlich mit schwangeren Frauen beschäftigen, wird der Konsum von Suchtmitteln zum Thema. Dies geschieht entweder generell bei der Abklärung im Erstgespräch oder wenn ein Suchtmittelkonsum vermutet wird. Es kommt auch vor, dass das Thema auf Initiative der Klientin im Laufe der Gespräche zur Sprache kommt. Die Thematisierung der Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das ungeborene Kind erfolgt nur bei einer Stelle. Diese informiert alle Frauen, die einen Termin haben, generell darüber auf, dass ein Konsum während der Schwangerschaft schädliche Folgen hat. Ansonsten werden die nicht-präventiven Informationen je nach Stelle unterschiedlich weitergegeben. Bei zwei Stellen wird auf die Risiken der Schwangerschaft und den Entzug, welcher das Kind möglicherweise nach der Geburt macht, hingewiesen. Die dritte Stelle überweist die Klientin zur Aufklärung zu einer Fachärztin/einem Facharzt. Die Informationsweitergabe erfolgt mündlich und läuft nicht nach einem geregelten Ablauf. Im Falle eines Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft reagieren alle Stellen mit Triage oder der Empfehlung einer Triage an eine geeignete Einrichtung bzw. Beratungsstelle.

Da die Frauen bei dieser Gruppe bereits schwanger sind, entfällt der Aspekt der Prävention. Bis auf die Tatsache, dass die eine Stelle alle ihre Patientinnen darüber informiert, und dies vor der Schwangerschaft, geht ansonsten keine der Stellen vertiefter auf die Thematik ein.

Nur wenn die Frau den Suchtmittelkonsum eingesteht oder sich der Verdacht der Stelle bestätigt, wird bekannt, dass das Problem eingetroffen ist. Nach der Erkenntnis versuchen die Stellen vor allem, die Folgen zu vermindern, wobei dies durch Triage, respektive Frühbehandlung gemacht wird. Die konkrete Behandlung des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft wird bewusst anderen geeigneten Fachstellen überlassen, im Wissen darüber, dass die behandelnden Stellen ihr Fachwissen der Situation gerecht einsetzen werden. Möglichen Folgeproblemen kann mit einer erfolgreichen Behandlung des Hauptproblems entgegengewirkt werden, indem die Auswirkungen auf das Kind vermindert oder durch frühe und rechtzeitige Behandlung und Begleitung der Frau ganz vermieden werden.

Bei der **Gruppe C** (weder schwängere noch suchtmittelkonsumierende Klientinnen) kann durchaus Prävention des Hauptproblems betrieben werden, da dies vor Eintritt des Hauptproblems geschehen kann.

### *Beurteilung*

Bei beiden Stellen kommt das Thema Schwangerschaft selten zur Sprache, da es bei den Frauen kein zentrales Thema ist. Im Rahmen der Aufklärung werden in der Schule die Themen Schwangerschaft und Verhütung aufgegriffen. Auch die Thematisierung von Suchtmittelkonsum ist Bestandteil des Lehrplans an der Schule.

Die zweite Stelle greift das Thema Suchtmittelkonsum in der Beratung nur bei einem Verdachtsmoment auf. Die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das ungeborene Kind kommen somit auch nicht zur Sprache. Die beiden Stellen vermitteln keine Informationen bezüglich des Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft. Grösstenteils wird Informationsmaterial in Form von Prospekten und Broschüren zu Suchtmittelkonsum im Allgemeinen abgegeben. Beim Eintritt des Problems (Kombination von Suchtmittelkonsum und Schwangerschaft) würden die beiden Stellen an eine geeignete Einrichtung weiterverweisen.

Das Thema Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft wird bei beiden Stellen nicht präventiv angesprochen. Frauen, die eine Beratung in Anspruch nehmen, würden bei Eintritt des Problems an geeignete Stellen weiterverwiesen. Die Fachstellen würden so das Problem früh erkennen und behandeln. Sie würden in Verdachtsmomenten eine Triage machen. Die eine Stelle, die Suchtprävention im Kanton Luzern betreibt, führt zu dieser Thematik keine Präventionsmassnahmen durch.

Bei der letzten **Gruppe D** (schwangere und suchtmittelkonsumierende Klientinnen) kann die Stelle nicht mehr präventiv handeln, da das Problem schon eingetroffen ist. Durch Behandlung kann ähnlich wie bei Gruppe B nur noch das Folgeproblem präventiv angegangen werden.

### *Beurteilung*

Die Stelle ist aus einem interdisziplinären Team zusammengesetzt. Die Neonatologin/der Neonatologe übernimmt die Aufklärung über die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft. Diese Informationsweitergabe erfolgt mündlich. Die Stelle klärt die Klientin ebenfalls über das weitere Vorgehen nach der Geburt auf.

Es wird deutlich, dass in dieser Angebotsgruppe nur noch reine Behandlung möglich ist. Die Stelle versucht das Folgeproblem, die schädlichen Auswirkungen des Konsums auf das Kind, bestmöglich zu verhindern oder zu vermindern. Wie bei Gruppe B erwähnt, kann, je nachdem wie die Behandlung des Hauptproblems verläuft, eine Behandlung des Folgeproblems vermieden werden.

## 7.2.2 Fazit zur Prävention, Früherkennung und -behandlung und Behandlung

### *Der präventive Aspekt der Behandlung*

Aufgrund der Ergebnisse der Forschung kommen die Autorinnen zum Schluss, dass die befragten Stellen in Bezug auf das Hauptproblem *Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft* nur bedingt präventiv im Sinne der Präventionstheorie (vgl. Kapitel 4.2) handeln. Die Thematik wird grösstenteils erst aufgegriffen, wenn das Hauptproblem Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft bereits eingetroffen ist. Somit handelt es sich nicht um ein präventives Handeln, da Prävention immer vor Eintritt des definierten Problems ansetzt.

Insbesondere bei den Gruppen A und B gibt es aber auch Fachstellen, welche auf die Thematik eingehen, wenn sie auf Initiative der Frau (beispielsweise in der Äusserung eines Kinderwunsches) angesprochen wird oder zur Vorabklärung der Fachstelle gehört. Eine Stelle arbeitet insofern präventiv in Bezug auf das Hauptproblem, auch wenn das Ansprechen der Thematik nicht auf Initiative der Stelle geschieht. Die Gruppe C arbeitet präventiv bezüglich des Konsums von Suchtmitteln und der Aufklärung über Verhütungsmittel etc. Präventionsmassnahmen in Bezug auf die Kombination dieser beiden Thematiken, Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft, finden aber nicht statt. Somit wird das Hauptproblem nicht präventiv angegangen.

Mit der Frühbehandlung oder Behandlung nehmen die Stellen für die Frauen eine unterstützende und stabilisierende Funktion ein, sobald das Problem eingetreten ist. In diesem Sinne handeln sie für das Folgeproblem, dass das Kind unter den Auswirkungen des Suchtmittelkonsums zu leiden hat, präventiv. Ebenso ist es möglich, dass aufgrund einer Frühbehandlung oder Behandlung bei einer erneuten Schwangerschaft die Mutter ihr Verhalten zukünftig anpasst und einen Suchtmittelkonsum unterlässt. Somit würde verhindert, dass das definierte Problem, Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft, ein erneutes Mal eintritt. Die Arbeit der Fachstellen würde somit auf eine künftige Schwangerschaft präventiv wirken. Aufgrund der Ergebnisse aus der Auswertung und dem Theoriebezug, kommen die Autorinnen zum Schluss, dass Prävention im Zusammenhang mit der Thematik dieser Forschungsarbeit in der Praxis nicht im Vordergrund steht. Es wird zwar erwähnt, dass Aufklärung spezifisch zu den Themen Suchtmittelkonsum oder zur Sexualität regelmässig stattfindet, jedoch nicht zum Thema dieser Forschungsarbeit, Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft.

### *Unterschiedliches Verständnis von Prävention*

Den Autorinnen ist weiter aufgefallen, dass die Fachstellen teilweise ein anderes Verständnis von Prävention haben, im Vergleich zur Präventionstheorie von Martin Hafen, welche für die vorliegende Arbeit gewählt wurde. Dies zeigt die von der Fachstelle Akzent geäusserte Aussage im Kapitel 6.3.5: „*Was eine präventive Chance wäre, ist, dass Mütter in der Schwangerschaft vielleicht eher bereit sind, zugunsten ihres Kindes vom Suchtverhalten Abstand zu nehmen.*“ Gemäss der hier benutzten Definition von Prävention handelt es sich dabei nicht mehr um Prävention, da das Hauptproblem Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft bereits eingetroffen ist. Es handelt sich hier mehr um die Schadensminderung des eingetroffenen Problems und somit um Frühbehandlung oder gar Behandlung des bestehenden Problems. Präventiv kann höchstens noch auf das Folgeproblem gewirkt werden. Der Bezug zur Paradoxie der Prävention, dass ein Zustand, der positiv ist und auch in Zukunft positiv bleiben soll, scheint den Autorinnen als mögliche Erklärung dafür, dass das Hauptproblem nicht angesprochen wird und andere dringlichere Themen zentraler für die Beratenden sind.

## Planung von möglichen Präventionsmassnahmen

Um Präventionsmassnahmen erfolgreich durchführen zu können, muss unter anderem auch die Zielgruppe genau betrachtet werden. Hier handelt es sich um die spezifische Zielgruppe *Frauen*. Der Fokus der Prävention liegt hier klar auf der Informationsweitergabe bezüglich den Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft. Es macht auch Sinn, sich bei einer Präventionsmassnahme Gedanken darüber zu machen, ob eine Verhaltens- oder Verhältnisprävention geplant wird. Die Stelle Akzent könnte im Kanton Luzern die Verhältnisprävention in der Organisation Schule anstreben. Dies würde dann eine universelle Prävention bedeuten (vgl. Kapitel 4.2.3).

### 7.2.2 Theoriebezug Vertrauen

Dass die Thematik nicht ohne bestehende Vertrauensbasis mit den Klientinnen besprochen und so ein präventives Handeln Anklang findet, schildert der folgende Theoriebezug

Das Kapitel 4.5 befasst sich mit dem Vertrauensaufbau in Beratungssituationen. Dabei gilt es zu erkennen, dass eine Vertrauensbeziehung prozesshaft entstehen muss. Ein solcher Aufbau von gegenseitigem Vertrauen braucht Zeit und beruht gemäss Petermann (1996) auf dem Einfühlungsvermögen seitens der beratenden Person und auf der zu steigernden Selbstwirksamkeit der Person, welche sich in der Beratung befindet (S. 99-111).

Laut Rolf Haubl (2012) erleichtert Vertrauen die Arbeit, ist jedoch kein Garant für Beratungserfolg. Zudem unterscheidet er zwischen Rollenvertrauen und persönlichem Vertrauen (S. 29-30). Vier der befragten Stellen erwähnen, dass eine Vertrauensbasis dem Ansprechen von Schwangerschaft oder/und Suchtmittelkonsum vorausgehen muss. Die Qualität der Beratungsarbeit könnte optimiert werden, wenn sich mehrere Fachstellen der Bedeutung des Vertrauens bewusst wären.

### 7.2.3 Theoriebezug Koordinatenmodell

Fern von dem Hauptauftrag einer Stelle, verstehen die Autorinnen, dass nicht bei jeder Stelle auf das Hauptproblem eingegangen wird. Durch das Koordinatenmodell soll verdeutlicht werden, welche Aufgaben für die Stellen zentral sind und wie sich diese in Zusammenarbeit mit den Klientinnen auswirken soll /kann.

Im Hinblick auf die Theorie von Ludewig (1992) über die Funktionen und Aufgaben von Beratung in der Sozialen Arbeit kann man die sozialarbeiterisch tätigen Stellen der vier Expertengruppen in drei Bereiche eingliedern. Als erstes übernehmen die Stellen die Funktion der *Informationsübermittlung*. Sie klären, wenn auch nicht im präventiven Sinne, über die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das ungeborene Kind auf und übernehmen weitere informationsvermittelnde Aufgaben. Weiter können die Stellen auch im Bereich der Veränderung und Entwicklung eingeordnet werden.

Die Frauen, welche die Beratung in Anspruch nehmen, leiden oft unter psychosozialen Problemen. Die Sozialarbeitenden unterstützen die Klientinnen beim Entwickeln und Erarbeiten von Lösungen, damit ein Veränderungsprozess möglich wird. Dies auch in Momenten, wenn das Problem bereits eingetroffen ist und nicht mehr im präventiven Sinne gearbeitet werden kann. Die Sozialarbeitenden zeigen Optionen wie die Aufnahme eines Substitutionsprogramms oder den Eintritt in eine Entzugsklinik auf und unterstützen so den Schritt zur Veränderung. Auch dem Bereich der Stabilisierung und Betreuung können gewisse Stellen der vier Gruppen zugeordnet werden. Die Sozialarbeitenden versuchen, Müttern in unabänderlichen Problemlagen (z.B. bei einem Todesfall) eine stabile Umgebung zu schaffen.

#### 7.2.4 Theoriebezug Gendergerechte Beratung

In allen Disziplinen ist bei der Beratung und Behandlung von Frauen (Klientinnen) nicht zu vergessen, dass durch Empathie ein Verständnis für das Handeln der Frauen geschaffen werden kann. So wird hier auf die gendergerechte Beratung Bezug genommen.

Im Kapitel 4.4 wird auf die gendergerechte Beratung im Suchtbereich eingegangen. Das BAG (2012) empfiehlt unter anderem die Beachtung der Themen Schwangerschaft und Muttersein in der frauengerechten Suchtberatung. Die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch sollte gefördert und ein möglicher Schwangerschaftskonflikt (Abort) angesprochen werden (S. 6-10). Aufgrund der Forschungsergebnisse ziehen die Autorinnen den Schluss, dass der Grossteil der befragten suchtspezifischen Stellen das Thema Schwangerschaft in der Beratung nicht aus eigener Initiative anspricht. Somit könnten die vom BAG empfohlene Auseinandersetzung mit der Thematik Kinderwunsch und Schwangerschaft von den Fachpersonen noch mehr beachtet werden. Die Stellen könnten eine Auseinandersetzung der Frauen mit ihrem Kinderwunsch und ihrer Einstellung zu einer Schwangerschaft zusätzlich fördern, indem sie diese Themen noch mehr in die Gespräche einfliessen lassen. Der Umgang mit einer gendergerechten Suchtberatung in Luzern könnte demzufolge optimiert werden.

## 8 Schlussfolgerungen

Von den Forschungsergebnissen und der Diskussion ausgehend werden in diesem Kapitel die wichtigsten Schlussfolgerungen aufgezeigt. Dabei werden zuerst bedeutsame Erkenntnisse dargestellt, die Fragestellung der Forschung beantworten und abschliessend Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit hergeleitet.

### 8.1 Erkenntnisse

Aus den Forschungsergebnissen und deren Diskussion kommt hervor, dass die befragten Stellen in Luzern sehr gut vernetzt sind. In den Interviews wird oft erwähnt, dass die Frauen zu anderen Stellen verwiesen werden, wenn die eigene Stelle sich nicht als Fachstelle für die vorliegende Problematik erachtet. Dieser Umstand kann dazu führen, dass sich niemand wirklich für diese Problematik verantwortlich fühlt und sich die Frauen abgeschoben und nicht genügend unterstützt fühlen. Zudem bleibt offen, ob die weiterverwiesenen Frauen die vorgeschlagenen Fachstellen wirklich aufsuchen, da oft keine Begleitung stattfindet.

Weiter konnte festgestellt werden, dass die Klientinnen oftmals separat über die Themen Sexualität/Schwangerschaft und Suchtmittel aufgeklärt werden, jedoch wird nicht auf die Kombination dieser Bereiche eingegangen. Auswirkungen der Suchtmittel auf eine Schwangerschaft werden oft nur dann angesprochen, wenn die Problematik Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft schon eingetroffen ist oder die Frau die Thematik auf eigene Initiative anspricht. Diese fehlende Kombination der Thematiken könnte auch daran liegen, da bei dieser Problematik Fachpersonen aus den Bereichen *Soziale Arbeit* und *Gesundheit* involviert sind. Diese beiden Funktionssysteme konzentrieren sich auf ihre Kernaufgabe, so dass eine Kombination der Thematiken Suchtmittelkonsum und Schwangerschaft untergehen kann.

Aus der Präventionstheorie kann entnommen werden, dass Prävention einen unproblematischen Zustand so beeinflussen soll, dass er auch in Zukunft positiv bleibt. Auf die Problembestimmung dieser Arbeit bezogen würde dies bedeuten, dass einerseits Präventionsarbeit dann einsetzen muss, bevor eine suchtmittelkonsumierende Frau schwanger wird. Andererseits soll durch die Präventionsmassnahme erreicht werden, dass eine schwangere Frau den Konsum von Suchtmitteln unterlässt. Dies ist jedoch bei den befragten Stellen eher selten der Fall. Bei einer Frau, welche Suchtmittel konsumiert, hat die Thematisierung von Auswirkungen der Suchtmittel auf ein künftiges Kind keine Priorität, da aktuellere Problemsituationen im Vordergrund stehen (z.B. Finanzielle Lage, Arbeitsplatz, Unterkunft). Diese Erkenntnis führt zur Einführung des Früherkennungsbegriffs in Kapitel 7.1.1. Der Unterschied zu Prävention liegt darin, dass Früherkennung Anzeichen für ein Problem in einem frühen Stadium realisiert und hier ansetzt.

Solche Anzeichen können zur Frühbehandlung führen, welche sich die befragten Stellen im Gegensatz zur Prävention zur Aufgabe machen.

Die Sensibilität zum Suchtmittelkonsum während Schwangerschaft ist bei den Fachstellen vorhanden. Diese reagieren aber erst darauf, wenn das Problem bereits absehbar oder eingetroffen ist. Eine mögliche Frühbehandlung zeigt folgendes Beispiel für eine Schadensminderung: Mit der kontrollierten Abgabe von Benzodiazepinen zur Vermeidung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft kann verhindert werden, dass das Kind unter dem fetalen Alkoholsyndrom leiden wird. Beim Eintritt des definierten Problems bestehen gute Begleitungsmöglichkeiten für die betroffene schwangere Frau. In dieser Phase arbeiten die Stellen vernetzt, um einerseits die Folgeschäden schon während der Schwangerschaft möglichst gering zu halten und andererseits die Anordnung von Massnahmen oder Beistandschaften im Sinne des Wohles des geborenen Kindes einzuleiten.

Als weitere Erkenntnis, stellen die Autorinnen eine gewisse Paradoxie der gesellschaftlich anerkannten Suchtmittel wie Alkohol im Zusammenhang mit deren Auswirkungen auf das Kind fest. Alkohol als legales, gesellschaftlich akzeptiertes und oft konsumiertes Suchtmittel hat für das Wohl des Kindes schädlichere Auswirkungen als beispielsweise der strafrechtlich verbotene Konsum von Heroin (vgl. Kapitel 3). Somit wäre aus Sicht der Autorinnen Prävention sinnvoll, um schädliche Langzeitfolgen für das Kind möglichst zu vermeiden.

Als weiteres Forschungsergebnis gelangen die Autorinnen zur Erkenntnis, dass sich alle zu Beginn der Forschung formulierten und nachfolgend aufgeführten Hypothesen bestätigt haben:

- Die Fachpersonen vertrauen darauf, dass das Wissen der Frauen bezüglich Auswirkungen der Suchtmittel auf das Baby vorhanden ist.
- Die Fachpersonen vertrauen auf die Selbstverantwortung der Klientinnen.
- Die Fachpersonen vertrauen darauf, dass Ärztinnen/Ärzte oder Gynäkologinnen/Gynäkologen die Klientinnen vollumfänglich informieren.
- Den Fachpersonen ist die Problematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu wenig präsent.
- Die Fachpersonen haben zu wenig zeitliche Ressourcen, um sich auf die Thematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft einzulassen.

Relativiert werden muss jedoch die ursprüngliche Annahme der Autorinnen, dass ein Entzug schlimme Auswirkungen auf das Kind hat, indem ein solcher sehr schmerzvoll und belastend ist. Während körperliche Schäden wie Missbildungen oder mentale Retardierungen einen Menschen lebenslanglich beeinträchtigen können, ist der Entzug nur kurzfristig und dessen Folgen medikamentös behandelbar.

## 8.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Mittels der Theorie und Erfahrungswerten konnten diverse Erkenntnisse gewonnen werden. Anhand dieser Erkenntnisse wird nun die Forschungsfrage beantwortet. Mit folgender Fragestellung begaben sich die Autorinnen in die Forschung:

*Wie gestaltet sich Prävention auf institutioneller Ebene, um die Auswirkungen auf das Kind bei Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft zu verhindern?*

Wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt, wird Prävention nach der Definition von Martin Hafen nur bedingt betrieben. Es besteht also im Kanton Luzern der Bedarf, vermehrt Prävention zu betreiben. Früherkennung und Frühbehandlung werden betrieben, womit betroffene Frauen von einem ausgeprägten und unterstützenden Netz profitieren können. Die Autorinnen empfinden diese Vernetzung der Fachstellen und die Begleitung der Frauen als notwendig und wertvoll. Allerdings besteht noch Kapazität für präventive Massnahmen.

## 8.3 Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit

Dieses Kapitel widmet sich der Erschliessung von Handlungsempfehlungen aufgrund der Erkenntnisse, die mittels dieser Forschungsarbeit gewonnen wurden. Die Beantwortung der Forschungsfrage hat gezeigt, dass nur gering präventiv gearbeitet wird, um die Problematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft zu verhindern. Somit sollen folglich Empfehlungen der Autorinnen aufgezeigt werden, um einerseits die Prävention zu stärken, andererseits aber auch die Ansätze zur Früherkennung in der Praxis auszubauen.

### *Prävention in den Institutionen*

Die Gründe, weshalb wenig Prävention in den befragten Stellen gemacht wird, haben die Autorinnen nicht weiter erfragt. Ein Grund, welcher von mehreren Interviewpartnerinnen/Interviewpartnern genannt wurde ist, dass viele suchtmittelkonsumierende Frauen diverse Probleme haben. Somit steht für die Fachpersonen das Ansprechen der Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf eine potentielle Schwangerschaft nicht im Vordergrund. Deswegen sind die Autorinnen der Meinung, dass die Prävention schon früher beginnen sollte, und zwar in der Schule: Die Schule klärt bezüglich Suchtmittelkonsum und Verhütung/Schwangerschaft einzeln auf, wobei die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum in einer Schwangerschaft nicht thematisiert werden. Eine konkrete Massnahme bezüglich dieser Thematik könnte von der Schulsozialarbeit übernommen werden. Diese kann Klasseninterventionen oder sogar Themenwochen gestalten, um die Schülerinnen/Schüler über die Auswirkungen auf das Kind aufzuklären.

Dabei empfinden es die Autorinnen als wichtig, dass die Jungen nicht ausgeschlossen werden, nur weil sie nicht direkt von einer Schwangerschaft betroffen sind. Auch sie können lernen, Verantwortung zu übernehmen und sind allenfalls als zukünftige Väter von dieser Thematik betroffen.

### *Öffentliche Prävention*

Die Frauen würden über negative Auswirkungen des Suchtmittelkonsums auf das Kind Bescheid wissen, meinten viele der befragten Fachpersonen. Dies mag so sein, jedoch reicht dies gemäss den Autorinnen nicht. Die Frauen – auch nicht Schwangere oder nicht Suchtmittelabhängige – sollten wissen, welches Suchtmittel welche Auswirkung auf das Kind hat und dass die Auswirkungen grundsätzlich nicht von der Menge des Suchtmittels abhängen. Auch ein geringer Konsum kann das Kind beträchtlich schädigen. Um dies zu erreichen sollte vermehrt primäre und sekundäre Prävention betrieben werden. Bei der primären Prävention werden gesunde Menschen angesprochen, wobei die Zielgruppe bei der sekundären Prävention Personen sind, bei denen Risikofaktoren bestehen. Mittels solchen Präventionen besteht die Möglichkeit, dass die breite Bevölkerung einsieht, dass nicht nur illegale Suchtmittel wie Heroin oder Kokain schädlich für das Kind sind, sondern dass die legalen Suchtmittel Alkohol und Nikotin ebenso schädliche oder teilweise noch schädlichere Auswirkungen haben kann.

Solche Präventionskampagnen könnten einerseits vom BAG lanciert werden, andererseits könnten auch die jeweils kantonale zuständigen Präventionsstellen solche Projekte starten, im Kanton Luzern beispielsweise wäre dies Akzent.

### *Spezialisierte Institution*

Oftmals werden die Frauen von einer zur anderen Institution geschickt, da sich diejenige Stelle, welche die Frau weiterschickt zu wenig mit der Thematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft auskennt. Dies spricht für eine gute Vernetzung der Institutionen in Luzern. Allerdings sehen die Autorinnen dabei auch eine gewisse Abgabe der Verantwortung. Weiss eine Institution nicht mehr wie weiter, schickt sie die Frau an eine andere Stelle. Bei der neuen Stelle ist dann zu hoffen, dass sie professionelle Unterstützung erhält und nicht wieder weitergeschickt wird. Um zu viel Triage zu verhindern sind die Autorinnen der Meinung, dass es pro Kanton eine Stelle geben sollte, welche sich der Thematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft annimmt, damit alle weiteren Institutionen im Kanton wissen, an welche Stelle sie die Frauen verweisen können.

### *Weiterbildungen für Fachpersonen*

Eine andere Variante, um unnötige Triagen zu vermindern sind Weiterbildungen zur Thematik Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft. Diese können für alle Fachpersonen, welche mit dieser Problematik konfrontiert werden oder werden könnten, angeboten werden. Solche Weiterbildungen mit medizinischen sowie methodischen Inhalten sollten zum Ziel haben, den Fachpersonen das nötige Wissen zu vermitteln, damit sie angemessen handeln können.

## *Frauen begleiten*

Eine Alternative zu den zwei obgenannten Empfehlungen sehen die Autorinnen im Begleiten der Frauen zur Stelle, zu der sie verwiesen wird. Viele Stellen in Luzern arbeiten mit Triage, wobei sich den Autorinnen die Frage auftat, ob die Frauen denn wirklich immer selbständig zur neuen Stelle gehen. Es kann angenommen werden, dass es durchaus Fälle gibt, bei welchen die Frauen wohl sagen, sie würden die Stelle aufsuchen, doch am Ende gehen sie doch nicht. Um solche Fälle zu verhindern sollten die Frauen jeweils begleitet werden, um sicherzugehen, dass sie zur neuen Stelle gelangen. Dies nicht mit dem Gedanken, die Frauen zu kontrollieren oder halbwegs zu zwingen, sondern um ihnen Sicherheit zu geben. Oftmals kostet es Überwindung, sich an eine Fachperson zu wenden und mit dieser über Probleme zu sprechen. Wenn eine Frau in einer solchen Situation weiterverwiesen wird kann es sein, dass sie der Mut verlässt oder dass sie sich nicht unterstützt oder verstanden fühlt und folglich keine Kraft mehr hat, alleine zur neuen Stelle zu gehen. Es gehört für die Autorinnen zur Professionalität der Fachpersonen, abzuwägen, bei welchen Fällen eine Begleitung nötig ist, und bei welchen nicht.

## 9 Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit lässt aufgrund des weitläufigen Spektrums der Themen Sucht, Prävention/Früherkennung und Frauen diverse Ansätze offen und eröffnet Ideen für weitere Arbeiten. Diese werden in diesem Kapitel kurz erläutert.

### *Die Sicht der Frauen*

In dieser Arbeit wurden Fachpersonen befragt. Dabei kam es vor, dass Äusserungen bezüglich den Frauen gemacht wurden, wie beispielsweise, dass die Frauen zu viele andere Probleme hätten und somit ein präventives Ansprechen der Auswirkungen von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft nichts bewirken würde oder dass die Institution die Frau als Klientin so sogar verlieren würde. Es wäre interessant in Erfahrung zu bringen, ob die Frauen dies selbst auch so beurteilen. Weiter könnte mittels Interviews mit den Frauen die Schlussfolgerung dieser Arbeit überprüft werden, dass eine Frau bei Problemeintritt (Schwangerschaft und Suchtmittelkonsum) gut begleitet ist. Hierbei könnte gefragt werden, ob sich die Frauen in ihrer Situation von den Fachstellen genügend unterstützt fühlten und welchen Optimierungsbedarf sie sehen.

### *Kindes- und Erwachsenenschutz*

Oftmals kommt es vor, dass die Institutionen, welche eine schwangere suchtmittelabhängige Frau begleiten, eine Gefährdungsmeldung machen. Diese Abläufe und die rechtlichen Hintergründe konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht herausgearbeitet werden. In einer weiteren Arbeit könnten eben diese rechtlichen Aspekte genauer betrachtet werden: Anhand welcher Kriterien entscheidet die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) über die Errichtung einer Beistandschaft oder andere Massnahmen? Wie empfinden die Eltern/Frauen solche Eingriffe? etc.

### *Mutter-Kind-Beziehung*

Inwiefern sich eine Suchtmittelproblematik während der Schwangerschaft und weitere Umstände in diesem Zusammenhang auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken oder auswirken könnten wäre ein weiterer interessanter Ansatz.

### *Langfristige Folgen für Kinder*

Die Folgen eines Suchtmittelkonsums während der Schwangerschaft für ein Kind wurden in der vorliegenden Arbeit aufgeschlüsselt. Dabei wurden auch die langfristigen Folgen für das weitere Leben des Kindes kurz erläutert. Hierbei könnte noch eine Vertiefung stattfinden, indem beispielsweise die Beeinträchtigung solcher Folgen für die betroffene erwachsene Person genauer beleuchtet werden.

### *Männer und Familie*

Die Autorinnen haben den Fokus in der vorliegenden Arbeit auf die Frauen und die Fachstellen gerichtet. Die Rolle und der Einfluss der Männer und der Familie im Allgemeinen könnte bezüglich dieser Thematik auch analysiert werden. Dabei wären die Situation der Männer oder/und der Herkunftsfamilie sowie deren Werte, Lebenssituation und weitere Aspekte zu fokussieren.

### *Früherkennung*

Die Erkenntnis dieser Arbeit zeigt, dass auf den Fachstellen in Luzern mehr Früherkennung als Prävention durchgeführt wird. Der Fokus dieser Forschungsarbeit liegt jedoch klar auf Prävention. Mit dieser Erkenntnis könnte in einer weiterführenden Arbeit direkt von dem Standpunkt der Früherkennung ausgegangen werden und dementsprechend diese intensiver analysiert werden.

## Literaturverzeichnis

- Arlettaz, Romaine et al. (2005). Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 145–150.
- Arnold, Susan (2009). *Vertrauen als Konstrukt. Sozialarbeiter und Klient in Beziehung*. Marburg: Tectum Verlag.
- AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: Autor.
- Benkert, Otto & Hippus, Hanns (2009). *Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Berger, Christa; Grünbeck, Mareike (2009). *Glossar Grundlegende Begriffe der Suchtprävention und Gesundheitsförderung (Stadt Zürich Suchtpräventionsstelle, Hrsg.)*. Zürich.
- Bergmann, Renate L.; Spohr, Hans-Ludwig & Dudenhausen, Joachim W. (2006). *Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen*. München: Urban & Vogel GmbH.
- Boller, Boris (2005). *Drogen und Öffentlichkeit in der Schweiz. Eine sozialanthropologische Analyse der drogenpolitischen Kommunikation der 1990er Jahre. (Freiburger Sozialanthropologische Studien, Hrsg.)*. Zürich: LIT.
- Büchi, Simon; Hung Duong, Khanh; Kaufmann, Angela; Lang, Edith; Oppliger, Andrea; Portmann, Nathalie et al. (2013). *Sozialbericht des Kantons Luzern 2013, Die soziale Lage der Luzerner Bevölkerung*. Luzern: LUSTAT Statistik Luzern.
- Bundesamt für Gesundheit (2012) (Hrsg.). *Frauengerechte Beratung Männergerechte Beratung. Ein Leitfaden für Beraterinnen und Berater im Suchtbereich*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2006). *Die Drogenpolitik der Schweiz. Drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme (MaPaDro III) 2006-2011*. Bern. Autor.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2010). *Herausforderung Sucht. Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik der Schweiz*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Kampagnen*. Gefunden am 13. Juli 2014, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=de>.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind*. Gefunden am 2. August 2014, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/00612/03652/03661/?lang=de>

- Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Substitutionsgestützte Behandlung*. Gefunden am 3. August 2014, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00629/00798/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Viersäulenpolitik*. Gefunden am 3. Juli 2014, unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Gesundheit. *Suchtmonitoring: Mischkonsum*. Gefunden am 13. Juli 2014, unter <http://www.bag.admin.ch/suchtmonitoring/14443/index.html?lang=de>
- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2000). *Familien- und Haushaltsformen*. Gefunden am 28. Juni 2014, unter [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische\\_karten/gleichstellungsatlas/familien\\_und\\_haushaltsformen/kinderlosigkeit.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/regionen/thematische_karten/gleichstellungsatlas/familien_und_haushaltsformen/kinderlosigkeit.html)
- Bundesamt für Statistik [BfS]. (2011). *Bevölkerungsbewegung - Indikatoren*. Gefunden am 20. Juni 2014, unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/02.html>
- Bundesgesetz über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (BetmG) vom 3. Oktober 1951. Bern: Bundeskanzlei.
- Bundesgesetz zum Schutz vor Passivrauchen vom 3. Oktober 2008 SR 818.31. Bern: Bundeskanzlei.
- Drugcom.de (2014). *Welche Risiken entstehen durch Opiate in der Schwangerschaft?* Gefunden am 5. Mai 2014, unter <http://www.drugcom.de/haeufig-gestellte-fragen/fragen-zu-schwangerschaft-und-drogen/welche-risiken-entstehen-durch-opiate-in-der-schwangerschaft/>
- Ort, Christoph et al. (2014). *Spatial differences and temporal changes in illicit drug use in Europe quantified by wastewater analysis*. Dübendorf: Society for the Study of Addiction.
- Crotti, Cristina (2009). Benzodiazepine – Sensibilisierung gegen die Stille Sucht. *Suchtmagazin. Medikamente – Heil- und Suchtmittel* 35 (6), 12-13.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. [DHS], *Medikamente*. Gefunden am 11. Juli 2014, unter <http://www.dhs.de/suchtstoffe-verhalten/medikamente/benzodiazepine.html>
- Eidgenössische Kommission für Drogenfragen [EKDF] (2005). *Das Würfelmodell kurz erklärt*. psychoaktiv.ch.
- Englert, Ekkehart D. (2008). Drogenembryopathie und perinatale Komplikationen. In Michael Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken Prävention Hilfen* (S. 352-359). Stuttgart: Schattauer.
- Glanzmann, René (2013). Drogenkonsum und Schwangerschaft. *info@gynäkologie*, 01, 9-11.

- Gmel, Gerhard; Notari, Luca & Georges, Aurélien (2012). *Medikamente. Jahresbericht –Daten 2011*. Bern.
- Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Maffli, Etienne; Notari, Luca; Wicki, Matthias & Georges, Aurélien et al. (2012). *Tabak. Tabellen – Daten 2011*. Bern.
- Gmel, Gerhard; Kuendig, Hervé; Notari, Luca; Gmel, Christiane & Flury, Ruth (2013). *Suchtmonitoring Schweiz. Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Grob Alexander, Lemola Sakari (2005) *Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz. Konsummuster während der Schwangerschaft und der Einfluss auf die Gesundheit des Kindes*. Bern: BAG.
- Haasen, Christian; Kalke, Jens (2007). Internationaler Erkenntnisstand zum Kokainkonsum. In Zurhold, Heike; Müller, Oliver (Hrsg.), *Kokainkonsum zwischen Hedonismus und Verelendung. Ergebnisse einer multiperspektivischen Studie aus Frankfurt am Main*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Haasen, Christian; Kutzer, Anja; Schäfer, Ingo (2010). Was verstehen wir unter Sucht? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 53 (4), 267-270.
- Häfeli, Jörg (2005). *Sucht und Abhängigkeit. Grundlagen 1: Zum Suchtbegriff: Theorien – Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Häfeli, Jörg (2008). *Multifaktorielles Ursachenmodell*. Unveröffentlichtes Skript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Hafen, Martin (2005). *Soziale Arbeit in der Schule zwischen Wunsch und Wirklichkeit*. Luzern: interact.
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis*. (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Hämmig, Robert (2000). Medikamentengebrauch in der Drogenszene. In Etienne Maffli (Hrsg.), *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz. Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis*. S. 95-103 Lausanne: SFA-ISPA Press.
- Hansjakob, Thomas & Killias, Martin (2012). *Repression in der Drogenpolitik*. In: Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (Hrsg.). *Drogenpolitik als Gesellschaftspolitik – Ein Rückblick auf dreissig Jahre Schweizer Drogenpolitik*. Zürich: Seismo Verlag.
- Haubl, Rolf (2012). Vertrauen in Organisationen. In Möller, Heidi (2012) (Hrsg.), *Vertrauen in Organisationen. Riskante Vorsorgeleistung oder hoffnungsvolle Erwartung?* Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Informationsplattform humanrights.ch. *Artikel 1 – Freiheit, Gleichheit, Solidarität*. Gefunden am 2. August 2014, unter <http://www.humanrights.ch/de/internationale-menschenrechte/aemr/text/artikel-01-aemr-freiheit-gleichheit-bruederlichkeit>

Jost, Annemarie (2013). *Gesundheit und Soziale Arbeit (Rudolf Bieker, Hrsg.)*. Stuttgart: Kohlhammer.

Kämmerer, Wolfgang & Mutschler, Ernst (1998, November). Pharmaka und Schwangerschaft. Eine Übersicht. *Der Gynäkologe*, 31 (11), 924-933.

Kolip, Petra (2008). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention*. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz, 51 (1), 28-35.

Köpp, Werner & Vogel, Marc (1982). Heroinkrankheit. Bedeutung für die Schwangerschaft und frühe kindliche Entwicklung. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 42 (124), 915-917.

Köster, Hella (2010). Folgen des Nikotinkonsums in der Schwangerschaft. In Deutscher Hebammenverband (Hrsg.), *Das Neugeborene in der Hebammenpraxis* (2. Aufl., S. 140-141). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Krausz, Michael & Haasen, Christian (2004). *Kompendium Sucht*. Stuttgart: Thieme.

Kuhn, Mathias (2008). *Recht auf Kinder?, Der verfassungsrechtliche Schutz des Kinderwunschs*. Zürich, St. Gallen: Dike Verlag.

Kunz, Daniel (2012). *Beratung und Intervention*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Ladewig, Dieter (1996). *Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien*. München: Beck.

Ladewig, Dieter (2000). Arzneimittel und Missbrauchspotenzial. In Etienne Maffli (Hrsg.), *Medikamentenmissbrauch in der Schweiz. Aktuelle Daten – Orientierung für die Praxis*. (S. 7-13) Lausanne: SFA-ISPA Press.

Laucht, Manfred & Schmidt, Martin H. (2004). Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 152 (12), 1286-1294.

Liebrenz, Michael; Stohler, Rudolf & Cafilisch, Carlo (2009). Benzodiazepinabhängigkeit und ihre Behandlungsmöglichkeiten. *SuchtMagazin. Medikamente – Heil- und Suchtmittel* 35 (6), 20-23.

Löser, Hermann (1995). *Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte*. Stuttgart: Fischer.

Ludewig, Kurt (1992). *Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Therapie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta (S. 172-176).

- Luhmann, Niklas (2000). *Vertrauen: Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität* (4. Aufl.). Stuttgart: UTB.
- Maffli, Etienne & Notari, Luca (2009). Trends beim Medikamentengebrauch. Entwicklung des Gebrauchs von Schlaf-, Beruhigungs- und Schmerzmitteln in der Schweizer Bevölkerung zwischen 1995 und 2007. *Abhängigkeiten. Forschung und Praxis der Prävention und Behandlung* 15, 38-50.
- Mayer, Host Otto (2008). *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung* (4. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Mayring, Philipp (1997). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (6. Aufl.). Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Merzenich, Hiltrud & Lang, Peter (2002). *Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Metzger, Marius (2008). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- De Ridder, Michael (2000). *Heroin. Vom Arzneimittel zur Droge*. Campus Verlag GmbH: Frankfurt / Main.
- Heroinabhängige mitten im Leben. (7. Januar 2012). *Neue Zürcher Zeitung*. Gefunden am 9. Juni 2014, unter <http://www.nzz.ch/aktuell/schweiz/heroinaehaengige-mitten-im-leben-1.14171541>
- Petermann, Franz (1996). *Psychologie des Vertrauens*. (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Public Health Schweiz. *Public Health Schweiz*. Gefunden am 11. Juli 2014, unter [http://www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth\\_\\_home\\_\\_de.html](http://www.public-health.ch/logicio/pmws/publichealth__home__de.html)
- Raab, Hans-Jürgen (1997). *Jahrbuch Sucht*. Geesthacht: Neuland Verlag.
- Rath, Werner & Friese, Klaus (2005). *Erkrankungen in der Schwangerschaft*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Schäfer, Christof (2003, September). Medikation bei Schwangeren – Eine Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 46 (9), 744-750.
- Schäfer, Cornelia (2010). *Die Beratungsbeziehung in der Sozialen Arbeit. Eine theoretische und empirische Annäherung*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Scheerer, Sebastian & Vogt, Irmgard (1989). *Drogen und Drogenpolitik – Ein Handbuch*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (2009). *Heroin – Heilmittel, Todesdroge und verschreibungspflichtiges Medikament*. Lausanne: Im Fokus.

Schweizerisches Strafgesetzbuch vom 21. Dezember 1937 (SR 311.0).

Seethaler, Elisabeth (2012). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Kann der Glaube an die eigene Kraft Berge versetzen? .ph.script. Pädagogische Hochschule Salzburg. Beiträge aus Wissenschaft und Lehre, (2012), S. 53-60. Gefunden am 15. Juli 2014, unter [http://www.phsalzburg.at/fileadmin/PH\\_Dateien/Wallner/phscript05.pdf](http://www.phsalzburg.at/fileadmin/PH_Dateien/Wallner/phscript05.pdf)

Siedentopf, Jan-Peter & Nagel, Manuela (2006). Risiken für den Verlauf der Schwangerschaft und kindliche Risiken. In Stachowske, Ruthard (Hrsg.). (2009). *Drogen, Schwangerschaft und Lebensentwicklung der Kinder*. Kröning: Asanger Verlag.

Siedentopf, Jan-Peter (2010). Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und mögliche Folgen für das Kind. *SuchtMagazin. Frühe Förderung*, 36 (4), 47-49.

Société Axess (2009). *Neurowissenschaften und Sucht (Collège romand de médecine de l'addiction, Hrsg.)*.

Spiegel Online. *EU führt Schockbilder auf Zigarettenpackungen ein*. Gefunden am 13. Juli 2014, unter <http://www.spiegel.de/wirtschaft/service/schockbilder-auf-zigaretten-schachteln-werden-eu-weit-eingefuehrt-a-955735.html>

Spohr, Hans-Ludwig (2005). Teratogene Effekte von Nikotin, Drogen und Alkohol. *Der Gynäkologe*, 38 (1), 25-32.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft*. Bern: Haupt.

Steinert, Erika & Thiele, Gisela (2000). *Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis. Einführung in die qualitative und quantitative Methoden*. Köln: Fortis Verlag GmbH.

Steuergruppe der drei Eidg. Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Hrsg.) (2010). *Herausforderung Sucht*. Bern.

StremLOW, Jürgen (2006). *Kurzbeschreibung Leitfadeninterview*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

Sucht Schweiz (Hrsg.) (2011). *Alkohol im Körper – Wirkung und Abbau*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Sucht Schweiz (Hrsg.) (2013). *Fragen und Antworten zu Cannabis*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Sucht Schweiz (Hrsg.) (2014). *Alkohol und Gesundheit*. Lausanne: Sucht Schweiz.

Sucht Schweiz. *Cannabis*. Gefunden am 30. Juni 2014, unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/cannabis/>

Sucht Schweiz. *Kokain*. Gefunden am 14. Juli 2014, unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/kokain/>

- Sucht Schweiz. *Substanzen und Sucht. Was ist eine Droge?* Gefunden am 24. Juni 2014, unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/substanzen-und-sucht/>
- Sucht Schweiz. *Tabak*. Gefunden am 14. Juli 2014, unter <http://www.suchtschweiz.ch/infos-und-fakten/tabak/>
- Suchthilfe-wetzlar. *Sucht und Abhängigkeit – Was ist das?* Gefunden am 23. Juni 2014, unter <http://www.suchthilfe-wetzlar.de/hp-dateien/sucht.htm>
- Türk, Dilek & Bühringer, Gerhard (1999). Psychische und soziale Ursachen der Sucht. *Der Internist*, 40 (6), 583-589.
- Van der Linde, François (2006). Psychoaktiv.ch: Neue Empfehlungen für die schweizerische Drogenpolitik. *Abhängigkeiten*, (3), 17-24.
- Vogel, Marc (2011). *Benzodiazepine. Wirkungen, Nebenwirkungen, Abhängigkeit*. Basel: Universitäre Psychiatrische Kliniken.
- Vogt, Irmgard (2004). *Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Weber, Monika (2006). Soziale Arbeit und Gesundheit – Innovationspotenziale einer genderbezogenen Betrachtungsweise. In Margherita, Zander; Luise, Hartwig & Irma Jansen (Hrsg.), *Geschlecht Nebensache? Zur Aktualität einer Gender-Perspektive in der Sozialen Arbeit* (S. 311-329). Wiesbaden: VS Verlag.
- Wolffgramm, Jochen (1996). *Die Bedeutung der Grundlagenforschung für die Behandlung von Abhängigen*. In: Mann, Karl; Buchkremer, Gerhard (Hrsg.). *Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Fischer-Verlag.
- Zenker, Christel (2009). *Gender in der Suchtarbeit (Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V., Hrsg)*. Hannover: Neuland.

# Glossar

## **Dysmorphie**

Fehlbildungen, von der Norm abweichende Gestaltungsanomalien von Organen oder des gesamten Organismus.

## **Enzephalopathie**

Erkrankungen oder Schädigungen des Gehirns, die das Gehirn als Ganzes betreffen.

## **Fehlgeburt**

Eine Fehlgeburt (Synonym Abort) ist eine vorzeitige Beendigung vor Beginn der 24. Schwangerschaftswoche.

## **Frühgeburt**

Als Frühgeburt gilt eine Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche. Für eine vollendete Schwangerschaft wird mit 40 Wochen gerechnet.

## **Intrauterin**

In der Gebärmutter (lateinisch).

## **intrauteriner Kindstod/intrauteriner Fruchttod**

Absterben der Leibesfrucht (Fetus) in der 2. Schwangerschaftshälfte, evtl. erst während der Geburt.

## **Kraniofazial**

Den Schädel und das Gesicht betreffend.

## **Morbidität**

Krankheitsmass, gibt die Krankheitshäufigkeit bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe an.

## **Myoklonien**

Unwillkürliche Zuckungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen.

## **Opiate**

Natürlichen Alkaloide des Opiums, bekanntes Beispiel: Heroin.

## **Opioid**

Stark wirksame Analgetika, welche die Entstehung und Weiterleitung von Schmerzen hemmen, bekanntes Beispiel: Methadon.

## **Perinatal**

Um die Geburt herum, ab der 28. Schwangerschaftswoche bis 7. Lebenstag.

## **Psychotrop**

Auf die Psyche einwirkend.

## **Wachstumsretardierung**

Die Retardierung ist die am Durchschnitt der Altersgruppe gemessene verzögerte Entwicklung.

Alle Angaben sind auf [flexikon.doccheck.com](http://flexikon.doccheck.com) zu finden (Juli 2014).

# Anhang

Wer hat Interview geführt: _____
Datum, Ort: _____ Dauer: _____
Name der befragten Person: _____
Institution: _____

## Leitfadeninterview

---

### Allgemeine Informationen

- 1 Welche Frauen werden von Ihnen / Ihrer Institution beraten (Alter, Herkunft, soziale Schicht etc.)?
- 2 Welche Suchtmittel konsumieren die Frauen?
  - 2a Auch Benzodiazepine?

### Beratung

- 3 Wie wird das Thema Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft in Beratungen zum Thema?
  - 3a Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf den Säugling
  - 3c Wird die Frau bei Suchtmitteln, welche beim Säugling einen Entzug erfordern, wie bei Benzodiazepinen, Heroin oder Substitutionsmitteln über diesen Entzug informiert?
  - 3c Ist die Reaktion unterschiedlich je nach Art des Suchtmittels / je nach Schwangerschaftswoche? Evtl. Substitution?

Antwortmöglichkeiten:

- Informationen über schädliche Auswirkungen für Frau selber
  - Information über körperliche Auswirkungen für Säugling (inkl. Entzug)
  - Keine Informationen
  - Weiterverweisung an geeignete Stelle / Triage
  - Weitere:
- 4 Was sind die Indikatoren, die zur Aufnahme des Themas Drogenkonsum während der Schwangerschaft führen? (Zeitpunkt)

## Leitfadeninterview

Antwortmöglichkeiten:

- Bereits schwanger (zu spät)
- Initiative von anderen (Dritten, Partner etc.)
- Initiative Klientin
- Aktiv (Konzept der Stelle)
- Spontan / Bauchgefühl
- Teil der Beratung in dieser Institution
- Weitere:

- 5 Welche konkreten Schritte werden von Ihrer Stelle eingeleitet, wenn die Kenntnis über den Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft vorhanden ist?
- 6 Wo wäre Prävention im Bezug auf diese Thematik aus Ihrer Sicht sinnvoll?

### **Noch nie konsumierte**

- 1 Inwiefern werden die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft thematisiert?
- 1a Warum?
- 1b Warum nicht? Könnten Sie sich dies vorstellen?
- 1c Wie (Unterricht, Infoveranstaltungen)?
- 2 Gibt es spezifische Projekte / Kampagnen zum Thema Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft?
- 2a Warum nicht?

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin:	Lea Widmer		
Datum, Ort:	23.05.2014, Luzern	Dauer:	50 Minuten
Institution:	<b>Drop In</b>		

L: Drop In ist ein sozialpsychiatrisches Zentrum für substitutionsgestützte Behandlungen von opiatabhängigen Menschen. Können Sie mir noch etwas mehr darüber erzählen?

Codes

K: Drop In ist die einzige Stelle in der Innerschweiz, welche Heroin abgibt. Zu uns kommen schwer drogenabhängige Menschen. Wir haben Leute die eine Methadonsubstitution machen und Leute, welche eine auf Heroin gestützte Behandlung in Anspruch nehmen. Nebst der Substitution steht die sozialpsychiatrische Betreuung im Zentrum. Dabei werden soziale Fragen behandelt, wobei die Sucht im Mittelpunkt steht. Wir haben zwei Psychiater bei uns im Haus, welche sich um die allfällige medikamentöse Behandlung der Leute kümmern. Die Leute werden in Alltagsfragen unterstützt. Einzig Finanzverwaltung machen wir nicht, sondern weisen die Leute an geeignete Stellen weiter. Primär kommen die Leute aufgrund der Substitution zu uns, nicht aufgrund der Beratung.

Stelle

L: Welche Frauen gehören zu Ihrer Klientel?

K: Die Leute, welche zu uns kommen müssen volljährig sein. Zudem muss eine chronifizierte Heroinabhängigkeit vorliegen. Auch müssen sie bereits Entzugsversuche hinter sich haben, bevor sie ins Heroin- oder Methadonprogramm aufgenommen werden. Dies sind die Vorgaben vom Bundesamt für Gesundheit, welche erfüllt sein müssen. Die Frauen, welche zu uns kommen sind zwischen 18 und 55 Jahren und haben verschiedene Nationalitäten. Ansonsten besteht unsere Klientel aus  $\frac{3}{4}$  Männer. Bei Heroin- und Methadonsüchten sind Männer viel mehr vertreten als Frauen. Dafür haben Frauen öfter Tabletten- oder Medikamentensüchte.

Klientel

L: Welche Drogen konsumieren die Frauen, welche zu Ihnen kommen? Auch Mischkonsum?

K: Alle Personen, welche zu uns kommen waren primär heroinabhängig. Entweder sie werden mit Methadon substituiert oder sie machen eine auf Heroin gestützte Behandlung. Ein grosser Teil unserer Klientel ist polytoxikoman und konsumiert Drogen wie Kokain, Benzo, Alkohol etc. gleichzeitig.

Konsumierte Drogen

L: Auf Ihrer Internetseite steht, dass Drop In ein Bezugspersonensystem hat? Inwiefern finden persönliche Therapiegespräche statt?

K: Das ist individuell. Wenn eine Person neu bei uns aufgenommen wird, findet ein Erstgespräch statt. Zu Beginn der Behandlung finden Gespräche alle zwei Wochen statt, damit sich die Bezugsperson ein Bild darüber machen kann, wo die Frau im Moment steht. Danach findet mindestens monatlich ein Therapiegespräch mit der Bezugsperson statt. Je nach Bedarf können auch Gespräche bei den Ärztinnen/Ärzten, Psychiaterinnen/Psychiater wahrgenommen werden. Bei sehr langjährigen abhängigen Personen, bei denen die Abstinenz kein Thema mehr ist, kann die Gesprächsfrequenz auch weniger werden. Wir haben auch Personen, welche suchtmittelabhängig sind aber sozial sehr gut integriert leben, eine eigene Wohnung haben und einer geregelten Arbeit nachgehen. Solche Personen brauchen diese Unterstützung natürlich weniger als andere. Personen, die bspw. eine Doppeldiagnose haben, d.h. suchtmittelabhängig und eine psychische Erkrankung und dadurch eine engere Begleitung brauchen. Aber in der Regel findet monatlich ein Gespräch bei der Bezugsperson statt.

Bezugspersonen

L: Was sind die Themen, welche in diesen Gesprächen besprochen werden?

## Transkripte der Interviews

K: Das geht über gesundheitliche Fragen bezüglich Ernährung, Bewegung zur Planung der Tagesstruktur. Das Thema Sucht, Konsum ist natürlich sehr präsent. Das ist relativ breit und individuell an die Lebenssituation der jeweiligen Person angepasst.

Themen in Gesprächen

L: Wie wird das Thema Schwangerschaft in diesen Einzelberatungen zum Thema?

K: Wenn eine Frau im zeugungsfähigen Alter zu uns kommt, dann muss sie vor dem Beginn der Behandlung einen Schwangerschaftstest machen. Weiter ist Verhütung im Rahmen der Prävention schon Thema, besonders auch bei Frauen welche sich prostituieren oder in einer Beziehung leben. Also die Themen Verhütung und Schutz vor Infektionskrankheiten werden in den ersten Gesprächen mit der Bezugsperson zu Sprache kommen. Ansonsten sind die Klientinnen ja eigenständige Personen und tragen Eigenverantwortung. Wir können ihnen nur Angebote machen, wie bspw. auch Termine bei Gynäkologinnen/Gynäkologen zu vereinbaren. Wenn Paare bei uns in der Behandlung sind, kommt es auch vor, dass man Paargespräche durchführt und dort das Thema Verhütung thematisiert. Als Präventionsmassnahme geben wir gratis Kondome ab, welche von der Aidshilfe gesponsert wurden. Die Klientinnen/Klienten können sich selber bedienen auf den Toiletten.

Thema Verhütung

L: Also ist es individuell je nach Bezugsperson und Lebenslage der Frau, ob Schwangerschaft in den Gesprächen zum Thema wird?

K: Ja es ist schon individuell. Das Thema Verhütung wird sicher zu Beginn der Behandlung angesprochen und danach schon individuell nach Lebenslage der Frau. Bei Frauen, welche sich prostituieren ist es sicher ein grosses Thema. Es ist nicht so, dass wir Bezugspersonen explizit immer an diesem Thema dran sind, aber wir fragen sicher nach bei den Frauen. Wir weisen die Frauen auch immer auf die Wichtigkeit der gynäkologischen Kontrolle hin.

Thema Schwangerschaft

L: Werden dabei auch die schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind angesprochen?

K: Das ist ein Thema, welches wir sicher ansprechen würden, wenn eine Frau den Kinderwunsch äussern würde. Ansonsten ist das nicht ein Thema, welches wir bereits präventiv ansprechen. Aber wenn eine Frau den Kinderwunsch äussert, weist die Bezugsperson auf die schädlichen Auswirkungen auf den Säugling hin, wie auch auf die Möglichkeit, dass das Kind nicht bei der Mutter bleiben darf.

Schädliche Auswirkungen bei Äusserung Kinderwunsch

L: Wie ist das Vorgehen, wenn eine Frau bei Ihnen schwanger wird?

K: Da haben wir ein klares Vorgehen und sind sehr gut vernetzt. Wir machen dann eine Meldung an die Schwangerschaftssprechstunde Luzern. Diese arbeiten mit dem Luzerner Kantonsspital zusammen (haben eine Zusammenarbeitsvereinbarung). Diese Meldung geht dann an die Sozialberatung vom Luzerner Kantonsspital. Dann wird ein Gespräch vereinbart, bei dem jemand vom Spitalsozialdienst, vom Kinderspital (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst), eine Ärztin/ein Arzt und die Bezugsperson von uns dabei sind. Dann wird zusammen geschaut, wie die soziale Situation der schwangeren Frau aussieht. Dann wird eine Meldung an die KESB gemacht, welche dann überprüft wie die Familie lebt und wie die sozialen Verhältnisse tatsächlich aussehen. Die KESB entscheidet dann schliesslich über den künftigen Aufenthaltsort des Kindes. Ich habe letztes Jahr eine Familie betreut, bei der beide Eltern zu uns kamen, die ihr Kind behalten durften. Diese Familie wurde sehr eng betreut, da wurde genau geschaut, wie sie mit dem Kind umgehen etc. Die Fachstelle Kinderbetreuung wurde da noch eingeschalten. Bei diesem Fall zeigte sich immer mehr, dass die Mutter mit der Betreuung ihres Kindes überfordert war. Sie wurde dann vor die Wahl gestellt, entweder sie geht mit dem Kind in eine betreute Wohneinrichtung oder das Kind wird fremdplatziert. Sie hat sie für die Wohneinrichtung entschieden und ist nun seit zwei Monaten dort. So ein Kind bekommt übrigens immer eine Beistandschaft und wie gesagt, dann findet eine äusserst enge Zusammenarbeit zwischen all den involvierten Stellen statt auch schon vor der Geburt.

Vorgehen bei Schwangerschaft

## Transkripte der Interviews

L: Ist es sinnvoll während der Schwangerschaft einen Entzug zu machen bezüglich Heroin / Methadon?

K: Das macht keinen Sinn, weil das Kind diesen Entzug dann im Bauch mitmachen würde. Aber Auflagen während der Schwangerschaft wie kein Bikonsum (Mischkonsum) von anderen Substanzen (bspw. Kokain, Alkohol etc.) werden oft ausgesprochen. Dies wird dann mittels Urinproben kontrolliert.

Entzug während Schwangerschaft

L: Wie wird der Heroin- / Methadonentzug des Kindes angesprochen?

K: Wir klären die Mütter / Eltern darüber auf, was der Heroin-/Methadonkonsum während der Schwangerschaft für das Kind bedeutet und eben auch, dass das Kind nach der Geburt einen Entzug machen muss. Wenn eine Frau den Schwangerschaftswunsch äussert bevor sie schwanger ist, klären wir sie auf jeden Fall auf was das für ihr Kind bedeuten würde, was alles auf sie zukommen würde und eben auch, dass es nicht sicher ist, dass sie ihr Kind überhaupt behalten kann. Das machen bei uns die Bezugspersonen mit evtl. Bezug von der Ärztin/dem Arzt.

Entzug Kind nach der Geburt

L: Haben Sie das schon öfter erlebt, dass eine Frau den Wunsch nach einer Schwangerschaft äussert?

K: Nein das kommt eher selten vor. Zumindest konkret, als Fernziel einmal eine Familie zu haben und nicht mehr zu konsumieren äussern schon viele. Aber wenn Menschen mitten in der Sucht stehen, ist das nicht oft ein Wunsch, welcher im Vordergrund steht. Da stehen andere Themen mehr im Vordergrund.

Äusserung Wunsch nach Schwangerschaft

L: Wie oft ist es denn vorgekommen, in den 11 Jahren in denen du hier arbeitest, dass eine Frau während der Behandlung hier schwanger wurde?

K: Das ist nicht viel vorgekommen, 1-2 im Jahr durchschnittlich. Aber es kommt auch vor, dass Frauen schwanger werden und abtreiben. Dies sind auch oft Frauen, welche auf dem Strich arbeiten.

Häufigkeit Schwangerschaften

L: Wie eignen sich die Mitarbeitenden vom Drop In dieses Fachwissen bezüglich schädliche Auswirkungen von Suchtmittelkonsum an?

K: Wir haben mehrere Ärzte bei uns angehängt und bei medizinischen Fragen wie die schädliche Auswirkungen von Suchtmittelkonsum ist der ärztliche Bereich immer involviert. Es finden auch Standortgespräche statt, bei denen Bezugspersonen, Ärztinnen/Ärzte und allenfalls Psychiaterinnen/Psychiater dabei sind. Fachwissen eignet man sich auch durch Erfahrung an.

Fachwissen

L: Auf was wird in der persönlichen Beratung der Fokus gesetzt, wenn der Kinderwunsch geäussert wird?

K: Als Bezugsperson zeigt man als erstes Verständnis für den Kinderwunsch. Aber man informiert ehrlich und klar was das bedeuten würde für das Kind. Auch ehrlich darüber informieren, dass allenfalls die Möglichkeit besteht, dass sie das Kind nicht behalten kann (Fremdplatzierung). Es gibt auch Situationen, in denen wir von einer Schwangerschaft abraten. Aber die Lebenssituationen und persönlichen Umstände der Frauen sind so unterschiedlich, dass sich der Fokus in diesen Gesprächen auch immer individuell unterscheidet. Als Bezugsperson versucht man immer die professionelle Seite in den Vordergrund zu stellen und doch fliesst auch immer etwas von der eigenen Einstellung und Meinung in den Beratungsprozess hinein. Wir haben eine beratende Tätigkeit, aber entscheiden nichts bezüglich eines Kindes. Aber ich finde es ist nicht primär ein Kriterium, dass man sagen kann, eine drogenabhängige Mutter ist eine schlechte Mutter. Oft löst eine Schwangerschaft während des Suchtmittelkonsums bei den Frauen auch etwas aus, so dass sie es als Chance nutzen können abstinent oder unter regelmässigem und kontrolliertem Konsum leben können. Aber klar darf ein Kind nicht für so das benutzt werden.

Fokus Beratung nach Äusserung Wunsch Schwangerschaft

## Transkripte der Interviews

L: Wie ist das weitere Vorgehen nach der Geburt?

K: Also wenn die Mutter nach der Geburt zurück zu uns in Programm kommt, gibt es eine enge Zusammenarbeit zwischen der Fachstelle Kinderbetreuung, der Beiständin/des Beistandes des Kindes, und der Familie des Kindes und uns. Dann gibt es immer wieder Sitzungen, in denen man schaut wie die Situation aussieht und ob man den Aufenthalt des Kindes bei der Mutter weiterhin vertreten kann. In der Bezugspersonenarbeit wird die persönliche Situation der Mutter angeschaut, ob ein Entzug oder andere Themen anstehen. Alles was nur das Kind betrifft ist Sache der Fachstelle Kinderbetreuung und der Beiständin/des Beistandes des Kindes. Den meisten Frauen wird das Kind zugesprochen und sie kommen nach der Geburt weiter zu uns in Programm. Wir hatten auch Fälle, in denen die Mutter nach der Geburt mit dem Kind in ein Mutter-Kind-Haus (betreutes Wohnen) gingen und nicht mehr zu uns zurückkamen.

Weiteres Vorgehen nach der Geburt

L: Gibt es noch etwas, was ich nicht gefragt habe aber wichtig sein könnte?

K: Es ist schon etwas, dass eher selten vorkommt. Viele süchtige Frauen haben keinen Kinderwunsch, sondern sind mit dem Konsum beschäftigt oder haben andere Themen im Vordergrund. Die jungen Frauen, welche noch nicht lange abhängig sind, werden meist im Ambulatorium der Psychiatrie behandelt. Bei uns sind schon eher die langjährigen Abhängigen.

Seltene Fälle

L: Ist Heroin noch in?

K: Nein, im Vergleich zu den 70er Jahren haben wir heute fast keine Neukonsumentinnen/-konsumenten mehr. Heroin gilt heute als Looserdroge und der Konsum ist massiv rückläufig. Heute sind eher die Drogen Kokain, Extasy, MDMA etc in.

Heroinkonsum rückläufig

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin:	Petra Suler		
Datum, Ort:	14.05.2014, Luzern	Dauer:	39 Minuten
Institution:	<b>Hausarzt, Maihofpraxis Luzern</b>		

P: Einstiegsfrage: Was arbeiten Sie?

Codes

M: Ich bin intrinsischer Mediziner. Ich betreue hier die Drogenabhängigen, war auch mal eine Zeitlang Gynäkologe, aber irgendwann muss man sich festlegen. Ich bin nun ca. 14 Jahre als Hausarzt tätig. Ich habe auch im Krankenzimmer hier in Luzern gearbeitet, als es dass noch gab. Ebenso in der Gassenküche. Wir haben hier in der Praxis noch andere Ärztinnen/Ärzte, die arbeiten zum Beispiel mit HIV-Patienten, dass ist dann aber wieder was anderes. Ja, ich bin der Hausarzt der Süchtigen hier.

Stelle

P: Welche Frauen werden von Ihnen beraten (Alter)?

M: Teilweise begleite ich Patientinnen/Patienten schon lange. Ja, das Durchschnittsalter beträgt so 55 Jahre. Erstaunlicherweise kommen aber immer mehr jüngere Frauen zu mir. Habe ich festgestellt. Viele mit einer Suchtproblematik. Das war früher nicht so oft. Ja, ich werde ja mit den Patientinnen/Patienten auch älter. Die älteren davon duze ich auch.

Klientel

P: Was heisst jüngere Frauen?

M: So zwischen 15 und 30 Jahren.

P: Sie haben erwähnt, dass die Patientinnen/Patienten „Drogenpatienten sind“. Welche Suchtmittel werden konsumiert?

M: Nikotin von den meisten, vielfach auch Cannabis und dann halt die illegalen Drogen, weniger aber Alkohol. Manchmal kommen junge Leute und wollen ein sogenanntes Check-up machen, ja was soll ich sagen, bei jungen Leuten find ich dass immer etwas früh. Aber ja, ich frage dann immer als erstes ob sie rauchen. Und wenn ja, dann frage ich warum. Alkohol, das ist dann meistens etwas, dass das Problem nicht löst, sondern Probleme überdeckt und es wird dann selbst zum Problem. Hilft einem ja nicht. Mit Ecstasy oder Speed kenne ich mich nicht so aus. Da fragen sie mich lieber nicht.

Konsumierte Suchtmittel:  
Nikotin, Cannabis, illegale  
Drogen, Alkohol

P: Ok, das sind also häufig legale Suchtmittel, mit denen Sie hier zu tun haben?

M: Legal, ja aber auch illegal, also Heroin oder Substitution, oder Methadonpatientinnen/-patienten, welche dann die Dosis immer mehr hinuntersetzen. Die legalen Drogen oder Süchte sind halt heikel. Dies ist von der Gesellschaft so bestimmt. Ich meine eine Zeit lang war ja Heroin eine legale Droge, es gab Stellen, wo man Heroin beziehen konnte, das heisst, der ganze Handel und Beschaffung fiel weg. Das war aber auch akzeptierter. Obwohl, die galten dort auch als „Looser“, also wenn ich mich zurück erinnere, als ich in der RS war, da haben wir halt manchmal am Abend etwas Hasch geraucht und einer der spritzte sich Heroin. Der war so ein Verlierer für uns. Da merkt man auch, es gibt diesen Handel. Ich meine es ist oft so, dass ein Dealer am Anfang kommt und dir das Erste mal für gratis gibt, und dann bis du schon drin, wie eine Mafia. Ich meine mir wurde auch mal was angeboten, aber ich habe es abgelehnt. Ich bin der Meinung, dass man jegliche Art von Drogen auch nur konsumieren sollte, wenn man es gut hat. Also wenn ein Jugendlicher kiff, weil er zuhause Stress hat, dass ist nicht gut. Dass sollte er nicht so machen. Wir haben gehascht, wenn es gute Stimmung war, so Samstagabends oder so. Naja, das soll nicht als Problemlöser genommen werden. Ja, und wegen dem Alkohol. Viele nehmen das auch als Problemlöser und dann wenn sie aufhören wollen, dass ist schwierig. Einer kam mal und war dann seit längerem trocken, er

Konsumierte Suchtmittel:  
Legal und illegal, Heroin,  
Substitution und Methadon

## Transkripte der Interviews

sagte aber das sei so omnipräsent, er werde die ganze Zeit angezündet, er solle doch auch ein Glas nehmen.

Das wird dann schwierig. Aber auch das Rauchen, dass sage ich bei allen, sie sollen am besten mit dem Rauchen aufhören.

Reaktion der SA: Nikotin

P: Somit rauchen sehr viele?

M: Ja, ich war selbst jahrelanger starker Raucher, also Pfeife habe ich geraucht. Und ich finde dass es irgendwann sehr sehr einengend ist. So wie ein Zwang. Und wenn die Patientinnen/Patienten kommen, und auch wenn sie anders konsumiere, sage ich ihnen häufig. Hören sie auf zu rauchen!

Konsumierte Suchtmittel:  
Nikotin

P: Ok, auch wenn dies die „nicht so harte“ Droge ist?

M: Ja, weil wenn sie diese Gewohnheit ablege, können Sie schon mal Stärke zeigen. Ich kenn niemanden der Drogen konsumiert, der nicht auch raucht, also fällt mir jetzt niemand in den Sinn und wenn Sie dann mit dem Rauchen gar nicht erst anfangen, oder gleich wieder aufhören kann es sein, dass sie gar nicht so ein grosse Problem haben werden mit Drogen. Schliesslich ist auch nachdem man das Rauchen aufgegeben hat, der Wunsch oftmals noch da, die Frage ist, wie geht man damit um, soll man gleich wieder zur Zigarette greifen? Nein, denn schlussendlich ist es ein Impuls von ungefähr 15 Sekunden, nicht mehr.

P: Sie haben nun hauptsächlich Nikotin angesprochen, behandeln Sie auch Patientinnen/Patienten, welche Benzodiazepine konsumieren?

M: Ja, Benzodiazepine, dass ist ja zum Beispiel Dormikum (Schlafmittel). Ich bin generell dagegen und ich gebe auch keine ab. Verschreibe diese nicht, denn wenn jemand Benzodiazepine einnimmt, dann kann das sehr schnell süchtig machen. Es gibt zum Beispiel Fälle, da frage ich mich manchmal, da müssen zum Beispiel Patientinnen/Patienten ins Gefängnis und werden von der Polizei aber noch zuerst zur Apotheke oder in die Permanence begleitet, wenn sie sagen, sie bräuchten dann in der Haft so und soviel Valium oder Schlafmittel, sonst ginge es nicht. Und sie erhalten dann unkompliziert wie es ist, einfach einige gewisse Dosis für die Zeit, in welcher Sie in der Haft sind. So unverständlich. Und ist ja klar, dass wenn sie dann raus kommen und hier her kommen, dass sie dann wieder welches wollen, da sie da zum Beispiel schon abhängig sind.

Konsumierte Suchtmittel:  
Benzodiazepine

P: Ok, dann geben Sie keine Benzodiazepine ab, was gibt es denn anstatt dieser Medikamente, gibt es da eine Alternative?

M: Ja, also eine Alternative ist sich viel zu bewegen, auch im fortgeschrittenen Alter, wenn man dann morgens auch zur Zeit aufsteht und den Tag auch mit Bewegung füllt, kann man am Abend auch schlafen, sag ich immer. Der Schlaf kommt früher oder später. Gut, es gibt schon auch gute Gründe, wie zum Beispiel Angstpatientinnen/-patienten oder wenn es psychische Gründe hat. Aber auch dort, dass muss man nicht mit Medikamenten lösen, dann soll man zum Beispiel ins Ambulatorium und sich therapieren lassen. Eventuell mit einer kleine Dosis, aber sicher nicht einfach so und von Anfang an gleich mit Medikamenten das Problem lösen. Sonst wird dann auf einmal das zum Problem. Es gibt ja so das Spiegelbild, wenn man das Verhalten der Mutter übernimmt. Oder man sieht, oh die Mutter nimmt auch Schlafmittel. Das nützt etwas, dass dann die Tochter auch eher zu Schlafmittel greift. Ja, oder die Mutter sagt der Tochter, sie solle die Medikamente nehmen, wenn es ihr nicht so gut ginge, so schnell geht das. Es kann ja nicht sein, dass man sein Leben so mit den Medikamenten löst.

Reaktion der SA: bei  
Benzodiazepin

Prävention: Vorbildfunktion

P: Ja, wenn sie nicht verschrieben werden, sind sie ja illegal?

M: Ja, man muss sich als Ärztin/Arzt gut überlegen ob man diese abgibt oder nicht. Schliesslich wird dann auch mit diesen gedealt. Das Suchtpotenzial ist so gross, das kann schnell gefährlich werden. Es kommen immer wieder Patientinnen/Patienten, die von mir

## Transkripte der Interviews

Benzodiazepine wollen, da verneine ich aber strikt, viele haben deshalb auch schon die Ärztin/den Arzt gewechselt. Die wissen meisten sowieso wie und wo sie Benzodiazepine leichter bekommen. Es gab mal einen, der meinte er werde bald ein Buch schreiben über dass, wie einfach man wo zu Stoff käme. Ich sagte dann, er solle sich lieber seiner eigenen Sucht und der Bekämpfung widmen, anstatt an so einem Buch zu schreiben. Oder er solle arbeiten gehen.

Prävention: Keine Abgabe von Benzodiazepin

P: Wird das Thema Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft thematisiert?

M: Also einfach so nicht. Ich spreche jede Frau an, die zu mir kommt und man sieht, aha sie raucht. Das mache ich. Naja und wenn Sie dann schwanger ist, ja dann wird es auf alle Fälle zum Thema. Ich möchte hier ja nicht moralisieren und sagen was sie tun soll. Vielfach sind da ja aber auch andere involviert, wie Frauenärztinnen/-ärzte, Therapeutinnen/Therapeuten oder dann später Hebammen. Sie werden oft dort beraten. Es gibt dann auch Frauen die während der Schwangerschaft weiterhin konsumieren, zum Teil auch sehr starkabhängig sind. Dann spreche ich das Thema an, mit der Schwangerschaft und empfehle auch Methadon. Wenn sie raucht, sollte sie umgehend damit aufhören. Das weiss man aber generell auch. Alkoholkonsum hatte ich auch schon, Aber das eher selten. Bei Nikotin thematisiere ich es.

Thematisierung Schwangerschaft

P: Werden bei Ihnen die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind thematisiert?

M: Naja, eigentlich ja. Aber die Patientin muss schlussendlich selber entscheiden. Ich kann ihr dies auf den Weg geben, aber ich spreche mit ihr darüber ja. Ich bin ihr Hausarzt, ich kann sie darauf hinweisen, kann mein Wissen so weitergeben. Schädlich ist es ja. Also aber bei Kokain, da weiss ich jetzt nicht genau wie das auf den Säugling wirkt.

Aufklärung schädliche Auswirkung von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

P: Ja Kokain ist anscheinend nicht so stark, wie andere Suchtmittel, so wie ich jetzt gelesen habe.

M: Ja, also ich würde sagen, wenn es ja jemand einnimmt, hat das ja auch eine Wirkung. Häufig sind es z.B. auch ADHS Kinder die später mal zu Kokain greifen und süchtig werden. Denn Kokain hat die ähnliche Wirkung wie Ritalin. Und wenn jetzt eine werdende Mutter Kokain konsumiert, kann ich mir gut vorstellen, dass es dann später auch ein Bedürfnis nach Kokain oder allenfalls Ritalin verspürt. Es ist aber sicher nicht harmlos, wenn eine Frau schwanger ist und regelmässig kokst. Das ist klar. Aber an der Börse, da sind ja die meisten auf Koks. Es wirkt konzentrationsfördernd und es gibt einem ein gewisses Erfolgsgefühl. Ich selber würde mich aber nicht trauen Kokain zu nehmen, ich denke das Risiko ist zu gross, dass es einem gefallen würde. Nein, dass denke ich würde ich lieber sein lassen.

Aufklärung schädliche Auswirkung von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Konsumierte Suchtmittel: Kokain

P: Wie reagieren Sie je nach Art des Suchtmittels oder je nach Schwangerschaftswoche?

M: Naja, das kann ich jetzt nicht so genau beantworten, unterschiedlich reagiere ich glaube ich nicht. Ich meine egal welches Schmerzmittel oder welche Opiate sie einnehmen, alles geht auf das Baby über. Das Baby bekommt alles mit. Das muss der Frau gesagt werden.

Hartnäckigkeit

P: Wird die Frau bei Suchtmitteln, welche beim Säugling einen Entzug erfordern, wie bei Benzodiazepinen, Heroin oder Substitutionsmitteln über diesen Entzug informiert?

M: Ja, sie wird sicher informiert, dass das Baby einen Entzug machen muss. Ich hatte zum Beispiel mal eine Frau, die war schwanger und sie fing dann dank der Schwangerschaft, mit dem Methadonprogramm an, als Entzug. Wir haben dann zusammen den Entzug angeschaut und ich hatte damals das Ziel, dass sie bis spätestens ein Monat vor der Geburt clean, das Methadon auf Null haben sollte. Ihr Ziel war eine Woche vor der Geburt. Naja, dann kam sie und erhielt immer weniger, dann als es ein Monat vor der Geburt war, gab ich ihr nur noch wenig und dann nur noch Tabletten, das waren Placebos. Und sie hat dann gemäss ihrem Plan eine Woche vor der Geburt gar nichts mehr genommen. Sie rief mich dann an und meinte, sie bräuchte wohl wieder etwas sie spüre, wie sie auf Entzug

Entzug

Entzug: Beispiel Methadon

## Transkripte der Interviews

kommen. Ich sagte ihr, sie sind schon seit drei Wochen auf Entzug. Naja, sie kam dann aber erst recht auf Entzug und konnte das Baby aber gebären, ohne das das Neugeborene einen Entzug machen musste.

P: Fällt das Thema Kindswohl? Bezogen auf das allfällige zukünftige Kind?

Kindswohl

M: Auf jeden Fall. Das ist immer wieder ein Thema. Ich sage immer: „Die Sucht ist stärker als jede Beziehung, als jede Verwandtschaft“. Sei das, dass der Enkel seiner Grossmutter das Silberbesteck klaut um es danach zu verkaufen oder sei es die Beziehung von der Mutter zum Kind. Die Sucht die siegt, sie ist über der Beziehung.

Kindswohl: KESB

Ich setze mich zwar nicht mit der KESB zusammen oder melde einen Fall. Aber ich weise die Frauen darauf hin, wie sie mit dem Kind dann umgehen können. Weil meistens haben sie die Sucht, welchen sie die Aufmerksamkeit schenken. Es gab da eine Frau, die ich lange behandelt habe, sie nahm über Benzodiazepine zu Alkohol zu Heroin alles, sie rauchte auch. Dort war es so, sie hatte drei Kinder und als sie hier zur Behandlung kam, fragte sie, wer zu den Kindern den schauen solle. Ich antwortete, wie es mit dem Partner ausschaue. Das war ein guter Mann, er sorgte sich sehr um die Kinder. Schlussendlich, da wurden sie vom Vater grossgezogen und sie hatte weiterhin mit ihrer Sucht zu kämpfen. Später mal, da waren ihre Kinder schon älter, rief sie mich an und meinte, es sei schrecklich. Ich Sohn habe mit 17 Jahren auch angefangen zu trinken und nehme nun auch Benzodiazepine, was man den dagegen tun könne? Ich sagte nur, das einzige was man als Mutter tun kann, ist ein gutes Vorbild zu sein. Erziehung macht man nicht mit Worten, sondern mit vorbildlichem Handeln. Wenn sie wolle, dass der Sohn von ihr etwas lerne, müsse sie ihm als Vorbild dienen. Sie müsse aufhören.

P: Welche Informationen geben Sie den Frauen über den spezifischen Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft?

Harnäckigkeit

M: Ja, also meistens haben die Frauen eine Drogenabhängigkeit, oder sie rauchen. Ab und zu kommt Alkohol vor. Ja, und wenn sie schwanger sind, wird die Thematik natürlich angesprochen. Was es heisst. Ja, vor allem beim Nikotin bin ich hartnäckig. Es spielt eigentlich nicht so eine Rolle welche Droge es ist. Ich informiere sie einfach.

P: Bis in welche Schwangerschaftswoche ist ein Entzug bzw. ein Stopp des Konsums möglich, ohne dass das Kind schon von den Auswirkungen des Suchtmittels betroffen ist?

Entzug

M: Ou. Früher hiess es mal bis zu einem Monat. Aber jetzt weiss ich das nicht mehr. Kann ich nicht genau sagen.

P: Im Zusammenhang von der medizinischen Sicht und der sozialarbeiterischen Sicht interessiert uns auch, ob Sie mit Sozialarbeitenden Kontakt haben? Wenn ja, mit welchen Stellen?

Beratungsart:  
Zusammenarbeit

M: Ja. Es gibt ja ganz viele Ebenen, wo die Sozialarbeit zuständig ist. Sei dass auf den Sozialdiensten, der KESB, das Paradiesgässli hier oder in der Gassenküche arbeiten auch Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter. Ich kenne noch einige von früher. Naja, viel Kontakt pflege ich nicht. Das gab es mehr früher, dass man sich zum Beispiel zu Dritt traf und ein Anliegen thematisierte. Heute eher weniger. Wenn, dann aus Initiative der Sozialarbeitenden oder der Patientin/des Patienten. Manchmal rufen auch Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter an um nachzufragen, was genau die Patientin/der Patient hat. Da kann ich natürlich nicht einfach so Auskunft geben, manche überschreiten hier etwas die Grenze.

P: Ja, das geht nur mit Vollmacht oder man geht halt über die Klientin/den Klienten. Manchmal hat man als Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter auch zu wenig Einblick, was jetzt gut wäre, gesundheitlich gesehen für den Klienten, oder die Klientin. Dann denkt man sich, ok einen Hausarzt wird man ja wohl kontaktieren können. Oder zumindest um Rat fragen

## Transkripte der Interviews

können. Vor allem, wenn man ja weiss, dass die Klientin/der Klient sich nicht weiter beraten oder therapieren lässt.

M: Ja. Ich denke der Austausch hin und wieder ist nicht schlecht. Es kommen ja auch immer wieder neu Themen auf, welche man sich vielleicht noch gar nie so überlegt hat.

P: Gibt es zum Schluss noch weitere Themen, welche von Ihrer Sicht noch wichtig zu diesem Thema sind?

M: Ja, es stellt sich auch die Frage, was neben dem Konsum alles anfällt. Einiges habe ich ja schon angesprochen. Aber auch zum Beispiel, ob Heroin wieder legal abgegeben werden soll. Schliesslich ist der Zusammenhang von Prostitution und Drogenbeschaffung so nah bei einander. Es stellt sich die Frage was wirklich am besten ist, oder besser ist.

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Cynthia Leyva

Datum, Ort: 12.05.2014, Luzern

Dauer: 65 Minuten

Institution: **Notschlafstelle**

C: Welche Frauen kommen zu euch?

U: Grundsätzlich geht es Querbeet. Sicher ist es so, dass mehr Frauen mit Migrationshintergrund hierherkommen als ohne Migrationshintergrund. Altersmässig beginnt es bei 18 Jahren und geht bis 65. Ca.  $\frac{3}{4}$  der Frauen haben eine Suchtproblematik. Die eher älteren Frauen haben eher psychische Belastungen. Im Suchtbereich ist es schwer auseinanderzuhalten, ob es eine psychische Beeinträchtigung ist oder eine Sucht oder beides und was war zuerst da. Im Schnitt sind die Frauen zwischen 25 und 45 Jahre alt. Bildungsmässig haben sie tendenziell eine normale Schulbildung, Lehre. Teilweise haben sie auch keine Ausbildung, z.B. wenn eine Frau sehr jung auf die Gasse kam. Etwa 15-20% der Frauen, welche hier übernachten prostituieren sich. Obwohl es hier natürlich auch eine Dunkelziffer gibt, weil es nicht das ist, was sie uns gleich auf die Nase binden. Frauen bleiben kurz bei uns, sie finden leichter Wohnanschluss bei Kolleginnen/Kollegen. Solche, welche lange bleiben sind hochkomplexe Fälle: Drogen, Psyche, Beschaffung, spezieller Umgang mit sich selbst etc. Ich hatte länger eine Frau, mit einer jahrelangen Geschichte. Sie sagte, es ginge ihr heute besser als damals als sie nicht konsumiert habe. Sie war als Kind schwer krank und hat dann bald als Edelprostituierte begonnen und auch gut verdient. So startete sie dann halt mit Cüpli und Alkohol und dann auch bald Kokain, bis sie dann stark in die Drogenszene rutschte. Und als dann halt ihr Aussehen nicht mehr so mitmachte und die Drogen wichtiger wurden, bleibt dann irgendwann nur noch der Strassenstrich respektive der Drogenstrich und das ist natürlich ein sehr spezielles Umfeld, weil auch die Freier sehr spezielle Männer sind. Insofern haben wir uns entschieden, den Frauen in der Nacht speziell Schutz zu bieten, es gibt ein reines Frauenzimmer, welches sie auch von innen abschliessen können. Es hat hier auch Kosmetikprodukte und Produkte für die Monatshygiene, sowie Kondome, welche im WC aufliegen. Die Frauen können auch nach Anmeldung bis um 2 Uhr am Morgen zu uns kommen, obwohl die Deadline für die anderen an Mitternacht ist.

C: Welche Suchtmittel werden von den Frauen konsumiert?

U: In erster Linie Kokain. Bei Prostituierten benutzen viele Kokain, um sich aufzuputzen und Heroin, um herunterzukommen. Dann jegliche Medikamente. Alkohol eher weniger. Das Konsumverhalten hat sich in den letzten Jahren verändert, in dem Sinne, dass es eher ein Gemisch gibt; Es wird das konsumiert, was gerade verfügbar ist.

C: Bemerkt ihr überhaupt, wenn eine Frau Medikamente konsumiert?

U: Eigentlich dürften sie bei uns ja keine Medikamente konsumieren - wie auch jegliche anderen Drogen nicht (ausser im Drogenraum). Sie dürfen nur diese einnehmen, welche von der Ärztin/vom Arzt verschrieben wurden und auch nur so, wie sie/er sie verschrieben hat. Also es gibt viele, welche sich das Dormikum spritzen, da es schneller wirkt. Aber es geht so schnell, eine Tablette zu schlucken, dass wir dies eigentlich nicht mitkriegen. Also ist das Verbot, welches wir aussprechen, dafür da, ihnen zu zeigen, dass es nicht einfach so akzeptiert wird. Aber wenn jetzt jemand so etwas geschluckt hat und wir kriegen das mit, wird diese Person natürlich nicht auf die Strasse gestellt. Z.B. Dormikum und ähnliche Medikamente haben eine so starke Wirkung, dass die Personen wie zu „schlafwandelnden Zombies“ werden. Also der Geist ist weggetreten und man kommt nicht an die Person heran. Die Personen sind sehr schwierig zu beeinflussen und kontrollieren und man kann sie fast nicht alleine lassen.

C: Wie wird Schwangerschaft zum Thema? Sprecht ihr es an, wenn ihr sie schwanger seht oder wenn ihr den Verdacht habt?

Codes

Klientel

Klientel: Alter

Klientel: Bildung

Konsumierte Suchtmittel

Konsumierte Suchtmittel:  
Benzodiazepine

## Transkripte der Interviews

U: Wir sind so selten mit dieser Thematik konfrontiert, dass ich dir dies nicht generell beantworten kann. Mir als Mann werden sie dies nicht so schnell anvertrauen. Deswegen ist es wichtig, dass wir im Team auch eine Frau haben. Oft aber erzählen sie es uns einfach, sie „tragen ihr Herz auf der Zunge“, dass man sogar das Gefühl hat, sie erzähle es, als ob es gar nichts wäre. Bei der letzten Frau, bei welcher wir damit konfrontiert waren, wurde dann eine Abtreibung vorgenommen. Ansonsten muss mit viel Fingerspitzengefühl gefragt werden, damit sie das Gefühl haben, es helfe ihnen, wenn sie es erzählen. Dort ist die Problematik, dass wir oft der falsche Ort sind. Wir sind erstens keine Therapeutinnen/Therapeuten und zweitens haben wir kein Bezugspersonensystem. Bei uns ist man unverbindlich, mal ist man da, mal nicht. Viele Frauen sind auch sehr sporadisch da, also man kann ein Thema fast nicht kongruent weiterführen. Dann versucht man sie weiterzuverweisen. Dies ist dann eigentlich immer das Paradiesgässli. Dann auch Hausärztinnen/Hausärzte und oft kommen dann auch noch Psychiaterinnen/Psychiater ins Spiel. Die letzte Frau kam dann auch in die Psychiatrie, von wo auch die Abtreibung vorgenommen wurde. Wie sehr sie aus eigenem Wille diese Abtreibung gemacht hat, weiss ich nicht. Also sie wurde sicherlich nicht gezwungen aber häufig ist es halt so, dass, wenn die Drogen wichtiger sind, alles andere etwas vergessen geht und man sich nicht darum kümmert. Es ist ein sehr komplexes Thema, welches eigentlich praktisch fast nie bei uns vorkommt. Die durchschnittliche Verweildauer bei uns sind 17 Tage. Und dass dann genau in dieser Zeit eine schwangere Frau hier ist, das wäre fast Zufall. Es kommt ab und zu vor, dass ich von Frauen, welche mal bei uns waren, vernehme, dass sie Mutter geworden sind. Hier hört man dann aber auch häufig Geschichten, dass die Kinder fremdplatziert sind, also in einer Pflegefamilie oder in einem Heim. Auch wenn die Frauen einen Entzug gemacht haben, können sie das Kind oft nur begleitet bei sich haben. Wir werden dann hauptsächlich damit konfrontiert, weil die jeweilige Mutter unter dieser Situation leidet. Wenn jetzt eine schwangere Frau hier wäre und diese lässt sich nicht ans Paradiesgässli verweisen, dann würde ich eine Meldung an das KESB machen. Denn die haben dann die Kompetenz und auch die Macht, etwas zu machen. Selbstverständlich würde ich dies mit Transparenz machen, also es der Frau sagen.

Thematisierung Schwangerschaft

Triage

Gefährdungsmeldung

C: Wenn eine schwangere Frau bei euch wäre, bei welcher Abtreibung kein Thema ist, würdet ihr sie über Auswirkungen der Droge auf das Kind informieren.

U: Auf jeden Fall. Also es ist bei uns nirgendwo aufgeschrieben oder vorgegeben aber man wird fast zwanghaft auf dieses Thema kommen. Also man würde dann fragen „Du wie sieht es aus mit Drogen? Du weißt, dass dies Auswirkungen auf dein Baby hat.“ Also das wissen diese Frauen auch, dass es Auswirkungen hat. Ansonsten wird man es kurz aufzeichnen. Eben, dass es dann auch süchtig zur Welt kommt und mit dem Entzug zu kämpfen haben wird. Und auch, dass es Schädigungen gibt am Embryo. Und wenn die Frau in die Beratung kommt, werden wir so schnell wie möglich versuchen, eine Therapie/einen Entzug zu thematisieren. Denn es gibt natürlich Frauen, welche durch eine Schwangerschaft wachgerüttelt werden. Dann, wenn die Frau schon in eine solche Therapie eingebunden wäre, könnte sie, nach Geburt des Kindes gleich dort noch Basics für den Umgang mit dem Kind, erlernen. Da haben wir das Glück, dass es das Novizonte in Emmenbrücke gibt, für Mütter mit ihren Kindern. Und ich persönlich würde nicht unbedingt auf eine Abtreibung hinarbeiten. Diese Auseinandersetzung findet so oder so statt, Frauen wissen ja darüber Bescheid. Die Frau kann auch sagen, sie wolle keine Beratung und dann werden wir sie auch in Ruhe lassen, denn unser Hauptziel ist es, den Leuten ein Obdach zu geben. Es kann dann allerdings sein, dass ich eine Gefährdungsmeldung mache.

Vorgehen bei Schwangerschaft

C: Das heisst, du versuchst, Frauen zu triagieren, wenn sie dazu bereit sind.

U: Genau, das ist sowieso unsere Hauptarbeit, da wir halt den Tag über geschlossen haben und dadurch die Ressourcen gar nicht haben, viele Themen mit ihnen zu besprechen. Dafür sind professionelle Stellen zuständig. Aber eben, wir müssen uns mit Thematiken auseinandersetzen, welche nie oder selten eintreffen: Auch z.B. was passiert, wenn Minderjährige auftauchen? Als ich hier zu arbeiten begonnen habe, hiess es, keine Minderjährige. Aber wenn dann eine 14-jährige um Mitternacht vor der Tür steht kann man sie ja nicht draussen lassen. Die Frage ist dann, was passiert am nächsten Morgen: Da ist ein Gespräch und eine Triage (KESB) nötig, und zwar mit Begleitung. Also da gibt es dann mehr Zwang, also Zwang im Guten, dass dann

Triage

## Transkripte der Interviews

etwas Gutes daraus entstehen kann. Aber eben, es kam noch nie vor. Trotzdem haben wir uns überlegt, wie gehandelt werden müsste. Und dasselbe gilt für Schwangere. Obwohl dort ist dann die Dringlichkeit nicht so gross. Da kann ja dann auch ein paar Tage später noch reagiert werden.

Wir haben auch in einem Handbuch alle möglichen Triagestellen aufgeschrieben, damit man gleich eine Übersicht hat.

C: Nochmals zu den Gefährdungsmeldungen. Wie schätzt du dies ab, wann machst du eine Gefährdungsmeldung? Machst du grundsätzlich eine, wenn eine schwangere Frau keine Beratung möchte?

U: Nein nein, grundsätzlich sowieso nicht. Wenn man grundsätzlich etwas macht, dann ist es ein Automatismus und Automatismen sind nie gut in meinen Augen. Vorher steht ganz klar der Dialog, um zu schauen, was das Richtige ist. Obwohl ich weiss ja nicht per se, was das Richtige ist, ich will nicht einfach Entscheidungen für die Mutter und das ungeborene Kind treffen. Aber wenn ich merke, dass die Frau nicht zu sich schaut, also verwehrlos ist oder wenn sie übermässig Drogen konsumiert und sich verweigert, an Fachstellen – also die KESB – zu gehen, dann schaue ich mit ihr, wie es wäre, zum Paradiesgässli zu gehen. Weil KESB wäre unter Zwang und alles was unter Zwang passiert ist nicht nachhaltig. Was auf einer freiwilligen Schiene läuft ist nachhaltiger, ist gesünder, besser für die Mutter und das Kind. Wenn ich ehrlich bin, ist eine Frau, welche heute bei uns ist und morgen Abend nicht mehr kommt, keine Klientin mehr und das heisst, ich kann nichts mehr machen. Unser Ziel ist wirklich die Triage und eine Lösung zu finden, welche für die Frau stimmt. Und oft sind die Frauen wirklich nur eine Nacht bei uns und es wäre ja Vermessen, zu denken, man könnte in 12 Stunden wirklich etwas bewirken. Selbst in den 17 durchschnittlichen Nächten, welche jemand bei uns ist, wäre es Vermessen, zu glauben man könne nachhaltig viel verändern.

Wenn wir Anfangen, subito Gefährdungsmeldungen zu machen, würden die Leute nicht mehr kommen und das ist ja nicht in unserem Sinn. Wir arbeiten wirklich partnerschaftlich. Dabei geht es darum zu schauen „Was kannst du, was kannst du nicht? Und wobei kann ich dir behilflich sein?“

Wenn Gefährdungsmeldung, dann mit Transparenz oder im Idealfall mit der Person zusammen. Beim letzten Fall war dies so, dass die Frau mitunterschieden hat.

C: Wenn jetzt aber eine Frau gar keine Hilfe annehmen will, also auch keine Vermittlung zum Paradiesgässli, schätzt du dann trotzdem noch ab ob du eine Gefährdungsmeldung machst oder machst du sie einfach?

U: Ich denke schon, dass ich es dann noch abschätze, weil in den meisten Fällen ist ja die Frage Selbst- oder Fremdgefährdung. Also wichtig ist, was sie in welcher Intensität/welchem Abstand konsumiert. Und auch, wie ich die Frau wahrnehme, wie selbstbestimmt oder drogen gesteuert sie ist. Oder es kann auch vorkommen, dass ich dann mit der aufsuchenden Gassenarbeit Kontakt aufnehme und ihnen sage, sie sollen mal mit dieser Frau einen Kaffee trinken und sie darauf ansprechen. Im Normalfall aber würde ich sagen, nimmt eine Frau die Hilfe an, also wenn ich ihr sage, ich würde gerne einen Termin für sie im Paradiesgässli machen. Wenn jemand sich dann generell verweigert und stark auf der Droge ist, würde ich sehr wahrscheinlich eine Gefährdungsmeldung machen. Und zwar zugunsten dieses ungeborenen Kindes, wegen Fremdgefährdung.

C: Bezüglich Benzodiazepinen: Diese schädigen das Baby ja sehr, also sodass das Kind einen Entzug machen muss. Ist dies den Frauen bewusst? Es kann ja sein, dass man denkt, Medikamente seien nicht so harte Drogen wie beispielsweise Kokain oder Heroin.

U: Dies kommt natürlich auf die Frau an. Es hängt davon ab, wie sehr sich jemand mit ihrem Drogenkonsum und der Substanz auseinandergesetzt hat. Aber ich meine, der unstete Lebensstil ist sicher auch schlecht für das Kind. Am besten würde man Unsicherheiten zusammen herausfinden, für das haben wir ja das Internet.

C: Wie du gesagt hast, ist deine Reaktion von der Art des Konsums abhängig und weniger

Gefährdungsmeldung

Gefährdungsmeldung

Konsumierte Suchtmittel:  
Benzodiazepine

## Transkripte der Interviews

vom Suchtmittel selbst. Sehe ich das richtig?

U: Ja, es ist ja nur ein Mittel. Es geht mehr um den Menschen, wo dieser Mensch steht. Schlussendlich geht man ja von sich selbst aus, also was wäre für mich schlimm etc. Weil bei aller Empathie kann ich nicht genau wissen, was in einer anderen Person vorgeht. Dementsprechend muss ich akzeptieren, dass immer nur mein Gegenüber den Prozess des eigenen Erkennens einleiten kann. Diese Selbsterkenntnis ist nachhaltig. Nur dass ich erkenne, dass sie das Kind gefährden nützt noch nicht viel. Deshalb ist es wichtig, mit ihnen in einem Prozess zu bleiben. Ich kann also nur hoffen, dass dieses Empowerment irgendwann fruchtet. Schlussendlich spielt auch Sympathie/Antipathie eine Rolle. Also wenn ich merke, ich komme bei jemandem nicht an, lasse ich es allenfalls sein und sage der Mitarbeiterin, sie solle es am nächsten Tag versuchen.

eaktion der SA

C: Das Wissen, welches du über die Wirkung der Drogen auf das Kind hat, wie hast du dir dieses angeeignet.

U: Gross recherchiert habe ich nie, man kriegt das hier halt so mit. Es gibt Mütter, welche ein solches Kind haben und dann erzählen, wie lange es im Spital bleiben musste etc. Also so viel ich weiss gibt es Kinder, welche fast Beschwerdefrei auf die Welt kommen und es gibt solche, welche einen schweren Entzug durchmachen müssen. Die Substanz ist in dem Sinne nur ein Puzzlestein, es gibt noch weitere Lebensumstände, welche dem Kind schaden, wie z.B. Stress oder Schlafmangel. „Sauberes“ Heroin schädigt das Kind wahrscheinlich nicht extrem, es ist ja schlussendlich einfach ein sehr starkes Schmerzmittel. Aber eben, ich würde sicher auch darauf tendieren, die Frauen zu einer Ärztin/einem Arzt zu schicken oder wenn sie nicht kooperieren, dann wenigstens ins Drop-in zu einer kontrollierten Abgabe, damit der Stoff wenigstens sauber ist.

Aneignung Fachwissen

C: Also dein Fokus liegt auf der Vermittlung und der medizinischen Versorgung?

U: Auf jeden Fall, klar. Das Wissen bezüglich der Auswirkungen auf das Kind ist mehr ein Wahnfinger im Sinne von „Das wottsch ja nid“. Und da ist klar, da würde mir jede Frau sagen, sie wolle dies nicht für ihr Kind, aber die Sucht ist stärker; Heroin, Kokain, das ist so streng, eine so grosse Abhängigkeit. Deswegen ist die Chance klein, dass wegen dem Kind aufgehört wird. Ich glaube, es ist das kleinere Übel, wenn die Mutter sauberes Heroin während der Schwangerschaft, z.B. beim Drop-in, erhalten hat und sie dafür einigermaßen gute Lebensumstände hat, Ernährung, Ruhe etc. Das weiss ich nicht genau, aber ich gehe davon aus, dass auch andere schlechte Lebensumstände das Kind beeinflussen.

Fokus der Beratungsstelle

C: Gibt es Vorstellungen, welche du hast bezüglich Änderungen welche du dir wünschst?

U: Grundsätzlich glaube ich, haben wir in Luzern gute Angebote. Was mir wichtig ist, ist dass mit möglichst wenig Zwang gearbeitet wird, dafür mit möglichst viel Überzeugung.

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Lea Widmer

Datum, Ort: 14.05.2014, Luzern

Dauer: 45 Minuten

Institution: **Novizonte Sozialwerk**

L: Mit welchen Frauen arbeiten Sie zusammen?

W-M: Also wir sind eine Institution für Frauen mit Suchtproblemen, illegale Suchtmittel aber auch Alkohol und Medikamente. Wir bieten auch Platz für Frauen, welche eine psychische Beeinträchtigung haben. Die Frauen haben verschiedene Nationalitäten. Das Alter der Frauen variiert zwischen 16 und 50 Jahren. Letztes Jahr hatten wir eine minderjährige schwangere Frau aufgenommen. Wir achten darauf, ob die Frauen vom Typ her in die Gruppe passen. Ausserdem haben wir Ausschlusskriterien wie bspw. Fremdgefährdung/Selbstgefährdung oder Pflegebedürftigkeit.

L: Sie haben davon gesprochen, dass die Frauen illegale und legale Drogen konsumieren. Könnten Sie noch etwas genauer darauf eingehen?

W-M: Die konsumierten Suchtmittel erstrecken sich über Heroin, Kokain, Alkohol, Medikamente usw. Mit den neueren Süchten wie Internetsucht haben wir noch nicht viel Erfahrung. Auf Essstörungen sind wir nicht spezialisiert. Wenn eine Frau eine akute Essstörung hat, sind wir je nachdem auch nicht der richtige Platz. Es kommt aber darauf an, ob sie eine Psychiaterin/einen Psychiater hat, die/der sie eng begleitet und dieses Thema abdecken würde und sie dann bei uns einfach den sozialtherapeutischen Rahmen hätte. In der Regel leiden die Frauen nicht unter einer einzelnen Sucht, sondern haben mehrere Süchte gleichzeitig. Bspw. ist eine Frau abhängig von Kokain und leidet gleichzeitig noch unter einer Kauf- oder Beziehungssucht. Das kommt häufig vor und bedeutet, dass Frauen keine ausgewogenen Beziehungen leben können und dabei in eine Abhängigkeit zu ihrem Partner geraten.

L: Was haben Sie für Erfahrungen mit Benzodiazepinen?

W-M: Das ist in letzter Zeit ein sehr grosses Problem geworden, da viele suchtmittelabhängige Menschen gleichzeitig eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen entwickeln und diese Sucht zu durchbrechen ist sehr schwierig. Bei uns sollten die Frauen keine Benzodiazepine konsumieren, weil die Therapiefähigkeit nicht gegeben ist. Unter zu grossem Betäubungsmittel einfluss können sich die Frauen nicht selber kennenlernen und kommen nicht an ihre Gefühle heran.

L: Wie finden die Beratungen/Gespräche in Ihrer Institution statt?

W-M: Jede Frau hat eine Bezugsperson, mit der mindestens einmal pro Woche ein Gespräch stattfindet. Wir bieten auch Gruppentherapien an, in denen die Frauen lernen mit ihren inneren Spannungen umzugehen, Strategien zu entwickeln. Auch das Thema Umgang mit Gefühlen wird besprochen und trainiert. Ausserdem versuchen wir die Sozialkompetenz unserer Bewohnerinnen zu stärken. Gewisse Bewohnerinnen machen extern noch eine psychotherapeutische Behandlung.

L: Wie wird das Thema Schwangerschaft in diesen Einzelberatungen einmal pro Woche zum Thema?

W-M: Die Bezugspersonen haben eine Checkliste, auf der die Themen festgehalten sind, welche vor dem Eintritt der Frauen ins Haus geklärt werden müssen. Einer dieser Punkte geht um die Verhütung und ein allfälliger Kinderwunsch. Sofern dieses Thema bei den

Codes

Anspruchsgruppen  
(welche Frauen)

Süchte / Drogenarten

Benzodiazepine /  
Betäubungsmittel

Einzelberatungen mit  
Bezugspersonen

Checkliste / Diagnostikphase

## Transkripte der Interviews

Frauen nicht präsent/aktuell ist, wird es in der weiteren Behandlung/Beratung vorläufig nicht mehr aufgegriffen. Falls es ein aktuelles Thema im Leben dieser Frau ist, wird es in der Behandlung im Rahmen der Diagnostikphase/-analyse behandelt. Dabei geht es um eine genaue Betrachtung der verschiedenen Lebensbereiche der Frauen wie Arbeit, Bildung, Wohnung, Beziehungen und eben auch der Bezug zu sich selber und das Frau-Sein. In diesem Rahmen wird das Thema Schwangerschaft erneut aufgegriffen oder vertieft.

L: Werden dabei auch die schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf den Säugling angesprochen?

W-M: Die Frauen, welche bei uns wohnen, dürfen nicht mehr konsumieren und müssen Urinproben abgeben. Die Bezugspersonen merken, wenn etwas nicht stimmig oder auffällig wäre. Wenn schwangere Frauen zu uns kommen, unterstützen wir sie intensiv in der Vorbereitung auf das Kind.

Clean als Auflage

L: Werden die schädlichen Auswirkungen von einem Rückfall auf den Säugling angesprochen?

W-M: Wir haben ein Informationsmodul (Powerpoint-Präsentation) über die Auswirkungen von Tabak-, Alkohol- und anderem Konsum auf die eigene Gesundheit, wie auch auf die Gesundheit des ungeborenen Kindes. Wenn ein Gynäkologe eine Frau in der Kontrolle hat und merkt dass diese süchtig ist, wird sie weiterverwiesen ans Kantonsspital. Dort wird sie von einer Gynäkologin/einem Gynäkologen, einer Sozialarbeiterin vom Kinderschutz und jemandem aus der Kinderklinik sehr eng begleitet. Dort findet dann auch solche Aufklärung bezüglich schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft statt. Zudem erhält sie die Auflage zu Urinprobenabgabe, falls sie nicht in ein stationäres Setting kommt. Diese Frau wird so betreut und es wird schon über die Zukunft dieses Kindes besprochen.

Information über schädliche Auswirkungen auf den Säugling

Ablauf, wenn Gynäkologin/ Gynäkologe Sucht entdeckt

L: Wird in der Beratung unterschiedlich reagiert je nach Art des Suchtmittels?

W-M: Frauen, welche Kokain konsumieren, unterscheiden sich sicherlich in ihrem Typus von Frauen, welche Heroin konsumieren. Die ganze Suchtkultur hat sich sehr verändert in den letzten Jahren. Es gibt nicht mehr nur solche Süchtige, welche auf der Strasse leben und sich in der Notschlafstelle oder Gassenküche aufhalten. Es gibt auch Menschen, welche Kokain konsumieren und dabei privat und beruflich integriert sind und deren Leben vordergründig gut funktioniert. Es kommt darauf an, wie lange jemand schon konsumiert und was er konsumiert. Die Leute sind sehr unterschiedlich und ich kann nicht sagen, ob es vom Suchtmittel oder vom Lebensstil abhängig ist. Daher ist die Beratung und Betreuung individuell auf den jeweiligen Lebensstil und Charakter angepasst und weniger auf das konsumierte Suchtmittel.

Reaktion je nach Suchtmittel

L: Wie eigenen sich die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von Novizonte das Wissen über den Suchtmittelkonsum und dessen Auswirkungen an?

M-W: Ich kenne mich nicht so aus mit den Suchtmitteln. Es gibt immer wieder neue Designerdrogen und neue Begriffe dafür und ich habe nicht den Anspruch, dass ich das alles weiss. Sicher ist es hilfreich, dass man weiss, wie die einzelnen Suchtmittel wirken, damit man auch die Anzeichen von einem Entzug erkennen könnte. Aber die Frauen sind selber verantwortlich und wenn sie konsumieren möchten, dann machen sie es auch früher oder später. Wir wollen auch nicht, dass hier im Haus grossartig über Drogen gesprochen wird. Wir wollen dass sich die Frauen nach vorne ausrichten und das alte Leben hinter sich lassen können.

Fachwissen der Betreuungspersonen bezüglich Suchtmittel

L: Wie sieht die Nachbegleitung aus?

M-W: Wenn die Frauen in der Nähe wohnen bleiben, führen wir die Nachbegleitung durch. Bei weiter entfernten Wohnorten gleisen wir eine Nachbegleitung am jeweiligen Ort auf. Die Nachbegleitung wird von den Bezugspersonen durchgeführt, weil sie die Frauen kennen und über die Probleme und Rückfallgefahren der Frauen Bescheid wissen.

Nachbegleitung

## Transkripte der Interviews

Ausserdem besteht ein Vertrauensverhältnis, was die weitere Arbeit zusammen vereinfacht. Die Nachbetreuung dauert in der Regel ein halbes Jahr. Vorgängig wird in einem Vertrag festgehalten, was die Nachbegleitung alles beinhaltet und an was sich die Vertragspartner halten müssen. Zu Beginn gehen die Bezugspersonen wöchentlich bei den Frauen vorbei, dann wird das Setting individuell je nach Bedürfnis der Frauen gelockert.

Vertrauen

L: Das heisst, die Nachbegleitung ist zu Beginn generell eng und lockert sich dann je nach Bedürfnis der Frauen?

M-W: Genau, zu Beginn ist es eine enge Nachbegleitung, welche sich mit der Zeit lockert. Wir weisen die Frauen auch darauf hin, dass sie jederzeit ins Haus anrufen können, wenn sie plötzlich in einer doofen Situation geraten oder einfach das Bedürfnis haben zu reden. So finden auch Coachings am Telefon statt.

Nachbegleitung

L: Melden sich ehemalige Klientinnen aufgrund von einer (anstehenden) Schwangerschaft? (Rückfallgefahr)

M-W: Ich kenne Frauen, welche nach der Therapie Familien gegründet haben oder während der Therapie schwanger geworden sind. Bei uns hat sich aufgrund von einer Schwangerschaft keine Frau wieder gemeldet aber es gibt viele Frauen, welche nach dem Austritt bei uns weiterhin therapeutische Behandlung in Anspruch nehmen und sich damit vor einem Rückfall schützen.

Schwanger nach der Therapie

L: Haben Sie es schon erlebt, dass eine (anstehende) Schwangerschaft einen Stress auslösen kann und damit die Gefahr eines Rückfalls erhöht?

M-W: Nein direkt habe ich das nie miterlebt. Bei den Frauen, welche ich kenne und welche Familien gegründet haben, hat die Schwangerschaft keinen solchen Stress ausgelöst.

Keine Rückfallgefährdung durch Schwangerschaft

L: Wie ist die Belegung in Ihrer Institution?

M-W: Wir sind seit langem unterbelegt. Wir müssen uns sogar schon überlegen, ob wir uns auf ein anderes Klientel konzentrieren sollen. Wir spüren den Spardruck.

L: Wie stehen Sie zur derzeitigen Suchtpolitik?

M-W: Die Suchtpolitik ist heute mehr darauf aus, den süchtigen Menschen niederschwellige Angebote zu machen, damit sie in der Sucht drin einigermaßen stabil bleiben mit diesen Methadon- und Heroinabgaben. Man hat das Gefühl das sei ein Erfolg aber ich sehe das anders. Ich finde man behält die Leute so in der Sucht drin und hat keine Hoffnung mehr für sie, dass sie von der Sucht loskommen. Die Süchtigen werden gar nicht motiviert eine Therapie zu machen. Natürlich sind nicht alle in der Lage eine solche stationäre Therapie zu machen, weil es anspruchsvoll und streng ist und auch Gruppensitzungen stattfinden. Aus meiner Sicht hat die Gesellschaft die süchtigen Menschen aufgegeben. Stationäre Therapien werden nicht mehr oft in Anspruch genommen, so dass viele Häuser wie unseres geschlossen wurden in den letzten Jahren.

Schweizer Suchtpolitik

L: Arbeitet Novizonte auch noch in einem anderen Bereich präventiv im Bezug auf Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft?

M-W: Schulklassen aus Emmenbrücke kommen an Hausbesichtigungen und ehemals süchtige Menschen erzählen aus ihrem Leben. Weiter bietet Novizonte ein Beratungsnetz, aber das ist nicht speziell auf Suchtmittelkonsum oder Schwangerschaft ausgerichtet. Wir machen insofern Prävention, indem wir den Frauen helfen, an ihrem Selbstwert zu arbeiten, Strategien zu erlernen, mit ihren Gefühlen umzugehen, gesunde Beziehungen zu pflegen, eine Arbeitsstelle zu finden usw. Damit kann Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft ebenfalls vermindert/vermieden werden.

Präventionsmassnahmen von Novizonte

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Cynthia Leyva

Datum, Ort: 06.05.2014, Luzern

Dauer: 26 Minuten

Institution: **Paradiesgässli**

C: Welche Frauen kommen zu euch? Also es ist klar, es sind Frauen, die Kinder haben. Sind es hauptsächlich Alleinerziehende oder solche, die einen Partner haben, der auch drogenabhängig ist?

Codes

R: Es sind mehrheitlich alleinerziehende Personen, mehrheitlich Mütter mit Kindern, aber vereinzelt auch Väter. Dort ist die Mutter nicht da oder gestorben oder ganz selten, wo das Sorgerecht beim Vater ist. Ein paar wenige, welche das Besuchsrecht hier bei uns wahrnehmen, aber die Kinder eigentlich bei der Mutter sind. Am Mittwoch Nachmittag z.B. haben wir ein offenes Programm, eine Art Kinderhort, wo die Kinder abgegeben werden können.

Klientel

C: Gibt es auch Paare, welche zusammen kommen?

R: Ja es kommt vor, dass es eine Art Treffpunkt gibt der Kinder mit ihren Vätern, dass die Kinder ihre Väter nur hier sehen. Dies gibt es ganz wenig. Es ist aber nicht so strukturiert, dass wir besuchsrechtliche Begegnungen wahrnehmen. Es gab es ausnahmsweise auch schon, dass der Vater das Kind nur bei uns, so wie in einer geschlossenen Institution, sehen durfte, aber dann ist es nicht gefährlich, also nicht so, dass man Angst haben müsste, der Vater entführe das Kind. Dies kann vorkommen, wenn der Beistand dazu das ok gibt. Es gehört aber nicht zu unserem Angebot.

Klientel

C: Kannst du etwas zur sozialen Schicht, Herkunft oder Bildung dieser Personen sagen?

R: Ja, es sind vor allem Schweizerinnen/Schweizer (89%), es sind sogar eher Primeros, also nicht Secondos. Es sind vor allem Frauen mit Kindern, wir haben etwa 200 Klientinnen/Klienten, davon sind 100 Kinder. Eben von diesen 100 Erwachsenen sind etwa 70% Frauen. Altersstruktur ist sehr breit, wir haben Erwachsene zwischen 40 und 50, das ist der breite Kern. Ein paar wenige über 50. Dann gibt es auch neue Klientinnen/Klienten, welche wir noch nicht lange kennen.

Klientel: Herkunft

C: Bildungsmässig?

R: Es sind eher Personen mit einem Sek C/Realabschluss und eine Lehre gemacht haben. Ganz wenige haben gar keine Berufsausbildung.

Klientel: Bildung

C: Welches sind Suchtmittel, welche konsumiert werden?

R: Meistens harte Drogensucht irgendeinmal in ihrer Laufbahn. Es kann auch sein, dass sie abstinent sind und dürfen trotzdem noch zu uns kommen, da wir ein freiwilliges Angebot sind und keine Auflagen haben. Als einziges Aufnahmekriterium haben wir, dass ursprünglich eine Drogensucht eine Rolle gespielt haben muss. Ansonsten kämen Migrantinnen/Migranten und andere Leute und es würde zu gross werden. Es leuchtet ja auch ein, man will dorthin, wo man seine Leute sieht, solche, die dieselben Themen beschäftigt.

Konsumierte Suchtmittel

C: Und nochmals konkret zu den Suchtmitteln.. Was wird konsumiert?

R: Heroin, Kokain, Tabletten, Alkohol, Cannabis.. Alles was man so kennt.

Konsumierte Suchtmittel

## Transkripte der Interviews

C: An gewissen Orten hört man, Heroin werde nicht mehr so oft konsumiert.

R: Heroin ist immer noch eine sehr populäre Droge. In der Fixerstube im K&A (Kontakt- und Anlaufstelle Gassenarbeit) wird Heroin immer noch oft benutzt. Es gibt leichte Schwankungen, zeitweise ist Kokain beliebter, dann wieder Heroin.. Es sind so Wellenbewegungen. Aber Heroin ist noch immer voll auf dem Markt.

Konsumierte Suchtmittel: Heroin

C: Wird Schwangerschaft bei euch in den Beratungen überhaupt zum Thema?

R: Ja, es gibt Frauen, welche in der K&A waren und schwanger wurden. Dann nimmt das K&A mit uns Kontakt auf und sie fragen uns, ob wir diese werdende Mutter kennen. Falls nicht, versuchen sie, sie uns zu vermitteln. Dann kommt sie zu uns und es gibt ein Erstgespräch. Dabei wird geschaut, ob sie mit uns zusammenarbeiten möchte, da es ja ein freiwilliges Angebot ist. Wenn ja, für was möchte sie unsere Hilfe. Unser Ziel ist es, sie möglichst schnell aus den Drogen zu bringen, also aus dem harten Konsum, da dies ja das Kind schädigt. Das wäre so ein typischer Ablauf, wenn er intern stattfindet. Dann gibt es auch die Mund-zu-Mund-Propaganda: Also dass eine Frau, welche bei uns ist, einer Kollegin rät, zu uns zu kommen, da sie ja dasselbe Problem habe wie sie.

Thematisierung Schwangerschaft

C: Sprecht ihr mit allen Frauen über Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft oder nur da, wo ihr schon etwas vermutet oder schon wisst, dass sie schwanger ist?

R: Wir haben keinen Themenbogen, dass wir dies generell immer wieder ansprechen. Das ist immer sehr auf die Person bezogen. Wenn eine schwanger wird oder droht zu werden oder eine neue Partnerschaft hat, wo sie vielleicht nicht so aufpassen, dann kann es sein, dass wir ansprechen, wie es mit der Verhütung aussieht und ob sie Geld hat, um die Verhütung zu bezahlen etc. Dies wird von Zeit zu Zeit angesprochen, bei denen Personen wo wir merken, es macht Sinn.

Thematisierung Konsum und Schwangerschaft

C: Also nicht präventiv.

R: Nein nicht präventiv. Was wir schon gemacht haben oder schon gemacht haben, ist, dass Personen von Familienberatungsstellen oder von anderen Stellen zu uns kommen und einen Vortrag halten für unsere Leute. Zu Themen wie Erziehung, Körperhygiene, med. Behandlung der Kinder etc. Aber es ist nicht Dauerthema weil es halt auch etwas stigmatisierendes hat, wenn sie immer darauf angesprochen werden. Man schreibt ihnen dann ja die Kompetenzen nicht zu, also dass sie damit nicht umgehen könnten. „Du muesch ja glich so chli einigermasse uf de Schwelle blibe vo ich traue ihne das zue dass sie das im Griff hend und ich mache nur so viel wie nötig.“

Prävention: keine

C: Und wenn eine Frau Interesse daran hat, Informationen zu erhalten, klärt ihr sie auf oder triagiert ihr?

R: Wir triagieren. Wir machen keine Schwangerschaftsberatung. Wir schicken sie zu Mutter-Kind-Häusern oder Fachstellen. „Da gids e so züüg.“ Das ist auch Teil unserer Arbeit, dass wir sie an Fachstellen begleiten, da oft auch Hemmschwellen da sind.

Triage

C: An welche Fachstellen triagiert ihr?

R: Ja, wir arbeiten mit Fachstellen zusammen. Z.B. mit der Mütter- und Väterberatungsstelle, Drop-in, Spital Luzern, KESB (Beiständinnen/Beistände), mit Schulsozialarbeiterinnen/Schulsozialarbeitern, Lehrpersonen etc. Wir haben auch mehrmals pro Jahr Fachpersonen, welche ein Referat halten kommen im Paradiesgässli. Z.B. war dies schon von der Schuldenberatungsstelle oder Mütter- und Väterberatungsstelle.

Triage: Fachstellen

## Transkripte der Interviews

C: Wenn ihr merkt, eine Frau ist schwanger und ihr sprecht sie darauf an aber sie möchte keine Hilfe annehmen, was macht ihr da?

R: Wir können eine Gefährdungsmeldung machen. Wir sorgen aber dafür, dass wir diese Meldung nicht machen müssen, sondern dass es eine Beiständin/ein Beistand macht oder eine sonstige Institution, welche involviert ist. Damit wir als Anlaufstelle erhalten bleiben können und die Frau nicht das Gefühl hat, wir hätten sie verpiffen. Wenn wir es intern machen, muss es immer meine Chefin machen. Dann kann ich mich als Mitarbeiter und Bezugsperson der Frau abgrenzen und sagen, die Chefin hätte die Gefährdungsmeldung gemacht.

Gefährdungsmeldung

C: Kommt eine solche Gefährdungsmeldung oft vor?

R: Nein, etwa dreimal jährlich.

C: Reagiert ihr als Beratende je nach Art der Droge anders? Also dass man sagt, ah da müssen wir jetzt schnell reagieren.

R: Ja, ich meine rauchen kommt schnell mal vor. Und Alkohol trinken auch. Obwohl da umstritten ist, was gefährlicher ist. Es gibt Studien, die besagen, Alkohol sei gefährlicher als Heroin. Wenn man merkt, dass sie sehr suchtbelastet ist, dann versuchen wir, möglichst schnell mit ihr ins Gespräch zu kommen.

Reaktion der SA

C: Selbst bei Alkohol?

R: Wenn sie sehr sehr stark gefährdet ist, ja. Also wenn sie wirklich eine Pegeltrinkerin ist und ohne ihren Pegel Entzugserscheinungen hätte. Dann hat dies schon einen Einfluss auf unser Verhalten. Wir tauschen uns auch im Team aus bezüglich der Wirkungen der Substanzen und entscheiden dementsprechend auch im Team, wie wir uns in einem solchen Fall verhalten.

Reaktion der SA: Alkohol

C: Wenn ihr Frauen auf Auswirkungen der Suchtmittel auf das Kind anspricht, sind ihnen diese bewusst?

R: Bewusst ist es ihnen, aber sie verdrängen es natürlich. Wie das normal gesellschaftliche Verhalten in anderen Themen: Der Raucherin/dem Raucher ist es auch bewusst, dass es nicht gesund ist. Aber es ist ein Risiko, welches sie eingehen können. Sie beziehen sich dann auch auf andere, um sagen zu können, dass es bei diesen ja auch nicht geschadet hat. Aus dem schlechten Gewissen heraus, welches sie haben, legitimieren sie ihren weiteren Konsum. Sie sagen, es ändere ja jetzt auch nichts mehr, dann können sie gleich weiterkonsumieren. Quasi auch aus Selbstmitleid können sie dann nicht mehr aufhören.

Thematisierung Suchtmittel

C: Wenn der Entzug des zukünftigen Kindes angesprochen wird, erzeugt dies eine Wirkung bei der Frau oder weiss sie es schon?

R: Die Thematik Entzug des Kindes ist sehr individuell. Es gibt Klientinnen, welche sich dem Risiko wenig bewusst sind und es gibt solche welche sich dem Risiko eigentlich bewusst sind, aber es ausblenden.

Entzug: Kind

C: Du hast gesagt, ihr triagiert hauptsächlich. Legt ihr selbst dann keinen Fokus bezüglich einem Ziel fest, also dass die Frau abstinent werden muss oder einfach nur den Konsum einschränken? Es gibt ja Drogen, wo während der Schwangerschaft kein Entzug gemacht werden sollte.

R: Ja wir schicken sie an eine Beratungsstelle. Wir würden ihr nicht sagen, wie sie nun mit ihrer Sucht umgehen sollte. Wir wissen auch, dass es gefährlich sein kann, von heute auf morgen den Konsum zu stoppen, dass es sogar einen Abort geben kann. Darum würden wir dieses Risiko von uns auch nicht eingehen, es wäre ja eine Kompetenzüberschreitung.

Fokus der Beratungsstelle: Triage

## Transkripte der Interviews

C: Zum Thema Kindswohl: Dies wird angeschnitten, aber auch nicht vertieft besprochen?

Kindswohl

R: Wir versuchen einfach die Frau zu überzeugen, zu einer Fachstelle geht. Wir appellieren an ihre Moral. Unser Hauptziel ist es, eine gute Beziehung aufzubauen, wir versuchen eine partnerschaftliche Freundschaft/Beziehung zu haben, so weit es im professionellen Sinne möglich ist. Dazu haben wir ein Bezugspersonensystem. Wenn wir dies schaffen, dann sind wir auch frei, sie ziemlich weit zu begleiten und sie nehmen dann auch eher unsere Ratschläge an. Es geht darum, dass sie Selbsteinsicht gewinnen. Ziel ist es wirklich, sie an den Punkt zu bringen, damit sie offen sein können, Hilfe anzunehmen. Oft sind es ja sehr verschüttete Themen, welche diese Leute haben. Wenn eine Frau zum Beispiel schon Jahre lang auf der Gasse war und dann schwanger wird, ist so viel drin: Missbrauchsthemen, Armut, Kriminalität, Anschaffung, Obdachlosigkeit, Gesundheitsthemen etc. Dadurch kapselt man sich auch immer mehr ab. Der negative Berg wächst immer mehr. Um dies abzubauen kann man nur mit Vertrauen arbeiten. Wenn man dies mal hat, kann man sie an solche Orte vermitteln. Wir sind also eine Art Brückenstelle.

Beratungsart

Fokus der Beratungsstelle:  
Vertrauen

C: Bei Frauen, welche clean sind, gab es da auch schon Fälle, wo ihr Schwangerschaft angesprochen habt, weil ihr wusstet, dass die Rückfallgefährdung relativ hoch ist?

R: Das hat es schon gegeben, ja. Es gab cleane Frauen, welche schwanger wurden.

Rückfälle

C: Dann ist dasselbe Vorgehen wie vorher, also Triage etc.?

R.: Genau, dasselbe Vorgehen. Ein Vorteil kann sein, dass man eventuell schneller handeln kann, da man die Klientin schon länger kennt und sie auch eher auf einen hört.

C: Aber dies sind dann auch Fälle, wo die Frau schon schwanger ist?

R: Ja aber es gibt auch Fälle, dass eine nichtschwangere Frau in der Beratung ist und eine Rückfallgefahr besteht. Da sprechen wir das Thema Verhütung etc. auch an.

C: Gebt ihr dann die Beratungstermine an?

R: Ja aber halt auch so wie es der Klientin gerade geht und vor allem auch so wie es uns zeitlich passt, da wir halt doch einige Klientinnen/Klienten haben, welche wir beraten.

Beratungsart

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Petra Suler

Datum, Ort: 21.05.2014, Luzern Dauer: 70 Minuten

Institution: **SoBZ** (Sozial-Beratungszentrum)

P: Was bietet ihre Stelle an?

K: Wir sind eine Suchtberatungsstelle im legalen Bereich. Das bedeutet sicher 70% kommen zu uns aufgrund Alkohol. Es kommen Leute zu uns aus dem Umfeld der Betroffenen, wie Lehrmeister, Mitbewohner, Partner etc. Dann kommen ca. 10% zum Thema Essstörungen, dort haben wir das Thema Adipositas mit der Zuweisung aus dem Kantonsspital, dann Bulimikerinnen oder Magersüchtige. Frauen hauptsächlich. Dann noch das Thema Spielsucht. Dort arbeiten wir mit dem Casino zusammen. Ein kleinerer Teil ist dann noch Medikamente, Kaufsucht, Rauchen, Sex, Arbeit, Sport, alles was man als Sucht ansehen mag oder als süchtig empfunden wird von den Leuten. Oder zumindest ein ungesunder Umgang da ist. Wir haben eine Altersgrenze, wir sind nur ab 18 Jahren zuständig. Bei jüngeren verweisen wir auch Jugendberatungsstellen oder das KJPD. Wobei bei diesen dann die Eltern eher die Stelle aufsuchen. Es sind also nicht nur Konsum- sondern auch Verhaltenssüchte dabei. Dann muss ich noch sagen, es gibt ein Vordergründiges Anliegen, der Alkohol beispielsweise, kann aber gut sein, dass jemand noch Kokain nimmt. Also die Trennung legal, illegal ist nicht ganz trennscharf möglich. Die Leute kommen bei diesen Themen zu uns oder zum Ambulatorium in Luzern.

P: An wen verweisen sie denn bei illegalen Suchtmitteln?

K: Ans Ambulatorium der LUPS.

P: Du erwähnst, Alkohol, Medikamente und Nikotin. Dann wären dies jene bei den Substanzen. Weitere Frage: Wie wird Schwangerschaft in der Beratung zum Thema?

K: Das wird zum Thema, wenn die Frauen uns sagen, dass sie schwanger sind. Die Frauen bringen schon viel Vorwissen, da dies ja nicht bei uns auskommt. Wir sind, zum Beispiel mal zum Alkohol, mehr informativ tätig. Wir ermuntern die Frauen, Süchte mit ihrer Frauenärztin/ihrem Frauenarzt zu besprechen.

P: Das heisst, sie kommen mit dieser Äusserung? Es ist nicht von euch aus, dass man gleich am Anfang das Thema aufnimmt?

K: Wenn es keinen Grund hat. Nein. Wenn sich jemand risikohaltig verhält, also mit viel Ausgang, viel Geschlechtsverkehr, dann fragen wir nach, wie sie Verhüten. Und wenn Frauen eine Familie gründen wollen oder ein Kind haben. Sind sie bereit schon mit der Haltung, das geht nicht mit der Sucht zusammen, da wollen sie aufhören. Das ist irgendwie wie vorhanden, dieses Wissen. Das nehme ich so wahr. Zum Teil ist es derart vorhanden, dass sie das Gefühl haben, sie dürfen überhaupt nicht mehr konsumieren oder bei den anderen sich nicht mehr übergeben. Weil sie wollen dem Kind nicht schaden. Dort klären wir die Frauen auch auf, was wir wissen und dort sagen wir aber, sie sollen das mit der Ärztin/dem Arzt besprechen. Bei den Substanzen ist das Wissen vorhanden, dass das nicht gut ist während der Schwangerschaft.

P: das heisst, der Suchtmittelkonsum wird hier in der Beratung nicht zum Thema?

K: Doch doch. Wenn jemand schwanger ist. Dann kommt dies natürlich sehr fest in den Fokus.  
Die Erfahrung ist auch, dass viele Frauen, durch ihren Kinderwunsch oder durch die Vorstellung, dass in ihnen etwas heranwächst, gibt den Frauen eine enorme Motivation das Rauchen zum Beispiel aufzugeben. Das fällt den Frauen dann sehr leicht aufzuhören.

Codes

Stelle

Konsumierte Suchtmittel  
(Alkohol, Medikamente,  
Rauchen, daneben  
Verhaltenssüchte)

Klienten

Triage

Triage: illegale Suchtmittel  
Konsumierte Suchtmittel

Thematisierung  
Schwangerschaft

Triage:  
Frauenärztin/Frauenarzt

## Transkripte der Interviews

Ich war mal auf einer Tagung in der Forel Klinik oder in der Frauenklinik Wysshölzli in Herzogenbuchsee, die machen zum Teil auch Forschungsarbeiten. Und diese haben alle ihre Patientinnen nach Ausnahmen befragt, wann sie einen guten Umgang mit dem Suchtmittel hatten. Und da ist eine Lücke in der Tabelle aufgefallen, und die Lücke war wirklich während der Schwangerschaft. Das war für mich eindrücklich, dass die Frauen dieses Jahr Pause hatte. Das war sehr auffällig. Offenbar gibt es vielen Frauen, während der Schwangerschaft ganz viel Kraft, ihrer Sucht zu widerstehen.

Thematik Schwangerschaft:  
Von Klientin aus

P: Das heisst, wenn die Schwangerschaft da ist, was wir dann thematisiert?

K: sicher wird nachgefragt, wie in der Schwangerschaft mit dem Suchtmittel umgegangen werden soll. Viele wollen eben abstinert bleiben. Und darin unterstützten wir die Frauen natürlich.

P: Und die Auswirkungen auf das Kind?

K: Das überlassen wir der Ärztin/dem Arzt. Bei uns ist die Haltung, dass wenn es Auswirkungen haben kann, dass sie soweit wie möglich ist die Finger davon zu lassen. Wir hatten Frauen, denen ist es nicht immer gelungen abstinert zu bleiben. Dass ist aber glaube ich schlecht erforscht, was es für Auswirkungen hat, wenn jemand eine Rückfall hat zum Beispiel. Auch in welcher Schwangerschaftswoche und so.

Aufklärung schädliche  
Auswirkungen von  
Suchtmittelkonsum  
während der  
Schwangerschaft

P: Ja, dem müssen wir dann noch genauer auf den Grund gehen. Jetzt bei Benzodiazepinen, wie sieht es dort aus von der Beratung her. Wird bei euch unterschieden je nach dem was es ist, welches Suchtmittel das die werdenden Mütter einnehmen?

K: Also beim Medikamenten, dort würde ich eine Klientin ermuntern bei ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen nachzufragen und ich würde dann auch nachfragen. Ich würde sie dann ermuntern, dass sie sich erkundigt. Und ich will aber dass sie es mir dann erzählt, nicht ich ihr.

Aufklärung schädliche  
Auswirkungen von  
Suchtmittelkonsum auf das  
Kind

P: Das heisst du fragst in einem nächsten Gespräch nach, ob sie nun mehr darüber weiss oder so?

K: Ja genau.

Hartnäckigkeit

P: Bei Alkohol und Nikotin weniger?

K: Doch dort genau auch. Das ich weiss das dies nicht gut ist für das Kind, dass sie das mit ihrer Ärztin/ihrem Arzt anschauen soll. Bei Medikamenten ist es aber allenfalls halt ein Risiko für die Frau, dass wenn sie das Risiko weglässt, z.B. Bei Schizophrenie, kann es ja negative Auswirkungen haben. Dort muss ich mich aus der Kompetenz nehmen. Da frage ich aber interessiert nach. Was ist klüger, wie soll vorgegangen werden. Und wenn es negative Auswirkungen hat, das mit der Frau besprechen. Wenn sie Rückfälle hat, werden die mit ihr besprochen. Ich moralisiere aber nicht, sondern unterstütze, dass es ihr gelingt und nachfragen, wo es schwierig für die Frau ist.

Hartnäckigkeit

P: Suchen die Frauen die Ärztin/den Arzt auch auf? Oder gibt es Situationen, in welchen sie dies herausschieben?

K: Sie gehen zur Ärztin/zum Arzt. Also jene, die bei mir waren haben sich informiert. Sicher die, die auch wissen dass sie Schwanger sind. Die sind meist gut eingebunden. Dort gibt es auch regelmässige Kontrollen.

P: Wie werden die schädlichen Auswirkungen auf das Kind thematisiert, oder von wem aus? Von dir aus oder von der Klientin aus?

## Transkripte der Interviews

K: Das ist sehr unterschiedlich. Wenn die Frauen schon viel Bescheid wissen. Also ich frage immer nach, also grundsätzlich, immer wenn jemand Schwangerschaft, auch bei meinen Freundinnen frage ich ja auch nach. Ist ja etwas Spezielles. Bei Klientinnen sowieso. Gerade bei Alkoholkonsum, welcher auch schambehaftet ist, kommt es darauf an, ob sie auf mich zukommen oder eben eher Mühe haben. Wenn sich eine Frau eingesteht, dass es nicht gut läuft mit der Abstinenz und dann auch Schwanger ist. Weil sie sich da ja nicht nur selber schadet, sondern auch dem Kinde. Das offen zu sagen, dafür braucht es sicher mal eine sehr gute Beziehung zwischen Klientin und Beraterin. Zum Beispiel wenn sie rückfällig werden.

Aufklärung schädliche Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Vertrauen

P: Bei Rückfällen ist das so ja. Aber es kann ja sein, dass sie konstant weiter konsumiert?

K: Also man muss sagen, das ist eine sehr kleine Gruppe. Die Frauen, die mir in den Sinn kommen sind Bulimikerinnen. Eine Frau, die Alkohol trank, hat subito gehört. Dort kam es zur Sprache ob es Entzugserscheinungen gäbe. Das war aber auch ein Thema bei ihrer Ärztin/ihrem Arzt. Die hat aber wirklich sehr schlagartig aufgehört. Nein. Ich nehme es so wahr, dass die Frauen wirklich versuchen ihre Dosis zu reduzieren und dass ihnen dies auch gut gelingt. Wie bei Rauchen, so bei Alkohol. Manchmal werden sie nach jahrelanger Beratung erst schwanger und dann auf einmal gibt es diesen Kick, und sie hören auf. Ich kann mich an meine Praktikumszeit erinnern. Sie hatte eine Klientin, welche den Alkoholkonsum nicht mildern konnte, und die brachte ein sehr behindertes Kind zur Welt. Ich kann mir auch vorstellen, dass wenn es so wäre, dass sie dann die Beratung hier abbrechen würden.

Entzug

Konsumverhalten: Dosis reduzieren oder aufhören

Aufklärung schädliche Auswirkungen von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

P: Es gibt sicher welche, die es nicht schaffen, die Finger vom Alkohol zu lassen, weil sie so in der Sucht sind. Was mich noch wunder nimmt beim Medikamentenmissbrauch: Wobei dies ja in den illegalen Bereich geht, ist dies aber auch bei euch ein Thema von der Stelle her?

K: Ja, Medikamente gehören auch dazu. Weil wir aber keine Medizinerinnen/Mediziner sind, ist dies aber auch sehr eng mit der Ärztin/dem Arzt zusammen, also das wird dann so in Verbindung gebracht. Dass der Arzt die Aufklärungsarbeit leisten muss.

Benzodiazepine

Triage

P: Es ist sicher auch schwieriger, wenn man abhängig ist, dass es schwieriger ist aufzuhören. Man sieht es auch nicht.

K: Ja in der Schwangerschaft verändert sich der Körper ja auch. Aber das sind alles medizinische Fragen. Und ich denke Medikamente, das ist ein sehr grosser Bereich, der heimlich läuft. Wenn ich wüsste, dass sie viel einnehmen, würde ich sicher nachfragen. Aber das fragen ja Ärztinnen/Ärzte auch nach, die thematisieren dies. Vor allem wenn die Frau schwanger ist.

Reaktion der SA: Medikamentenkonsum

P: Dann trennst Du dies in der Beratung, dass Medizinisches bei den Ärztinnen/Ärzten bleibt, und hier in der Beratung kommt es auf die Frau und ihr Verhalten an? Also wie sie auch mit der Schwangerschaft umgeht.

K: Ja. Wir trennen das. Alles was das anbelangt, also Wechseln von Medikamenten, wieviel etc. Wir fragen dann nach wie es ihr in der neuen Situation geht.

P: Dann spielt es auch keine Rolle ob sie schwanger ist oder nicht, bei medizinischen Fragen.

K: Ja genau. Wir fragen immer nach wie geht es mit der Situation, wie meistern sie dies? Wie geht sie mit dem um.

P: Das nächste Thema wäre dann rechtlich: Das Thema Kindswohl. Wenn die Schwangeren der Erziehungsarbeit vielleicht nicht nachkommen können. Oder vielleicht ist sie auch nicht bereit für ein Kind. Das Thema Kindswohl, kommt das bei euch auch zur Sprache?

## Transkripte der Interviews

K: Es war bei mir schon Thema. Wenn eine Frau alleinerziehend ist oder der Partner selbst konsumiert, Alkohol oder so. Dann löst dies ein unwohles Gefühl bei mir aus. Dort unterstützen wir die Frauen oder das Paar, dass sie es schaffen, kompetente und gute Mütter zu werden und fragen, was sie brauchen sie, damit sie das können oder wo brauche sie Unterstützung. Auch hier ist die Unterstützung der Frau primär. Allenfalls auch informieren, was es für Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Kann dazu führen, dass wir jemanden ermuntern eine freiwillige Beistandschaft oder eine Erziehungsbeistandschaft zu errichten. Es ist schwierig die Klientinnen dazu zu bewegen. Aber wir wollen die Varianten aufzeigen. Oder das sie dann jemand in der Familie unterstützen könnte. Meistens haben aber Leute mit einem Suchtthema das Gefühl, sie müssen mehr Verantwortung übernehmen, da sie ja noch mehr unter Druck sind. Dies weil sie sich bewusst sind, ich trinke und ich müsste es erreichen einen gesunden Umgang mit dem Alkohol zu haben und umso mehr muss man es können ein Kind zu erziehen. Denn sie sehen, dass alle rundherum es können nur sie nicht.

Kindswohl/  
Gefährdungsmeldung

P: Das heisst sie suchen weniger die Hilfe auf?

K: Ich würde sagen, die Hürde ist höher. Es ist ihnen peinlicher. Ich würde sagen, ein riesen Druck eine gute Mutter zu sein wollen.

P: Man merkt ja als Beraterin selbst, dass das Thema einen beschäftigt. Dann kommt doch ganz automatisch die Frage, was ist mit dem Kind?

K: Ja, ich finde es teilweise einfach wenn der Vater trinkt. Dann weiss man, ok die Mutter ist da. Und nicht wenn sie dann trinkt und nicht für das Kind schauen kann.

P: Ok, gibt es für somit einen Unterschied ob eine Frau konsumiert oder ein Mann?

K: Ja, bei der Frau ist mehr Heimlichkeit dabei. Mehr heimlich, mehr innerhalb der eigenen vier Wände.

Konsumverhalten

P: Beratet ihr Frauen den anders als Männer? Es gibt ja sehr viele Bücher über gendergerechte Beratung.

K: Nein, nein. Also ich finde es kommt ja nur schon darauf an ob eine Frau von Beratern oder von einer Beraterin im Gespräch ist. Also nein, dass ist mehr eine Personensache, nicht ob jetzt Frau oder Mann. Ich muss mich im Gespräch auch wohl fühlen. Es gibt so unterschiedliche Verhaltensweisen und ich finde es spielen so viele Sachen zusammen. Die gilt es zu Berücksichtigen.

Beratungsart

P: Zum Thema Hartnäckigkeit, wir haben dies schon angesprochen. Gibt es für sie hier je nach dem was für Themen oder Suchtmittel konsumiert werden unterschiede beim Nachhaken?

K: Mh. Ich denke das ist sehr personenabhängig. Ich behaupte, dass wir hier auf der Stelle, wenn eine Schwangerschaft da ist, dass wir sensibler werden. Da wir in unserem Bewusstsein sagen da dürfen wir nicht locker lassen. Wenn die Frau aber nicht derselben Auffassung ist und sich auch nicht gross nachfragt bei der Ärztin/dem Arzt, dann würde ich jetzt sagen, wollen sie es denn nicht wissen, oder ist es ihnen lieber es gar nicht zu wissen, oder wie leben sie damit, irgendwo sollten sie doch wissen das es nicht gut ist, sie wissen aber nicht effektiv wie schlimm das es ist. Und ich sage dann allenfalls, dass ich selbst nun hier in einer Zwickmühle bin, weil ich ja weiss, dass müsste man genau anschauen. Und frage, was machen sie nun mit dem, überall rundum sind Leute die sie auf das ansprechen und dann schaue ich mit der Frau, wie reagiert sie, gibt es mehr Druck, oder geht nicht mehr zur Ärztin/zum Arzt, oder was ist nun los. So wie ich unser Team kenne, bleiben die meisten da dran. Wenn es auch um das Leben des Kindes geht. Es macht einen Unterschied ja, ob ein zweites Lebewesen da ist oder nicht. Oder man fragt auch, wie sieht es der

Hartnäckigkeit

## Transkripte der Interviews

Partner, was sagt er dazu dass sie nicht zur Ärztin/zum Arzt gehen?

P: Kommen wir zum Thema Prävention. Viele wissen ja, Suchtmittel sind schädlich und wir wissen, viele werden aufgeklärt in der Sexualekunde. Präventiv, wie wird auf dieser Stelle gearbeitet? Kennst Du Projekte oder Kampagnen die sich mit diesem Thema auseinandersetzen, Schwangerschaft und Suchtmittel?

K: Ich glaube im Zusammenhang mit Heroin war mal was. Suchtinfo Schweiz macht solche Kampagnen. Aber nein, gerade nichts Konkretes.

P: Ja, wir haben in der Schweiz auch nicht viel gefunden.

K: Es ist ja auch ein seltenes Thema. Zum Beispiel Heroin, ist ja der Konsum abnehmend, oder?

P: Ja, dass hatten wir auch festgestellt, ein abnehmendes Suchtmittel. Zurück zur Prävention. Gibt es denn bei euch auf der Stelle Präventionsarbeit?

K: Ja, in Form von Schulungen. Infoveranstaltungen in Gemeinden, in der Wirtfachschnule, wenn man das Wirtepatent machen möchte. Auch haben schon Spitexvereinigung oder Heime haben angefragt, und dann wir extra für die Institution ein Weiterbildungsmorgen organisiert, speziell für die Institution, mit ihren Fragestellungen. Das macht Beat unser Chef. Für Vorgesetzte gab es auch schon Schulungen. Also Firmen oder sehr oft Vorgesetzte oder dann Institutionen, auch das RAV zum Beispiel die informiert werden, wie gehe ich mit dem um, wie sprechen wir das Thema an. Es ist aber schwierig Direktbetroffene anzusprechen, sondern über eine andere Ansprechquelle, das Umfeld. Leute, die im Kontakt sind, und auch das Ansprechen wollen und es erkennen weil sie sensibel sind. Es geht also um die Sensibilisierung und um den richtigen Zeitpunkt. Schon beim ersten Verwarnen wissen, wie gehe ich richtig mit der Thematik um. Es ist auch niemand von einem Tag auf den anderen süchtig, dies ist ein Prozess. Auch die Art, wie Leute aufhören, dass muss kein Entzug sein auch dort gibt es ja Personen, welche es selber geschafft haben.

P: Also wird das Personal geschult?

K: Ja genau, so ist es.

P: Was halten Sie von Prävention?

K: Ja, Information finde ich wichtig. Also ich muss sagen, ich bin aber sehr heikel, wenn dann die Prävention in eine falsche Richtung geht. Wie die Kampagne der Übergewichtigen, mit den grossen Stühlen, den grossen Fahrrädern. Die Wirkung ist dann nur das sich die Leute noch mehr verstecken. Und das finde ich schwierig. Was ich aber oft gut und lustig fand ist zum Beispiel die AIDS Plakate. Aber ja, das wirkt auf mich jetzt mal gut. Ob es wirklich wirkt weiss ich nicht.

P: Das heisst Du reagierst auf vorstellbare Plakate?

K: Ja, da kann man sich mehr einfühlen, nachvollziehen.

P: Sollte ja auch sensibilisieren.

K: Ja, da fällt mir auch ein die Pro Infirmis, die fragten „was ist normal“, auf den Plakaten war auf der einen Seite eine Behinderte, auf der anderen eine tätowierten Person. Dort frage ich mich aber auch, wer will man den erreichen und reagiere ich jetzt als Sozi. Wie würde wohl eine Banker darauf reagieren.

Prävention

Projekte / Kampagnen /  
Prospekte

Prävention

Prävention: Sensibilisierung  
des Umfeldes von  
Suchtbetroffenen

Prävention: eigene Meinung

## Transkripte der Interviews

P: Ja ist sicher immer wieder eine Definitionssache.

K: Ja, ein wenig ein zwiespältiges Verhältnis zu Prävention. Suchtinfo Schweiz macht mich eher wütend. Dann denke ich dass so einzelne Schulungen, wenn es erkannt wird mehr wirken und auch das Interesse da ist. Gespalten somit.

P: Ok.

K: Da fällt mir auch ein, dass auch Frauen kommen, die Fragen, wie ist es wenn ich einen Partner habe der trinkt. Und soll ich, kann ich mit ihm eine Familie gründen. Hat jetzt nichts mit Schwangerschaft zu tun, aber ist präventiv für das Kind. Ja und zum schwanger werden braucht es ja auch einen Partner oder eine gute Beziehung und dort wo dies instabil ist, will man gar keine Kinder planen. Sicher nicht im Moment.

P: Ja, so wie ich gelesen habe ist es dann so, dass die Frau den Kinderwunsch hat. Ob Sucht oder nicht.

K: Oftmals wollen die Klientinnen Normalität erleben. Evtl. Ist es dann auch unbewusst, mit einem Kind kann ich ein normales Leben führen. Vielleicht. Doch, das Thema ist sehr spannend, wenn man sich dies so genau anhört.

# Transkripte der Interviews

Interviewführer:in:	Petra Suler	
Datum, Ort:	14.05.2014, Luzern	Dauer: 67 Minuten
Institution:	Elbe	

P: Was ist das Angebot ihrer Stelle?

W: die elbe ist ein Verein und gibt es seit 40 Jahren. Die elbe hat Leistungsverträge mit drei Kantonen LU, OW und NW. Einer bezieht sich auf den Bereich Schwangerschaftsberatung, der andere Teil ist die Ehe- und Lebensberatung. Und in diesen Kernbereichen haben wir Leistungen, welche wir erbringen und sie entsprechen im Bereich Schwangerschaft (ist das Kernthema), die Frauen zu begleiten bei unerwünschter, ungeplanter Schwangerschaft und dann rund um Schwangerschaft wie Verhütung, Abbruch, Familienplanung. Wir haben auch einen Auftrag im Zusammenhang mit den vorgeburtlichen Untersuchungen, also wenn sich eine Fehlentwicklung aufzeigt, versucht die Ärztin/der Arzt eine Diagnose zu stellen, ob das Kind gesund zur Welt kommt oder mit einer Behinderung oder Beeinträchtigung. Die elbe versucht dann, als unabhängige Stelle, die psychosoziale Beratung mit den Klientinnen und eventuell mit ihrem Partner zu machen. Wie geht es mit dieser Information, was heisst da für sie, wie ist die Diagnose von der Krankheit, kann sie sich ein Kind mit dieser Krankheit vorstellen oder stellt sich allenfalls die Frage eines Schwangerschaftsabbruchs. Und wenn sie sich für die Weiterführung der Schwangerschaft entscheidet, dann sagen wir ihr, welche Stellen dafür geeignet sind.

Weiter sind wir für das Thema Kinderwunsch zuständig. Dort wird häufig das Thema Verhütung angeschaut. Und Frauen im Rahmen der Schwangerschaft zu informieren über finanzielle Unterstützungen. Wir haben auch Fonds, also wir können einen Teil selber unterstützen. Wir können aber auch Gesuche an Stiftungen machen. Wir geben auch rechtliche Auskünfte, vor allem in Bezug auf Arbeitsrecht.

Im Bereich Eheberatung ist unser Kernbereich Scheidung/ Trennung. Dann auch Lebensübergänge, wie Tod, Kinder ziehen aus, Stellenverlust, Wiedereinstieg in den Beruf, Neuorientierung, oder nach längerem Auslandsaufenthalt, oder bei ganz normalen Krisen, in denen jemand nicht mehr weiter weiss. Es handelt sich um eine emotionale Instabilität, Ängste zeigen sich bis hin zu einer Depression.

Wir sind ein interdisziplinäres Team, wir haben im Bereich der Lebensberatung eine Person als Psychotherapeut. Ich arbeite nur in einem kleinen Pensum in der Lebensberatung. Ich bin Paar- und Familienberaterin und Sozialarbeiterin, ich habe ein grösseres Pensum im Bereich Schwangerschaftsbereich, dies mache ich seit 13 Jahren.

Wir sind eine Stelle, die sich mit dem Leben befasst. Von Geburt bis Tod.

P: Welche Frauen werden von Ihrer Institution beraten (Alter, Herkunft, soziale Schicht etc.)?

W: Die jüngste im Moment ist 15 Jahre alt. Und hier spreche ich vom Bereich Schwangerschaftsberatung. Die älteste ist 45-jährig. Ich würde sagen, der Hauptteil ist so 25- bis 40-jährig.

P: Was ist mit den jüngeren Frauen? Sind die von einer anderen Stelle betreut?

W: Also wir sind die offizielle Stelle, wenn sie unter 16 Jahren alt sind und einen Schwangerschaftsabbruch planen. Diese haben auch eine Beratungspflicht, gemäss Fristenregelung. Wir arbeiten im Bereich Schwangerschaftsbereich auch projektorientiert, im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Wir gehen in Schulklassen, vor allem im Kanton Nidwalden. Vereinzelt Projekte im Kanton Luzern. Dort sprechen wir die Jugendlichen an, im Rahmen von 15-jährig.

Wir sind gerade in einem Prozess, dass wir ein neues Erscheinungsbild erhalten. Wir werden uns dann nennen „elbe – Fachstelle für Lebensfragen“. Den Namen werden wir sicher so beibehalten.

Codes

Stelle

Verhütung

Stelle

Kinderwunsch

Stelle

Beratungsart:  
Interdisziplinär

Klientel

Prävention:  
Gesundheitsförderung

## Transkripte der Interviews

P: Diese Prävention und die Besuche in den Klassen ist für Oberstufen gedacht?

W: Wir besuchen 1., 2. und 3. Oberstufe. Hatten diese Jahr aber auch 5. + 6. Klassen besucht. Hier geht es aber um altersadäquate Aufklärungsarbeit, mit der Botschaft, ungeplante Schwangerschaften zu verhindern. Sowie der Umgang mit der Sexualität, Beziehungen. Erste Erfahrungen mit der Gynäkologin/dem Gynäkologen auch erste Erfahrungen mit dem Körper, Selbstbefriedigung.

Was ich auch noch ergänzen muss. Das ist nur mal das Alter.

Von den sozialen Schichten her, haben wir wirklich alles. Migrantinnen/Migranten machen ca. 30 % der Beratung aus, also der ganzen elbe. Wir haben auch Frauen oder Paare in gutverdienenden Positionen. Also zum Beispiel von Kaderstellen etc. Auch hier wieder, die breite Bevölkerung, wobei wir auch diese Dienstleistungsangebot haben. Wir passen den Tarif an. Im Bereich der Ehe- und Lebensberatung verlangen wir einen Tarif, wobei wir diesen anpassen können, wenn es die finanzielle Möglichkeit gerade nicht zulässt. Dies können wir, weil wir von der Kirche unterstützt werden. Schwangerschaftsberatungen kosten nichts, weil wir ein Gesetz haben.

Von der Herkunft her, ist der grösste Teil schweizerischer Herkunft. Aber einige auch aus Somalia, Eritrea oder Deutschland. Dann auch asiatische Angehörige. Eine Auflistung finden sie auch in unserem Jahresbericht.

Prävention:  
Klassenbesuche

Klientel

Stelle: kostenpflichtig

P: Ok, spannend. Sie haben gesagt vom Gesetz her?

W: Ja, Frauen unter 16 Jahren, welche sich mit einem Abbruch beschäftigen, müssen bei uns eine Beratung aufsuchen. Sie erhalten von den Ärzten einen Leitfaden abgeben, in welchem unsere Adresse zu finden ist. Dies ist in der Fristenregelung 2012 geregelt.

Themen in der Beratung

P: Sie decken einen sehr breiten Bereich an Beratung ab.

W: Ja, man muss natürlich sagen, dass wir auch sehr stark triagieren. Also wenn sich ein Thema herauskristallisiert, welches von unserem Kerngeschäft abweicht, dann verweisen wir die Personen auch weiter. Es macht auch Sinn zusammenzuarbeiten. Gute Kontakte haben wir auch zu Hausärztinnen/Hausärzten, Hebammen etc.

Triage

P: Haben Sie auch Frauen, welche Suchtmittel konsumieren?

W: Also wenn ich den Schwangerschaftsbereich anschau, habe ich in den letzten 13 Jahren ca. 5 Frauen betreffend dieser Thematik beraten. Ich hatte vor ca. 4 Monaten eine Frau. Sie sind aber meistens schon anders vernetzt. Also sie zum Beispiel war bereits bei einer Psychologin. Die Frau wurde ungeplant schwanger und bei mir hat sich eigentlich nur der Prozess abgespielt von „Entscheiden“, will sie das Kind behalten oder nicht?

Klientel mit  
Suchtmittelkonsum

P: War das eine einmalige Beratung?

W: Ja, es wurde eine zweite Beratung geplant, aber die Frau ist leider unentschuldig ferngeblieben.

P: Gibt es das oft?

W: Ja. Ich habe hier noch nachgefragt. Auch das Spital hat bei ihr die Erfahrung gemacht, dass sie zu einem Termin nicht erschienen ist. Ich denke, dass diese Frauen schon sehr gefordert sind, zu entscheiden. Eine Suchtmittelthematik prägt, es ist eine Krankheit. Was ich merkte ist schon, dass sie in der Konzentration eher geschwächt war. Es sind auch Fragen, wie ist es für mich nochmal Mutter zu werden, also emotional, körperlich, was habe ich für ein Umfeld, wer unterstützt mich, wie ist es finanziell. Verschiedene Aspekte kommen zusammen um schlussendlich zu entscheiden, ob man ein Kind wirklich will oder nicht. Dort kommen Frauen an ihre Grenzen. Wir kamen bei diesem Gespräch fast nicht zum Ende, am Schluss kam es immer wieder zu einer Frage, es war schwer einen Schluss zu finden.

## Transkripte der Interviews

P: Sie haben von 5 Frauen gesprochen. Waren alle bereits schwanger?

W: Ja genau, alle waren schwanger. Die eine war schwanger und es gibt bei ihr um einen Entscheidungsprozess. Die zweite hatte Zwillinge erwartet, dort ging es um finanzielle Unterstützung und Unterstützung nach der Geburt. Tragischerweise verlor die Frau eines der Kinder. Bei einer anderen Frau, welche ihr zweites Kinder erwartete, bei welcher auch ihr Partner drogenabhängig war, um zu schauen, wie sollen sie vorgehen, dass auf einmal nicht die Behörde da steht und ihnen das Kind wegnehmen. Ich glaube, es gab auch mal eine Frau, welche erst später feststellte, dass sie schwanger ist. Meistens gibt es nur wenige Beratungen, weil sehr schnell eine andere Stelle zuständig ist, oder es besteht schon ein Kontakt. Zum Beispiel, das psychiatrische Ambulatorium, Drop-In etc.

Zeitpunkt Information an die Frau: bereits schwanger

Kindswohl

Triage

P: Wie wird Schwangerschaft zum Thema?

W: meistens sind sie schon schwanger und dann ist das Thema schon gegeben.

Thematik Schwangerschaft

P: Es würde mich interessieren, sie haben gesagt, dass sie die Familienplanung oder den Kinderwunsch ansprechen. Vielleicht können Sie sich zurückerinnern, hatten Sie schon mal ein Paar, welche eine Schwangerschaft planten, wobei eine Suchtmittelabhängigkeit vorhanden war?

W: Nein. Diese Konstellation hatte ich noch nie. Mehr, dass der eine Partner das Kind wollte, und der andere nicht.

P: Welche Suchtmittel konsumieren die Frauen?

W: Illegale Drogen hauptsächlich. Es waren auch hauptsächlich jüngere Frauen, die waren so zwischen 20 – 25 Jahre alt.

P: Illegale Drogen wären ja auch Medikamente, die illegal beschaffen werden. Sind bei ihnen auch Frauen mit Medikamentenmissbrauch?

Konsumierte Suchtmittel: Legal und Illegale Drogen, gespritzt oder geschnupft, Alkohol, Medikamente

W: Ich würde sagen, so wie ich mich erinnern mag. Haben die meisten etwas gespritzt oder geschnupft. Teilweise ist sicher auch Alkohol ein Thema gewesen, eventuell sind dabei auch mal Medikamente eingenommen worden, aber sicher nicht primär.

P: Dass bedeutet, dass das Thema Schwangerschaft thematisiert wird, wenn die Frauen bereits schwanger sind. Haben sie aber auch schon Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft thematisiert, so dass es von Ihnen aus kam?

W: Nein. Ich glaube so nie. Mehr im Kontext das die Frauen im Ausgang waren, tranken, rauchten und schwanger wurden, ohne es zu wissen, jedoch ihren Ausgangstil so weiter pflegen. Wenn Frauen trinken, rauchen und ihnen bewusst wird, dass sie schwanger sind, suchen sie selbst die Beratung auf, weil sie sich Sorgen machen, ob das nun schädlich für ihr Kind ist. Aber nicht von mir aus, sondern auch wieder von der Klientin aus. Phasenweise habe ich auch junge Frauen, welche mit psychischen Problemen kommen und diese Medikamente richtig verordnet werden müssen, während einer Schwangerschaft, wobei dort immer eine Ärztin/ein Arzt die Dosis vereinbart und verschreibt.

Aufklärung schädliche Auswirkung von Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

P: Das finde ich spannend mit dem Thema Ausgang. Wie ist das während der Schwangerschaft, oder was wird dann thematisiert, wenn sie immer noch viel in den Ausgang geht?

W: Was ich feststelle, wenn sich die Frauen mit der Schwangerschaft auseinandersetzen,

## Transkripte der Interviews

ändert sich dies schlagartig. Der Grossteil der Frauen, sagt sich selbst, ich muss mir abgewöhnen zu rauchen. Sie gehen nicht mehr in den Ausgang, weil es ihnen nicht Spass macht, wenn sie keinen Alkohol trinken dürfen. Wahrscheinlich ist dies der Mutterinstinkt, dass sie so plötzlich Verantwortung übernehmen.

Konsumverhalten:  
Verantwortung

P: Wird nun das Wohl des Kindes in der Beratung thematisiert? Oder auf was setzt man den Fokus bei schwangeren Frauen?

W: Auch hier wieder verschiedene Aspekte. Das eine ist das Verhalten während der Schwangerschaft, also was konsumiere ich jetzt, oder ein gesundes Essverhalten ist ein wichtiger Aspekt, obwohl der Zeitgeist heutzutage beim Thema Essen viel bewusster worden ist. Weil die Mutter auch dazu dient, dem Kind eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Der andere Teil ist aber auch die Unterstützung der Mutter, also wie ist die Beziehung zum Kindsvater, ist noch eine Stelle involviert. Und je nach dem wie lange die Begleitung ist, sieht die Unterstützung nach der Geburt aus. Wir begleiten Frauen, bis ein Jahr nach der Geburt. Oder wenn jetzt jemand auf Methadon ist, dann zu schauen, dass das Kind einen Entzug macht. Dass die Frauen wissen, dass sich die Frauen mit diesem Thema auseinandersetzen.

Kindswohl /  
Gefährdungsmeldung

Nachbegleitung

Entzug

P: Haben sie auch Frauen, welche Methadon konsumieren?

W: Kann sein. Die eine hatte, glaube ich, Methadon und es war auf unserer Stelle schon mal ein Thema. Nur darum weiss ich das. Die Frauen werden aber informiert, dass das Kind allenfalls ein wenig länger im Spital bleiben müsste.

Konsumierte Suchtmittel:  
Methadon

P: Dann sprechen sie das Thema aber an, wenn sie konsumiert und das Kind eventuell einen Entzug durchmachen muss?

W: Ja, auf alle Fälle. Das sollte die Frau wissen. Also auch wenn sie psychische Probleme hat, und dann Medikamente einnehmen muss, die solche Ursachen verursachen würden. Ich hatte auch eine Frau, die depressiv war, die schwanger wurde. Die Beratung war sehr gut, alles war super aufgegleist. Nach der Geburt kam die Frau nicht mehr zur Beratung, hatte aber auch eine gute Einbettung. Nach zwei Jahren hatte ich sie kontaktiert, aber wegen einem ganz anderen Thema, und dann sagte sie mir, dass sie eine Psychose durchmachte nach der Geburt, und in die Psychiatrie musste und ihre Pläne gar nicht aufgegangen waren. Das machte mich dann auch sehr betroffen.

Entzug

P: Und im Zusammenhang mit dem Kindswohl?

W: ich habe Erfahrungen gemacht. Also wir bieten den Frauen an, Kontakte zu knüpfen mit der ambulanten Wochenbettpflege, Vernetzungen durch Mütter- und Väterberatung, damit sie wissen es ist jemand da, wenn sie Fragen haben. Und sich nicht alleine fühlen.

Kindswohl

P: Warum wird das Thema Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft aufgenommen?

W: Also bei uns ist es so, dass ich durch die Anmeldung schon weiss, dass die Frauen Suchtmittel konsumieren. Wenn ich jetzt aber zum Beispiel eine Vermutung hätte, dass die Frau konsumiert, würde ich dies aber ansprechen. Wobei ich denke, dass dies die Frauenärztin/der Frauenarzt am ehesten feststellt, bei einer Urinprobe.

Thematik  
Suchtmittelkonsum

P: Reagieren sie je nach Suchtmittel unterschiedlich?

W: Nein. Es löst bedenken aus, das ist klar. Ich spreche es aber an, in einer Art, dass ich die Vermutung äussere. Also ich frage „ist das so?“, oder ihr sage, warum ich diese Vermutung habe dass sie konsumiert. Und wenn sie das bestätigt, dann schaue ich, was sie braucht, was sie für Vernetzungen braucht. Und wenn sie das alles nicht braucht, würde ich ihr aufzeigen, was das für Risiken sind, was das Kind braucht und was für Risiken dahinter sind, nicht nur für

Reaktion der SA

## Transkripte der Interviews

sie, sondern auch für das Kind. Dort versuche ich ihr aber aufzuzeigen, dass ich das im guten Sinne meine, dass aber auch andere Stellen, die sich um das Wohl des Kindes kümmern, eingeschaltet werden können. Das spätestens wenn eine Frau in der Frauenklinik gebärt, und eine Suchtmittelthematik vermutet wird, oder die Mutter sozial nicht eingebettet ist, dass die Kinderschutzgruppe eingeschaltet wird. Es soll aber trotzdem sein, dass es von der Mutter aus kommt.

Aufklärung schädliche  
Auswirkung von  
Suchtmittelkonsum  
während der  
Schwangerschaft

Kindswohl

P: Also kommen sie automatisch auf die Thematik?

W: Ich frage in der Regel auch wie geht es ihnen, wie geht es ihnen in der Schwangerschaft. So kommt man auch irgendwann auf das Thema Geburt oder Kindswohl. Jene Frauen, die regelmässige Kontrolle haben, sehr gut informiert sind über die Geburt und die ganze Thematik. Wenn jetzt jemand aber neu kommt, und erst seit kurzem weiss, dass sie schwanger ist, dann empfehle ich so bald als möglich einen Termin bei einer Ärztin/einem Arzt zu vereinbaren, um Fragen bezüglich dem Körperlichen, Gesundheitlichen zu beantworten. Wir nehmen die Bedenken aber sicher ernst. Wir schauen sicher was wir beantworten können, sie sollen sich aber melden bei einer Ärztin/einem Arzt, um ihre Fragen beantwortet zu haben und keine Ängste haben müssen.

Kindswohl

Triage

P: Die Mutter-Kind-Beziehung, was sind dort die aufklärerischen Themen, wenn ein Konsum vorhanden ist, wie die Mutter handeln soll?

W: Ja. Jetzt fällt mir ein, dass ich mal eine 18-jährige jugendliche Frau hatte, welche keinen Abbruch mehr machen konnte, weil sie im vierten Monat war. Sie bekam das Kind auch. Man sah, dass sie sehr labil ist, dass sie teilweise noch konsumiert und auch in einem instabilen Umfeld ist. Sie hatte einen Partner, der konsumierte aber ebenso. Man hat so gewusst, das Kindswohl ist einem Risiko ausgesetzt. Die Mutter von ihr, sagte aber, dass sie mithelfen werde, sich um das Kind kümmern. Mit einer Fachstelle wurde dann eine Betreuung organisiert. Man hat dort eine Betreuung organisiert, das Kind wurde dann von der Grossmutter betreut, war in der Kinderkrippe, und zwei Tage bei der Mutter selber.

P: Wissen sie noch was sie konsumiert hatte?

W: Das war auch eine Droge. Gekifft hat sie auch noch. Ja. Also bei ihr war das Auf und Ab zu sehen, für was sie fähig ist, und für was nicht. Bei solchen Themen kontaktieren wir oftmals die Mütter- und Väterberatung oder empfehlen diese für eine weitere Begleitung. Diese überlegen sich dann auch wie es weiter geht, ob es Massnahmen braucht oder nicht.

Konsumiertes Suchtmittel:  
Cannabis

P: Gibt es unterschiede in der Hartnäckigkeit? Wie geht es weiter? Merken sie die unterschiede?

Triage

W: Ja. Also ich hatte das früher viel mehr als heute. Heute weniger, weil es auch wichtig ist, den Leuten ihre Verantwortung zu lassen. Und auch auf ihre Themen einzugehen, also was sprechen sie an. Man muss auch wissen, dass ihnen ihre Entscheidung gelassen werden muss. Es ist wichtig, die Leute entscheiden zu lassen und nicht für sie zu entscheiden. Wobei das Umfeld nicht vergessen werden darf, dies beeinflusst auch sehr. Wenn sie die Beratung nicht mehr brauchen, dann merkt man das, oder sie melden sich wirklich nicht mehr. Wenn ich sehe, die Situation wird schwieriger, dann biete ich Triage an oder erwähne die Möglichkeit, das Angebot der KESB.

Hartnäckigkeit

Wir hatten eine Fall, da mussten wir mit der Frau auch ansprechen, dass es wichtig ist, dass sie mit ihrer Schwangerschaft nicht gut umgeht, und sie ihre jetzt Verantwortung nun aber übernehmen muss, dass man dann äussern muss, und wenn nicht und wenn es so weitergeht, dass wir uns als Stelle überlegen müssen eine Gefährdungsmeldung gemacht wird. Das Mädchen war selbst in einem Heim stationiert. Ich hatte auch schon eine überforderte Mutter, die ihr Kind schüttelte, und dort sagte ich, dass ich sie in einer Situation erlebe, in der sie das psychiatrische Ambulatorium kontaktieren sollte. Das sind so Situationen, in denen ich einen Verlauf feststelle und ein Risiko erkenne, für das Kind, und dort ich hartnäckig reagiere und das auch anspreche und sie über das Bemerkte informiere.

Triage

Kindswohl

## Transkripte der Interviews

P: Sie haben gesagt, dass sie die Mutter begleiten, bis das Kind einjährig ist. Gab es dies im Zusammenhang mit Suchtmitteln?

W: Nein ich nicht. Mehr so, dass eine andere Stelle involviert ist, nach der Geburt. Die Nachbegleitung dann dort gemacht wird. Wenn eine Suchtmittelthematik vorhanden ist, dann ist die Kinderschutzgruppe drin, oder dann nach der Geburt, mit der KESB eine Beistandschaft. Erlebt habe ich aber mehr, dass die Beistände während der Schwangerschaft uns anfragen, anstatt wir die KESB.

P: Ok. Dann hatten Sie die Gesundheits- und Präventionsbesuche angesprochen. Ist es so, dass sie auch Suchtmittelkonsum während der Aufklärung thematisieren?

W: ich habe es schon länger nicht mehr gemacht. Aber ich weiss, dass es Fallweise zum Thema werden kann, aber mehr sind halt Krankheiten ein Thema, nicht Suchtmittel und Schwangerschaft. Oder auch rechtliche Themen sind gefragt. Und natürlich, dass Thema Verhütung auch im Ausgang und deren Auswirkung. Wir haben aber keinen Auftrag, dass überhaupt zu thematisieren, es ist wichtig, dass wir unser Programm durchbringen. Und der Kanton würde sich wohl melden, dass das nicht unser Gebiet ist. Denn bei uns ist es, ungeplante Schwangerschaften zu verhindern.

P: Ja, wir wissen, dass es sich überschneidet.

W: Ja. Ich habe auch Kontakt mit der Stelle Akzent, und auch dort ist das Thema nicht Schwangerschaft und Suchtmittel, sondern mehr wenn die Kinder dann auf der Welt sind, wie sie mit der Sucht umgehen, und verstehen können.

Prävention

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Cynthia Leyva	
Datum, Ort: 27.05.2014, Luzern	Dauer: 15 Minuten
Institution: <b>Gynäkologin</b>	

C: Welche Suchtmittel werden von den Frauen konsumiert?

G: Cannabis, Methadon, Alkohol, Mischkonsum...

C: Benzodiazepine?

G: Ja auch sehr oft, diese werden aber fast immer verneint.

C: Wie wird Suchtmittelkonsum zum Thema?

G: Wenn entweder bekannt ist, dass die Frau Drogen konsumiert oder ich die Vermutung habe, dass sie konsumiert, spreche ich es an. Vielfach wird dann aber verneint, dass eine Sucht da ist.

C: Zu welchem Zeitpunkt wird dies angesprochen?

G: Falls eine Sucht da ist, wird dies zu Beginn der Schwangerschaft thematisiert.

C: Vorher nie? Also wenn die Frau den Wunsch äussert, schwanger zu werden?

G: Dann gebe ich ihr einfach generelle Infos zur Ernährung etc. Dazu gehört dann auch, dass ich erwähne, dass Drogenkonsum schadet. Aber die Frauen wissen dies ja. Bei Frauen mit Suchtproblematik ist die Motivation vielfach grösser, den Konsum einzuschränken, wenn sie schon schwanger sind, als bevor sie schwanger sind.

C: Was tun Sie, wenn eine Frau schwanger ist und Suchtmittel konsumiert?

G: Ich informiere Sie, auch über den potentiellen Entzug des Babys, und empfehle ihr, sich an eine Beratungsstelle zu wenden.

C: Welche Beratungsstellen empfehlen Sie?

G: Vielfach sind dies entweder die Frauenklinik oder das SOBZ.

C: Das SOBZ ist ja einfach für legale Süchte...

G: Ja, die können die Frau ja dann weiter triagieren.

C: Kann es auch zu Gefährdungsmeldungen kommen, falls eine Frau zu keiner Beratungsstelle will oder wenn Sie merken, dass sie nicht gehen wird?

G: Dafür muss ich mich beim Kantonsarzt vom Berufsgeheimnis entbinden lassen. Dann fragt er noch bei der betroffenen Person nach, ob die Gefährdungsmeldung angebracht sei. Dies bringt dann also insofern nichts, da die Person ja dann meistens verneint. Ich habe dies eben auch schon versucht, aber es ist ziemlich demotivierend.

## Codes

Konsumierte Suchtmittel

Thematisierung Suchtmittel

Thematisierung Suchtmittel:  
Zeitpunkt

Vorgehen bei  
Schwangerschaft (Wunsch)

Konsumverhalten: bei  
Schwangerschaft

Vorgehen Schwangerschaft  
und Suchtmittelkonsum

Triage

Gefährdungsmeldung

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin:	Lea Widmer	
Datum, Ort:	28.05.2014, Luzern	Dauer: 60 Minuten
Institution:	<b>Interdisziplinäre Schwangerschaftssprechstunde (Luzerner Psychiatrie)</b>	

L: Sie arbeiten in einer Sprechstunde für schwangere Frauen mit psychischen Problemen. Können Sie mir noch genaueres darüber erzählen?

D: Die interdisziplinäre Schwangerschaftssprechstunde war ursprünglich ein Projekt mit Beginn 2011. Mittlerweile ist es ein etabliertes Angebot, bei dem die neue Frauenklinik, der kinder- und jugendpsychiatrische Dienst der Luzerner Psychiatrie und wir von der Erwachsenen-Psychiatrie (Lups) daran beteiligt sind. Die Idee ist, dass viele schwangere Frauen mit psychischen Problemen eine Hemmschwelle haben zur Psychiaterin/zum Psychiater zu gehen. Daher macht es Sinn, dass die Psychiaterinnen/Psychiater direkt am Ort, wo die Frauen in Betreuung sind, behandeln. Aus diesem Grund werden diese Sprechstunden im Ambulatorium für Schwangere in der neuen Frauenklinik angeboten. Es handelt sich dabei nicht um Patientinnen, welche sich stationär aufhalten, sondern um schwangere Frauen, welche über das Ambulatorium der Klinik betreut werden. So wird ein niederschwelliger Zugang zu psychiatrischer Betreuung sichergestellt.

L: Welche Frauen gehören zu Ihrer Klientel?

K: Das sind Frauen, welche schwanger sind. Aber auch Frauen nach der Geburt, da psychische Probleme auch in perinatal entstehen können. Aber man kann schon sagen, dass die Hauptgemeinsamkeit der Frauen die Schwangerschaft ist. Ansonsten gibt es nicht den typische Fall oder die typische Frau/Schwangere.

L: Wie präsent ist das Thema Suchtmittel in den Beratungen?

D: Das ist ein Spezialfall der Beratung. Wir bieten zusätzlich zu dieser Sprechstunde, welche im Routineablauf stattfindet, noch ein Spezialsetting an für schwangere Frauen, welche unter einer Suchterkrankung leiden. Dabei setzen sich ein Gynäkologe, ein Neonatologe (Kinderarzt für Neugeborene), eine Sozialarbeiterin von der Kinderschutzgruppe und wir als Psychiaterinnen/Psychiater und die betroffenen Frauen zusammen. Häufig werden die Frauen noch von Sozialarbeitenden oder Therapeutinnen/Therapeuten begleitet, die für sie zuständig sind. Es handelt sich um Frauen, bei denen die Suchterkrankung bekannt ist und die mit diesem Auftrag bei uns angemeldet werden. Es geht dabei vor allem um Vermittlung von Informationen (was ist zu beachten in dieser Situation) und Empfehlungen für die Behandlung. Gegebenenfalls kann auch eine Meldung bei den zuständigen Behörden gemacht werden mit der Empfehlung abzuklären, ob eine Beistandschaft für das Kind nötig sein wird. Der wichtigste Teil ist sicher die Patientin zu informieren sowie die therapeutische Empfehlung. Es ist mir noch nie passiert, dass eine schwangere Frau in der Routinesprechstunde von sich aus erzählt hat, dass sie Suchtmittel konsumiert. Ich vermute, dass dies tatsächlich auch selten oder schon bekannt ist oder dass Frauen dies nicht einfach so erzählen. Ich habe keine absoluten Zahlen wie viele Schwangere konsumieren, aber in dem Setting der interdisziplinären Schwangerschaftssprechstunde sind es etwa 5% der Beratungsfälle, in denen Sucht ein Thema ist.

L: Welche Suchtmittel werden konsumiert?

D: Illegale Suchtmittel sind Heroin, Kokain, Amphetamine und Cannabis. Und bei den legalen sind es Alkohol und Nikotin. Es ist tatsächlich schon vorgekommen, dass ich eine Patientin nach der Sprechstunde draussen rauchen gesehen habe. Das ist nicht selten, aber ebenfalls schädlich.

L: Wie sprechen Sie in den Sprechstunden den Suchtmittelkonsum an?

Codes

Stelle

Klientel

Spezialsetting bei Frauen mit Suchterkrankung

Auftrag: Vermittlung von Informationen und Empfehlungen für die Behandlung

Zahlen konsumierenden Schwangeren

Art der Suchtmittel

## Transkripte der Interviews

D: Die legalen Drogen werden auch schon im Routinebetrieb angeschaut und thematisiert. Also das sehe ich nicht als meine primäre Aufgabe als Psychiater. Ich bin in dieser Sprechstunde für die psychischen Probleme zuständig. Wenn eine Sucht oder ein Substanzmissbrauch klar deklariert wurde, dann befasse ich mich mit der Patientin damit. Ansonsten gehe ich nicht noch einmal von vorne diese ganzen Themen durch. Denn Frauen aufklären bezüglich Auswirkungen von Suchtmittel während der Schwangerschaft ist auch schon Aufgabe der behandelnden Gynäkologin/des Gynäkologen und der Hausärztinnen/Hausärzte. Und das findet meiner Erfahrung nach auch statt. Dass eine Frau nicht darüber Bescheid weiss, dass Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft schädlich für ihr Kind ist, halte ich heutzutage nahezu für ausgeschlossen. Von mir wird das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft also nur dann thematisiert, wenn ich dies bei der Zuweisung als Auftrag bekomme oder wenn ich den Verdacht auf Suchtmittelkonsum habe. Bei Frauen, welche in das Spezialsetting kommen, ist der Konsum Hauptthema.

Thematisierung  
Suchtmittelkonsum in der  
Schwangerschaft

L: Haben Sie schon erlebt, dass im Verlauf der Sprechstunden-Gespräche Suchtmittel-Abhängigkeiten zum Vorschein kamen?

D: Nein das habe ich noch nie erlebt. Der Regelfall sind das ja auch keine langfristigen Gesprächssettings, sondern einmalige Sprechstunden mit einer bestimmten Fragestellung. Als Beispiel: Patientin sagt sie sei oft traurig. Liegt da eine Schwangerschaftsdepression vor? Ist die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Es gibt einen klaren Auftrag und der Versuch möglichst weit zu kommen in einer Gesprächsstunde. Meist reicht auch eine Stunde aus für die Beantwortung der Fragestellungen. In diesem Rahmen ist es also tatsächlich noch nie vorgekommen, dass ein unerkannter Suchtmittelkonsum zum Vorschein gekommen ist.

Einmalige Sprechstunden mit  
bestimmter Fragestellung

L: Die schädlichen Auswirkungen von Suchtmittelkonsum auf das Kind werden also schon besprochen, bevor die Frauen zu Ihnen in die Sprechstunde kommen?

D: Genau dieses Thema wird bereits bei den Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hausärztinnen/Hausärzten besprochen. Bei den Frauen, welche mit einer bekannten Abhängigkeit zu uns kommen, wird dieses Thema in der Sprechstunde nochmals thematisiert. Es handelt sich dabei häufig um Frauen, welche sich schon in einem Therapie-Setting befinden. Das heisst wir als Psychiaterinnen/Psychiater können in diesen Situationen meist beruhigen, da die Frauen oft Angst haben, dass sie ihrem Kind Schaden zufügen. Es ist natürlich immer noch ein Risikofaktor, auch wenn eine Abhängigkeitserkrankung in einer stabilen Phase ist und gut behandelt wurde. Trotzdem ist eine solche Situation nicht mehr so problematisch. Als Beispiel kann man hier die Opiatabhängigkeit nennen. Bei Frauen, welche Heroin konsumiert haben und sich in einem Substitutionsprogramm mit Methadon oder Subutex (Buprenorphin) befinden sowie keine weiteren Substanzen konsumieren, ist das Risiko beherrschbar bis gering, dass es wirklich schädlich für das Kind ist. Mit diesen Substitutionsmitteln kann man diese Situationen sehr gut in den Griff bekommen. Natürlich gibt es wichtige Dinge, die dabei beachtet werden müssen, aber dann ist es gut machbar.

Thematisierung schädliche  
Auswirkungen von  
Suchtmittelkonsum auf das Kind

Substitutionsmittel stabilisieren

L: Inwiefern wird die Mutter über den Entzug des neugeborenen Kindes informiert?

D: Die Vermittlung dieser Informationen übernimmt im Spezialsetting der Neonatologe. Jedes Mitglied dieses Spezialsettings übernimmt die Aufklärung in seinem entsprechenden Fachgebiet.

Information betr. Entzug des  
Neugeborenen

L: Von wem werden süchtige Patientinnen in Ihre Sprechstunde übermittelt?

D: Meist werden uns Patientinnen vom Drop-In oder Paradiesgässli geschickt. Aber auch Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hausärztinnen/Hausärzte machen solche Weiterweisungen. Wir gehen ja nicht auf die Strasse und sprechen Frauen an, sondern es kommt auf die Mitarbeit von Ärztinnen/Ärzten, Gynäkologinnen/Gynäkologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern an. Ich denke, es sind nicht viele Frauen, welche wir nicht erreichen. Wenn eine Frau suchtmittelabhängig ist und schwanger wird, geht sie gezwungenermassen zur Gynäkologin/zum Gynäkologen oder Hausärztin/Hausarzt, wo

Vernetzung interdisziplinäre  
Schwangerschafts-sprechstunde

## Transkripte der Interviews

eine Suchtmittelabhängigkeit meist schon auffällt. Solche Frauen suchen oft selber den Kontakt zum professionellen System. Am ehesten könnte es eine höhere Dunkelziffer beim Konsum von Alkohol und Nikotin vorhanden sein, da diese Suchtmittel sehr gesellschaftskonform sind. Aber das ist meine Vermutung.

Dunkelziffer bei legalen Suchtmitteln

L: Inwiefern ist die Arbeit der interdisziplinären Schwangerschaftssprechstunde im Bezug auf Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft präventiv?

D: Präventiv bei diesem Angebot ist, dass man Behandlungsfehler vermeiden kann, da bei den Patientinnen bei einer Schwangerschaft meist der Reflex besteht alle Substanzen sofort abzusetzen. Aber dann ist das Risiko für einen Rückfall in einen schädlicheren Konsum viel zu hoch. Je nach Kooperation und Situation der Patientin können weiterführende Angebote vermittelt werden wie bspw. Mutter-Kind-Haus. Oder wenn grössere Bedenken bestehen im Bezug auf das Kindeswohl können wir eine Gefährdungsmeldung an die zuständige Behörde machen, welche die Situation dann auch abklären. Werdende Mütter erkennen ihre Defizite jedoch oft auch selber und sind froh um Unterstützung in der Lebensgestaltung.

Präventionscharakter interdisziplinären Schwangerschafts-sprechstunde

L: Wo wäre Prävention im Bezug auf Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft aus Ihrer Sicht sinnvoll?

D: Ich denke, es läuft diesbezüglich schon ziemlich gut. Dass eine Frau nicht darüber Bescheid weiss, dass der Konsum der erwähnten Substanzen schädlich ist, gibt es nicht mehr. Das ist ein grosser Erfolg von Prävention und Aufklärung. Die Drogenpolitik in der Schweiz mit den Säulen Repression, Kontrolle, Prävention findet ebenfalls statt und wirkt ja auch bei diesen Frauen. Deswegen ist es sicher sinnvoll, die bestehenden Präventionsmassnahmen und Angebote beizubehalten.

Prävention allgemein im Bezug auf Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

# Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Petra Suler

Datum, Ort: 15.05.2014, Malters

Dauer: 29 Minuten

Institution: **Schulsozialarbeit**, Oberstufe

P: Wie arbeitest Du mit den Mädchen zusammen? Arbeitest Du präventiv?

G: Ganz allgemein zur Schulsozialarbeit kann gesagt werden, dass Prävention an sich ein sehr kleiner Teil meiner Arbeit, rein aus zeitlichen Gründen. Viel mehr das ich da bin für alle schulischen und sozialen Themen. Aber bei dem Pensum ist mein Anteil verschwindend klein.

P: Mit welchen weiblichen Jugendlichen hast Du hauptsächlich zu tun? Aus welchen sozialen Schichten kommen die Mädchen?

G: Es sind natürlich vom Alter her, die drei Oberstufenjahre. Und ich habe mit allen etwa gleich zu tun. Es gibt schon auch mal, dass ich mit der zweiten Oberstufe mehr zu tun haben, aber generell über alle drei Stufen. Es ist auch nicht abhängig von Nationalität. Auch hier, querdurch. Es gibt nicht wie DAS Klientel ganz besonders, es ist wirklich sehr gemischt.

P: Ab welcher Stufe gibt es das Angebot der Schulsozialarbeit?

G: Bereits im Kindergarten.

P: Ok, ist natürlich auch noch spannend, weil ob sie das Angebot schon kennen oder nicht, aber somit wenn sie hier in die Oberstufe kommen, dann wissen sie schon von eurem Angebot und es ist somit nichts Neues für die Schülerinnen und Schüler.

G: Ja genau, das ist ihnen dann schon einige Jahre bekannt.

P: Wird das Thema Suchtmittel hier an der Schule oder bei dir thematisiert?

G: Auf der einen Seite ist es fester Bestandteil des Lehrplanes. Wir haben gerade kürzlich unter der Lehrerschaft diskutiert, wie das so ist mit der Suchtmittelthematik. Es ist ein Bestand es Lehrplanes und wir dann in diesen drei Jahren unterschiedlich von der Lehrperson in den Unterricht eingebaut. Generell kann man aber auch sagen, dass wir schon in der ersten Oberstufe einsteigen mit dieser Thematik. Wir haben gemerkt, dass das Thema Rauchen, allenfalls auch Alkohol ist natürlich schon ein wichtiges Thema in diesem Alter. Vor allem dann anfangs zweite Oberstufe, ist also besser, wenn man es vorher schon mal hört. Wir wollen das also vorher schon behandeln. Dann gibt's einfach so generelle Sachen, welche in den Lehrplan hineingehören, und die Lehrpersonen haben dann die Möglichkeit auf ihre Art das Thema anzugehen. Seit diesem Winter sind wir mit dem Fairness-Team am Thema Rauchen. Wir sind eine partizipative Schule und das Fairness-Team ist ein Teil davon. Eine Partizipations-Schule bedeutet, dass unsere Schülerinnen und Schüler Mitsprache haben und dass sie Themen einbringen können und dass man darüber diskutiert, argumentieren, debattieren und dass sie zu bestimmten Themen Mitspracherecht haben. Nebst den Schulregeln und so weiter, welche nicht verhandelbar sind und dann gibt es einen grossen Teil, der ist verhandelbar. Dies praktizieren wir schon seit längerem. Wir schauen auch, dass diese Beschlüsse umgesetzt werden. Greifen auch Themen auf, welche wichtig sind für die Schulgemeinschaft und das Thema Rauchen ist eben gerade aktuell, das haben nun die Schülerinnen und Schüler selbst eingebracht.

Codes

Prävention

Klientel

Stelle allgemein

Thematisierung Suchtmittel

Beratungsart  
(Interdisziplinär)

## Transkripte der Interviews

P: Ist das bei allen Schulen hier?

G: Nein. Das ist nur hier an unserer Schule.

P: Wer ist denn das Team?

G: Das sind Schülervertretungen drin, aus jeder Stufe sind zwei Schüler drin. Im Moment sind wir eher eine grosse Gruppe, weil wir auf grosses Interesse stossen. Ich leite das Fairness-Team und ich werde von zwei Lehrpersonen unterstützt von dieser Schule. Ja, und die Schülerinnen/Schüler sind natürlich am Puls der Schülerinnen/Schüler. Es macht wirklich Spass im Moment.

Beratungsart: Fairness-Team

P: Ok, das heisst die Suchtmittelthematik wird im Unterricht behandelt?

G: Ja genau. Also wenn die Lehrpersonen wollen, dürfen sie auch mich hinzuziehen. Aber eigentlich machen sie dies sehr eigenverantwortlich.

Thematik Suchtmittel

P: Gibt es bei euch auch Klasseninterventionen? Gab es dies auch schon im Thema Suchtbereich?

G: Nein. Ich werde mehr hinzugezogen, bei sozialen Themen wie Mobbing, Integration und so. Weniger zur Suchtthematik. Und jetzt da wir das Fairness-Team haben.. nein. Es gibt auch sehr gute Lehrmittel, die Lehrer sind auch sehr gut eingedeckt. Manchmal laden sie auch ehemalige abhängige Personen ein, welche aus ihrem Leben erzählen. Aber das liegt wie gesagt an der Individualität des Lehrers. Wie es gerade zur Klasse passt. Was es auch gibt, bei der Jugendanimation ist dies dann sicher ein Thema, auch Ausgang, Kiffen, Rauchen alle diese Themen die Zusammenspielen. Dass sind natürlich in diesem Alter ein Thema. Wir haben natürlich nicht nur substanzbezogene Süchte, sondern auch Gamen.

Konsumierte Suchtmittel

Arbeitsinstrument

P: Wird das Thema Schwangerschaft bei dir thematisiert?

G: Ja, also die Schülerinnen und Schüler werden aufgeklärt. Moment mal, ich weiss jetzt nicht ob das Thema Suchtmittel und Schwangerschaft auch so in Kombination angesprochen werden. Nein, die im Unterricht vermittelten Inhalte zum Thema Sucht und Schwangerschaft werden nicht miteinander verknüpft. Die Inhalte zum Thema Aufklärung legen das Gewicht beim Thema Schwangerschaft auf die Verhütung. Inhaltlich wird beim Thema Sucht nicht in Verbindung mit Schwangerschaft behandelt. Das Thema Schwangerschaft ist in diesem Alter noch zu weit entfernt. Die Themen werden so vermittelt, dass sie zu den altersentsprechenden Lebenswelten passen. Liebe und Sexualität: erste Kontakte, Verhütung von Schwangerschaft und Krankheiten. Wir thematisieren die Süchte Tabak, Nikotin, Essstörungen, Gamesucht etc. Also auch substanzunabhängige Süchte.

Thematisierung Schwangerschaft

Aufklärung schädlicher Auswirkungen von Suchtmitteln während der Schwangerschaft

P: Ok, kommen wir nun generell zur Prävention. Sind dir Kampagnen bekannt oder Projekte zum Thema Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft? Fällt dir hierzu etwas ein?

G: Nein. Kommt mir überhaupt nicht in den Sinn. Ich komme von meiner Ausbildung her aus der Pflege, dort ist es natürlich ein Thema. Aber so Kampagnen nein. Gar nicht. Gibt es denn etwas?

Kampagnen / Prävention / Prospekte

P: in der Schweiz haben wir nicht viel gefunden. Mehr aus Deutschland und Österreich. Aber wenn dir nun nichts einfällt, ist das kein Problem.  
Zur nächsten Frage: An wenn würdest Du die Mädchen verweisen, wenn sie ein Suchtmittelproblem hätten?

G: Ja, also das ist schwierig. Hier sind natürlich die Schüler in einer Phase, in der sie sagen

## Transkripte der Interviews

mein Körper gehört mir und ich entscheide was ich tue. Suchtmittel in dem Sinn, dass ist ein Thema, über welches sie nicht gerne sprechen. Ob ich rauche oder nicht rauche, da entscheide ich. Was ich mir vorstellen kann, bei den Mädchen, welche rauchen auf die Gefahren von Pille und Rauchen hinweise oder nachfragen, was weiss sie über das Thema. Wir hatten ein Mädchen, welches Schwanger war, es war ein Mädchen, dies hat auch geraucht. Sie ging aber dann in die Beratungsstelle elbe, dort wurde sie dann weiter beraten. Auch zusammen mit ihrer Frauenärztin. Ich gehe davon aus, dass dort auch auf dies hingewiesen wird.

Vorgehen bei Schwangerschaft

Triage

P: Was ich noch vergessen habe, welche Suchtmittel werden am häufigsten konsumiert?

G: in diesem Alter, ganz klar, Nikotin, Alkohol und Kiffen.

P: Hattet ihr schon mal das Thema Medikamentenmissbrauch.

Konsumierte Suchtmittel

G: Ich weiss von Lehrpersonen, welche das Thema immer mal wieder ansprechen. Vor allem mit Mädchen. Also wenn sie oft nach Medikamenten fragen, oder sehen, sie kramen was aus der Tasche, dann wir das Thema angesprochen. Aber mehr um ein Verhältnis zum Medikament zu erhalten, also eine Gefühl, wann braucht es eine Tablette und wann sollen sie lieber nachhause gehen und sich hinlegen. Und das ist eigentlich ein Mädchenthema. Ich mache für die Schullager die Apotheke und oft kommen dann Mädchen und ich muss sagen, da bin ich extrem zurückhaltend. Gebe ich lieber einen kalten Lumpen oder so. Nicht das schnell mal eine Tablette eingenommen wird.

konsumierte Suchtmittel: Benzodiazepine

Reaktion der SA (bei Medikamenten)

P: Ja, dass ist das verlockende an Medikamenten. Man nimmt etwas ein und es hilft.

G: Ja klar. Also das ist wirklich so klar. Also wenn ein Mädchen auffällt. Dann sprechen wir das individuell an.

P: Gibt es sonst noch Beratungsstellen, bei welchen ich Mädchen beraten kann mit dem Thema Suchtmittelthematik oder Schwangerschaft?

G: Ja, wir arbeiten natürlich viel mit dem CONTACT zusammen. Mit der elbe was die Schwangerschaft anbelangt. Dort aber auch das CONTACT. Ich hatte auch schon mit dem SOBZ Kontakt hatte. Zum Thema Sucht. Das DFI oder jetzt Akzent mit dem Angebot der Suchtprävention.

Triage

P: Akzent, hat ja therapeutische Institutionen oder was genau meinst da Du beim Akzent?

G: Mit ihnen sind wir im Kontakt, wenn es um Präventionssachen geht. Also um zu schauen was haben sie für ein Angebot für Schulen und ich erhalten von Ihnen auch regelmässig Unterlagen. Sind ja nun ihre Strukturen am ändern. Oder halt bei Fällen, wenn Eltern süchtig sind, bei solchen Themen.

Fachwissen (Prävention)

P: Draussen habe ich noch gesehen, dass du diverse Flyer aufgehängt hast. Was ist das [www.sundx.ch](http://www.sundx.ch)?

G: Ja, die beschäftigen sich mit dem Thema AIDS. Also mit dem Thema Sexualität und Geschlechtskrankheiten. Sie machen einen Teil der Aufklärung. Sie trennen dann Mädchen und Jungs und das ist nun seit Jahren fester Bestandteil. Ja, dort wäre sich spannend, wie gehen sie auf das Thema ein, mit den Mädchen ja. Die anderen Flyer sind zum Beispiel auch Pro Juventute und all diese Anlaufstellen. Ja, der Fokus wird im Unterricht halt mehr auf Aufklärung, Geschlechtskrankheit und „mein Körper und ich“ gesetzt.

Fachwissen (Geschlechtskrankheiten)

P: Ja, es ist uns bewusst, dass der Fokus nicht auf dem Thema unserer Arbeit liegt, sondern ein Zwischenthema ist zwischen den zwei Themen.

## Transkripte der Interviews

G: Ja, aber ich frage mich dann auch, wann kommt den zu diesen Informationen?

P: Ja, dass haben wir uns natürlich auch gefragt. Evtl. Bei der Frauenärztin/dem Frauenarzt oder in einem Wartezimmer mit einem Prospekt. Aber ist ja jetzt auch spannend, dieses sundx.ch habe ich noch nie gehört. Ist ja auch spannend, dass neues gibt. Wir haben auch das Thema Kindeswohl angeschaut. Gibt es bei dir dieses Thema oft?

G: Ich habe immer wieder Jugendliche, die in schwierigen familiären Situationen sind. Zum Beispiel aufgrund einer Suchtmittelthematik. Das wird dann im Gespräch thematisiert. Also das wird ja oft auch von Akzent informiert. Es ist auch wichtig, wie alt die Schülerin/der Schüler ist. Allenfalls wird dann eine Gefährdungsmeldung gemacht. Wenn Schülerinnen/Schüler zu uns kommen, ist oft schon vieles aufgegleist, dann ist vorgängig schon viel gelaufen. Meist ist auch schon ein Beistand involviert. Diese Themen sind oft schon in den früheren Jahren zu erkennen. Oder manchmal eben gar nicht.

Kindeswohl /  
Gefährdungsmeldung

P: dann komme ich zur letzten Frage. Was hältst Du von Prävention?

G: Ja. Da ich aus dem Gesundheitsbereich komme, ist mir die Gesundheit wichtig und Prävention ist dort ein zentrales Thema. Ich denke, man kann mit Kampagnen schon auch die Leute sensibilisieren. Wir hatten hier an der Schule die Ausstellung „mein Körper gehört mir“. Ja, dass ist auch so eine Präventionskampagne. Es gibt auch solche gegen Missbrauch. Ich bin der Meinung, dass mit einer Kampagne etwas bewirkt werden kann. Ich denke es wäre wünschenswert, dass auch die Schulsozialarbeit präventiver arbeiten könnten. Natürlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass alle verhindert wird. Das ist klar.

Prävention

## Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Cynthia Leyva

Datum, Ort: 27.05.2014, Luzern Dauer: 18 Minuten

Institution: **Mütter- und Väterberatung**

C: Kannst du mir kurz erklären, wie deine Arbeit hier aussieht?

U: Wir betreuen und begleiten Familien mit Babys bis 4-5 Jahren mit allen Fragen, welche sich im Zusammenhang mit Familie und Kinder stellen: psychosoziale Fragen, Entwicklung, Ernährung etc. Die Beratungen machen wir teilweise auch bei den Familien zuhause.

C: Welche Frauen/Familien werden von euch beraten? Ich nehme an, es sind werdende Mütter und Mütter?

U: Nein, also werdende Mütter (Schwangere) nur, wenn sie schon in der zweiten oder folgenden Schwangerschaft sind. Sonst kommen wir nicht rein, denn das machen Hebammen. Wir kommen wirklich erst nach der Geburt des Kindes und haben Adressen und Kontakt mit allen Eltern, da wir eine offizielle Stelle sind, welche von den Gemeinden und der Stadt Luzern bezahlt werden muss.

C: Wie kommt ihr mit dem Thema Sucht in Kontakt?

U: Entweder hören wir über schon bestehende Vormundschaftsmassnahmen, häufig über die Sozialberaterin des Kinderspitals und das Kind ist dort, weil es einen Entzug macht. Alkoholismus hören wir manchmal auch, wenn schon etwas gelaufen ist, da wir dann Auftragsarbeiten entgegennehmen müssen. Da erhalten wir die Info. Ansonsten ist es bei Hausbesuchen oder bei Beratungen feststellbar, je nach dem, wie gut sich diese Personen präsentieren können.

C: Also es kann sein, dass ihr die ersten seid, welche die Suchtproblematik mitkriegen?

U: In seltenen Fällen, ja. Oder es kann sein, dass die Kinderärztin/der Kinderarzt mit uns Kontakt aufnimmt und wissen will, ob wir diese Frau kennen. Und ob wir da mal schauen können. Dann versuchen wir, zusammen zu arbeiten.

C: Dann kann es vorkommen, dass ihr Gefährdungsmeldungen macht?

U: Ja klar. Also wenn es sich ganz klar abzeichnet, also dass das Kind gefährdet ist.

C: Dies wird in Absprache mit der Frau/Familie gemacht?

U: Sie wissen darum. Also dies bedeutet immer, dass man im Vorfeld schon viele Beratungen hatte oder versucht hat, Abmachungen zu machen. Die Schwierigkeit ist immer, dass die Familie dann abtaucht. Deswegen kann es sein, dass die Gefährdungsmeldung über die Kinderärztin/der Kinderarzt gemacht werden muss, weil sie uns sonst nicht mehr wollen. Und wir sind von der Vormundschaft dazu verpflichtet, vorbeizugehen.

C: Du hast gesagt, ihr kriegt Zuweisungen vom Kinderspital. Won wo sonst noch?

U: Also von der Beistandschaft/Vormundschaft, oder von der KESB, also gleich von der Fachstelle, wenn sie vielleicht gerade noch in Abklärung sind. Es kann auch sein, dass das Paradiesgässli schon drin ist und sie sich melden. Oder andere Sozialberatungsstellen.

Codes

Klientel

Themen in der Beratung

Klientel: nicht schwanger

Thematisierung Suchtmittel:  
Suchtproblematik

Gefährdungsmeldung

Gefährdungsmeldung

## Transkripte der Interviews

C: Vom Drop-In oder der Gassenarbeit?

U: Nein, keine.

C: Oder Zuweisungen von Gynäkologinnen/Gynäkologen?

U: Nein, auch keine, weil diese sie dann halt zur Frauenklinik oder Hebamme geschickt werden und weil wir mit Schwangeren eben nicht arbeiten.

C: Welche Suchtmittel werden konsumiert?

U: Also Alkohol, Tabak, Marihuana, Haschisch, Heroin, Methadon, Kokain, ab und zu auch Psychopharmaka und andere Medikamente. Nicht bekannt sind uns geschnüffelte Produkte und Kautabak.

Medikamentenabhängigkeiten haben wir höchstens im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Ansonsten sehen wir es nicht, sie sind sehr schwierig zu erkennen.

Konsumierte Suchtmittel

C: Wenn ihr bei einer Frau die Befürchtung habt, sie könnte allenfalls zu Drogen greifen, weil sie beispielsweise psychisch instabil ist, informiert ihr sie vorgängig über die Auswirkungen bezüglich einer weiteren Schwangerschaft?

U: Nein, das machen wir nicht. Ausser die Eltern kommen auf uns zu und sind beunruhigt, also wenn jemand sagt, „Ja, ich konsumiere ab und zu Alkohol...“ Und wenn ganz klar schon eine ersichtliche Konsumation da ist, welche zu hoch ist und wir mit offenen Karten spielen können, dann auch.

Prävention: Themen in der Beratung

C: Wenn die Eltern über diese Thematik genau aufgeklärt werden wollen oder müssen weil der Konsum offensichtlich ist, informiert ihr sie oder triagiert ihr an eine andere Stelle?

U: Wir triagieren, dies ist nicht unser Fachgebiet. Wir schicken sie zur Ärztin/zum Arzt oder zum Drop-In. Wir schauen dann vor allem, dass sie eine Beiständin/einen Beistand oder Unterstützung erhalten fürs Kind. Wir triagieren sie vor allem an die erste Stelle, aber die Vernetzungsarbeit müssen dann die Ärztinnen/Ärzte oder Sozialarbeitende machen.

Triage

C: Mit Sozialarbeitenden steht ihr in Kontakt?

U: Mit Sozialarbeitenden weniger, ausser wenn eine ganz konkrete Frage auftaucht. Am meisten stehen wir mit Beiständen in Kontakt, weil wir eigentlich Fürsprecherinnen für die Kinder sind.

C: Wo liegt der Fokus in einer Beratung?

U: Wie gehen sie um, wenn sie an Grenzen stossen: Gewaltprävention also können sie jemanden anrufen etc., Beziehung: sind beide Eltern von Sucht betroffen oder gibt es eine bestimmte Stabilität, die Stärke der Sucht: wie stark sind sie betroffen? Also wirklich Sicherheitsmassnahmen. Und dann schauen wir dauernd, aufgrund der Entwicklung, wo haben die Eltern die Ressourcen, um bezüglich der Entwicklung des Kindes mitzukommen, also was das Kind gerade braucht. Und wenn es um Rauchen oder Medikamente geht, geht es auch darum, dies zuhause „gestalten“ zu können, also wo wird geraucht/wo nicht, wo sind die Medikamente, dass Kinder nicht dazu kommen etc. Da liegt der Fokus auch auf dem Tagesablauf und auf der Sicherheit.

Fokus der Beratungsstelle

C: Wie geht ihr grundsätzlich vor, wenn ihr wisst, dass eine Frau Suchtmittel konsumiert?

U: Wenn ich weiss welche Suchtmittel von der Frau benutzt werden oder wenn wir wissen dass Suchtmittel im Spiel sind machen wir klare engmaschigere Termine ab, und geben den Eltern

Thematisierung Suchtmittel

## Transkripte der Interviews

an, dass diese verbindlich sein müssen. Auch wird dann schneller eine enge Zusammenarbeit mit involvierten Fachstellen eingefädelt.

Im besten Fall sprechen wir das Konsumverhalten an, wenn wir eine Vertrauensbasis aufgebaut haben oder wenn wir eine Auftragsarbeit übernehmen. Dann ist das Thema auf dem Tisch und wir bringen den Aspekt der elterlichen Pflicht und Sicherheit der Kinder mit ins Spiel. Wie können Eltern ihre Aufgabe trotz Konsum erbringen? Was fehlt ihnen und was benötigen sie.

Vertrauen

C: Arbeitet ihr mit einem Bezugspersonensystem?

U: Wir haben Bezugspersonen, die Kontakt mit der Familie aufnehmen. Und im Normalfall auch die meiste Zeit die Familien begleiten, ausser wenn die Leute nur anrufen, um Auskünfte zu erhalten, da gibt es keine Bezugsperson.

Beratungsart

C: Kann es vorkommen, dass die Beratung abgeschlossen ist, aber sich die Familie später wieder meldet?

U: Dies kann bei Leuten vorkommen, welche relativ selbständig leben mit ihrer Sucht. Diese kommen sowieso sehr unregelmässig und dann kann es eben sein, dass sie plötzlich wieder vor erzieherischen Fragen stehen oder merken, dass sie gewisse Sachen nicht gewährleisten können, beispielsweise das Kind nicht in die Spielgruppe bringen können.

C: Wo wäre Prävention aus deiner Sicht noch sinnvoll?

U: Also bezüglich dem Rauchen habe ich das Gefühl, dass es durch das Verbot in öffentlichen Räumen eine Veränderung gegeben hat. Bezüglich Medikamenten wünschte ich mir, dass gewisse Hausärztinnen/Hausärzte oder Apothekerinnen/Apotheker mehr Kenntnis hätten über die Medikamentennutzung und möglicherweise schneller reagieren würden. Und wenn wir bei Auffälligkeiten in der Familie, im Rahmen der Frühförderung, zu ihnen nach Hause gehen, finde ich dies ein gutes Angebot. Und die Vernetzung natürlich, welche vorhanden ist. Daher denke ich, sind wir nicht auf einem schlechten Weg.

Öffentlichkeitsarbeit bräuchte es vielleicht in dem Sinne, um den Eltern ihre Verantwortung aufzuzeigen, wie wichtig Transparenz und Ehrlichkeit den Fachstellen gegenüber ist, um sagen zu können „es läuft das, was bisher noch niemand weis...“

Ich denke auch, die Spitäler sind sehr sensibilisiert, also die Fachleute allgemein.

Prävention

C: Habt ihr Prospekte/Broschüren?

U: Prospekte wegen Suchtmittel haben wir von der schweizerischen Krebsliga wegen dem Rauchen und Mutter werden, sowie Passivrauchen, schützen sie ihre Kinder, dann von der Fachstelle Akzent (Suchtprävention) diejenigen betreffs Marihuana und Haschisch und Alkohol, die aber auch bei Jugendlichen abgegeben werden. Also nichts Spezielles mit Schwangerschaft.

Prospekte/Broschüren

## Transkripte der Interviews

Interviewführerin: Cynthia Leyva

Datum, Ort: 05.05.2014, Luzern

Dauer: Fragen per Mail beantwortet

Institution: **Akzent**

C: Aus welchen Gründen werden die Auswirkungen von Suchtmittelkonsum (legale und illegale Drogen) während der Schwangerschaft momentan nicht mittels Kampagnen oder Projekten thematisiert?

R: Siehe

[http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Schwangerschaft\\_Alkohol.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Schwangerschaft_Alkohol.pdf)

[http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user\\_upload/DocUpload/Fokus\\_Alkohol\\_Schwangerschaft.pdf](http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Fokus_Alkohol_Schwangerschaft.pdf)

<http://www.suchtschweiz.ch/aktuell/publikationen/archiv/article/alkohol-und-schwangerschaft/>

Insofern bestehen Materialien für Ärztinnen/Ärzte und Hebammen für die Sensibilisierung der Frauen. Wir sind derzeit daran, Vorabklärungen für ein Projekt für (sucht-)belastete Familien zu machen: wir führen Experteninterviews und klären, wie der Bedarf ist. Ob das dann aber schon so früh ansetzen wird, ist fraglich. Grundsätzlich gehe ich davon aus, dass schwangere Frauen wissen, dass der Konsum schädlich ist. Es ist wohl eher nicht die Frage, Kampagnen zur Sensibilisierung zu machen, sondern es ginge eher darum, Frauen zu erreichen, die sich gesundheitsschädigend verhalten und das nicht ändern können/wollen, dh. diese zu einer Verhaltensveränderung motivieren zu können. Hier würde es sicher helfen, wenn Ärztinnen/Ärzte die Technik der motivierenden Gesprächsführung anwenden könnten. Infodrog/BAG sind an Vorabklärungen, wie Ärztinnen/Ärzte ins Boot geholt werden können. Das sind komplexe Vorhaben, und wir sind als Stelle mit kantonalem Auftrag froh, wird auf schweizerischer Ebene mit der FMH verhandelt. Auf kantonaler Ebene etwas zu machen ist wenig sinnvoll.

C: Gab es früher einmal solche Kampagnen/Projekte?

R: Im Kanton Luzern gab es meines Wissens eine Projektgruppe, die die Früherfassung von Drogenbabys zum Ziel hatte. Kommt ein solches Kind zur Welt, wird sofort das Hilffsystem aktiviert. Vermutlich läuft schon während der Schwangerschaft einiges, aber Genaueres weiss ich auch nicht. Schade ist, dass sich das auf illegale Substanzen beschränkt. Alkohol ist zahlenmässig aber viel häufiger. Ich gehe davon aus, dass auch das Paradiesgässli intensiv mit schwangeren Frauen arbeitet.

C: Wie entstehen solche Kampagnen/Projekte? Wer entscheidet, ob und wie diese lanciert werden?

R: Zum Teil machen wir das selbst, das heisst, wir können das steuern, letztlich muss aber immer unser Geldgeber dazu ja sagen ([www.zisg.ch](http://www.zisg.ch)), dh. Kanton und Gemeinden.

C: Was halten Sie selbst von solchen Präventionskampagnen bzw. davon, dass es keine gibt?

R: Ich finde vor allem die Arbeit mit (sucht-)belasteten Familien generell wichtig, da Kinder aus Suchtfamilien selbst hoch suchtgefährdet sind. Ob bereits vorgeburtlich, ist noch abzuklären. Was eine präventive Chance wäre, ist, dass Mütter in der Schwangerschaft vielleicht eher bereit sind, zugunsten ihres Kindes vom Suchtverhalten Abstand zu nehmen. Dieses sogenannte „window of opportunity“/„teachable moment“ zu nutzen, könnte sinnvoll sein.

C: Haben Sie Prospekte/Broschüren? (Deutschland und Österreich haben Infobroschüren)

R: Siehe oben. Es gibt das also nicht nur in Deutschland und Österreich.

Codes

Kampagnen/Projekte

Kampagnen: nicht Sensibilisierung

Früheres Projekt: Früherfassung Drogenbabys

Kampagnen/Projekte: Entstehung

Prävention: suchtbelastete Familien

Broschüren

## Transkripte der Interviews

Interviewführerin:	Cynthia Leyva	
Datum, Ort:	19.05.2014, Luzern	Dauer: 26 Minuten
Institution:	<b>Kinderschutzgruppe (Sozialarbeiterin, Leiterin der Kinderschutzgruppe)</b>	

	Codes
C: Welche Frauen kommen zu Ihnen in die Beratung? Also ich nehme an, es sind solche, welche entweder eine Suchtproblematik haben oder schwanger sind?	
K: Das ist ein Teilgebiet von mir, ja. Also sie kommen via Schwangerschaftsambulatorium zu mir, respektive werden von ihrer Gynäkologin/ihrem Gynäkologen zugewiesen.	Klientel
C: Also sie kommen zu Ihnen, weil eben die Problematik Schwangerschaft und Suchtmittelkonsum besteht?	Klientel: Schwanger und Suchtmittelkonsum
S: Genau.	
C: Und bezüglich sozialer Herkunft, Bildung etc. sehen sie irgendeine Übereinstimmung?	
S: Ich würde sagen, das ist bunt gemischt. Ich habe nicht das Gefühl, es gäbe irgendwelche Tendenzen. Wir haben Frauen mit hohen aber auch mit tiefem Bildungsniveau.	Klientel: Bildung
C: Die Frauen, welche im Methadonprogramm sind und im luks gebären, diese sind auch bei Ihnen in der Beratung?	Klientel: Frauen im Methadonprogramm
S: Ja, also sie müssen kommen. Es ist eine Auflage gemäss Konzept, dass sie in die Beratung kommen, um Abzuschätzen, ob es aufgrund der Suchthematik eine potentielle Kindesgefährdung gibt.	
C: Welche Suchtmittel werden konsumiert, neben Methadon und Heroin?	
S: Sicher Kokain, dann natürlich auch Alkohol, Cannabis, diverse Partydrogen. Also die Palette ist breit. Aber wir machen uns auch keine Illusionen, also es gibt auch viele Frauen, wo wir gar nicht merken, dass sie Drogen nehmen. Wenn sie im Alltag einigermaßen funktionieren und dann halt nicht bei uns landen. Aber es sind natürlich dann schon Frauen, welche nicht mit Methadon substituiert werden oder Heroin nehmen und ganz klar ist, dass das Kind dann einen Entzug macht.	Konsumierte Suchtmittel
C: Müssen Frauen, welche Alkohol konsumieren auch zu Ihnen in die Beratung kommen?	
S: Also wenn sie schwer alkoholabhängig sind, ja. Weil in der Schwangerschaft sollte ja kein Alkohol getrunken werden. Wenn doch regelmässiger Konsum stattfindet, muss dies angesprochen werden. Aber eben, man muss zuerst wissen, dass Alkohol konsumiert wird. Und auch bei Kokain; Ich bin überzeugt, dass viele in der Schwangerschaft Kokain konsumieren, nur funktionieren sie einfach so und niemand bemerkt es.	Konsumierte Suchtmittel: Alkohol Konsumierte Suchtmittel: Kokain
C: Wenn bei einer Frau der Suchtmittelkonsum nicht offensichtlich ist, wie sprechen sie die Frau an, um dies zum Thema zu machen.	
S: Also wenn er nicht offensichtlich ist, dann kommt die Frau gar nicht zu mir.	
C: Auch nicht, wenn eine Ärztin/ein Arzt einen Verdacht hat?	
S: Sie müssen sich das so vorstellen: Wenn eine Ärztin/ein Arzt einen Verdacht hat, dann	Thematisierung Suchtmittelkonsum

## Transkripte der Interviews

macht sie/er einen Test via Urin und dann ist das Thema auf dem Tisch. Solange die Ärztin/der Arzt aber nicht sicher ist, kann sie/er die Zuweisung zu mir nicht machen. Sie/Er muss der Frau erklären können, weshalb es diese Spezialsprechstunde braucht.

C: Um welche Themen handelt es sich in der Beratung?

S: Es geht um die Überprüfung, kann die werdende Mutter die Erziehung übernehmen oder nicht und was braucht es allenfalls für Massnahmen. Und das thematisieren wir auch mit den Eltern.

Themen in der Beratung

C: Treffen Sie die Entscheidungen immer mit den werdenden Eltern zusammen? Oder machen Sie Gefährdungsmeldungen auch ohne Einverständnis der Eltern?

S: Grundsätzlich sind wir nicht auf das Einverständnis der werdenden Eltern angewiesen und wir machen eine Gefährdungsmeldung dann, wenn wir es als sinnvoll erachten. Wir versuchen natürlich, eine gewisse Sensibilisierung bei den Eltern zu erzielen und sie ins Boot zu holen. Das Ziel ist schon, gemeinsam den Weg zu gehen und nicht gegeneinander.

Gefährdungsmeldung

C: Kommt es oft vor, dass eine Gefährdungsmeldung gemacht wird?

S: Ja, beim grösseren Teil gibt es eine Gefährdungsmeldung. Aber eben, es geht uns darum, die Eltern ins Boot zu holen. Und die Eltern haben sehr wohl auch ein Verständnis für ihre Suchtproblematik und wissen, dass bei ihnen anders geschaut wird als bei anderen werdenden Eltern. Sie wissen auch, wo in ihrem System Schwächen sind. Und da gibt es vielfach die Bereitschaft, dass sie sagen, sie seien mit der Errichtung einer Beistandschaft oder einer Massnahme einverstanden sind. Und dann geht es nur noch im weiteren Sinne um eine Gefährdungsmeldung geht, also konkret um den Antrag verschiedener Kinderschutzmassnahmen.

Gefährdungsmeldung

Es geht also überhaupt nicht ums Bestrafen, ich denke wenn man mit bestrafen anfängt liegt man falsch, aber es braucht eine klare Linie.

Bei Frauen, welche eine ganz schlechte Compliance haben, machen wir eine Gefährdungsmeldung, aber wir warten den Zeitpunkt ab. Also strategisch machen wir die Gefährdungsmeldung erst kurz nach der Geburt, damit sie nicht in ein kleines regionales Spital gebären geht oder sogar zuhause gebärt.

Gefährdungsmeldung:  
Zeitpunkt

C: Reagieren Sie je nach Suchtmittel unterschiedlich?

S: Vielleicht gibt es eine Unterscheidung, also es ist anders wenn jemand Cannabis konsumiert, als jemand, der Heroin konsumiert. Ich würde sagen, zwischen Heroin und Kokain und regelmässigem Konsum von Partydrogen oder übermässigem Alkoholkonsum, da mache ich keinen grossen Unterschied. Da geht es eher darum zu schauen, wie sehr ist jemand süchtig, also wie viel muss sie/er konsumieren und wie sehr alltagstauglich ist er noch. Ist Sucht ihr/sein erstes Kind, welches primär versorgt werden muss und das leibliche Kind ist erst das zweite Kind, also wie sind da die Ebenen.

Reaktion der SA

C: Wie haben Sie sich das Wissen zu dieser Thematik angeeignet? Waren es Bücher oder Recherchen...?

S: Ich denke sowohl als auch und es gibt auch gute Weiterbildungen, welche einen in diese Thematik einführen können.

Aneignung Fachwissen

C: Auf was wird in der Beratung der Fokus gesetzt?

S: Um geht es um das Kindeswohl. Auch aus dem Hintergrund der Kinderschutzgruppe. Klar sind auch die Bedürfnisse der Mutter wichtig, aber das sind dann vielfach nicht dieselben wie die des Kindes. Die des Kindes haben klar Vorrang und dann schauen wir, wie diese mit den Bedürfnissen der Eltern vereinbar sind.

Fokus der Beratungsstelle

## Transkripte der Interviews

C: Haben Sie bezüglich jeder Frau mit Drogenproblemen eine Kinderschutzgruppen-Sitzung?

S: Ja, also für Familien/Frauen mit Suchtproblematik gibt es wie so eine separate Minigruppe, also eine Drogengruppe. Wir arbeiten da sehr eng mit dem Ambulatorium der Frauenklinik zusammen und dem leitenden Arzt des psychiatrischen Ambulatoriums. Wir bieten da Sprechstunden an (Fr. Burth, Oberärztin Neonatologie, Arzt psychiatrisches Ambulatorium und ich als Sozialarbeiterin). Beim Kinderspital ist es für uns wichtig zu wissen, wie die Pflegenden die Mutter erlebt, also ob sie die Kompetenzen hat, um im Alltag für das Kind zu sorgen. Es gibt ja auch viele Mütter, welche in der Schwangerschaft sehr motiviert sind, den Konsum stark zu reduzieren, doch da vertreten wir die Meinung, der Konsum sollte eher konstant gehalten werden.

Beratungsart

C: Sind sie stark in Kontakt mit anderen Sozialarbeitenden, also mit solchen, welche die Familie/Mutter schon unterstützt?

S: Ja, also ich denke es ist wichtig zu wissen, was die „linke Hand“ macht.

C: Welche Institutionen sind dies?

S: Es kommt natürlich sehr darauf an, woher die Person kommt. In Luzern beispielsweise ist das Drop-In involviert oder das drogentherapeutische Ambulatorium oder ein Gemeindesozialdienst. Es ist wichtig, dass wir mit diesen in Kontakt stehen, da das Kind ja auch nur eine begrenzte Zeit bei uns ist.

Vernetzung

C: Haben Sie auch Nachbegleitungen?

S: Nein. Wir begleiten während der Schwangerschaft, der Geburt und während dem Entzug des Kindes aber das Ziel ist es, dass ein Konzept bezüglich des weiteren Vorgehens besteht, wenn das Kind austritt. Und dass auch die Kindeswohlgefährdung aus unserer Sicht abgeklärt ist.

Nachbegleitung

C: Wo wäre Prävention aus Ihrer Sicht noch sinnvoll? Braucht es beispielsweise mehr Aufklärungskampagnen etc.?

S: Ich glaube, die Aufklärungskampagnen, die es gibt, sind gut. Und ich meine, jede Frau weiss, dass Drogenkonsum in der Schwangerschaft schlecht ist. Aber eben, bei einer Suchtthematik ist eben die Schwierigkeit, davon wegzukommen im Gegensatz zu einer Person, die nicht süchtig ist. Und dann geht es darum zu schauen, was macht Sinn: Also eben, wir haben lieber eine stabile Frau mit Methadon als eine instabile Frau mit viel Nebenkonsument.

Prävention

C: Haben Sie Methoden, welche sich in Ihrer Arbeit speziell bewährt haben?

S: Ja da gibt es sicher viele.. Also was Watzlawick und co. uns lehren, also man muss Menschen mögen und mit einer Offenheit und mit Verständnis auf sie zugehen. Aber halt auch das ansprechen, was nicht gut ist. Und ihnen gegenüber ehrlich sein.

Beratungsmethoden

