



V · I · O · L · A

Modellprojekt:
**»Ambulante Hilfen für
drogenabhängige schwangere Frauen
und Frauen mit Kindern«**

Juli 1997 bis Juli 2001

A B S C H L U S S B E R I C H T

vorgelegt von der
LANDESFACHSTELLE FRAUEN & SUCHT NRW, BELLA DONNA





NRW.

Das Modellprojekt »Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern«, VIOLA, wurde vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Ausgangssituation für die Konzeptentwicklung	4
Der Träger	5
Qualitätsverständnis des Trägers für die Arbeit mit Mädchen und Frauen	5
Zielsetzung des Modellprojekts	8
Grobziele	8
Feinziele	8
Strukturelle Bedingungen des Modellprojekts	9
Finanzierung.....	9
Räumliche Lage und Ausstattung	9
Personalstruktur	9
Projektbegleitung.....	10
Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse sowie Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für die ambulante Drogenhilfe	12
Der exemplarische Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen innerhalb der Stadt Essen	19
Erfahrungsberichte der Mitarbeiterinnen aus den jeweiligen Arbeitsbereichen	25
Begleitung bei Schwangerschaft, Geburt und in der Wochenbettzeit.....	25
Ambulante Hilfen für drogenabhängige Frauen mit Kindern	32
Arbeitsbereich "Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern"	39
Öffentlichkeitsarbeit	49
Statistik	51
Anhang	62
VIOLA - Der Name	
Kooperationsvereinbarung	

Vorwort

Hiermit wird der Abschlussbericht über die Erfahrungen und Ergebnisse des Modellprojekts „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, VIOLA, vorgelegt. Ein ausführlicher Zwischenbericht über den Zeitraum von Juli 1997 bis Dezember 1998 wurde bereits erstellt und ist über die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW zu beziehen.

Das Modellprojekt ist in seiner Ausrichtung durch die Trägerschaft des „Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.“ und in der inhaltlichen Gestaltung landes- und bundesweit einzigartig. Es wurde vom Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW über einen Zeitraum von vier Jahren (Juli 1997 bis Juli 2001) gefördert.

Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW erstellt diesen Bericht im Rahmen der konzeptionellen Begleitung des Modellprojekts.

Die folgenden Ausführungen dokumentieren die vielfältigen fachlichen Auseinandersetzungen im Verlauf der Durchführung des Modellprojekts und fassen die Ergebnisse sowie Schlussfolgerungen für die landesweite ambulante Drogen- und Suchtkrankenhilfe zusammen.

Die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts „VIOLA“ geben mit der Beschreibung ihrer Tätigkeit einen Einblick in die Praxis der jeweiligen Arbeitsfelder.

Mit dem Bericht liegen Erkenntnisse zur Gestaltung von Hilfsangeboten für die Arbeitsfelder „drogenabhängige Frauen mit Kindern“ und „drogenabhängige schwangere Frauen“ vor. Sie sollen Anregungen insbesondere für die ambulante Drogenhilfe geben mit dem Ziel, die Betreuung und Begleitung der genannten Zielgruppen als eigenständiges Arbeitsfeld in das Drogenhilfesystem aufzunehmen und zu verankern.

Aufgabe der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW ist es, dabei Unterstützung zu leisten und den Transfer der Ergebnisse des Modellprojekts in die landesweite Drogen- und Suchtkrankenhilfe zu gewährleisten.

Wir bedanken uns herzlich

beim Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW für das Vertrauen in unsere Arbeit, welches die Förderung des Modellprojekts möglich machte. Ohne die Bereitstellung der Mittel wäre eine Umsetzung dieses Projekts und der Gewinn neuer Erkenntnisse nicht möglich gewesen.

bei allen Kolleginnen und Kollegen, Freundinnen und Freunden, die mit uns diskutierten, reflektierten, uns unterstützten und forderten.

bei allen, die Interesse an unserer Arbeit haben und uns auch in schwierigen Zeiten unterstützen und ermutigen, die eingeschlagenen Wege weiter zu gehen.

bei den Frauen aus dem Vorstand für ihre unermüdliche Bereitschaft zur Beratung, Unterstützung und tatkräftigen Hilfe.

Inbesondere bedanken wir uns bei den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts, die in diesem Arbeitsfeld viel Kraft, Mut, Energie und Engagement aufgebracht haben.

Ausgangssituation für die Konzeptentwicklung

Im Rahmen der Bearbeitung der Thematik "Frauen und Sucht" führt die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Problemen drogenkonsumierender Mütter und ihrer Kinder auf verschiedenen Ebenen.

Aus der Modellzeit BELLA DONNA, Drogenberatung für Mädchen und Frauen, war bekannt, dass fast die Hälfte der Frauen, die illegale Drogen konsumieren, auch Kinder haben.

Ebenso bekannt war, dass in der ambulanten Drogenhilfe insgesamt kaum Kenntnisse darüber bestanden, ob die von ihnen betreuten KlientInnen gleichzeitig Eltern/-teile sind und welche Probleme sie in ihrem Alltag mit Kind bewältigen. Die Situation der Kinder wurde überwiegend ausgeblendet, die Verantwortung für sie wurde der Jugendhilfe überlassen.

Das Thema "Drogenkonsum und Elternschaft" wird häufig sehr emotional geführt und drogenabhängige Frauen werden dabei oft undifferenziert als inkompetent eingeschätzt.

Drogenabhängige Frauen haben vielfach die Missbilligung der Helfenden bezogen auf ihren Kinderwunsch verinnerlicht. Schuld- und Schamgefühle, drogenabhängig und Mutter zu sein, sowie die Angst vor der Wegnahme ihres Kindes sind Gründe für die Frauen, institutionelle Hilfen selten einzufordern.

Aus den Erfahrungen der in Deutschland nur vereinzelt vorhandenen spezifischen Hilfsangebote für drogenabhängige Mütter/Väter/Eltern und ihrer Kinder, die sich im Bereich der ambulanten Drogenhilfe etabliert hatten, z.B. in Hamburg (IGLU) oder Frankfurt (Projekt AIDS und Kinder) konnte abgeleitet werden, dass drogenabhängige Frauen unter bestimmten psychosozialen Rahmenbedingungen sehr wohl in der Lage sind, mit Kindern zu leben.

Aufgrund der schwierigen Situation für drogenabhängige Mütter und ihre Kinder sah die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW einen wachsenden Handlungsbedarf:

- Suchtmittelabhängige und insbesondere drogenabhängige Frauen, die schwanger sind und Frauen, die bereits Kinder haben, werden in der ambulanten psychosozialen Versorgung nicht erreicht. Sie nehmen die allgemein für Mütter bzw. schwangere Frauen bestehenden Angebote nicht in Anspruch (z.B. Geburtsvorbereitungskurse oder Mutter-Kind-Angebote). Dies ist einerseits durch die Illegalität des Suchtmittels begründet, andererseits durch die verbreiteten Vorurteile drogenabhängigen Müttern gegenüber, sie seien generell nicht in der Lage, ein Kind zu erziehen.
- Aufgrund der spezifischen Situation durch die Abhängigkeit von illegalen Suchtstoffen und den damit einhergehenden Lebensbedingungen muss davon ausgegangen werden, dass Drogenabhängigkeit der Mütter/Väter/Eltern für ihre Kinder eigene Probleme bedingt.
- Die bekannten Schwierigkeiten alleinerziehender Frauen kommen für drogenabhängige Frauen, die schwanger sind und für Frauen, die bereits Kinder haben, hinzu und verschlechtern ihre Lebenssituation insgesamt.
- Bundesweit gibt es schätzungsweise 20.000 bis 30.000 Kinder von drogenkonsumierenden Müttern/Väter/Eltern. Die generationsübergreifenden Auswirkungen dieser Problematik sind unbestritten.

Das Risiko, als Erwachsene/r selbst suchtmittelabhängig zu werden, ist für die Kinder sechsfach höher als für Kinder anderer gesellschaftlicher Gruppen. Drogenabhängige Mütter/Väter hatten oft selbst abhängige Eltern/-teile.

- Als wesentliche Chance, den Ausstieg aus der Drogenbindung zu unterstützen, wird die hohe Motivation zu einem Neubeginn eingeschätzt, die durch eine bestehende Schwangerschaft ausgelöst wird.

Für das Stadtgebiet Essen wird die geschätzte Zahl von 4.000 - 5.000 drogenkonsumierender Frauen und Männer (Mittelwert 3.000) zugrunde gelegt. Bei der Annahme, ein Drittel sei weiblich, kann von ca. 1.500 (Mittelwert 1.000) Frauen ausgegangen werden. Wenn nur jede Dritte dieser Frauen ein Kind hat, würden in Essen 500 (Mittelwert ca. 300) Kinder drogenkonsumierender Frauen leben.

Die Fragestellungen, die durch das Modellprojekt bearbeitet werden sollten, konzentrierten sich somit vorrangig auf die Möglichkeiten von Hilfsmaßnahmen, die eine höhere Erreichbarkeit und eine Verbesserung der Lebenssituation von drogenabhängigen Frauen und ihren Kindern bewirken sollten:

- Wie müssen Hilfsangebote für drogenabhängige Frauen, die Kinder haben, gestaltet werden, damit sie die Zielgruppe erreichen?
- Welche Maßnahmen sind erforderlich, um Frauen in der Schwangerschaft so zu unterstützen, damit sie eine gemeinsame Zukunftsperspektive mit ihrem Kind erlangen können?
- Was benötigen Kinder von drogenabhängigen Eltern in ihrer spezifischen Lebenssituation zur Stärkung ihrer eigenen Persönlichkeit?

Als Träger erfüllte der Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V. durch seine mädchen- und frauenspezifische Ausrichtung und bisherigen Erfahrungen gute Voraussetzungen zur Umsetzung des Modellprojekts.

Bereits mit der Durchführung des Modellprojekts BELLA DONNA, Drogenberatung für Mädchen und Frauen (1992 bis 1995), konnte der Träger belegen, dass Mädchen und Frauen durch Angebote der Drogenhilfe erreicht werden, wenn diese inhaltlich konsequent auf die Belange und Bedürfnisse dieser Zielgruppen zugeschnitten sind. Die Beratungsstelle hatte im Rahmen der Modellzeit die Thematik "Drogenabhängige Frauen mit Kindern" nur in geringem Umfang bearbeiten können. Die Vermutung lag nahe, dass durch eine Spezialisierung der Hilfs- und Unterstützungsangebote neue Erkenntnisse zur Erreichbarkeit von Frauen, die schwanger sind oder bereits Kinder haben, gewonnen und für die landesweite Drogen- und Suchtkrankenhilfe nutzbar gemacht werden könnten.

An die Erfahrungen der Drogenberatung für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, und an ein vom Träger entwickeltes Qualitätsverständnis für die Arbeit mit Mädchen und Frauen konnte das Modellprojekt "Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern" anknüpfen.

Der Träger

Der Träger des Modellprojekts, der Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V., wurde im Juni 1989 gegründet und hat sich dem Paritätischen Wohlfahrtsverband als Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege angeschlossen.

Der Träger unterscheidet sich durch seine Struktur und inhaltliche Ausrichtung in zentralen Punkten von traditionellen Trägern der Drogenhilfe in NRW. Im Trägerverein haben sich ausschließlich Frauen organisiert. Alle Entscheidungsgremien und Funktionen sind ausschließlich durch Fachfrauen besetzt, die über langjährige Berufserfahrungen in der Drogenhilfe, in angrenzenden Arbeitsbereichen bzw. in der Arbeit mit Frauen verfügen. Dadurch wird gewährleistet, dass sich alle Vorhaben, Planungen und Entscheidungen in einem fachlichen Kontext bezüglich der geschlechtsspezifischen Ausrichtung befinden.

Qualitätsverständnis des Trägers für die Arbeit mit Mädchen und Frauen

Die konzeptionellen Grundlagen der Tätigkeit des Modellprojekts orientierten sich an den Arbeitskonzepten, die der Träger durch die strukturelle und inhaltliche Ausrichtung ermöglicht, sowie an den erprobten Konzepten der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA.

Diese komplexe Thematik wird im folgenden in ihren Grundzügen beschrieben:

Die Grundlage für die inhaltliche Arbeit ist einerseits der äußere Rahmen, andererseits die fachliche Umsetzung eines konsequenten frauenspezifischen Ansatzes. Der äußere Rahmen ist durch drei wesentliche Merkmale gekennzeichnet:

Zu den Publikumszeiten haben ausschließlich Frauen und Kinder Zugang zu den Räumen; Jungen haben bis zum Alter von ca. 12 Jahren (je nach Entwicklung) Zutritt. Jede Frau kann die Beratungsstelle in der Sicherheit aufsuchen, ausschließlich auf Frauen und Kinder zu treffen.

Im Team der Einrichtung sind ausschließlich Frauen beschäftigt. Alle Mitarbeiterinnen verfügen über ein hohes Maß an Fachkompetenz innerhalb der Drogenhilfe, vertieft durch eine intensive Auseinandersetzung mit frauenspezifischen Lebensbedingungen.

Die Räume sind bewusst so ausgestattet, dass sie eine ansprechende Atmosphäre vermitteln. Sie drücken aus, dass die Klientinnen willkommen und es wert sind, für sie einen angenehmen Rahmen zu gestalten. Für die Kinder ist der größte Raum so offensichtlich anregend und einladend gestaltet, dass neben dem Signal an die Kinder, willkommen zu sein, auch ein Signal an die Frauen wirkt: sie können ihre Kinder gerne mitbringen.

Die inhaltliche Ausgestaltung aller Angebote verbindet den Blick auf die individuelle Biographie jeder einzelnen Frau mit einem gesellschaftskritischen Verständnis hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses.

Dieses Vorgehen basiert auf der Annahme, dass sich strukturelle Bedingungen eines Gesellschafts-systems nicht nur individuell, sondern insgesamt auf die jeweilige Geschlechtergruppe auswirken. Menschliches Verhalten ist niemals losgelöst von der jeweiligen Geschlechtszugehörigkeit und der geschlechtsspezifischen Zuordnung.

Die der Beurteilung eines Menschen zugrunde liegenden Werte und Normen unterscheiden sich kulturell, sozial, gesellschaftlich und geschlechtsspezifisch. Eine vermeintliche "Geschlechtsneutralität" in einer zweigeschlechtlichen Kultur kann weder Frauen noch Männern gerecht werden - erfahrungsgemäß sind es vor allem die Frauen, die bei einer solchen Haltung nicht oder kaum berücksichtigt werden.

Aufgrund geschlechtsspezifischer Normen und Wertvorstellungen erfolgt eine gesellschaftlich sanktionierte Zuweisung für Mädchen und Jungen, Frauen und Männer. Auch wenn die Rollenerwartungen an die jeweiligen Geschlechter einem Wandel unterliegen, wird die Entwicklung individueller Lebensentwürfe jederzeit durch die gesellschaftlichen Erwartungen maßgeblich geprägt.

Gesellschaftlich vorgegebene Verhaltensregeln und Zuschreibungen charakteristischer Eigenschaften für Frauen und Männer schränken beide Geschlechter ein. Dennoch wirkt sich die Bewertung für Frauen und Männer unterschiedlich aus. Traditionell eher mit Männern assoziierte Eigenschaften, wie z.B. Selbstständigkeit, Rationalität, Aggressivität, haben kulturell einen höheren Wert als die den Frauen zugeschriebenen Eigenschaften wie z.B. Sensibilität, Selbstlosigkeit, Emotionalität.

Diese unterschiedliche Bewertung beginnt bereits bei der Geburt und zieht sich durch sämtliche Sozialisationsprozesse. Das persönliche Selbstverständnis wird dadurch maßgeblich geprägt.

Selbstwertgefühl und das eigene Selbstbild entwickeln sich primär im Kontakt mit der Umwelt und haben somit einen gesellschaftlichen Bezug. Erfahrungen mit Abwertung oder Anerkennung prägen frühzeitig die Entwicklung des Selbstbildes; Rollenvorbilder werden bewusst und unbewusst übernommen.

Mädchen erleben in ihrer Entwicklung widersprüchliche Anforderungen, ohne Strategien zu erlernen, diese Widersprüche aufzulösen. Offensive Auseinandersetzung, Konfliktfähigkeit, Rebellion, initiatives Verhalten, Selbstbehauptung und Selbstbewusstsein werden bei Mädchen selten als Qualitäten bewertet. Traditionelle Erziehungsinhalte, die Anpassung und Abhängigkeit fördern, verhindern die Entwicklung offensiver Konfliktlösungsstrategien und eines positiven Selbstwertgefühls und somit die Bewältigung von Alltagsbelastungen und -anforderungen. Erfahrungen mit Gewalt und Grenzverletzungen verstärken Gefühle von Hilf- und Machtlosigkeit und fördern Anpassungs- und Unterwerfungsstrategien zur Konfliktlösung.

Den vorgegebenen Rahmen zu verlassen bedeutet, sich in enorme Widersprüche und Spannungsfelder zu begeben, da die äußeren Bewertungen den inneren Entwicklungsprozess elementar beeinflussen. Die gesellschaftliche Abwertung weiblicher Zuschreibungen (z.B. "nur" Mutter zu sein) führt zu einer eigenen, inneren Abwertung, zu einer (Eigen-) Definition, die sich an Defiziten orientiert und nicht an eigenen Stärken und Fähigkeiten. Die eigenen Potenziale werden nicht erkannt und somit nicht positiv beurteilt.

Die strukturellen Bedingungen und deren Auswirkungen für Mädchen und Frauen fließen in den Prozess der Beratung und Betreuung ein. Da jede Frau in einem gesellschaftlichen System grundlegend

mit den Konsequenzen dieses Systems konfrontiert ist, also sowohl die Klientin als auch die Beraterin, müssen neben den potenziellen Gemeinsamkeiten auch die gravierenden Unterschiedlichkeiten reflektiert und beachtet werden.

Das bedeutet für die Mitarbeiterin, sich mit der eigenen Geschlechterrolle, der eigenen Biographie als Frau, den eigenen Frauen- und Männerbildern, ihren Rollenerwartungen etc. in einem fortlaufenden Prozess auseinander zu setzen.

Die Beraterin muss im Kontakt mit der Klientin bei der Bearbeitung ihrer individuellen Problematik die gesellschaftlichen Hindernisse und Grenzen einbeziehen, um das Frauen bekannte Muster der Schuldübernahme und Abwertung zu erkennen und zu benennen. Durch die Integration struktureller Bedingungen in den Beratungsprozess eröffnen sich neue Zusammenhänge, die für die Klientin möglicherweise zentrale Aspekte zum Verständnis der eigenen Geschichte darstellen. Auf dieser Basis können neue Lebensperspektiven und Sichtweisen entwickelt werden - ein verändertes Selbstbild und ein positives Selbstwertgefühl.

Das Ziel, weitest gehende Autonomie in dem eigenen Leben zu erlangen, kann als ein aktiver Prozess begriffen werden, der von der jeweiligen Frau tatsächlich zu leisten ist. Dazu sind Vertrauen in eigene Stärken und Fähigkeiten, Selbstachtung sowie eine positive Eigendefinition grundlegend.

An die Beraterin wird in diesem Prozess der Anspruch gestellt, die eigene Bewertung von Frauenleben und Weiblichkeit sowie deren entsprechender Zuschreibung zu reflektieren und in einer fortlaufenden Entwicklung zu überprüfen, um nicht im Verlauf der Beratung bzw. Betreuung den Wachstumsprozess der Klientin mit eigenen Bildern zu behindern.

Sie trägt die Verantwortung für die Beziehung und für die Wahrung der persönlichen Grenzen.

Diese Grundhaltung wird als parteiliche Arbeit mit Frauen verstanden.

Parteiliche Arbeit ist keine Methode im klassischen Sinn, sondern eine reflektierte Haltung, die einem permanenten Auseinandersetzungsprozess unterworfen ist. Parteiliche Arbeit mit Frauen kann nur von Frauen geleistet werden, die sich dieser Auseinandersetzung stellen (wollen) und über ein hohes Maß an Fachkompetenz und Sensibilität verfügen. Parteiliche Arbeit kann nicht "per Auftrag" vergeben werden, ebenso wenig kann eine Mitarbeiterin einer Institution dazu verpflichtet werden, mit Frauen zu arbeiten, weil sie selbst eine Frau ist.

Parteilichkeit unterscheidet sich grundlegend von Parteinahme. Die Entscheidung, für eine Frau "Partei zu nehmen", also sich auf ihre Seite zu stellen, benötigt keine Einbeziehung struktureller Bedingungen und kann sowohl von Frauen als auch von Männern geleistet werden.

Parteiliche Arbeit bedeutet nicht, die Klientinnen vor der Konfrontation und der Auseinandersetzung mit ihrer Lebenssituation und ihrem Verhalten bzw. dessen Konsequenzen zu "verschonen". Sie beinhaltet jedoch stets eine sorgfältige Behandlung, Respekt und Achtung.

Erst mit diesem "Vorschuss" an Wertschätzung wird es Frauen möglich, sich konstruktiv mit ihrer Situation auseinander zu setzen und sich aktiv und initiativ für sich selbst einzusetzen.

In der Arbeit mit Kindern ist die Parteinahme unerlässlich. Die Kinder erleben eine erwachsene Person, die sich auf ihre Seite stellt und ihre Interessen und Belange in den Mittelpunkt bringt. Diese Erfahrung unterstützt die Entwicklung und Wahrnehmung der Wertschätzung. Sie fördert Selbstvertrauen und Mut, sich für die eigenen Wünsche einzusetzen und die eigenen Fähigkeiten und Stärken zu erkennen. Ein positives Selbstwertgefühl macht es erst möglich, die eigenen Interessen zu vertreten.

Im Mittelpunkt aller Überlegungen stehen die Reflexion der Entwicklung von Abhängigkeiten bei Mädchen und Frauen in ihrem gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Zusammenhang sowie die individuellen, psychischen und physischen Auswirkungen für Mädchen und Frauen. Daraus ergibt sich eine komplexe, gezielte inhaltliche Ausrichtung auf eine Zielgruppe innerhalb der Drogenhilfe, welche die strukturellen Auswirkungen gesellschaftlicher Werte und Normen mit einbezieht.

Im Weiteren unterscheidet sich der Träger dadurch, dass für alle Einrichtungen, Projekte und Maßnahmen ausschließlich Frauen als Mitarbeiterinnen angestellt werden. Deren Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Bedingungen, die Frauen und Männern unterschiedliche, jeweils spezifische Möglichkeiten und Grenzen in allen Lebensbereichen zuweisen, mit der daraus resultierenden frauen-

spezifischen Sucht- und Abhängigkeitsentwicklung sowie mit ihrer eigenen Frauenrolle sind grundlegende Voraussetzungen für die Arbeit. Die Reflexion aktueller drogenpolitischer Entwicklungen und Tendenzen findet vor diesem Hintergrund statt.

Durch diese Ausrichtung ist eine inhaltlich konsequente Durchführung in der Arbeit mit Mädchen und Frauen möglich. Sie bildet die inhaltliche Grundlage für die Tätigkeit des Modellprojekts.

Zielsetzung des Modellprojekts

Zielgruppen

Zielgruppen waren drogenabhängige Frauen, die schwanger sind; Frauen, die bereits Kinder haben und Kinder, deren Eltern/-teil Drogen konsumieren.

Grobziele

Dieses Modellprojekt verfolgte das Ziel, eine bisher kaum berücksichtigte Zielgruppe der Drogen- bzw. Suchtkrankenhilfe zu erreichen. Es sollten innovative Beratungs- und Betreuungskonzepte unter Berücksichtigung der strukturellen institutionellen Bedingungen entwickelt werden. Auf dieser Basis sollte überprüft werden, wie entsprechende Angebote für diese Zielgruppe in die landesweite ambulante Drogen- und Suchtkrankenhilfe integriert werden können.

Das Ziel der zu entwickelnden Handlungskonzepte sah neben der sozialen, psychischen, physischen und ökonomischen Rehabilitation der betroffenen Frauen im Weiteren einen Beitrag zur Suchtprävention durch die Einbeziehung der Kinder vor.

Exemplarisch sollte der Auf- und Ausbau von Strukturen, die konkrete Hilfen sowohl für Frauen als auch für Kinder ermöglichen, erarbeitet werden.

Es sollte ein berufsübergreifendes Kooperationsnetz entwickelt und ausgebaut sowie dessen Übertragbarkeit in anderen Städten überprüft werden.

Die konzeptionelle Begleitung durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW sah über die direkte Arbeit hinaus den Transfer in fachliche und politische Gremien sowie in die landesweite Drogen- und Suchtkrankenhilfe vor.

Feinziele

Höhere Erreichbarkeit

Die zu erprobenden Handlungskonzepte hatten sich sowohl an den Bedürfnissen als auch an der speziellen Lebenssituation drogenkonsumierender schwangerer Frauen, Frauen mit Kindern und der Kinder zu orientieren.

Die Angebote sollten geeignet sein, betroffenen Frauen den Zugang zu den Hilfeleistungen, insbesondere der medizinischen Versorgung und der Familien- und Jugendhilfe zu erleichtern.

Sie sollten die Lebenssituation der Kinder mit einbeziehen.

Prävention

Durch die Einbeziehung der Kinder in die Arbeit wurde den Frauen ermöglicht, auch deren Interessen und Bedürfnissen einen eigenen Stellenwert einzuräumen. Kinder sollten durch eigene Unterstützungsangebote ihre potenziellen Stärken erfahren. Dieses ist nur im Rahmen einer angstfreien Atmosphäre und auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Beraterin und Klientin möglich.

Gesundheitsfürsorge

Das Modellprojekt stellte durch seine Ausrichtung einen Beitrag zur Gesundheitsfürsorge sowohl in Bezug auf die Frauen als auch für ihre Kinder dar.

Austausch nationaler und internationaler Erkenntnisse

Durch die konzeptionelle Begleitung der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW wurden die nationalen und internationalen Erkenntnisse in die Konzeptentwicklung und -überprüfung mit einbezogen. Von besonderem Interesse waren Langzeitstudien über die Auswirkungen der Heroinabhängigkeit der Eltern/-teile auf die Kinder (Niederlande, USA). Hier konnten wertvolle Ergebnisse, Anregungen und Erfahrungen in die direkte Arbeit und die gesamte Drogen- und Suchtkrankenhilfe einfließen.

Strukturelle Bedingungen des Modellprojekts

Finanzierung

Die Finanzierung des Modellprojekts "Ambulante Hilfen für Frauen mit Kindern und in der Schwangerschaft", VIOLA, wurde durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit ermöglicht. Aufgrund der Erfahrungen des Modellprojekts "BELLA DONNA, Drogenberatung für Mädchen und Frauen" in Essen wurde eine längere Laufzeit für sinnvoll gehalten. Die bisherige Praxis belegt die besonders großen Berührungspunkte der betroffenen Frauen auch gegenüber dem Drogenhilfesystem.

Insgesamt konnte das Modellprojekt über einen Zeitraum von vier Jahren erprobt werden.

Bewilligt wurde eine Förderung für jeweils ein Jahr über einen Zeitraum von insgesamt drei Jahren. 1999 wurde die Laufzeit und Finanzierung um ein Jahr verlängert. Eine von Beginn an langfristige inhaltliche Planung war durch diese Finanzierungsform beeinträchtigt und beeinflusste die Arbeit auf verschiedenen Ebenen, da die Mitarbeiterinnen des Projekts eine existentielle Unsicherheit begleitete.

Räumliche Lage und Ausstattung

Räume für das Modellprojekt konnten im Haus, in dem auch die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW und die Drogenberatung für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, ihren Sitz haben, angemietet werden.

Insgesamt standen ca. 110 qm zur Verfügung, die sich auf zwei helle Büros, die auch als Beratungsräume genutzt wurden, zwei Toiletten, eine kleine Küche sowie einen großen Raum für die Arbeit mit den Kindern aufteilten. Der Kinderraum wurde bewusst sehr ansprechend und zum Spielen anregend eingerichtet. Es sollte auf den ersten Blick deutlich werden, dass Kinder willkommen sind und ihnen ein eigener Raum zugedacht ist.

Die Räume liegen zentral (Stadtmitte), sind gut erreichbar und ermöglichen einen Zugang für Frauen mit Kinderwagen (Aufzug). Optimal war die Anmietung darüber hinaus auch hinsichtlich der Kosten und Effektivität: die Logistik der bestehenden Einrichtungen im Haus konnte genutzt und die inhaltliche und fachliche Begleitung durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW unmittelbar gewährleistet werden.

Personalstruktur

Zum 1. August 1997 wurden zwei Sozialarbeiterinnen/-pädagoginnen mit jeweils 30 Wochenstunden eingestellt. Zusätzlich wurde eine Mitarbeiterin auf Honorarbasis für die pädagogische Arbeit mit den Kindern beschäftigt.

Der Grundgedanke, dass die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen sich die Tätigkeit mit den Frauen und den Kindern wechselweise aufteilen, war inhaltlich nicht umsetzbar. Bereits nach wenigen Monaten wurde ersichtlich, dass eine Mitarbeiterin sich ausschließlich auf die Tätigkeit mit den Kindern konzentrieren muss.

Mit dem Ausscheiden einer Kollegin Ende Februar 1998 wurde diese Personalstelle im Umfang von 30 Wochenstunden in eine 20- und eine 10-Stunden-Stelle aufgeteilt. Dieses Splitting entstand aufgrund der inhaltlichen Notwendigkeit, die Arbeitsbereiche zu trennen: Es konnte eine Mitarbeiterin mit 20 Wochenstunden für die Arbeit mit den schwangeren Frauen und eine Mitarbeiterin mit 10 Wochenstunden für die Arbeit mit den Kindern eingestellt werden.

Anfang des Jahres 1999 konnte eine Aufstockung der Personalstellen um 10 Std./Woche erreicht werden, so dass ebenfalls eine halbe Stelle für die Arbeit mit den Kindern zur Verfügung stand.

Im Rahmen der Stellenbesetzungen sind zwei Aspekte besonders aufgefallen:

Zum einen wurde bei der Stellenbesetzung des in der Drogenhilfe neuen Arbeitsbereichs „Kinder drogenkonsumierender Mütter/Väter/Eltern“ offensichtlich, dass es kaum Frauen gab, die sowohl über Erfahrungen im Suchtbereich als auch in der Arbeit mit Kindern verfügten.

Zum anderen wurde für den Arbeitsbereich „Betreuung von Frauen in der Schwangerschaft, Geburt und in der Wochenbettzeit“ durch die zusätzliche Qualifikation der Sozialarbeiterin als Geburtsvorbereiterin deutlich, wie erforderlich ihre Fachkompetenz zur Erlangung von Vertrauen und für die Vermittlung von Glaubwürdigkeit bei der Zielgruppe war.

Insgesamt hatten alle Mitarbeiterinnen durch die Thematik des Modellprojekts eine hohe emotionale Anforderung zu erfüllen, die durch die unmittelbare Konfrontation mit der Situation der Kinder und der fortlaufenden Auseinandersetzung mit den Müttern bedingt war. Zudem erforderte die Erschließung des neuen Arbeitsfeldes Energie, Neugier und eine hohe Motivation, sich auf ein „unbekanntes Terrain“ einzulassen.

Projektbegleitung

Die konzeptionelle und fachliche Begleitung des Modellprojekts war Aufgabe der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW. Es bestand eine enge Zusammenarbeit zwischen der Landesfachstelle Frauen & Sucht und den Mitarbeiterinnen von VIOLA, in der die konzeptionelle Entwicklung prozesshaft reflektiert, überprüft und weiterentwickelt wurde.

Die erforderlichen Verwaltungsaufgaben wurden ebenfalls durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht übernommen. Zusätzlich musste deshalb in der Verwaltung eine Mitarbeiterin als geringfügig Beschäftigte angestellt werden.

Die Mitarbeiterinnen von VIOLA hatten ein außergewöhnliches Maß an kritischer Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit zu leisten. Pro Klientin erforderte diese Vorgehensweise einen hohen Arbeitsaufwand:

- Wöchentlich fanden Teamsitzungen der Mitarbeiterinnen von VIOLA statt. Inhalte waren die Organisation des Arbeitsalltags und gegenseitiger Austausch über aktuelle Arbeitsabläufe.
- 14tägig wurden die Arbeitsschritte im Rahmen der Betreuung von Frauen und Kindern analysiert. Hierbei waren jeweils eine Mitarbeiterin der Landesfachstelle Frauen & Sucht und der Drogenberatung für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA beteiligt. Von der Mitarbeiterin der Drogenberatungsstelle BELLA DONNA wurde ein unentbehrlicher Beitrag zur inhaltlichen Auseinandersetzung unter Einbeziehung des Qualitätsverständnisses des Trägers in der Arbeit mit Mädchen und Frauen geleistet.

Die Auseinandersetzung mit Fragen bezüglich einer ausreichenden Versorgung eines Kindes fanden im Team das notwendige Maß an Raum und Zeit.

Ein Schwerpunkt der Aufgabe der Landesfachstelle Frauen & Sucht lag in der Überprüfung der konzeptionellen Ausrichtung des Modells bezüglich der Kooperation mit anderen Institutionen.

- Monatlich fanden Fall- und Teamsupervisionen für die Mitarbeiterinnen des Modellprojekts im Rahmen der Qualitätssicherung der Arbeit statt.
- Halbjährlich wurden Klausurtagung zur inhaltlichen Vertiefung einzelner Themen und Fragestellungen durchgeführt.

Im Sinne der Zielerreichung wurde die konzeptionelle Vorgehensweise im Berichtszeitraum den praktischen Erfahrungen angepasst.

So wurde beispielsweise das Angebot für Kinder aufgrund der Befragung von Müttern nach ihren Wünschen bezüglich der Hilfsangebote für ihre Kinder weiter differenziert. Ebenso wurde der aus Sicht anderer Institutionen geäußerte Bedarf aufgenommen.

Die zunächst konzipierte Integration allgemein bestehender ambulanter Hilfen in die Praxis des Modellprojekts im Sinne einer engeren Zusammenarbeit unter Nutzung der Kapazitäten von z.B. Erziehungsberatungsstellen oder kindertherapeutischen Angeboten erwies sich im Rahmen der Modellzeit als nicht umsetzbar. (siehe Kapitel „Arbeitsbereich Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern“) Sie begrenzte sich auf die reine Vermittlung von VIOLA zu diesen Angeboten.

Der Arbeitsbereich mit Frauen, die schwanger sind, wurde konzeptionell weitergeführt.

Es hat sich gezeigt, dass ein Betreuungswechsel nach ca. einem Jahr, wie zu Beginn des Modells geplant, nicht sinnvoll erschien. Das gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Mitarbeiterin und Klientin konnte therapeutisch für die weitere Beziehungsarbeit genutzt werden. Ein Betreuungswechsel zu einer anderen Mitarbeiterin von VIOLA zu diesem Zeitpunkt erschien aus der Perspektive der betreuten Frau nicht einsichtig und nicht gewünscht.

Dieses bedeutete für die Mitarbeiterin, die schwangere Frauen begleitete, dass sie schneller an die Grenze ihrer Betreuungskapazität geriet.

Im Rahmen der konzeptionellen Begleitung hat die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW des weiteren die Federführung bei der Erarbeitung von Kooperationsstrukturen zur Koordinierung der Hilfen und besseren Zusammenarbeit mit der Zielgruppe übernommen.

Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse sowie Erkenntnisse und Schlussfolgerungen für die ambulante Drogenhilfe

Zur Umsetzung von Hilfsangeboten für die Zielgruppen „drogenabhängige schwangere Frauen“, „drogenabhängige Frauen mit Kindern“ und „Kinder, deren Mütter/Eltern Drogen konsumieren“

Im Folgenden werden die Erfahrungen und Erkenntnisse zusammengefasst, die als Fragestellungen im Rahmen des Modellprojekts VIOLA bearbeitet werden sollten:

- Wie müssen bzw. können ambulante Hilfen für die Zielgruppen „drogenabhängige schwangere Frauen“, „drogenabhängige Frauen mit Kindern“ und „Kinder, deren Mütter/Eltern Drogen konsumieren“ konzipiert und umgesetzt werden?
- Welche Hilfen anderer Träger/Einrichtungen/Institutionen können in welcher Weise einbezogen und genutzt werden?
- Welche Strukturen sind für eine gelingende Kooperation zwischen den beteiligten Institutionen erforderlich?

Die Schlussfolgerungen werden als Handlungsempfehlungen zur Umsetzung ausgesprochen.

Vorab können als grundlegende Erkenntnisse folgende Handlungsempfehlungen gegeben werden:

- Die Arbeit mit den oben genannten Zielgruppen muss als jeweils eigenständiger Arbeitsbereich betrachtet werden. Eine Spezialisierung der jeweiligen Betreuungsangebote und ein entsprechendes Fachwissen der Mitarbeiterinnen ist daher erforderlich.
- Träger von Einrichtungen der ambulanten Drogenhilfe müssen gewährleisten, dass die für diese Tätigkeit angestellten Mitarbeiterinnen durch adäquate Fortbildungsmaßnahmen für die Arbeit mit drogenabhängigen Frauen sensibilisiert werden und sich zusätzliche Kompetenzen zu den Themenbereichen „Schwangerschaft und Geburt“ sowie zur Situation der Kinder erwerben können.
- Für die Arbeit mit drogenabhängigen Frauen mit Kindern ist entsprechendes Fachpersonal zur Betreuung der Kinder zu gewährleisten.
- Zur umfassenden Betrachtung der tatsächlichen Situation der Kinder sowie der Entwicklung und Umsetzung adäquater Hilfen für diese Zielgruppe ist die Differenzierung der von den Müttern/Eltern konsumierten Suchtstoffe hinsichtlich legaler und illegaler Stoffe notwendig.
- Ebenfalls differenziert werden muss die Familiensituation der Kinder, indem erfasst wird, ob sie mit ihren Eltern/Vätern oder mit ihren Müttern gemeinsam leben. Allgemein von „Eltern“ zu sprechen verfälscht nicht nur die fachöffentliche Diskussion, sondern verkennt auch die Bedingungen, unter denen die Kinder tatsächlich aufwachsen.
- Konkurrenzdenken der Institutionen (vor allem der Drogenhilfeträger untereinander) verhindert einen förderlichen Erfahrungsaustausch, die Weiterentwicklung, die Einbeziehung unterschiedlicher Erkenntnisse und somit insgesamt die Entwicklung angemessener Hilfsstrukturen. Die vorwiegende „Besetzung“ eines Themas aus Image- und Prestige Gründen und weniger aufgrund fachlicher Überlegungen, Planungen und interner Umsetzungsmöglichkeiten muss drogenpolitisch als kontraproduktiv bewertet werden. Sollten öffentliche Fördermittel für diese Arbeitsfelder gewährt werden, müssen parallel Kriterien zur Konzeptentwicklung und Überprüfung der geleisteten Arbeit entwickelt werden.
- Aus drogenpolitischer Sicht ist präzises und fachlich qualifiziertes Handeln im Interesse der betroffenen Frauen und Kinder -insbesondere im Kontext prognostizierbarer Folgen (gesellschaftlich, sozial und volkswirtschaftlich)- unmittelbar erforderlich.
- Ein Austausch nationaler und internationaler Erfahrungen bzw. die Sichtung unterschiedlicher Erkenntnisse wird als hilfreich für die Weiterentwicklung der hier vorliegenden Themen angesehen.

Arbeitsfeld: Betreuung drogenabhängiger Frauen in der Schwangerschaft, während der Geburt und in der Wochenbettzeit

1. Erkenntnisse über die Zielgruppe

- Drogenabhängige schwangere Frauen können durch Angebote der Drogenhilfe erreicht werden, wenn Vertrauen in die Mitarbeiterinnen und gegenüber der Institution aufgebaut werden kann. Erforderlich dafür ist:
 - eine eindeutige Unterstützung sowie die Vermittlung von weiteren Unterstützungsmöglichkeiten,
 - eine eindeutige Formulierung der institutionellen Erwartungen an die Frau bezogen auf ihr Zusammenleben mit Kind/ern,
 - eine frühzeitige Information über die Arbeitsweise und Haltung der Institution,
 - die Akzeptanz und Reduzierung der ständigen Sorge vor Fremdunterbringung ihres Kindes.
- Besonders problematisch ist der späte Zeitpunkt der Kontaktaufnahme der Frauen: im letzten Drittel der Schwangerschaft oder nach der Geburt.
Frauen, die bereits substituiert wurden, stellten ihre Schwangerschaft zwar in der ca. 8. bis 10. Schwangerschaftswoche fest, nahmen Hilfsangebote aber auch erst spät an.
Anlass zur Kontaktaufnahme war überwiegend äußerer Druck seitens Jugendhilfe oder Kliniken.
- Drogenabhängige Frauen sind durch die Tabuisierung der Thematik „Kinderwunsch“ (u.a. durch die Drogenhilfe) auf die oft schwerwiegenden Belastungen einer Schwangerschaft und Mutterschaft nicht vorbereitet.
- Kinderwunsch und der Wunsch nach Familie sind selbstverständliche Bestandteile der Lebensplanung von drogenabhängigen Frauen.
- Ein reales Problembewusstsein über die tatsächliche Schädigung des Fetus/Neugeborenen durch den Drogenkonsum ist bei der Zielgruppe nicht ausreichend vorhanden. Dieses Informationsdefizit bewirkt, dass die tatsächlichen Auswirkungen des Drogenkonsums von den Frauen übersteigert bewertet werden. Aus den daraus resultierenden Schuld- und Schamgefühlen nehmen die Frauen institutionelle Hilfen, die allgemein für schwangere Frauen bestehen, selten in Anspruch.
- Schwangerschaftsbedingte Veränderungen des Körpers, die für die Frauen häufig Stressoren darstellen, die sie nicht verstehen und handhaben können sowie Ängste vor der Geburt und dem Geburtsablauf tragen dazu bei, dass der gesundheitsschädliche Drogenkonsum oder Beikonsum (bei Substitution) zur Stress- und Angstreduktion fortgesetzt wird. Vor allem Frauen, die zum ersten mal ein Kind bekommen, haben wenig praktische Vorstellungen darüber, was mit ihnen geschieht und was auf sie zukommt.
- Eine besonders krisenhafte Phase für die Frau ist die Situation nach der Geburt, insbesondere, wenn das Neugeborene zur Entgiftung in der Klinik bleibt. Die Ungewissheit hinsichtlich einer möglichen Fremdunterbringung des Kindes durch die Jugendhilfe verschlechtern ihre psychische Verfassung.

2. Erkenntnisse über die notwendigen Arbeitsinhalte und -konzepte

- Der organisatorische und zeitliche Aufwand für die Betreuung einer schwangeren Klientin ist sehr hoch. Dies ergibt sich zum einen aus den hohen Kontaktfrequenzen zu der Klientin selbst und zum anderen aus den erforderlichen Kapazitäten für die Kooperation mit anderen Hilfeeinrichtungen des Netzwerkes.
- Die negativen gesundheitlichen Auswirkungen für drogenabhängige schwangere Frauen und ihr (ungeborenes) Kind können bei frühzeitiger Intervention und intensiver ambulanter Betreuung und Begleitung reduziert werden.
- Durch eine intensive ambulante Begleitung können Ängste und Empfindungen von Frauen thematisiert werden. Dadurch verbessert sich die Überschaubarkeit und Handhabbarkeit dieser, für die Frauen belastenden Lebenssituation, die Akzeptanz und Annahme notwendiger lebenspraktischer Hilfen wird erleichtert.
- Regelmäßige, verlässliche Besuchs- und Telefonkontakte zu der Frau während ihres Klinikaufenthaltes sind erforderlich, um sie bezüglich der Anforderungen seitens der Klinik und der Jugend-

hilfe, zu stärken. In dieser krisenhaften Situation ist eine verbindliche Kooperation zwischen den entsprechenden Hilfeeinrichtungen mit klaren Absprachen erforderlich.

- Drogenabhängige Frauen benötigen gerade in der Schwangerschaft und der sehr schwierigen Zeit nach der Geburt ein tragfähiges Netz an Institutionen, die sie koordiniert begleiten.

3. Handlungsempfehlungen

- Methoden und Angebotsstrukturen der ambulanten Drogenhilfe müssen modifiziert, erweitert und differenziert werden:
 - Die Komm-Struktur muss aufgehoben werden, um eine frühzeitige Kontaktaufnahme in der Schwangerschaft zu erreichen.
 - Konzepte für die Betreuung und Begleitung drogenkonsumierender Frauen bei Schwangerschaft, Geburt und in der Wochenbettzeit müssen entwickelt werden. Diese müssen die Vermittlung und Begleitung zur Geburtsklinik und im Vorfeld auch schon zur Kinderklinik beinhalten, um die Frauen wirksam zu unterstützen.
 - Angebote zur frühzeitigen Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft müssen zur Verfügung gestellt werden.
 - Begleitung bei Entlassungsgesprächen aus der Klinik nach Entgiftung des Kindes müssen selbstverständlicher Bestandteil der Arbeit sein.
 - Für die Planung des Zusammenlebens von Mutter und Kind sowie für den Aufbau eines individuellen Hilfenetzes müssen entsprechende zeitliche und personelle Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden.
- Die Kooperation muss erweitert werden: Das regionale Angebot ambulanter Hilfen muss vernetzt und die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen/Einrichtungen koordiniert und insgesamt erweitert werden. (Abbau von Berührungängsten der Drogenhilfe gegenüber der Jugendhilfe).
- Informations- und Erfahrungsaustausch zu dem Themenbereich "Kinderwunsch von drogenabhängigen Frauen" im professionellen Umfeld (ambulante und stationäre Drogenhilfe) muss institutionell gefördert werden.
- Die Chancen einer frühzeitigen Planungshilfe bei bestehender oder gewünschter Mutterschaft im Sinne der Erreichung einer stabilen bzw. suchtmittelabstinenten Lebensweise von drogenabhängigen Frauen - insbesondere als Chance für die Gesundheitsvorsorge von Frauen und für eine risikoärmere Entwicklung ihrer Kinder – müssen von der Drogenhilfe durch adäquate Angebote und die Bereitstellung von Fachkompetenz genutzt werden.
- Informationsmaterial zu den Themenbereichen "Kinderwunsch und Drogenabhängigkeit" sowie "Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft", das sowohl für drogenabhängige Frauen als auch für Institutionen leicht zugänglich ist und sie zu einer Auseinandersetzung mit den realen Problemen ermutigt, muss erstellt werden.
- Insbesondere für diesen Arbeitsbereich ist ein zusätzliches Fachwissen der Mitarbeiterinnen bezüglich der Thematik „Schwangerschaft und Geburt“ erforderlich.

Arbeitsfeld: Betreuung von drogenabhängigen Frauen, die bereits Kinder haben

1) Erkenntnisse über die Zielgruppe

- Drogenabhängige Frauen sind mit ihren Kindern erreichbar, wenn sie deutliche Signale von der ambulanten Drogenhilfe erhalten, dass sie mit ihren Kindern willkommen sind und entsprechende Angebote vorfinden.
- Frauen bringen nur dann ihre Kinder in Einrichtungen mit, wenn sie bereits Vertrauen zu den Mitarbeiterinnen und der Einrichtung entwickelt haben.
- Konstruktive Lösungsansätze, die die Versorgung ihres Kindes betreffen, können Mütter angstfreier besprechen, wenn sie die Erfahrung machen, dass die Auseinandersetzung mit der Beraterin auf der Basis der parteilichen Arbeit mit ihnen und der Grundhaltung der Parteinahme für ihre Kinder geführt wird.
- Es besteht ein Informationsdefizit über grundsätzliche Möglichkeiten der Hilfen für Mütter und ihre Kinder.

- Ängste vor Fremdunterbringung des Kindes erschweren die Kontakte zur Jugendhilfe, so dass dort vorgehaltenen Hilfen nicht greifen.
- Viele drogenabhängige Mütter haben Kontakte zu unterschiedlichen Einrichtungen/Angeboten der Drogenhilfe (Methadonambulanzen, niedrigschwelligen Einrichtungen etc.), in denen ihre Mutterschaft und mögliche Probleme im Zusammenleben mit den Kindern nicht thematisiert werden. Die Hilfseinrichtungen wissen häufig nicht, ob ihre Klientinnen Mütter sind. Die Frauen erleben, dass ihre Mutterschaft bzw. ihre Kinder ausgeklammert werden und reagieren entsprechend.

2) Erkenntnisse über die notwendigen Arbeitsinhalte und -konzepte

- Rahmenbedingungen wie kindgerechte, freundlich gestaltete Räume sowie eine verlässliche, pädagogisch ausgebildete Kinderbetreuung werden von den betreuten Frauen positiv angenommen und sind als vertrauensfördernde Maßnahmen zu werten. Sie vermitteln eine Wertschätzung ihrer Person und ihres Kindes, welches in einer liebevollen Atmosphäre gut aufgehoben ist.
- Die Entwicklung von Minimalkriterien für ein Zusammenleben von Mutter/Eltern und Kind und die Abstimmung mit anderen Institutionen (insbesondere Klinik und Jugendhilfe) ist erforderlich.
- Das Vertrauen der Mütter muss erreicht werden, um als Mitarbeiterin der Drogenhilfe die Verantwortung für das Kind in Krisensituationen zu übernehmen ohne den Kontakt zur Mutter zu verlieren. Dieses Ziel wird am ehesten erreicht, wenn die Haltung der Mitarbeiterin und die Arbeitsweise der Institution der Mutter frühzeitig, z.B. im Rahmen der Kontaktaufnahme, erläutert werden.
- Frauen mit Kindern sind sehr gut durch regelmäßige Freizeitaktionen wie gemeinsame Ausflüge, Feste o.ä., zu erreichen, da dadurch sowohl ein Erfahrungsaustausch als auch ein Heraustreten aus der Isolation ermöglicht wird.
- Unterstützung durch den Aufbau bzw. Ausbau eines sozialen Hilfenetzes entsprechend der jeweiligen Lebenssituation der Frau ist als umfassender Arbeitsinhalt erforderlich.
- Voraussetzung für ein stabiles Zusammenleben von Mutter und Kind ist die Erlangung einer abgesicherten und konstanten wirtschaftlichen Basis.
- Ein eigenverantwortliches, drogenfreies Leben kann langfristig nur gesichert werden, wenn deutliche Unterstützungsmaßnahmen hinsichtlich der Entwicklung einer realistischen wirtschaftlichen und beruflichen Lebensperspektive umgesetzt werden.
- Möglichkeiten der qualifizierten Entgiftungsbehandlung, stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen für Frauen mit ihren Kindern sind eine Voraussetzung zur Stabilisierung der Lebenssituation für beide.

3) Handlungsempfehlungen

- Um die Zielgruppe zu erreichen, müssen die Träger der ambulanten Drogenhilfe entsprechende Rahmenbedingungen schaffen:
 - Die Komm-Struktur der ambulanten Drogenhilfe muss auf Haus- bzw. Klinikbesuche sowie die Begleitung bei der Vermittlung von ambulanten Hilfen erweitert werden.
 - Personelle und räumliche Ausstattung müssen auf die Bedürfnisse von (kleinen) Kindern ergänzt werden.
 - die fachliche Auseinandersetzung mit der Situation von Kindern aus suchtbelasteten Familien sowie die Übernahme von Verantwortung für das Wohl des Kindes muss auf der Personalebene gefördert und verankert werden
- Einzelne Prinzipien der ambulanten Drogenhilfe wie Freiwilligkeit und Anonymität müssen modifiziert bzw. in diesem Arbeitsbereich insgesamt aufgehoben werden. Datenschutzrechtliche Bedingungen müssen berücksichtigt werden.
- Informationsbroschüren für drogenkonsumierende Mütter/Väter/Eltern sind erforderlich. Aufgrund des großen Informationsbedürfnisses bei den betroffenen Frauen und auf professioneller Seite ist die Erstellung eines „Handbuchs für die Praxis“ äußerst sinnvoll.
- Haltungen und Vorurteile gegenüber der Zielgruppe müssen von den MitarbeiterInnen aus den verschiedenen regionalen Hilfsangeboten reflektiert und in Richtung einer positiven Wertschät-

zung und Parteilichkeit modifiziert werden. Es ist Aufgabe der Drogenhilfe, diesen Prozess der Auseinandersetzung maßgeblich zu lenken und zu unterstützen.

- Die Koordinierung regionaler ambulanter Hilfen kann die soziale, psychische und gesundheitliche Situation von Mutter und Kind deutlich verbessern und Rückfallkrisen minimieren.

Arbeitsfeld: Kinder von drogenabhängigen Müttern/Eltern

Um Kinder zu erreichen und ihnen ein adäquates Hilfsangebot zukommen zu lassen, ist die Zusammenarbeit aller Institutionen erforderlich. Diese Zusammenarbeit mit anderen Institutionen ist während der Modellzeit im Projekt VIOLA nur teilweise gelungen: Die hier bereitgestellten differenzierten Angebote für Kinder sind von anderen Einrichtungen der Jugendhilfe und Drogenhilfe nur wenig genutzt worden. Trotz aller Kooperationsbemühungen sind Frauen mit Kindern selten aktiv vermittelt worden. Hauptgrund für die misslungene Vermittlung war vor allem das Konkurrenzdenken anderer Träger, obwohl diese selbst keine (adäquaten) Angebote für die Kinder bereitgestellt haben. Während der Modellzeit entwickelten sich in Institutionen der Drogenhilfe, Jugendhilfe und in Krankenhäusern individuelle interne Wege zur Verbesserung der Betreuung von Frauen mit Kindern.

1) Erkenntnisse über die Zielgruppe

- Der Zugang der Kinder zu Hilfsangeboten ist durch die Angst der drogenabhängigen Mütter, ihre Kinder gegenüber Institutionen zu zeigen und damit einen möglichen Sorgerechtsverlust in Kauf zu nehmen, sehr erschwert.
- Jüngere Kinder sind fast ausschließlich über den Kontakt zu ihren Müttern zu erreichen.
- Kinder von drogenabhängigen Müttern/Eltern können u.a. folgende Auffälligkeiten zeigen:
 - verzögerte und verlangsamte Sprachentwicklung,
 - Tendenz zum chaotischen unruhigen Spielverhalten,
 - Hyperaktivität, motorische Unruhe,
 - plötzliches, unerwartet aggressives Verhalten ohne erkennbaren Grund,
 - „Clown“-Verhalten,
 - starke Fixierung auf die Mutter,
 - ältere Kinder übernehmen schon viel Verantwortung, sind vernünftig, ordentlich und „reif“, was für ihr Alter nicht angemessen ist,
 - jüngere Kinder sind in Bezug auf körperlichen Kontakt über die Maßen grenzenlos oder distanziert.
- Die Lebensbedingungen von Kindern, deren Eltern/-teile Suchtstoffe konsumieren, unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht bezogen auf die Zuordnung des jeweiligen Stoffes (illegal oder legal): insbesondere unterscheiden sich der soziale Kontext, in dem sich der illegale Drogengebrauch vollzieht und die Art und Weise, mit der das Umfeld auf den Konsum dieser Stoffe reagiert (Beschaffungskriminalität, Beschaffungsprostitution, Gefahr der Überdosierung oder Vergiftung, gesundheitliche Verelendung, soziale Isolation).

2) Erkenntnisse über die notwendigen Arbeitsinhalte und -konzepte

- Die Entwicklung von Angeboten für Kinder von drogenabhängigen Müttern/Eltern im Rahmen der ambulanten Drogenhilfe erfordert ausgesprochen viel Zeit und Geduld, um das Vertrauen der Mütter zu erlangen. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür ist die Kontinuität der Mitarbeiterinnen.
- Die grundsätzliche Parteilichkeit für die Kinder sowie die parteiliche Arbeit mit den Frauen führt zu einer eindeutigen Haltung gegenüber der Zielgruppe und erleichtert die erforderliche Vertrauensbildung.
- Mit entsprechender Sensibilisierung und Fachkompetenz auf Seiten der MitarbeiterInnen kann es gelingen, den Kindern fachliche Hilfen (Sprachheilkindergarten, schulische Hilfen etc.) zukommen zu lassen, ohne den Müttern das Gefühl der Inkompetenz oder des Versagens zu vermitteln.
- Niedrigschwellige Angebote der Drogenhilfe ohne frauenspezifische Ausrichtung sind kein Ort für Kinder.

- In niedrighschwelligigen Angeboten für Frauen können drogenabhängige Mütter und ihre Kinder gezielt auf spezifische Hilfsangebote hingewiesen werden.

3) Handlungsempfehlungen

- MitarbeiterInnen der ambulanten Drogenhilfe müssen ein Bewusstsein für die Situation der Kinder entwickeln, Verantwortung für sie übernehmen und sich für sie einsetzen. Voraussetzung dafür ist die vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Kinder und eine angemessene Reaktion auf mögliche Auffälligkeiten bei ihnen.
- „Lobbyarbeit“ ist erforderlich, um das Problembewusstsein für die Situation der Kinder von drogenkonsumierenden Müttern/Eltern ins fachöffentliche Bewusstsein zu rücken.
- Bezogen auf die tatsächliche Erfassung der Situation der Kinder ist eine differenzierte Betrachtung und Bezeichnung hinsichtlich
 - des Suchstoffes (legal bzw. illegal) sowie
 - der Familiensituation (Mütter/Väter oder Eltern mit Kind/ern) erforderlich.

Kooperationsstrukturen

Einbeziehung ambulanter Hilfen

Entsprechend der Modellziele sind exemplarisch innerhalb der Stadt Essen Kooperationsstrukturen zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken entwickelt worden, die bundesweit einzigartig sind. Der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW ist es gelungen, mit ca. 25 bis 30 MitarbeiterInnen aus 19 Institutionen in einem Prozess über 1,5 Jahre eine verbindliche Kooperationsvereinbarung zu entwickeln. („Kooperationsvereinbarung zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kindern beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppe innerhalb der Stadt Essen“).

Die Einbeziehung ambulanter Hilfen anderer Träger/Institutionen/Einzelpersonen gestaltete sich durchgängig als ausgesprochen schwierig. Im Rahmen therapeutischer Angebote für Kinder wurde eine Unterversorgung mit Kinder- und JugendtherapeutInnen im Stadtgebiet von Essen festgestellt.

Des weiteren haben viele Institutionen, die nicht originär mit der hier beschriebenen Zielgruppe arbeiten, offensichtliche Berührungängste bezüglich der Drogenhilfe, so dass von ihrer Seite wenig Bereitschaft für die Durchführung einzelner Angebote in den Räumen des Modellprojektes VIOLA bestand. Hier wäre eine grundlegende Auseinandersetzung mit der Thematik erforderlich.

Hinzu kommt, wie bereits oben erwähnt, die Konkurrenzhaltung anderer Träger, so dass verschiedene Einrichtungen sich im Rahmen der Erprobung nicht an Angeboten von VIOLA beteiligten. Die Einbeziehung anderer ambulanter Hilfen konnte somit nicht im konzipierten Umfang umgesetzt werden.

1.) Erkenntnisse über die notwendigen Arbeitsinhalte und –konzepte zur Kooperation

- Eine wesentliche Voraussetzung für die konstruktive Unterstützung für ein Zusammenleben drogenabhängiger Mütter mit ihren Kindern, ist die Erarbeitung von Kooperationsstrukturen, die klare Auskünfte über Hilfsangebote, Ziele der Hilfen und Erwartungen an die Zielgruppe geben. Es müssen für alle Beteiligten gemeinsame Kriterien bestehen, die Minimalbedingungen für ein Zusammenleben von Mutter und Kind beschreiben. Ebenso ist eine klare Regelung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten im Rahmen der Betreuung erforderlich.
- Bei der Komplexität der Probleme drogenabhängiger Mütter und ihrer Kinder sind vielfältige ambulante Hilfen unterschiedlichster Institutionen erforderlich. Die Drogenhilfe muss daher konzeptionell und inhaltlich neue KooperationspartnerInnen in ihre Arbeit einbeziehen.
- Die Einigung auf ein einheitliches Vorgehen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Arbeitsweisen der Bereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken ist ebenso notwendig wie der Abbau gegenseitiger Vorurteile und eine hohe Organisationsbereitschaft, um die eigene Arbeitsweise transparent zu machen.

Handlungsempfehlungen

- Kooperation mit anderen Institutionen ist für dieses Arbeitsfeld unabdingbar. Eine Voraussetzung der KooperationspartnerInnen ist die Akzeptanz der Tatsache, dass drogenabhängige Frauen mit Kindern leben.
- Zur umfassenden Bearbeitung der Thematik muss sich die Drogenhilfe selbst aktiv und konstruktiv für den Prozess der Kooperation einsetzen.
- Die Erarbeitung von Kooperationsstrukturen ist ein langwieriger Prozess, der zeitgleich mit der Etablierung von Angeboten für drogenabhängige schwangere Frauen, Frauen mit Kindern und Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern begonnen werden muss.
- Für die Einbeziehung anderer Träger ist eine zeitintensive, kontinuierliche „Lobbyarbeit“ erforderlich (Abbau von Vorurteilen, Reflexion der eigenen Haltung, Einsicht in die gegenseitige Bereicherung der Angebotsstruktur u.ä.).

Zur Notwendigkeit der geschlechterdifferenzierten Arbeit mit Kindern

Eine Geschlechterdifferenzierung ist in der Arbeit mit den Kindern erforderlich. Wie die Zahlen zeigen, lebt ein großer Teil der Kinder alleine mit ihren Müttern, nur ein geringer Teil lebt gemeinsam mit den leiblichen Vätern. Bei einem Teil der Kinder besteht kein Kontakt zum leiblichen Vater. Viele der Kinder haben Trennung und Scheidung ihrer Eltern erlebt, darüber hinaus erfahren Kinder häufige Partnerwechsel bei ihrer Mutter.

Die psychischen und sozialen Auswirkungen von Trennung und Scheidung der Eltern und dem Aufwachsen mit nur einer Bezugsperson sind in der Literatur umfassend beschrieben.

Handlungsempfehlungen:

- Notwendig ist die Verknüpfung der hier vorliegenden Problematik für Kinder und die Konsequenzen aus Scheidung und Trennung. Unter anderen sind folgende Fragestellungen zu berücksichtigen:
 - Wie wirkt sich eine drogenkonsumierende Mutter, die instabile Beziehungen lebt; massive Schuld- und Schamgefühle erlebt, die unbewusst zu einer eigenen Abwertung und damit auch zu einer Abwertung der Frauenrolle tendiert, auf die Entwicklung von Mädchen aus? Wie wirkt sie sich auf die Entwicklung von Jungen aus?
 - Welche Rollenvorbilder, Bewältigungsstrategien, Anpassungstendenzen etc. erlernen Mädchen in dieser Situation? Welche erlernen Jungen?
 - Wie wirken sich die Gewalterfahrungen, von denen ein großer Teil der Frauen betroffen ist, im Umgang mit ihren Töchtern aus? Welches Bild von Gewalt erleben Jungen, wenn sie gewalttätige Übergriffe gegen ihre Mutter (oder Schwester) erleben?
 - Wie groß ist das Risiko für Mädchen und Jungen in dieser Lebenssituation, selbst gewalttätige Übergriffe erfahren zu müssen?
 - Welche Kompetenzen benötigen Mädchen, die mit einem drogenkonsumierenden Elternteil aufwachsen, der gleichgeschlechtlich ist?
 - Welche Kompetenzen benötigen Jungen, die mit einem drogenkonsumierenden Elternteil aufwachsen, der gegengeschlechtlich ist?
 - Wie wirkt sich diese Lebenssituation auf die Identifikation von Mädchen aus - welches Frauenbild und welches Selbstbild können sie entwickeln?
 - Wie wirkt sich diese Lebenssituation auf die Identifikation von Jungen aus - welches Männerbild und welches Selbstbild entwickeln sie?
- Geschlechtsrollenbezogene Angebote müssen in der Arbeit konzeptionell verankert und umgesetzt werden. Mit dem Wissen um die Risikobelastung der Kinder, selbst Suchtmittel einzusetzen, sind die Erfahrungen und das Wissen zur Situation der drogenkonsumierenden Frauen zu nutzen. Entsprechend sind zentrale Themen für Mädchen die Stärkung von Selbstachtung, Selbstwert und Selbstbewusstsein; die Reflexion von Frauen- und Männerbildern, die Auseinandersetzung mit Rollenerwartungen und eigenen Wünschen und Bedürfnissen, etc.

- Für Jungen besteht die Notwendigkeit, sich in einem geschützten Rahmen mit dem eigenen Jungen- und Männerbild auseinander zu setzen, vor allem unter den Aspekten der Gewalt gegen und Abwertung von Frauen, jedoch auch zur Stärkung eines Jungen- und Männerbildes, welches insgesamt tradierte Rollenerwartungen in Frage stellt. Unter präventiven Aspekten muss hinterfragt werden, inwiefern Rollenerwartungen an Männer bei der Suchtentwicklung eine Rolle spielen.
- Mädchen- und jungenspezifische Konzepte und Angebote zur Suchtprävention müssen entwickelt und in die Arbeit der Drogenhilfe integriert werden.

Der exemplarische Aufbau von Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen innerhalb der Stadt Essen

Entsprechend der Modellziele war es eine Aufgabe des Modellprojekts, exemplarisch innerhalb der Stadt Essen ein berufsübergreifendes Kooperationsnetz zu entwickeln bzw. auszubauen. Es wurde angestrebt, einen verbindlichen und gesicherten Rahmen der Kooperation und Koordination innerhalb des Hilfesystems unter Wahrung der unterschiedlichen Aufgaben und eine Regelung der jeweiligen Verantwortlichkeit im Umgang mit Müttern/Vätern/Eltern zu erreichen. Für die Mütter/Väter/Eltern und deren Kinder sollten die Chancen für ein Zusammenleben erleichtert und verbessert werden.

Eine Besonderheit dieser Vernetzung ist die Einbeziehung aller wesentlichen Arbeitsbereiche, die an der Betreuung der Zielgruppen beteiligt sind: Drogenhilfe, Jugendhilfe und Krankenhäuser. Ein wesentlicher Vorteil dieser Vorgehensweise liegt darin, dass hiermit eine Basis geschaffen wird, um zukünftig auftretende Probleme und Differenzen von allen verantwortlich zu behandeln und Lösungswege gemeinsam zu suchen.

Problembeschreibung

Das Hilfesystem, grob unterteilt in die drei Hauptbereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken, sieht sich mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert: z.B. Mehrfachbetreuung von Müttern/Vätern/Eltern durch verschiedene Institutionen in Unkenntnis voneinander, unter Umständen werden unterschiedliche, auch gegensätzliche Ziele für die Betroffenen angestrebt oder die bestehenden Hilfen für Mütter/Eltern erreichen diese Zielgruppen nicht.

Der Kontakt des Hilfesystems zu Mutter/Vater/Eltern und Kind ist schnell abgebrochen, wenn diese keine Bindung haben wollen. Infolge dessen geraten die Kinder in der Regel aus dem Blick.

Die Konflikte, die sich aus der Problematik ergeben, sehen für die einzelnen Bereiche des Hilfesystems sehr unterschiedlich aus:

- die Kliniken tragen die Ungewissheit, in welche Situation Mutter und Kind nach der Geburt entlassen werden,
- in der Drogenhilfe werden die Kinder wenig gesehen und deren Probleme kaum wahrgenommen,
- Hilfsangebote der Jugendhilfe werden aus Angst vor Kontrolle von den Müttern/Vätern/Eltern eher gemieden.

Die komplexe Thematik erforderte eine veränderte Umgangsweise bezüglich der Kooperation von Institutionen, die mit den Zielgruppen arbeiten.

Die Drogenhilfe hatte von ihrem Selbstverständnis her über lange Jahre eine eher distanzierte Haltung gegenüber Institutionen bewahrt, die auch mit repressiven Möglichkeiten arbeiten. Bezüglich der Kooperation mit der Jugendhilfe wurde die Notwendigkeit der Reflexion dieser Haltung und eine Auseinandersetzung mit der Möglichkeit von Kooperation unter Wahrung der Schweigepflicht erkannt.

Drogenabhängige Mütter/Väter/Eltern haben ohne Betreuung und Unterstützung nur wenig Chancen, den Alltag mit Kind und Abhängigkeit zu bewältigen.

In der Regel müssen von verschiedenen Institutionen und Einzelpersonen umfassende Hilfen zur Verfügung gestellt werden. Diese Leistung kann weder alleine von der Drogenhilfe, noch von der Jugendhilfe oder der medizinischen Versorgung erfolgen.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass z.B. institutioneller Arbeitsauftrag, persönliche Einstellungen und Haltungen oder Ressourcen der jeweiligen Institution und MitarbeiterIn zum Teil extrem unterschiedlich sind. Eine Transparenz der Hilfesysteme untereinander ist oftmals nicht gegeben und gegenseitige Vorbehalte und Vorurteile behindern die Kooperation.

Im Sinne einer zielorientierten Problemlösung sind Netzwerke im Sozial- und Gesundheitswesen sowie im Drogenhilfesystem erforderlich, die die Autonomie jeder Institution sowie deren Selbstverständnis wahren und auf einer gegenseitigen Akzeptanz basieren.

Bezüglich der Weitergabe von Informationen über KlientInnen muss ein Konsens in der Kooperation darüber hergestellt werden, inwieweit das Wissen um die Biographie und das Schicksal der Hilfesuchenden tatsächlich notwendige Bestandteile der Informationsweitergabe sein müssen bzw. dürfen, um die Vertraulichkeit und die persönlichen Grenzen der KlientInnen nicht zu verletzen.

Für eine glaubwürdige und wirksame Arbeit ist Transparenz gegenüber den Klientinnen und die Auseinandersetzung mit ihnen darüber, welche Informationen zu welchem Zeitpunkt, mit welchem Ziel und an wen weitergegeben werden, unabdingbar.

Insgesamt muss die Erarbeitung von Kooperationsstrukturen als ein Prozess der intensiven Reflexion verstanden werden, der insgesamt, besonders jedoch in der Konstitutionsphase, viel Sorgfalt, Verantwortungsbewusstsein und ein hohes Maß an Auseinandersetzungsbereitschaft mit der eigenen Institution, den eigenen Handlungen und Haltungen sowie denen anderer Institutionen und Einzelpersonen erfordert.

Die Schwierigkeiten zwischen den beteiligten Institutionen, die der Umsetzung dieser Vorgehensweise entgegenstehen, sind u.a.:

- die Arbeitsaufträge unterscheiden sich,
- die Zielgruppen unterscheiden sich (Frauen, Männer, Kinder),
- es besteht kein einheitliches Suchtverständnis,
- die Auseinandersetzung mit den Themen „Sucht und Abhängigkeit“ hat keinen Platz im beruflichen Alltag der MitarbeiterInnen, deren Aufgabenfeld vorrangig andere Themen umfasst,
- eine Auseinandersetzung mit den Bedingungen der Kinder findet in den Arbeitsfeldern der Drogenhilfe kaum statt,
- die persönlichen oder institutionsbezogenen Sichtweisen von Frauen und Männern, die illegale Drogen konsumieren, unterscheiden sich maßgeblich,
- die individuelle Haltung gegenüber drogenkonsumierenden Frauen und Männern als Eltern ist durch Vorurteile geprägt,
- es bestehen unterschiedliche persönliche Normen und Werte bezüglich der moralisch belasteten Thematik der Kinder,
- subjektive und objektive Arbeitsüberlastung führt zu persönlichen Belastungen - vermeintlich „zeitintensive“ KlientInnen sprengen den beruflichen Handlungsrahmen,
- die Einschätzung der Situation der KlientInnen bzw. ihrer Kinder unterscheiden sich und
- entsprechend unterscheiden sich die jeweiligen Einschätzungen des Handlungsbedarfs.

Innerhalb der Stadt Essen wird eine Zahl von 500 bis 600 Kindern geschätzt, deren Mütter/Väter/Eltern Drogen konsumieren. In einer nicht repräsentativen Umfrage (Mehrfachnennungen sehr wahrscheinlich, da kein Namensabgleich erfolgte) der Landesfachstelle Frauen & Sucht in Essen wurden insgesamt ca. 200 Kinder institutionell erfasst (im Bereich Drogenhilfe ca. 170, im Bereich Jugendhilfe ca. 174 und in den Krankenhäusern mit Neonatologie ca. 19 Kinder).

Auch wenn diese Zahlen nur Annäherungswerte darstellen, muss davon ausgegangen werden, dass der größte Teil der Kinder und ihre Mütter/Väter/Eltern vom Hilfesystem gar nicht bemerkt werden.

In den letzten Jahren wurde die Thematik „Umgang mit drogenabhängigen Müttern/Eltern“ in Essen in unregelmäßigen Abständen mit den zuständigen Einrichtungen (Klinik, Jugendhilfe und Drogenhilfe) an Hand bestehender Probleme am Beispiel von Einzelfällen erörtert.

Obwohl diese Situation von den beteiligten Institutionen als äußerst unbefriedigend erlebt wurde, konnte sie bis dahin nicht kontinuierlich und befriedigend bearbeitet werden.

Die ersten Erfahrungen der Mitarbeiterinnen des Modellprojekts VIOLA in bezug auf Kooperation zeigten einen deutlich unkoordinierten und teilweise sehr willkürlichen Umgang des Hilfesystems mit der Problematik insgesamt und mit den betroffenen Frauen:

Keine Absprachen unter den involvierten Institutionen, unterschiedliche Behandlungsziele und Erwartungen an die Mütter/Väter/Eltern, doppelte Hilfsangebote, wenig Kenntnisse bezüglich der Problematik von Suchtmittelabhängigkeit, speziell Drogenabhängigkeit der Mütter/Väter/Eltern und der Probleme für die Kinder.

Mutter und Kind waren schnell aus dem Blick, für die Aufrechterhaltung des Kontaktes fühlte sich niemand verantwortlich, solange keine Gefahr im Verzug angezeigt war.

Der Wunsch nach einer verbindlichen Zusammenarbeit war insgesamt gegeben; bisher lagen aber keine konkreten Vorgehensweisen zum Umgang mit den komplexen Themen wie Schweigepflicht, Datenschutz etc. vor.

Für das angestrebte Ziel der Erarbeitung von Strukturen zur Koordinierung und Kooperation innerhalb des Hilfesystems bestanden in der psychosozialen und medizinischen Versorgung in Essen die erforderliche Basis und das Problembewusstsein, die für die Entwicklung des angestrebten Konzepts die Arbeitsgrundlage darstellten, um diese Herausforderung anzunehmen.

Entwicklung einer Kooperationsvereinbarung

Auf Initiative der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW und der Leiterin der Fachgruppe des Allgemeinen Sozialdienstes (ASD) des Jugendamts der Stadt Essen fanden mehrere Vorgespräche statt, die zur Verbesserung der Kooperation führen sollten. Daraufhin entstand im August 1998 in Zusammenarbeit mit je einer Mitarbeiterin des Verein Krisenhilfe e.V. (größte Drogenhilfeeinrichtung in Essen) und der Universität Gesamthochschule Essen, Zentrum für Kinderheilkunde ein Kooperationsgremium.

Ausschließliches Ziel dieses Gremiums war die Erstellung eines Gesamtkonzepts zwischen den an der Betreuung von drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern und deren Kinder beteiligten Institutionen zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen innerhalb der Stadt Essen.

Ein Gesamtkonzept sollte die Strukturen bieten, die eine weitgehend einheitliche Vorgehensweise aller mit der Thematik befassten Institutionen ermöglicht und gleichzeitig denjenigen MitarbeiterInnen eine Orientierung geben, die in ihrer Arbeit nicht täglich mit der Problematik konfrontiert sind.

TeilnehmerInnen des Kooperationsgremiums waren LeiterInnen, ÄrztInnen und PraktikerInnen der verschiedenen Institutionen. Es wurde im Vorfeld berücksichtigt, das Gremium nicht zu groß werden zu lassen, um im Sinne des Ziels arbeitsfähig zu bleiben. Eingeladen wurden aus dem Bereich der psychosozialen Einrichtungen auf Leitungsebene (MultiplikatorInnenfunktion) und aus dem Bereich der medizinischen Versorgung die unmittelbar zuständigen Personen der Gynäkologieabteilungen und Kinderstationen.

Über einen Zeitraum von ca. 1,5 Jahren haben in sechs Arbeitstreffen ca. 25 bis 30 Personen aus 19 Institutionen/Einrichtungen ein entsprechendes Konzept entwickelt. Parallel fanden innerhalb der einzelnen Bereiche „Drogenhilfe“, „Jugendhilfe“ und „Krankenhäuser“ zusätzliche Untergruppentreffen statt, in denen Aufgaben erfüllt wurden, die in den Gesamtarbeitstreffen entstanden sind.

Die Initiatorinnen haben die Aufgabe der inhaltlichen Vorbereitung der einzelnen Arbeitstreffen übernommen und in gesonderten Treffen die Inhalte vorstrukturiert.

Die Federführung zur Umsetzung dieses Ziels wurde von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW übernommen, da bereits im Vorfeld ersichtlich war, dass ein großer organisatorischer und administrativer Aufwand erforderlich sein würde.

So waren es u.a. die Aufgaben der Landesfachstelle Frauen & Sucht, Einladungen zu erstellen und zu versenden, die Tischvorlagen und Arbeitsaufträge als Ergebnis der Vorbereitungstreffen anzufertigen, die Moderation und Gesamtverantwortung für die Durchführung der Arbeitstreffen zu übernehmen, Protokolle zu erstellen und zu versenden sowie die Erarbeitung bestimmter Texte als Kapitel für die Kooperationsvereinbarung und die Zusammenstellung der Ausarbeitungen der beteiligten Institutionen vorzunehmen.

Die Ausformulierung der vertraglichen Vereinbarung wurde von der Landesfachstelle Frauen & Sucht zusammen mit einem Rechtsanwalt vorgenommen. Ebenfalls hat die Landesfachstelle die Unterzeichnung auf Leitungs-/Geschäftsführungsebene organisiert.

Die Kooperationsvereinbarung sieht zur Überprüfung der Umsetzbarkeit des Konzepts eine Erprobungsphase von einem Jahr vor. Im Rahmen der Erprobungsphase trägt die Landesfachstelle Frauen & Sucht die Verantwortung für die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse der „Fragebögen für die MitarbeiterInnen zum Kooperationskonzept“ sowie die inhaltliche Überarbeitung des Konzeptes.

Bis zur Beendigung des Modellprojekts fanden weitere vier Arbeitstreffen im Rahmen der Erprobungsphase des Konzeptes statt. Die Erprobungsphase wird mit einer Präzisierung der Kooperationsvereinbarung 2002 abgeschlossen werden.

Beschreibung des Entwicklungsprozesses

Die wesentliche inhaltliche Entwicklung und die Aufgabenstellungen für die beteiligten Institutionen bis zur Fertigstellung der Kooperationsvereinbarung waren:

Bestandsanalyse der Hilfen für die Zielgruppen; gegenseitiger Informationsaustausch zur Schaffung von Transparenz und besserem gegenseitigen Verständnis; Sammlung von Themen, die in dem Konzept behandelt werden sollten; Verständigung auf die Zielgruppen und das gemeinsame Ziel; Diskussion von Basiskriterien zur Versorgung eines Kindes; Diskussion der ausgearbeiteten Texte der Beteiligten für das Konzept; Entwicklung eines Fragebogens zur Überprüfung der Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit der Kooperation; Diskussion der Entwürfe für das zu erstellende Konzept.

Die Aufgabenstellung für die drei Untergruppen „Drogenhilfe“, „Jugendhilfe“ und „Krankenhäuser“ sowie eine schriftliche Stellungnahme jeder Einrichtung zu zentralen Themen waren insbesondere:

Eigene Zieldefinition; Möglichkeiten und Grenzen der Hilfen; Haltung den Zielgruppen gegenüber; Erwartungen der KooperationspartnerInnen untereinander; Datenschutz; Diskussion und Verabschiedung der Konzeptentwürfe.

Der konstruktive Prozess der Konzeptentwicklung verdeutlichte, dass es trotz aller Schwierigkeiten, die aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsfelder bestehen, möglich ist, an einer derart komplexen Thematik zu arbeiten, wenn alle Beteiligten sich auf das gemeinsame Ziel konzentrieren und sich auf die gemeinsamen Zielgruppen begrenzen.

Umfassendere Diskussionen und Zeit zur Reflexion waren insbesondere dann erforderlich, wenn eine Haltungsänderung in einzelnen Arbeitsbereichen gefordert war.

Es entstand u.a. die Frage, ob und wie viel Kontrolle bezüglich der Lebenssituation von Mutter und Kind im Rahmen der Drogenhilfe geleistet werden kann, ohne das erforderliche Vertrauensverhältnis zur Klientel zu verlieren.

Auch die Frage, wie sich die einzelnen Institutionen verhalten, wenn keine Hilfen angenommen werden aber auch keine konkrete Gefährdung des Kindes vorliegt, nahm größeren Raum ein. Eine wesentliche Rolle spielte auch die Klärung der Verantwortlichkeit in dem jeweiligen Betreuungsstand von Mutter/Vater/Eltern.

Mit dem vorliegenden Konzept ist es bundesweit erstmalig gelungen, Strukturen für eine Kooperation festzulegen, die für die wesentlichen Bereiche „Drogenhilfe“, „Jugendhilfe“ und „Kliniken“ verbindlich im Sinne der vertraglichen Vereinbarung sind. Die in dem Vertrag aufgeführten Institutionen verpflichten sich zu einer Zusammenarbeit nach besten Kräften auf der Grundlage des Konzeptes. Somit ist ein Rahmen geschaffen, der die Arbeit mit den Zielgruppen aus dem individuellen Handlungsbereich heraus zu einer weitgehend einheitlichen Arbeitsweise führt.

Das Kooperationsgremium ist für die Koordinierung und Optimierung der Zusammenarbeit und der frühzeitigen Klärung auftretender Probleme sowie für die Weiterentwicklung der Kooperation im Rahmen der Umsetzungs- und Erprobungsphase zuständig.

Die Vereinbarung wurde von den Verwaltungsdirektoren/ärztlichen Direktoren/GeschäftsführerInnen bzw. LeiterInnen der beteiligten Institutionen und Krankenhäuser unterzeichnet und ist somit institutionell verankert.

Inhalte der Kooperationsvereinbarung:

Beschreibung der Zielgruppen:

- drogenkonsumierende/substituierte schwangere Frauen und werdende Väter,
- drogenkonsumierende substituierte Mütter/Väter/Eltern und
- Kinder, deren Mütter/Väter/Eltern Drogen konsumieren/substituiert werden

und der Ziele:

- ein dauerhaftes gemeinsames Leben mit Kind zu ermöglichen sowie
- eine konstruktive Zusammenarbeit mit den Zielgruppen und eine verbindliche Kooperation mit den VertragspartnerInnen zu erreichen.

Weiterhin wird als Voraussetzung zur Zielerreichung die Sicherstellung der Basisversorgung des Kindes beschrieben. Hier wurde sich auf Kriterien geeinigt, die den MitarbeiterInnen und den Zielgruppen eine Orientierung geben sollen, was das Minimum zur Versorgung eines Kindes umfasst. Der bei der Formulierung der Kriterien berücksichtigte Interpretationsspielraum erfordert eine individuelle Entscheidung der jeweiligen MitarbeiterInnen über deren Erfüllung.

In einem weiteren Kapitel werden die Grundzüge und Ziele der Kooperation festgelegt.

Vor allem wird die Verantwortung der beteiligten Institutionen beschrieben: Den Rahmen und den Umgang mit den Betroffenen so zu gestalten, dass diese Vertrauen in die Hilfsangebote entwickeln können und die Hilfen tatsächlich in Anspruch nehmen.

Ein Instrument der Kooperation ist die HelferInnenkonferenz, die auch ohne negativen Anlass regelmäßig zweimal jährlich stattfinden soll. Damit soll den Zielgruppen der unterstützende Aspekt der institutionellen Möglichkeiten nähergebracht und das Hilfesystem nicht erst dann einbezogen werden, wenn bereits existentielle Probleme bestehen. Die Absicht und die Inhalte der HelferInnenkonferenz werden konkreter beschrieben.

Ebenfalls werden die Grenzen der Kooperation und Zusammenarbeit bei Kontaktabbruch der Zielgruppen benannt sowie Datenschutzbestimmungen berücksichtigt.

Zur Veranschaulichung der Vorgehensweise wird aus Sicht der Kliniken, Drogenhilfe und Jugendhilfe ein Ablauf beschrieben, der eine denkbare Praxis des Konzeptes veranschaulicht. Von unterschiedlichen Ausgangssituationen werden Handlungsempfehlungen abgeleitet und die Ziele der jeweiligen Handlungen erläutert.

Als Voraussetzung für die Umsetzung des Konzeptes werden strukturelle Rahmenbedingungen der Träger benannt, die sowohl die Bedürfnisse der Zielgruppen als auch die der MitarbeiterInnen mit einbeziehen.

In einem weiteren Kapitel werden die Vorstellungen bezüglich der Umsetzung des Konzepts sowohl für die Arbeit des Kooperationsgremiums als begleitende Arbeitsgruppe als auch für die beteiligten KooperationspartnerInnen skizziert.

Wesentlich ist die Überprüfung der Zufriedenheit mit der Kooperation anhand von Fragebögen, die parallel in der Erprobungsphase von den MitarbeiterInnen ausgefüllt werden. Diese Erhebung wird halbjährlich durchgeführt und ausgewertet. Sie bietet den beteiligten Institutionen eine einrichtungsinterne Bewertung und dient gleichzeitig dem Kooperationsgremium zur Optimierung des Konzeptes.

Mit dem Ziel der besseren Transparenz untereinander benennen die KooperationspartnerInnen im Anhang die für diesen Arbeitsbereich zuständigen MitarbeiterInnen, beschreiben kurz die Grundsätze ihrer Beratung und nennen mögliche Hilfen im Detail.

Für die Mitarbeiterinnen von VIOLA hat die Kooperationsvereinbarung konkrete Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen bewirkt. Durch die Darstellung der Arbeitsweise einerseits und die Beschreibung von Verantwortung der Drogenhilfe in den Kooperationsvereinbarungen andererseits wurde VIOLA stärker von anderen Institutionen in die Kooperationen mit eingebunden und bei suchtspezifischen Fragen genutzt.

Perspektive

Bei Beendigung des Modellprojekts VIOLA arbeitet das Kooperationsgremium weiterhin in der Erprobungsphase. Der Initiatorinnenkreis strukturiert die Arbeitstreffen so vor, dass eine Überprüfung der Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen fortlaufend erfolgen kann. Erfahrungen in Bezug auf Erfolge oder Probleme mit der Vereinbarung sowie Präzisierungsvorschläge werden reflektiert, Reaktionen der Zielgruppen ausgetauscht. Aufgrund der unterschiedlichen Funktionen der Beteiligten des Gremiums und der verschiedenen Arbeitsfelder spiegelt der Austausch im Rahmen der Arbeitstreffen die Vielfalt der Probleme wieder, die in der Praxis der Kooperation bestehen.

Es zeichnet sich ab, dass in der Drogenhilfe die Balance zwischen den Angeboten freiwilliger Hilfen und dem Ausüben von Kontrolle und Druck besonders schwierig ist. Die Verdeutlichung der in der Kooperationsvereinbarung beschriebenen Arbeitsweise gegenüber den Zielgruppen löste die Sorge aus, dass sie sich ganz zurückziehen und auch für die Angebote der Drogenhilfe nicht mehr zugänglich sind.

Die Erfahrungen des Modellprojekts zeigen, dass ein hohes Maß an Sensibilität, Klarheit und Transparenz gegenüber den Zielgruppen erforderlich ist, um das Vertrauen zu gewinnen. Weiterhin wurde deutlich, dass die meisten Mütter mit der Kooperation einverstanden waren, wenn sie durch ausführliche Informationen der Beraterin zu der Einsicht gelangen konnten, dass das gemeinsame Ziel eine Verbesserung des Zusammenlebens mit ihren Kindern ist.

Eine Auswertung der ersten Ergebnisse der „Fragebögen zum Kooperationskonzept für die MitarbeiterInnen“ bezüglich der Zufriedenheit mit der Kooperation veranschaulichte unterschiedliche Probleme der Bereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken, deren Bearbeitung für die Zukunft erfolgen muss. Insbesondere sind zu nennen: mangelnde Transparenz, Vorurteile, zu späte Einbeziehung der Hilfen, deutlichere Übernahme von Verantwortung und insgesamt einheitlicheres Vorgehen der MitarbeiterInnen in den Institutionen.

Eine generelle Schwierigkeit in der Praxis ist die Tatsache, dass die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung für die MitarbeiterInnen einen hohen Arbeitsaufwand pro „Fall“ bedeutet und zusätzliche Kapazitäten erfordert, die aufgrund der ohnehin bestehenden Arbeitsüberlastung nicht vorhanden sind.

Erfahrungsberichte der Mitarbeiterinnen aus den jeweiligen Arbeitsbereichen

Begleitung bei Schwangerschaft, Geburt und in der Wochenbettzeit

Im Rahmen der Umsetzung des Modellprojekts erwies es sich zu einem frühen Zeitpunkt als fachlich sinnvoll, eine Differenzierung der Zielgruppe innerhalb dieses Arbeitsbereichs vorzunehmen, da die unterschiedlichen Lebensphasen ihre eigene Dynamik und sehr unterschiedliche Herausforderungen für die Frauen mitbrachten. Entsprechend umfassten die Zielgruppen, die mit dieser Tätigkeit erreicht werden sollte, Frauen, die

- schwanger waren,
- gerade erst entbunden hatten,
- sich in der Wochenbettzeit befanden (bis 8 Wochen nach der Geburt),
- mit ihrem Kind in der Neugeborenenphase und Säuglingsphase (1. Lebensjahr) lebten.

Die Lebenssituation in der Zeit der Schwangerschaft

Die Schwangerschaft ist für eine drogenkonsumierende Frau eine besonders sensible Phase in ihrem Leben. Sie wird geprägt von Unsicherheit, Unkenntnis, Angst und Selbstvorwürfen auf der einen Seite, aber auch von der Vorfreude auf ein Leben als Mutter verbunden mit der Hoffnung auf einen Neugebinn.

Dennoch hatte die Thematik „Schwangerschaft“ bei den meisten Frauen über das Abklären von Fragen und Unsicherheiten hinaus in der Beratung wenig Raum, da die aktuelle Lebenssituation und die in diesem Zusammenhang bestehenden Probleme permanent eine Zuwendung zu Themen erforderten (vor allem: Beziehungsprobleme, wirtschaftliche Schwierigkeiten, Wohnraumnot), die für die Klientinnen tatsächlich vorrangig waren.

So fand der formulierte Wunsch nach Unterstützung hinsichtlich Unsicherheiten und Fragen bezogen auf den sich verändernden Körper (z.B. durch schwangerschaftsunterstützende Gymnastik oder Entspannungsübungen) im Rahmen der Betreuung kaum Raum.

Mit der langjährigen Einnahme von Drogen konnten die betreuten Frauen in der Vergangenheit das Wahrnehmen ihres Körpers unbewusst weitestgehend verhindern.

Klientinnen, die bei der Kontaktaufnahme zu VIOLA aktuell schwerpunktmäßig Heroin konsumierten, bemerkten ihre Schwangerschaft oft sehr spät (ab dem 5. Monat). Im Gegensatz dazu nahmen Frauen, die sich zu Beginn der Schwangerschaft bereits in einer Substitution befanden, diese zwischen der 8. und 10. Schwangerschaftswoche wahr.

Häufig führten erst akute Beschwerden im Verlauf der Schwangerschaft (Rückenschmerzen, Kreislaufprobleme u.ä.) dazu, dass die Aufmerksamkeit der Frauen sich auf die körperlichen Veränderungen und die Entwicklung des Kindes richteten. Zu diesem Zeitpunkt konnten sehr lebendige Gespräche, die die Nachvollziehbarkeit und das Verständnis über Abläufe und Veränderungen in der Schwangerschaft förderten, entstehen. Die Akzeptanz von körperlichen Veränderungen wie Unbeweglichkeit, Kurzatmigkeit und zunehmenden Kindsbewegungen sowie Informationen und Wissen über die körperlichen Vorgänge bewirkte ein stärkeres Annehmen der Schwangerschaft.

Fast alle erstgebärenden Frauen hatten von der Zeit nach der Geburt in der Regel eine sehr idealisierte Vorstellung. Auf das gezielte Anliegen im Rahmen der Tätigkeit des Modellprojekts, mögliche Schwierigkeiten zu thematisieren, reagierten sie oft verdrängend oder sich selbst überschätzend. Ein Ziel der Tätigkeit war es, in einem gemeinsamen Prozess mit der Klientin zu erarbeiten, was in der Wochenbettzeit für sie hilfreich sein könnte und zuvor noch organisiert werden sollte.

Stillvorbereitung fand innerhalb der Betreuung in der Regel nicht statt, da bei dem größten Teil der Frauen eine Hepatitis-C Infektion vorlag und aus medizinischer Sicht noch immer umstritten ist, ob sich die Wahrscheinlichkeit der Übertragung durch das Stillen erhöht.

Die Geburt

Für Frauen, die zum ersten mal ein Kind bekamen, war die Geburt schwer vorstellbar und dadurch wenig konkret. Rückte der Termin näher, stieg auch die Angst vor dem Ungewissen. Zu diesem Zeitpunkt konnte eine Vorbereitung auf die Geburt am ehesten greifen, da die Klientinnen bereit waren, sich mit dem Thema „Geburt“ angemessen auseinander zu setzen. Diese Auseinandersetzung fand überwiegend auf der Informationsebene statt und vermittelte der Frau die körperlichen und seelischen Vorgänge während der Geburt. Es erwies sich als sinnvoll, gemeinsam mit ihr Kontakt zu der jeweiligen Entbindungsklinik aufzunehmen, um Fragen zu klären, Vorsorgeuntersuchungen vornehmen zu lassen und bereits erste Kontakte zu der Neugeborenenstation zu knüpfen.

Individuelle Konfliktbewältigungsstrategien wie Angst- und Panikentwicklung, Euphorie und ein allgemein diffuser Umgang mit Gefühlen spiegelten sich während der Geburt wider. Auf Atmung und Entspannung mit dem Ziel einer aktiven Mitgestaltung der Geburt konnten die Frauen sich kaum einlassen. Es fiel ihnen schwer, bei sich und ihren Empfindungen zu bleiben, sich zu spüren und aktiv mit dem Erspürten umzugehen.

Die Geburt selbst beschrieben die Frauen entweder als etwas „schrecklich Schmerzhaftes“, das nur durch schmerzerleichternde Medikamente (z.B. der Periduralanästhesie, PDA) auszuhalten gewesen sei oder sie wurde erst gar nicht thematisiert. Sich selbst erlebten sie dabei eher passiv und reaktiv.

Die Vielzahl von Problemen, die gleich nach der Geburt auf die Frauen zukam, aber auch die Freude über das Kind, ließen das Geburtserlebnis schon in den ersten Tagen in den Hintergrund treten. Immer wieder nahm die Angst vor der Wegnahme des Kindes durch die Jugendhilfe in den Gesprächen vor und unmittelbar nach der Geburt viel Raum ein.

Zu beobachten war, dass die meisten Frauen sehr schnell wieder körperlich beweglich waren. Rückbildungsbeschwerden in Form von Gebärmutter Schmerzen oder Wundschmerzen wurden kaum beklagt.

Auch hier wirkte das jahrelang gelebte Abspalten körperlicher Vorgänge und damit verbundener Empfindungen bedingt durch die Lebensgeschichte der Frau und ihren Drogenkonsum.

Die Wochenbettzeit

Die Zeit des Wochenbetts (sechs bis acht Wochen nach der Geburt) wird allgemein geprägt durch umfassende körperliche und seelische Veränderungen. Für die meisten Frauen war die Situation in der Klinik im Anschluss an die Geburt sehr problematisch:

Sie hatten in der Schwangerschaft ein emotionales Bild von dieser Zeit aufgebaut, dass sich überwiegend mit dem Zusammensein von Mutter und Kind beschäftigte. Die Trennung vom Kind, das parallel in der Kinderklinik entgiftet wurde und das sie nur bei Besuchskontakten sehen konnten, gestaltete diese Zeit schwierig. Zusätzliche Belastungen und Verunsicherungen ergaben sich durch den -in der Regel realistischen Eindruck- einer deutlich kritischeren und teilweise missbilligenden Behandlung durch das Klinikpersonal, welches sich von dem Verhalten gegenüber nicht abhängigen Müttern unterschied.

Vorbereitungen auf anstehende HelferInnenkonferenzen vor der Entlassung des Kindes und die dadurch bedingte Auseinandersetzung mit der Jugendhilfe; Vorgaben der Klinik und Kontakte zur Drogenberatung ließen wenig Zeit zur Erholung, Neuorientierung und der Intensivierung der Bindung zwischen Mutter und Kind.

Eine zeitlich sehr intensive Betreuung der Frauen in Form von mehreren persönlichen und/oder telefonischen Kontakten in der Woche erwies sich als methodisch erforderlich. Diese fanden sowohl in der Klinik als auch in den Räumen des Modellprojekts statt.

Als eine weitere psychisch stark belastete Zeit zeigte sich die Phase, in der die Mutter entlassen wurde, das Kind aber weiterhin zur Entgiftung in der Kinderklinik (ca. 3-4 Wochen) verblieb:

Trennungsschmerz und die Schwierigkeit in dieser Situation, die Versorgung des Kindes im Rahmen der Besuchskontakte übernehmen zu wollen, sich dabei aber an den organisatorischen Vorgaben der

Klinik orientieren zu müssen, machten das Übernehmen von Verantwortung für die Frauen real nicht einfach.

Aufgrund des noch nicht vorhandenen Schlaf-Wachrhythmus des Kindes und der organisatorischen Zwänge eines Klinikalltags entstanden Unsicherheiten bezüglich der Zuständigkeit für die Versorgung des Kindes. Diese wirkten sich zwangsläufig auf die alltäglichsten Abläufen wie die Übernahme des Fütterns und Wickelns, die Teilnahme an ärztlichen Untersuchungsterminen usw. aus. Der durch den Schichtdienst bedingte häufige Wechsel des Pflegepersonals erschwerte es den Müttern, gemeinsam getroffene Absprachen einzuhalten, den Informationsfluss zu überblicken und die AnsprechpartnerInnen klar zu erkennen. Oft waren die Frauen damit überfordert, die für sich notwendigen Verbindlichkeiten einzufordern.

Die umfangreichsten Schwierigkeiten ergaben sich für die Frauen, die vor der Geburt noch keinen Kontakt zur Klinik, Drogenhilfe und/oder Jugendhilfe hatten und damit kein HelferInnennetz aufbauen konnten. Dieses musste nun unter zeitlichem und emotionalem Druck geschaffen werden.

Aufgrund der Vielzahl von Unsicherheiten und Verunsicherungen wurden für die Begleitung durch die Mitarbeiterinnen von VIOLA folgende Schwerpunkte formuliert:

- Die Begleitung von Klientinnen zu Gesprächen mit MitarbeiterInnen anderer Institutionen sowie die persönliche Unterstützung in HelferInnenkonferenzen,
- Die Erhebung der aktuellen Lebenssituation und die gemeinsame Entwicklung und Planung von Hilfsmaßnahmen mit dem Ziel, ein befriedigendes Zusammenleben für Mutter und Kind zu ermöglichen,
- persönliche Gespräche und Begleitung zur Unterstützung bei der Umsetzung der geplanten Schritte.

Als vorteilhaft erwies sich die Einrichtung eines Mutter-Kind-Zimmers in einer Essener Kinderklinik. In diesem Zimmer wurden Mütter unmittelbar vor der Entlassung des Kindes für mindestens 48 Stunden, je nach Situation auch länger, aufgenommen. Sie lebten gemeinsam und alleinverantwortlich mit ihrem Kind. ÄrztInnen und Kinderkrankenschwestern standen jederzeit als AnsprechpartnerInnen zur Verfügung. Dieses Angebot stärkte nicht nur die eigenen Kompetenzen der Mutter, sondern befriedigte auch das Sicherheitsbedürfnis auf der HelferInnenseite, um die Fähigkeiten der Mutter im Umgang mit dem Kind besser einschätzen zu können.

Zum Stillen wird inzwischen auch bei höheren Methadondosierungen ermutigt, im Gegensatz zur früheren Obergrenze der Methadondosis von 20 mg. Gegen das Stillen sprechen vorliegende Infektionen (HIV, Hepatitis-C) und der Beigebrauch von Suchtmitteln, der unkontrollierbare Entzugserscheinungen bei dem Kind auslöst.

Stillen ist gerade beim ersten Kind nicht so einfach und erfordert Disziplin, Ausdauer und Frustrationsstoleranz. Deshalb sollte in der ersten Zeit eine erfahrene Hebamme oder Kinderkrankenschwester die Frau in Ruhe und mit praktischer Anleitung begleiten. Im Widerspruch dazu steht die oben bereits beschriebene Dynamik der Wochenbettzeit. Sie beeinflusste bei stillbereiten Müttern den Stillverlauf negativ. Infolge dessen entwickelten sich wundete Brustwarzen, Milchstau, Brustentzündungen. Das gleichzeitige Gefühl völliger Überforderung bedingte letztlich ein frühzeitiges Beenden des Stillens nach zwei bzw. vier Wochen. Zurück blieb bei den Frauen das Gefühl, versagt zu haben und als Mutter unfähig zu sein, was sich wiederum negativ auf die gesamte psychische Verfassung auswirkte.

Das Zusammenleben von Mutter und Säugling

Nur wenige der betreuten Frauen organisierten das Leben mit ihrem Kind konsequent orientiert an den Bedürfnissen des Kindes. Oft gestaltete sich der Alltag aus der Perspektive eines Kindes unruhig und nach außen orientiert. Die Vielzahl der Außenkontakte war zum einen zwangsweise durch Termine mit betreuenden Institutionen vorgegeben, entstand aber auch durch private Kontakte.

So war zu beobachten, dass die Frauen viel unterwegs waren, wobei sie die Kinder meist dabei hatten, aber auch von Angehörigen, Freundinnen oder Freunden aus der Szene betreuen ließen. Für die Kinder war es schwierig, in dieser Situation einen geregelten Schlaf-Wachrhythmus zu entwickeln. Der häufige Wechsel von Bezugspersonen gab den Kindern wenig Orientierung und brachte Unruhe in ihr Leben.

Diese Unruhe spiegelte sich auch in den Betreuungskontakten wider. Die Themen und Probleme in den Gesprächen waren vielfältig und kamen aus unterschiedlichen Lebensbereichen:

- Alltägliche Probleme, die aus dem Zusammenleben mit Kind entstanden, wie z.B. Ernährung des Kindes, Umgang mit Schreien, Körperpflege.
- Misstrauen und Angst gegenüber dem HelferInnennetz, nicht funktionierende Absprachen.
- Beziehungsprobleme bedingt durch Rückfall des Partners oder mangelhafte Übernahme von Verantwortung durch den Vater/Partner.
- Probleme in Bezug auf die Herkunftsfamilie, die bezweifelt, ob die Frau ihre Mutterrolle wahrnehmen kann und Kontrollverhalten gegenüber der Frau ausübt.
- Unsicherheiten im Umgang mit dem Kind aufgrund mangelnden Selbstvertrauens und des verinnerlichten Gefühls: "Mein soziales Umfeld traut mir ein Leben mit Kind nicht zu".
- Themen, die sich durch die neue Rolle als Mutter ergaben, z.B. rund um die Uhr zuständig und ansprechbar zu sein, Verantwortung für ein Kind tragen zu müssen und Verbindlichkeit zu gewährleisten.

Die Kinder selbst wurden medizinisch regelmäßig durch KinderärztInnen und/oder im Rahmen der Nachsorge in den Kinderkliniken versorgt. Die Einnahme eines Opiatsatzes der Kinder dauerte zum Teil bis zum 9. Lebensmonat an und wurde im Laufe dieser Zeit langsam verringert. Ihre körperliche Entwicklung verlief in der Regel unauffällig.

Mit dem Einsatz einer häuslichen Kinderkrankenpflege nach der Entlassung des Kindes konnten positive Erfahrungen gewonnen werden. Unterstützung und eine sinnvolle Ergänzung für die ersten Wochen erhielten die Mütter/Eltern im pflegerischen Umgang bezogen auf Ernährung, körperliche Entwicklung, Hygiene des Kindes u.ä. Die Dauer dieser Pflege war abhängig vom Pflegebedarf und umfasste Zeiträume von zwei Wochen bis zu drei Monaten. Die Übernahme der Kosten erfolgte im Anschluss an die zweiwöchige Finanzierung durch die Krankenkasse über die Jugendhilfe.

Der Alltag der Frauen -und somit auch der ihrer Kinder- war insgesamt geprägt durch den Versuch, in einem Leben mit illegalen Drogen nicht auffallen zu wollen.

Durch die Vermeidung von Kontakten zur Allgemeinbevölkerung, z.B. bei speziellen Mutter-Kind-Angeboten wie Babyschwimmen oder Krabbelgruppen, verhinderten die betreuten Frauen die Chance zur Integration in ihrem jeweiligen Stadtviertel und somit einen möglichen Kontaktaufbau zu anderen Müttern und Kindern.

Die erforderliche intensive Betreuung während der Schwangerschaft konnte in der Regel ein Vertrauensverhältnis zwischen Betreuerin und Klientin aufbauen, so dass ein interner Betreuungswechsel nach der Neugeborenenphase nicht sinnvoll war. Dadurch war die Kapazität der Mitarbeiterin, neue schwangere Klientinnen in die Betreuung aufzunehmen, sehr begrenzt.

Aspekte der Betreuungs- und Beratungsarbeit von VIOLA

Kontaktaufnahme und Aufbau von Vertrauen:

Die betreuten Frauen nahmen in der Regel nicht spontan einen persönlichen Erstkontakt auf. Die Kontaktaufnahme erfolgte teilweise telefonisch durch die Frauen, überwiegend aber über die Vermittlung durch andere Institutionen. Die konzeptionelle Ausrichtung des Modellprojekts hatte zum Ziel, ratsuchende Frauen möglichst umgehend zu einem Gespräch einzuladen oder sie, je nach Situation, zu Hause oder in der Klinik zu besuchen.

Die Betreuungen waren insgesamt, bedingt durch den umfangreichen Klärungs- und Organisationsbedarf bezüglich der Lebenssituation von Mutter und Kind sowie durch den Schwerpunkt der Kooperation äußerst zeitintensiv.

Insbesondere die Kooperation mit den beteiligten MitarbeiterInnen des jeweiligen Netzwerkes brachte einen erheblichen Organisationsaufwand mit sich.

Am Beispiel von Hilfeplangesprächen wurde der enorme Zeitaufwand pro betreuter Klientin besonders deutlich: abhängig von der Zahl der beteiligten Institutionen waren im Vorfeld bereits mehrere Telefo-

nate erforderlich, um Terminabsprachen zu treffen. Zudem musste die Zeit für An- und Abreise sowie eine Vor- und Nachbereitung in die Zeitplanung einbezogen werden.

Bestehende Unsicherheiten bezüglich der Weitergabe von Informationen (z.B. an die Jugendhilfe) und die Angst vor möglichen, nicht einschätzbaren Konsequenzen ließ schwangere Frauen zunächst eher zögerlich mit den Kontakten zu VIOLA umgehen. In diesem Zusammenhang wurde das Modellprojekt anfänglich nur als eine von vielen Institutionen angesehen, mit denen eine Frau zu tun hat, wenn sie schwanger und drogenabhängig ist.

Eine umfassende, sorgfältige Information über die Einrichtung, die Ziele der Arbeit und die Haltung der Mitarbeiterinnen war erforderlich, um den Frauen die Möglichkeit zu geben, Vertrauen zu entwickeln.

Das Ziel des Modellprojekts bezogen auf die angestrebte Kooperation mit anderen betreuenden Institutionen wurde von den Frauen unterschiedlich bewertet. Zunächst begegneten sie VIOLA mit Misstrauen, das sich in der Angst vor der Wegnahme des Kindes begründete. Die Frage, ob VIOLA mit der Jugendhilfe zusammenarbeitet, wurde regelmäßig zu Beginn gestellt. In den Beratungsgesprächen war es von daher wiederholt erforderlich zu verdeutlichen, dass ein Zusammenleben von Mutter und Kind, das beiden gerecht wird, das gemeinsame Ziel aller Beteiligten ist. Darüber hinaus konnte praktisch vermittelt werden, dass die Frauen erst durch diese Zusammenarbeit über ausreichende Möglichkeiten verfügen, die unterschiedlichen Hilfsangebote für sich und ihre Kinder tatsächlich zu nutzen.

Zeit, intensive Beratungsgespräche und glaubwürdiges Verhalten der Mitarbeiterinnen von VIOLA waren notwendig, damit die Frauen ihr Misstrauen abbauen und die Vorteile einer funktionierenden Kooperation im Hinblick auf ein reibungsloses Absprechen und Umsetzen von Hilfen erkennen konnten. In der Umsetzung fanden die Frauen es dann erleichternd, z.B. in Hilfeplangesprächen eine Mitarbeiterin von VIOLA an ihrer Seite zu haben, die Gespräche mit ihr vor- und nachbereiten zu können und bei Klärungsbedarf Unterstützung zu erfahren. In dieser Begleitung war es die Aufgabe der Mitarbeiterin von VIOLA darauf zu achten, dass die Themen und Bedürfnisse der Frauen Beachtung und Rücksichtnahme fanden.

Schwierige Situationen ergaben sich zwangsläufig für alle Beteiligten, wenn das Wohl des Kindes derart gefährdet war, dass die Mitarbeiterinnen von VIOLA dessen Unterbringung z.B. in einer Pflegefamilie befürworteten. Gefühle wie Enttäuschung und Verrat reduzierten in diesem Moment das gewachsene Vertrauen zwischen Klientin und Beraterin. An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Frage: „Arbeitet VIOLA mit der Jugendhilfe zusammen?“ nicht einfach mit ja oder nein beantwortet werden konnte. Für die Klärung dieser Frage war es von grundlegender Bedeutung, die Frauen so früh wie möglich sorgfältig über die Arbeitsweisen und das Selbstverständnis von VIOLA, die Ziele und die Haltung der Mitarbeiterinnen zu informieren.

Dazu gehörte die Erläuterung der Basiskriterien, die die Mitarbeiterinnen von VIOLA dem Zusammenleben von Mutter und Kind zugrunde legten sowie des Anspruchs, dass dieses Zusammenleben beiden gerecht werden muss. Ebenfalls zählte dazu, im Vorfeld offen zu legen, wie sich die Mitarbeiterinnen von VIOLA bei vermuteter Vernachlässigung des Kindeswohls verhalten würden: dass der Schwerpunkt der Hilfen sich auf die Seite des Kindes konzentrieren würde.

In den diesbezüglich im Vorfeld geführten Gesprächen konnten sich alle Frauen theoretisch eine Lebenssituation vorstellen, die für ein Kind nicht zumutbar wäre, auch wenn sie diese für sich selbst zunächst ausschlossen. Aus dieser Vorstellung heraus befürworteten und akzeptierten sie die kooperierende Arbeitsweise von VIOLA.

Wesentliche Themen in der Beratung

Die am häufigsten genannten Anliegen der Frauen bei der Kontaktaufnahme zu VIOLA waren:

- Stabilisierung der psychosozialen Situation (50%),
- Verstärkter Beikonsum zur Methadonsubstituierung (40%),
- Entwicklung von Lebensperspektiven mit dem Kind bzw. den Kindern (75%),
- Vermittlung in Substitutionsbehandlung und damit verbunden die psychosoziale Betreuung (50%),
- Aufbau eines HelferInnennetzes vor der Entlassung des Kindes aus der Kinderklinik (50%),

- Partnerschaftsprobleme (90%).

Wie bereits mehrfach beschrieben, hatten die Frauen große Angst davor, dass ihr Kind fremduntergebracht werden könnte. Teilweise verfügten sie selbst über diese Erfahrung oder hatten sie bei anderen Frauen erlebt.

Diese Sorge begleitete sie während der Betreuung und gewann häufig neue Aktualität, z.B. durch die Unsicherheit bezüglich der Bewertung der Situation von Mutter und Kind bei einem Wechsel der zuständigen Mitarbeiterin des Jugendamtes, durch eigenen Beikonsum oder den Rückfall des Partners, durch ein anstehendes Strafverfahren o.ä..

Ihre unterschiedlichen emotionalen Verfassungen veranlassten einen Teil der betreuten Frauen, nicht offen mit Problemen umzugehen, so dass erforderliche und mögliche Hilfen erst (zu) spät oder gar nicht mehr eingesetzt werden konnten. Eine Fremdunterbringung in dieser Situation (auch kurzfristige Unterbringung, z.B. in eine Bereitschaftspflegefamilie) war häufig ein Anlass für die Mutter, erneut oder verstärkt Drogen zu konsumieren.

"Mit Kind wird alles anders, wird alles gut", war eine Hoffnung, die sich bei den meisten betreuten Frauen in der Schwangerschaft entwickelt hatte. Selten war die Motivation zur Veränderung oder sogar zum Ausstieg aus der Drogenbindung bei Frauen so deutlich, wie zu diesem Zeitpunkt. Der ausschlaggebende Grund, sich Hilfestellungen zu organisieren, war oftmals die Sorge um das Wohlergehen des Kindes.

Gleichzeitig waren Schuld- und Schamgefühl aufgrund des eigenen Drogenkonsums Gründe für die Frauen, Angebote der Schwangerschaftsvorsorge oder anderer Beratungsstellen nur zögerlich anzunehmen. Hatten sie erst einmal einen Zugang zu einem Beratungsangebot bei VIOLA gefunden, stellte die Schwangerschaft deutlich einen Zeitpunkt dar, in dem die Frauen für weitere psychosoziale Angebote in hohem Maße empfänglich waren.

Nach der Geburt des Kindes standen die Mütter unter dem Druck, allen zeigen zu müssen, dass sie "eine gute Mutter" sind. Das Bedürfnis, auch sich selbst dieses zu beweisen, bewirkte durch in der Regel zu hohe eigene Anforderungen zusätzlichen Stress. In dem Zusammenhang konnten sie sich kaum eingestehen, dass ihnen das Kind manchmal zuviel war oder ihnen alles über den Kopf wuchs. In einer solchen Situation war der Schritt in den Rückfall oder zum Beikonsum sehr nahe.

Erneuter Drogenkonsum verstärkte das schlechte Gewissen und die Selbstvorwürfe der Frauen. Sie versuchten den Rückfall aus Angst vor der Wegnahme ihres Kindes möglichst zu verheimlichen. In dieser Situation wurden die Frauen nach der anfänglichen Auseinandersetzung mit ihrer Mutter-schaft von der Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht eingeholt. Alte Mechanismen stellten sich ein, alte Themen, wie die Flucht in die Droge, Rückzug, Beziehungsschwierigkeiten und/oder traumatische Kindheitserlebnisse wurden wieder aktuell.

Gerade im Zusammenhang mit der eigenen Schwangerschaft, der Auseinandersetzung mit der Mutterrolle und der Entwicklung des Kindes wurde die eigene Lebensgeschichte besonders aktuell. Entfiel die stark gefühlsdämpfende Wirkung des Heroins durch die Substitutionsbehandlung mit Methadon, wurden die Frauen häufig mit Gefühlen konfrontiert, die lange Zeit verdeckt waren. In diesem Betreuungsverlauf bekam die Möglichkeit einer stationären Langzeittherapie Aktualität.

Der Aspekt der Partnerschaft hatte einen erheblichen Einfluss auf die Lebenssituation der Frauen. Der überwiegende Teil der betreuten Frauen befand sich in keiner verbindlichen und verlässlichen Beziehung. Die Wechsel der Partnerschaften hatten u.a. Auswirkungen auf die emotionale Stabilität, die Wohnsituation und die finanzielle Situation.

Lebten die Frauen mit dem Vater ihres Kindes zusammen, war zu beobachten, dass dieser nicht die anfängliche Entschlossenheit der Frauen, ihr Leben mit Kind zu verändern, mit trugen. Sie lebten ihren eigenen Drogenkonsum weiterhin wie bisher. Die Verantwortung für die aktive Gestaltung der Vaterschaft wurde von den meisten Vätern (90%) nicht übernommen, so dass die Frauen letztendlich trotz Partner überwiegend allein verantwortlich für die Erziehung des Kindes waren.

In Bezug auf die Partnerschaften der betreuten Frauen sind allgemeingültige Aussagen insofern kaum zu treffen, als dass es neben dem aktuell existierenden Partner, der nicht unbedingt der Vater des Kindes war, geschiedene Ehemänner oder Expartner gab, die durch die Vaterschaft zu einem älteren gemeinsamen Kind unter Umständen ebenfalls im Kontakt mit der Frau standen. Die Partnerschaftsproblematik hatte viele Facetten, welche die Versorgung, die Aufsicht, die Erziehung, die Verantwortungsübernahme und vor allem den emotionalen Kontakt zum Kind beeinflussten.

Bei den Frauen, die in einer Partnerschaft mit einem nicht drogenkonsumierenden Mann lebten, stellte sich die Partnerschaft unter anderen Aspekten als schwierig dar.

Häufig übernahmen diese Partner eine sehr dominante Rolle, indem sie den Frauen vorgaben, wie sie das gemeinsame Familienleben zu organisieren hatten. Sie gestalteten ihre Vaterschaft ausgesprochen aktiv und nahmen dadurch erheblichen Einfluss, was dazu führte, dass die Frauen oft unsicher im Umgang mit ihrem Kind waren, immer wieder den Rat ihres Partners suchten und sich eine eigene Meinung oder Umgangsweise mit dem Kind kaum zutrauten. Das Verhältnis wurde durch starke Beziehungsabhängigkeit geprägt.

Bestand in einer solchen Partnerschaft zusätzlich noch Kontakt zur Herkunftsfamilie des Partners, spiegelte sich ein ähnliches Verhältnis zwischen der Frau und der Familie des Partners wieder. Die Frauen befanden sich in der Rolle der „kleinen Tochter“, die beschützt und geführt werden muss. Diese Situation führte zu Unselbständigkeit und verhinderte das Wachsen von Sicherheit und Selbstvertrauen bei den Frauen.

Durchschnittlich 65% der betreuten Frauen hatten engeren Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie, was sich nur vordergründig für den Aufbau des HelferInnennetzes günstig auswirkte. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Ansprüche der eigenen Eltern an die Frauen sehr groß waren und die damit verbundene Einflussnahme und Kontrolle zu zusätzlichen Belastungen führten.

Die Frauen erlebten die Situation, als würde ihnen nichts zugetraut, als wären sie das kleine Mädchen, das sie immer waren. Vor allem empfanden sie als belastend, dass sie sich nicht dagegen wehren konnten. Die Familienmitglieder waren so eng miteinander verbunden, dass andere Hilfsmöglichkeiten, wie z.B. eine Tagesmutter außerhalb der Familie, kaum eine Chance zur Umsetzung hatten und die vermeintlich „einfachere“ Lösung, wie z.B. die Betreuung des Kindes durch die Großmutter, von der Familie gewählt wurde.

Kooperation mit Jugendhilfe und Kliniken

Bei der Komplexität der Probleme von Mutter und Kind ergab sich die Notwendigkeit, vielseitige Hilfen zu installieren. Entsprechend war in der Regel eine Vielzahl von Institutionen beteiligt. Der Anspruch nach Klarheit und Struktur in der Arbeit mit drogenkonsumierenden Frauen erfordert eine verlässliche und eindeutige Vernetzung aller Institutionen.

Hier sind in erster Linie zu nennen: Kliniken, vor allem die Kinderklinik; die Entgiftungsstationen und die Methadonambulanzen; die Jugendhilfe; niedergelassene substituierende ÄrztInnen und Einrichtungen des betreuten Wohnens.

Die Verbindlichkeit in der Kooperation im Rahmen der Jugendhilfe gestaltete sich sehr unterschiedlich. Die Mitarbeiterinnen von VIOLA erfuhren sowohl Zusammenarbeit in engmaschiger Kooperation als auch oberflächliches und auf Informationsaustausch beschränktes Miteinander.

Die Vorgehensweisen der JugendhelferInnen waren unterschiedlich, wie an der Durchführung der Hilfeplanverfahren besonders deutlich wurde. Eine klare Verhaltensweise war nicht immer gegeben, so dass manchmal das Augenmerk bei der Beurteilung der Situation im Schwerpunkt auf die Frau gerichtet wurde statt auf die Situation des Kindes.

Beispielsweise führten zu frühe Forderungen nach stationärer Therapie anlässlich eines Rückfalls der Mutter zu Abwehrverhalten und wirkte sich eher hemmend als fördernd auf ihre Therapiemotivation aus. Nicht immer, wenn eine Mutter zu ihrem Nachteil handelt, führt dies automatisch zur Gefährdung für das Wohl des Kindes. Eine Differenzierung im Einzelfall erforderte oft viele zusätzliche Gespräche.

Ein anderer Aspekt in der unterschiedlichen Vorgehensweise war die Kreativität der jeweiligen MitarbeiterInnen im Umgang mit Hilfen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens. Es gab eine Spanne von kate-

gorischer Ablehnung aufgrund der Kosten bis hin zu individuell abgestimmten Hilfsangeboten, deren Finanzierung mit Engagement durchgesetzt wurde.

In vielen unterschiedlichen Situationen wurde deutlich, dass die Haltung und die individuelle Arbeitsweise der VertreterInnen der Jugendhilfe den Hilfeprozess maßgeblich beeinflussten.

In der Kooperation mit den unterschiedlichen Abteilungen der Kliniken ergaben sich viele Probleme, u.a. durch wechselnde AnsprechpartnerInnen, mangelhafte Übergabe oder schlechte Erreichbarkeit. Häufige Neu- und Umbesetzungen, dadurch bedingte wechselnde Zuständigkeiten, machten es schwer, eine einheitliche Vorgehensweise in der Kooperation zu praktizieren, einen Austausch und den Informationsfluss konsequent zu gewährleisten. Oft beschränkte sich dieser auf die Mitteilung von Veränderungen oder Entscheidungen.

Wurden diese Entscheidungen ohne Absprache mit den kooperierenden Institutionen getroffen, ergaben sich für diese unter Umständen Probleme, wenn sie sich auf deren Arbeitsauftrag auswirkten.

Ein durchgängiges Problem innerhalb der Kooperation mit allen Institutionen entstand in dem Moment, in dem sich die Lebenssituation einer Frau aus der Sicht einer betreuenden Institution negativ entwickelte (z.B. durch Beikonsum oder Rückfall).

Eine häufige Reaktion der MitarbeiterInnen war die Ankündigung einer Meldung beim zuständigen Jugendamt, was für die betroffenen Frauen immer eine Drohung war, panische Ängste auslöste und eine konstruktive Vorgehensweise blockierte.

Als hilfreich für die Kooperation hat sich die Kooperationsvereinbarung aller an der Betreuung der Zielgruppen beteiligten Institutionen in Essen erwiesen. Die vertragliche Festlegung auf eine verbindliche Vorgehensweise erleichtert eine Kooperation innerhalb des Hilfesystems sowie die Einforderung der Übernahme von Verantwortung, die sich darauf bezieht, auf das Wohl von Mutter und Kind zu achten.

Ambulante Hilfen für drogenabhängige Frauen mit Kindern

Im Rahmen des Modellprojekts sollte überprüft werden, welche Beratungs- und Angebotsstrukturen entwickelt werden müssen, um drogenabhängige Frauen mit Kindern zu erreichen, wie notwendige Handlungsschritte konzipiert und umgesetzt werden können, um die gesundheitliche, psychische und soziale Lebenssituation von Mutter und Kind zu stabilisieren und wie das Ziel eines gemeinsamen Lebens von Mutter und Kind nachhaltig gefördert und unterstützt werden kann.

Es galt zu erproben, wie und welche Hilfen im Rahmen der ambulanten Drogenhilfe für die Zielgruppe „drogenabhängige Frauen mit Kindern“ in der Praxis umgesetzt werden müssten und ob ambulante Hilfen anderer Institutionen/Einzelpersonen für dieses Arbeitsfeld einbezogen werden können.

Auf den Grundlagen der Erfahrungen und der Ausrichtung des Trägers wurde die Möglichkeit der längerfristigen ambulanten Betreuung für die Zielgruppe angeboten.

Die Kontaktaufnahme der Frauen zu VIOLA erfolgte je zur Hälfte freiwillig im Sinne der eigenen Motivation und aufgrund der verpflichtenden Aufforderung durch Träger der Jugendhilfe oder der Methadonambulanzen im Rahmen der psychosozialen Betreuung während der Substitutionsbehandlung.

Die am häufigsten genannten Anliegen der Frauen bei der Kontaktaufnahme zu VIOLA waren:

- Die Entwicklung von Lebensperspektiven mit dem Kind bzw. den Kindern (70%),
- Paarprobleme (70%),
- Problematischer Drogenkonsum, Beikonsum oder Rückfall (60%),
- Stabilisierung der wirtschaftlichen und psychischen Situation (60%),
- Ängste (40%) und
- Erziehungsschwierigkeiten (40%).

Die jeweils persönliche Lebenssituation der Frauen und die daraus resultierenden Schwierigkeiten waren sehr unterschiedlich. Die Inhalte innerhalb der Betreuung erstreckten sich von praktischen Lebenshilfen bis hin zu therapeutischen Gesprächen.

Auf der lebenspraktischen Ebene wurden folgende Hilfen in Anspruch genommen:

- Begleitung zu Behörden- und Klinikterminen,
- Klärung von Ansprüchen auf Sozialhilfeleistungen,
- Unterstützung in Schuldenangelegenheiten,
- Beistand bei juristischen Problemen,
- Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie,
- Unterstützung bei Kontakten zu Einrichtungen der Kinderbetreuung,
- Unterstützung bei der Vermittlung in Mutter-Kind-Kuren,
- Erschließung von Möglichkeiten zur beruflichen Qualifizierung/Wiedereinstieg in das Berufsleben.

Wirtschaftliche Notlage

Häufig gerieten die Mütter im Alltag zwischen der bedürfnisgerechten Versorgung der Kinder, dem Haushalt, den Besuchen bei ÄrztInnen und Institutionen sehr unter zeitlichen und emotionalen Stress. Zusätzlich bestanden erhebliche Berührungängste gegenüber Ämtern und Behörden. Im Sinne der Modellziele von VIOLA wurde angestrebt, die Lebenssituation und den sich daraus ergebenden Handlungsbedarf der Frauen möglichst genau zu erfassen und einschätzen zu können.

Oft waren es lang aufgeschobene, teilweise verdrängte Auflagen seitens des Gerichts oder nicht erledigte Formalien, die „spontan“ eine existenzielle Not für Mutter und Kind auslösen konnten, z.B. Wohnungskündigung, Kürzung der Sozialleistungen, Ratenzahlungen oder Haftbefehl. In Absprache mit den Frauen unterstützten die Mitarbeiterinnen von VIOLA sie bei der Kontaktaufnahme zu den AnsprechpartnerInnen der jeweiligen Institutionen, sei es telefonisch, schriftlich oder durch Begleitung der Frauen bei diesen für sie „unangenehmen“ Wegen.

Der Konsum illegaler Drogen ist bekanntlich mit hohen Beschaffungskosten und –risiken verbunden, was oft zu einer Kreditaufnahme und justiziellen Folgekosten führt. 76,5% der betreuten Frauen gaben an, aktuell Schulden zu haben. Die Schulden beliefen sich von DM 2.000,- bis zu DM 1.500.000,-. Die durchschnittliche Schuldenhöhe betrug DM 65.000,-. Somit war die Verschuldung um ein vielfaches höher als die durchschnittliche Verschuldung bundesdeutscher Haushalte, die 1999 beispielsweise bei DM 26.000,- lag.

Viele der betreuten Frauen sahen sich mit unüberschaubaren Zahlungsverpflichtungen, wachsenden Schuldenbergen und unkalkulierbaren Zwangsvollstreckungsmaßnahmen konfrontiert. Monatliche Ratenzahlungen belasteten den ohnehin sich am Existenzminimum befindenden Haushalt. Die Frauen fühlten sich ohnmächtig und schlussfolgerten für sich oft frustriert, „Es bringe ja doch alles nichts“.

Für das stabile und zufriedene Zusammenleben von Mutter und Kind ist es zwingend notwendig, dass die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen abgesichert und konstant sind.

Gerade bei Frauen, die sich aus der Drogenabhängigkeit lösen wollen, muss verhindert werden, dass die Motivation durch Ver- und Überschuldung untergraben wird.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit war daher auch die Schuldenerfassung und zunächst die Verhinderung des Schuldenanstiegs. Je früher die Schulden Situation erfasst wird, desto eher wird sie zu einem „regelbaren“ Problem: ein weiterer Schuldenanstieg kann vermieden, Zwangsvollstreckungsmaßnahmen von Gläubigern begrenzt, Tilgungsvereinbarungen in Ratenzahlungen vereinbart, Wohnungskündigungen und Auszahlungssperren der kontoführenden Bank verhindert, drohende Energiesperren abgewendet oder Forderungen niedergeschlagen werden.

Im Gegensatz zu spezialisierten Schuldnerberatungsstellen, die das Ziel der Schuldenregulierung und Entschuldung haben, entwickelte sich das Angebot von VIOLA für diese Zielgruppe zu einer ganzheitlich unterstützenden Funktion mit dem Ziel, das drogenbedingte Lebenschaos mit den Schwerpunkten der Sichtung, Sortierung und Gewichtung von Schuldverhältnissen zu managen.

War ein Einkommen erzielt, das deutlich über dem Existenzminimum lag, wurde in das Hilfsangebot der dafür spezialisierten Schuldnerberatung übergeleitet.

Nur wenige Frauen erzielten durch ihr eigenes bzw. das Einkommen ihres Mannes eine Zahlungsfähigkeit, die eine planvolle Entschuldung im Rahmen des Verbraucherinsolvenzverfahrens mit Unterstützung der örtlichen Schuldnerberatungsstelle ermöglichte.

Berufliche Perspektive

Ein eigenverantwortliches drogenfreies Leben kann nur dann langfristig gesichert werden, wenn es gelingt, eine realistische wirtschaftliche und berufliche Lebensperspektive zu entwickeln. Die meisten Frauen waren auf Sozialhilfe angewiesen, ein Teil bezog Arbeitslosenhilfe.

Die Erfahrungen aus der Modellzeit zeigen, dass Mütter, die längere Zeit durch die Substitution stabil oder nach stationären Entwöhnungsbehandlungen erfolgreich abstinent lebten und deren Kinder bereits älter waren, zunehmende Sinngabungsfragen und Wünsche nach beruflicher Entwicklung formulierten.

Mit der Zeit erlebten sie, dass sie recht alleine waren, wenn sie Kontakte zur Drogenszene mieden. Während der Tagesablauf früher, vor der Substitution oder Abstinenz, aufgrund der Geld- und Drogenbeschaffung durch Hektik bestimmt war, trat nun eine Leere ein, die durch Langeweile, Unzufriedenheit und soziale Isolation geprägt wurde. Aus dem Wunsch, diese Leere zu füllen, entstanden neue Konsumbedürfnisse wie z.B. nach Kino, Reiten, Konzerten, Disco aber auch Ausflügen und Urlaub mit den Kindern. Für viele war der nicht immer preiswerte Konsumwunsch Anlass, über ihre Berufsperspektive nachzudenken.

Zur wirtschaftlichen Absicherung, aber auch zur Teilnahme am sozialen Geschehen und zur Förderung der persönlichen Zufriedenheit war es daher langfristig notwendig, den Müttern einen Zugang zum Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

Es bestanden extreme Lücken in der Ausbildungs- und Erwerbsbiographie der betreuten Frauen. Auch wenn es vielen von ihnen relativ lange Zeit gelang, trotz der Drogenabhängigkeit ihrer Arbeit nachzugehen, wurde das Beschäftigungsverhältnis letztlich häufig wegen der Drogenabhängigkeit beendet.

Die vielseitigen, kaum überwindbaren Hindernisse auf dem Weg zu einer Integration in das Berufsleben potenzierten sich hier: Mangelnde Qualifikation (kein Ausbildungsabschluss), die eher schlechteren Berufschancen als Frau, die Erwerbstätigkeit bei kleinen Kindern, lückenhafter Lebenslauf durch die Drogenkarriere sowie Haft- und Therapieerfahrung.

Hinzu kamen noch das Alter der betreuten Frauen (der Mittelwert lag bei 31 Jahren), Vermerke im Führungszeugnis, eingeschränkte körperliche und seelische Belastbarkeit (Begleiterkrankungen wie Hepatitis-C bei 58% der Betreuten, Diabetes, Depressionen etc.) sowie Doppel- bzw. Dreifachbelastungen durch Haushalt, Beruf und Alleinerziehung.

Die meisten betreuten Frauen resignierten angesichts dieser Fakten und sahen lediglich einen Ausweg in Gelegenheitsjobs im Rahmen der „Geringfügig Beschäftigtenverhältnisse“. Nur zwei Frauen, deren Kinder bereits zur Schule gingen, gelang es trotz der oben genannten Aspekte, einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen; davon hatte nur eine Frau einen Arbeitsvertrag im Rahmen eines unbefristeten Angestelltenverhältnisses.

Bezüglich dieser Thematik bestand ein großer Handlungsbedarf, bei dem von den Mitarbeiterinnen des Modellprojekts eine Bandbreite von Institutionen hinzuzuziehen war:

Berufsberatung des Arbeitsamtes und dessen Frauenbeauftragte; Jugendberufshilfe; Einrichtungen und Schulen, die Abschlüsse, Lehrgänge und Qualifizierungsmaßnahmen durchführen; Einrichtungen, die die Kinder während der Arbeitszeit der Mütter betreuen; Angebote der Jugendhilfe, die zusätzliche Entlastungsmöglichkeiten für Mütter und Kinder bieten.

Neben dem Aufbau einer Kooperation mit der Arbeitsverwaltung und den Einrichtungen des Bildungssystems bemühten sich die Mitarbeiterinnen von VIOLA, bei allen beteiligten Institution und Arbeitgebern Vorurteile abzubauen und setzten sich für einen selbstverständlichen Umgang mit der Zielgruppe ein.

Entgiftungen

Für drogenabhängige Mütter gestaltete sich der Klärungsbedarf im Zusammenhang mit der Einleitung einer stationären Entgiftung im Vorfeld als sehr aufwendig. In aller Regel waren die Mütter alleinerziehend. Da der größte Teil der Frauen mit Kindern nicht konstant mit einem Partner lebte, sondern sich in wechselnden Wohnsituationen (durch Partnerwechsel, Beziehungsschwankungen, Inhaftierung des Partners etc.) befand, stellte sich die Versorgung des/der Kindes/er während der Entgiftung der Mutter als ein vorrangiges Problem dar.

Insbesondere bei mehreren Kindern und zunehmendem Alter (Schulpflicht) wurde es schwierig bis unmöglich, kurzfristig unbürokratische Lösungen zu finden. Dies erschwerte es den Müttern oft, die notwendige Entscheidung z.B. zur Beikonsum-Entgiftung zu treffen.

Eine Unterbringung des Kindes in eine Bereitschaftspflege war nur auf Antrag an das Jugendamt möglich und wurde von den Müttern aus Angst vor einer längeren Trennung von ihrem/n Kind/ern sowie vor einem Sorgerechtsverlust abgelehnt.

Auch die häufig vorkommende Praxis, dass Großeltern sich um das Enkelkind kümmerten, war nicht unproblematisch. Mütter, die in Zeiten des Rückfalls, während Entgiftungs- oder Haftaufenthalten ihr Kind den Großeltern anvertrauten, führten später einen schwierigen familiären Kampf um die Erziehung ihres Kindes. Ihnen wurde die Kompetenz als Mutter für alle Zeiten abgesprochen und mit dem Jugendamt gedroht. Die bequemere familiäre Lösung wurde für die Mutter zum „Bumerang“. Es wuchsen neue Probleme durch das Wiederholen der schon früher als unerträglich empfundenen Kontrolle und das entmündigende Verhalten ihrer Herkunftsfamilie.

Es fehlen in Essen Möglichkeiten zur Entgiftung, die nicht notwendigerweise an die Trennung von Mutter und Kind geknüpft sind. In NRW gibt es nur eine Klinik mit einem Eltern-Kind-Konzept bei einer Entgiftung: Cleanok II in Lengerich. VIOLA hat mit dieser Klinik eng zusammengearbeitet, um Plätze für Mütter mit Kind/ern zu organisieren. Da insgesamt ein Mangel an Plätzen besteht, mussten die Frauen insbesondere in Schulferienzeiten erhebliche Wartezeiten überbrücken.

Die Kostenklärung für die Aufnahme des Kindes gestaltete sich mit Krankenkassen und Jugendhilfe ebenfalls oft langwierig und sah in jedem Einzelfall anders aus. Waren Aufnahmezeitpunkt und Kosten geklärt, war noch der weite Anreiseweg ein Hindernis. Beladen, nicht nur mit dem eigenen Gepäck, sondern mit Windeln, Kinderkleidung, Spielzeug und dem Kind wurde eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln je nach Alter des Kindes nahezu unmöglich. Wenn nicht Angehörige die Betroffenen zur Entgiftung begleiten konnten, übernahm VIOLA auch diese Fahrten.

Beratungsgespräche

Als ein wesentliches Ziel in den Beratungsgesprächen muss die psychische Stabilisierung der Mutter und somit die Verbesserung der Situation von Mutter und Kind gesehen werden. Angefangen mit der Unterstützung, sich von der Szene zu distanzieren und schrittweise eigene Vorstellungen und Lebensperspektiven zu entwickeln, begleiteten die Mitarbeiterinnen von VIOLA die Klientinnen in ihren Prozessen der persönlichen Reifung und Nachsozialisation. Hierbei kamen vielfältige Methoden zur Anwendung: Gespräche, körperliche Entspannung, Phantasiereisen, körperpsychotherapeutische und gestaltungstherapeutische Verfahren.

Nachstehende Themen waren hauptsächlich inhaltlicher Bestandteil der Beratung:

- Probleme in der Partnerschaft,
- Auseinandersetzung mit der Mutterrolle,
- Scham- und Schuldgefühle der Mütter,
- Reflexion von Erziehungsschwierigkeiten,
- Auseinandersetzung mit den eigenen Lebensbedingungen und deren Auswirkungen auf die Kinder,
- akute Überforderung und Erschöpfung in der Rolle als alleinerziehende Mütter,
- Überwindung von Kontaktängsten und Entwicklung von Selbstvertrauen,
- Herauslösen aus der sozialen Isolation,
- Depressionen,

- Bearbeitung traumatischer Erlebnisse in der Kindheit,
- Entwicklung von Lebensperspektiven mit Kind/ern.

Hervorgehoben werden sollen hier die Probleme im Bereich der Partnerschaft als zentrales Element im Rahmen der Abhängigkeit:

Die Partnerschaftsbeziehungen der Frauen waren sehr wechselhaft, sei es, dass sie in Brüchen zum selben Mann verliefen oder aber zu wechselnden Partnern bestanden. Entsprechend gestaltete sich die Wohnsituation als schwankend.

Dieses bedeutete für die Frauen, sich immer wieder neu den veränderten Bedingungen anzupassen, sowohl auf der wirtschaftlichen als auch auf der emotionalen Ebene. Der zur Verfügung stehende Wohnraum veränderte sich je nach Partnerschaft, es bestand häufig keinerlei Sicherheit über die Höhe des Haushaltsgeldes oder bezüglich einer Aufgabenverteilung. Parallel gerieten die Frauen häufig in emotionale Wechselbäder: von der Hoffnung auf Stabilität in der Beziehung und insgesamt Entlastung bis hin zur Realität der Alleinverantwortung und Übernahme von Mitverantwortung für den Partner.

Mehr als die Hälfte aller Beratungsgespräche bezogen sich auf Probleme mit dem Partner oder auf Probleme, die aus den Schwierigkeiten des Partners (z.B. Drogenkonsum, Kriminalität, Inhaftierung) resultierten. Oft brachten die sich um die Partnerschaft rankenden Probleme die erreichte stabile Lebenssituation der Mütter und Kinder wieder ins Wanken.

Mehr als die Hälfte der betreuten Frauen hatte in ihrer Vorgeschichte sexuellen Missbrauch und Gewalt erfahren müssen. Einige erlebten aktuelle Gewaltsituationen.

Auf diesem Hintergrund haben viele Frauen ein negatives Selbstbild verinnerlicht, zweifeln an ihren Fähigkeiten, sind unzufrieden mit sich und ihrem äußeren Erscheinungsbild. Sie reagieren mit Selbstabwertung, Ablehnung oder auch überzogener Betonung von Weiblichkeit auf die erlittenen Verletzungen.

Die Hoffnung auf den „Märchenprinzen“, der die alten Wunden vergessen lässt, wurde mit jedem Wechsel in der Partnerschaft wieder enttäuscht. In ihrer Selbstwahrnehmung reduzieren sich die Frauen auf die Rolle als duldsames ohnmächtiges Opfer. Ihr geringes Selbstwertgefühl macht sie empfänglich für Beziehungen, in denen sie erneut missachtet und ausgenutzt werden. Viele der betreuten drogenabhängigen Frauen leben ihre (emotionale und/oder materielle) Abhängigkeit in den Beziehungen zu Männern weiter.

Die inhaltliche Ausrichtung der Arbeit des Modellprojekts bestand folglich darin, die Frauen zu ermutigen, ihre eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und Ziele zu entwickeln, ihre Fähigkeiten zu erkennen und ihren Handlungsspielraum zu erweitern. Für viele Frauen war diese Entwicklung, sich selbst zu finden und zu mögen, sich in der Paarbeziehung abzugrenzen und den eigenen Weg zu finden, ein langer und schwieriger Prozess.

Die Mitarbeiterinnen von VIOLA befanden sich bei der Begleitung der Zielgruppe häufig im Spannungsfeld der Interessen - einerseits den Frauen ihre eigene Geschwindigkeit einzuräumen und ihnen Umwege in ihrem Veränderungsprozess zu gewähren, ihnen andererseits die aktuelle Lebenssituation (Beziehungsabbrüche zu Bezugspersonen, Unruhe im Zusammenleben) aus dem Erleben des Kindes zu spiegeln.

Eine wesentliche personelle Voraussetzung der Mitarbeiterin für diese Arbeitsweise ist die Fähigkeit zur Konfrontation, ohne das Vertrauen der Klientin zu verlieren und/oder ihre Schuldgefühle zu verstärken.

Veranstaltungen für Mütter und Kinder

Viele der betreuten Frauen wollten aufgrund ihrer wiederholten Erfahrung, dass ein Treffen anderer DrogenkonsumentInnen für sie eine Rückfallgefährdung beinhalten könnte, nicht in Kontakt mit der Drogenszene kommen. Der geschützte Rahmen des Modellprojekts durch die jeweiligen gezielten Terminvereinbarungen konnte dem Sicherheitsbedürfnis der Frauen Rechnung tragen.

Auf der anderen Seite formulierten die Mütter auch den Wunsch, ihre soziale Isolation aufzuheben und sich mit anderen Müttern in ähnlicher Situation austauschen zu können. Gestützt auf die Ergebnisse der Befragung wurden Freizeitangebote für Mütter mit Kind/ern entwickelt und überprüft, welche Möglichkeiten zur Förderung des Kontakts im Rahmen des Modellprojekts umzusetzen sind. Im Abstand von ca. drei Monaten wurden eintägige Fahrten in Freizeitparks sowie feierliche und kreative Nachmittage zu Halloween und Weihnachten durchgeführt. Neben der Förderung von Kontakt und Austausch mit anderen Müttern sollten ebenfalls die Begegnung und das Spiel mit anderen Kindern, die gemeinsame kreative Beschäftigung von Mutter und Kind sowie Entspannung und Spaß vermittelt werden.

Im folgenden wird der Verlauf der Herbst- und Weihnachtsfeste dargestellt:

Am Anfang der Treffen stand das gemeinsame Ankommen von Mutter und Kind im Vordergrund. In dieser neuen Situation der Begegnung mit fremden Müttern und Kindern waren beide Teile sehr aufeinander bezogen – die Mütter blieben eng bei den Kindern und die Kinder klammerten sich an ihre Mütter. Nach einer Phase der Orientierung konnten beide voneinander loslassen; die Frauen nahmen Platz am gedeckten Tisch und die Kinder gingen über zum Spiel mit den anderen Kindern. Nachdem die Mütter sich in einer festlichen Atmosphäre entspannten und das Ambiente genießen konnten, nahmen sie nach und nach Kontakte zu den anderen Frauen auf. Persönliche Erfahrungen im Zusammenleben mit den Kindern, mit der Sucht und in der Partnerschaft waren vorrangige Themen. Hinzu kam der Austausch von praktischen Tipps und Adressen.

Im zweiten Teil des Nachmittags wurde eine kreative Beschäftigung angeboten, an der Mutter und Kind gemeinsam teilnahmen. Die Erfahrung des gemeinsamen Spaßes, des Selbstvertrauens in die eigene Kreativität, z.B. beim Basteln, führte zunehmend zu einer Annäherung und Gruppenbildung unter den Frauen.

Mit der Zeit steigerte sich sowohl die Anzahl der teilnehmenden Frauen und Kinder an diesen Veranstaltungen als auch die Intensität der Begegnungen. Neben den positiven Erfahrungen für Mütter und Kinder ermöglichten diese Aktivitäten auch wichtige Einsichten für den weiteren Betreuungsprozess. Anders als im Einzelgespräch konnten hier Stärken und Schwächen der Mütter und Kinder sowie ihre Beziehungsdynamik real erlebt werden. Dies führte z.B. in einem Fall dazu, dass die Erziehungsschwierigkeiten beim nächsten Hilfeplangespräch besser dargestellt und geeignete Hilfen für Mutter und Kind bereitgestellt werden konnten.

Bei den eintägigen Ausflügen war auffällig, dass viele Mütter zur Überversorgung ihrer Kinder mit Nahrungsmitteln bzw. Süßigkeiten neigten. Auf die verschiedensten Gefühlsäußerungen der Kinder wurde nicht differenziert, sondern hauptsächlich mit Nahrungsangeboten reagiert. Aus der Erfahrung mit den betreuten Frauen, dass diese ihre eigenen Bedürfnisse wenig spüren können und viele Gefühle auf Versorgung und Konsum reduzieren, ist erklärbar, dass sie die ihrer Kinder auch kaum wahrnehmen können. Dieses und viele andere Themen, wie z.B. Grenzen-Setzen, Begegnung mit anderen oder Freizeitgestaltung konnten gewinnbringend in die weitere Betreuung integriert werden.

Trotz der positiven Ergebnisse, die mit den Freizeitangeboten erzielt wurden, bleibt die Ambivalenz der Mütter zwischen Kontakt- und Schutzbedürfnissen.

Die Biographien der Frauen sind unterschiedlich, einige leben abstinent, andere sind rückfällig mit Heroin und weitere werden substituiert. Der Austausch über die unterschiedlichen Lebensphasen ist anregend, häufig ähnlich und wird auch unter Umständen angstausslösend erlebt. In der Begegnung mit anderen konfrontieren sie sich auch immer mit den eigenen Schuldgefühlen und Ängsten. Die Erinnerung an den eigenen Suchtalltag zu anderen Zeiten wirkt stark verunsichernd.

Alle Frauen tauschten untereinander ihre Adressen aus, um in Kontakt zu bleiben. Bei Zweien entwickelte sich eine enge Freundschaft, bei zwei anderen verlief der Kontakt konfliktreich aufgrund des unterschiedlichen Suchtstatus.

Aufgrund dieser Erfahrungen wird die Durchführung von Gruppenaktivitäten für eine wichtige Ergänzung zur Einzelbetreuung bewertet. Dabei ist es die Aufgabe der Mitarbeiterinnen, neben dem Erleben des Gemeinsamen auch das des Trennenden zu fördern und die persönliche Abgrenzung der einzelnen Frau zu stärken.

Kooperation mit anderen Institutionen

Bei der Komplexität der Probleme war es vielfach notwendig, ergänzende oder bereits bestehende Kontakte zu anderen Fachleuten bzw. Institutionen zu vernetzen, um ein tragfähiges Hilfesystem für Mutter und Kind/er aufzubauen. Die Mitarbeiterinnen von VIOLA übernahmen häufig als Personen des Vertrauens die Koordination der verschiedenen Hilfen. Drogenkonsumierenden Müttern werden von vielen Einrichtungen der Jugendhilfe oder des Gesundheitswesens Vorurteile, Abwertung und Unverständnis entgegengebracht. Umgekehrt haben die Frauen eine ablehnende Haltung gegenüber den Institutionen aus Angst, ihr/e Kind/er zu verlieren.

In diesem Spannungsfeld sahen sich die Mitarbeiterinnen von VIOLA als Vermittlerinnen, um einerseits die vorhandenen Erziehungskompetenzen sichtbar zu machen und andererseits die Mütter an die adäquaten Hilfen heranzuführen. Das Ziel im Rahmen von HelferInnenkonferenzen und Fachgesprächen mit den beteiligten Institutionen oder Einzelpersonen (ÄrztInnen/TherapeutInnen) war es, einen Austausch über die Arbeitsweise und Ziele der Hilfen herbeizuführen.

Neben der Bestandsanalyse aus Sicht der verschiedenen Beteiligten wurden Fragen nach Art und Umfang der Hilfen, Aufgabenverteilung, Entwicklung von konkreten Schritten und Zuständigkeiten hier geklärt. Ängste und Misstrauen können so abgebaut und ein enges Netz hergestellt werden, das der Mutter ermöglichte, an ihren Problemen unter den jeweiligen Schwerpunkten zu arbeiten und für ein verlässliches Zusammenleben mit ihrem Kind zu sorgen. In diesen Gesprächen wurden sowohl die Interessen der Mütter als auch die der Kinder berücksichtigt und Absprachen über die jeweiligen Zuständigkeiten getroffen. Durch die unmittelbare Beteiligung der Frauen an den Gesprächen über sie und ihr Kind gestalteten sich die Entscheidungsprozesse transparent und die Mütter konnten mehr Vertrauen zu den Institutionen fassen.

Die Erfahrungen des Modells zeigen, dass die meisten Frauen im Laufe der Betreuung trotz aller Befürchtungen, die sie als drogenabhängige Mütter im Vorfeld des Kontaktes mit dem Jugendamt hatten, positive Erfahrungen machen konnten.

Schwieriger gestaltete sich die Kooperation, wenn die MitarbeiterInnen kein vertrauensvolles Verhältnis zu den betroffenen Müttern entwickeln konnten oder die von ihnen angebotenen Hilfen nicht adäquat waren.

Bei einem zerrütteten Vertrauensverhältnis wäre ein Wechsel der BetreuerInnen sinnvoll gewesen, was aber durch die Festlegung der personellen Zuständigkeiten innerhalb der Jugendhilfe in der Regel nicht möglich war.

Von Seiten der BetreuerInnen wurde insgesamt eher wenig Verständnis für die Unvereinbarkeit von schlechten Erlebnissen mit ihnen in der Vergangenheit und einer positiven, offenen Zusammenarbeit in der Zukunft für neue Angelegenheiten entgegengebracht.

In einem anderen Fall wurde unter finanziellen Abwägungen die Beantragung von kostenintensiven aber sinnvollen Hilfen abgelehnt. Nicht nur, dass dies letztlich zu einer Kostenverschiebung und –erhöhung zu Lasten der Sozialhilfe führte, sondern dass dies die Problembewältigung für die Mutter erheblich erschwerte, zeigt, dass die Verzahnung trägerübergreifend verbesserungsbedürftig ist.

Seit der Verabschiedung der Kooperationsvereinbarung wurde VIOLA häufiger von anderen Institutionen angesprochen und in die Zusammenarbeit eingebunden. Viele MitarbeiterInnen der Jugendhilfe äußerten Erleichterung, da sie sich in suchtspezifischen Fragen unsicher fühlten. Die Darstellung der Arbeitsweise der Drogenhilfe einerseits und die Vereinbarung zu den Kooperationsstrukturen andererseits ermöglichte vielen Institutionen, das Modellprojekt als vertrauensvolle und verantwortungsbewusste Kooperationspartnerin wahrzunehmen und somit die Überprüfung der Umsetzung der Modellziele zu unterstützen.

Arbeitsbereich "Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern"

Bei der Umsetzung des Modellprojekts war es einer der konzeptionellen Bestandteile, Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern als eigenständige Zielgruppe zu betrachten. Auf ihre spezielle Situation musste einerseits fachöffentlich erst aufmerksam gemacht werden, andererseits war es notwendig, spezifische Hilfsmaßnahmen im Rahmen eines ambulanten Drogenhilfeangebots zu erproben.

Die Lebensbedingungen von Kindern, deren Eltern/-teile Suchtstoffe konsumieren, unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht bezogen auf den jeweiligen Stoff: insbesondere unterscheiden sich der soziale Kontext, in dem sich der illegale Drogengebrauch vollzieht und die Art und Weise, mit der das Umfeld auf den Konsum dieser Stoffe reagiert (Beschaffungskriminalität, Beschaffungsprostitution, Gefahr der Überdosierung oder Vergiftung, gesundheitliche Verelendung, soziale Isolation).

Die wenige Literatur zu der Thematik "Drogenkonsum der Eltern und Auswirkungen für Kinder" belegt, dass die mit dem Drogenkonsum der Mütter/Eltern verbundene Lebensweise oft nicht kindgerecht verläuft und mit erheblichen Belastungen für die kindliche Seele verbunden sein kann. Abhängig von der Wahl und Menge der konsumierten Stoffe ihrer Mütter/Eltern sind Kinder Lebensbedingungen ausgesetzt, die negativen Einfluss auf ihre Entwicklung haben können.

Zudem ist bekannt, dass das Risiko für die Kinder, selbst suchtmittelabhängig zu werden, bis zu sechsfach höher eingeschätzt wird.

In dem Wissen um die problematische Lebenssituation der Kinder sollte im Rahmen des Modellprojekts der Frage nachgegangen werden, ob und wie Hilfsangebote für Kinder im Rahmen der ambulanten Drogenhilfe geschaffen werden und welche Kooperationsstrukturen erreicht werden müssen, um Hilfsangebote anderer Institutionen für die Zielgruppe "Kinder drogenabhängiger Eltern" nutzbar machen zu können.

Die Gewährleistung eines Betreuungsangebots (auf Honorarbasis) für die Kinder, deren Mütter in Einzelgesprächen Unterstützung suchten, wurde von den meisten Frauen sehr begrüßt. Die offene Art der Betreuerin, auf Mutter und Kind zuzugehen und der freundliche kindgerechte Spiel- und Toberaum waren Voraussetzungen dafür, dass dieses Angebot sich als eine Maßnahme erwies, die in zweierlei Hinsicht eine positive Ausstrahlung bewirkte: Das Signal, Kinder sind in dieser Einrichtung willkommen, wurde schnell aufgenommen und die Kinder von den betreuten Frauen gerne mit zu VIOLA gebracht. Sie erlebten eine Entlastung bei der Sorge, wo sie ihr Kind während des Gesprächstermins unterbringen sollten und sahen, dass ihre Kinder einen liebevollen Umgang erfuhren.

Einige der Frauen zögerten anfangs ihr Kind mitzubringen, aus Unsicherheit darüber, wie mögliche Probleme, die das Kind zeigen würde, von den Mitarbeiterinnen bewertet würden.

Die positive Grundhaltung, die der Mutter durch die Mitarbeiterinnen entgegengebracht wurde, förderte einen offenen Austausch sowohl über Problemverhalten als auch über die Stärken der Kinder, so dass sich die Ängste der Mütter, z.B. als "Versagerin" gesehen zu werden, durch die Erfahrungen mit den Mitarbeiterinnen schnell reduzierten. Den Frauen wurde frühzeitig die Haltung und Sichtweise von VIOLA bezüglich einer problematischen Einschätzung der Situation des Kindes vermittelt, die auf einer parteilichen Arbeit mit den Frauen und einer Parteinahme für die Kinder basierte.

Für die Kinder war dieses Zusammensein mit der "Kinderfrau" eine besondere Situation, da diese Zeit ihnen oft ganz alleine gewidmet werden konnte und alle Aufmerksamkeit nur auf sie gerichtet wurde. Die Kinder kamen oft schon strahlend in die Einrichtung und freuten sich sichtlich auf die Kinderbetreuung. Somit war eine Grundvoraussetzung für ein Hilfsangebot, das Frauen mit Kindern erreichen soll, erfüllt.

Die Arbeit mit Kindern drogenabhängiger Mütter/Eltern als ein eigenständiger Aufgabenbereich ist im Rahmen der ambulanten Drogenhilfe in dieser Form völlig neu und musste grundlegend konzipiert und aufgebaut werden. Zwar war bekannt, dass die Zielgruppe der drogenabhängigen Frauen ca. zur Hälfte Kinder hat, jedoch wurden der Verbleib der Kinder, deren Versorgung oder Probleme bisher kaum thematisiert.

Ein Ziel der Arbeit bestand darin, über eine spielpädagogische Beschäftigung mit den Kindern hinaus in Kooperation mit anderen Institutionen geeignete ambulante Hilfen zu erproben und im Rahmen der Modellzeit zu etablieren.

Die Zielgruppen dieses neu zu entwickelnden Arbeitsbereiches waren:

- Kinder, deren Mütter/Eltern illegale Drogen konsumieren oder substituiert werden,
- drogenabhängige (substituierte) Mütter, die Beratung bezüglich der Entwicklung und Erziehung ihres Kindes wünschen.

Die Arbeit sollte, je nach individuellen Erfordernissen und der Anzahl der Kinder, sowohl in Einzel- als auch in Gruppenarbeit durchgeführt werden. Aufgrund der frauenspezifischen Ausrichtung des Modellprojekts wurde der Zugang für Jungen zu diesem Angebot auf das Alter der beginnenden Pubertät begrenzt (ca. 12 Jahre).

Für die Angebote im Rahmen dieses Arbeitsbereichs stand der größte Raum der Einrichtung zur Verfügung. Der Raum ist sehr hell und in drei Bereiche gegliedert: ein Spiel- und Bastelbereich, eine Lese- und Kuschecke und ein Bereich für Tobe- und Ballspiele. Im letzt genannten Bereich stehen ein großer Tisch und Stühle, die auch für Teamsitzungen oder Informationsveranstaltungen genutzt werden, aber ohne viel Aufwand zur Seite gestellt werden können, um weiteren Platz für Tobespiele zu schaffen.

Es erwies sich als sinnvoll, die insgesamt drei Arbeitsbereiche (drogenabhängige schwangere Frauen, drogenabhängige Mütter und Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern) so zu strukturieren, dass die Mitarbeiterin, die für die Arbeit mit den Kindern verantwortlich war, nicht auch für die psychosoziale Begleitung der Mütter zuständig sein sollte.

Die Erfahrungen von VIOLA zeigen, dass ein therapeutisch orientiertes Konzept in diesem Rahmen nicht umgesetzt werden konnte. Einerseits war es äußerst schwierig, bestehende therapeutische Hilfen anderer Institutionen/Einzelpersonen so zu gewinnen, dass eine Kooperation mit dem Modellprojekt gelingen konnte. In den von der Mitarbeiterin geleisteten Kontakten zu Erziehungsberatungsstellen und niedergelassenen KindertherapeutInnen wurde deutlich, dass ein wesentlich höherer Anteil an Informations- und Lobbyarbeit für die Probleme der Kinder von drogenabhängigen Müttern/Eltern hätte geleistet werden müssen, als er mit der bestehenden Kapazität von VIOLA erfüllt werden konnte. Andererseits war den betreuten Frauen ein therapeutisches Spielangebot für ihre Kinder, wie es zunächst konzipiert wurde, erst einmal sehr fremd (vgl. Zwischenbericht). Das Vertrauen der Mütter musste äußerst sensibel erworben werden, damit sie ihre Kinder einer Institution gegenüber überhaupt zeigten. Schuld- und Schamgefühle verhinderten oft den Blick für mögliche Defizite ihrer Kinder, die, weil sie ausschließlich als persönliches Versagen gewertet, oft nicht ertragen wurden.

Ein zu entwickelndes Gruppen- bzw. Einzelangebot für Kinder muss so ausgerichtet sein, dass es sich einerseits an den Bedürfnissen orientiert, die drogenabhängige Frauen für ihre Kinder sehen und andererseits an den fachlichen Bedarf angelehnt ist. Zur Ermittlung der Interessen von drogenabhängigen Müttern für ihre Kinder wurde von einer Mitarbeiterin des Projektes in zwei Methadonambulanzen in Essen eine Befragung durchgeführt (siehe unten).

Parallel wurde von FachkollegInnen anderer Institutionen eingeschätzt, dass ein Angebot speziell für Mütter, die gerade aus der Klinik entlassen werden, fehlt, da große Unsicherheiten im Umgang mit den Kleinkindern bestehen. Vor allem denjenigen Frauen, die zum ersten mal Mutter werden, fehlen oft Informationen über die Entwicklung und Bedürfnisse von Säuglingen und Kleinkindern.

Die allgemein bestehenden Angebote zur Geburtsvorbereitung sprechen drogenabhängige Frauen nicht an. Sie fühlen sich aufgrund ihrer Lebensweise ausgegrenzt und haben nicht das Selbstbewusstsein, sich gegen bestehende Vorurteile der Bevölkerung gegenüber Drogenabhängigen durchzusetzen.

Gruppenangebote für Kinder

In der Modelllaufzeit wurden zwei Gruppenangebote für Kinder konzipiert:

a) Mutter-Kind-Gruppe

Für Mütter mit ihren Kleinkindern bis zum ersten Lebensjahr wurde ein ca. 1,5 stündiges Zusammenkommen angeboten. Ziele der Mutter-Kind Gruppe waren:

- Förderung eines altersgemäßen Umgangs der Mutter mit ihrem Kind,
- Erlernen einfacher Spiele mit Kleinkindern,
- Ermöglichung erster Kontakte mit Gleichaltrigen für die Kinder,
- Vermittlung von Säuglingspflege und -ernährung.

b) Offene Spielgruppe für Kinder

Einmal wöchentlich, nachmittags drei Stunden, richtet sich dieses Angebot an Kinder, deren Mütter bei VIOLA oder in anderen Institutionen betreut wurden. Konzipiert war das Angebot für Kinder in der Altersgruppe von einem bis zu 4 Jahren. Diese Altersgruppe wurde während des Modellprojekts am häufigsten erreicht.

Ziele waren:

- Vermittlung von Spaß beim gemeinsamen Spiel,
- Kennen lernen und Erproben verschiedener Materialien,
- Förderung von Kontakten zu gleichaltrigen Kindern,
- Spielerisches Vermitteln des Umgangs mit Konflikten und Förderung sozialer Kompetenz,
- Entgegenwirken der Isolation der Kinder.

Es wurde mit Methoden der Spielpädagogik und Elementen der Heilpädagogik gearbeitet.

Einzelangebote für Kinder

Konzeptionell verankert wurde ein Einzelangebot für Kinder, welches sich an verschiedene Altersstufen richtete und für die eine gezielte individuelle Förderung als sinnvoll erachtet wurde.

Ziele waren:

- Die Bedürfnisse des Kindes in den Mittelpunkt zu stellen und daraus individuelle Handlungsschritte zu erarbeiten,
- Die Kinder bei der Wahrnehmung und dem Ausdruck eigener Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche zu unterstützen,
- Das kindliche Selbstwertgefühl zu stärken,
- Einen Zugang zur Lebenswelt des Kindes zu finden und eine behutsame Aufhebung der Tabuthemen Sucht und Drogen zu fördern.

Alle Angebote richteten sich sowohl an Kinder, deren Mütter im Rahmen des Modellprojekts betreut wurden als auch an Kinder, deren Mütter/Eltern in anderen Institutionen begleitet wurden. Insbesondere bei der Konzipierung der Gruppenangebote war von Beginn an deutlich, dass die mögliche Anzahl der Kinder des Modellprojekts nicht für ein Gruppenangebot ausreichen und der Transfer anderer Institutionen zur Umsetzung dieser Angebote benötigt würde.

Kooperation

Parallel wurde die ursprüngliche Komm-Struktur des Konzepts aufgehoben und eine Verlagerung des Hilfsangebots nach außen umgesetzt, um die Hemmschwelle der Kontaktaufnahme zu VIOLA für Frauen mit Kindern zu reduzieren. Die zuständige Mitarbeiterin besuchte einmal wöchentlich ein niedrigschwelliges Angebot eines anderen Trägers für obdachlose Mädchen und Frauen, das überwiegend von drogenabhängigen Frauen genutzt wird. Das Mitbringen der Kinder in das Café stellte die dortigen Kolleginnen vor Probleme, die Bedürfnisse der Kinder zu beachten, ohne den Kontakt zu den Frauen zu verlieren. Eine Kooperation mit dem Modellprojekt wurde von daher sehr begrüßt.

Diese Kooperation hatte für VIOLA das Ziel, Frauen mit Kindern eine Brücke von einem niedrigschwelligen Café-Angebot zu dem eher hochschwelligem Betreuungsangebot von VIOLA zu bauen.

Die Aufgabe der Mitarbeiterin von VIOLA war es, in persönlichen Gesprächen Vertrauen zu den Frauen herzustellen, damit die Situation ihrer Kinder thematisiert und über die Kindergruppenarbeit und die Einzelbetreuung bei VIOLA informiert werden konnte. Bei den Frauen bestanden durchgängig Befürchtungen, dass die Mitarbeiterin von VIOLA möglicherweise Angestellte des Jugendamtes sein könnte.

Besonders bedeutend war bei dieser Kooperation die Regelmäßigkeit des Angebots, so dass die Frauen ganz allmählich die Mitarbeiterin kennen lernen und sie als Vertraute bezüglich der Sorgen ihrer Kinder annehmen konnten. Durch dieses Angebot nutzten einige Frauen die Angebote des Modellprojekts für ihre schulpflichtigen Kinder und auch für sich selbst.

Ein Austausch bei VIOLA zwischen Mutter und der zuständigen Mitarbeiterin verlief häufig beim Bringen oder Abholen des Kindes. Quasi "nebenbei" erhielt sie zentrale Informationen und Anregungen für den Umgang mit ihrem Kind - je besser sie diese annehmen konnte, desto eher suchte sie von sich aus zunehmenden Kontakt zu der Mitarbeiterin, die ihr Kind betreute.

Erfahrungen der Mütter:

- Einige Mütter haben erstmals ein Feedback zu Verhaltensweisen ihres Kindes erhalten und annehmen können. Es war für sie z.B. erleichternd zu hören, dass die Trotzphase einen Entwicklungsabschnitt darstellt, der entwicklungsbedingt als normal anzusehen und nicht auf den Drogenkonsum der Mutter zurückzuführen ist.
- Hinweise, weitere Hilfen für ihr Kind in Anspruch zu nehmen, wurden in der Regel positiv aufgenommen (z.B. Überprüfung möglicher Sprachstörungen durch einen Besuch bei einer/m Ohrenärztin, Informationen über Sprachtherapie und Zugang zur Therapie, Besuch eines Kindergartens, etc.).
- Viele Mütter konnten in bestimmten Situationen neue Umgangsweisen erlernen, z.B. bei der Verabschiedung von ihrem Kind oder der Beendigung einer Spielsituation des Kindes. Eine Trennung von ihrem Kind ohne schlechtes Gewissen ist unter anderem eine Voraussetzung, die Inanspruchnahme eines Kindergartenplatzes anzustreben.
- "Allein sein", einmal eine Zeit ohne ihr Kind zu verbringen, war eine Situation, die die Mütter meist gut nutzen konnten, wenn sie erst einmal die räumliche Trennung von ihrem Kind bewältigt hatten.
- Selbst Grenzen setzen zu müssen, indem sie gefordert wurden, Entscheidungen darüber zu treffen, was ihr Kind (z.B. beim Kirchesbesuch) darf. Hierbei wurde deutlich, dass es den meisten Frauen sehr schwer fällt, klare Grenzen für ihr Kind zu nennen. Sie lassen ihr Kind häufig zu viel gewähren und geben einem selbst gesetzten "Nein" viel zu schnell wieder nach.
- Die Mütter erhielten Anregungen, wie sie konsequentes Verhalten, Grenzsetzung und Ruhephasen für ihr Kind umsetzen können.
- Einige Mütter haben Beratung zum Kauf von sinnvollem Spielzeug erfragt und gerne Anregungen aufgenommen, was sie ihrem Kind z.B. zum Geburtstag, zu Weihnachten o.ä. schenken könnten. Besondere Anlässe zum Feiern waren für viele Frauen äußerst anstrengend, da sie nicht wussten, wie sie ihre hohen Erwartungen, etwas ganz besonderes zu gestalten, umsetzen konnten.
- Viele Mütter lernten neue Spielangebote kennen und haben erfahren, wie sie sich mit ihrem Kind beschäftigen können.
- Durch das Vorleben der Mitarbeiterin sahen sie, wie dankbar Kinder das Wiederholen von Ritualen aufnehmen.
- Auffallend war, dass viele Mütter ihr Kind wenig loben. Sie sehen eher die Defizite ihrer Kinder - ihre Stärken können sie kaum wahrnehmen. Der Austausch mit der Mitarbeiterin förderte eine bewusste Auseinandersetzung. Dadurch, dass das Kind von der Mitarbeiterin akzeptiert und gemocht wird, kann die Mutter ihr Kind auch aus einem positiven Blickwinkel heraus betrachten und sehen, dass das Kind z.B. vielleicht doch nicht nur „nervig und stressig“ ist, wie es die Mutter empfindet.

Das Ziel, Mütter bezüglich der Entwicklung und Erziehung ihres Kindes zu beraten, wurde durch den offenen Austausch der Mitarbeiterinnen mit der Mutter erreicht. Die Mitarbeiterin, die für die Arbeit mit den Kindern zuständig war, gab der Mutter regelmäßig ein Feedback über das Zusammensein mit dem Kind. Ebenso wurde im Rahmen der Einzelbetreuung der Mutter die Situation des Kindes reflek-

tiert, so dass es „normal“ wurde, sowohl über positive Ereignisse als auch über Probleme mit dem Kind zu reden.

Gemeinsam mit der Betreuerin, der Mitarbeiterin für die Kinder und der Mutter fanden Gespräche zu Erziehungsfragen statt. Durch diese Umgehensweise konnte die Mutter das Thema „Entwicklung des eigenen Kindes“ enttabuisieren. Sie wurde dabei unterstützt, ihre eigene Unsicherheit unbefangener zu zeigen ohne befürchten zu müssen, generell als drogenabhängige Mutter für unfähig bewertet zu werden, ein Kind zu erziehen.

Gleichzeitig konnte sie punktuell mit ihrer oft unrealistischen Einschätzung bezüglich der Auswirkungen ihrer Abhängigkeit für ihr Kind konfrontiert werden.

Die Kinder, die von ihren Müttern zu den Angeboten von VIOLA mitgebracht wurden, waren während der gesamten Modellzeit im Schwerpunkt Kinder im Alter bis zu drei Jahren (52%), die zweitgrößte Altersgruppe war im Kindergartenalter (24%). Der Anteil von Mädchen und Jungen differierte dabei unwesentlich.

Erfahrungen der Kinder:

- Für viele Kinder war es neu, in einer fremden Umgebung ohne ihre Mutter zu sein. Sie hatten die Zeit nehmen können, die sie für sich benötigten, um den Schritt der Trennung gehen zu können. Die Tür zu dem Raum, in dem sie sich befanden, musste oft offen bleiben, ebenso die Tür zu dem Beratungsraum, in dem sich die Mutter befand. Die Trennungssituation war manchmal für die Mütter ebenso schwer auszuhalten wie für ihre Kinder.
- Das Erleben wiederkehrender verlässlicher Rituale war für manche Kinder eine wesentliche Erfahrung, z.B. war die regelmäßige Einhaltung der Reihenfolge bestimmter Spiele von großer Bedeutung.
Die erfahrene Verlässlichkeit ermöglichte ihnen, Vertrauen zu der Mitarbeiterin zu entwickeln.
- Grenzssetzungen zu erleben ist eine zentrale Erfahrung, die viele Kinder auffällig deutlich provozierten und immer wieder neu ausprobierten. Sie steigerten dabei ihre Kreativität im Ausprobieren von Grenzüberschreitungen und waren es oft offensichtlich nicht gewohnt, in ihre Schranken gewiesen zu werden.
- Eine wesentliche Erfahrung für die Kinder war das sich Austoben können und Spaß haben dürfen. Sie haben es sichtlich genossen, ganz Kind zu sein und die volle Aufmerksamkeit für sich alleine zu bekommen.

Auffälligkeiten der Kinder:

- Eine verzögerte und verlangsamte Sprachentwicklung; auch im Alter von vier bis fünf Jahren sind manche Kinder nicht zu verstehen.
- Eine Tendenz zum chaotischen unruhigen Spielverhalten (alles ausräumen und kein Spiel zu Ende zu bringen), Hyperaktivität, motorische Unruhe.
- Bei manchen Kindern war der starke Wunsch deutlich, sich gezielt immer mit den bereits vertrauten Spielsachen zu beschäftigen, sie zeigen ein ängstliches Verhalten bezüglich der Erfahrung mit neuen Spielen, Spielzeugen etc.
- Bei älteren Kindern war die Übernahme der Mutterrolle zu beobachten, sie sind für ihr Alter zu vernünftig, zu ordentlich und zu reif.
- Die Bindung an die Mutter ist bei vielen Kindern besonders stark.
- Plötzliches, unerwartet aggressives Verhalten ohne ersichtlichen Grund.
- Clown-Verhalten.
- Bei manchen Kindern drückt sich die Armut der Mutter darin aus, dass sie sich Essen wünschen oder im Rollenspiel z.B. nur eine kleine Auswahl einfacher Gerichte zu kennen scheinen.
- Bei kleineren Kindern gestaltet sich der körperliche Kontakt, z.B. auf den Arm genommen zu werden, ohne ersichtlichen Grund entweder über die Maßen hemmungslos oder distanziert.

Die intensive Einzelbetreuung bewirkte, dass einige Kinder im Laufe des Prozesses eine deutliche Verhaltensveränderung zum Ausdruck bringen konnten, dass sie z.B. Vertrauen zur Mitarbeiterin entwickelten oder ihr Auftreten insgesamt sicherer wurde.

Je nach Einzelfall konnten durch die Tätigkeit verschiedene Überleitungen zu anderen Hilfeeinrichtungen vermittelt werden: Sprachheilkindergarten, logopädische Behandlung, Schule, Sonderschule und Ergotherapie.

Besonders auffallend war in diesem Arbeitsbereich, dass die Betreuungsdauer pro Kind (mindestens 1,5 Stunden) zeitlich aufwendiger war als die benötigte Zeit im Rahmen der Betreuung der Mütter. Sowohl das Ankommen als auch das Verabschieden nahmen durch das erforderliche kindgerechte Einlassen auf die jeweilige Situation, Aus- und Anziehen, Wickeln, Füttern, Einsammeln von Spielzeug usw. deutlich mehr Zeit in Anspruch, was bei der Konzipierung von Angeboten bezogen auf die Gesamtzahl der Betreuungen berücksichtigt werden muss.

Der Arbeitsbereich "Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern" musste sich nicht nur bei den Klientinnen, die VIOLA aufsuchten, etablieren.

Insbesondere war dieser Arbeitsbereich auf die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und die Vermittlung von Kindern ausgerichtet, da die Anzahl der Kinder, die durch die Betreuung ihrer Mütter von VIOLA erreicht werden konnten, durch den Personalschlüssel begrenzt war. Das Angebot von VIOLA für Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern hätte einer differenzierten Überleitung anderer Institutionen bedurft, die mit drogenabhängigen Frauen bzw. Männern arbeiten, die Kinder haben. Besonders kleinere Kinder können nur über ihre Erziehungsberechtigten erreicht werden.

Hierbei muss berücksichtigt werden, dass drogenabhängige Mütter/Eltern häufig über negative Erfahrungen mit Institutionen verfügen und Probleme damit haben, ihr Kind aus Angst, als unfähig eingestuft zu werden, zu zeigen. Hierbei wären Hilfen und Brücken zur Überwindung dieser Barrieren von professioneller Seite erforderlich gewesen, die jedoch während der Modellzeit in anderen Institutionen (wie z.B. Drogenhilfe, Einrichtungen für Kinder) nicht entsprechend geleistet wurden.

Von daher war die Öffentlichkeitsarbeit zwangsläufig ebenfalls ein Schwerpunkt dieses Arbeitsfeldes. Das Modellprojekt sah es als eine Aufgabe an, eine Lobby für die besondere Problemlage der Kinder von drogenabhängigen Müttern/Eltern zu bewirken. In den entsprechenden Institutionen, insbesondere in der Drogenhilfe, Jugendhilfe und den Krankenhäusern, wurden die erstellten Falbblätter zu den Hilfsangeboten des Modellprojekts nicht nur ausgelegt, sondern in vielen persönlichen Gesprächen der Kontakt zu den MitarbeiterInnen gesucht, die Arbeit und die Notwendigkeiten in Team- und Einzelgesprächen erläutert. Zudem wurde in zahlreichen Telefonaten wiederholt auf die Angebote von VIOLA für Kinder und deren Problematik aufmerksam gemacht. Eine offensichtliche Schwierigkeit bestand darin, dass dieses Arbeitsgebiet in anderen Institutionen keinen eigenen Stellenwert hat, für den entsprechend personelle und zeitliche Kapazitäten zur Verfügung stehen.

In Bezug auf den Arbeitsbereich "Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern" konnte während der Modellzeit keine gelungene Kooperation entwickelt werden. Zwar nutzten andere Institutionen VIOLA zur fachlichen Beratung speziell zu Fragen, die die Situation der Kinder betrafen. Ebenso wurde die Problematik der Kinder drogenabhängiger Mütter/Eltern insgesamt durch die Tätigkeit von VIOLA im Essener Hilfesystem deutlicher wahrgenommen. Das Hilfsangebot von VIOLA für Kinder wurde aber trotz aller Bemühungen der Mitarbeiterinnen von anderen Institutionen kaum genutzt, obwohl eine Überforderung mit der Thematik in der Drogen- und Jugendhilfe auf Nachfragen durchaus benannt wurde.

Die fachspezifische Ausrichtung von VIOLA führte bezogen auf den Arbeitsbereich mit Kindern zu einer unproduktiven institutionellen Konkurrenzsituation.

Es entwickelte sich eher der Anspruch in den jeweiligen Institutionen, ein eigenes Angebot für Mütter mit Kindern zu installieren, um die Zielgruppe selbst zu betreuen. Im Anschluss an das Modellprojekt VIOLA und nach Auswertung der Ergebnisse und Erfahrungen wäre diese Haltung sehr zu begrüßen. Zum damaligen Zeitpunkt zeigte sich jedoch, dass die Angebote aufgrund der Berührungängste der Zielgruppe mit den Institutionen (insbesondere der Jugendhilfe) nicht so schnell angenommen wurden und dass sie strukturell und konzeptionell nicht verankert und bald wieder aufgegeben wurden. Innerhalb der Drogenhilfe bezogen sie sich ausschließlich auf die Betreuung der Kinder während der Be-

ratungsgespräche mit den Erwachsenen, wobei jedoch auch hier festzuhalten ist, dass nur eine geringe konzeptionelle Vorarbeit und differenzierte Umsetzung erfolgte. Inwiefern diese Konkurrenzsituation sich spezifisch für die Stadt Essen darstellt oder möglicherweise insgesamt Aufschluss über die tatsächlich nur geringe Bereitschaft der Vernetzung im Gegensatz zu einer „Besetzung“ von Themen gibt, ließ sich mit dem Modellprojekt nicht überprüfen.

Persönliche Befragung zur Versorgungssituation der Kinder von drogenkonsumierenden Müttern/Eltern aus der Sicht der Mütter

Mittels einer persönlichen Befragung sollte erfasst werden, wie sich aus Sicht der in Essen lebenden drogenabhängigen Mütter die Versorgungssituation der Kinder darstellt. Darüber hinaus sollten parallel ihre Wünsche nach persönlicher Unterstützung sowie nach möglichen Hilfen für ihre Kinder erfragt werden.

Hierzu wurde von den Mitarbeiterinnen von VIOLA in Zusammenarbeit mit der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW ein Fragebogen entwickelt (s. Anhang). Unter Berücksichtigung der Erreichbarkeit der Zielgruppe und des zu leistenden Arbeitsaufwandes wurden die substituierten Mütter in den zwei größten Methadon-Ambulanzen in Essen ausgewählt. Die Befragung wurde in Form eines persönlichen Interviews durchgeführt.

Ohne die Mitarbeit der Berufspraktikantin der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, wäre die Umsetzung der Befragung nicht möglich gewesen.

Im ersten Schritt wurden in persönlichen Gesprächen mit den MitarbeiterInnen der Methadon-Ambulanzen das Vorhaben vorgestellt und eine Gesamtzahl von 28 dort substituierten Mütter ermittelt.

Durch Aushänge von VIOLA in den Ambulanzen und eine gezielte Ansprache der Klientinnen durch die MitarbeiterInnen in den beiden Einrichtungen wurden die Frauen auf die Befragung vorbereitet. Die Durchführung erfolgte durch die Mitarbeiterinnen von VIOLA und die o.g. Berufspraktikantin im Zeitraum von jeweils einer Woche. Die Substitutionsambulanz des Verein Krisenhilfe und die Institutsambulanz III der Rheinischen Kliniken Essen (Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie) wurden jeweils während der Vormittagsvergabe aufgesucht.

Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym. Durch die persönliche Ansprache der Frauen durch die Mitarbeiterinnen von VIOLA konnte das Interesse zur Beteiligung geweckt und die Basis für ein vertrauensvolles Gespräch geschaffen werden. Die Befragung fand weitestgehend in einem eigenen Raum oder zumindest abseits vom Publikumsverkehr statt, um den Frauen einen geschützten Rahmen während der Interviews zu gewähren.

Darstellung der Ergebnisse

Erreichbarkeit

Von der Gesamtzahl der substituierten Mütter in den zwei Methadon-Ambulanzen (28) konnten insgesamt 22 Frauen befragt werden (79%).

Anzahl der Kinder und Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Lebenssituation

Alter der Kinder	Geschlecht männlich	mit Mutter lebend	Geschlecht weiblich	mit Mutter lebend	Gesamt	mit Mutter lebend
bis zu 12 Monaten	3	3	0	0	3	3
1–4 Jahre	7	6	2	2	9	8
5–8 Jahre	6	3	3	3	9	6
9–11 Jahre	4	2	1	0	5	2
12–15 Jahre	2	2	2	2	4	4
älter als 16 Jahre	0	0	3	2	3	2
Gesamt	22	16	11	9	33	25

Insgesamt hatten die befragten 22 Frauen 33 Kinder, davon 11 Mädchen und 22 Jungen. Der größte Teil der Kinder (25 Kinder = 76%) lebte bei ihren Müttern, 24% der Kinder (8) lebten nicht mit ihrer Mutter zusammen.

Sechs der 22 Frauen lebten getrennt von ihren Kindern (27%), bei einer Frau war eines ihrer Kinder fremd untergebracht.

Von den sechs Müttern (27%), die nicht mit ihren Kindern lebten, hatten vier Frauen Kontakt zu ihren Kindern, von denen jedoch nur eine ihn als einen „guten“ Kontakt bewertete. In zwei Fällen war es u.a. ein Problem der räumlichen Entfernung, meist stellte sich aber folgendes Problem: Oft übernahmen Angehörige, insbesondere die Großeltern mütterlicherseits, die Versorgung der Kinder und verhinderten eine spätere Wiederannäherung der Mutter. Begründet lag dieses Verhalten teilweise in mangelndem Vertrauen, teilweise jedoch auch in Eigeninteresse. Besuchsrechts- und Sorgerechtsregelungen waren innerhalb der Familie oft strittige Themen. Mit dem Jugendamt hatten die meisten Frauen zu ihrem eigenen Erstaunen gute Erfahrungen gemacht. Nur bei länger zurückliegenden Fällen berichteten die Frauen von negativen Erlebnissen.

Wunsch nach Unterstützung für die Mütter

Befragt nach ihren Möglichkeiten zum Austausch über Fragen zur Erziehung, machten 3 Mütter keine Angaben, da sie keinen oder zu geringen Kontakt zu den Kindern hatten. Von den übrigen 19 Frauen hatten 5 (26%) keine Möglichkeit zum Austausch und weitere 4 (19%) gaben ungefragt an, dass sie die bestehenden Möglichkeiten für sich nicht als ausreichend einschätzen.

Austausch über Erziehungsfragen	absolut
mit anderen substituierten Müttern in der Ambulanz	5
mit Erzieherinnen in Kindergarten und Hort	5
mit Angehörigen	3
Sonstige: DrogenberaterIn, KinderärztIn, Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, Spielplatzbekannte	5
Kein Austausch	5

Gefragt nach ihrem Bedarf an zusätzlicher Unterstützung für das Zusammenleben mit ihren Kindern, gaben 18 (82%) Mütter an, diese aktuell zu benötigen oder früher benötigt zu haben. 4 (18%) Mütter gaben an, keine Unterstützung zu brauchen, da sie ausreichend Hilfe in Anspruch nehmen (2) oder sie keinen Kontakt mehr mit den Kindern haben (2).

Form der gewünschten Unterstützung *	Anzahl absolut	Anzahl in %
Gemeinsame Aktivitäten mit anderen Müttern/Kindern	13	59
Kurzfristige Unterbringung des Kindes	10	45
Hilfe bei Konflikten mit VermieterInnen, PartnerInnen u.ä.	7	32
Informationsveranstaltungen	7	32
Hilfe bei lebenspraktischen Angelegenheiten	5	23
Unter Sonstiges:		
Feste außerfamiliäre Bezugsperson für Mutter und Kind	3	14
Berufliche Integration	2	9
Babysitter abends	1	5
Hortplatz sofort	1	5

* Mehrfachnennungen

Anhand der hohen Anzahl nicht erfüllter Anliegen (49), zeigte sich, dass trotz teilweiser Anbindung an Institutionen viele elementare Bedürfnisse der Mütter nach Kommunikation, geselligem Beisammensein, Information, Entlastung und persönlichem Freiraum ohne Kind sowie der Wunsch nach finanzieller Absicherung nicht erfüllt werden.

Kontakte der Kinder zu anderen Kindern im privaten Umfeld und zu Institutionen

Von den 33 Mädchen und Jungen war es den Müttern möglich, über 28 Kinder (85%) Aussagen zu treffen, zu den anderen 5 Kindern (15%) bestand kein oder ein zu geringer Kontakt. Von diesen 28 Kindern hatten 5 (18%) keinen Kontakt zu anderen Kindern, 4 Kinder (14%) hatten keinen Kontakt zu Institutionen.

	Anzahl absolut*	Anzahl in %
Kontakte zu anderen Kindern	23	82
Davon in der Nachbarschaft	15	54
Verwandtschaft	5	18
Sonstige	3	11
Kontakte zu Institutionen	24	85
davon zu Schule	9	32
Krabbelgruppe., Kindergarten, Hort, Kindertagesstätten	12	43
Sonstige	8	29

* Mehrfachnennungen

Interesse an Angeboten für ihre Kinder

Gefragt nach ihrem Interesse an der Teilnahme ihrer Kinder an Gruppenangeboten, gaben 6 Frauen (27%) an, kein Interesse daran zu haben; 4 Frauen (18%) meinten, dass ihre Kinder bereits genügend Aktivitäten wahrnehmen; 2 Frauen (9%) zeigten kein Interesse, da der Kontakt zu den Kindern nicht mehr bestand.

Angebot *	Großes Interesse	bedingtes Interesse
Babygruppe 0 -1 Jahr	2	0
Krabbelgruppe 1 - 2 Jahre	4	0
Spielgruppe 1 - 4 Jahre	3	0
Kindergruppe 5 - 6 Jahre	2	1
Gruppe für Kinder im Schulalter	4	0
Hausaufgabenbetreuung	0	1
Sport	5	0
Erlebnis/Abenteuer für Teenager	4	2

* Mehrfachnennungen

Für die an Angeboten interessierten Mütter waren die Krabbelgruppe, die Gruppe für Schulkinder, eine Sportgruppe und eine Erlebnisgruppe für Teenager von besonderer Wichtigkeit.

Stellungnahme

Aus den Angaben der Befragten konnten Erkenntnisse für die bedarfsgerechte Planung der Angebote von VIOLA gewonnen werden. Nur zwei der mit ihren Kindern zusammenlebenden Mütter fühlten sich ausreichend durch die bestehenden Angebote versorgt.

Insbesondere Kommunikationsbedürfnisse, Begegnungen mit anderen Müttern und Entlastung durch kurzfristige Kinderbetreuung wurden als vordringliche Anliegen genannt. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse wurden von VIOLA verschiedene Gruppenangebote für Mütter und Kinder entwickelt und eingerichtet: eine Mutter-Kind-Gruppe für Mütter mit Kindern bis zu einem Jahr, eine offene Spielgruppe für Kinder bis zu 4 Jahren sowie gelegentliche Freizeitveranstaltungen für Mütter und Kinder.

Andere Ergebnisse führten zu einer weiteren Sensibilisierung für die Störanfälligkeit der Einheit von Mutter und Kind sowie die Notwendigkeit geeigneter Hilfen:

Von den insgesamt 14 Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren lebten nur 8 Kinder (57%) mit ihren Müttern zusammen. Das Zusammenleben von Mutter und Kind scheint in dieser Lebensphase besonders gefährdet zu sein. Eine mögliche Erklärung ist die auch im Modellprojekt VIOLA gewonnene Erfahrung, dass die Beziehung zwischen Mutter und Kind in den ersten Monaten relativ harmonisch und stabil verläuft. Sobald die Kinder in das Alter der Verselbständigung kamen, wurde die Beziehung zum Kind als belastender erlebt. Die Kinder sind nicht mehr so fixiert auf die Mutter, testen in ihrem Erkundungsgrad ihre Möglichkeiten und die Grenzen der Mutter. Sie benötigen viel Zuwendung und Anregung, ohne dass die Mutter viel dafür zurückbekäme. Die anfängliche Hoffnung, durch das Gefühl gebraucht zu werden und unentbehrlich zu sein, eine dauerhafte Stütze und Erfüllung für sich selbst zu erlangen, verringerte sich zunehmend mit der Erfahrung von Frustration und Überforderung.

Die möglicherweise längere Zeit durchgehaltene Drogenabstinenz geriet mit steigendem Kindesalter ins Schwanken. Wenn Mutter und Kind in dieser Phase adäquate Hilfen in ausreichendem Umfang nicht angeboten werden konnten, ist häufig die Grundversorgung des Kindes und damit der Verbleib des Kindes bei der Mutter nicht mehr sichergestellt.

Die Vermutung, dass die vorhandenen Angebote ihnen zu wenig Unterstützung für das Zusammenleben mit ihrem Kind bieten, wurde von 82% der befragten Mütter bestätigt.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit bildete während der gesamten Modellzeit einen Schwerpunkt der Tätigkeit. Neben der Vorstellung des Modellprojekts und der damit verbundenen, zeitlich befristeten neuen Angebote in der Stadt Essen im Rahmen der Drogenhilfe musste auch mit einer bislang insgesamt eher vernachlässigten Thematik institutionelles Interesse geweckt werden.

Es galt, eine Lobby für die Bedürfnisse von drogenabhängigen Frauen, die schwanger sind oder bereits Kinder haben, zu schaffen und die Wahrnehmung für den Hilfebedarf der Kinder, deren Mütter/Väter/Eltern Drogen konsumieren, zu sensibilisieren.

Von Beginn der Modellzeit an machten die Mitarbeiterinnen von VIOLA die Erfahrung, dass die Thematik „Drogenabhängigkeit und Schwangerschaft/Mutterschaft“ in der Fachöffentlichkeit sowohl in der Drogenhilfe als auch im psychosozialen Versorgungssystem mit geringem Fachwissen und erheblichen Unsicherheiten verbunden war.

Gleichzeitig gewann die Thematik durch die zunehmende Anzahl an Geburten von Kindern drogenkonsumierender Frauen in der Stadt Essen an Bedeutung.

Im Laufe der letzten zwei bis drei Jahre war festzustellen, dass die Auseinandersetzung mit der Problematik deutlich zunahm, so dass der Bedarf an Information, Austausch und Fortbildung wuchs. In diesem Rahmen wurde VIOLA als „Infobörse“ rund um Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft/Elternschaft überwiegend von Institutionen genutzt, die durch ihre Praxis Berührungspunkte mit der Zielgruppe hatten, wie z.B. Jugendhilfe, Betreuungseinrichtungen für Kinder und Drogenhilfe.

In der Folgezeit fanden unterschiedliche Ebenen der Informationsweitergabe statt, z.B. telefonische und/oder persönliche fallbezogene Einzelgespräche mit KollegInnen. Darüber hinaus wurden die Mitarbeiterinnen von VIOLA zu Informations- und Fortbildungsveranstaltungen in verschiedene Institutionen eingeladen, weitere Veranstaltungen fanden in den Räumen von VIOLA statt.

Es wurden mehrfach Fortbildungen in Krankenpflegeschulen und Fachschulen für Sozialpädagogik durchgeführt. Ebenso wurde in Kooperation mit der AIDS-Hilfe über die Thematik Drogenabhängigkeit und Hepatitis oder HIV und Schwangerschaft informiert.

Des Weiteren wurden die Mitarbeiterinnen von VIOLA als Referentinnen zu überregionalen Tagungen (NRW-Ebene) und Arbeitskreisen eingeladen. Dabei lagen die Schwerpunkte sowohl in der Beschreibung der Tätigkeit von VIOLA, vor allem bezüglich der Kooperation mit der Jugendhilfe und dem Aufbau von Vernetzungsstrukturen der Hilfesysteme als auch in der Informationsweitergabe zur Thematik Schwangerschaft/Elternschaft und Drogenabhängigkeit.

Hinzu kamen Informationsveranstaltungen für Schülerinnen und Mädchengruppen, die im Rahmen der Sucht- und Drogenprophylaxe VIOLA aufsuchten.

Vor allem in den ersten eineinhalb Jahren des Modellzeitraums nahmen die Mitarbeiterinnen von VIOLA wiederholt Kontakt zu anderen Essener Institutionen auf, um ihre Tätigkeit darzustellen. Die Ziele waren im Schwerpunkt die Werbung um Kooperation mit VIOLA sowie die Darstellung der Angebote des Modellprojekts zur Weitergabe an betroffene Frauen.

Im Wesentlichen fanden diese Veranstaltungen in den Teams verschiedenster Einrichtungen, wie z.B. niedrig schwelligen Cafés der Drogenhilfe, Drogenberatung, Methadonambulanzen, auf den Stationen der Kinderkliniken, Entbindungsstationen, gynäkologischen Stationen und Entgiftungskliniken statt.

Weiterhin wurde die Arbeit in unterschiedlichen Arbeitskreisen, wie z.B. dem AK der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, dem AK niedergelassener GynäkologInnen, dem AK Erzieherische Hilfen und dem AK Kinderschutz vorgestellt.

Eine durchgängige Rückmeldung aus diesen Veranstaltungen war, dass das Modellprojekt VIOLA mit seinen Arbeitsschwerpunkten sehr begrüßt und als eine Bereicherung für den Drogenhilfebereich in der Stadt Essen empfunden wurde. Die Anzahl der Vermittlung von Frauen an VIOLA erhöhte sich dadurch deutlich.

Dennoch erwies es sich als erforderlich, VIOLA durch mehrmalige Kontaktaufnahmen immer wieder in Erinnerung zu bringen, vor allem bei denjenigen Institutionen oder Personen, die noch keinen Kontakt zum Modellprojekt hatten. Dieses betraf vor allem die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen ÄrztInnen und mit den Kliniken. Hier wirkte sich der häufige Wechsel von Personen bzw. Zuständigkeiten erschwerend für eine verbindliche Kooperation aus.

Die Erfahrung zeigte insgesamt, dass es nicht ausreichte, in den unterschiedlichen Institutionen Informationsmaterial zu hinterlassen und darauf zu hoffen, dass es an KollegInnen und/oder betroffene Frauen weitergegeben würde. Da der Arbeitsbereich mit Frauen, die schwanger oder Mutter sind bislang in keiner Institution als eigenständiger Bereich verankert ist, bedeutete es für alle Beteiligten, zusätzliche Kapazitäten einzusetzen, um die erforderliche Kooperation zu leisten. Vor allem die Sensibilisierung für die Situation der Kinder und ihre spezifischen Erfordernisse erwies sich als äußerst umfangreich, da diese Gesichtspunkte bisher nahezu grundlegend vernachlässigt worden sind.

Diese nachdrückliche Öffentlichkeitsarbeit begleitete wiederkehrend den gesamten Modellzeitraum, war sehr zeitintensiv und stieß damit oft an die Grenzen der Kapazitäten der Mitarbeiterinnen.

Arbeitskreise

In den letzten Jahren hat die landes- und bundesweite Auseinandersetzung mit dem Thema „Kinder aus suchtmittelbelasteten Familien“ zugenommen, wenn auch wenig differenziert hinsichtlich der konsumierten Suchtstoffe und der tatsächlichen Familiensituation der Kinder. Insgesamt sind in der ambulanten und stationären Drogenhilfe nur vereinzelt MitarbeiterInnen zu finden, die sich thematisch engagieren und konkrete Angebote entwickeln bzw. umsetzen. Dieser Arbeitsbereich ist in der gesamten Drogen- und Suchtkrankenhilfe nicht verankert.

In der sozialarbeiterischen Praxis bestehen insgesamt kaum Ansätze für die Arbeit mit den Kindern. Nur vereinzelt haben sich ambulante Einrichtungen mit dieser speziellen Thematik bei drogenabhängigen Eltern auseinandergesetzt. Auf der Suche nach Erfahrungsaustausch haben sich die Mitarbeiterinnen von VIOLA den zwei bestehenden Arbeitskreisen angeschlossen:

Eltern-Kind-AG

Diese bundesweite Arbeitsgemeinschaft setzt sich aus MitarbeiterInnen der stationären Einrichtungen und Beratungsstellen zusammen. Schwerpunktartig konzentriert sich die Auseinandersetzung auf die Erfahrungen mit Kindern von DrogengebraucherInnen. Dieser Arbeitskreis ist auf die praktische Arbeit ausgerichtet und ermöglicht den persönlichen Erfahrungsaustausch. Die Treffen finden in den einzelnen Einrichtungen statt, um die Angebote vor Ort, deren räumliche Voraussetzungen und Ausstattungen kennen zu lernen.

AK Hilfen für Kinder von Suchtkranken

Der Arbeitskreis trifft sich auf NRW-Ebene in Köln. Auf Initiative der Fachhochschule Köln, die einen eigenen „Forschungsschwerpunkt Sucht“ eingerichtet hat, haben sich hier überwiegend MitarbeiterInnen von Beratungsstellen aus dem legalen Suchtbereich zusammengefunden. In diesem Kreis werden die verschiedenen Praxisansätze analysiert, Informationen zu Arbeitserfahrungen ausgetauscht, neue Studien und Erkenntnisse vorgestellt sowie ein System zur Basisdokumentation entwickelt.

Eine Differenzierung der Arbeitsbereiche, wie in dem Modellprojekt vorgenommen wurde, fand in den ambulanten Hilfsangeboten der Drogenhilfe nicht statt. So war ein Praxisaustausch z.B. in dem Arbeitsfeld „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ für die Mitarbeiterinnen von VIOLA aufgrund fehlender Erfahrungen anderer Einrichtungen nicht möglich.

Auf kommunaler Ebene hat VIOLA an den Treffen des Kooperationsgremiums zur Entwicklung von verbindlichen Strukturen für die Zusammenarbeit mitgestaltend teilgenommen.

Statistik

Der zu Beginn des Modellprojekts erstellte Erhebungsbogen für die Statistik wurde mit den wachsenden Erkenntnissen während des Erhebungszeitraums vom 1.7.1997 bis 31.7.2001 modifiziert. Dadurch bedingt werden einige statistische Werte erst ab dem Jahr 1999 dargestellt.

Gesamtkontakte des Modellprojekts

Persönliche Kontakte

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98	1999	2000	1/01 – 7/01
	Mittelwert	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Frauen	295	316	292	395	177
Kinder	176	174	200	224	104
Angehörige	23	14	14	42	23
Institution	668	886	650	787	348
Gesamtzahl	1162	1390	1156	1448	652

Im gesamten Berichtszeitraum fanden durchschnittlich 1162 persönliche Kontakte (Mehrfachnennungen) zu Frauen, deren Kindern und Angehörigen sowie VertreterInnen verschiedener Institutionen statt. Davon fanden mit VertreterInnen von Institutionen im Mittelwert 668, mit betreuten Frauen 295, mit Kindern 176 und mit Angehörigen 23 Kontakte statt. Die institutionellen Kontakte umfassten Einzelkontakte und Kontakte im Rahmen von HelferInnenkonferenzen oder Arbeitskreisen.

Anzahl aller telefonischer Kontakte

Zeitraum	7/97 – 7/01	7/97 – 12/98	1999	2000	1/01 – 7/01
	Mittelwert	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Gesamtzahl	1044	1085	1078	1387	624

Fallbezogene persönliche und/oder telefonische Kontakte fanden außer mit den Zielgruppen im wesentlichen mit folgenden Institutionen und Personen statt:

Jugendhilfe	Jugendamt der Städte Essen, Bochum, Velbert Verbände der freien Wohlfahrtspflege Sozialpädagogische Familienhilfe
Sozialhilfe	Sozialamt der Stadt Essen
Einrichtungen für Kinder	Wichernhaus Kindergärten und Kindertagesstätten Erziehungsberatungsstellen Jugendpsychiatrisches Institut Schulen
Medizinische Betreuung	Rheinische Kliniken Essen, Universitätsklinikum Essen, Elisabethkrankenhaus, davon: Institutsambulanz II u. III Kinderklinik, Gynäkologie, Psychiatrie Häuslicher Kinderkrankenpflegedienst Psychozialer Dienst Hebammen Niedergelassene ÄrztInnen, davon: Substituierende ÄrztInnen und HausärztInnen GynäkologInnen, KinderärztInnen

Niedergelassene KindertherapeutInnen	
PsychotherapeutInnen	
Mutter-Kind-Kurhäuser	
Ambulante Drogenhilfe	Bella Donna, Drogenberatung für Mädchen und Frauen Verein Krisenhilfe e.V., Essen, davon: Beratungsstelle, Kontaktcafé, Methadonambulanz Café Schließfach Café Nachtfalter Betreutes Wohnen für substituierte Frauen, SKF, Essen Überregionale Drogenberatungsstellen
Stationäre Drogenhilfe	Stationäre Entgiftungsstationen, regional u. überregional Stationäre Einrichtungen zur Entwöhnungsbehandlung
Beratungsstellen	Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen Evangelische Familienbildungsstätte Kinderschutzbund AIDS-Hilfe AIDS Beratungsstelle des Caritasverbandes, Essen Verein Schuldnerhilfe e.V. Hebammenläden VAMV
Einrichtungen für betreutes Wohnen	Jugendhof Zehnthof, Theresienheim
Berufsfördernde Institutionen	Arbeitsämter Jugendberufshilfe Essener Arbeits- und Beschäftigungsgesellschaft (EABG)
Gläubiger	
Justiz	Bewährungshilfe Staatsanwaltschaft RechtsanwältInnen Justizvollzugsanstalt Essen
Polizei	
Leistungsträger	Krankenkassen Rentenversicherungsträger Landschaftsverbände Versorgungsämter

Die betreuten Frauen

Als „Betreuung“ wurde der Prozess definiert, wenn mehr als drei Kontakte pro Frau stattfanden. Pro Jahr erfolgten Einfachnennungen. Die Übernahme von Frauen aus dem Vorjahr und die Neuaufnahme von Frauen wurden nicht differenziert. Im Laufe des Modellprojekts wurden einige Kriterien ergänzt, in diesen Fällen wurden die statistischen Daten ab 1999 erhoben.

Alter, Wohnort, Familienstand

Alter der betreuten Frauen

Zeitraum	7/97-7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
19 Jahre	2%	0	0%	0	0%	3	7%	0	0%
20-25 Jahre	18%	7	19%	6	23%	7	17%	4	13%
26-30 Jahre	40%	15	40%	8	30%	15	36%	16	52%
31-35 Jahre	24%	8	22%	6	23%	9	23%	9	29%
36-40 Jahre	12%	6	16%	3	12%	5	12%	2	6%
41 Jahre	1%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
42 Jahre	3%	0	0%	3	12%	0	0%	0	0%
43 Jahre	1%	0	0%	0	0%	2	5%	0	0%

Im gesamten Berichtszeitraum wurden Frauen im Alter von 26 bis 30 Jahren am häufigsten erreicht. Die zweitgrößte Gruppe waren Frauen zwischen 31 und 35 Jahren. Ein weiterer Kinderwunsch der Frauen wurde in diesen Altersgruppen besonders häufig thematisiert. Die drittgrößte erreichte Altersgruppe waren die 20 bis 25jährigen Frauen. Unter 20jährige und über 40jährige Frauen wurden kaum betreut. Auffällig ist, dass der Anteil der betreuten Frauen in den letzten beiden Jahren deutlich gestiegen ist. Diese Veränderung wird im Zusammenhang mit den Kooperationsvereinbarungen (siehe Kapitel „Zusammenfassung der Ergebnisse des Modellprojekts“) gesehen.

Wohnort der betreuten Frauen

Zeitraum	7/97-7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n= 41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Essen	73%	29	78%	18	69%	29	71%	23	74%
andere Städte	27%	8	22%	8	31%	12	29%	8	26%

Gut zwei Drittel der betreuten Frauen lebten in Essen. Zu den umliegenden Städten, aus denen ca. ein Drittel Frauen kamen, gehörten Mülheim, Velbert, Bochum, Gelsenkirchen und Oberhausen.

Familienstand der betreuten Frauen

Zeitraum	7/97-7/01	7/97- 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ledig	48%	18	48%	11	42%	19	46%	17	55%
verheiratet	17%	10	27%	1	4%	8	20%	5	16%
verh., getrennt lebend	15%	8	22%	5	19%	4	10%	3	10%
geschieden	20%	1	3%	9	35%	10	24%	6	19%

Mit durchschnittlich 48% war die Gruppe der ledigen Frauen im Projektzeitraum die größte Gruppe. Im Mittelwert waren 17% der Frauen verheiratet, weitere 15% verheiratet, aber getrennt lebend. Geschieden waren durchschnittlich 20% der betreuten Frauen. Die Frauen lebten überwiegend in einer eigenen Wohnung. Die Qualität der Wohnsituation änderte sich in Verbindung mit Beziehungsschwankungen, Partnerwechsel oder Inhaftierung des Partners.

Partnerschaft/Kontakte/Herkunftsfamilie

Vorhandene Partnerschaft

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partnerschaft besteht	66%	16	63%	27	66%	21	68%
keine Partnerschaft	34%	10	37%	14	34%	10	32%

Mit durchschnittlich 66% lebten die meisten im Projektzeitraum betreuten Frauen in Partnerschaften, die sich wechselhaft gestalteten: vom Zusammenleben, der Planung einer gemeinsamen Zukunft, einer aktuellen Trennungsphase bis hin zur vollzogenen Trennung. Die Frauen trugen in der Regel trotz Partnerschaft alleine die Verantwortung für die Erziehung und Versorgung der Kinder. Die wenigsten der betreuten Frauen lebten konstant mit einem Partner zusammen. Der aktuelle Partner war bei durchschnittlich 32% der Partnerschaften auch der Kindesvater (siehe Tabelle „Kindesvater“). Für alle Frauen wirkte sich der Verlauf der jeweiligen Partnerschaft stark auf die psychische Stabilität und somit auch auf das Verhalten gegenüber ihren Kindern aus. Der Anteil der Frauen, die nicht in einer Partnerschaft lebten, betrug 34%.

Abhängigkeit des Partners

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
	Mittelwert	n=16		n=27		n=21	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Partner aktuell abhängig	45%	12	47%	12	45%	9	43%
Partner aktuell nicht abhängig	55%	14	53%	15	55%	12	57%

Mit diesem Kriterium wurde bei den Frauen, die in einer Partnerschaft lebten, erfragt, ob der Partner suchtmittelabhängig sei. 45% der Frauen gaben an, ihr Partner sei selbst drogenabhängig. 55% der betreuten Frauen lebten mit einem nicht suchtmittelauffälligen Partner zusammen.

Kontakte der betreuten Frauen zu anderen Personen

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Drogenszene	68%	18	71%	27	66%	21	68%
Freundin	31%	7	26%	14	34%	10	32%
Herkunftsfamilie	65%	17	65%	25	61%	21	68%
Familie Kindesvater	74%	19	74%	28	68%	25	80%
Kontakt z. Kindesvater	46%	10	40%	21	51%	15	48%

Ein hoher Anteil von durchschnittlich 68% der betreuten Frauen hatte Kontakte zur Drogenszene, oft um der eigenen Isolation zu entfliehen und aus Mangel an Alternativen. Eine Freundin hatten nach eigenen Angaben 31% der Frauen, wobei eine mögliche Bindung aus der Drogenszene nicht ersichtlich ist. Im Mittelwert hatten 65% der Frauen Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie und 74% zur Familie des Kindesvaters. Erhebliches Kontrollverhalten der Familien und Misstrauen den Frauen gegenüber sowie andauerndes Anzweifeln ihrer Kompetenzen als Mutter gestalteten den Kontakt in beiden Fällen problematisch. Bei durchschnittlich 46% der im Projektzeitraum betreuten Frauen bestand Kontakt zum leiblichen Vater des Kindes. Somit überwog die Gruppe der Frauen und damit auch ihrer Kinder, die keinen Kontakt zum Kindesvater hatte. Frauen, die gerade entbunden hatten oder Erstgebärende waren, hatten häufiger Kontakt zum Kindesvater als Frauen, deren Kinder bereits älter waren.

Suchtmittelmissbrauch in der Herkunftsfamilie

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Vater	42%	11	44%	18	44%	12	38%
Mutter	11%	2	6%	7	17%	3	10%
Geschwister	13%	3	11%	6	15%	4	14%
keine Angaben	13%	4	17%	0	0%	7	22%
nein	21%	6	22%	10	24%	5	16%

Die Beantwortung nach dem Suchtmittelmissbrauch in der Herkunftsfamilie belegt die fachöffentliche Meinung, dass wenigstens ein Elternteil vieler Drogenabhängiger oftmals selbst suchtmittelabhängig ist/war. Auffällig ist, dass im Projektzeitraum durchschnittlich 42% der Väter Suchtmittel missbrauchten. Hier wurde Alkohol als vorwiegend konsumiertes Suchtmittel genannt. Im Mittelwert missbrauchten 11% der Mütter Medikamente, vereinzelt Alkohol. Bei 13% der Geschwister wurde der Konsum illegaler Drogen (Heroin, Kokain) genannt. Durchschnittlich 21% der Frauen gaben an, dass in der Herkunftsfamilie kein Suchtmittelmissbrauch vorlag.

Sexuelle Missbrauchserfahrungen/Gewalt

Sexuelle Missbrauchserfahrungen

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	55%	14	52%	21	51%	19	61%
nein	11%	2	9%	4	10%	4	13%
keine Angaben	35%	10	39%	16	39%	8	26%

Sexuelle Missbrauchserfahrungen wurden nicht abgefragt, sondern im Laufe der Betreuung thematisiert. Auffällig ist auch hier, dass die statistische Aussage mit den in der Literatur zu findenden Aussagen übereinstimmt: Mehr als die Hälfte der betreuten Frauen hat sexuellen Missbrauch erfahren. Keine Angaben zu Erfahrungen von sexuellem Missbrauch lagen bei 35% der Frauen vor.

Aktuelle körperliche Gewalt

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
ja	31%	10	38%	12	29%	8	26%
nein	69%	16	62%	29	71%	23	74%

Die Mehrzahl der im Modellzeitraum betreuten Frauen, durchschnittlich 69%, gab an, aktuell keine körperliche Gewalt zu erleben. Wenn von Gewalterfahrungen berichtet wurde, im Mittelwert bei 31% der Frauen, ging die Gewalt von dem aktuellen Partner aus. Auch während der Schwangerschaft wurde von Gewalt seitens des Partners berichtet. 8% der Frauen berichteten von Gewalt im Rahmen der Prostitution. In dem Wissen um die oft lebensbegleitenden Gewalterfahrungen von Frauen, die illegale Drogen konsumieren, war auch bei den betreuten Frauen eine hohe Toleranz gegenüber emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt festzustellen. So war diese Erfahrung im Rahmen einer Partnerschaft für sie nicht zwangsläufig ein Grund, die Beziehung in Frage zu stellen oder sich Hilfe zu organisieren. Gewalterfahrungen waren nicht der Anlass, Kontakt zu VIOLA aufzunehmen, sondern wurden häufig erst im Laufe der Betreuung thematisiert.

Ausbildung/Erwerbstätigkeit/Lebensunterhalt

Schulbildung der betreuten Frauen

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Hauptschulabschluss	40%	8	22%	12	46%	19	46%	14	44%
Realschulabschluss	32%	10	27%	8	31%	13	32%	11	37%
Abitur	15%	8	22%	5	19%	4	10%	3	10%
kein Schulabschluss	6%	7	19%	1	4%	0	0%	1	2%
k.A.	8%	4	11%	0	0%	5	12%	2	7%

Bezogen auf die Schulbildung der Frauen war die Gruppe der Hauptschulabsolventinnen mit durchschnittlich 40% am größten. Die Gruppe der Frauen, die einen Realschulabschluss erlangt hatten, lag im Mittelwert bei 32%. 15% der Frauen verfügten über das Abitur. Keinen Schulabschluss hatten 6% der Frauen. Von weiteren 6% lagen keine Informationen bezüglich der Schulbildung vor.

Berufsausbildung der betreuten Frauen

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ausbildung abgeschlossen	25%	13	35%	8	31%	7	17%	5	16%
Ausbildung abgebrochen	18%	7	19%	6	23%	6	15%	4	13%
keine Ausbildung	45%	8	22%	9	34%	25	61%	19	61%
Studium abgebrochen	10%	4	11%	3	12%	3	7%	3	10%
K.A.	3%	5	13%	0	0%	0	0%	0	0%

Fast drei Viertel der im Projekt betreuten Frauen hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung. Davon hatten 18% eine Ausbildung und 10% ein Studium begonnen, aber wieder abgebrochen. Inwiefern der Drogenkonsum hierfür ausschlaggebend war, wird nicht ersichtlich. Lediglich ein Viertel der Frauen verfügte über eine abgeschlossene Berufsausbildung.

Erwerbstätigkeit der betreuten Frauen

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
im erlernten Beruf	19%	5	14%	5	18%	9	22%	6	20%
ungelernt	40%	4	11%	14	52%	20	49%	15	49%
keine Erwerbstätigkeit	27%	14	38%	6	24%	8	20%	7	24%
anderes	4%	5	14%	0	0%	0	0%	0	0%
K.A.	12%	9	23%	1	6%	4	10%	2	7%

Erwerbstätig im erlernten Beruf waren nur durchschnittlich 19% der betreuten Frauen. Mit 40% der Frauen in ungelernten Arbeitsfeldern ging der größte Teil der betreuten Frauen im Projektzeitraum einer Tätigkeit in Gelegenheitsjobs nach. Aufgrund ihrer Drogenabhängigkeit wurde das Beschäftigungsverhältnis häufig gewechselt. Keiner Erwerbstätigkeit gingen im Mittelwert 27% der Frauen nach. Mit dem Kriterium „anderes“ sind Tätigkeiten wie z.B. im Schaustellergewerbe, als Putzhilfe oder in der abgebrochenen Ausbildung gemeint. Dies wurde ab 1999 zu der Kategorie „ungelernt“ gezählt, deshalb wurden in der Kategorie „anderes“ ab 1999 keine Angaben zugeordnet.

Sicherung des Lebensunterhaltes der betreuten Frauen durch:

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Erwerbstätigkeit	15%	4	11%	4	15%	7	17%	5	16%
Sozialhilfe/ Erziehungsgeld	69%	23	62%	19	73%	30	73%	21	68%
Ehemann	8%	5	14%	2	8%	2	5%	2	6%
Arbeitslosen- hilfe	8%	4	11%	1	4%	2	5%	3	10%
Rente	1%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%

Mit durchschnittlich 69% sicherten die Frauen ihren Lebensunterhalt über den Bezug von Sozialhilfe ab. In Anbetracht der hohen Verschuldung vieler Frauen (nächste Tabelle) wird deutlich, dass wirtschaftliche Not ein bedeutsamer Faktor im Leben der Frauen ist (siehe Kapitel „Ambulante Hilfen für Frauen, die bereits Kinder haben“). Im Mittelwert bestritten 15% der betreuten Frauen ihren Lebensunterhalt durch Erwerbstätigkeit. Hierbei handelte es sich um ungelernte Tätigkeiten. Jeweils 8% bezogen ihren Lebensunterhalt vom Ehemann bzw. lebten von Arbeitslosenhilfe. Rente erhielt 1% der Frauen.

Schulden

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Schulden vorhanden	71%	19	73%	30	73%	21	68%
keine Schulden	6%	2	8%	2	5%	2	6%
keine Angaben	22%	5	19%	9	22%	8	26%

Der hohe Prozentsatz von durchschnittlich 71% der im Projektzeitraum betreuten Frauen, die verschuldet waren bzw. sind beeindruckt nochmals, wenn die Höhe der Verschuldung betrachtet wird: Sie beläuft sich auf DM 2.000,- bis DM 1.500.000,-.

Schwangerschaft/Geburt

Fehlgeburten/Schwangerschaftsabbrüche

Zeitraum	1/99–7/01	1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Fehlgeburten	23%	6	23%	9	22%	7	23%
Schwangerschaftsabbrüche	49%	13	50%	18	44%	16	52%
keine Angaben	29%	7	27%	14	34%	8	25%

Fast die Hälfte der betreuten Frauen gab an, im Laufe ihres Lebens wenigstens einmal eine Schwangerschaft abgebrochen zu haben. 23% der Frauen gaben an, bereits Fehlgeburten erlebt zu haben. Unklar bleibt, welche Bedeutung das Erleben von Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten für die Frauen hat und wie diese psychisch verarbeitet wurden, weiterhin, welche Auswirkung diese auf einen weiteren Kinderwunsch der Frauen hatten. In den Beratungsgesprächen gaben die Frauen an, dass die Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen und Fehlgeburten bisher nicht im Rahmen eines Kontaktes zum Hilfesystem bearbeitet wurden. Ebenso war der von vielen Frauen formulierte Kinderwunsch bisher kein Thema, bei dem sie Unterstützung für eine Auseinandersetzung erhielten.

Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Methadon	58%	22	59%	15	58%	22	56%	18	58%
Cannabis	13%	4	11%	4	15%	6	15%	4	12%
Heroin	4%	1	3%	1	4%	2	5%	2	5%
Mischkonsum	23%	8	22%	6	23%	9	22%	7	25%
Codein	1%	1	3%	0	0%	0	0%	0	0%
keine Stoffe	1%	1	3%	0	0%	1	2%	0	0%

Bei der Frage nach Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft ist ersichtlich, dass 58% der Frauen, die im Modellzeitraum betreut wurden, sich im Laufe ihrer Schwangerschaft/en in einer Behandlung mit Methadon befanden. Dies entspricht der Situation in Essen, dass drogenkonsumierenden schwangeren Frauen, wenn sie in Institutionen auftreten, eine Substitution empfohlen und ermöglicht wird. Ebenfalls zu bedenken ist, dass Frauen, die substituiert werden, eher schwanger werden können als die Frauen, die unkontrolliert Drogen konsumieren. Der Anteil der Frauen, die Heroin während einer Schwangerschaft konsumierten betrug 4%. Durchschnittlich 13% konsumierten Cannabis und 1% Codein. Lediglich 1% der Frauen lebte während der Schwangerschaft suchtmittelfrei.

Mit der Bezeichnung „Mischkonsum“ ist hier zum einen die unterschiedliche Kombination des Konsums verschiedener Suchtstoffe und zum anderen der Beikonsum zur Substitution mit Methadon definiert. Mit durchschnittlich 23% ist diese Gruppe der Frauen relativ groß, was ein besonders hohes gesundheitliches Risiko für die Frauen und deren ungeborene Kinder darstellt.

Entgiftung Neugeborener/Stillen

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Anzahl Neugeborener	Mittelwert	n=4		n=5		n=10		n=3	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Entgiftung erforderlich	79%	4	100%	3	60%	9	90%	2	67%
keine Entgiftung	21%	0	0%	2	40%	1	10%	1	33%
es wurde gestillt	1%	0	0%	0	0%	2	20%	0	0%

Während der gesamten Modellzeit blieben durchschnittlich 79% der Neugeborenen zur stationären Entgiftung in der Klinik. Bei 21% der in der Modellzeit von den betreuten Frauen geborenen Kinder war keine Entgiftung erforderlich. Gestillt hat nur 1% der Frauen.

In dem Kapitel „Begleitung bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ wird die Dynamik in der Neugeborenenphase für Mutter und Kind beschrieben.

VIOLA wurde im Laufe des Modellprojekts zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den Betreuungsprozess einbezogen: Während noch 1999 die Anzahl der Geburten mit der Anzahl der betreuten schwangeren Frauen korrelierte, wurden die Mitarbeiterinnen von VIOLA im Jahr 2000 nach den zehn erfolg-

ten Geburten sieben mal seitens der Kliniken in die Betreuung einbezogen. Für die betreuten Frauen war der Druck seitens der Kliniken und der Jugendhilfe der häufigste Anlass, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die Kinder der betreuten Frauen

Alter der Kinder

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=56		n=37		n=67		n=48	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
unter 6 Mon.	12%	6	11%	5	14%	10	15%	3	6%
1/2–1 Jahr	14%	5	9%	7	19%	8	12%	8	17%
bis 2 Jahre	14%	9	16%	2	5%	12	18%	8	17%
bis 3 Jahre	12%	3	5%	6	16%	4	6%	9	19%
bis 4 Jahre	8%	6	11%	3	8%	5	8%	3	6%
bis 5 Jahre	8%	6	11%	3	8%	7	11%	1	2%
bis 6 Jahre	8%	1	2%	4	11%	6	9%	4	8%
bis 7 Jahre	5%	3	5%	0	0%	3	4%	5	11%
bis 8 Jahre	5%	4	7%	2	5%	2	3%	2	4%
bis 9 Jahre	4%	3	5%	1	3%	3	4%	1	2%
bis 10 Jahre	5%	4	7%	2	5%	3	4%	2	4%
bis 12 Jahre	5%	5	9%	1	3%	2	3%	2	4%
bis 15 Jahre	2%	1	2%	1	3%	2	3%	0	0%

Die im Projektzeitraum durchschnittlich größte Altersgruppe waren mit 28% die sechs Monate bis zwei Jahre alten Kinder. Der Anteil von Mädchen und Jungen differierte insgesamt unwesentlich. Mit jeweils 12% folgten Kinder unter sechs Monaten und Kinder bis drei Jahren. Diese Altersgruppen, die insgesamt mehr als die Hälfte aller Kinder ausmachten, wurden von VIOLA auch am häufigsten erreicht. Die Mütter brachten ihre Kinder in diesem Alter fast immer mit, da öffentliche Einrichtungen wie Kindergärten für sie noch nicht in Betracht kamen. Durchschnittlich 24% der Kinder der betreuten Frauen waren vier, fünf oder sechs Jahre alt. Die Gruppe der über sieben- bis fünfzehnjährigen Kinder betrug während des Berichtszeitraums im Mittelwert insgesamt 26%. Grundschulkindern wurden im Rahmen der Einzelfallbetreuung erreicht. Kinder über zehn Jahre wurden von ihren Müttern jedoch seltener mit in die Beratung/Betreuung von VIOLA gebracht. Für die Betreuung von Jungen bestand generell eine Altersgrenze bei ca. 12 Jahren (beginnende Pubertät).

Wohnort der Kinder

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamtzahl	Mittelwert	n=56		n=37		n=67		n=48	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
bei Eltern	25%	16	28%	8	22%	16	24%	12	26%
bei Mutter	46%	20	35%	19	51%	32	48%	24	50%
bei Vater	6%	2	4%	3	8%	4	6%	3	6%
bei Großeltern	11%	7	13%	4	11%	7	10%	5	10%
Pflegefamilie/ Heim	12%	11	20%	3	8%	8	12%	4	8%

In dem gesamten Projektzeitraum war mit einem Mittelwert von 46% die Gruppe der Kinder, die bei ihrer Mutter lebte, deutlich die größte Gruppe. Mit beiden Elternteilen lebten 25% der Kinder. Ein durchschnittlicher Anteil von 12% war in einer Pflegefamilie bzw. in einem Heim untergebracht. 11% der Kinder lebten bei den Großeltern. Die Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Arbeit mit

Kindern wird durch die Tatsache, dass die meisten Jungen und Mädchen bei ihren Müttern leben, deutlich. Aspekte wie z.B. die Bedeutung einer drogenkonsumierenden Mutter als weibliches Rollenmodell für Mädchen und Jungen werden im Kapitel „Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse des Modellprojekts“ weiter ausgeführt.

Sorgerecht für die Kinder

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamt	Mittelwert	n=56		n=37		n=67		n=48	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Eltern	19%	17	30%	4	11%	13	19%	8	16%
Mutter	53%	25	44%	24	65%	33	49%	26	55%
Vater	6%	1	2%	4	11%	3	5%	2	5%
entzogen	14%	11	20%	0	0%	13	19%	9	18%
derzeit in Frage	8%	2	4%	5	13%	5	8%	3	6%

Das Sorgerecht für die im Projektzeitraum erfassten Kinder hatten mit 53% am häufigsten die Mütter. Die alleinige Sorge und damit die Verantwortung und Versorgung der Kinder zu tragen, potenziert die Probleme drogenabhängiger Frauen erheblich. Durchschnittlich 19% der Frauen teilten sich das Sorgerecht mit dem Vater des Kindes. Bei durchschnittlich 14% der Kinder war den Müttern/Eltern das Sorgerecht entzogen worden. Im Mittelwert von 8% stand die Entscheidung über das Sorgerecht noch aus. Die Gruppe der Väter, die das Sorgerecht hatten, umfasste 6%.

Kindesvater

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamt	Mittelwert	n=56		n=37		n=67		n=48	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Ehemann	16%	12	22%	2	5%	13	20%	7	15%
aktueller Partner	32%	17	31%	12	32%	21	31%	17	35%
getrennt lebender Ehemann	11%	8	14%	4	11%	6	9%	5	10%
geschiedener Ehemann	5%	2	3%	4	11%	1	2%	1	2%
letzter Partner	37%	17	30%	15	41%	26	38%	18	38%

Bei etwa der Hälfte der Kinder, die im Projektzeitraum erfasst wurden, war der leibliche Vater auch der aktuelle Partner bzw. Ehemann der Mutter. Bei der anderen Hälfte der Kinder war der Vater der getrennt lebende oder geschiedene Ehemann bzw. der letzte Partner der Mutter. Für die Familiendynamik von Bedeutung war die Tatsache, dass die Väter der Geschwisterkinder in unterschiedlichen Beziehungen zur Mutter standen, so ist z.B. der getrenntlebende Ehemann der Vater des ersten Kindes, der letzte Partner ist der Vater des zweiten Kindes der Mutter. Der Kontakt der Kinder zu ihrem jeweiligen Vater war in der Regel von der Beziehung der Mutter zum Vater abhängig; die Kinder, bei denen nicht der aktuelle Partner oder Ehemann der Mutter auch der Kindesvater war, hatten überwiegend keinen Kontakt zu ihrem Vater.

Kontakte zu VIOLA

Wer hat VIOLA empfohlen?

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamt	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
andere Klientin	10%	5	14%	3	10%	3	7%	3	10%
Institution	78%	23	62%	19	75%	36	88%	27	88%
Familie	5%	5	14%	1	5%	0	0%	0	0%
keine Angaben	7%	4	10%	3	10%	2	5%	1	2%

Mit durchschnittlich 78% haben Institutionen am häufigsten eine Betreuung durch VIOLA empfohlen. Im Laufe des Modellprojekts ist eine Zunahme der Vermittlung durch Institutionen festzustellen, was auf die Kooperationsvereinbarung zurückgeführt werden kann. Die Arbeit von VIOLA hat im Laufe der Modellzeit eine steigende Anerkennung innerhalb der Institutionen erfahren. Mit einem Anteil von durchschnittlich 10% im gesamten Erhebungszeitraum haben die Klientinnen sich untereinander VIOLA empfohlen. Familienangehörige haben an der Empfehlung von VIOLA mit 5% keinen hohen Anteil.

Welche Institutionen haben VIOLA empfohlen?

Zeitraum	7/97–7/01	7/97 – 12/98		1999		2000		1/01 – 7/01	
Gesamt	Mittelwert	n=37		n=26		n=41		n=31	
	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Jugendhilfe	17%	4	11%	4	14%	7	17%	8	25%
niedergelassene ÄrztInnen	12%	6	16%	3	12%	3	7%	3	11%
Bewährungshilfe	2%	1	3%	1	2%	1	2%	0	0%
Kliniken	48%	12	32%	12	48%	24	59%	16	52%
andere Beratungsstellen	22%	14	38%	6	24%	6	15%	4	12%

Im gesamten Modellzeitraum waren die Kliniken und die Jugendhilfe die Institutionen, die VIOLA am häufigsten empfohlen bzw. die den Kontakt zwischen Klientinnen und VIOLA hergestellt haben. Auffallend ist der Anstieg der Vermittlungen in den letzten beiden Jahren seitens der Kliniken. Die meisten Kontakte entstanden durch die Kinderkliniken, gefolgt von den Frauenkliniken, den Methadonambulanzen und den Entgiftungsstationen. Auch hier ist ein Zusammenhang mit den Kooperationsvereinbarungen zu sehen, die eine deutlich höhere Vermittlung von Frauen zu VIOLA zur Folge hatte.

Anhang

VIOLA – Der Name

Der Arbeitstitel des Modellprojektes: „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“ beschreibt zwar die Aufgabenstellung, eignet sich aber nicht für die praktische Arbeit, für die ein kurzer und eingängiger Name nützlicher ist. So wurde das Modellprojekt VIOLA genannt:

VIOLA (ital.), das Veilchen; auch: Frauenname:

Veilchen sind Waldblumen, die an schattenreichen Plätzen, nahe am Boden wachsen.

- Drogenkonsumierende Frauen versuchen häufig, sich im Schatten zu halten, wenn sie schwanger werden oder bereits Kinder haben. Sie versuchen, möglichst unauffällig zu leben.

Es gibt ca. 400 Veilchenarten auf der Welt.

- Jede Frau ist anders, auch wenn Lebenssituationen scheinbar vergleichbar sind. So geht auch jede drogenkonsumierende Frau anders mit sich, ihrem Leben, ihren Belastungen, ihrem Kinderwunsch, ihrer Mutterrolle etc. um.

Medizinisch gesehen wird dem Veilchen die Eigenschaft nachgesagt, in Bereiche des Körpers vorzudringen, die in der Regel nur von Blut und Lympheflüssigkeit erreicht werden können und hier Giftstoffe, die sich angesammelt haben, aufzulösen.

- Neben den Auswirkungen des konsumierten Stoffes tragen Frauen massive Verletzungen, Ängste und Schuldgefühle mit sich, die das Leben behindern können oder ihre Lebenssituation mehr „vergiften“, als der Stoff dies tut.

Mit Veilchen als Geschenk ist oftmals der Ausdruck von Zärtlichkeit und Zuneigung verbunden. Veilchen drücken Zartheit aus, sind aber dennoch relativ widerstandsfähig.

- Viele drogenkonsumierenden Frauen erleben die Schwangerschaft als ein Geschenk - im Sinne einer Motivation, aus der Drogenbindung auszusteigen. Trotz aller Ambivalenz, die Schwangerschaft, Geburt und das Leben mit Kind/ern begleiten, setzen sie oftmals ein hohes Maß an Energie ein, mit ihren Kindern gut zu leben.

Unter dem Aspekt der Wiedererkennung und der Zuordnung wurde das Auge, Logo der Drogenberatungsstelle für Mädchen und Frauen, BELLA DONNA, übernommen.

Kooperationsvereinbarung
zwischen
den an der Betreuung von
drogenkonsumierenden Müttern/Vätern/Eltern
und deren Kindern beteiligten Institutionen
zur Koordinierung der Hilfen für diese Zielgruppen
innerhalb der Stadt Essen

Stand Januar 2002

Kooperationsvereinbarung

zwischen

1. Universität-Gesamthochschule Essen (hier: Medizinische Einrichtungen),
vertreten durch die Rektorin, vertreten durch den Kanzler, dieser vertreten durch
den Verwaltungsdirektor, Hufelandstraße 55, 45122 Essen
Beteiligte Kliniken: Abteilung für Geburtshilfe und perinatale Medizin, Zentrum
für Frauenheilkunde und Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Zentrum für Kinderheilkunde
2. AWO Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte und Familienplanung in der
Universität-Gesamthochschule Essen, Medizinische Einrichtungen, Zentrum für
Frauenheilkunde, Hufelandstraße 55, 45147 Essen
3. Elisabeth-Krankenhaus Essen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität-
Gesamthochschule Essen
Beteiligte Kliniken: Klinik für Neonatologie, Kinder- und Jugendmedizin und Klinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe, Moltkestraße 61, 45138 Essen
4. Rheinische Kliniken Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Virchowstraße 174, 45147 Essen
5. Verein Krisenhilfe e. V., Kontaktcafé, Beratungsstelle, Fachambulanz,
I. Weberstraße 23, 45127 Essen
6. Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e. V., BELLA DONNA,
Drogenberatung für Mädchen und Frauen, VIOLA, Modellprojekt „Ambulante
Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“,
Kopstadtplatz 24 - 25, 45127 Essen
7. Sozialdienst Katholischer Frauen Essen-Mitte e. V., Café Schließfach,
Maxstr. 20, 45127 Essen
8. Jugendhilfe: Soziale Dienste des öffentlichen Trägers und der freien Träger

zur Koordinierung der Hilfen für drogenkonsumierende/substituierte Mütter/Väter/Eltern und
deren Kinder innerhalb der Stadt Essen.

Präambel

Die an der Kooperation beteiligten Institutionen verfolgen das gemeinsame Ziel, den als Zielgruppe genannten Müttern, Vätern, Eltern und deren Kindern ein dauerhaft gemeinsames Leben zu ermöglichen. Es wird angestrebt, eine konstruktive Zusammenarbeit der Zielgruppe mit den KooperationspartnerInnen und zwischen den KooperationspartnerInnen zu erreichen.

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Die KooperationspartnerInnen treffen zur Erreichung der genannten Ziele die in dem beigefügten Konzept niedergelegte Vereinbarung. Das nachstehende Konzept ist in seiner Gesamtheit untrennbarer Bestandteil dieses Vertrages.

Die KooperationspartnerInnen verpflichten sich zu einer Zusammenarbeit nach besten Kräften auf der Grundlage dieses Konzeptes. Jede KooperationspartnerIn nimmt die ihr/ihm obliegenden Aufgaben im Umgang mit den Müttern/Vätern/Eltern eigenständig wahr.

§ 2

Kosten

Im Rahmen der Zusammenarbeit bei den KooperationspartnerInnen anfallende Kosten tragen diese selbst.

§ 3

Kooperationsgremium

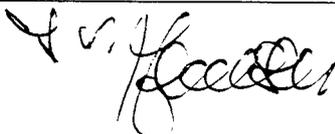
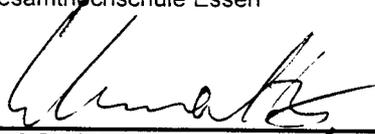
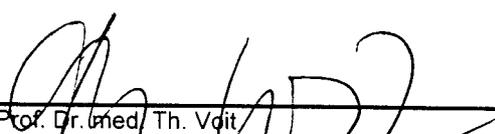
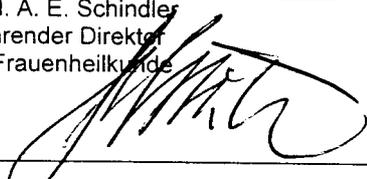
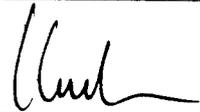
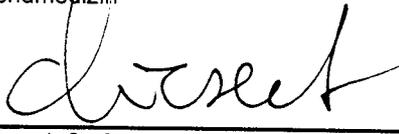
Zur laufenden Koordinierung der Zusammenarbeit benennen die KooperationspartnerInnen jeweils eine VertreterIn für das Kooperationsgremium. Aufgabe dieses Gremiums ist die Koordinierung und Optimierung der Zusammenarbeit, die frühzeitige Klärung auftretender Probleme sowie die Weiterentwicklung der Kooperation.

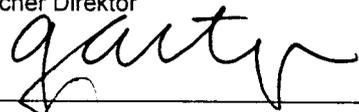
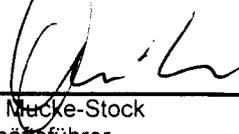
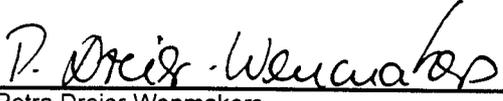
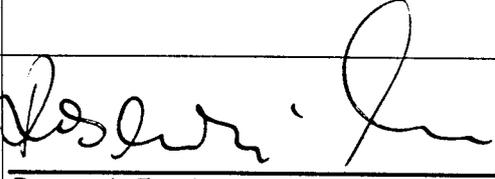
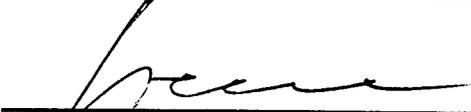
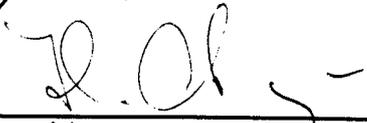
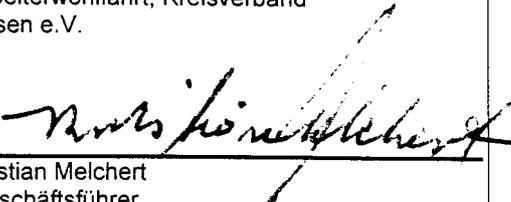
Das Kooperationsgremium benennt eine Leitung, die aus einer LeiterIn und einer stellvertretenden LeiterIn besteht. Auf Wunsch einer KooperationspartnerIn lädt die Kooperationsleitung zu Sitzungen des Kooperationsgremiums ein.

§ 4

Dauer des Vertrages, Kündigung

- 1) Der Vertrag wird unbefristet auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.
- 2) Jede KooperationspartnerIn kann sich durch schriftliche Kündigungserklärung, die an die Leitung des Kooperationsgremiums zu richten ist, mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Quartals aus den Rechten und Pflichten nach diesem Vertrag lösen und seine/ihre weitere Mitarbeit beenden.
- 3) Das Recht zu einer außerordentlichen Kündigung des Vertrages bleibt unberührt.

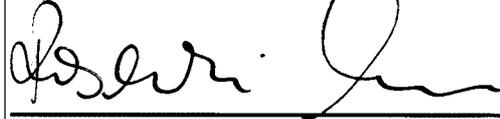
<p>Essen, den 21 Aug. 2000</p>	<p>Universität-Gesamthochschule Essen (hier: Medizinische Einrichtungen), vertreten durch die Rektorin, vertreten durch den Kanzler, dieser vertreten durch den Verwaltungsdirektor. Beteiligte Kliniken: Abteilung für Geburtshilfe und perinatale Medizin, Zentrum für Frauenheilkunde und Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Zentrum für Kinderheilkunde</p>	<p> Ltd. Regierungsdirektor J. Jansen Komm. Verwaltungsdirektor, Medizinische Einrichtungen der Universität-Gesamthochschule Essen</p> <p> Prof. Prof. h.c. Dr. A. A. Schmalz Geschäftsführender Direktor Zentrum für Kinderheilkunde</p> <p> Prof. Dr. med. Th. Voit Direktor der Abteilung Allgemeine Pädiatrie mit Schwerpunkt Neuropädiatrie</p> <p> Prof. Dr. med. A. E. Schindler Geschäftsführender Direktor Zentrum für Frauenheilkunde</p>
<p>Essen, den 14. 8. 2000</p>	<p>AWO Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte und Familienplanung in der Universität-Gesamthochschule Essen, Zentrum für Frauenheilkunde</p>	<p> Heidrun Farthmann Leiterin</p>
<p>Essen, den 15. 8. 00</p>	<p>Elisabeth-Krankenhaus Essen, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität-Gesamthochschule Essen Beteiligte Kliniken: Klinik für Neonatologie, Kinder- und Jugendmedizin und Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe</p>	<p> Dipl.-Kfm. J. Hartmann Krankenhausdirektor Elisabeth-Krankenhaus Essen</p> <p> Priv.-Doz. Dr. med. Rudolf Mallmann Direktor der Klinik für Neonatologie, Kinder- und Jugendmedizin</p> <p> Prof. Dr. med. Stefan Niesert Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe</p>

Essen, den 17.8.00	Rheinische Kliniken Essen, Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie	 Dipl.-Math. J. E. Splett-Bambynek Leiterin des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes Prof. Dr. med. M. Gastpar Ärztlicher Direktor 
Essen, den 10.8.00	Verein Krisenhilfe e.V.	 Klaus Mücke-Stock Geschäftsführer
Essen, den 16.8.00	Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.	 Petra Dreier-Wenmakers Vorstand
Essen, den 14.8.00	Sozialdienst Katholischer Frauen Essen-Mitte e.V.	 Rosemarie Engels Geschäftsführerin
Essen, den 10.8.00	Jugendhilfe: Soziale Dienste des öffentlichen Trägers und der freien Träger	 Dieter Greese Leiter des Jugendamtes Stadt Essen  Hans Aring Referatsleiter für soziale Arbeit Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Essen e.V.  Kristian Melchert Geschäftsführer Diakoniewerk Essen

Essen, den 10.08.00



Ingrid Kilz
Geschäftsführerin des Paritätischen
Wohlfahrtsverbandes, Kreisgruppe Essen



Rosemarie Engels
Geschäftsführerin des Sozialdienst
Katholischer Frauen Essen-Mitte e.V.

1. VORWORT	3
2. ZIELGRUPPE.....	6
3. ZIELE DES KONZEPTS	6
4. VORAUSSETZUNG ZUR ZIELERREICHUNG: SICHERSTELLUNG DER BASISVERSORGUNG	6
5. KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN ZWISCHEN DEM JEWEILS BETEILIGTEN HILFESYSTEM UND ZUSAMMENARBEIT MIT DER ZIELGRUPPE.....	7
5.1 GRUNDZÜGE UND ZIELE DER KOOPERATION / KOOPERATIONSPARTNERINNEN IM NETZWERK	7
5.2 DEFINITION UND WESENTLICHE MERKMALE EINER HELFERINNENKONFERENZ	8
5.3 GRENZEN DER KOOPERATION UND ZUSAMMENARBEIT.....	9
5.4 ABLAUFPLAN EINER LAUFENDEN BERATUNG/BETREUUNG IM NETZWERK KLINIKEN, DROGENHILFE UND JUGENDHILFE:.....	10
5.4.1 Kliniken.....	10
5.4.2 Drogenhilfe.....	12
5.4.3 Jugendhilfe.....	14
6. DATENSCHUTZBESTIMMUNGEN.....	16
7. STRUKTURELLE RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE BETREUUNG DER ZIELGRUPPE	16
8. UMSETZUNG DES GESAMTKONZEPTS FÜR DIE GESAMTGRUPPE UND DIE EINZELNEN KOOPERATIONSPARTNERINNEN.....	17
8.1 FORMBLATT ZUR HELFERINNENKONFERENZ.....	20
8.2 FRAGEBOGEN ZU DEN KOOPERATIONSVEREINBARUNGEN	21
8.3 ZUSAMMENFASSUNG DER WESENTLICHEN ERGEBNISSE DER ERPROBUNGSPHASE.....	23
9. MÖGLICHKEITEN DER BERATUNG UND HILFEN DER KOOPERATIONSPARTNERINNEN FÜR DIE ZIELGRUPPE	29
9.1 KRANKENHÄUSER.....	29
9.1.1 Universitätsklinikum Essen -GHS- Zentrum für Kinderheilkunde	29
9.1.2 Universitätsklinikum Essen - Zentrum für Frauenheilkunde	31
9.1.3 Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte und Familienplanung der AWO im Universitätsklinikum Essen im neuen Zentrum für Frauenheilkunde.....	33
9.1.4 Rheinische Kliniken Essen - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.....	34
9.1.5 Elisabeth-Krankenhaus Essen.....	36
9.2 DROGENHILFE.....	38
9.2.1 Verein Krisenhilfe e.V.	38
9.2.2 BELLA DONNA - Drogenberatung für Mädchen und Frauen	40
9.2.3 VIOLA, Modellprojekt "Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern"	42
9.2.4 Café Schließfach.....	44
9.3 JUGENDHILFE SOZIALE DIENSTE DES ÖFFENTLICHEN TRÄGERS UND DER FREIEN TRÄGER.....	45
9.3.1 Zuständigkeiten.....	45
9.3.2 Grundsätze der Beratung und Hilfe	46
9.3.3 Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail.....	47

1. Vorwort

In der BRD leben nach Schätzungen ca. 30 000 Kinder, deren Mütter/Väter/Eltern von Drogen abhängig sind. In der Praxis sind es hauptsächlich Frauen, die alleinerziehend mit ihren Kindern leben. Der Vollständigkeit halber werden im folgenden auch Väter und Eltern explizit genannt. Rechnet man die geschätzte bundesweite Anzahl von Kindern auf die Situation in der Stadt Essen um (Anzahl der DrogenkonsumentInnen, davon Anteil der Frauen, ca. die Hälfte hat mindestens ein Kind), so müssten hier etwa 500 bis 600 Kinder leben, deren Mütter/Väter/Eltern Drogen konsumieren.

Wie viele Kinder werden in Essen institutionell tatsächlich erfasst? Diese Frage wurde mittels einer nicht repräsentativen Umfrage von den KooperationspartnerInnen der Bereiche Jugendhilfe, Drogenhilfe und Kliniken mit Neonatologie für das Jahr 1999 beantwortet.

Da kein Namensabgleich innerhalb der Institutionen erfolgte, kann keine Aussage darüber getroffen werden, inwiefern bei dieser Erhebung der Anzahl der Kinder Mehrfachnennungen erfolgt sind. Mit der formulierten Frage: „Wie viele Kinder wurden in Ihrer Institution 1999 erfasst?“ kann nur ein Annäherungswert ermittelt werden. Eine verlässliche Anzahl der Kinder, die in Essen leben, lässt sich nicht benennen.

Die Befragung erbrachte folgende Zahlen: Im Bereich der Drogenhilfe wurden ca. 170 Kinder, im Rahmen der Jugendhilfe ca. 174 Kinder und in den zwei Krankenhäusern mit Neonatologie (Universitätsklinikum Essen, Zentrum für Kinderheilkunde und Elisabeth-Krankenhaus) ca. 19 Kinder erfasst.

Unterstellt man, dass bei ca. 1/3 Doppel- bzw. Mehrfachnennungen vorliegen, kann davon ausgegangen werden, dass ca. 200 Kinder in Essen im Hilfesystem eingebunden sind. Bei dieser Zahl handelt es sich nur um einen Annäherungswert. Es liegt allerdings die Vermutung nahe, dass der größte Teil der Kinder und ihrer Mütter/Väter/Eltern vom Hilfesystem gar nicht erreicht werden.

Für die Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder kann der Drogenkonsum ihrer Mütter/Väter/Eltern von erheblichem Nachteil sein. Meistens bedeutet es für sie, mit einer Vielzahl von Problemen aufzuwachsen, wie etwa fehlende Erziehung, Mangelversorgung insgesamt, Vereinsamung oder Kontaktmangel zu anderen Kindern zu haben. Als psychische Dauerbelastungen können z.B. genannt werden:

- ein Lebensalltag, der sich an dem Rhythmus des Suchtmittels orientiert,
- Geheimhaltung des Suchtmittelkonsums als Familiengeheimnis,
- fehlende Kindheit durch Übernahme von nicht altersgerechter Verantwortung für die Erwachsenen und jüngere Geschwister,
- Leben in Angst vor Trennung von der Mutter/dem Vater/den Eltern durch Haftstrafen, stationäre Therapie oder Tod,
- Tragen von Schuldgefühlen für die Situation zu Hause,
- Wechsel zwischen übermäßiger Verwöhnung und plötzlicher Bestrafung, Störungen in der eigenen Wahrnehmung und im emotionalen Bereich.

Die Ausweitung der Probleme ist abhängig von der individuellen Situation der Erwachsenen (z.B. Konsumdauer und -gewohnheiten, finanzielle Situation oder Umfang der sozialen Integration).

Die Schwierigkeiten der Kinder drücken sich in unterschiedlichen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten aus. Die soziale Isolation der Mütter/Väter/Eltern führt auch sie in eine innere Vereinsamung.

Die suchtbedingten Verhaltensmuster der abhängigen Bezugspersonen können für den späteren Umgang mit Konfliktsituationen prägend sein. Kinder aus suchtmittelabhängigen Familien sind bis zu sechsfach höher gefährdet, selbst suchtmittelabhängig zu werden.

Die meisten Frauen, die Drogen konsumieren, entscheiden sich mit ihrer Schwangerschaft bewusst für ihr Kind und sind voller Hoffnung auf ein „normales“ Leben. Trotzdem sind die Mütter/Väter/Eltern mit der Erziehung ihrer Kinder aufgrund ihrer eigenen Biographie und ihrer mit dem Drogenkonsum verbundenen Lebensführung oftmals überfordert. Für Frauen, die mit ihren Kindern leben, kommen die Probleme, die von alleinerziehenden Müttern bekannt sind, hinzu. Oft reagieren die Mütter/Väter/Eltern auf die schwierigen Erziehungsaufgaben nicht angemessen. Ihre Situation ist geprägt durch finanzielle Sorgen, Schuldgefühle und die Angst, ihre Kinder zu verlieren.

Das Hilfesystem, grob unterteilt in die drei Hauptbereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken, sieht sich ebenfalls mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert: z.B. Betreuung von Müttern/Vätern/Eltern durch mehrere Institutionen in Unkenntnis voneinander; es werden unterschiedliche, auch gegensätzliche Ziele für die Betroffenen angestrebt oder die Hilfen erreichen die Zielgruppe gar nicht. Der Kontakt des Hilfesystems zu Mutter/Vater/Eltern und Kind ist schnell abgebrochen, wenn diese keine Bindung haben wollen, die Kinder geraten in der Regel aus dem Blick.

Die Konflikte, die sich aus der Problematik ergeben, sehen für die einzelnen Bereiche unterschiedlich aus:

- Kliniken: Ungewissheit über die häuslichen Lebensverhältnisse der entlassenen Kinder,
- Jugendhilfe: Mütter/Väter/Eltern meiden die Hilfsangebote aus Angst vor Kontrolle,
- Drogenhilfe: Der Einblick in die häuslichen Lebensverhältnisse der Kinder fehlt oftmals.

Diese Ausführungen verdeutlichen den Bedarf einer gezielteren Absprache aller Beteiligten und bildeten den Anstoß zur Entwicklung der vorliegenden Kooperationsvereinbarung.

Erreicht werden soll ein verbindlicher Rahmen der Kooperation und Koordination innerhalb des Hilfesystems und eine Regelung der Verantwortlichkeiten im Umgang mit Müttern/Vätern/Eltern. Für die Mütter/Väter/Eltern und deren Kinder sollen die Chancen für ein Zusammenleben erhöht und verbessert werden.

Zur Entwicklung dieser Kooperationsvereinbarung hat ein Vorbereitungskreis von vier Vertreterinnen - Jugendamt der Stadt Essen, Verein Krisenhilfe, Kinderklinik, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, - die Arbeitstreffen, an denen insgesamt 25 Verbände und Institutionen beteiligt waren (Gesamtgruppe), vorstrukturiert und im August 1998 zur ersten Sitzung eingeladen.

Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW hat im Rahmen ihrer fachlichen und konzeptionellen Begleitung des Modellprojekts „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, VIOLA, für diese Arbeitssitzungen und die entsprechenden Vorbereitungstreffen die Federführung sowie die Organisation (Erstellung und Versand von Einladungen, Protokollen etc.) übernommen.

Über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren wurden in sechs Arbeitstreffen der Gesamtgruppe die Inhalte dieser Kooperationsvereinbarung gemeinsam entwickelt. Zusätzlich haben die Bereiche Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken parallel in Untergruppen gearbeitet.

So entstand das vorliegende Konzept Anfang des Jahres 2000 als ein Ergebnis aller KooperationspartnerInnen in Essen. Es wurde bis Januar 2002 von den Beteiligten in der Praxis überprüft und durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW anschließend präzisiert. Es soll in Zukunft in Essen als Grundlage und Arbeitshilfe für die Praxis dienen und auch für andere Städte und Regionen Nordrhein-Westfalens eine Unterstützung zur innovativen Gestaltung dieses Arbeitsbereichs darstellen.

Die Kooperationsvereinbarung wurde vertraglich fixiert und auf Direktoren-, Leitungs- bzw. Vorstandsebene unterzeichnet. Hierbei war die Erlangung des deklaratorischen Charakters des Vertrags entscheidender als die Erlangung einer juristischen Verbindlichkeit.

Somit ist erstmalig in Deutschland institutionsübergreifend eine Absichtserklärung, in der hier beschriebenen Art und Weise in diesem Arbeitsfeld vorzugehen, auf Trägerebene zwischen Jugendhilfe, Drogenhilfe und Kliniken vertraglich erwirkt worden.

2. Zielgruppe

Das Konzept bezieht sich ausschließlich auf folgende Zielgruppen:

- drogenkonsumierende*/substituierte** schwangere Frauen,
- drogenkonsumierende/substituierte werdende Väter,
- drogenkonsumierende/substituierte Mütter/Väter/Eltern,
- Kinder, deren Mütter/Väter/Eltern Drogen konsumieren/substituiert werden.

* drogenkonsumierend meint: vorwiegend Konsum illegaler Drogen, z.B. Heroin, Kokain u.a.

**substituiert meint: Substitution mit Methadon, Polamidon oder Codein

3. Ziele des Konzepts

Alle an dem Konzept beteiligten Institutionen verfolgen als gemeinsame Ziele:

- ein dauerhaft gemeinsames Leben von Mutter/Vater/Eltern und Kind zu ermöglichen,
- eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Zielgruppe und eine verbindliche Kooperation mit den VertragspartnerInnen der drei Bereiche Krankenhäuser, Drogenhilfe und Jugendhilfe.

4. Voraussetzung zur Zielerreichung: Sicherstellung der Basisversorgung

Die Basiskriterien werden von den KooperationspartnerInnen als Minimalbedarf, der für das Aufwachsen eines Kindes als erforderlich erachtet wird, anerkannt. Die Kriterien lehnen an die Anfang der 80er Jahre von dem Büro "Kinder drogenabhängiger Eltern (KDO)" in Amsterdam entwickelten Leitlinien an.

Die Basiskriterien sind nicht absolut zu sehen, sondern beinhalten den erforderlichen Ermessensspielraum für die MitarbeiterInnen, um eine individuelle Entscheidung darüber treffen zu können, welche Kriterien zu erfüllen sind und wie die Erwartungen der MitarbeiterInnen dazu genau aussehen. Diese Erwartungen müssen mit den Müttern/Vätern/Eltern deutlich besprochen werden, damit die Betroffenen die an sie gestellten Anforderungen kennen.

Es ist sinnvoll, die Kriterien so früh wie möglich in den ersten Kontakten zu thematisieren.

Basiskriterien:

- Vorhandensein eines **Wohnraums** mit Möglichkeiten der **Beheizung** sowie der Gewährung von **Wasser- und Stromversorgung**,
- Vorhandensein von **hygienischen Wohnverhältnissen** (z.B. keine extremen Verschmutzungen wie Schimmel, Kot, Erbrochenes, Müll),
- **Absicherung des Lebensunterhaltes**,
- **Absicherung der ärztlichen Versorgung**, z.B. Einhaltung von Vorsorgeuntersuchungen und Impfterminen, Arztbesuche bei Erkrankungen und Befolgen ärztlicher Anordnungen,
- Vorhandensein einer **festen kontinuierlichen Bezugsperson** für das Kind,
- **Strukturierter Alltag** zur regelmäßigen täglichen Versorgung des Kindes:

verlässlicher und **geregelter Tag-Nacht-Rhythmus** für das Kind, regelmäßige, ausreichende und altersgemäße **Ernährung**, **Körperhygiene**, Vorhandensein von entsprechender, witterungsgerechter **Bekleidung**, Gewährleistung der **Aufsichtspflicht**.

- Gewährleistung einer ausreichenden **pädagogischen Förderung, Erziehung** und emotionalen Zuwendung (z.B. Bereithaltung von Spielmaterial), Nutzung tagesstrukturierender Angebote: Kindergarten, Tagesstätten, Hort, Absicherung des Schulalltags.
Bei Bedarf: Förderung durch pädagogische oder therapeutische Einrichtungen.

5. Kooperationsvereinbarungen zwischen dem jeweils beteiligten Hilfesystem und Zusammenarbeit mit der Zielgruppe

5.1 Grundzüge und Ziele der Kooperation / KooperationspartnerInnen im Netzwerk

Grundzüge der Kooperation:

- Die Verantwortung, den Rahmen und den Umgang mit den Betroffenen so zu gestalten, dass diese Vertrauen in die Beratungs- und Hilfeangebote entwickeln können und die Hilfen auch in Anspruch nehmen, liegt bei den beteiligten Institutionen.
- Die KooperationspartnerInnen verständigen sich darauf, die Mitarbeitsbereitschaft der Mütter/Väter/Eltern - soweit nicht vorhanden - zu erwirken und bei den Betroffenen die Bereitschaft zu wecken, mit mindestens einer von ihnen ausgewählten Institution zusammen zu arbeiten und mit dieser in Kontakt zu bleiben. Der Zeitraum hierfür muss gemeinsam festgelegt werden. Mit dieser Regelung wird beabsichtigt, die Verbindung zur Mutter/dem Vater/den Eltern und den Kinder dauerhaft besser zu erhalten.
- Eine Aufgabe der KooperationspartnerInnen zur Erreichung der genannten Zielsetzung (siehe Punkt 3) ist es, die Mitbestimmung und Beteiligung der betroffenen Mütter/Väter/Eltern an der Gestaltung des Beratungs- und Hilfeprozesses und bei der Auswahl der Hilfen zu gewährleisten.
Die KooperationspartnerInnen informieren die Betroffenen ausführlich über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten für sie und ihr Kind und geben ihnen einen Überblick über die unterschiedlichen Leistungen und Bedingungen, unter denen diese in Anspruch genommen werden können.
Ebenso werden den Müttern/Vätern/Eltern in den ersten Kontakten die Basiskriterien erklärt. Sie werden darüber informiert, welche Minimalanforderungen diese Basiskriterien zur Versorgung ihres Kindes aus Sicht der KooperationspartnerInnen beinhalten. Die Vorgehensweise/Konsequenzen bei Gefährdung des Kindes werden deutlich vermittelt. (siehe Ablaufplan einer laufenden Betreuung, Ausgangssituation).
- In einem kontinuierlichen Hilfeprozess wird in der HelferInnenkonferenz im Rahmen einer Situationsanalyse mit den Müttern/Vätern/Eltern der Hilfebedarf regelmäßig aktualisiert. Die HelferInnenkonferenzen finden mindestens 2 Mal jährlich – auch ohne negativen Anlass - statt.

Ziele der Kooperation:

- Transparenz für alle Beteiligten - vor allem für Mutter/Vater/Eltern - über die jeweiligen Arbeitsansätze und Hilfsangebote,
- der persönliche Kontakt zu Mutter/Vater/Eltern und Kind ist regelmäßig gewährleistet,
- Grundlage zur Vermeidung von doppelten bzw. contraindizierten Hilfen,
- klare Informationen für Mutter/Vater/Eltern über die an sie gestellten Anforderungen und Erwartungen,
- die Mütter/Väter/Eltern können sich auf die Versorgung ihres Kindes konzentrieren.

5.2 Definition und wesentliche Merkmale einer HelferInnenkonferenz

Zur Erläuterung des Begriffs:

Die Jugendhilfe unterscheidet Hilfeplangespräche (gesetzlich laut KJHG vorgeschrieben, mit Klientin), HelferInnenkonferenzen (formlos, mit KlientIn und allen an dem Fall Beteiligten) und Fachgespräche (ohne KlientIn, Einbeziehung anderer Fachdienste). Zu allen Gesprächen werden Protokolle angefertigt.

Der Begriff HelferInnenkonferenzen ist der Jugendhilfe entliehen, da er den Vorteil hat, eine Möglichkeit der Kooperation zu beschreiben, bei der eine formlose Beteiligung der Fachkräfte und der Betroffenen beschrieben wird. Die Beteiligten einer HelferInnenkonferenz sind flexibel nach Einzelfall auszuwählen, die Betroffenen werden aber direkt miteinbezogen.

Der Begriff umfasst hier alle Formen von Kooperationsgesprächen. Anders als in der Jugendhilfe sind mit dem Begriff HelferInnenkonferenz in diesem Kontext auch Gespräche gemeint, an denen die Jugendhilfe nicht involviert ist (z.B. Drogenhilfe, Bewährungshilfe, KlientIn)

Das Wesentliche an dieser Form der Kooperation ist, dass alle an dem Fall beteiligten Fachkräfte zusammen mit den betroffenen Müttern/Vätern/Eltern regelmäßig kooperieren. Diese Form der Kooperation wurde HelferInnenkonferenz genannt und auch für die Bereiche Drogenhilfe und Kliniken nutzbar gemacht.

Die HelferInnenkonferenz wird zum ersten Mal von der Fachkraft der Institution einberufen, die einen Bedarf sieht (weiteres Verfahren siehe Ablaufplan).

Die HelferInnenkonferenz setzt sich zusammen aus den an der Fallbearbeitung beteiligten Fachkräften und der betroffenen Mutter und/oder dem Vater.

Inhalte der HelferInnenkonferenz:

- Austausch über die bestehende Situation (Ressourcen, Erfüllung der Basiskriterien u.a.),
- Klärung der verschiedenen Positionen und Wünsche,
- Austausch über die verschiedenen Hilfemöglichkeiten und deren Zielsetzung,
- Aushandlungsprozess und Einigung auf das weitere Vorgehen,
- verbindliche Vereinbarungen mit den Eltern treffen und Festlegung ihrer Aufgaben,

- die weiteren Aufgaben und Verantwortungen der KooperationspartnerInnen klären und festlegen,
- Klärung der Federführung für die nächste HelferInnenkonferenz und der weiteren Betreuung.

Die wichtigsten Absprachen sind in einem Ergebnisprotokoll von der einladenden Fachkraft festzuhalten. Dieses Protokoll ist die Grundlage für die nächste HelferInnenkonferenz und wird allen Beteiligten zugesandt.

(Muster eines Ergebnisprotokolls: siehe Punkt 8.1: „Formblatt zur HelferInnenkonferenz“)

Sollten Änderungen entstehen, werden diese im Rahmen weiterer HelferInnenkonferenzen besprochen.

5.3 Grenzen der Kooperation und Zusammenarbeit

Kontaktabbruch der Mutter/des Vaters/der Eltern:

Die Grenze der Zusammenarbeit mit den Betroffenen ist vorläufig erreicht, wenn die Mutter/der Vater/die Eltern den Kontakt zu den KooperationspartnerInnen im Hilfesystem meiden.

Liegt keine Gefährdung des Kindes vor, wird von der zuletzt betreuenden Institution bzw. MitarbeiterIn eigenverantwortlich entschieden, den Kontakt ruhen zu lassen (siehe Ablaufplan, Folgesituation b, 1. Möglichkeit).

Bei Gefährdung des Kindes wird in diesem Fall die betreuende Institution die Jugendhilfe informieren (siehe Ablaufplan, Folgesituation b, 2. Möglichkeit).

5.4 Ablaufplan einer laufenden Beratung/Betreuung im Netzwerk Kliniken, Drogenhilfe und Jugendhilfe:

5.4.1 Kliniken

<u>Ausgangssituation</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>	<u>Ziel</u>
Klientin hat in der geburts-hilflichen Abteilung entbun-den. Das Neugeborene wird in der Kinderklinik aufgrund eines neonatalen Abstinenz-syndroms behandelt. Die Mutter/der Vater besucht/en ihr Kind regelmäßig.	<p>Im Rahmen der ersten Kon-takte werden die Mutter/der Vater über den Kooperati-onsverbund (siehe Punkt 5.1), dessen Zielsetzung und über die Hilfsangebote der Jugendhilfe informiert. Die Basiskriterien werden der Mutter/dem Vater erklärt.</p> <p>Der psychosoziale Dienst / die Psychologin der Ambu-lanz der Klinik beruft eine HelferInnenkonferenz ein. TeilnehmerInnen: alle aktuell an der Betreuung der Mut-ter/des Vaters beteiligten In-stitutionen, die Jugendhilfe sowie die Mutter/der Vater.</p> <p>Die Situation von Mutter und Kind wird anhand der Basis-kriterien analysiert, Hilfemaß-nahmen werden festgelegt. Ebenso wird die Institution benannt, die für die weitere Einberufung der HelferInnen-konferenz zuständig ist.</p>	<p>Frühzeitige Information des psychosozialen Dienstes der Kinderklinik über die Erforder-nisse, die die Mutter/der Vater erfüllen müssen, um ihr Kind nach der Entzugsbe-handlung mit nach Hause nehmen zu können.</p> <p>Klarheit über die weitere Per-spektive des Kindes.</p> <p>Gegenseitige Transparenz über den Entscheidungspro-zess.</p> <p>Information der Mutter/des Vaters über die Erwartungen der beteiligten Institutionen an die Zusammenarbeit.</p> <p>Festlegung der Aufgaben und Absprachen der beteiligten Institutionen und die der Mutter/des Vaters.</p> <p>Festlegung der verantwortli-chen Institution/-en, die für den weiteren Kontakt zu Mutter/Vater/Kind nach der Entlassung aus der Klinik zuständig ist/sind.</p>
Älteres Kind wird aufgrund von Krankheiten behandelt, die Mutter/der Vater oder Partner der Mutter ist/sind drogenabhängig.	<p>Der psychosoziale Dienst der Klinik erhebt die Situation. Gegebenenfalls wird eine HelferInnenkonferenz (siehe oben) von der Klinik einbe-rufen, in der die weitere Vor-gehensweise besprochen wird.</p> <p>Die Verantwortung wird an die Jugendhilfe abgegeben.</p>	<p>Absicherung des Wohls des Kindes.</p>

<u>Ausgangssituation</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>	<u>Ziel</u>
<p>Folgesituation a:</p> <p>Die Mutter/der Vater sind mit der Inanspruchnahme der in der HelferInnenkonferenz festgelegten Hilfen/ Absprachen einverstanden.</p>	<p>Das Kind wird nach Hause entlassen. Die Verantwortung für die weitere Betreuung liegt bei der Institution, die zuvor in der HelferInnenkonferenz bestimmt worden ist.</p>	<p>Die Verantwortung der Mutter/des Vaters und die der beteiligten Institutionen werden klar und deutlich benannt und von allen anerkannt.</p>
<p>Folgesituation b:</p> <p>Die Mutter/der Vater halten sich nicht an die an sie gestellten Anforderungen der Klinik. Die Rahmenbedingungen für das Kind sind ungenügend, die Basiskriterien können nicht erfüllt werden.</p>	<p>Das Kind kann nicht nach Hause entlassen werden. Die Klinik beruft eine HelferInnenkonferenz mit den wie oben beschriebenen Beteiligten ein. Der Wunsch der Mutter/des Vaters über die weitere Perspektive ihres Kindes wird besprochen.</p> <p>Die Unterbringung des Kindes im Rahmen der Hilfen zur Erziehung wird von der Jugendhilfe festgelegt (Hilfepflanverfahren wird eingeleitet).</p> <p>Weitere Hilfen für Mutter/-Vater werden angeboten und erörtert.</p>	<p>Klärung der realistischen Perspektive zur Übernahme der Verantwortung durch die Mutter/den Vater für die Versorgung des Kindes.</p> <p>Gewährung einer sicheren Unterbringung für das Kind.</p> <p>Erhöhung der Erreichbarkeit und Unterstützung der Mutter/des Vaters.</p>

5.4.2 Drogenhilfe

<u>Ausgangssituation</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>	<u>Ziel</u>
<p>Die Drogenhilfe hat Kontakt zu Klientin/Klienten mit Kind durch</p> <ul style="list-style-type: none"> - das Krankenhaus - die Jugendhilfe - die Mutter/den Vater selbst 	<p>Im Rahmen der ersten Kontakte werden die Mutter/der Vater über den Kooperationsverbund (siehe Punkt 5.1), dessen Zielsetzung und über die Hilfsangebote der Jugendhilfe informiert.</p> <p>Die Basiskriterien werden der Mutter/dem Vater erklärt. Darüber hinaus wird erläutert, dass bei Gefährdung des Kindes die Jugendhilfe auch ohne das Einverständnis der Mutter/des Vaters informiert wird.</p> <p>Beteiligung an bzw. Einberufung von HelferInnenkonferenzen unter Hinzuziehen der aktuell beteiligten Institutionen und der Mutter/ des Vaters.</p> <p>Die Situation von Mutter und Kind wird anhand der Basiskriterien analysiert, Hilfemaßnahmen werden festgelegt. Ebenso wird die Institution benannt, die für die weitere Einberufung der HelferInnenkonferenz zuständig ist.</p>	<p>Aufbau einer konstanten Betreuung. Klarheit durch Informationen über die Erwartung der Drogenhilfe an die Mutter/den Vater zur Zusammenarbeit.</p> <p>Akzeptanz der Basiskriterien seitens der Mutter/des Vaters.</p> <p>Angstabbau durch Transparenz der Haltung seitens der Drogenhilfe.</p> <p>Klarheit über die weitere Perspektive des Kindes.</p> <p>Festlegung der Aufgaben und Absprachen der jeweiligen Institution und die der Mutter/ des Vaters.</p>
<p>Folgesituation a:</p> <p>Die Mutter/der Vater sind mit der Inanspruchnahme der in der HelferInnenkonferenz festgelegten Hilfen/Absprachen einverstanden und sind zur Zusammenarbeit bereit.</p>	<p>Die betreuende Institution der Drogenhilfe nimmt an den regelmäßig stattfindenden HelferInnenkonferenzen teil. Im Falle der zuvor festgelegten Verantwortlichkeit für die Einberufung lädt die Drogenhilfeeinrichtung zur HelferInnenkonferenz ein.</p>	<p>Regelmäßiger Kontakt -einer oder mehrerer Institutionen- zu Mutter/Vater/Kind.</p>

<u>Ausgangssituation</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>	<u>Ziel</u>
<p>Folgesituation b:</p> <p>Die Mutter/der Vater sind nicht zur Zusammenarbeit bereit.</p> <p>1. Möglichkeit:</p> <p>Eine Gefährdung des Kindes liegt nach Einschätzung der MitarbeiterIn der Drogenhilfe nicht vor.</p> <p>2. Möglichkeit:</p> <p>Eine Gefährdung des Kindes liegt nach Einschätzung der MitarbeiterIn der Drogenhilfe vor.</p>	<p>Die betreuende Drogenhilfeeinrichtung versucht, den Kontakt zu Mutter/Vater/Kind aufrecht zu erhalten. Die Verantwortung über die weitere Vorgehensweise liegt bei der MitarbeiterIn der Drogenhilfe.</p> <p>Die betreuende Drogenhilfeeinrichtung sucht den Kontakt mit der Mutter/dem Vater.</p> <p>Parallel wird die Jugendhilfe informiert. Weitere Vorgehensweise wird besprochen. Die Verantwortung wird an die Jugendhilfe abgegeben.</p> <p>Erneuter Versuch, die Mutter/den Vater zur Zusammenarbeit zu motivieren.</p>	<p>Kontakt zu Mutter/Vater/Kind halten.</p> <p>Wohlergehen des Kindes.</p> <p>Vermeidung des Kontaktabbruchs zur Mutter/zum Vater.</p>

5.4.3 Jugendhilfe

<u>Ausgangssituation</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>	<u>Ziel</u>
<p>Die Jugendhilfe hat Kontakt zu Klientin/Klienten mit Kind durch Information</p> <ul style="list-style-type: none"> - des Krankenhauses - der Drogenhilfe - der Betroffenen selbst - sonstiger Personen - sonstiger Institutionen 	<p>Im Rahmen der ersten Kontakte werden die Mutter/der Vater über den Kooperationsverbund (siehe Punkt. 5.1), dessen Zielsetzung und über die Hilfsangebote der Jugendhilfe informiert.</p> <p>Die Basiskriterien werden der Mutter/dem Vater erklärt.</p> <p>Im Rahmen des Erst- oder weiteren Kontaktes wird ein Unterstützungsbedarf festgestellt.</p> <p>Die Jugendhilfe lädt zur HelferInnenkonferenz ein. Teilnehmende: alle aktuell an der Betreuung der Mutter/des Vaters beteiligten Institutionen und die Mutter/der Vater selbst.</p> <p>Die Situation von Mutter und Kind wird anhand der Basiskriterien analysiert, Hilfsmaßnahmen werden festgelegt. Ebenso wird die Institution benannt, die für die weitere Einberufung der HelferInnenkonferenz zuständig ist.</p>	<p>Vertrauensbildung durch Information und Klarheit über die Erwartungen an die Zielgruppe zur Zusammenarbeit.</p> <p>Angstabbau durch Transparenz der Erwartungen seitens der Jugendhilfe an die Mutter/den Vater bezüglich der Versorgung des Kindes.</p> <p>Klarheit über die weitere Perspektive des Kindes.</p> <p>Gegenseitige Transparenz über den Entscheidungsprozeß.</p> <p>Information der Mutter/des Vaters über die Erwartungen der beteiligten Institutionen an die Zusammenarbeit.</p> <p>Festlegung der Aufgaben und Absprachen der jeweiligen Institutionen und die der Mutter/des Vaters.</p>

<u>Ausgangssituation</u>	<u>Handlungsempfehlung</u>	<u>Ziel</u>
<p>Folgesituation a:</p> <p>Die Mutter/der Vater sind mit der Inanspruchnahme der in der HelferInnenkonferenz festgelegten Hilfen / Absprachen einverstanden und sind zur Zusammenarbeit bereit.</p>	<p>Die Verantwortung für die weitere aktuelle Betreuung liegt bei der Institution, die zuvor in der HelferInnenkonferenz bestimmt worden ist. Regelmäßig stattfindende HelferInnenkonferenzen werden von der verantwortlichen Institution einberufen.</p>	<p>Regelmäßiger Kontakt -einer oder mehrerer Institutionen- zu Mutter/Vater/Kind.</p>
<p>Folgesituation b:</p> <p>Die Mutter/der Vater sind nicht zur Zusammenarbeit bereit.</p> <p>1. Möglichkeit:</p> <p>Eine Gefährdung des Kindes liegt nach Beurteilung der Jugendhilfe nicht vor.</p> <p>2. Möglichkeit:</p> <p>Eine Gefährdung des Kindes liegt nach Einschätzung der Jugendhilfe vor.</p>	<p>Liegt die Verantwortung für den Kontakt zur Mutter/Vater weiter alleine bei der Jugendhilfe, werden Hausbesuche durchgeführt.</p> <p>Es erfolgt ggf. eine Unterbringung des Kindes im Rahmen der Inobhutnahme. Das Hilfeplanverfahren wird eingeleitet mit dem Ziel der Gewährung der Hilfen zur Erziehung. Erfolgt keine Zustimmung der Eltern zur im Fachgespräch festgestellten notwendigen Hilfe, wird ein Familiengerichtsverfahren eingeleitet.</p> <p>Weiterer Versuch, die Mutter/den Vater zur Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe oder anderen Institutionen zu motivieren.</p>	<p>Kontakt zu Mutter/Vater/Kind behalten.</p> <p>Wohlergehen des Kindes.</p> <p>Kontakt zum Hilfesystem vermitteln.</p>

6. Datenschutzbestimmungen

Grundsätzlich sind die Daten bei den Betroffenen zu erheben.

Genutzt und weitergegeben werden dürfen diese Daten nur zu dem Zweck, zu dem sie erhoben wurden, d.h. hier konkret zur Erbringung der o.a. Leistungen/Hilfen/anderen Aufgaben.

Eine Weitergabe an KooperationspartnerInnen ist nur mit Zustimmung der Betroffenen möglich. Im Rahmen der Kooperation muss die Einwilligung der Betroffenen vorliegen, ggf. über eine "Entbindung von der Schweigepflicht".

Abweichung von den Datenschutzbestimmungen besteht bei substantiellen Gefährdungshinweisen (Misshandlung, grobe Vernachlässigung).

Genutzt und weitergegeben werden dürfen darüber hinaus nur die Daten, die zur Erfüllung der jeweiligen Aufgabe notwendig sind. Hierbei sind alle MitarbeiterInnen aufgerufen, eigenverantwortlich im Sinne des Datenschutzes mit der Vielfalt von Informationen umzugehen, die über die Betroffenen gesammelt werden.

7. Strukturelle Rahmenbedingungen für die Betreuung der Zielgruppe

Voraussetzungen für die Umsetzung des Konzepts sind strukturelle Rahmenbedingungen. Die KooperationspartnerInnen bemühen sich, gemäß ihrer Möglichkeiten, die entsprechenden im folgenden genannten strukturellen Rahmenbedingungen zu schaffen. Diese Bedingungen müssen sowohl die Bedürfnisse der Zielgruppe als auch die der MitarbeiterInnen mit einbeziehen. Dazu gehören:

- Das Bereitstellen von Räumlichkeiten, in denen ungestört mit den Müttern/Vätern/Eltern und ihren Kindern gearbeitet werden kann,
- das Erstellen von themen- und angebotsspezifischem Informationsmaterial der jeweiligen Institutionen für die Zielgruppe und die MitarbeiterInnen,
- die Verbesserung interner statistischer Aussagen über Mutter bzw. Vater/Eltern und Kind in allen Institutionen, um eine Auswertung und Überprüfung der Hilfsangebote und Kooperation der NetzpartnerInnen zu ermöglichen,
- im Rahmen der Datenerfassung eine konsequente Berücksichtigung der Kategorie „Geschlecht“ (Mann/Frau/Junge/Mädchen),
- die Bereitschaft zur Teilnahme an Fortbildungen der MitarbeiterInnen zur Thematik „Frau-Mutter-Sein bzw. Mann-Vater-Sein und Drogenkonsum“ zu fördern,
- Förderung von Fallbesprechungen und Supervision für die MitarbeiterInnen innerhalb der Institution durch die Leitung,
- Unterstützung von Entwicklungsprozessen der MitarbeiterInnen zur eigenen Haltung bezüglich der Thematik durch die Institution/Leitung,
- die Förderung der Arbeit mit der Zielgruppe durch die Träger/Leitung,
- die Benennung von verantwortlichen MitarbeiterInnen für den Arbeitsbereich/die Thematik durch die Träger/Leitung mit dem Ziel, die Kontinuität des Arbeitsgebiets zu gewährleisten.

Ein zur Zeit unlösbares Problem für die Kooperation ist die Tatsache, dass für die Betreuung von Frauen/Männern bzw. Eltern aus den Nachbarstädten Essens, die z.B. in einem Essener Krankenhaus entbinden oder von einer Essener Drogenhilfeeinrichtung begleitet werden, das Gesamtkonzept keine Gültigkeit besitzt.

8. Umsetzung des Gesamtkonzepts für die Gesamtgruppe und die einzelnen KooperationspartnerInnen

Mit dem vorliegenden Gesamtkonzept sind wesentliche Schritte vollzogen, die einen neuen Umgang mit der Thematik Drogenkonsum und Mutter-/Vater-/Elternschaft ermöglichen und dem formulierten Ziel dienen.

Hoffnungen auf ein Patentrezept zur Gestaltung der Kooperation müssen allerdings enttäuscht werden. Hierzu ist die Thematik "Mutter-/Vater-/Elternschaft und Drogenabhängigkeit" in sich zu komplex und die Anzahl der involvierten Professionellen zu vielfältig.

Das Konzept, auf welches sich die KooperationspartnerInnen verbindlich festlegen, ist als Grundgerüst zu verstehen, welches im Einzelfall individuell ausgebaut werden muss. Dabei kann es nicht darum gehen, einen problemfreien Weg zu finden, der möglichst frei von Konflikten, sowohl innerhalb der Institutionen als auch mit der Zielgruppe, ist.

Die Tatsache, dass die am Konzept beteiligten Institutionen Hilfen anbieten und gleichzeitig einen Teil Verantwortung für das Wohlergehen des Kindes übernehmen, birgt Widersprüche und Konflikte, die einer konstruktiven Bearbeitung bedürfen. Mit der Umsetzung des Konzepts steigen für alle Beteiligten die Anforderungen an ein eigenverantwortliches und dennoch kooperatives Handeln. Für die drei Kernbereiche Drogenhilfe, Krankenhäuser und Jugendhilfe ergeben sich jeweils eigene Ambivalenzen:

Die Drogenhilfe legt einen zusätzlichen Schwerpunkt auf die Mutter/Vater/Kind-Thematik. Im Rahmen der Betreuung/Behandlung wird die Mutter/Vater/Kind-Situation verstärkt thematisiert und ein größeres Augenmerk auf den Versorgungszustand der Kinder gelegt.

Es wird auf eine wünschenswerte oder notwendige Kooperation mit der Jugendhilfe hingewiesen. Mit Einverständnis der Betroffenen ist ein näherer Informationsaustausch möglich. Bei vermuteter Kindeswohlgefährdung obliegt es der Verantwortung der MitarbeiterIn, die Situation zu klären und dann abzuwägen, ob eine Mitteilung an die Jugendhilfe erfolgen soll.

Für die Krankenhäuser besteht die Ambivalenz aus der Realität eines Krankenhausalltags und der Verantwortung, als erste Institution einer drogenabhängigen Frau in ihrer Rolle als Mutter zu begegnen. In der relativ kurzen Zeit während des Klinikaufenthalts steht die eigentlich erforderliche Besonnenheit im Umgang mit den Müttern einer möglichst schnellen Klärung der Bedingungen im Anschluss an den Klinikaufenthalt gegenüber.

Die Schwierigkeiten für die Jugendhilfe ergeben sich zum einen aus dem doppelten Mandat, einerseits Mutter bzw. Vater **und** Kind zu unterstützen und andererseits einer Kindeswohlgefährdung zu begegnen. Zur Zielerreichung werden Hilfen für Mütter/Väter/Eltern und Kinder angeboten und gleichzeitig mit der Angst der Mutter/dem Vater/den Eltern vor einer Trennung von ihrem Kind gearbeitet (Erarbeitung von Vertrauen).

Die Umsetzung der Kooperationsvereinbarungen erfordert für die Gesamtgruppe und die Bereiche Drogenhilfe, Kliniken und Jugendhilfe weitere Arbeitsschritte, die im folgenden nur grob skizziert werden können und innerinstitutionell umgesetzt werden müssen:

Umsetzung für die Gesamtgruppe:

Das Konzept wird prozeßhaft von allen beteiligten Institutionen reflektiert, um anhand der Praxis die Umsetzung auf ihre Durchführbarkeit hin zu überprüfen.

Hierzu ist ein regelmäßiger Erfahrungsaustausch der beteiligten NetzpartnerInnen erforderlich, der aufgrund der Arbeitsintensität nicht zu häufig stattfinden, aufgrund der neuen Umgehensweise mit der Thematik aber gerade im ersten Jahr Korrekturen möglichst zeitnah erlauben sollte.

Das bedeutet, dass die Gruppe, die das Konzept erarbeitet hat, sich einmal pro Quartal mit dem Ziel trifft, das Konzept vor allem unter folgenden Aspekten zu überprüfen:

- Zufriedenheit der Mütter/Väter/Eltern und ihrer Kinder mit den veränderten Hilfen,
- Zufriedenheit der NetzpartnerInnen mit den HelferInnenkonferenzen und der damit verbundenen Kooperation und den zur Verfügung stehenden Hilfen,
- Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit der Handhabung und Umsetzbarkeit des Konzepts,
- Zufriedenheit der Träger mit dem Arbeits-/Zeitaufwand und der Präsentation des Konzepts in der Öffentlichkeit.

Die ersten drei Punkte werden mit Hilfe eines „Fragebogens zum Kooperationskonzept Drogen“ halbjährlich erhoben (siehe Punkt 8.2: „Fragebogen zum Kooperationskonzept Drogen“). Der Fragebogen wird von den MitarbeiterInnen bearbeitet und innerhalb der jeweiligen Institutionen ausgewertet.

Der letzte Punkt wird durch eine Befragung auf Leitungsebene ermittelt.

Das Ergebnis wird in der Gesamtgruppe mit dem Ziel erörtert, die Überprüfung des Konzeptes praxisnah zu gestalten.

Die Einladungen zu diesen Treffen erfolgen durch die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, zu deren Aufgabenstellung es gehört, im Rahmen der Begleitung des Modellprojekts VIOLA, „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“, Kooperationsstrukturen in Essen zu fördern.

Die Gesamtgruppe wird in gemeinsamer Absprache die Inhalte ihrer Arbeitstreffen füllen. Sie könnte z.B. als Forum dienen, in dem anhand von Fallbeispielen die Realisierbarkeit der Kooperationsvereinbarungen in der Praxis diskutiert und überprüft werden. MitarbeiterInnen aus den jeweiligen Institutionen könnten somit auch Sicherheit im Umgang mit den Vereinbarungen gewinnen.

Nach ca. einem Jahr wird das Gesamtkonzept bei Bedarf von den NetzpartnerInnen überarbeitet.

Eine weitere Aufgabe der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, ist es, das Gesamtkonzept einer landesweiten Fachwelt vorzustellen und Diskussionen anzuregen, wie auch in anderen Städten innerhalb Nordrhein-Westfalens mit der Problematik Drogenkonsum und Mutter-/Elternschaft besser im Sinne des angestrebten Ziels, das Zusammenleben von Mutter/Vater/Eltern und Kind zu ermöglichen, gearbeitet werden kann. Es ist für die Zukunft von der Landesfachstelle zu prüfen, ob das vorliegende Konzept auch für andere Städte eine Signalwirkung haben bzw. übertragen werden kann.

Umsetzung für den Bereich der Krankenhäuser:

- ÄrztInnen- und KrankenpflegerInnenfortbildungen, Ziel: Informationen aus dem psychosozialen Bereich der Zielgruppe, Gestaltung des Umgangs mit Mutter/Vater/Eltern,
- halbjährliches Treffen der VertreterInnen der Berufsgruppen mit dem Ziel, Fallbesprechungen durchzuführen,
- Fragebogen für Eltern entwickeln über die Zufriedenheit der Betreuung,
- Fragebogen für die Berufsgruppen zur Ermittlung der Zufriedenheit bearbeiten.

Umsetzung für den Bereich der Drogenhilfe:

- regelmäßiger Tagesordnungspunkt in der Teambesprechung:
Fallbesprechung, regelmäßige Reflexion über die Zusammenarbeit der NetzpartnerInnen mit dem Ziel, Lücken zu erkennen und für alle befriedigende Lösungen zu finden,
- Kollegiale Beratung,
- Fall- und Teamsupervision,
- Teilnahme an den Gesamttreffen der KooperationspartnerInnen zur „Umsetzung des Konzeptes“,
- Teilnahme an Fortbildungen,
- Gestaltung von Weiterbildung intern und extern,
- Bearbeitung und Bewertung der „Fragebögen zum Kooperationskonzept Drogen“.

Umsetzung für den Bereich Jugendhilfe:

- Vertiefte Diskussion der Konsequenzen / Handlungsschritte in der Dienstbesprechung der Verbände und der Bezirksstellen des Jugendamtes,
- Kollegiale Beratung,
- Fortbildung zum Thema,
- Quartalsweise Erfahrungsaustausch innerhalb der Jugendhilfe (Verbände und Jugendamt),
- Quartalsweise Erfahrungsaustausch der NetzpartnerInnen,
- halbjährliche Erhebung und Auswertung der Fragebögen (siehe Anlage 2) aus der Perspektive der Jugendhilfe.

8.1 Formblatt zur HelferInnenkonferenz

Name der Institution	Name der MitarbeiterIn	Telefon-Nr.	Fax-Nr.

Ergebnisprotokoll der HelferInnenkonferenz vom: _____

An der HelferInnenkonferenz beteiligte Personen:

Kurzdarstellung des Grundes zur Einberufung der Konferenz:

Folgende Vereinbarungen wurden mit den Eltern getroffen:

Die KooperationspartnerInnen legen folgende Aufgaben fest (was, bis wann):

Die Verantwortung

für	trägt:

Die nächste HelferInnenkonferenz ist auf den _____terminiert.

Zur nächsten HelferInnenkonferenz lädt _____ein.

Die Verantwortung für das weitere Fallmanagement übernimmt: _____

Essen, den

8.2 Fragebogen zu den Kooperationsvereinbarungen

(Pro "Fall" der Zielgruppe sollte ein Fragebogen ausgefüllt werden, der die gesamte Kooperation im Erhebungszeitraum bewertet)

Fragebogen zu den Kooperationsvereinbarungen

Institution: _____ Telefon: _____ Erhebungszeitraum: _____

1. Es handelt sich um:
- | | | | |
|---|-----|------|-------------------------------------|
| Neufall | mit | ohne | HK ^{*1} /HPG ^{*2} |
| lfd. Kooperation | mit | ohne | HK ^{*1} /HPG ^{*2} |
| Nachbetreuung | | | |
| Fall ohne Kooperation (= die Fortsetzung des Fragebogens erübrigt sich) | | | |

2. Im Rahmen der Kooperation waren beteiligt:

Jugendhilfe Drogenhilfe Krankenhaus Mutter/Vater/Eltern

3. Anzahl der Helfer/Innenkonferenzen: _____ , Hilfeplangespräche: _____

4. Die Federführung zur Einberufung der HelferInnenkonferenz / Hilfeplangespräche lag bei:

Jugendhilfe: ____ mal Krankenhäuser: ____ mal
 Drogenhilfe: ____ mal unklar: ____ mal

5. Ich bin mit der Kooperation im Netzwerk zufrieden:

1	2	3	4	5
sehr	(Zutreffendes bitte ankreuzen)			gar nicht

6. Ich halte die Kooperation im Netzwerk für transparent:

1	2	3	4	5
sehr	(Zutreffendes bitte ankreuzen)			gar nicht

7. Die Zusammenarbeit mit den Betroffenen ist durch die Kooperation im Netzwerk:

1	2	3	4	5
erleichtert	(Zutreffendes bitte ankreuzen)			erschwert

*1 Helfer/Innenkonferenz

*1 Hilfeplangespräch

8. Was konnte bisher erreicht werden?

a) bezogen auf die Kooperation: _____

b) bezogen auf den Einzelfall: _____

9. Haben Sie Änderungsvorschläge bezogen auf den Text der Kooperationsvereinbarung?

Wenn ja, welche? : _____

10. Meinung der Klientin/des Klienten

Klient/in ist mit der Kooperation der beteiligten Institutionen im Netzwerk zufrieden:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

sehr

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

gar nicht

Klient/in hält die Kooperation im Netzwerk für Transparent:

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

sehr

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

gar nicht

Klient/in hat folgende Verbesserungsvorschläge:

Essen, den _____, _____

Unterschrift der MitarbeiterIn

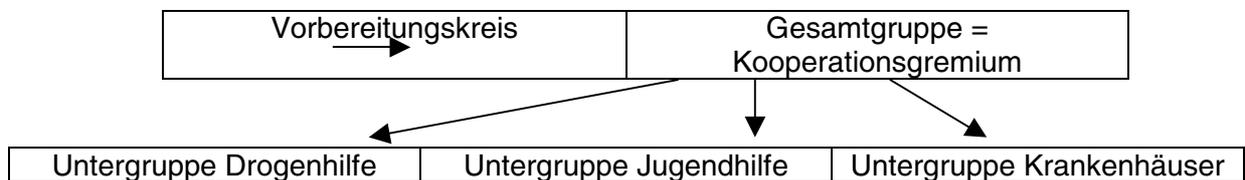
8.3 Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse der Erprobungsphase

Nach eineinhalb Jahren der intensiven Erprobung der Kooperationsvereinbarung wurde diese Phase mit der Präzisierung dieses Konzeptes im Januar 2002 und der Durchführung einer landesweiten Fachtagung im April 2002 zu dem Thema „Drogenabhängige Mütter – innovative Wege der Kooperation zwischen Jugendhilfe, Drogenhilfe und Kliniken“ abgeschlossen.

Im folgenden werden die Erprobungsphase von der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW beschrieben sowie die wesentlichen Ergebnisse dargestellt.

Der von den KooperationspartnerInnen gesetzte zeitliche Rahmen zur Überprüfung der Kooperationsvereinbarung umfasste pro Quartal ein 3-stündiges Arbeitstreffen der Gesamtgruppe, das gemäß der Kooperationsvereinbarung „Kooperationsgremium“ genannt wurde.

Die Struktur der Arbeitstreffen gestaltete sich demnach:



Die Sitzungen dieses Kooperationsgremiums wurden weiterhin von dem Vorbereitungskreis (vgl. S. 3) inhaltlich und methodisch vorstrukturiert. Zur zukünftigen Arbeitsweise wurde eine Aufteilung der Sitzungen in zwei Arbeitsabschnitte beschlossen: „Bearbeitung von organisatorischem Klärungsbedarf“ und „Praxiserörterungen in Kleingruppen zur Überprüfung der Umsetzung“.

An den Sitzungen des Kooperationsgremiums nahmen durchschnittlich 15 VertreterInnen (MitarbeiterInnen, LeiterInnen und ÄrztInnen) der beteiligten Institutionen und Verbände teil.

Gemeinsam wurden die nachstehend zusammengefassten Aspekte gewählt, die im Rahmen der Erprobungsphase überprüft werden sollten:

Öffentlichkeitsarbeit

Die Erhöhung des Bekanntheitsgrades der Kooperationsvereinbarung innerhalb der psychosozialen und medizinischen Versorgung in Essen war ein durchgängiges Anliegen des Kooperationsgremiums.

Im Anschluss an die Fertigstellung der Kooperationsvereinbarung bestand die Aufgabe der TeilnehmerInnen darin, die Kooperationsvereinbarung zunächst innerhalb der jeweiligen Institutionen den MitarbeiterInnen als Handlungskonzept vorzustellen. Es entwickelten sich im Rahmen dieses Arbeitsbereiches neue interne organisatorische und inhaltliche Absprachen.

Öffentlichkeitsarbeit in Form von Pressearbeit sollte erst zum Ende der Erprobungsphase erfolgen, wenn bereits mehr Erfahrungen bezüglich der Umsetzung vorliegen würden.

Zur Information weiterer Institutionen, die mit der Thematik befasst sein könnten, haben die TeilnehmerInnen des Kooperationsgremiums andere Veranstaltungen und Arbeitskreise genutzt, an denen sie beteiligt waren, um die Kooperationsvereinbarung vorzustellen. So wurden z.B. die Bewährungshilfe, Erziehungsberatungsstellen, der Kinderschutzbund und einige niedergelassene KinderärztInnen und GynäkologInnen erreicht.

Formblatt „HelferInnenkonferenz“ (Gesprächsprotokoll)

Der Begriff HelferInnenkonferenz bedurfte einer genaueren Definition (siehe Punkt 5.2), da er aus dem Bereich der Jugendhilfe entliehen ist und hier als Oberbegriff für alle Formen von Kooperation (Hilfeplangespräche, Fachgespräche oder andere Formen des Austausches) verwendet wird.

Das Formblatt „HelferInnenkonferenz“ wurde als Gesprächsprotokoll mit dem Ziel der Arbeitserleichterung entwickelt, um die Kooperation für alle Beteiligten verbindlich zu gestalten.

Der fortlaufende Austausch über die Handhabung des Formblatts „HelferInnenkonferenz“ führte zu einer Textänderung, in der die Benennung der Verantwortung der Beteiligten und die Beschreibung ihrer Aufgaben explizit vorgesehen war. Mit dem Formblatt sollte eine möglichst hohe Transparenz für alle Beteiligten über die zu erfüllenden Aufgaben und Erwartungen hergestellt werden. In der Praxis wurde der Aufwand zur Anfertigung und das allen Beteiligten zur Verfügung stellen dieses Protokolls von den MitarbeiterInnen als sehr hoch eingeschätzt.

Fragebogen zu den Kooperationsvereinbarungen

Einen wesentlichen Bestandteil der Erprobungsphase stellte die Überprüfung der Kooperation anhand des Formblatts „Fragebogen zu den Kooperationsvereinbarungen“ dar. Mit diesem Fragebogen wurden einrichtungsintern alle mit der Thematik befassten MitarbeiterInnen beauftragt, die Kooperation bezogen auf jeweils einen Fall im Rahmen einer Stichtagerhebung zu bewerten. Nicht jedes einzelne Gespräch, sondern der Gesamteindruck über die erfolgte Kooperation sollte von den MitarbeiterInnen bei der Bearbeitung eines Falles bewertet werden.

Die Umfrage wurde im Abstand von sechs Monaten drei mal durchgeführt. Ähnlich wie beim Formblatt HelferInnenkonferenz zeigte die Praxis nach dem ersten Erhebungszeitraum einen Bedarf an der Überarbeitung des Fragebogens, um konkretere Angaben zur Kooperation zu erhalten.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden institutionsintern ausgezählt und von den Verantwortlichen der Bereiche Jugendhilfe, Drogenhilfe und Krankenhäuser auf einem Auswertungsbogen zusammengestellt. Aufgabe der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW war es, die Ergebnisse zu bündeln und in Form von Diagrammen darzustellen.

Es hat sich gezeigt, dass die Kontrolle der Fehlerlosigkeit jedes Fragebogens die Kapazität sowohl der Verantwortlichen der drei Untergruppen als auch der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW sprengte. Die Auszählung der Bögen innerhalb der Institutionen war für die KooperationspartnerInnen mit einem hohen Arbeitsaufwand verbunden.

Mit der Frage der Bewertung der KlientIn zur Zufriedenheit und Transparenz mit der Kooperation sollte ein Anlass geschaffen werden, mit der Zielgruppe über ihre oft kritische Einschätzung zur Kooperation zu sprechen und mögliche Missverständnisse möglichst frühzeitig zu beheben.

Die Fragen nach der Zufriedenheit mit der Kooperation und der Einschätzung der Transparenz im Hilfesystem sollten Anlass geben, einrichtungsintern die konkreteren Gründe für eine Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit zu erörtern und Mängel in der Kooperation in den Teams bzw. Dienstbesprechungen zu analysieren.

Aufgrund dieser Erhebung kann keine Aussage über die Anzahl der in Essen lebenden Mütter/Väter/Eltern mit Kindern getroffen werden, da die Kooperation in einem Fall mehrmals aus unterschiedlichen institutionellen Sichtweisen bewertet wurde.

Die Gegenüberstellung der Ergebnisse ist für institutionsinterne Zwecke gedacht. Sie müssen in Relation der jeweiligen Bedingungen gesehen werden und sind nicht repräsentativ.

An dieser Stelle werden zentrale Aspekte genannt, die als Erfolg für die Arbeitsweise nach der Kooperationsvereinbarung im Rahmen der Erhebung beschrieben werden, da sie unseres Erachtens die Erfordernis einer weiteren Auseinandersetzung bieten:

Bezogen auf die Kooperation wurde als bisher Erlangtes aufgelistet:

- eine größere Verpflichtung, Kooperation herbei zu führen
- die Regelung der Aufgaben/Zuständigkeiten zwischen Jugendhilfe und Drogenhilfe, schriftliche Fixierung von Inhalten und Zielen in der Betreuung
- in regelmäßigen Abständen stattfindende HelferInnenkonferenzen
- klare Absprachen, Erarbeitung von Perspektiven, transparente Aufgabenverteilung
- Vertrauensaufbau durch „kurze Wege“
- durch regelmäßige Teilnahme von MitarbeiterInnen der Drogenhilfe bei den Hilfeplangesprächen entwickelte sich bei den Betroffenen ein größeres Gefühl der Sicherheit. Die Bereitschaft der Eltern, Hilfen anzunehmen, ist gewachsen
- Eltern konnte in Gesprächen die Angst vor der Kooperation ein wenig genommen werden
- es fanden Gespräche zum Zweck des gegenseitigen Kennen Lernens statt
- eine Verhinderung des Ausspielens seitens der Klientin und ihrer Familie gegenüber dem Hilfesystems
- Vermeidung von Missverständnissen, Klärung durch rechtzeitige Rückfragen
- Klärung der gegenseitigen Erwartungshaltung
- eine größere Transparenz, wodurch Vertrauensbildung und Aufgabenteilung erleichtert wurde
- klare Aufgabenverteilung und Absprachen führten zu guten Ergebnissen für die Klientin
- eine größere Offenheit bei Informationen und Weiterleitung von Fakten, klare Absprachen
- bessere Bewältigung von Konflikten aufgrund höherer Offenheit
- bessere Einblicke in die Aufgaben und Möglichkeiten der jeweils beteiligten Institutionen
- mehr Offenheit und Sicherheit im Umgang miteinander
- gemeinsame Entwicklung von Hilfsstrategien bezogen auf Erreichbarkeit der Frauen
- Krisen wurden eher aufgefangen und thematisiert

Die anlässlich dieser Erhebung erfolgten Diskussionen im Rahmen des Kooperationsgremiums, innerhalb der Untergruppen und in den jeweiligen Institutionen sowie das Erkennen von Mängeln in diesem Arbeitsbereich sind von unschätzbarem Wert für die Veränderungen der Kooperationsstrukturen insgesamt und eine punktuelle Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Zielgruppe.

Praxisbesprechungen

Neben der Auswertung des „Fragebogen zum Kooperationskonzept Drogen“ war die Praxisbesprechung im Rahmen des Kooperationsgremiums ein weiteres Instrument, die laufende Kooperation zu überprüfen und erforderliche Konzeptpräzisierungen vorzunehmen. Mit dieser Methode bestand die Möglichkeit, Probleme im Rahmen der Kooperationsvereinbarung sichtbar zu machen und für die weitere Bearbeitung in den Team- bzw. Dienstbesprechungen der jeweiligen Institutionen nutzbar zu machen.

Die Praxisbesprechungen fanden mit den TeilnehmerInnen des Kooperationsgremiums im zweiten Teil der 3-stündigen Arbeitssitzungen in Kleingruppen statt. Durch den Vorteil des interdisziplinären Austausches zu Problemen der Kooperation war eine unmittelbare Auseinandersetzung zwischen den KooperationspartnerInnen gegeben. (Fallanalysen im Sinne einer Einzelfallentscheidung wurden nicht angestrebt.)

Die Praxisbesprechungen verliefen anhand vorgegebener Fragestellungen und fanden drei mal statt.

Die wesentlichen Nennungen werden im folgenden wiedergegeben:

1. Was macht eine gelungene Kooperation aus?
 Transparenz
 Rollenklarheit
 „Kurze Wege“ der KooperationspartnerInnen
 Berücksichtigung der Wünsche von Müttern/Vätern/Eltern
 Klare Rollenverteilung
2. Was ist in der Praxis besonders aufwendig bei der Gestaltung von Kooperation?
 Kontaktaufnahme untereinander
 Terminabsprachen
 Beschaffung von Informationen
 Klärung von Zuständigkeiten
3. Welche Schwierigkeiten ergeben sich in der Kooperation?
 Die Motivation einer KlientIn wecken und aufrecht erhalten
 Die Balance im Spannungsfeld: Hilfe - Kontrolle - Druck finden
 Datenschutz
 Haltung der MitarbeiterInnen
 Vorurteile
 Unterschiedliche Einschätzung der Gefährdung
4. Wie reagiert die Zielgruppe auf die vorgegebene Zusammenarbeit?
 Die Reaktion ist abhängig davon, wie das Konzept vorgestellt wurde
 Aufkündigung der Zusammenarbeit / Kontaktabbruch
 Vorurteil
 Erwartungshaltung
 Misstrauen
 Unsicherheit bezüglich des eigenen Stellenwertes im Vergleich zu dem des Kindes
5. Welche Schritte des Ablaufplans sind änderungsbedürftig bzw. nicht umsetzbar?
 Keine Nennungen
6. Wünsche — Ideen — offene Fragen?
 Größere Verbreitung beim Jugendamt
 Treffen des Kooperationsgremiums im Wechsel in unterschiedlichen Einrichtungen
7. Welche wesentlichen Probleme bezüglich der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung bestehen?
 Unklare Aufgabenverteilung und Verantwortungskompetenzen in anderen Institutionen.
 Zu spätes Aufmerksam machen auf erforderliche Kooperation (Feuerwehrfunktion)
 Fehlendes Case-Management
 Innere Vorbehalte der MitarbeiterInnen
 Wenige Erfolge in dem Arbeitsbereich

Als mögliche Lösungswege wurden nachstehende Möglichkeiten genannt, die auf die Übertragbarkeit in den eigenen Arbeitsbereich überprüft werden müssen:

- Auf Einhaltung der Absprachen drängen
- Die getroffenen Vereinbarungen schriftlich fordern
- Die Kooperation bei Bedarf einfordern
- Möglichst persönlichen Kontakt zu den KooperationspartnerInnen herstellen
- Die Arbeitsziele für die KlientInnen konkreter benennen
- Vor einer HelferInnenkonferenz telefonische Rücksprache über die angestrebten Ziele halten
- Klare Aufgabenverteilung und zeitliche Eingrenzung im Rahmen der HelferInnenkonferenzen vornehmen
- Bessere Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen in diesem Arbeitsfeld

Weiter differenziert wurden die Ergebnisse unter den Fragestellungen:

- Welche Änderungen ergeben sich zur Präzisierung des Textes der Kooperationsvereinbarung?
- Welche Änderungen ergeben sich für die Kooperationspraxis?
- Welche Änderungswünsche sind nicht umsetzbar?

Die unterschiedliche Zusammensetzung der Berufsgruppen und hierarchischen Ebenen (Leitung, MitarbeiterInnen sowie ÄrztInnen) stellte eine dynamische Arbeitsform dar.

Aus Sicht der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW bestehen die meisten Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzung der Kooperationsvereinbarung in der größeren Arbeitsintensität und der höheren personellen und zeitlichen Kapazität, die dieser Tätigkeitsbereich erfordert. Dieses Problem wurde in den Diskussionen immer wieder benannt. In den meisten Institutionen wird der Arbeitsbereich „nebenbei“ geleistet.

Eine weitere Schwierigkeit aus Sicht der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW stellt die Erforderlichkeit einer höheren Konfliktbereitschaft der MitarbeiterInnen dar, sich sowohl mit den KooperationspartnerInnen als auch mit der Zielgruppe direkter auseinander zu setzen. Ein unmittelbares Besprechen der Probleme unter den Helfenden ist unvermeidbar, um konstruktive Lösungen zu finden. (Wenn z.B. der Eindruck entsteht, die KooperationspartnerInnen erfüllen ihre Aufgaben nicht, die in der HelferInnenkonferenz benannt wurden.)

Resümee der Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW:

Bei allen beteiligten KooperationspartnerInnen ist dieser Arbeitsbereich in den jeweiligen Institutionen als eigenständiger Bereich viel stärker in das Bewusstsein gedrungen. In Folge dessen wurden z.B. neue Besprechungsformen gefunden und der Arbeitsbereich als eigenes Aufgabengebiet in den Dienstbesprechungen etabliert.

Im Bereich „Krankenhäuser“ wurde eine neue Struktur erarbeitet, die den Austausch unter Berücksichtigung der besonderen Klinikrealität innerhalb der beiden Krankenhäuser in Essen einschließlich der verschiedenen Abteilungen (verschiedene Stationen der Gynäkologie, Methadonambulanzen, Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, mehrere Stationen der Kinderklinik) eher gelingen lässt.

MultiplikatorInnen der Jugendhilfe und AbteilungsleiterInnen der Drogenhilfe haben eine gemeinsame Veranstaltung durchgeführt. Ziele waren es, eine höhere Transparenz der jeweiligen Strukturen und der institutionsinternen Arbeitsabläufe zu bewirken. Es zeigte sich, dass das persönliche Kennenlernen eine Kooperation wesentlich erleichtert.

Insgesamt ist ein stärkeres Bewusstsein bei den MitarbeiterInnen dafür gewachsen, dass das Vertrauen der Zielgruppe erarbeitet werden muss, um Erfolge zu erzielen.

Der Austausch unter den KooperationspartnerInnen und den zahlreichen MitarbeiterInnen hat insgesamt zugenommen und erfolgt unmittelbarer.

Bei allen Beteiligten entwickelte sich eine höhere Sensibilität für die Problemsituation der Zielgruppen.

Für die Zielgruppen konnten durch die Kooperation viele einzelne Erfolge erreicht werden, die in den Fragebögen genannt wurden.

Es bleibt eine Gratwanderung, die Kooperation so zu gestalten, dass die Zielgruppe sich nicht überkontrolliert fühlt und sich zurückzieht. Klare Absprachen und eine gelungene Kooperation des Hilfesystems reichen alleine nicht aus, um mit den Zielgruppen zu einer erfolgreichen Zusammenarbeit zu gelangen. Hier ist eine hohe Sensibilität der einzelnen MitarbeiterInnen erforderlich.

Die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung erfordert einen längeren Prozess. Der Nutzen dieser Arbeitsweise ist oft nur langfristig erkennbar und nicht immer unmittelbar zu erfassen.

So sind die im Rahmen von Kooperation geleisteten HelferInnenkonferenzen zwar sehr arbeitsintensiv, beinhalten aber auf längere Sicht klarere Absprachen und eine transparentere Aufteilung der Verantwortungsbereiche bezogen auf das Hilfesystems und die KlientInnen.

Kooperation in dem Arbeitsfeld „drogenabhängige Mütter/Väter/Eltern und ihrer Kinder“ ist unentbehrlich und bietet bei einem deutlichen Aufeinanderzugehen eine Chance zur konstruktiven Zusammenarbeit und einen Gewinn sowohl für das Hilfesystem als auch für die Zielgruppen.

9. Möglichkeiten der Beratung und Hilfen der KooperationspartnerInnen für die Zielgruppe

9.1 Krankenhäuser

9.1.1 Universitätsklinikum Essen – Anstalt des öffentlichen Rechts -

Zentrum für Kinderheilkunde

Adresse

Universitätsklinikum Essen; Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin; Zentrum für Kinderheilkunde; Hufelandstr. 55; 45122 Essen

Stationen/Ambulanz	Tel. Nr.	zuständige ÄrztInnen	zuständige Schwestern	zuständige MitarbeiterInnen des PSD
PZ (Perinatalzentrum)	723 - 5151	OÄ Frau Dr. Roll	N.N.	Frau Kafka Tel. 723 - 3306
K 8/Säuglinge	723-2258	Herr Prof. Dr. Hentrich	N.N.	Frau Eickmeier Tel. 723 – 3783 Herr Urban Tel. 723 – 2253
K 9/Frühgeborene	723-2259	OA Herr Dr. Hanssler	N.N.	Herr Ackfeld Tel. 723 – 2253
Sozialpädiatrisches Zentrum	723-2176	Herr Dr. Klepper	N.N.	N.N.

Generell steht die medizinische und pflegerische optimale Versorgung des Neugeborenen bzw. Kindes im Vordergrund.

Medizinische Versorgung

- Überwachung und Therapie des neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS)
- Teilnahme an dem Roundtable
- Ansprechpartner in der Nachsorge (Sozialpädiatrisches Zentrum)
 - Monitorsprechstunde
 - Frühgeborenenensprechstunde
 - Neurologische Diagnostik
 - EEG-Ambulanz

Pflegerische Maßnahmen

- feste AnsprechpartnerInnen führen mit den Eltern schulische Maßnahmen bzgl. Pflege, Ernährung, Handling u.ä. durch
- Monitorüberwachung für die ersten Lebenstage
- Einschätzung des neonatalen Abstinenzsyndroms (Score nach Kendall, 1992) alle 4 Stunden

- Verhaltensbeobachtung: Eltern-Kind-Interaktion (standardisiert)
- Besuchsdokumentation
- Teilnahme an dem Roundtable
- Teilnahme an Visiten zwecks Austausch von Informationen

Maßnahmen des Psychosozialen Dienstes

- Kontaktangebot an die schwangere Mutter:
 - Einführung in den Klinikalltag
 - stützende Gespräche
 - Krisenintervention
- Beratung u. Vermittlung von unterstützenden Institutionen
- Beratung hinsichtlich des Entlassungsprofils
- Organisation des Roundtable-Gespräches:
 - für Mütter/Eltern, VertreterInnen der Jugend- und Drogenhilfe, Pflegepersonal und StationsärztInnen
 - mit dem Ziel der Analyse von Ressourcen und Risiken und der Festlegung von Hilfsmaßnahmen und Verantwortlichkeiten
- Abschlußbericht
- AnsprechpartnerInnen in der Nachsorge:
 - ggf. Herstellung des Kontaktes zu den VertreterInnen der Jugend- und Drogenhilfe
 - Entwicklungsdiagnostik
 - Beratung bzgl. nötiger Förderung (Therapien, Beschulung etc.)
- Hilfsmittelversorgung

9.1.2 Universitätsklinikum Essen – Zentrum für Frauenheilkunde

Adresse

Universitätsfrauenklinik Essen; Abt. für Geburtshilfe und Perinatale Medizin; Hufelandstr. 55; 45122 Essen

Komm. Leitung: Prof. Dr. A. E. Schindler

Stationen/Ambulanz	Tel. Nr.	zuständige ÄrztInnen	zuständige Schwestern
Kreißsaal / geburtshilfliche Ambulanz (Termine: Di. / Mit. / Fr. 8 – 12.30 Uhr)	723 2345	Oberarzt Herr Dr. med. R. Callies Frau Dr. med. K. Engel	Hebamme Gisela
Wöchnerinnen-station (Station F1)	723 2243	Oberarzt Herr Dr. med. R. Callies Frau Dr. Hanisch Herr Dr. Schmidt	Schwester Petra
Säuglingszimmer	723 2349	Oberarzt Herr Dr. med. Hanssler Oberärztin Frau Dr. Roll	Schwester Birgit
Pränataldiagnostischer Ultraschall	723 3574 -2786 -3933	Herr Dr. med. U. Kuhn Frau Dr. med. Bering v. Halteren	Schwester Angelika
Terminabsprache	723-2345 / 3574		
Sekretariat Geburtshilfe	723-2346		Frau Kirschinski

Grundsätze der Beratung und Hilfe

Da die Schwangerschaft einer opiatabhängigen Frau als Risikoschwangerschaft einzustufen ist, sollten über das normale Maß der Schwangerschaftsvorsorge hinausgehende engmaschige Untersuchungen durchgeführt werden. Die Betreuung im Kreißsaal der Frauenklinik soll der Minimierung der Schwangerschafts- u. Geburtsrisiken sowie der Diagnostik und Therapie von Komplikationen dienen.

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

Erstvorstellung

- Anamneseerhebung
- Routinelabor
- Infektionsserologie
- Abstriche
- CTG - Ultraschall- Doppler

Angestrebt werden Kontrolluntersuchungen bzw. Vorstellung der Patientin in der hiesigen Schwangerenambulanz 1x wöchentlich.

Bei guter Compliance und bei komplikationslosem Schwangerschaftsverlauf können die Untersuchungsabstände vergrößert werden.

Bei Methadonsubstitution wird Dosisreduktion angestrebt.

Die o.g. Untersuchungen können ambulant durchgeführt werden. Problemsituationen machen eine stationäre Betreuung oder Überwachung notwendig.

Kurz vor der Geburt: Kontaktaufnahme mit der Kinderklinik

Nach der Geburt erfolgt die Betreuung der Wöchnerinnen unter stationären Bedingungen. Von besonderer Wichtigkeit sind dabei

- Wochenbetthygiene
- Uterusrückbildung
- Anleitung zum Stillen
- Unterstützung beim Abstillen

9.1.3 Beratungsstelle für Schwangerschaftskonflikte und Familienplanung der AWO im Universitätsklinikum Essen im neuen Zentrum für Frauenheilkunde

AWO (Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Niederrhein e.V.)

Adresse

AWO Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte; Hufelandstr. 55; 45147 Essen, Tel. 722-1608

Ansprechpartnerin	Tel. Nr.	telefonische Terminabsprache
Frau Bültmann 2. Etage, Zimmer 253/254	722-1608 und 09 FAX: 7221600	mo. – fr. von 9 – 10 Uhr

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

In unserer Beratungsstelle besteht für jede schwangere (drogenabhängige, substituierte) Frau und für Paare die Möglichkeit, sich über alles, was sich um Schwangerschaft und Geburt handelt, zu informieren.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 STGB beinhaltet Beratung bei ungewollter Schwangerschaft, Unterstützung der eigenverantwortlichen Entscheidung, Informationen zu rechtlichen, finanziellen und psychosozialen Fragestellungen und Verhütungsberatung.

Die Schwangerschaftsberatung sieht vor: Beratung für Frauen und Paare bei psychologischen und medizinischen Fragen, Beratung und Hilfe bei Mehrlingsschwangerschaften, Beratung zur vorgeburtlichen Diagnostik, Hilfen bei Geburt eines behinderten Kindes, Beratung und Unterstützung bei Früh- und Totgeburten, Beratung zur ungewollten Kinderlosigkeit und Beratung zu Fragen der Sexualität.

In der Beratungsstelle arbeiten zwei Fachkräfte: eine Ärztin, Dr. Nadia Heming (mit einer ½ Stelle) und eine Dipl. Psychologin, Roswitha Bültmann, Psychologische Psychotherapeutin (mit 31,5 Std./wöchentlich). Unsere Beratungsstelle ist mit zwei Beratungsräumen ausgestattet.

Wir beraten Frauen, die von anderen Beratungsstellen, niedergelassenen GynäkologInnen sowie anderen ÄrztInnen zu uns geschickt werden. Weiterhin betreuen wir stationär liegende schwangere Patientinnen und auch Frauen, die die Ambulanz in der Frauenklinik aufsuchen oder über die morgendliche ÄrztInnenbesprechung an uns verwiesen werden.

9.1.4 Rheinische Kliniken Essen – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. M. Gastpar

Adresse

45147 Essen, Virchowstr. 174, Tel: 7227-0, Fax.: 7227-307

Auskünfte vermittelt Frau Hölsken, Tel. 7227-280

Ambulanter Bereich	AnsprechpartnerIn	Telefon
Institutsambulanz III Virchowstr. (Beratung und Substitution)	OA. Dr. J. Blanke	7227-241
	Sozialarbeiterin: Frau Lange med. Personal: Frau Hölsken, Frau Amberg	7227-270 7227-280
Institutsambulanz II Cranachstr. 3a	OA. Dr. N. Scherbaum	87015-0

Stationärer Bereich	AnsprechpartnerIn	Telefon
Station P1	OA. M. Schieder	7227-144
Station P2	OA. PSD Dr. M. Jüptner	7227-153
Station P5	OA. PD Dr. V. Bonnet	7227-184
Station P 6 und TK	OA. Dr. N. Scherbaum	7227-193
Station P10 (Psychotherapie)	OA Dr. Cohen, Vorgespräche OA. Dr. Finke	40860-150 40860-0
Beratung	OA. Dr. Blanke	7227-0

Behandlung drogenabhängiger Frauen in der Schwangerschaft in den Rheinischen Kliniken, Essen

Ambulante Beratung von Schwangeren und ihren Partnern

Nach telefonischer Absprache (Tel.: 7227-280, Frau Hölsken, Frau Amberg) findet kurzfristig eine Beratung zu folgenden Themen statt:

- Medizinische und psychische Aspekte von Abhängigkeit in der Schwangerschaft
- Mögliche Hilfen zur Suchtbehandlung
- Vorteile und Nachteile einer Substitutionsbehandlung
- Vorteile und Nachteile einer Entgiftung während der Schwangerschaft oder nach der Entbindung
- Kontakte zur Geburtsklinik und Kinderklinik

Ambulante Substitution

Bei Bedarf und sofern ein Behandlungsplatz vorhanden ist, kann eine Substitutionsbehandlung in der Institutsambulanz III (Virchowstr.) oder II (Cranachstr.) durchgeführt werden. Grundsätzlich ist auch eine vorübergehende Substitution möglich, z.B. während das Kind in der Kinderklinik behandelt wird. Bei Fragen zur Substitution ist der Ansprechpartner Herr Dr. J. Blanke (Tel. 7227-241).

Stationäre Entgiftung

Eine stationäre Entgiftung von Beigebruch oder in seltenen Fällen auch von Methadon ist auf einer Entgiftungsstation möglich. Es handelt sich um eine geschlossene Station. Eine Voranmeldung ist vorteilhaft, aber in Notfällen kann auch eine direkte Aufnahme erfolgen. Für Notfälle sollte die Ärztin/der Arzt vom Dienst (Tel.: 7227-0) angerufen werden, die übrigen Anfragen erfolgen über die Methadonambulanz (Frau Hölsken, Tel.: 7227-280).

Sonstige stationäre Behandlungen

In psychiatrischen Notfällen (z.B. Verwirrheitszustände, Selbstmordabsichten) kann jederzeit die Ärztin/der Arzt vom Dienst auch telefonisch hinzugezogen werden (Tel.: 7227-0). Falls notwendig und möglich, kann eine stationäre Behandlung erfolgen. Eine Behandlung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) ist die Ausnahme (3 Fälle in 9 Jahren) und erfolgt auf Beschluss eines/er RichterIn etwa bei akuter Psychose, Suizidgefahr oder „Binging“, also der immer rascher und in höheren Dosen erfolgenden Einnahme von Drogen mit Kontrollverlust. Es handelt sich um eine Maßnahme zur Abwendung von Gefahr für Mutter und (ungeborenes) Kind und ist nicht als disziplinarische Maßregelung einzusetzen.

Eine Psychotherapie über 2 Monate kann bei Methadonsubstitution ohne Beigebruch auch stationär erfolgen (im Klinikteil in Essen-Heidhausen, Anmeldung zum Vorgespräch: Tel.: 40860-0 (OA. Dr. Finke).

9.1.5 Elisabeth-Krankenhaus Essen

Adresse

Elisabeth-Krankenhaus Essen; Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität-GHS-Essen; Klinik für Neonatologie, Kinder- und Jugendmedizin und Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Moltkestr. 61; 45138 Essen

Stationen/Ambulanz	Tel. Nr.	zuständige ÄrztInnen	zuständige Schwestern	Ambulante Kinderkrankenpflege (Caritas und Elisabeth-Krankenhaus)
Geburtshilfe	897-3537	Oberärztin Frau Dr. Libera	Hebamme Isa Dolias	
Neugeborenen-Intensivstation	897-3611	Oberarzt Herr Dr. Michna	Stationsleitung Schwester Ute	
Säuglings-Station	897-4554	Oberarzt Herr Dr. Gittermann	Stationsleitung Schwester Marlies	
Kinder-Station	897-4550	Oberarzt Herr Dr. Enninger	Stationsleitung Schwester Karen	
	897-2105		Schwester Maresi	Ambulante Kinderkrankenpflege
Risikosprechstunde der ÄrztInnen im Kreißsaal	897-3537	Oberarzt Prof. Dr. Niesert Oberärztin Frau Dr. Libera		
Risikosprechstunde	897-3600	Chefarzt Herr Dr. Mallmann Oberarzt Herr Dr. Michna		

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

Die Schwangerschaft einer Drogenabhängigen wird in unserem Haus als Risikoschwangerschaft behandelt.

Vor der Geburt

Vorstellen sollte man sich ab der 30. Schwangerschaftswoche (SSW). Falls vorhanden, sind Mutterpaß und aktuelle Laborberichte (Hepatitis, HIV-Serologie, vaginal Abstrich) mitzubringen. Falls nicht vorhanden, werden aktuelle Laborwerte hier ermittelt.

Die Beratung ist individuell und richtet sich nach der Bedarfslage der Betroffenen.

Grundsätzlich sind mehrere Bereiche abzuklären, die Voraussetzungen für eine gute Schwangerschaft/Geburt und auch für das Zusammenleben mit dem Kind darstellen.

Dazu gehören die Anamnese, Ultraschall mit Fetometrie, Doppler, genaue Aufnahme des Drogenkonsums der Mutter, Untersuchung und Beratung zur Geburtsplanung.

Ab der 32. SSW sollte die Risikosprechstunde 14tägig aufgesucht werden; ab der 37. SSW dann wöchentlich zum Wehenbelastungstest.

Darüber hinaus umfasst die Beratung auch das möglichst frühe Miteinbeziehen weiterer notwendiger Institutionen, um eine Basis für die Beteiligten zu schaffen.

Schon vor der Entbindung sollte eine Anbindung an eine Beratungsstelle vorhanden sein.

Nach der Geburt

Hat eine drogenabhängige/substituierte Schwangere entbunden, findet ein Gespräch der beteiligten ÄrztInnen statt, um die Situation der Mutter und des Kindes einzuschätzen.

Daraufhin werden weitere Institutionen in den Hilfeprozess integriert:

- Die Caritas Sozialstation (St. Maresi Tel. 897 – 2105)
- Der/die zuständige MitarbeiterIn des ASD
- MitarbeiterIn der Drogenhilfe
- MitarbeiterIn der Bewährungshilfe

Informationen über die bestehenden Sozialleistungen für Mutter und Kind (Kindergeld, Sozialhilfe, Erziehungsgeld). Die Voraussetzungen zur Versorgung des Kindes in der häuslichen Umgebung werden besprochen. Sind diese nicht gegeben, wird eine Weitervermittlung zu einer entsprechend geeigneten Unterkunft vorbereitet.

Im weiteren findet – falls nicht schon vorhanden – eine Anbindung an eine Drogenberatungsstelle und den Sozialdienst statt.

Eventuell werden noch erforderliche Hilfsmittel wie Monitore bei der Krankenkasse beantragt.

Hilfen im Bereich der Säuglingspflege

Eine Anleitung/Beratung der Mutter/des Vaters im Bereich der Säuglingspflege erfolgt auf der Station. Zusätzlich können Angebote des Hauses wie Mütterberatung und Gruppen für Kindermassage oder nach der Entlassung die Ambulanz der Kinderklinik genutzt werden. Hinzugezogen wird die ambulante Kinderkrankenpflege der Caritas im Haus zur weiteren häuslichen Versorgung nach der Entlassung aus der vollstationären Behandlung im Krankenhaus, wenn erforderlich.

Gemeinsam findet vor Entlassung des Kindes ein round table Gespräch statt, das den weiteren Weg festlegt (siehe Anhang). Das Kind bleibt gegebenenfalls länger als die Mutter in der vollstationären Behandlung.

9.2 Drogenhilfe

9.2.1 Verein Krisenhilfe e.V. Essen

Adresse

Hoffnungstr. 24; 45127 Essen;

Institution	AnsprechpartnerIn	Telefon
Kontaktcafé	Sabine Schröder-Tiedemann	86003 - 111
Beratung, Betreuung, Vermittlung	Michael Mombeck	86003 - 333
Substitutionsambulanz II	Frank Oetker	86003 - 222
Substitutionsambulanz I Kibbelst. 10	Frank Oetker	82 72 20

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

Fachambulanz/Abteilung Substitution

- Beratung und Infogespräche
- Vermittlung in weitergehende Hilfen u. a. Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie
- Substitution, Methadonvergabe
- Kinderbetreuung während der Vergabe durch pädagogische Fachkraft
- Urinkontrollen
- Kontrolle auf Beikonsum
- Medizinisch psychiatrische und internistische Behandlung
- Psychosoziale Betreuung und Behandlung im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes:
 1. Unterstützung bei der Sicherung materieller Grundversorgung
 2. Begleitung und Unterstützung beim Entwickeln von Zielen, Motivationen und Fähigkeiten für das Entwerfen und Umsetzen neuer Lebensperspektiven.
 3. Bereithalten adäquater Angebote zum Erlernen des Umganges mit freier Zeit.
 4. Krisenintervention bei Rückfällen oder bei Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung
 5. Begleitung im Prozess der Beendigung der Substitution und in instabilen Lebensphasen nach ihrem Abschluss.
- Beratung und Betreuung bei HIV/Aids
- Ambulante Betreuung
- Hilfe für Angehörige und PartnerInnen

Abteilung Therapievermittlung

- „Soforthilfe“ für Frauen und Männer, die sofortige Hilfe, Beratung und/oder Vermittlung bedürfen:
 - Entgiftung
 - Substitution
 - Ambulante und stationäre Therapien
 - Übernachtung/Wohnen

- Ambulante Nachsorge
- Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapieeinrichtungen
- Hilfe für Angehörige und PartnerInnen
- Beratungs- und Infogespräche

Abteilung Niedrigschwelligkeit – Café

- Hilfen zur Schadensreduzierung (instrumentelle Hilfe)
- Vermittlung in andere Hilfsangebote
- Info`s und Beratung zu Safer sex, Safer use, Spritzentausch und Kondomvergabe

Strichbus

- Begleitende Betreuung
- Ausstiegshilfen
- Spritzentausch/Kondomvergabe
- Sofortige Hilfe nach gewalttätigen Übergriffen
- Prävention von Geschlechtskrankheiten und Aids

9.2.2 BELLA DONNA – Drogenberatung für Mädchen und Frauen Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.

Adresse

BELLA DONNA; Drogenberatung für Mädchen und Frauen; Kopstadtplatz 24-25;
45127 Essen

Ansprechpartnerin	Tel. Nr.
Stefanie Böcker	20 8 20
Renate Kreke	20 8 20
Christa Heedt	240 888 - 3
Marianne Leven	240 888 - 4

Die Angebote von BELLA DONNA richten sich ausschließlich an drogengebrauchende Mädchen und Frauen, schwangere Frauen, Frauen mit Kindern und an weibliche Angehörige. Männer haben keinen Zutritt zur Beratungsstelle.

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

Der frauenspezifische Arbeitsansatz-/auftrag ist die Basis für folgende Angebote:

- Beratung und psychosoziale Betreuung
- Telefonische Beratung
- Vermittlung in stationäre Entgiftungsbehandlung und Betreuung während der Entgiftung
- Beratung zur aktuellen Lebenssituation, Erarbeitung von Lebensperspektiven
- Therapievorbereitung und Therapievermittlung
- Beratung zur Substitution, Substitutionsvermittlung und psychosoziale Begleitung
- Ambulante Nachsorgebetreuung, Vermittlung in stationäre Nachsorge
- Krisenintervention
- Information und Beratung zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Information und Beratung zur Versorgung, Erziehung der Kinder, Auseinandersetzung mit der Mutterrolle
- Kooperation mit anderen Einrichtungen und Aufbau eines Hilfesystems für Mutter und Kind
- Bei Bedarf Haus- und Klinikbesuche
- Kinderbetreuung während der Beratungsgespräche

- Hilfestellung bei alltäglicher Lebensbewältigung mit Kind
- Unterstützung bei Kontaktaufnahmen zu anderen Institutionen, Behörden, ÄrztInnen und Kliniken

Zusätzliches Angebot

Jeden Montag in der Zeit von 14.30 bis 17.30 Uhr bietet BELLA DONNA offene Sprechzeiten an.

Interessierte Frauen können ohne vorherige Terminabsprache die Beratungsstelle und die Mitarbeiterinnen kennen lernen und sich über das Angebot informieren. Die Besucherinnen können es bei dieser ersten Kontaktaufnahme belassen oder Termine für weitere Gespräche vereinbaren.

9.2.3 VIOLA, Modellprojekt “Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern”

Verein zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.

Adresse

VIOLA, Drogenberatung für Frauen mit Kindern und in der Schwangerschaft,
Kopstadtplatz 24/25, 45127 Essen

Ansprechpartnerin	Zuständigkeit	Tel. Nr.
Das Modellprojekt wurde im Juli 2001 beendet!		

Die Angebote von Viola richten sich ausschließlich an drogenkonsumierende schwangere Frauen und Frauen mit Kindern und an Kinder.

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

Der frauenspezifische Arbeitsansatz-/auftrag ist die Basis für folgende Angebote:

- Psychosoziale Betreuung und Beratung
- Reflexion und Thematisierung der Lebensrealität und der individuellen Lebensperspektive
- Auseinandersetzung mit der Mutterrolle und der eigenen Identifikation
- Beratung zum Umgang mit dem Kindesvater und/oder aktuellem Lebenspartner
- Rückfallprophylaxe
- Unterstützung zur Sicherung des Lebensunterhaltes
- Integrative Schuldnerberatung
- Motivationsstärkung und Unterstützungsarbeit; ggf. persönliche Begleitung der Frau bei Terminen mit Behörden, ÄrztInnen und Kliniken
- Erarbeitung notwendiger Handlungsschritte
- Kontaktaufnahme zu weiteren Institutionen zum Aufbau eines Hilfesystems
- Kooperation mit anderen Hilfesystemen
- Vermittlung in Substitutionsbehandlungen
- Vermittlung in stationäre Entgiftung und Langzeittherapie
- Hausbesuche, Klinikbesuche
- Kinderbetreuung zur Entlastung der Mutter

Zusätzliche Angebote für Frauen in der Schwangerschaft:

- Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- Erarbeitung der notwendigen Handlungsschritte: Schwangerschaftsvorsorge (Auf- und Ausbau) und weitere medizinische Versorgung, Kontaktaufnahme Klinik, Hebamme etc.
- Geburtsvorbereitung
- Begleitung in Fragen zur neuen Rolle als Mutter
- Unterstützung zur frühzeitigen Kontaktaufnahme mit Klinik, Jugend- und Familienhilfe

Spezielle Angebote für Kinder:

- Eigene Mitarbeiterin für die Kinder
- Spielpädagogische Betreuung während der Beratungszeit ihrer Mutter
- Altersgerechte Spielangebote
- Mutter- Kind- Gruppe (0 – 1 Jahr)
- Offene Kindergruppe (1 – 4 Jahre)
- Vermittlung in gemeindenaher Freizeitangebote für Kinder
- Beratung zu Fragen der Entwicklung und Erziehung des Kindes
- Entwicklung von Hilfenkonzepten für die Kinder
- Einbeziehung weiterer Institutionen und Fachleute zur Unterstützung der Kinder

9.2.4 Café Schließfach

Sozialdienst katholischer Frauen Essen-Mitte e.V.

Adresse

Café Schließfach; Maxstr.20;45127 Essen;

Ansprechpartnerin	Tel. Nr.
Frau Jaksztat	22 34 44
Frau Scherotzki	22 34 44

Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

Das Café ist ein Ort für die Besucherinnen, an dem sie Ruhe und Schutz vor den Belastungen ihres Alltags finden können. Hier können sich die Frauen in freundlicher Atmosphäre aufhalten und verschiedene alltägliche Dinge erledigen. Männer haben hier keinen Zutritt. Es gibt ein minimales Regelwerk, das sowohl Drogen aller Art als auch Gewalttätigkeiten in der Einrichtung untersagt.

Zum Angebot des Cafés gehören:

- eine Möglichkeit zum Duschen im Bad der Einrichtung
- Wäschepflege, Kleidung kann gewaschen und getrocknet werden
- Erwerb gut erhaltener Gebraucht Kleidung gegen einen kleinen Geldbetrag
- Vergabe von Hygieneartikeln
- Kondomvergabe
- drei Schlafgelegenheiten zum Ausruhen während der Öffnungszeiten

Die Lebensmittelspenden des Umverteilungsprojektes `Essener Tafel` werden für die Zubereitung kostenloser Mahlzeiten verwendet. Darüber hinaus gibt es im Café durchgehend die Möglichkeit zu `frühstücken`.

Derzeit stehen den Besucherinnen fünfzehn abschließbare Fächer zur Aufbewahrung persönlicher Dinge wie z.B. Kleidung zur Verfügung.

Während der Öffnungszeiten steht den Besucherinnen neben den ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen jeweils auch eine Sozialarbeiterin als Gesprächspartnerin zur Verfügung.

Sie ist ebenfalls ansprechbar, wenn eine Frau Beratung wünscht oder sich in einer akuten Krisensituation befindet.

Auf Wunsch der Hilfesuchenden ist jederzeit eine Begleitung zu Behörden, anderen Einrichtungen und bei Krankenhauseinlieferungen möglich. Eine Vermittlung an weitere Hilfeeinrichtungen ist ebenso Teil des Hilfeangebots wie intensive Einzelfallbetreuung.

Neben der direkten Arbeit in der Einrichtung werden auf Wunsch die Frauen auch im Krankenhaus aufgesucht und z.B. mit Kleidung versorgt.

Ein spezielles Angebot für die Kinder der Cafébesucherinnen besteht nicht. Wenn Frauen mit ihren Kindern das Café aufsuchen, sind die Mitarbeiterinnen jedoch besonders sensibilisiert in Bezug auf die Kinder. Sie achten daher besonders auf das Verhalten der Kinder und den Kontakt zwischen Mutter und Kind sowie ihrem äußeren Erscheinungsbild (Kleidung, Körperpflege, gesundheitlicher Zustand).

Sollte bei den Mitarbeiterinnen der Eindruck entstehen, dass ein Kind nicht ausreichend versorgt und betreut wird, bemühen sie sich um Intervention. Dies kann sowohl ein Gespräch mit der Mutter, als auch in Absprache mit der Frau die Einbeziehung anderer betreuender Institutionen sein.

9.3 Jugendhilfe

Soziale Dienste des öffentlichen Trägers und der freien Träger

9.3.1 Zuständigkeiten

Die **Betroffenen haben das Recht** den Sozialen Dienst (Jugendamt, Arbeiterwohlfahrt, Diakoniewerk, Päritätischer Wohlfahrtsverband oder Sozialdienst katholischer Frauen) **zu wählen**. Bei **Fällen**, die als **dem Jugendamt bekannt** angesehen werden müssen, sollte eine Abfrage der **Hauptkartei** über die **Bereitschaftsdienste der Bezirksstellen des Jugendamtes** erfolgen.

Die **nichtdeutschen BewohnerInnen** werden von den freien Trägern beraten. Die jeweiligen Zuständigkeiten sind dort zu erfragen.

Im Folgenden wird darauf verzichtet, auch andere Träger der Jugendhilfe (Heime, ambulante Dienste etc.) aufzuführen, da für die **Kooperation zwischen den Jugendhilfeträgern** im Rahmen der Hilfen zur Erziehung die Regeln des Hilfeplanverfahrens gelten.

Institution	Örtlicher Zuständigkeitsbereich	Adresse	Tel.Nr. Bereitschaftsdienst
Öffentlicher Träger Jugendamt			
Bezirksstelle 21	Frillendorf, Huttrop Stadtmitte	Rottstr. 17	88 - 51375
Bezirksstelle 22	Rellinghausen Rüttenscheid Stadtwald Bergerhausen	Giradetstr. 40-44	88 - 51395
Bezirksstelle 23	Altendorf Frohnhausen, Haarzopf Fulerum Holsterh. (nördl) Holsterh. (südl) Margarethenhöhe	Kerckhoffstr. 60	88 – 51405
		Küntzelstr. 8-10	88 - 51425
Bezirksstelle 24	Borbeck, Bochohd, Frintop, Schönebeck Bedingrade, Dellwig, Gerschede	Germaniastr. 253	88 - 51435
Bezirksstelle 25	Altenessen, Karnap, Vogelheim	Altenessener Str. 399	88 - 51 462
Bezirksstelle 26	Katernberg, Schonnebeck, Stoppenberg	Viktoriastr. 41a	88 - 51480
Institution	Örtlicher Zuständigkeitsbereich	Adresse	Tel.Nr. Bereitschafts-

	bereich		dienst
Öffentlicher Träger Jugendamt			
Bezirksstelle 27	Steele, Horst, Freisenbruch Kray, Leithe	Dreiringplatz 10 Kamblickweg 27	88 – 51497 88 - 51497
Bezirksstelle 28	Burgaltendorf, Heisingen, Kupferdreh, Überraehr, Byfang	Kupferdreher Str. 86	88 - 51535
Bezirksstelle 29	Bredene, y, Heidhausen, Kettwig, Fischlaken, Schuir, Werden	Werdener Markt 1	88 - 51545
Freie Träger			
Arbeiterwohlfahrt	Gesamtstadt	Pferdemarkt 5	1897 -320
Diakoniewerk	Gesamtstadt	Bergerhauserstr. 17	2664 -750
Paritätische Sozialdienste	Gesamtstadt	Camillo-Sitte-Platz 3	89 53 30
Sozialdienst katholischer Frauen	Gesamtstadt (außer Borbeck)	Dammannstr. 32-38 (Steele, Grendplatz 10)	27 50 8-0 51 09 79 51 44 42
Sozialdienst katholischer Frauen	Borbeck	Dionysiuskirchplatz 11	67 00 27/28

9.3.2 Grundsätze der Beratung und Hilfe

Die BezirkssozialarbeiterInnen der Soz. Dienste sind Anlaufstelle mit Informations- und Drehscheibenfunktion, sie bieten Information, Beratung und Hilfen in vielfältigen Notlagen. Die Arbeitsformen und Hilfeangebote sind individuell und orientieren sich an den Bedarfslagen und Möglichkeiten der Betroffenen.

Die nachfolgend benannten Leistungen bauen in vielen Fällen aufeinander auf, Beratung ⇒ Vermittlung von Hilfen (z.B. Förderangebote f. Kinder oder Kinderbetreuung) ⇒ der Einsatz erzieherischer Hilfen ⇒ nachgehende Betreuung.

Beratung und Hilfen können punktuell je nach Lebensphase oder über einen längeren Zeitraum erfolgen und sind am Bedarf der Betroffenen orientiert.

Unterschiedliche Auffassungen über den Bedarf der Kinder im Hinblick auf das anzustrebende Ziel (s. Pkt. 2) müssen ausgehandelt und einer Lösung zugeführt werden.

Die Arbeit der Sozialen Dienste geschieht unter den Prämissen:

- Lebensweltorientierung,
- Integration,
- Selbsthilfeorientierung.

9.3.3 Möglichkeiten der Beratung und Hilfe im Detail

1.) Beratung:

- in allgemeinen Fragen der Erziehung
- in Fragen der Partnerschaft und Trennung / Scheidung
- und Unterstützung bei der Ausübung der Personensorge

2.) Information und Vermittlung von Entlastungs- und Unterstützungsmöglichkeiten z.B.:

- Vermittlung in Förderangebote für Kinder
- Vermittlung von Kinderbetreuung
- Unterstützung bei der Erschließung finanzieller Ressourcen
- Hilfe bei Wohnungsproblemen
- Hilfe bei Schulschwierigkeiten
- Unterstützung bezogen auf Antragstellungen / Behördengänge
- Einsatz v. Krisenintervention bei Familienproblemen mit Kindern ab 12 Jahren durch Mopäd (Mobiler päd. Dienst)

3.) Beratung, Einleitung, Gewährung, Begleitung und ggf. Durchführung von familienunterstützenden Hilfen (§§20,27,28,29,30,31 KJHG):

- Hilfen in Notsituationen
- flexible ambulante Hilfen (bedarfsgerechter Zuschnitt)
- Soziale Gruppenarbeit
- Sozialpädagogische Familienhilfe
- Erziehungsbeistandschaft
- Teilstationäre Einrichtungen
- Tagespflege

4.) Beratung, Einleitung, Gewährung und Begleitung von familienersetzenden Hilfen (§§ 19, 33 und 34 KJHG):

- Vollzeitpflege
- Heimunterbringung
- Mutter- Kind Unterbringungen

5.) Mitwirkung in familien- und vormundschaftsgerichtlichen Verfahren:

- in Sorgerechtsverfahren nach Trennung/ Scheidung
- bei Sorgerechtsänderungen nach Sorgerechtserklärungen bei nicht miteinander verheirateten Paaren
- bei Umgangsregelungen

An der Entstehung dieser Kooperationsvereinbarung haben im Rahmen eines Vorbereitungskreises mitgewirkt:

Karin Wierscheim Jugendamt der Stadt Essen, Soziale Dienste
 Bärbel Marrziniak Verein Krisenhilfe e.V.
 Susanne Kleuker Universität-Gesamthochschule Essen, Medizinische Einrichtungen:
 Zentrum für Kinderheilkunde
 Martina Tödtle Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA
 Ute Breuker-Gerbig

Weiterhin haben folgende Personen an der Entstehung des Konzeptes mitgearbeitet:

Reinhild Blum	AWO, Abt. Jugend- und Familienhilfe
Gabriele Nolte-Vossloh Ulrich Leggereit	Diakoniewerk Essen, Abt. Soziale Dienste
Elke Habermann	Paritätischer Wohlfahrtsverband Kreisgruppe Essen
Gisela Strotkötter	Sozialdienst Katholischer Frauen Essen-Mitte e.V., Abt. Ambulante Dienste
Volker Hellbart Dr. Ruth Wolstein	Universitätsklinikum Essen-GHS Zentrum für Kinderheilkunde
Walburga Dr. Behring van Halteren	Universitätsklinikum Essen-GHS Zentrum für Frauenheilkunde
Marlies Müller Marisa Spee Dr. Michna Dr. Libera Michaela Hlubek Hans Schmidt	Elisabeth-Krankenhaus - Sozialdienst Neugeborenenstation Station Maria Abt. Gynäkologie Geburtshilfe
Roswitha Bültmann	AWO Beratungsstelle für Familienplanung und Schwangerschaftskonflikte im Zentrum für Frauenheilkunde Universität GHS Essen
Claudia Schulz Cornelia Jaksztat	Café Schließfach
Renate Kreke Christa Heedt	Bella Donna, Drogenberatung für Mädchen und Frauen
Jürgen Kluwig	Rheinische Kliniken Essen Institutsambulanz II
Dr. Blanke Dr. Jörg Wolstein	Rheinische Kliniken Essen Institutsambulanz III
Regina Buchner	Theresienheim
Marianne Leven Karin Müller	VIOLA - Modellprojekt „Ambulante Hilfen für drogenabhängige schwangere Frauen und Frauen mit Kindern“
Irmtraud Rutenberg	Wichernhaus

