

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen

Abteilung Berlin

Studiengang Suchthilfe/Suchttherapie (M.Sc.)

Masterthesis

ELTERNSCHAFT UNTER METHAMPHETAMINKONSUM:

**EINE QUALITATIVE UNTERSUCHUNG DER AUSWIRKUNGEN DES KONSUMS VON
METHAMPHETAMIN AUF DAS ELTERNVERHALTEN**

Vorgelegt von:

Theresa Miegel

Alfred-Kästner-Str. 41

04275 Leipzig

Matrikelnummer: 509125

Erstprüfer:

Prof. Dr. Michael Klein

Zweitprüfer:

Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer

Leipzig, 5. Oktober 2015

Besonderer Dank gilt Steve, Micha, Stefanie und Nadine für ihre Geduld und praktische Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Theoretischer Hintergrund	3
2.1	Die Substanz Methamphetamin	3
2.1.1	Epidemiologie	4
2.1.2	Wirkung von Methamphetamin	6
2.1.3	Konsummuster	12
2.1.4	Langfristige Folgen	16
2.1.5	Zusammenfassung.....	18
2.2	Elternverhalten und kindliche Bedürfnisse.....	19
2.2.1	Erziehungsfähigkeit, Erziehungsverhalten und Elternverhalten	20
2.2.2	Kindliche Bedürfnisse.....	21
2.2.3	Zusammenfassung.....	25
2.3	Methamphetaminkonsumierende Eltern und ihre Kinder.....	25
2.3.1	Elterlicher Methamphetaminkonsum.....	27
2.3.2	Besondere Belastungen für Kinder drogenbelasteter Familiensysteme.....	30
2.3.3	Schlussfolgerungen	39
2.3.4	Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum	42
2.3.5	Zusammenfassung.....	47
3	Die empirische Untersuchung	50
3.1	Fragestellung und Hypothesen.....	50
3.2	Datenerhebung	51
3.2.1	Forschungsdesign.....	52
3.2.2	Entwicklung des Interviewleitfadens	52
3.2.3	Auswahl der Interviewpartner.....	55
3.2.4	Durchführung der Experteninterviews.....	56
3.3	Datenauswertung	59
3.3.1	Datenaufbereitung.....	59
3.3.2	Auswertung der Daten	60
3.3.3	Darstellung der Ergebnisse	62
3.3.4	Diskussion und Bewertung der Ergebnisse.....	68
3.3.5	Kritische Betrachtung der Untersuchung.....	80
3.3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse	81
3.3.7	Praxisbezug	84
4	Fazit.....	93

Literaturverzeichnis.....	99
Anhang A Interviewleitfäden.....	110
A.1 Interviewleitfaden I – Fachkräfte.....	110
A.2 Interviewleitfaden II – Eltern.....	111
A.3 Interviewleitfaden III – Partner.....	112
A.4 Einverständniserklärung	113
Anhang B Interviews	114
B.1 Interview I – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle A	114
B.2 Interview II – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle B	134
B.3 Interview III – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	142
B.4 Interview IV – Sozialpädagogische Familienhilfe.....	149
B.5 Interview V – ehemals konsumierende Mutter A	158
B.6 Interview VI - ehemals konsumierende Mutter B	165
B.7 Interview VII – ehemals konsumierende Mutter C	172
B.8 Interview VIII - ehemals konsumierender Vater	179
B.9 Interview IX – Partnerin eines ehemals konsumierenden Vaters	192
Anhang C Auswertung.....	200
C.1 Kategorienbildung	200
C.2 Auswertung Interview I – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle A.....	203
C.3 Auswertung Interview II – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle B.....	209
C.4 Auswertung Interview III – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.....	211
C.5 Auswertung Interview IV – Sozialpädagogische Familienhilfe	214
C.6 Auswertung Interview V – Ehemals konsumierende Mutter A.....	216
C.7 Auswertung Interview VI – Ehemals konsumierende Mutter B.....	218
C.8 Auswertung Interview VII – Ehemals konsumierende Mutter C	220
C.9 Auswertung Interview VIII – Ehemals konsumierender Vater	222
C.10 Auswertung Interview IX – Partnerin eines ehemals konsumierenden Vaters	224
C.11 Auswertung Handlungsempfehlungen für Helfer.....	226
C.12 Vergleich der Ergebnisse aus Theorie und Empirie	229
Anhang D Bogen zur Risikoeinschätzung	236
Selbstständigkeitserklärung.....	238

In der vorliegenden Masterthesis wird für eine bessere Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Dies schließt dennoch jeweils die weibliche Form ein.

1 Einleitung

Kinder, die in Familiensystemen mit einem suchtmittelkonsumierenden Elternteil aufwachsen, werden als Risikogruppe für ungünstige psychische und soziale Entwicklungsbedingungen angesehen. Erfahrungen, welche diese Kinder sammeln, sind besonders von Instabilität und Unberechenbarkeit, Unkontrollierbarkeit, Gewalt und Misshandlungen sowie Vernachlässigung und Diskontinuitäten in den Lebensbedingungen und Beziehungen geprägt. (Klein, 2004a, 2004b) Zahlreiche Studien belegen, dass das Aufwachsen eines Kindes in einer drogenbelasteten Familie eine psychische Dauerüberforderung darstellt und ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten, früh einsetzendem Substanzmissbrauch und Suizidalität bei diesen Kindern bedingt. (Arenz-Greiving, 2007; Klein, 2001b, 2005; Klein & Zobel, 2008; Zobel, 2001)

„In der internationalen Forschung zu Fragen des Kindeswohls und der Entwicklungspsychopathologie gilt eine elterliche Suchtmittelabhängigkeit [...] seit langem als eine der gefährlichsten Konstellationen für die gesunde psychische und körperliche Entwicklung von Kindern, die im Umfeld leben.“ (Klein, 2003, S. 39)

Relativ gut erforscht wurde bisher die Situation von Kindern, die mit einem alkohol- oder opiatabhängigen Elternteil aufwachsen. Ein Mangel innerhalb der Forschung stellt das Wissen über die Situation von Kindern dar, welche mit dem elterlichen Konsum anderer Suchtmittel konfrontiert sind. (Kindler, 2006) Mit diesem Missstand sah sich auch die Autorin des Öfteren in der eigenen Berufspraxis im Rahmen der ambulanten Suchtkrankenhilfe konfrontiert. Überdies tragen Helfer, gleich welcher Profession, in der Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden Eltern mit Blick auf potentielle Kindeswohlgefährdungen nach §8a SGB VIII immer eine gewisse Verantwortung für im Haushalt lebende Kinder. An dieser Stelle wurde in im eigenen Berufsalltag einerseits ein Konflikt hinsichtlich der Verantwortungsübernahme zwischen den beteiligten Professionen bemerkt. Andererseits fiel häufig eine Unwissenheit über das Thema und damit eine gewisse Hilflosigkeit der Helfer auf. Obwohl

die Klientel methamphetaminkonsumierende Eltern seit einigen Jahren zunehmend den Fokus der Fachöffentlichkeit einnimmt, handelt es sich in Deutschland dennoch um ein relativ wenig beforschtes Thema. Dies betrifft insbesondere langfristiges Folgen des elterlichen Methamphetaminkonsums für das Familiensystem sowie Auswirkungen auf die Kinder. Diese Umstände ließen bei der Autorin das Bedürfnis nach Orientierung in der Zusammenarbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern erwachsen. In der Folge entwickelte sich das Anliegen, die Situation dieser Klientel und daraus ableitbare Belastungen für im Haushalt lebende Kindern zu erforschen.

Die vorliegende Masterthesis untersucht daher die Fragestellung, wie sich Methamphetaminkonsum auf das Elternverhalten auswirkt und welche Belastungen daraus für im Haushalt lebende Kinder resultieren. Damit soll auch ein Beitrag zu den aktuellen Diskussionen der Fachöffentlichkeit geleistet werden.

Das erste Kapitel verschafft zunächst einen Überblick über die Substanz Methamphetamin sowie ihre Wirkung auf und langfristige Folgen für Konsumenten. In der Folge wird geklärt, was Elternverhalten auszeichnet und welche kindlichen Bedürfnisse Eltern erfüllen sollten. Anschließend erfolgt eine erste Beschreibung der Situation von Kindern, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben. Hierfür werden einerseits eine Literaturrecherche genutzt, andererseits Schlussfolgerungen aus der Wirkung von Methamphetamin in Bezug auf kindliche Bedürfnisse gezogen. Dies dient einer ersten Einschätzung zur Fragestellung. Im zweiten Teil der Masterthesis erfolgt die Beschreibung der empirischen Untersuchung zum Thema. Methodisch bietet sich ein qualitatives Forschungsdesign mit leitfadengestützten Experteninterviews an. In einem letzten Schritt werden die Ergebnisse der Untersuchung im Rahmen des Praxisbezugs zu einem Bogen zur Gefährdungseinschätzung verarbeitet. Ein besonderes Augenmerk erhält dabei die mit dem elterlichen Substanzkonsum verbundene Gefährdung im Haushalt lebender Kinder und daraus abgeleitete Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern.

2 Theoretischer Hintergrund

Die folgenden Ausführungen zum theoretischen Hintergrund dienen dazu, zunächst einen auf Literaturrecherche und eigenen Schlussfolgerungen basierenden Überblick über mögliche Auswirkungen des Konsums von Methamphetamin auf das Elternverhalten und daraus resultierende Belastungen für betroffene Kinder zu verschaffen. Zunächst werden hierfür die Substanz Methamphetamin, ihre kurz- und langfristigen Effekte sowie mögliche Konsummuster betrachtet. Im Anschluss erfolgt die Definition des hier verwendeten Begriffs Elternverhalten. Des Weiteren werden kindliche Bedürfnisse als Anforderungen an die Eltern zusammengetragen. Schlussendlich erfolgt in einem dritten Teil zum theoretischen Hintergrund eine zusammenfassende Darstellung der Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und ihrer im Haushalt lebenden Kinder. Diese Darstellungen dienen als Grundlage für die Entwicklung des in der Masterthesis angewendeten Forschungsdesigns. Der eingangs beschriebene Missstand der Forschung zum Thema methamphetaminkonsumierende Eltern erfordert an dieser Stelle eine gewisse Gründlichkeit und Ausführlichkeit der Ausführungen.

2.1 Die Substanz Methamphetamin

Bei Methamphetamin, auch Crystal, Meth oder Ruppe genannt, handelt es sich um ein synthetisch hergestelltes, starkes Psycho-Stimulans auf Amphetaminbasis. (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], 2014; Drug Scouts, 2015; Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. [JSDB], 2012) Die Substanz gehört zu den sogenannten analeptischen Drogen, welche anregend und aufputschend wirken und somit die Leistungsfähigkeit und –bereitschaft der Konsumenten steigern. (Bastigkeit, 2013) Methamphetamin wird in Laboren durch die chemische Reduktion von Ephedrin mithilfe von Jodwasserstoff bzw. Jod und Phosphor hergestellt. Ephedrin selbst kann Bestandteil von Asthma-, Husten- oder Grippemedikamenten sein und wird zuvor aus dem Ephedra-Kraut gewonnen. (JSDB, 2012) Es handelt sich um einen relativ einfachen, jedoch gefährlichen

Herstellungsprozess, der prinzipiell in jeder Küche durchgeführt werden kann. (McGuinnes & Pollack, 2008) Methamphetamin wird in sehr unterschiedlicher Qualität produziert, die von den einzelnen Konsumenten kaum abgeschätzt werden kann. Mitunter sind verschiedene Streckmittel wie Paracetamol, Milchzucker oder Koffein enthalten. Teilweise finden sich in der Substanz auch gesundheitsschädliche Verunreinigungen aus dem Herstellungsprozess. (Degkwitz, Lotzin, Milin, Schäfer & Verthein, 2014; Drug Scouts, 2015; JSDB, 2012) Ein besonders hoher Reinheitsgrad von 90 bis 100 Prozent kann jedoch bei der kristallinen Form von Methamphetamin erreicht werden. (JSDB, 2012; Poehlke, 2000b) Dieses Hydrochlorid wird mit einer milchig-weißen Färbung bzw. blau oder rosa eingefärbt gehandelt und erinnert an Glassplitter oder Eiskristalle. Die Substanz wird auch pulverförmig mit einem Wirkstoffgehalt zwischen 10 und 80 Prozent angeboten. Seltener wird Methamphetamin auf dem deutschen Markt in Form von Tabletten oder Kapseln, sogenannten Thai-Pillen, verkauft. (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht [EMCDDA], 2013; JSDB, 2012) Des Weiteren gibt es die Methamphetamin-Base, ein farbloses, leicht flüchtiges, wasserunlösliches Öl mit höherem Reinheitsgrad als dem Hydrochlorid in Pulverform. (EMCDDA, 2013; DHS, 2013) Der Preis für Methamphetamin gestaltet sich in Abhängigkeit der Region sehr unterschiedlich und liegt durchschnittlich bei 50 Euro pro Gramm. Besonders günstig kann die Substanz in Tschechien erworben werden. (Bastigkeit, 2013)

2.1.1 Epidemiologie

Im Folgenden soll mithilfe epidemiologischer Daten ein Überblick über die Verbreitung der Substanz Methamphetamin im ambulanten Suchthilfesystem (Suchtberatungsstellen) geschaffen werden. Problematisch gestaltet sich hierbei, dass Amphetamin und Methamphetamin in zahlreichen Untersuchungen gemeinsam mit weiteren Substanzen, wie Speed oder Ecstasy, als Gruppe der Stimulanzien dargestellt werden. Eine genaue Erfassung der Verbreitung von Methamphetamin ist daher schwierig. (Degkwitz et al., 2014)

Obwohl laut Drogen- und Suchtbericht 2014 bundesweit kein Anstieg des Konsums von Methamphetamin zu verzeichnen ist, besteht seit Jahren ein Problem mit dieser Substanz in an Tschechien angrenzenden Regionen. (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. [SLS], 2014) Die Bedeutung des Suchtmittels nimmt in ganz Sachsen zu. Im Jahr 2014 wurden hier insgesamt ca. 27.000 Klienten im ambulanten Setting der Suchtberatungsstellen betreut, davon 28 Prozent hauptsächlich wegen des Konsums illegaler Drogen (2013: 26 Prozent). Seit 2009 ist ein Anstieg dieser Klientengruppe zu verzeichnen, zuletzt um 9 Prozent von 2013 zu 2014 (entspricht 7.600 Klienten). Bei dieser Konsumentengruppe stand mit etwa 67 Prozent vor allem der Konsum von Methamphetamin im Vordergrund. Laut Bericht über die Suchtkrankenhilfe in Sachsen bestand im Jahr 2014 in sächsischen Suchtberatungsstellen durch Methamphetamin ein vier- bis fünffach höherer Beratungsbedarf als im gesamten Bundesgebiet. Damit stellt diese Droge in Sachsen ein gesondertes Problem für das Suchthilfesystem dar. Ursprünglich handelte es sich bei diesen Konsumenten um eine sehr homogene Gruppe, zugehörig zur sogenannten Partyszene. Inzwischen hat sich der Konsum von Methamphetamin jedoch in der Gesellschaft ausgebreitet, wodurch sich die Gruppe der Methamphetaminkonsumenten mittlerweile sehr heterogen gestaltet. (Deutscher Caritasverband, 2015; SLS, 2013) Hinzu kommt eine Zunahme von Klienten mit Doppeldiagnosen. Diese weisen zu ihrem Methamphetaminkonsum zusätzlich nicht-substanzgebundene Störungen auf, wie Glücksspielsucht, problematischen Mediengebrauch oder Essstörungen. (SLS, 2014, 2015) Überdies findet in Verbindung mit Stimulanziengebrauch häufig schädlicher oder abhängiger Konsum von Cannabis, Alkohol sowie Heroin statt. (DHS, 2013) Weiterhin ist festzuhalten, dass ca. 67 Prozent der Methamphetaminkonsumenten in Sachsen zwischen 20 und 29 Jahre und 8 Prozent jünger als 20 Jahre alt sind. Daraus ergibt sich ein Altersdurchschnitt von 26,7 Jahren. Der Anteil der Frauen beträgt etwa 35 Prozent und liegt damit deutlich höher als bei anderen illegalen Substanzen. (SLS, 2014, 2015) Des Weiteren sind Konsumenten von Stimulanzien in Sachsen mit 51,7 Prozent relativ häufig auf staatliche

Leistungen wie ALG II angewiesen. (SLS, 2015) Die genannten Personengruppen sind überdies häufig auch Eltern. So erbrachte eine Untersuchung des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, dass von 392 Konsumenten von (Meth-) Amphetamin 15,5 Prozent mindestens ein Kind haben. (Degkwitz et al., 2014) Damit stellen methamphetaminkonsumierende Eltern mit Kindern in Sachsen eine besondere Zielgruppe dar.

2.1.2 Wirkung von Methamphetamin

Methamphetamin gehört zur Gruppe der Amphetamine und ist mit den körpereigenen Neurotransmittern Noradrenalin und Dopamin verwandt. Seine Fett- und Wasserlöslichkeit ermöglicht es dem Stoff, die Blut-Hirn-Schranke zu überwinden, die eigentlich verhindern soll, dass schädliche Stoffe über den Blutkreislauf in das Gehirn gelangen und dort unkontrolliert Aktionspotentiale auslösen. (Geschwinde, 2013; Sucht Schweiz, 2011) Methamphetamin stimuliert neben dem zentralen auch das dezentrale Nervensystem und bewirkt dadurch die Ausschüttung der Botenstoffe Adrenalin, Noradrenalin und Dopamin. Zudem hemmt es die Wiederaufnahme dieser Neurotransmitter in die präsynaptische Membran. Die dadurch erhöhte Konzentration von adrenergen und dopaminergen Botenstoffen im synaptischen Spalt versetzt den Körper in einen Zustand, welcher dem in einer Gefahrensituation mit anhaltender Fluchtreaktion des Menschen gleicht. (Bastigkeit, 2013; Drug Scouts, 2015; EMCDDA, 2013; Geschwinde, 2013; JSDB, 2012; Sucht Schweiz, 2011) Die verschiedenen Neurotransmitter regulieren Atmung, Puls und Blutdruck im menschlichen Körper, erzeugen Stimmungen, Gefühle und Vigilanz. Auch werden über die Botenstoffe Denkvorgänge beeinflusst und bestimmte Funktionen gesteuert, wie Schlaf-Wach-Rhythmus, Nahrungsaufnahme, sexueller Antrieb und Körpertemperatur. (Bastigkeit, 2013) Methamphetamin stimuliert außerdem direkt das Belohnungssystem, was wiederum die Verstärkung von Verhaltensweisen bewirkt, in diesem Falle die Einnahme des Suchtmittels. (Falkai & Wittchen, 2015) Dennoch hängt das Wirkungspotential dieser Substanz - also die erlebte Intensität der Wirkung - von unterschied-

lichen Faktoren ab. Hierzu gehört das Set, welches die innere Befindlichkeit des Konsumenten wiedergibt. Ebenso ist das Setting von Bedeutung, das die materiellen, kulturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen und andere äußere Umstände der Konsumsituation beschreibt. Das Wirkungspotential entfaltet sich überdies in Abhängigkeit von Reinheitsgrad, Dosierung und Applikationsform der Substanz. Darüber hinaus spielen Konsumhäufigkeit und Gewöhnung des Konsumenten an das Methamphetamin eine Rolle. (Basch, 2010; Drug Scouts, 2015) Basch (2010) betont, dass „[d]iese Vielzahl der möglichen Einflüsse [...] dafür [sorgt], dass die Effekte des Drogenkonsums nicht stereotyp und gleichartig sind, sondern unterschiedliche Konsumenten selbst mit der gleichen Substanz in gleicher Dosierung unterschiedliche Wirkung erleben können.“ (S. 36) Deutlich wird, dass zahlreiche Faktoren zu einer jeweils individuellen Wirkung des Methamphetamins bei den Konsumenten führen, die vorab nur schwer abschätzbar ist. Um dennoch ein möglichst genaues Bild des Methamphetaminkonsums darzustellen, soll im Folgenden näher auf dessen Wirkung und unangenehme Effekte eingegangen werden.

2.1.2.1 Wirkungszyklus

Die Wirkung von Methamphetamin kann in einem Zyklus beschrieben werden, welcher aus *Rush*, *High*, *Binge*, *Tweaking* und *Crash* besteht. (Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz [SMS], n.d.) Ein initialer Rush mit stark ausgeprägter Euphorie und Agitiertheit wird vor allem bei Applikationsformen mit starker Anflutung des Wirkstoffes ausgelöst. Herzfrequenz und Blutdruck steigen enorm schnell an. Diese Phase kann bis zu 30 Minuten andauern. (SMS, n.d.; Degkwitz et al. 2014) Abgelöst wird diese durch einen lang anhaltenden High-Zustand. In dieser Phase des Hochgefühls ist der Stoffwechsel stark gesteigert und Grundbedürfnisse wie Hunger, Durst und Schlafen sowie Schmerzempfindungen werden unterdrückt. Der stark euphorische und aufgeputschte Zustand geht mit großer Unruhe, einem starken Rededrang, großer Kontaktfreudigkeit und gesteigerter

Spontanität einher. Die Konsumenten fühlen sich motiviert, leistungsfähig, konzentriert und enorm selbstbewusst. Mitunter erleben sie auch Größenwahn und Allmachtsgefühle. Darüber hinaus wird das sexuelle Verlangen gesteigert und die Bereitschaft, riskante Sexualpraktiken durchzuführen. Trotz wahrgenommener Bewusstseinsenerweiterung engt der Rausch das Bewusstsein der Konsumenten ein. Dies kann größere Risikobereitschaft, Enthemmung, eingeschränkte Kritikfähigkeit, Selbstüberschätzung und beschleunigte Denk- und Assoziationsprozesse bis hin zu Gedankenflucht zur Folge haben. Mitunter können optische und akustische Sinnestäuschungen bis Angst und Verfolgungsideen auftreten. Außerdem kann es zum Realitätsverlust kommen, bei dem das Zeitgefühl verloren geht sowie die Fähigkeit, planvoll komplexe Aufgaben zu erledigen. Häufig sind die Konsumenten dann stark auf monotone, repetitive Tätigkeiten fokussiert. Mitunter sind sie aber auch leicht ablenkbar und schweifen schnell ab. Egoismus und Rücksichtslosigkeit, Gleichgültigkeit, Gereiztheit, Misstrauen sowie Aggressivität und Gewaltbereitschaft können im Kontakt mit anderen Menschen auftreten, insbesondere bei Mischkonsum mit Alkohol oder Kokain. Diese Phase kann zwischen vier und 16 Stunden anhalten. In der Regel bringt eine höhere Dosierung eine Intensivierung der Wirkung mit sich. Dennoch tritt die Wirkung in Abhängigkeit der Toleranzentwicklung beim Konsumenten auf. (Basch, 2014a; Bastigkeit, 2013; Degkwitz et al., 2014; Deutscher Caritasverband, 2015; Drug Scouts, 2015; Geschwinde, 2013; JSDB, 2012, 2013; Köhler & Poehlke, 2000; McKetin, Lubman, Najman, Dawe, Butterworth, & Baker, 2014; Sekine et al., 2006; Sucht Schweiz, 2011) Beim Abnehmen des Highs kommt es zu *Spiegel-Effekten*. Das heißt, es treten im Vergleich zum Anfluten der Substanz entgegengesetzte Wirkungen auf. Hierbei kann ein Kontrollverlust einsetzen, bei dem die Konsumenten erneut Methamphetamin einnehmen und versuchen, das Hochgefühl aufrecht zu erhalten. Diese Phase wird auch Binge genannt und kann zwischen drei bis 15 Tagen andauern. Die Substanz flutet allerdings immer schwächer an, der erlebte Rush nimmt dann immer mehr ab. Dies ist die Phase des Tweaking. Die Literatur geht davon aus, dass dieser Effekt durch die

geleerten Dopamin- und Noradrenalin-Speicher auftritt. Hier schlägt die Stimmung um, die Wahrnehmung ist extrem negativ gefärbt. Die Konsumenten spüren trotz Hypernervosität ein Gefühl großer innerer Leere sowie starkes Verlangen nach Methamphetamin. Mitunter treten erhöhte Ängstlichkeit oder paranoide Vorstellungen auf, wie der verspürte Juckreiz komme von Käfern unter der Haut. Durch den tagelangen Schlafentzug kann es zu psychotischen Zuständen kommen und der völligen Ausblendung der Realität, auch in Verbindung mit Gereiztheit und aggressivem Verhalten. Die Konsumenten fühlen sich extrem ausgezehrt, sind enorm erschöpft und müde, können jedoch kaum schlafen. Diese Phase ist zudem geprägt von Lethargie, Anhedonie, Antriebslosigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Häufig beschreiben Konsumenten diese Symptome auch im Entzug. (Basch, 2010; Degkwitz et al., 2014; Deutscher Caritasverband, 2015; JSDB, 2013; SMS, n.d.; Sucht Schweiz, 2011) Schlussendlich kommt es zum Crash. Der Körper gerät nach der tagelangen Dauerbelastung in einen enormen Erschöpfungszustand. Die Konsumenten schlafen dann häufig zwischen ein bis drei Tagen durch und sind kaum ansprechbar. Übersteigertes Hungergefühl führt zur erhöhten Nahrungsaufnahme, in der Regel hochkalorischer Lebensmittel. Die Konsumenten können aufgrund ihrer Erschöpfung stark gereizt oder sogar aggressiv werden, wenn sie keine Ruhe finden. Mitunter schlägt die vorangegangene Euphorie in eine depressive Stimmung um, da der Dopaminspeicher im Gehirn aufgebraucht ist. Auch in diesem Zustand können Anhedonie und Antriebsmangel auftreten. Eine Art *Meth-Kater* kann zwischen zwei bis 14 Tage andauern und begünstigt die Entstehung einer Substanzabhängigkeit durch erneuten Methamphetaminkonsum zur Reduktion der unangenehmen Symptome. (Degkwitz et al., 2014; Drug Scouts, 2015; JSDB, 2012, 2013; SMS, n.d.)

Für die Gesamtdauer der Wirkung von Methamphetamin finden sich in der Literatur Angaben zwischen vier bis 70 Stunden. Um solche Zeiten zu erreichen müssen Konsumenten allerdings nachlegen, also nach dem ersten Konsum weiterkonsumieren, um einen Wirkungsabfall zu vermeiden. (DHS, 2014; Drug Scouts, 2015; Geschwinde, 2013; JSDB, 2013;

Köhler & Poehlke, 2000; Sucht Schweiz, 2011) Darüber hinaus hängt die Dauer der Wirkung auch mit dem Wirkungspotential zusammen (siehe Kapitel 2.1.2). (JSDB, 2012)

2.1.2.2 Unangenehme Effekte

Die Einnahme von Methamphetamin kann für bei den Konsumenten mitunter auch unangenehme Effekte auslösen. Diese treten insbesondere beim Nachlassen der Substanzwirkung und können Symptome enthalten, wie Hautjucken, Schweißausbrüche, Mundtrockenheit, Schwindel und Herzrasen mit plötzlichem Blutdruckanstieg. Zu diesen Effekten zählen ebenfalls Hyperthermie, Zittern, Muskelkrämpfe und Hypermotorik der Kaumuskulatur. (JSDB, 2012) Durch Überdosierung oder Mischkonsum können unterschiedliche Komplikationen auftreten, wie Herzversagen, Kreislaufkollaps, Krampfanfälle, Überhitzung, Vergiftungen oder Überdosierung. (Drug Scouts, 2015; JSDB, 2012; Poehlke, 2000b) Zudem können substanzinduzierte Störungen auftreten, wie Intoxikationspsychose, bipolare Störungen, Angststörungen oder neurokognitive Störungen. (Falkai & Wittchen, 2015; Geschwinde, 2013; JSDB, 2013) Zu den unangenehmen Effekten des Methamphetaminkonsums gehören auch Entzugerscheinungen. Diese können bei den Konsumenten verschieden intensiv ausfallen und zu sehr unterschiedlichen Zeitpunkten einsetzen. In der Literatur finden sich hierzu Angaben zwischen 30 und 90 Tagen. Symptome im Entzug können Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Apathie sein. Auftreten können jedoch auch schnelle Erschöpfbarkeit, Anhedonie, Gereiztheit und starke depressive Verstimmungen. In diesem Zusammenhang kann die Suizidgefahr steigen. Jedoch kann im Entzug auch ein überwachter Zustand auftreten, geprägt von Ruhelosigkeit und Aggressivität. Besonders unter Stress können Flash-Backs auftreten. Die Entzugssymptomatik legt sich in der Regel nach ein bis zwei Wochen. Deutlich länger kann das starke Verlangen nach erneutem Konsum anhalten. (Geschwinde, 2013; JSDB, 2013; Poehlke, 2000a; SMS, n.d.; Sucht Schweiz, 2011) Diese unangenehmen Effekte schränken Konsumenten in der Bewältigung ihres Alltags mitunter stark ein.

2.1.2.3 Mischkonsum

Der alleinige Konsum von Methamphetamin scheint eher selten praktiziert zu werden. Vielmehr wird Methamphetamin häufig mit anderen Suchtmitteln kombiniert. (Basch, 2014a) Die Statistik zeigt, dass Mischkonsum mit der Substanz am häufigsten mit Cannabis (57,2 Prozent) stattfindet, gefolgt von Ecstasy (32,1 Prozent) und Alkohol (29,4 Prozent). Häufig wird die Einnahme von Methamphetamin auch mit Kokain (18,2 Prozent), verschreibungspflichtigen Beruhigungsmitteln (16,6 Prozent) sowie Heroin (12,8 Prozent) oder LSD (12,3 Prozent) kombiniert. (Degkwitz et al., 2014)

Cannabis wird häufig genutzt, um die Wirkung des Methamphetamins zu dämpfen bzw. zu beenden. Der gleichzeitige Konsum dieser Substanzen belastet das Herz-Kreislauf-System stark und erhöht das Risiko für die Entwicklung von Psychosen, Angstzuständen und Angsterkrankungen. (Degkwitz et al., 2014; Drug Scouts, 2015; JSDB, 2012) Bei der Kombination mit Ecstasy wird dessen Wirkung durch das Methamphetamin aufgehoben bzw. verzögert. Die Kombination dieser Substanzen führt zu einer extremen Kreislaufbelastung und erhöht das Risiko für Hirnschäden. (Drug Scouts, 2015; JSDB, 2012) In Verbindung mit Alkohol verringert Methamphetamin die Spürbarkeit dessen Wirkung, wodurch die Gefahr einer Alkoholvergiftung steigt. Darüber hinaus besteht ein eingeschränktes Reaktionsvermögen, welches das Risiko von Unfällen erhöht. Diese Kombination birgt außerdem ein hohes Aggressionspotential, ebenso wie die von Methamphetamin und Kokain. (Geschwinde, 2013; Drug Scouts, 2015; JSDB, 2012) Festzuhalten ist, dass der Mischkonsum von Methamphetamin mit anderen Substanzen zahlreiche und kaum vorhersehbare Gesundheitsrisiken birgt und zudem die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Polytoxikomanie erhöht. Besonders simultaner Mischkonsum birgt aufgrund der Potenzierung von Effekten ungeahnte Risiken für die Konsumenten. (Bastigkeit, 2013; Geschwinde, 2013; JSDB, 2012; Poehlke, 2000a, 2002)

2.1.3 Konsummuster

Das Konsummuster umfasst die Konsumhäufigkeit, Konsumintensität sowie die jeweiligen Konsummotive einer Person. (Degkwitz et al., 2014) Zur Konsumintensität zählt auch die Applikationsform, mit der die Substanz in den Körper aufgenommen wird. Diese bestimmt die Resorptionsgeschwindigkeit sowie den Weg der Metabolisierung im Körper und legt darüber den maximalen Blutspiegelwert fest, der durch die Substanz erreicht wird. (Geschwinde, 2013) In den folgenden Unterabschnitten wird ein Überblick über mögliche Applikationsformen von Methamphetamin, Konsummengen, Konsumgelegenheiten und -motive von Nutzern gegeben.

2.1.3.1 Applikationsformen

Methamphetamin kann über verschiedene Applikationsformen in den Körper aufgenommen werden. Die gängigen Applikationswege in Deutschland sind Sniefen, Rauchen und Inhalieren, mitunter aber auch der orale oder intravenöse Konsum.

In Deutschland wird die Substanz überwiegend gesniefelt, wobei das Pulver durch die Nase gezogen wird. Teilweise müssen die Kristalle erst zu Pulver zerdrückt werden. Da die Aufnahme des Wirkstoffs über die Nasenschleimhaut erfolgt, ist das Pulver mitunter mit winzigen Glassplittern zersetzt. Diese schneiden in die Nasenschleimhaut ein und ermöglichen eine bessere Aufnahme des Wirkstoffs in den Blutkreislauf. Diese Applikationsform bewirkt einen Wirkungseintritt nach ca. 5 bis 10 Minuten. (Bastigkeit, 2013; DHS, 2014; JSDB, 2012) Risiken dieser Applikationsform bestehen in der Verletzung der Nasenschleimhaut durch scharfkantige Kristalle oder Glassplitter. Auch birgt das gemeinsame Benutzen von Geldscheinen als Ziehröhrchen eine Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten, wie Hepatitis C oder HIV. Durch das relativ schnelle Anfluten der Wirkung besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit. (Degkwitz et al., 2014; EMCDDA, 2013; Falkai & Wittchen, 2015; JSDB, 2012)

Beim Inhalieren von Methamphetamin wird die Substanz entweder direkt in einer speziellen Pfeife geraucht oder auf einer Alufolie erhitzt und die Dämpfe eingeatmet. Die Wirkung flutet sehr schnell an und das Wirkungspotential entfaltet sich innerhalb von Sekunden, was wiederum das Abhängigkeitspotential erhöht. Risiken dieser Applikationsform liegen insbesondere in der erhöhten Gefahr einer Überdosierung und somit einer akuten Vergiftung. Zudem können Blutgefäßen blockiert und Lungenbläschen verätzt werden. Langfristig kann Kurzatmigkeit auftreten und sich das Lungenvolumen verkleinern. (Degkwitz et al. 2014; Deutscher Caritasverband, 2015; DHS, 2014; JSDB, 2012; Sucht Schweiz, 2011)

Für den intravenösen Gebrauch von Methamphetamin wird die Substanz in Wasser gelöst, erhitzt, mit einer Spritze aufgezogen und direkt in eine Vene injiziert. Der Wirkstoff gelangt über das Blut sofort ins Gehirn. Da durch das Erhitzen jedoch ein gewisser Wirkungsverlust vorliegt, müssen entsprechend hohe Dosen konsumiert werden. Auch hier besteht durch das rasche Anfluten der Wirkung ein erhöhtes Abhängigkeitspotential. Die Risiken dieser Applikationsform sind in einer erhöhten Wahrscheinlichkeit von Überdosierung und damit einer akuten Vergiftung sowie der Übertragung von Infektionskrankheiten durch das gemeinsame Benutzen von Konsumutensilien (Filter, Löffel, Spülflüssigkeit, Nadel- und Spritzenbesteck) zu sehen. Riskant ist hierbei ebenso eine nicht ausreichend erhitzte und dadurch nicht sterile Lösung sowie allgemein mangelnde Hygiene. Zudem können Venen verletzt werden, sich diese entzünden, Venenthrombosen entstehen und sich Abszesse an den Einstichstellen bilden, die bei Nichtbehandlung zu einer septischen Ausbreitung führen. (Basch, 2010; Degkwitz et al., 2014; Deutscher Caritasverband, 2015; DHS, 2013, 2014; Geschwinde, 2013; JSDB, 2012; Poehlke, 2000a)

Methamphetamin kann ebenfalls oral in Kapselform konsumiert werden. Die Wirkung tritt verzögert nach etwa 30 bis 45 Minuten ein. Hierbei besteht vor allem die Gefahr, den Mund- und Rachenraum sowie die Speiseröhre und den Magen zu verletzen. Methamphetamin kann zudem aufgelöst mittels nadelfreier Spritzen anal bzw. vaginal appliziert werden,

was ebenfalls zum raschen Anfluten des Wirkstoffs führt. Diese Applikationsform scheint in Deutschland jedoch weniger verbreitet zu sein. (JSDB, 2012)

Bei chronischem Konsum steigen Konsumenten vom *Sniefen* häufig auf Applikationsformen wie Rauchen oder intravenösen Konsum um, bei denen die Wirkung des Methamphetamin schneller anflutet. (Deutscher Caritasverband, 2015; DHS, 2014) Diese Applikationsformen sind daher Anzeichen für eine bestehende Methamphetaminabhängigkeit.

2.1.3.2 Konsummenge

Eine niedrige Konsumdosis wird in der Literatur mit 5 bis 10 Milligramm angegeben und eine mittlere Dosis mit 10 bis 40 Milligramm. Eine durch Toleranzentwicklung hohe Konsumdosis liegt entsprechend höher. Häufig geben die Konsumenten bei nasalem Konsum an, wie viele Lines sie pro Tag konsumieren. Geschätzt kann davon ausgegangen werden, dass eine Line zwischen 40 bis 60 Milligramm Methamphetamin beinhaltet. (Drug Scouts, 2015) Die Praxiserfahrungen zeigen jedoch, dass Konsumenten oft keine genauen Angaben über ihre Konsummengen machen können oder wollen. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass eine hohe Dosis die Wahrscheinlichkeit die Entstehung von Komplikationen erhöhte, wie unkontrolliertes und aggressives Verhalten, Verfolgungswahn und Auto-Agressionen. (Deutscher Caritasverband, 2015)

2.1.3.3 Konsumgelegenheiten und Konsummotive

Bei Methamphetaminkonsumenten findet sich ein sehr breites Spektrum an Konsumfrequenzen und -motiven. Einige Personen konsumieren über Stunden bis Tage und unterbrechen ihren Konsum erst mit Aufbrauchen des Methamphetamins oder ihrem endgültigem Erschöpfungszustand. Diese Konsumentengruppe weist in der Regel eine Substanzabhängigkeit auf, macht jedoch einen eher kleinen Anteil der Methamphetaminnutzer aus. Andere Personen praktizieren einen episodischen Konsum, zum Beispiel regelmäßiger Konsum vorrangig am Wochenende unterbrochen von zwei oder mehreren konsumfreien Tagen.

Die Mehrzahl der Konsumenten nimmt unregelmäßig zu bestimmten Anlässen Methamphetamin ein, ohne eine Abhängigkeit zu entwickeln. Dennoch kann auch dieser sporadische Konsum sehr intensiv sein, wenn verstärkt physische, psychische sowie soziale Probleme auftreten. (Basch, 2014a; DHS, 2013; Falkai & Wittchen, 2015). Wie Methamphetaminnutzer ihren Konsums gestalten, hängt von der individuellen Wirkungserwartung ab. Die Konsummotive entstehen situationsspezifisch und können in Abhängigkeit von Ort und sozialen Bezügen variieren. Meist liegen mehrere Konsumgründe vor, die teilweise miteinander in Verbindung stehen. (Basch, 2010) Untersuchungen der DHS (2013) sowie das Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) (2014) erbrachten als häufigstes Konsummotiv die Erzeugung einer angenehmen Wirkung im Sinne positiver Gefühle, wie Lust, ein angenehmes Gefühl, Stimmungsaufhellung, ein aufregendes Abenteuergefühl, Entspannung oder Kreativität. Ein weiteres Konsummotiv ergab sich in der Vermeidung von Unangenehem. Funktional konnten die Befragten mit Methamphetamin besser abschalten, Aufregung dämpfen, Ängste lösen, Schmerzen ausblenden und sich von bspw. familiären Konflikten abschirmen. Konsumenten nutzten Methamphetamin auch zur Selbstmedikation oder zum Abnehmen sowie um sich im eigenen Körper wohlfühlen oder das eigene Selbstvertrauen zu steigern. Konsummotive lagen darüber hinaus in der Gemeinschaft der Szene und dem Gefühl, über die Zugehörigkeit zu dieser, etwas Besonderes zu sein. Aber auch berufliche Gründe sowie die Bewältigung von Alltag, Schule oder Studium wurden als Konsummotiv angeführt. (Basch, 2014a; Degkwitz et al., 2014; DHS, 2013) Bei längerem Konsum von mehr als zwei Jahren Dauer zeigte sich bei den meisten Konsumenten eine Verschiebung der Konsummotive. Aspekte wie Gruppenzwang, eine angenehme Wirkung zu erzeugen, die Freizeit zu genießen oder Ausgehen nahmen als Konsumgründe ab. Stattdessen nahmen Konsummotive zu, wie den Tag strukturieren zu können, das Leben zu ertragen oder Selbstmedikation. (Degkwitz et al., 2014) Deutlich wird, insgesamt eine Vielzahl an Konsummotiven vorherrscht und mit zunehmendem Konsum eine Verschiebung der Konsummotive,

weg von der Erzeugung einer angenehmen Wirkung, hin zur Vermeidung unangenehmer Zustände erfolgt.

2.1.4 Langfristige Folgen

Der Konsum von Methamphetamin kann in Abhängigkeit von Konsummuster, Gebrauchsdauer, Substanzqualität und physischer sowie psychischer Konstitution des Konsumenten unterschiedliche langfristige Folgen verursachen. (Sucht Schweiz, 2011)

Methamphetamin besitzt durch seine starke Wirkung ein hohes Abhängigkeitspotential. Vor allem bei chronischem Konsum entsteht aufgrund der neurochemischen und neuroanatomischen Veränderungen im Gehirn eine Suchtmittelabhängigkeit. (DHS 2014; EMCDDA, 2013) Diese zeichnet sich gemäß dem medizinischen Klassifikationssystem ICD-10 durch folgende Kriterien aus: starkes Verlangen nach der Substanz, verringerte Kontrollfähigkeit bzgl. des Substanzkonsums, körperliche Entzugserscheinungen beim Absetzen der Substanz, Entwicklung einer Toleranz und damit einhergehende Dosissteigerung, fortschreitende Vernachlässigung von Verpflichtungen, Interessen und sozialen Kontakten zugunsten der Substanz sowie Unfähigkeit zum Konsumstopp trotz nachweislich negativer Konsequenzen durch diesen. (Dilling, Mombour, Schmidt, 2014; Falkai & Wittchen, 2015) Der regelmäßige Konsum von Methamphetamin bewirkt eine ausgeprägte psychische Abhängigkeit. Die emotionale und psychische Fixierung auf die Substanz vermindert die Fähigkeit, Abstinenzperioden einzuhalten. In der Folge werden Verhaltensmuster und Lebensstil stark eingeschränkt. Vielmehr bestimmt das Suchtmittel den Alltags- und Lebensrhythmus. Zum Beispiel werden dann drogenfreie Kontakte oder Aktivitäten zugunsten der Substanz aufgegeben. (Basch, 2010; Dilling et al., 2014; Köhler & Poehlke, 2000; Poehlke, 2000b) Überdies bewirkt diese starke psychische Bindung an das Methamphetamin starkes Verlangen, welches eine hohe Rückfallgefahr birgt. Diese kann auch nach langer Abstinenz noch bestehen. (Geschwinde, 2013)

Relativ schnell verlieren die Konsumenten stark an Körpergewicht und spüren die Schädigung der Nasenscheidewand sowie innerer Organe, wie dem Magen (Magenblutungen bis Magendurchbruch). Die Schwächung des Immunsystems sowie die Schädigung der Zähne, der Nieren, des Herzens und der Nervenzellen zählen ebenfalls zu den körperlichen Folgen. (JSDB, 2012; Sucht Schweiz, 2011) Zudem wird bei Frauen der Menstruationszyklus gestört. Dies führt in Verbindung mit dem gesteigerten Sexualtrieb und der durch das Suchtmittel beeinträchtigten Wirkung der Pille vermehrt zu ungewollten Schwangerschaften. (Drug Scouts, 2015; JSDB, 2013) Durch den Methamphetaminkonsum wird der Schlaf-Wach-Rhythmus langfristig gestört. (JSDB, 2012) Überdies bedingen bestimmte Applikationsformen individuelle Risiken (siehe Kapitel 2.1.3.1). (Poehlke, 2000a)

Langfristiger Methamphetaminkonsum verändert die Persönlichkeit der Konsumenten. Sie stumpfen seelisch ab und entwickeln Gefühlskälte. Zudem kann sich die Kritik- und Urteilsfähigkeit verringern. Psychische Instabilität, aggressives Verhalten und eine verminderte soziale Verantwortlichkeit können sich ebenfalls entwickeln. Darüber hinaus werden Nervenzellen im Gehirn zerstört, was kognitive Fähigkeiten beeinträchtigt, wie Merkfähigkeit, Konzentration und Entscheidungsfreudigkeit. Für die Regeneration dieser wird mitunter mehr als ein Jahr Abstinenz benötigt. (Basch, 2014a; Deutscher Caritasverband, 2015; Drug Scouts, 2015; EMCDDA, 2013; Geschwinde, 2013; McGuinnes & Pollack, 2008)

Komorbidität kann ebenfalls durch einen langfristigen Methamphetaminkonsum entstehen. Eine psychische Erkrankung beeinflusst dann den Verlauf, die Symptomatik sowie die Prognose einer Abhängigkeit. (DHS, 2013) Die Profile der sekundären psychischen Störungsbilder ähneln stark denen der jeweiligen eigenständigen psychischen Erkrankung, klingen häufig jedoch etwa einen Monat nach Konsumstopp ab. (Falkai & Wittchen, 2015) Überdies können sowohl eine Suchterkrankung als auch eine eigenständige psychische Störung vorliegen, die keine kausale Beziehung zueinander aufweisen. (DHS, 2013) Insgesamt steigt unter Methamphetaminkonsum, bedingt durch lange Konsumphasen und damit einhergehenden

Schlaf- und Nahrungsmangel sowie Erschöpfungszustände, das Risiko für Psychosen, Halluzinationen, Depression, Angstzustände und Panikattacken. (Poehlke, 2000a; JSDB, 2012; Drug Scouts, 2015) Das Psychoserisiko erhöht sich vor allem durch Mischkonsum. (McKetin, Lubman, Baker, Dawe, & Ali, 2013)

Da es sich bei Methamphetamin um eine illegalisierte Substanz handelt, kann es durch den Konsum zu Konflikten mit dem Gesetz kommen. Wird die Substanz auf dem Schwarzmarkt erworben oder bestehen Kontakte zum kriminellen Milieu, können Strafverfolgung und Stigmatisierung nach einer Verurteilung folgen. Dies kann wiederum zur Ausgrenzung aus bestimmten sozialen Bezügen führen. Des Weiteren können finanzielle Engpässe zu Beschaffungskriminalität in Form von Diebstählen, Betrug oder Dealerei führen. Auch Prostitution kann ein Mittel sein, um Geld für die Beschaffung von Methamphetamin zu bekommen. Mitunter üben die Konsumenten einen Beruf aus, der jedoch mit dem Konsummuster kollidieren kann. Dadurch entsteht ein Kreislauf zwischen Methamphetaminkonsum und materieller Mangelsituation. Ab einem bestimmten Punkt rückt der Konsum derart in den Vordergrund, dass alle verfügbaren finanziellen Mittel für die Beschaffung verwendet werden. (Basch 2010, 2014a, 2014b) Mitunter entwickelt sich durch den Konsum von Methamphetamin eine Glücksspielproblematik, was wiederum zu finanziellen Schwierigkeiten führen kann. (JSDB, 2012)

Methamphetamin kann somit zahlreiche langfristige Folgen bedingen, die mitunter kaum wieder durch die Konsumenten zu beseitigen sind.

2.1.5 Zusammenfassung

Methamphetamin ist ein synthetisch hergestelltes, starkes Psycho-Stimulans, welches aus einer Vielzahl an Motiven konsumiert wird. Dessen Wirkungspotential hängt von Set und Setting des Konsumenten sowie von Reinheitsgrad, Dosierung und Applikationsform des Suchtmittels ab. Die Wirkung ist für die Konsumenten im Vorfeld kaum abschätzbar und

beschreibt dabei einen Zyklus bestehend aus Rush, High, Binge, Tweaking und Crash. Die einzelnen Phasen beinhalten sehr unterschiedliche Effekte. Insbesondere im High-Zustand treten die Konsumenten mitunter sehr euphorisch, antriebsgesteigert und selbstüberschätzend auf. Beim Runterkommen sind diese eher von Erschöpfung, Gereiztheit und Anhedonie geprägt. Zahlreiche unangenehme Wirkungen können den Methamphetaminkonsum in unterschiedlichen Phasen begleiten. Hierzu gehören mitunter psychotische Symptome, Verlangen sowie Komplikationen durch Überdosierung oder Mischkonsum. Insbesondere der gemeinsame Konsum von Methamphetamin mit anderen Substanzen birgt zahlreiche, kaum vorhersehbare Gesundheitsrisiken für die Konsumenten. Zudem können durch dauerhaften Methamphetaminkonsum langfristige Folgen entstehen, wie Komorbidität oder die Veränderung der Persönlichkeit. Chronischer Konsum erhöhte überdies die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Methamphetaminabhängigkeit. Kurzfristige unangenehme Effekte und langfristige Folgen durch die Methamphetamineinnahme können die Konsumenten bei der Bewältigung ihres Alltags stark einschränken. In Sachsen finden sich zahlreiche Methamphetaminkonsumenten. Diese Klientel zeichnet sich durch einen relativ niedrigen Altersdurchschnitt, einen hohen Frauenanteil mit Gebärfähigen und Müttern sowie einen überwiegend geringen sozioökonomischen Status aus. Daher sollen in den folgenden Abschnitten die beschriebenen Effekte der Substanz Methamphetamin auf das Verhalten konsumierender Eltern übertragen und Schlussfolgerungen für die Situation der Eltern und ihrer Kinder gezogen werden.

2.2 Elternverhalten und kindliche Bedürfnisse

Für die vorliegende Untersuchung wird der Begriff *Elternverhalten* angewandt. Für diesen findet sich in der Literatur jedoch kaum eine Definition. Stattdessen wird häufig der Terminus *Erziehungsfähigkeit* mit elterlichem Suchtmittelkonsum in Verbindung gebracht. Im folgenden Abschnitt sollen die hier angewandten Begrifflichkeiten wie Erziehungsfähigkeit und Elternverhalten konkretisiert, sowie deren Relevanz für die vorliegende Fragestellung

verdeutlicht werden. Des Weiteren wird ein Überblick über kindliche Bedürfnisse gegeben. Dieser bietet eine Grundlage zur Erfassung der Anforderungen an Eltern. Im weiteren Verlauf erfolgt die Darstellung der Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und betroffener Kinder. Diese stellt eine erste Stellungnahme zur hier untersuchten Fragestellung dar.

2.2.1 Erziehungsfähigkeit, Erziehungsverhalten und Elternverhalten

Der Begriff Erziehungsfähigkeit stellt einen juristisch geprägten Begriff dar, welcher bei rechtlich relevanten Entscheidungen zur Anwendung kommt, wie familienrechtlichen Gutachten, Unterbringungsentscheidungen oder bei Kindeswohlgefährdungen. Obwohl ein Mangel an Erziehungsfähigkeit zur Gefährdung des Kindeswohls führen kann, stellt diese Fähigkeit nicht die Voraussetzung dar, die elterliche Sorge für ein Kind übernehmen zu dürfen. (Salzgeber, 2011) Unter Erziehungsfähigkeit wird „die grundlegende Fähigkeit eines Elternteils verstanden, die emotionalen und körperlichen Bedürfnisse eines Kindes zu erkennen, ein Kind angemessen zu versorgen, zu betreuen und entsprechend erzieherisch auf die vom Kind signalisierten oder altersentsprechend anstehenden Bedürfnisse einzugehen.“ (Salzgeber, 2011, S. 406) Da der Begriff für die vorliegenden Fragestellung zu starr wirkt, scheint dieser Terminus eher ungeeignet. Erziehungsfähigkeit lässt sich jedoch nicht nur an beobachtbaren Merkmalen festmachen, wie Erziehungszielen, -einstellungen und -kenntnissen, sondern auch an beobachtbaren Merkmalen. Hierzu gehört das Erziehungsverhalten. (Dettenborn & Walter, 2002) Unter Erziehungsverhalten werden in der Literatur „aktive verbale und nonverbale Handlungen, aber auch passive Unterlassungen eines Erziehenden verstanden, die bewusst oder unbewusst, positiv oder negativ auf die Entwicklung eines Kindes wirken.“ (Dettenborn & Walter, 2002, S. 107) Der Begriff Verhalten umfasst dabei sämtliche „beobachtbaren oder messbaren Aktivitäten eines lebenden Organismus“ (Tenorth & Tippelt, 2012, S. 750), „beginnend beim bloßen Reaktionsautomatismus bis hin zur geplanten intentionalen Handlung“ (Wiswede, 2004, S. 583) und gestaltet sich prozess-

haft. (Tenorth & Tippelt, 2012) Verhalten stellt somit einen variablen Begriff dar, welcher sich in Abhängigkeit von unterschiedlichen Einflüssen, bspw. Drogenkonsum, verändern kann. Da die vorliegende Fragestellung ausschließlich das Erziehungsverhalten von Eltern betrachtet, soll es um Elternverhalten gehen. Dieser Begriff wird auch gewählt, weil Erziehungsverhalten eine gewisse Intention und Gerichtetheit der Ausübenden impliziert, welche jedoch bei intoxikierten Eltern in der Regel nicht mehr vorliegt. Damit wird der Terminus Elternverhalten in Anlehnung an Dettenborn & Walter (2002) als alle aktiven verbalen und nonverbalen elterlichen Handlungen, Reaktionen und Unterlassungen verstanden. Der Begriff Elternverhalten scheint daher zur Betrachtung von methamphetaminverursachten Verhaltens- und Wesensveränderungen bei Personen in ihrer Rolle als Eltern geeignet und wird für die vorliegende Fragestellung verwendet.

Erziehungs- bzw. Elternverhalten sollte förderlich für das Kind gestaltet werden. Hierfür ist die Orientierung an kindlichen Bedürfnissen maßgebend. (Dettenborn & Walter, 2002) Diese sollen im folgenden Abschnitt beschrieben werden.

2.2.2 Kindliche Bedürfnisse

Kinder haben im Verlauf ihrer Entwicklung verschiedene Bedürfnisse. Demzufolge kann von einem förderlichen Elternverhalten gesprochen werden, wenn die dem Entwicklungsstand des Kindes entsprechenden Grundbedürfnisse befriedigt und die Fähigkeiten des Kindes gefördert werden. (Dettenborn & Walter, 2002) Eine positive Entwicklung von Kindern wird somit durch adäquate Fürsorge, Betreuung und Erziehung sowie die Ermöglichung von Erfahrungen in und mit der Umwelt begünstigt. (Werner, 2006)

Einzelnen betrachtet haben Kinder bspw. physiologische Bedürfnisse im Sinne körperlicher Zufriedenheit, welche über Pflege und Versorgung mit Nahrung, einem geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus, einer ausreichenden Körperpflege sowie Gesundheitsfürsorge und Körperkontakt befriedigt werden. Ein weiteres Bedürfnis besteht nach Schutz und Sicherheit.

Dies beinhaltet die Aufsicht des Kindes, witterungsgerechte Kleidung sowie der Schutz vor Krankheiten und Bedrohungen innerhalb und außerhalb des häuslichen Umfeldes. Des Weiteren haben Kinder emotionale, beziehungsmäßige Bedürfnisse. Diese werden über soziale Bindungen und das Vorhandensein einer stabilen Beziehung, emotionale Zuwendung, Verlässlichkeit, einführendes Verständnis und das Gefühl von Zugehörigkeit bedient. Das Bedürfnis nach Wertschätzung ist ebenfalls von Bedeutung. Kinder benötigen die Möglichkeit zu Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung, Anerkennung und Respekt ihrer Person sowie zu Individualität und Unversehrtheit (psychisch, physisch, sexuell). Ein letztes kindliches Bedürfnis besteht im Erwerb sozialer, kognitiver, emotionaler sowie ethischer Erfahrungen. Kinder benötigen hierfür altersentsprechende Anregungen, die Möglichkeit zum Wissenserwerb und zur Gestaltung sozialer Beziehungen, die Vermittlung von Werten und Normen, eine adäquate Grenzsetzung sowie die Möglichkeit für Umwelterfahrungen. (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Basch, 2014b; Dettenborn & Walter, 2002; Kindler, Lillig, Blüml, Meysen & Werner, 2006) Diese Bedürfnisse sind auch in den Basiskriterien für eine grundlegende Versorgung und Betreuung von Kindern durch das Büro „Kinder drogenabhängiger Eltern (KDO)“ (Amsterdam) beschrieben worden. Ergänzend sind dort noch aufgeführt, dass der Lebensunterhalt und die ärztliche Versorgung des Kindes (Vorsorgeuntersuchungen, medizinische Hilfe bei Erkrankung) abgesichert sein sollten. Kindern sollte darüber hinaus der feste Rahmen eines strukturierten Alltags gegeben werden. Sie sollten außerdem die Möglichkeit haben, tagesstrukturierende Angebote zu nutzen sowie am Schulunterricht teilzunehmen. (Arenz-Greiving & Kober, 2007)

In Abhängigkeit ihres Alters stellen Kinder in den unterschiedlichen Bedürfnisbereichen zeitweise erhöhte Anforderungen an ihre Eltern. Zum Beispiel sind Säuglinge völlig hilflos, können sich nicht selbst versorgen und benötigen daher den höchsten Grad an elterlichen Pflege- und Versorgungsleistungen. (Arenz-Greiving & Kober, 2007; Friedrich, 2014; Kindler & Reich, 2006; Wertferin, 2014) Um sensibel auf die kindlichen Bedürfnisse jeder

einzelnen Lebensphase reagieren zu können und die Entwicklung einer sicheren Bindungsstruktur bei Kindern zu fördern, benötigen Eltern *elterliche Feinfühligkeit*. Damit ist die Fähigkeit gemeint, „die Signale und Botschaften, welche das Kind durch sein nicht-verbales Verhalten mitteilt, wahrzunehmen und genau zu interpretieren.“ (Hänggi, Schweinberger & Perrez, 2011, S. 60) Eltern müssen für ihre Kinder Empathiefähigkeit lernen. Hierzu gehört auch, eigene Interessen zu Gunsten der Kinder zurück zu stellen und emotional für diese verfügbar zu sein sowie dem Entwicklungsstand der Kinder angemessen auf diese zu reagieren. (Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. [KSZB], 2009)

Die Nichterfüllung kindlicher Bedürfnisse kann zur Kindeswohlgefährdung führen. Diese umfasst jegliches Unterlassen oder Handeln, was dem Kind mit hoher Wahrscheinlichkeit psychischen oder physischen Schaden zufügen würde. Hierzu gehören konkret (emotionale) Kindesvernachlässigung (als die Unterlassung fürsorglichen Handelns), physische Kindesmisshandlung (als aktives körperliches Verletzen) und psychische Kindesmisshandlung (als aktives affektives und kognitives Verletzen), sexueller Missbrauch sowie das dauerhafte Aushalten von Erwachsenenkonflikten. Kindeswohlgefährdungen resultieren meist nicht nur aus einer isolierten Handlung bzw. Unterlassung, sondern vielmehr aus einer Mehrzahl von Umständen. (Dettenborn & Walter, 2002; KSZB, 2009) In diesem Sinne lassen sich zahlreiche Risikofaktoren benennen, welche eine positive kindliche Entwicklung behindern. Im Bereich körperlicher Bedürfnisse können Fehlernährung sowie eine unzureichende Gesundheitsvorsorge und der mangelnde Schutz vor Suchtstoffen der kindlichen Entwicklung entgegenwirken. Bindungsabbrüche oder Verluste wichtiger Bezugspersonen, Diskontinuitäten der Lebensbedingungen oder massive Defizite im Lebensumfeld (z. B. beengter Wohnraum, Armut etc.) können ebenfalls ungünstige Entwicklungsbedingungen für Kinder darstellen. Ebenso zählen häufig wechselnde Bezugspersonen oder instabile emotionale Beziehungen, Ablehnung sowie Desinteresse durch Bezugspersonen und der Mangel an Empathie und Feinfühligkeit zu Entwicklungsrisiken. Weitere Risikofaktoren können eine

mangelnde Anregung, Loyalitätskonflikte, unklare Grenzen, unklare Rollenverteilungen im Familiensystem und dysfunktionale Regeln sein. (Dettenborn & Walter, 2002) Risikofaktoren, wie etwa elterlicher Suchtmittelkonsum, können durch die Einschränkungen im Elternverhalten die Erfüllung kindlicher Bedürfnisse beeinträchtigen und die positive Entwicklung der Kinder behindern. (Koglin & Petermann, 2008) Die elterliche Persönlichkeit wirkt sich in ihrer Gesamtheit, auch geprägt durch den Suchtmittelkonsum, über Erziehungsverhalten sowie konkretes Elternverhalten auf das Kind aus. Eine elterliche Suchterkrankung stellt somit in gewisser Weise immer eine latente oder akute Gefährdung des Kindes dar. (Salzgeber, 2011) Klein (2004a) bemängelt jedoch, dass „Drogenabhängigen die Fähigkeit zu verantwortlicher Elternschaft rundweg abgesprochen [wird].“ (S. 365) Arenz-Greiving (2007) betont zudem, dass abhängige Eltern nicht dem bei uns herrschenden Bild idealer Eltern entsprechen, meist aber auch nicht dem Stereotyp abhängiger Menschen. Beachtet werden muss daher, dass eine Suchterkrankung verschiedene Ausprägungen annehmen kann und elterliche Fähigkeiten in solchen Fällen nur in Abhängigkeit der Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse beurteilt werden können, nie aufgrund der elterlichen Erkrankung selbst. (Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Salzgeber, 2011) Zudem scheint defizitäres Elternverhalten nicht nur durch Drogenkonsum allein verursacht. Vielmehr wird diese Mangelsituation multifaktoriell bedingt, bspw. in Kombination mit Einflüssen wie geringer Bildung oder psychischen Problemen der Eltern. (Koglin & Petermann, 2008; Schiemann, 2006) Mitunter werden diese Einflüsse durch den Drogenkonsum erst ausgelöst, verschärfen jedoch insgesamt die Situation der Betroffenen und ihrer Familien und damit auch die der Kinder. Insgesamt muss also davon ausgegangen werden, dass sich elterlicher Drogenkonsum nicht immer gleich und die daraus resultierende Situation für Kinder in diesen Familien sowie die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse sehr unterschiedlich aussehen kann. So zeigt sich auch der Konsum von Methamphetamin bei jedem Konsumenten, in Abhängigkeit der bereits in den Kapiteln 2.1.1

bis 2.1.4 benannten Aspekten, sehr unterschiedlich intensiv und bewirkt in der Folge differenzierte Situationen für betroffene Kinder.

2.2.3 Zusammenfassung

Erziehungsfähigkeit beschreibt die Fähigkeit von Eltern, die emotionalen sowie körperlichen Bedürfnisse von Kindern wahrzunehmen und adäquat darauf zu reagieren. Dies wird unter anderem durch das konkrete Elternverhalten in Bezug auf das Kind sichtbar. Dabei orientiert sich förderliches Elternverhalten an der Erfüllung kindlicher Bedürfnisse. Diese verteilen sich auf verschiedene Bedürfnisbereiche und variieren in Abhängigkeit des Alters des Kindes. Elterliche Feinfühligkeit und Empathiefähigkeit fördern darüber hinaus die positive Entwicklung von Kindern. Zugleich können zahlreiche Risikofaktoren bestehen, welche sich ungünstig auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und damit die kindliche Entwicklung auswirken. Elterlicher Suchtmittelkonsum stellt hierbei immer eine gewisse Gefährdung für das Kindeswohl dar. Jedoch bedingt sich defizitäres Elternverhalten zusätzlich durch andere Einflüsse, mitunter auch durch Folgen der Suchtmittelproblematik. Dabei muss auch beachtet werden, dass sich elterlicher Methamphetaminkonsum sehr verschieden gestaltet. In der Folge entstehen unterschiedliche Situationen und aus dem elterlichen Methamphetaminkonsum resultierende Belastungen für betroffene Kinder. Im folgenden Abschnitt soll daher die Situation von Kindern in suchtblasteten Familien, insbesondere mit methamphetaminkonsumierenden Elternteilen, betrachtet werden. Dies stellt auch die Grundlage für den anschließenden empirischen Teil dar.

2.3 Methamphetaminkonsumierende Eltern und ihre Kinder

Die Belastung durch elterlichen Drogenkonsum beeinflusst die Familienatmosphäre, den Familienzusammenhalt, die Erfüllung kindlicher Bedürfnisse sowie die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung in einer ungünstigen Weise. (Klein, 2001b) Kinder in suchtblasteten Familiensystemen erleben etliche, für ihre Entwicklung ungünstige Faktoren, welche durch

zahlreiche Autoren, wie Arenz-Greiving (2007), Bärsch (1990), Bergmann (2002), Flügel & Lindemann (1999), Klein (2001) sowie Klein & Zobel (2008), gut erforscht sind. Insgesamt stellt das Aufwachsen eines Kindes in einer drogenbelasteten Familie eine psychische Dauerüberforderung dar und führt zu einem bis zu sechsfach erhöhten Risiko, bereits im Kindes- und Jugendalter Verhaltensauffälligkeiten, früh einsetzenden eigenen Substanzmissbrauch sowie erhöhte Suizidalität zu entwickeln. (Arenz-Greiving, 2007; Klein, 2001b, 2005; Klein & Zobel, 2008; Zobel, 2001)

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt, ist das Aufwachsen von Kindern in alkohol- bzw. opiatbelasteten Familien relativ gut erforscht. Weniger gut belegt ist die Situation von Kindern in Familien mit elterlichem Missbrauch anderer Substanzen. (Kindler, 2006) Zudem scheinen aufgrund der Illegalisierung bestimmter Drogen repräsentative Übersichtsstudien für diese zu fehlen. Es wird geschätzt, dass etwa ein Drittel der Drogenkonsumenten in Deutschland Kinder hat. (Klein, 2008) Dies entspricht etwa 40.000 bis 50.000 Kindern, die mit einem drogenabhängigen Elternteil aufwachsen. Ein Großteil dieser Kinder befindet sich im Vorschul- und Grundschulalter. (Klein, 2004a, 2004b)

Die folgenden Abschnitte geben einen ersten Überblick über die Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und ihrer Kinder. Die Darstellung orientiert sich am aktuellen Forschungsstand sucht- und speziell drogenbelasteten Familien. Mithilfe der vorher gesammelten Aspekte zur Substanz Methamphetamin werden Schlussfolgerungen für methamphetaminkonsumierende Eltern und die möglicherweise daraus resultierenden Belastungen betroffener Kinder gezogen. Diese Vermutungen gilt es innerhalb der daran anschließenden empirischen Untersuchung zu überprüfen und zu ergänzen. Gleichzeitig wurden die folgenden Ausführungen für die Entwicklung des dafür verwendeten Forschungsdesigns genutzt.

2.3.1 Elterlicher Methamphetaminkonsum

In der Forschung wurde bisher verstärkt die Situation alkoholbelasteter Familiensysteme und ihrer Kinder in den Blick genommen. Drogenkonsumenten weisen in einigen Punkten jedoch Besonderheiten auf und unterscheiden sich in diesen Punkten von Personen mit problematischem Alkoholkonsum, wodurch sich auch die Situation der betroffenen Kinder anders darstellt. So sind Kinder aus drogenbelasteten Familiensystemen schon in frühen Jahren von der elterlichen Suchtmittelproblematik betroffen. Diese relativ früh einsetzende Dauerbelastung bedingt wiederum eine höhere Entwicklungspsychopathologie, als bspw. bei Kindern alkoholbelasteter Familien. (Klein, 2006) Die epidemiologischen Daten zu Methamphetamin (siehe Kapitel 2.1.1) bilden ebenfalls ein relativ geringes Durchschnittsalter der Konsumenten ab. Es wird daher geschlussfolgert, dass besonders Kinder von methamphetaminkonsumierenden Eltern sehr früh von der elterlichen Suchtmittelproblematik betroffen sind.

Weiterhin wurde in unterschiedlichen Studien ein überdurchschnittlicher Mangel schulischer und beruflicher Ausbildung bei Drogenkonsumenten festgestellt, was wiederum eine höhere Arbeitslosenquote bedingt. Mitunter weist diese Zielgruppe auch eine erhöhte Schuldenlast auf. Armut und Arbeitslosigkeit der Eltern können wiederum beengte Wohnverhältnisse bis hin zur Wohnungslosigkeit bedingen und bringen die gesamte Familie stärker in die soziale Marginalisierung. (Klein, 2004a, 2004c) Ein geringer sozioökonomischer Status überfordert die Kinder - umso mehr, je älter sie sind. (Bertenghi, 2002; Klein, 2006) Die Epidemiologie zur Substanz Methamphetamin (siehe Kapitel 2.1.1) macht deutlich, dass auch methamphetaminkonsumierende Eltern häufig nur über geringe finanzielle Ressourcen verfügen. Jedoch muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei dieser Klientel um eine sehr heterogene Gruppe handelt. Es kann daher nicht davon ausgegangen werden, dass die Familien grundsätzlich schlecht mit finanziellen Mitteln ausgestattet sind. Einer schwierigen finanziellen Situation versuchen die Eltern jedoch mitunter über Verpfändung des eigenen

Besitzes oder dem ihrer Kinder sowie durch Betteln, Prostitution oder kriminelle Aktivitäten zu begegnen. (Bergmann, 2002; Powis, Gossop, Bury, Payne & Griffiths, 2000)

Bedingt durch eventuelle Beschaffungskriminalität und die Illegalisierung der Suchtmittel tragen drogenkonsumierende Eltern überdies besondere Konsequenzen ihres Konsums. Hierzu zählen vor allem strafrechtliche Verfolgungen sowie die Risiken für Inhaftierung und polizeiliche Übergriffe. (Kästner, Härtl & Stauber, 2007; Klein, 2001a, 2004a; Sobot, 2001; Tammen, 2009) Da es sich bei Methamphetamin ebenfalls um eine illegalisierte Droge handelt, treffen die beschriebenen Aspekte auch auf Konsumenten dieser Substanz zu.

In Abhängigkeit der Applikationsform können bei Drogenkonsumenten besondere gesundheitliche Risiken auftreten, zum Beispiel die Ansteckungsgefahr von Infektionskrankheiten. Wie bereits oben beschrieben (siehe Kapitel 2.1.3.1), finden sich diese Gefahren auch beim Konsum von Methamphetamin. Zudem erhöhen Applikationsformen, wie Rauchen oder intravenöser Konsum, das Risiko einer Überdosierung.

Hinzu kommt, dass jede Droge auch langfristig individuelle Risiken für die Konsumenten birgt. Die Probandinnen der Untersuchung von Haight, Carter-Black & Sheridan (2009) beschrieben in diesem Rahmen langfristige Veränderungen durch ihren Methamphetaminkonsum. Hierbei spielten psychiatrische Probleme eine Rolle, wie Depression, Paranoia und Suizidalität. Zudem wiesen die Befragten auf mitunter bleibende physische Effekte hin, wie nervöses Zucken, Schlafstörungen, aufgerissene Augen, Zähneknirschen und Grimassieren. Betroffene Kinder können diese Auffälligkeiten bei den Eltern jedoch auch unter akuter Intoxikation dieser erleben. Wenn die Eltern in der Phase des aktiven Konsums nachlegen und somit für mehrere Tage intoxikiert sind, werden die Kinder entsprechend lange mit dieser Situation konfrontiert. Ebenso können kurz- wie langfristig, wie bereits in Kapitel 2.1.4 beschrieben, seelische Abstumpfung und Gefühlskälte bei den Konsumenten auftreten. Kinder können somit mit sehr verstörenden, teils psychotischen oder aggressiven Verhaltensauf-

fälligkeiten ihrer Eltern konfrontiert sein. Dies erzeugt bei Kindern in der Folge Unsicherheit und Angst. (Basch, 2014b; Deutscher Caritasverband, 2015)

Illegale Drogen besitzen des Weiteren eine relativ hohe Potenz verglichen mit Alkohol. (Klein, 2001a, 2004a, 2006) Dies wurde auch für Methamphetamin im Kapitel 2.1.4 beschrieben. Konkret bedingt die Substanz durch ihre hohe Potenz intensive Entzugserscheinungen mit starken Stimmungsschwankungen, eine sehr geringe Belastbarkeit und starkes Verlangen der Konsumenten. Hierdurch, sowie durch die starke psychische Bindung an das Suchtmittel, kann eine Abhängigkeit entstehen, welche die Rückkehr zur Abstinenz enorm erschwert. In einer Studie führten Haight et al., (2009) Interviews mit methamphetaminabhängigen Frauen durch, die ihre Suchtmittelabhängigkeit und die Wirkung von Methamphetamin beschrieben. Diese Frauen bestätigten das hohe Rückfallpotential sowie die Schwierigkeit des Ausstiegs bei einer bestehenden Methamphetaminabhängigkeit. Dadurch kann ein sehr langer Veränderungsprozess entstehen und damit auch ein langer Leidensweg für die Kinder. Besonders für letztere können die immer wieder auftretenden Rückfälle zu Enttäuschungen, Frustration und Vertrauensverlust gegenüber den Eltern führen.

Ein weiterer wichtiger Fakt ist der, dass sich die Wirkung von Drogen je nach Substanz unterscheidet. Wie bereits in Kapitel 2.1.2 beschrieben, wird durch Methamphetamin das Belohnungssystem aktiviert. Dies erzeugt mitunter eine so starke Stimulation, „dass normale Alltagsaktivitäten vernachlässigt werden.“ (Falkai & Wittchen, 2015, S. 661) Die Substanz bewirkt dabei Veränderungen in Wahrnehmung und Verhalten der Eltern. Eine eingeschränkte Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse jedoch, kann in der Folge eine inadäquate Reaktion darauf und dadurch bedingt Fehlleistungen oder sogar einen Mangel bei der Versorgung und Betreuung der Kinder hervorrufen. Erleben Eltern bspw. einen Realitätsverlust im intoxikierten Zustand, deuten sie Signale des Kindes sehr wahrscheinlich fehl und reagieren unangemessen oder gar nicht darauf. So kann zum Beispiel die enorm leistungssteigernde Wirkung von Methamphetamin dazu führen, dass die Konsumenten nicht nur ihre eigenen

physischen Bedürfnisse nach Nahrung und Schlaf kaum mehr wahrnehmen, sondern auch die ihrer Kinder vernachlässigen. (Basch, 2014b; Hilbig, 2013)

Insgesamt zeigt sich, dass elterlicher Methamphetaminkonsum einen sehr intensiven Einfluss auf die konsumierenden Eltern hat und damit von hohen Belastungen der Kinder auszugehen ist. Dies wird im folgenden Abschnitt betrachtet.

2.3.2 Besondere Belastungen für Kinder drogenbelasteter Familiensysteme

Kinder drogenbelasteter Eltern wachsen im Vergleich zu Kindern aus alkoholbelasteten Familien häufiger mit der Suchtproblematik **beider Elternteile** auf. In diesen Fällen steht kein gesunder Elternteil zur Verfügung, der die negativen Effekte des elterlichen Drogenkonsums kompensieren könnte. (Klein, 2004a, 2004c) Wenn beide Elternteile Drogen konsumieren, hat dies zudem häufiger Konflikte zwischen den Partnern zur Folge, teilweise mit verbalen oder körperlichen Auseinandersetzungen. Diese fallen vor allem unter akuter Intoxikation oder im Entzug extremer aus. Mitunter sind die Kinder direkt in solche Situationen involviert. (Sobot, 2001) Andererseits wachsen Kinder aus drogenbelasteten Familiensystemen häufig auch mit nur einem Elternteil auf, meist der Mutter. Dabei erreichen drogenkonsumierende Alleinerziehende schneller die Grenze zur Überforderung. (Klein, 2004a, 2006) Dies kann Situationen bedingen, welche zur Fremdunterbringung der Kinder führen. Das Risiko für elterliche Überforderung erhöht sich durch ein junges Geburtsalter der Mutter, insbesondere zum Zeitpunkt des ersten Kindes, oder wenn bereits andere Kinder der Familie fremduntergebracht wurden. (Klein, 2006; Nair, Black, Schuler, Keane, Snow & Rigney, 1997) Kinder drogenbelasteter Familiensysteme erfahren häufiger Diskontinuitäten in Beziehungen zu Bezugspersonen. Trennungssituationen werden neben Fremdunterbringungen auch durch die verstärkte Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen hervorgerufen, wie Verhaftungen, Krankenhausaufenthalte oder Suizide der Eltern. (Klein, 2004a, 2006) Darüber hinaus werden die Kinder auch für Stunden bis Monate an ungeeignete dritte Personen,

teilweise ebenfalls mit einer Suchtmittelproblematik, zur Aufsicht übergeben, während die Eltern ihr Suchtmittel beschaffen oder sich im Entzug befinden. (Sobot, 2001) Die Probanden der Studien von Brown und Hohman (2006) berichteten ebenfalls, ihre Kinder in Phasen des Runterkommens häufig an ungeeignete Bekannte oder an die älteren Kinder abgegeben zu haben. Daher, und vor dem Hintergrund der Illegalisierung von Methamphetamin mit den oben beschriebenen Folgen (siehe Kapitel 2.3.1), kann davon ausgegangen werden, dass auch Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern gehäuft Diskontinuitäten in ihrer Beziehungsgestaltung erfahren.

Häufige Trennungserfahrungen und damit verbunden ein ständiger Wechsel der Bezugspersonen verunsichern und überfordern Kinder, insbesondere jene im Säuglingsalter. Dadurch wird der Aufbau einer spezifischen Bindung zu einer Bezugsperson erschwert. (Sobot, 2001) Friedrich (2014) betont hierzu:

„Die Art und Tiefe der persönlichen Beziehungen und Bindungen zu den wichtigsten Bezugspersonen beeinflusst die gesamte Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit [...].“ (S. 60)

In diesem Sinne berichteten die befragten Eltern der Untersuchung von Brown und Hohman (2006), dass die emotionale Komponente im Elternverhalten häufig zu kurz kam und für die Eltern eine große Herausforderung darstellte. Die Probanden beschrieben, extreme Gefühle von Ärger und Teilnahmslosigkeit empfunden und die Bedürfnisse ihrer Kinder häufig ignoriert zu haben. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die befragten Eltern Schwierigkeiten hatten, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder einzugehen. Das Versagen kindlicher Bedürfnisse sowie das Erleben unbefriedigender Beziehungserfahrungen behindern die Ausbildung einer sicheren Bindungsstruktur und damit die Ausbildung von Urvertrauen bei Kindern. Letzteres ist jedoch nötig, um ein positives Fremdbild der Umwelt entwickeln zu können. (Friedrich, 2014) Neben der Erfüllung kindlicher Bedürfnisse sind dafür Resonanzprozesse zwischen Eltern und Kindern im Sinne elterlicher Feinfühligkeit notwendig. (Tost,

2013) Ist diese bspw. durch elterlichen Drogenkonsum beeinträchtigt, kann dies widersprüchliche Signale der Bindungspersonen bedingen. In der Folge werden ein gelingender Beziehungsaufbau sowie die Etablierung einer stabilen emotionalen Bindung zwischen Eltern und Kindern erschwert. Dies führt wiederum zum Mangel an Zärtlichkeit sowie zu verzögerten Reaktionen auf kindliche Interaktionsversuche, zum Beispiel beim Weinen. Bedingt die Fixierung auf das Suchtmittel den vollständigen Verzicht auf die Interaktion der Eltern mit dem Kind, führt dies zur emotionalen Deprivation. (Friedrich, 2014; Hilbig, 2013; Sobot, 2001) Häufig wird die Entwicklung der Bindungsstruktur schon durch Fortsetzung des Drogenkonsums in der Schwangerschaft gestört. Die Schwangerschaft wird dadurch erst relativ spät bemerkt, mitunter sogar ignoriert oder gar abgelehnt. Schon diese erste Phase kann ein gestörtes Bindungsverhalten zur Folge haben. (Sobot, 2001) Überdies kann der anhaltende Drogenkonsum in der Schwangerschaft zu Frühgeburten führen. In der Folge sind häufig längere Krankenhausaufenthalte der Kinder notwendig, die ebenfalls den Beziehungsaufbau mit dem Kind erschweren (Klein, 2004a, 2006) Diese frühen Bindungserfahrungen prägen Kinder stark in ihrem Eigen- und Fremdbild, da sie in den ersten Lebensjahren sehr empfänglich für Bindungseinflüsse sind. (Friedrich, 2014) Das Misslingen von vorgeburtlichem, neonatalem sowie postnatalem Beziehungsaufbau kann die ersten Lebensmonate von Säuglingen negativ beeinflussen. Der Aufbau einer tragfähigen Bindung zwischen Eltern und Kind wird erschwert und die Entwicklung desorganisierter Bindungsmuster beim Kind begünstigt. (Sobot, 2001; Tost, 2013) Der Beziehungsaufbau wird zudem durch selbst erlebte Mangel-erfahrungen innerhalb der eigenen Biografie, emotionale Instabilität der Eltern, gehemmtes Elternverhalten und schwankende Zuwendungsbereitschaft durch die elterlichen Verhaltens- extreme in Abhängigkeit der einzelnen Konsumphasen beeinflusst. (Habsh, 2012; Tost, 2013) Insbesondere in Anbetracht des besonderen Wirkungszyklus von Methamphetamin (siehe Kapitel 2.1.2.1), kann davon ausgegangen werden, dass Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern kaum konsistente Bindungsangebote erleben.

Eine weitere Erfahrung von Kindern aus drogenbelasteten Familien liegt in der häufig inkonsequenten Beziehungsgestaltung der Eltern und damit verbundenen Ambivalenzerfahrungen. Dies begründet sich darin, dass die affektiven Zustände der Eltern in Abhängigkeit ihrer Konsumphasen variieren, was wiederum eine gewisse Unberechenbarkeit des Elternverhaltens bedingt. (Sobot, 2001) Diese elterliche Verhaltensvolatilität hat zur Folge, dass Kinder mitunter sehr gegensätzliche Verhaltensweisen der Eltern in einer Person wahrnehmen. Da sie sich anpassen müssen, entwickeln Kindern an dieser Stelle eine hohe Sensibilität für die Befindlichkeiten der Eltern. Dadurch können sie allerdings kaum eigene Orientierung und Sicherheit ausbilden, die sie jedoch für eine stabile und als zuverlässig empfundene Beziehung zu einer Person benötigen. Die stattdessen erfahrene Unzuverlässigkeit der Eltern verunsichert die Kinder (Arenz-Greiving, 2007; Bärsch, 1990; Bertenghi, 2002; Lindenmeyer, 2001; Klein, 2001b; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V., 2014; Tost, 2013; Zobel, 2008) Das ambivalente Elternverhalten verhindert außerdem die Etablierung konsequenter Regeln, Grenzen und Strukturen. Überdies zeigt sich die beschriebene Wechselhaftigkeit auch in der Gestaltung des Tagesablaufs. (Hilbig, 2013) Dieser wird insbesondere von intensiven Symptomen des High-Zustands (bspw. starke Euphorie, hohe Spontanität) und der Phase des Runterkommens (bspw. Antriebsmangel, depressive Verstimmung) geprägt, was kaum eine zuverlässige Struktur für Kinder zulässt. Bei Methamphetamin durchlebt der Konsument einen besonderen Wirkungszyklus. Dieser verändert das Elternverhalten innerhalb kürzester Zeit und in sehr unterschiedliche Richtungen. (Hilbig, 2013) Es wird deshalb geschlussfolgert, dass Kinder bei einem intensiven Methamphetaminkonsum der Eltern ein hohes Maß an elterlicher Verhaltensvolatilität und damit verbunden zahlreiche Ambivalenzerfahrungen erleben.

Ein weiterer Aspekt, welcher insbesondere den familiären Alltag für Kinder stark beeinflussen kann, ist ein abhängiges Konsummuster eines oder beider Elternteile. Neben Entzugssymptomen sehen sich Abhängige auch durch ihren Kontrollverlust über den Konsum

und das starke Suchtmittelverlangen zu erneuter Drogenbeschaffung gezwungen. Der Fokus auf die Beschaffung und den Konsum der Droge bedingt jedoch, dass „bedeutende Alltagsphasen der kindlichen Interaktionsbedürftigkeit [für die Eltern] nicht zugänglich sind“ (Sobot, 2001, S. 19) und es an dieser Stelle „[n]ahezu zwangsläufig [...] zur Vernachlässigung der Kinder“ (Tammen, 2009, S. 263) kommt. Auch bei Methamphetamin geht die größte Einschränkung der elterlichen Kompetenzen von einem abhängigen Konsummuster nach ICD-10 aus. Häufig bestimmt die Beschaffung des Suchtmittels den Tagesablauf. Eltern zeigen dann eine starke Tendenz zur Befriedigung der eigenen Bedürfnisse. Für den Rhythmus der Kinder und deren Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung, Geborgenheit und vertrauensvollen Bezugspersonen bleibt jedoch nur wenig Raum. (Basch, 2014b; Börno & Thörmer, 2013; Kästner, Härtl & Stauber, 2007) Da Methamphetamin ein hohes Abhängigkeitspotential aufweist und Konsumenten eine starke psychische Bindung an das Suchtmittel erfahren, kann davon ausgegangen werden, dass die hier beschriebenen Auswirkungen eines abhängigen Konsummusters ebenfalls auf Methamphetamin zutreffen.

Neben einem abhängigen Konsummuster schränken jedoch auch andere Aspekte die elterliche Verfügbarkeit ein. Der Konsum von Methamphetamin kann sehr intensive Effekte zur Folge haben, wie bereits in den Kapiteln 2.1.2 und 2.1.2.1 beschrieben. Es können bspw. Realitätsverlust, Verlust des Zeitgefühls oder die Fixierung auf monotone Aktivitäten auftreten. Insbesondere bei tagelangem Dauerkonsum ist dann von einer eingeschränkten bis gar keinen Verfügbarkeit der Eltern für die Kinder auszugehen. Die in der Phase des Runterkommens auftretenden Symptome, wie starke Anhedonie, Antriebsmangel und Motivationsverlust, können sich ebenfalls ungünstig auf die Betreuungs- und Versorgungsleistungen sowie die Aufsicht durch die Eltern auswirken. (Basch, 2014b; Hilbig, 2013; Klein, 2004a; McGuinnes & Pollack, 2008) Überdies kann die elterliche Verfügbarkeit durch die starken Nebenwirkungen und Komplikationen des Methamphetaminkonsums, insbesondere bei Mischkonsum, beeinträchtigt werden, wie Vergiftungen, Überdosierungen oder Verletzungen.

(Basch, 2014b) An dieser Stelle sei ebenfalls auf die langfristigen Folgen des Methamphetaminkonsums verwiesen (siehe Kapitel 2.1.4). Eltern können an sie gestellte Anforderungen vermutlich auch dann nicht vollumfänglich erfüllen, wenn sie bspw. konsumbedingt unter kognitiven Einschränkungen oder einer sekundären psychiatrischen Erkrankung leiden. Im Sinne der elterlichen Verfügbarkeit erhält die Aufsichtspflicht der Eltern eine besondere Bedeutung, wenn es um den Schutz der Kinder geht. Mitunter können Eltern nicht verhindern, dass Kinder unbeabsichtigt mit herumliegenden Substanzresten oder schlecht versteckten Suchtstoffen in Berührung kommen. Die Vernachlässigung der Aufsichtspflicht birgt in diesem Fällen für die Kinder das Risiko von Vergiftungen. Insgesamt kommt es jedoch auch häufiger zu Unfällen im elterlichen Haushalt. (Powis et al., 2000; Klein, 2001b, 2004a, 2006)

Drogenbelastete Familiensysteme weisen weiterhin Besonderheiten in ihrer Familienatmosphäre und –struktur auf. Die familiäre Atmosphäre zeichnet sich mitunter durch Anspannung, emotionale Kälte, Willkür, Hilflosigkeit und Disharmonie aus. Probleme werden kaum thematisiert. Konflikte zwischen den Eltern lösen häufig Loyalitätskonflikte bei den Kindern aus. (Arenz-Greiving, 2007; Flügel & Lindemann, 1999; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V., 2014; Klein, 2001b, 2005; Zobel, 2001) Darüber hinaus können sich die vorhandenen Familienstrukturen destabilisieren und somit auch im Familiensystem verteilte Rollen verändern. (Plass & Wiegand-Grefe, 2012) Ähnliche Merkmale schilderten auch die Befragten der Untersuchung von Haight et al. (2009), indem sie von einem Verlust der Familienstruktur durch ihren Methamphetaminkonsum berichteten. In diesem Zusammenhang kommt es in drogenbelasteten Familiensystemen mitunter zur Parentifizierung der Kinder. Sie übernehmen dann verstärkt Verantwortung, indem sie die Rolle des ausfallenden, suchtmittelbelasteten Elternteils einnehmen und den Erwachsenen, jüngere Geschwister sowie den Haushalt versorgen. Das führt häufig zur Überforderung und lässt kaum Raum, eigene kindliche Erfahrungswelten zu erschließen. Gleichzeitig verlernen diese Kinder, für ihre eigenen Bedürfnisse zu sorgen. Wenn diese Erwachsenenrolle situativ abge-

geben werden soll, entstehen für die Kinder kaum begreifliche und kontrollierbare Grenzen, was Irritation, Unsicherheit und Hilfslosigkeit bzgl. der eigenen Rolle bedingt. In der Folge werden die Kinder in ihrer sozialen, moralischen und intellektuellen Entwicklung behindert. (Arenz-Greiving, 2007; Basch, 2014b; Bärsch, 1990; Flügel & Lindemann, 1999; Lindemeyer, 2001; Michaelis, 1999; Zobel, 2001) Wenn Elternteile aufgrund eines Suchtmittelproblems ausfallen und entsprechende Erwachsenenforderungen an Kinder gestellt werden, empfinden diese mitunter Ohnmacht, Scham, Ärger oder Enttäuschung, insbesondere über die Nichtverfügbarkeit der Eltern. Dennoch spüren sie Zuneigung zu diesen, was die Kinder insgesamt in einen emotionalen Zwiespalt bringt. Sie können diese Gefühle jedoch oft nicht äußern. In der Folge kommt es zu Schuldgefühlen, emotionalem Rückzug, psychischen Konflikten und Überforderung. (Bärsch, 1990; Plass & Wiegand-Grefe, 2012; Zobel, 2001) Die in Abhängigkeit des Alters begrenzten Ausdrucksmöglichkeiten der Kinder können dann zu auffälligem Verhalten als Ausdrucksform für ihre nicht berücksichtigten, emotionalen Befindlichkeiten führen. (Arenz-Greiving, 2007; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V., 2014) Dies kann wiederum die Ablehnung der Kinder durch die Eltern selbst, als auch durch Gleichaltrige oder andere Erwachsene im sozialen Umfeld bedingen. (Zobel, 2001) Die eben beschriebenen Aspekte zu Familienatmosphäre und -struktur bei suchtmittelbelasteten Familien finden sich auch in einer Studie von Ostler, Haight, Black, Choi, Kingery und Sheridan (2007). Sie interviewten in einer Untersuchung Kinder von methamphetaminkonsumierenden Eltern. Diese erlebten die mangelnde Verfügbarkeit ihrer Eltern, das häufige Lügen, das Nichteinhalten von Versprechen sowie die Vernachlässigung durch die Eltern als sehr belastend. Die ambivalente Beziehung führte zum Vertrauensverlust der Kinder gegenüber ihren Eltern. Gleichzeitig sorgten sie sich jedoch um die elterliche Gesundheit. Somit erlebten die Kinder einen emotionalen Zwiespalt mit Gefühlen von Spannung und Angst, aber auch Ärger, Aggressionen und Traurigkeit. Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichen, dass die beschriebenen Auswirkungen elterlichen Drogen-

konsums im Sinne einer mangelnden Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der Eltern, ambivalente Beziehungsgestaltung sowie emotionaler Zwiespalt der Kinder auch bei Familiensystemen mit problematischem elterlichem Methamphetaminkonsum auftreten.

Bezüglich der Veränderungen im Familiensystem muss überdies auf die Kommunikation innerhalb der Familie hingewiesen werden. Die Wirkung von Methamphetamin stört diese. (Basch, 2014b) Zudem lassen Ungeduld und Reizbarkeit, insbesondere in der Phase des Runterkommens, vermutlich kaum Raum zur Besprechung von familiären Abläufen oder Problemen der Kinder. Des Weiteren müssen der für Methamphetamin fast typische Rededrang sowie die verringerten kognitiven Fähigkeiten der Eltern, bedingt durch einen längeren Drogenkonsum, beachtet werden. Eine gelingende Kommunikation erscheint vor diesem Hintergrund kaum vorstellbar. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die familiäre Kommunikation durch langfristigen elterlichen Methamphetaminkonsum ungünstig verändert und Kindern dadurch eine gewisse elterliche Unterstützung im Alltag und bei Problemen fehlt.

Einen Mangel an Unterstützung erfahren Kinder drogenbelasteter Familiensysteme mitunter auch durch ihre Umwelt. Die gesellschaftliche Reaktion auf problematischen Drogengebrauch bei Eltern unterscheidet sich mitunter sehr von der Reaktion auf bspw. problematischen Alkoholkonsum. Dies führt wiederum zu einer stärkeren Stigmatisierung der Drogenkonsumenten und ihrer Kinder. (Klein, 2001a, 2004a) Eine verstärkte soziale Isolation kann folgen. Diese wird außerdem durch langjährige, elterliche Drogenkarrieren selbst bedingt. Häufig werden dann drogenfreie Kontakte abgebrochen. (Klein, 2004c, 2006) Die soziale Isolation der Eltern bedingt für die Kinder einen Mangel drogenfreier Kontakte für die eigene emotionale Entlastung. (Arenz-Greiving, 2007) Überdies fehlen geeignete Modellpersonen zum Erlernen sozial förderlicher Verhaltensweisen. (Klein, 2004c, 2006) Stattdessen internalisieren die Kinder über Imitations- und Identifikationsprozesse das elterliche Verhalten (Sobot, 2001) und werden somit häufig „in einer Weise beeinflusst und erzogen, dass sie selbst Drogenkonsumenten werden“ (Klein, 2008, S. 131). Die Situation methamphetamin-

konsumierender Eltern und ihrer Kinder gestaltet sich ähnlich. So berichteten auch die Probandinnen der Untersuchung von Haight et al. (2009) von einer zunehmenden sozialen Isolation ihrer Familie im Rahmen ihres Methamphetaminkonsums.

Des Weiteren erfahren Kinder in drogenbelasteten Familien häufiger als andere Kinder Gewalt sowie emotionale, körperliche und sexuelle Grenzüberschreitungen. Dies wird begünstigt durch Intoxikationssituationen, da bereits geringer Suchtmittelkonsum die Schwellen von Ängsten und Hemmungen herabsetzt. (Arenz-Greiving, 2007; Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V., 2014; Klein, 1999) Insbesondere bei Methamphetamin scheint überdies die Phase des Runterkommens solche Erfahrungen zu fördern, da Eltern dann besonders gereizt und ungeduldig sind. Brown und Hohman (2006) führten in einer Untersuchung Interviews mit 10 ehemals methamphetaminkonsumierenden Eltern, die sich mittlerweile in Behandlung begeben hatten. Die Probanden berichteten, beim Runterkommen von Methamphetamin ein großes Ruhebedürfnis verspürt zu haben und wenn sie diesem nicht nachgehen konnten, große Reizbarkeit und Ungeduld empfunden zu haben. Die Effekte der einzelnen Phasen im Wirkungszyklus des Methamphetaminkonsums können aggressive Spannungen und impulsive emotionale Reaktionen bedingen, die zu gewalttätigem Verhalten führen. (Basch, 2014b; McKetin, Lubman, Najman, Dawe, Butterworth & Baker, 2014) Im Ergebnis erleben die Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern physische und psychische Gewalt. (Hilbig, 2013) Von Gewalterfahrungen berichteten auch die Befragten der Untersuchung von Ostler et al. (2007). Unter dem Einfluss von Methamphetamin wird außerdem die Motorik der Eltern eingeschränkt. Dies kann insbesondere im Umgang mit Säuglingen problematisch werden, da die Eltern dann fahrig, grob und unaufmerksam handeln. (Basch, 2014b) Festzuhalten bleibt, dass Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern häufig verschiedenen Ausprägungen von Gewalt ausgesetzt sind.

2.3.3 Schlussfolgerungen

Durch die in den vorangegangenen Kapiteln 2.3.1 und 2.3.2 geschilderten Aspekte und Veränderungen elterlichen Methamphetaminkonsums, scheint eine adäquate Befriedigung kindlicher Bedürfnisse durch die Eltern nicht zu jedem Zeitpunkt möglich.

Physiologische Bedürfnisse der Kinder, wie bspw. geregelte Mahlzeiten oder ein geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus, sind insbesondere bei intensivem Methamphetaminkonsum durch die hohe Spontanität und lange Wach- bzw. Ruhezeiten, nicht gewährleistet. Dies fällt besonders zu Lasten von Säuglingen und Kleinkindern. Diese benötigen jedoch ausgesprochen viel Fürsorge und Betreuung durch die Eltern. (Sobot, 2001)

Auch der Schutz der Kinder wirkt in Intoxikationssituationen oder in der Phase des Runterkommens durch die mangelnde Verfügbarkeit der Eltern beeinträchtigt. Vielmehr scheinen Kinder durch den elterlichen Methamphetaminkonsum und die mitunter damit verbundene Vernachlässigung der Aufsicht zusätzlich gefährdet, bspw. beim versehentlichen Konsum der Kinder von herumliegenden Substanzresten.

Die Befriedigung kindlicher emotionaler Bedürfnisse nach stabilen Beziehungen, Verlässlichkeit und einfühlendem Verständnis scheinen durch die methamphetaminbedingten Einschränkungen elterlicher Feinfühligkeit und die Folgen elterlicher Verhaltensvolatilität ebenfalls beeinträchtigt. Methamphetaminkonsumierende Eltern können anscheinend weder in Phasen akuter Intoxikation, noch in Phasen des Runterkommens als verlässliche Bezugspersonen für ihre Kinder fungieren und sich vollumfänglich emotional auf diese einlassen. Dies wirkt sich negativ auf das Bindungsverhalten der Kinder aus. Ebenso wird dieses ungünstig durch die beschriebenen Diskontinuitäten in sozialen Beziehungen beeinflusst. Überdies erfahren Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern häufig Unzuverlässigkeit und Strukturverlust, was ihnen die Ausbildung eines sicheren Orientierungsrahmens erschwert.

Wertschätzung und eine altersentsprechende Anregung von Erfahrungen können vermutlich ebenfalls kaum erfüllt werden. Ein Mangel an Entwicklungsanregungen kann bei Kindern Verzögerungen im motorischen, sprachlichen sowie kognitiven und emotionalen Bereich verursachen. Zum Beispiel werden die Sprache und deren Regeln über die Kommunikation erlernt, insbesondere mit den Eltern. Wie bereits oben beschrieben (siehe Kapitel 2.3.2), können Konsumenten von Methamphetamin jedoch nicht zu jeder Zeit als konstante Dialogpartner dienen. Zudem fällt die Kommunikation emotionaler Inhalte häufig schwer, auch aufgrund des Suchtmittleinflusses. (Sobot, 2001; Tost, 2013) Überdies beeinflusst soziale Isolation die Anregung der kindlichen Erfahrungswelten. Durch einen Mangel an drogenfreien Kontakten und damit adäquaten Modellpersonen wird Kindern das Erlernen einer angemessenen Gestaltung von sozialen Beziehungen erschwert. Darüber hinaus mangelt es vor dem drogenbelasteten Familienhintergrund an sozialen Kontakten zur emotionalen Unterstützung der Kinder.

Insgesamt scheint es unter langfristigem Methamphetaminkonsum kaum möglich, die kindlichen Bedürfnisse zuverlässig abzusichern. So schilderten auch die Befragten der Untersuchung von Haight et al. (2009) ihre Unfähigkeit zu rationalem Denken unter Methamphetamineinfluss, eine emotionale Vernachlässigung der Kinder sowie ein verringertes Urteilsvermögen bzgl. der Erfüllung von Verpflichtungen. Sie beschrieben darüber hinaus einen insgesamt negativen Einfluss auf ihr Elternverhalten sowie eine verringerte mütterliche Sorge hinsichtlich des Schutzes der Kinder vor Missbrauch, körperlichen Gefährdungen sowie häuslicher Gewalt und problematischen Familienbeziehungen. Haight et al. (2009) fassten dies wie folgt zusammen:

„They [the mothers with methamphetamine addiction] became “obsessed” with the drug and nothing was more important to them, not even the children whom they loved. They lost the ability to think “rationally,” experienced serious lapses in judgment, lost motivation, and lived in a “fog.”” (S. 71)

Gleichzeitig entsteht in der Studie von Brown und Hohman (2006) der Eindruck, dass die befragten Eltern trotz ihres problematischen Methamphetaminkonsums stets bemüht waren, ihren Drogenkonsum und ihre Rolle als Eltern zu trennen, indem sie bspw. nicht direkt vor den Kindern konsumierten. Dennoch stellten Brown & Hohman (2006) folgendes fest:

„In reviewing the results presented, there is no question that, throughout [the parents] use and to the end, their methamphetamine use greatly impacted their abilities to parent and respond to their children.” (S. 84)

In Abhängigkeit der Intensität sowie des aktuellen Status des elterlichen Methamphetaminkonsums können Eltern die Betreuung, Versorgung und Aufsicht ihrer Kinder anscheinend nicht kontinuierlich absichern. (Börno & Thörmer, 2013) Hilbig (2013) weist in diesem Zuge darauf hin, dass bei aktivem Methamphetaminkonsum immer eine akute bzw. latente Kindeswohlgefährdung zu prüfen sei. Dennoch betonen Börno & Thörmer (2013), dass methamphetaminkonsumierende Eltern nicht automatisch ihre Erziehungsfähigkeit verlieren. Hilbig (2013) erklärt hierzu, dass die elterlichen Kompetenzen unter dem Methamphetaminkonsum überlagert werden. Dennoch sind diese Eltern grundlegend erziehungsfähig. Mitunter benötigen Sie jedoch Unterstützung in ihrer Rolle. (Börno & Thörmer, 2013)

Insgesamt kann vorerst festgehalten werden, dass eine dauerhafte, angemessene Befriedigung kindlicher Bedürfnisse, und somit kindeswohldienliches Elternverhalten, durch Methamphetaminkonsum eingeschränkt ist. In der Folge entstehen zahlreiche Belastungen für die betroffenen Kinder. Zudem scheint das Maß der methamphetaminbedingten Beeinträchtigung von verschiedenen Aspekten des elterlichen Methamphetaminkonsums abzuhängen. Daher soll im folgenden Abschnitt versucht werden, Aspekte für einen besonders problematischen Konsum, welcher eine hohe Wahrscheinlichkeit für die Gefährdung von Kindern im Haushalt birgt, zusammen zu tragen.

2.3.4 Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum

Defizite im Elternverhalten sind meist multifaktoriell bedingt. Neben dem reinen Substanzproblem erhöhen oder senken sich die Belastungen und Entwicklungsrisiken für Kinder in drogenbelasteten Familien in Abhängigkeit bereits entstandener Folgen durch den Konsum sowie zahlreichen weiteren Belastungsfaktoren. (Klein, 2001b; Klein & Zobel, 1997) Anhand der bisher gewonnenen Kenntnisse zu Wirkung und Folgen des Methamphetaminkonsums werden im Folgenden mögliche Indikatoren für einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum von Eltern abgeleitet. In der hier vorliegenden Betrachtungsweise führt *besonders problematischer Methamphetaminkonsum* in einem so hohen Maße zu Einschränkungen innerhalb der Elternfunktion, dass dadurch eine ausreichende Erfüllung kindlicher Bedürfnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen ist und in der Folge mit einer beträchtlichen Gefährdung der im Haushalt lebenden Kinder gerechnet werden muss. Dabei richtet sich der Fokus auf den elterlichen Methamphetaminkonsum und daraus ableitbaren Risiken für betroffene Kinder. Wie die Ausführungen der bisherigen Kapitel zeigen, können diese Einschränkungen sowohl durch konsumbedingte Aspekte, als auch durch bestimmte Rahmenfaktoren verursacht werden.

Eine wichtige Rolle spielt hierbei die Qualität des elterlichen Drogenkonsums. Sie spiegelt das Ausmaß und den Verlauf der Suchtmittelproblematik wieder. Überdies gibt die Quantität Auskunft über die Dauer des elterlichen Drogenkonsums. (Klein, 2004b) In diesem Sinne spielt das Konsummuster eine wichtige Rolle und lässt sich in Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit unterteilen. Dabei erhöhen eine starke Chronizität und ein hoher Schweregrad des elterlichen Suchtmittelproblems, bis hin zu einer diagnostizierten Substanzabhängigkeit nach ICD-10, die kindliche Belastung. (Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V., 2014; Klein & Zobel, 2001; Poehlke, 2002) Insbesondere bei einer Methamphetaminabhängigkeit haben die Unfähigkeit zur Abstinenz, das Verlangen und der Kontrollverlust, mit dem auch die Fähigkeit stark eingeschränkt ist, bspw. die Bedürfnisse des

Kindes zu priorisieren, großen Einfluss. Mit hoher Wahrscheinlichkeit besteht eine solche Abhängigkeit bei Applikationsformen wie dem Rauchen oder Inhalieren der Substanz sowie intravenösem Konsum. Darüber hinaus können diese Applikationsformen durch ihre massiven Gesundheitsrisiken gehäuft zum Ausfall der Eltern führen. Zudem kann die Verschiebung der Konsummotive hin zur Vermeidung von Unangenehmem auf eine Abhängigkeit hindeuten. Kritisch betrachtet werden müssen des Weiteren lange Konsumzeiten von mehreren Tagen mit ständigem Nachlegen von Methamphetamin. In diesem Zusammenhang deutet die Unfähigkeit zu Abstinenzzeiten ebenfalls auf ein abhängiges Konsummuster hin. Im Ergebnis sind die Eltern über mehrere Tage intoxikiert und nur eingeschränkt für ihre Kinder verfügbar. Zudem gelangen die Eltern nach mehreren Tagen Konsum durch körperliche Auszehrung sowie Schlaf- und Nahrungsmangel an ihre körperliche und psychische Belastungsgrenze und können dadurch auch nach Konsumende kaum für ihre Kinder sorgen. Weiterhin können hohe Konsummengen als Kriterium für besonders problematischen Konsum betrachtet werden, da eine höhere Dosis in der Regel auch eine intensivere Wirkung beim Konsumenten verursacht. Insbesondere in Verbindung mit Kindern sind dann Symptome, wie Realitätsverlust und Verlust des Zeitgefühls, Fixierung auf monotone Tätigkeit, aggressives Auftreten oder psychotische Symptome, enorm kritisch zu bewerten. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass die Toleranzentwicklung sehr unterschiedliche Reaktionen der einzelnen Konsumenten auf die gleiche Menge Methamphetamin zum Ergebnis hat. Wiederum spricht eine hohe Toleranz für das Vorliegen einer Abhängigkeit. Darüber hinaus wird das Risiko für die kindliche Entwicklung durch eine elterliche Polytoxikomanie erhöht, da hiermit ein komplexeres Störungsbild der Eltern entsteht. (Habash, 2012; Klein, 2004a, 2004c, 2006; Poehlke, 2002; Tammen, 2009) Bei Mischkonsum können zudem unvorhersehbare Effekte und Komplikationen auftreten, insbesondere beim simultanem Konsum von Methamphetamin mit Alkohol, Ecstasy oder Kokain. Dies kann wiederum zum Ausfall der Eltern führen Festzuhalten ist, dass das elterliche Konsummuster Kriterien zur Abschätzung eines besonders

problematischen Methamphetaminkonsums bietet. Zu diesen gehören Angaben zu Konsummenge, Konsumhäufigkeit, Konsumdauer, Konsummotiven, Applikationsform, dem Vorliegen einer Abhängigkeit und Mischkonsum.

Des Weiteren ist als besonders problematisch im Rahmen des elterlichen Methamphetaminkonsums die Einnahme der Substanz in Gegenwart der Kinder zu bewerten, ebenso die Interaktion zwischen intoxikierten Eltern und ihren Kindern. Die Kinder sind dann einerseits direkt mit den elterlichen Konsumgewohnheiten konfrontiert, andererseits erleben sie die für sie mitunter sehr irritierenden Verhaltensauffälligkeiten der Eltern, wie psychotische Symptome, aggressive Verhaltensweisen und elterliche Verhaltensvolatilität.

Ein weiteres Anzeichen für besonders problematischen Konsum könnten gesundheitliche Komplikationen in der Vorgeschichte der Konsumanamnese sein. Diese verhindern die Verfügbarkeit der Eltern für ihre Kinder. Es wird eingeschätzt, dass diese Symptome wahrscheinlicher bei intensiven Konsummustern auftreten. Wenn davon ausgegangen wird, dass sich der Konsum mit der Zeit intensiviert, könnte die Wahrscheinlichkeit für erneute gesundheitliche Komplikationen dadurch erhöht sein.

Neben diesen Aspekten des elterlichen Methamphetaminkonsums spielen noch weitere Faktoren eine Rolle, die mitunter zwar nicht direkt mit dem Drogenkonsum in Verbindung stehen, die Belastung für Kinder jedoch in Kombination mit diesem erhöhen. In diesem Sinne bedingt eine elterliche Komorbidität eine verstärkte Symptomatik und eine höhere Anzahl an Krankheitssymptomen, was wiederum ein höheres Entwicklungsrisiko für die Kinder bedeutet.

Einen schwerwiegenden Aspekt für die kindliche Belastung stellt überdies der Konsum beider Elternteile dar. (Klein, 2006) Dies bedeutet für Kinder erhöhte Belastungen, zum Beispiel durch häufigere Konflikte zwischen den Partnern. Protektiv wirkt sich hingegen aus, wenn nur einer der beiden Elternteile eine Suchmittelproblematik aufweist. In diesem Fall kann das Kind zum gesunden Elternteil eine sichere Bindung aufbauen und der Elternteil die

Belastungen des Kindes ein Stück weit kompensieren. (Eiden, 2013) Dabei hat die Bindung an die Mutter eine protektivere Wirkung als die an den Vater. Daher scheint die Betroffenheit von Kindern größer, wenn die Mutter eine Suchtmittelproblematik aufweist. Häufig sind die Kinder dann zu einem bedeutenden Teil sich selbst überlassen bzw. stärker von Parentifizierung betroffen. (Zobel, 2001) Handelt es sich allerdings um ein alleinerziehendes Elternteil mit Suchtmittelproblematik, können schneller Überforderungssituationen auftreten, insbesondere mit jüngeren Kindern. Als weiterer kritischer Aspekt kann in diesem Bereich der Mangel an sozialen, drogenfreien Kontakten für Eltern und Kinder bewertet werden. Einerseits bedeutet dies für konsumierende Eltern, in Überforderungssituationen keine adäquaten sozialen Ressourcen zu haben, bspw. für die Betreuung der Kinder. Andererseits fehlen Kindern dadurch die Möglichkeiten, sich emotional zu entlasten und sich an drogenfreien Modellpersonen zu orientieren. Ein nicht zu unterschätzender Faktor stellt auch der häufige Wechsel von Partnern dar, der für Kinder Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung zur Folge hat und wiederum den Aufbau einer sicheren Bindungsstruktur erschwert.

Elterlicher Methamphetaminkonsum wird auch dann besonders problematisch, wenn die finanzielle Absicherung der Familie nicht gesichert ist. Wenn die Eltern in dieser Situation nicht in der Lage sind, die richtigen Prioritäten in der Verwendung der wenigen finanziellen Mittel zu setzen, kann dies zu Lasten der Kinder gehen, bspw. in der Versorgung mit Nahrung. Eine schwierige finanzielle Situation kann zudem durch eine bestehende Glücksspielproblematik verursacht bzw. verschärft werden. Darüber hinaus kommt es häufig vor, dass das Glücksspiel vor allem nachts in Spielotheken betrieben wird, wodurch die Kinder in diesem Zeitraum allein gelassen werden. Glücksspielverhalten kann somit ebenfalls zu den Aspekten eines besonders problematischen Konsums gezählt werden. Im Zusammenhang mit geringen finanziellen Ressourcen spielt auch Beschaffungskriminalität eine wichtige Rolle. Darauf folgende Strafverfolgungen, Trennungssituationen und Stigmatisierungen belasten die Kinder stark.

Zudem muss die Bewältigung der Suchtmittelproblematik durch die Eltern als wichtiges Kriterium beachtet werden. Eine unangemessene elterliche Problembewältigung bzgl. des eigenen Drogengebrauchs lässt sich anhand folgender Aspekte abschätzen: (Arenz-Greiving & Kober, 2007)

- Problemakzeptanz: Sehen die Betroffenen überhaupt ein Problem und wenn ja, wie schwer wird dieses eingeschätzt?
- Problemkongruenz: Gibt es Übereinstimmungen in der Problemkonstruktion bei Betroffenen und beteiligten Helfern?
- Hilfeakzeptanz: Werden angebotene Hilfen von den Betroffenen angenommen?
- Aktuelle Situation: Ausmaß und Häufigkeit der aktuellen Schädigung, Verlässlichkeit der Sorgeberechtigten, Qualität der Zuwendung durch die Sorgeberechtigten, Qualität der Erziehungskompetenzen sowie Selbsthilfekompetenz des Kindes.

Das Entwicklungsrisiko für Kinder erhöht sich demnach, wenn Eltern im Rahmen ihres Drogenproblems weder Hilfe annehmen, noch erkennen, dass ihr Drogenkonsum vor dem Hintergrund ihrer Elternschaft zum Problem geworden ist.

Ein letztes Kriterium für die Einschätzung der Schwere des elterlichen Konsums stellt das Alter des Kindes dar. Jüngere Kinder sind hilfloser und benötigen stärkere Versorgung und Betreuung durch die Eltern. Die Nichterfüllung dieser Bedürfnisse bedingt bei jüngeren Kindern eine stärkere Gefährdung als bei älteren.

Bisher konnten zahlreiche mögliche Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern gesammelt werden. Innerhalb der empirischen Untersuchung sind diese zu überprüfen und ggf. zu ergänzen.

2.3.5 Zusammenfassung

In den vorangegangenen Ausführungen bot sich ein erster Eindruck der Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und daraus resultierender Belastungen für betroffene Kinder. Festzuhalten ist, dass diese schon sehr früh mit dem elterlichen Methamphetaminkonsum konfrontiert sind und damit eine höhere Entwicklungspsychopathologie der Kinder bedingt wird. Überdies weisen diese Familiensysteme häufig geringe finanzielle Mittel auf, was mitunter zur Beschaffungskriminalität anregt. Methamphetaminkonsumierende Eltern tragen dadurch, und durch die Illegalisierung ihres Suchtmittels, ein größeres Risiko, polizeilich verfolgt oder inhaftiert zu werden. Darüber hinaus sind gesundheitliche Risiken, wie Überdosierungen oder Nebenwirkungen, durch die speziellen Applikationsformen der Substanz erhöht. Risiken bestehen zudem in langfristigen Folgen. Des Weiteren kann die hohe Potenz von Methamphetamin zu einem abhängigen Konsummuster führen, das einen langen Veränderungsprozess bedingt und starken Einfluss auf das Familienleben nimmt. Der Wirkungszyklus von Methamphetamin beeinflusst in einem hohen Maß Wahrnehmung, Denken und Fühlen der Eltern und kann in der Folge zu Fehlleistungen bei der Versorgung, Betreuung und Aufsicht der Kinder führen. Diese Aspekte elterlichen Methamphetaminkonsums bedingen unterschiedliche Belastungen für die Kinder. Diese treten mit hoher Wahrscheinlichkeit auf, wenn Kinder bei zwei konsumierenden Elternteilen aufwachsen oder der konsumierende Elternteil alleinerziehend ist. In beiden Konstellationen kann es zur Überforderung der Eltern und in der Folge zu Fremdunterbringungen der Kinder kommen. Darüber hinaus bedingen Verhaftungen, Krankenhausaufenthalte oder Suizide der Eltern sowie häufige Wechsel der Bezugspersonen für die Kinder Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung. Der Aufbau einer sicheren Bindungsstruktur bei Kindern wird auch durch konsumbedingt eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit erschwert. Den Eltern fällt es dann mitunter schwer, auf die Bedürfnisse ihrer Kinder angemessen zu reagieren. Beeinträchtigt wird die Ausbildung einer sicheren Bindungsstruktur überdies durch Methamphetaminkonsum in der Schwanger-

schaft und Mangelenerfahrungen innerhalb der eigenen elterlichen Biografie. In Abhängigkeit der jeweiligen Konsumphase zeigen Eltern ein unterschiedliches Verhalten. Diese elterliche Verhaltensvolatilität bedingt Ambivalenzerfahrungen, eine inkonsequente Beziehungsgestaltung und einen Mangel an Struktur innerhalb der Familie. Die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse wird zudem durch eine elterliche Methamphetaminabhängigkeit beeinträchtigt. Eltern fällt es dann schwer, die kindlichen Bedürfnisse zu priorisieren und für ihre Kinder dauerhaft verfügbar zu sein. Diese Verfügbarkeit wird überdies durch einzelne Effekte der unterschiedlichen Konsumphasen, ebenso durch langfristige Folgen des Konsums, eingeschränkt. Wenn Eltern konsumbedingt für ihre Kinder nicht verfügbar sind, wird in der Regel auch die Aufsicht dieser vernachlässigt. Dies erhöht in der Folge die Gefahr von Unfällen im Haushalt und Vergiftungen der Kinder durch versehentlichen Substanzkonsum. Die Familienatmosphäre wird durch den elterlichen Methamphetamingebrauch in besonderer Weise durch Anspannung und Unzuverlässigkeit geprägt. Konsumbedingt kann sich darüber hinaus die Familienstruktur verändern. Kinder werden dann häufig parentifiziert, was sie in Überforderung und einen emotionalen Zwiespalt führt. Der Mangel an Unterstützung wird außerdem in einer konsumbedingten, misslingenden Kommunikation deutlich. Wenn sich die Eltern zudem sozial isolieren, fehlen drogenfreie soziale Kontakte als emotionale Unterstützung und Modellpersonen für die Kinder. Festzuhalten ist des Weiteren, dass Methamphetaminkonsum Hemmschwellen herabsetzt und Aggressionen steigert und es nicht zuletzt dadurch für Kinder verstärkt zu Erfahrungen von Gewalt sowie emotionaler, körperlicher und sexueller Grenzüberschreitungen kommen kann. In diesem Zusammenhang kann auch die konsumbedingte grobe Motorik der Eltern im Umgang mit Säuglingen eine Gefahr darstellen. Auf die Erfüllung kindlicher Bedürfnisse bezogen wird geschlussfolgert, dass elterlicher Methamphetaminkonsum in Abhängigkeit seiner Intensität langfristig die adäquate Versorgung, Betreuung und Aufsicht der Kinder durch die Eltern beeinträchtigt. Auch wenn konsumierende Eltern stets bemüht sind, ihrer Rolle gerecht zu werden, muss immer mit einer latenten Kindeswohl-

gefährdung gerechnet werden. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass Eltern aufgrund ihres Methamphetaminkonsums nicht grundsätzlich ihre Erziehungsfähigkeit verlieren. Vielmehr wird das Ausmaß der Belastungen und die Höhe der Gefährdung der Kinder im elterlichen Haushalt durch verschiedene Aspekte des elterlichen Methamphetaminkonsums beeinflusst. In diesem Sinne wurden Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern zusammengetragen. Hierzu gehören Aspekte wie Konsummenge, Konsumhäufigkeit, Konsumdauer, Konsummotive, Applikationsform, das Vorliegen einer Abhängigkeit und Mischkonsum. Zusätzliche Faktoren des Konsums, wie die Substanzeinnahme in Gegenwart des Kindes und konsumbedingte gesundheitliche Komplikationen bei den Eltern in der Vorgeschichte geben ebenfalls Hinweise auf die Intensität des elterlichen Konsums. Ebenfalls als Indikatoren für besonders problematischen Konsum spielen Faktoren die Eltern betreffend eine Rolle. Diesen können das Maß der Problemeinsicht bzgl. des eigenen Drogengebrauchs und das Vorliegen einer Komorbidität oder Glücksspielproblematik zugeordnet werden. Darüber hinaus können als Indikatoren bestimmte Kontextfaktoren benannt werden. Diese umfassen einerseits soziodemografische Merkmale der Eltern, wie Alleinerziehendenstatus, ebenfalls konsumierender Partner, Mangel an drogenfreien Sozialkontakten und eine nicht ausreichende finanzielle Absicherung der Familie. Andererseits kann auch das Alter des Kindes zu diesen Kontextfaktoren gezählt werden. Die genannten Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern weisen auf hohe Einschränkungen der Erfüllung kindlicher Bedürfnisse durch die Eltern hin. In der Folge ist mit großer Wahrscheinlichkeit von einer starken Gefährdung der betroffenen Kinder auszugehen.

In der folgenden qualitativen Untersuchung soll ergründet werden, wie Experten die hier dargestellten Aspekte und die Situation methamphetaminkonsumierender Eltern sowie ihrer Kinder einschätzen.

3 Die empirische Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit der Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und ihrer im Haushalt lebenden Kinder. In diesem Rahmen sollen die Wirkung des Suchtmittels Methamphetamin auf die Eltern, die Auswirkungen des Konsums auf das Elternverhalten und die Bedeutung dessen für die Situation betroffener Kinder beleuchtet werden. Ein besonderes Augenmerk erhält die mit dem elterlichen Substanzkonsum verbundene Gefährdung im Haushalt lebender Kinder. Hierfür soll auf Indikatoren besonders problematischen Konsums der Eltern hingewiesen werden. Für die Untersuchung wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, bestehend aus leitfadengestützten Experteninterviews. Befragt wurden Fachkräfte verschiedener Professionen sowie Eltern mit Erfahrungen mit Methamphetaminkonsum. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden zur Übertragung auf die Praxis für die Entwicklung eines Einschätzungsbogens genutzt. Dieser soll in der ambulanten Sucht- und Jugendhilfearbeit zur Einschätzung der Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und der Gefährdungssituation ihrer im Haushalt lebenden Kinder dienen.

3.1 Fragestellung und Hypothesen

In der Masterthesis sollte untersucht werden, wie sich der Konsum von Methamphetamin auf das Elternverhalten auswirkt und welche Einflüsse dadurch auf die Situation der im elterlichen Haushalt lebenden Kinder wirken. Der Fokus richtet sich dabei auf die Erfüllung kindlicher Bedürfnisse durch konsumierende Eltern.

Der Masterthesis wurden folgende Hypothesen zu Grunde gelegt:

1. Experten schätzen ein, dass sich der Konsum von Methamphetamin negativ auf das Elternverhalten und die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse auswirkt.
2. Experten schätzen ein, dass der Konsum von Methamphetamin durch Eltern besondere Belastungen für im Haushalt lebende Kinder mit sich bringt.
3. Experten schätzen ein, dass es Indikatoren im Familiensystem methamphetaminkonsumierender Eltern gibt, welche besonders problematische Konsummuster anzeigen und damit auf erhöhte Gefährdung der im Haushalt lebenden Kinder hinweisen.

Den Schwerpunkt der Untersuchung bildet der Blick auf den elterlichen Methamphetaminkonsum und die damit einhergehenden Einschränkungen im Elternverhalten bei der Erfüllung kindlicher Bedürfnisse. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchung wurden anschließend für die Entwicklung eines Einschätzungsbogens für die Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und der Gefährdung betroffener Kinder genutzt. In Bezug darauf wurde geprüft, ob Experten durch einen möglicherweise besonders problematischen elterlichen Methamphetaminkonsum eine Grenze zur akuten Gefährdung von Kindern ziehen können und welche Indikatoren diesen ggf. anzeigen könnten.

3.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung für die Untersuchung der Hypothesen erfolgte mittels eines qualitativen Forschungsdesigns. Die Auswahl dessen wird in den folgenden Abschnitten begründet. Darüber hinaus wird die Entwicklung des Erhebungsinstruments dargestellt. Es folgt sodann eine Beschreibung zur Auswahl der Interviewpartner und der Durchführung der Befragungen.

3.2.1 Forschungsdesign

Für die Untersuchung der Hypothesen wurde ein qualitatives Forschungsdesign mit leitfadengestützten Experteninterviews genutzt. Der Grund hierfür liegt im aktuellen Forschungsstand über methamphetaminkonsumierende Eltern und deren im Haushalt lebenden Kindern. Im Rahmen der Literaturrecherche konnte ein nur unzureichender Forschungsstand zu dieser Thematik festgestellt werden. Die Untersuchung der vorliegenden Hypothesen sollte neue Erkenntnisse bzgl. der Auswirkungen elterlichen Methamphetaminkonsums und der damit einhergehenden Situation im Haushalt lebender Kinder hervorbringen. Bei der Generierung neuen Wissens bieten sich in der empirischen Forschung häufig qualitative Untersuchungsdesigns an. Zudem sollten Einschätzungen von Experten erfragt werden, welche individuelle Daten darstellen. Diese können innerhalb qualitativer Untersuchungen gezielter erfasst werden. Die Erkenntnisse dieser Untersuchung können zudem eine Grundlage für weiterführende quantitative Untersuchungen bieten. Nachteilig gestaltete sich bei dem gewählten Forschungsdesign ein zu erwartender Mangel an Repräsentativität der Ergebnisse, bedingt durch eine sehr kleine Fallzahl an befragten Experten.

3.2.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Auswahl der Forschungsmethode eines leitfadengestützten Experteninterviews begründet sich, wie bereits in Kapitel 3.2.1 erwähnt, in der Tatsache, dass die Untersuchung auf eine Neuerhebung von Daten abzielte. Hierfür bietet sich die Befragung von Experten an, die sich besonders gut in ihrem Wirkungskreis auskennen. Mayring (2002) betont hierzu, dass „[s]ubjektive Bedeutungen [...] sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten [lassen]. Man muss hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen; sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsinhalte.“ (Mayring, 2002, S. 66)

Die Vorteile eines leitfadengestützten Interviews liegen darin, durch einen relativ großen Spielraum für den Interviewpartner einen möglichst differenzierten Einblick in das

Untersuchungsthema zu gewinnen. Bei der Entwicklung des Erhebungsinstruments sollte laut Mayring (2002) gleichzeitig auf Offenheit und Struktur geachtet werden. Dies ermöglicht ein hohes Maß an Wissenserwerb für den Untersucher. Dennoch bietet die Strukturierung des Leitfadens eine gute Orientierung sowie Zentrierung auf bestimmte Aspekte und zugleich Begrenzung bei der Datenerhebung. Dadurch kann sichergestellt werden, dass gezielt Aspekte der zu untersuchenden Fragestellung beleuchtet werden. Das leitfadengestützte Interview bietet daher ein adäquates Strukturierungsniveau hinsichtlich Offenheit und Steuerung der Befragung und ermöglicht dadurch eine gezielte Informationsgewinnung. Des Weiteren ermöglicht die Struktur des Leitfadeninterviews, einzelne Interviews miteinander zu vergleichen und in der Folge Ergebnisse zu verallgemeinern. (Mayring, 2002)

In den Interviews wurden Momentaufnahmen im Sinne von Einschätzungen aktueller Situationen und Fragestellungen festgehalten. Daher stellt das gewählte Forschungsdesign auch eine Querschnittuntersuchung dar. Die Erhebungsmethode des leitfadengestützten Experteninterviews wurde aufgrund der genannten Aspekte als besonders geeignet für die Betrachtung der vorliegenden Hypothesen angesehen. Ein möglicher Nachteil dieser Erhebungsmethode besteht darin, dass der Leitfaden die Interviewpartner auch zu sehr begrenzt und somit Daten verloren gehen können. Dies könnte jedoch auch durch inadäquate Fragestellungen seitens des Untersuchers, bspw. schwer verständliche Fragen, verursacht werden. Weiterhin muss beachtet werden, dass zwar Experten befragt wurden, diese jedoch auch Einzelpersonen darstellen. Die Erhebung derer Beobachtungen, Erfahrungen und Einschätzungen als eine Art von Selbstauskünften kann die Datengewinnung verzerren.

Für die Entwicklung des Interviews wurde zunächst eine eingehende Literaturrecherche zum Untersuchungsthema durchgeführt. Betrachtet wurden die Themen Wirkungen von Methamphetamin und dadurch bedingte Veränderungen im Verhalten von Konsumenten, speziell Eltern, kindliche Bedürfnisse und Belastungen von Kindern mit methamphetamin-konsumierenden Eltern (siehe Kapitel 2.1 bis 2.3.2). Die Ergebnisse dieser Recherche sowie

die erarbeiteten theoretischen Annahmen zum Untersuchungsgegenstand wurden in den Kapiteln 2.3.3 bis 2.3.5 zusammengeführt. Sie dienten als Grundgerüst und Orientierung für die Entwicklung des Interviewleitfadens sowie in der Auswertung der Gespräche als Vergleichsbasis. Die verwendeten Interviewleitfäden orientierten sich demzufolge an den einzelnen Hypothesen der Masterthesis sowie den vorab im Theorieteil erarbeiteten Erkenntnissen zum Untersuchungsthema. Die Einarbeitung der theoretischen Vorarbeit in das Erhebungsinstrument ermöglichte, gezielte Fragen im Sinne der zu untersuchenden Hypothesen an die Experten zu richten.

Bei der Methodenentwicklung wurde beachtet, dass ein Interview aus drei Teilen bestehen sollte. Hierzu gehören zunächst Sondierungsfragen, die als allgemein gehaltene Einstiegsfragen auf das Untersuchungsthema und dessen Berührungspunkte mit dem Interviewpartner hinführen. Des Weiteren sollte ein Interview Leitfragen enthalten, welche die wesentlichen Fragestellungen des Untersuchungsthema betreffend darstellen. Ergänzt werden die Fragen durch spontane Ad-hoc-Fragen. Diese können bei aufkommenden und nicht im Leitfaden enthaltenen Aspekten gestellt werden, die für das Untersuchungsthema dennoch von Bedeutung sind. (Mayring, 2002) Orientiert daran wurden drei Leitfäden entwickelt, welche auf den jeweiligen Erfahrungshintergrund der Experten abgestimmt sind. Ein Leitfaden wurde für die Befragung von Fachkräften verschiedener Professionen entwickelt (siehe Anhang A.1), ein zweiter für die Interviews mit (ehemals) konsumierenden Elternteilen (siehe Anhang A.2) sowie ein dritter für die Befragung von Partnern (ehemals) methamphetamin-konsumierender Elternteile (siehe Anhang A.3). Variablen, welche durch die Interviews erhoben werden sollten, beziehen sich auf die Untersuchungshypothesen und beachten Auswirkung elterlichen Methamphetaminkonsums auf das Elternverhalten, Gestaltung der Interaktion intoxikierter Eltern mit ihren Kindern und Erleben durch die Kinder, besondere Belastungen solcher Kinder sowie Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern.

Mayring (2002) empfiehlt eine Pilotphase im Sinne einer Leitfadenerprobung. Daher wurde vor der Durchführung der Expertengespräche mit einer Mitarbeiterin der Suchtberatungsstelle, in welcher die Untersucherin tätig ist, ein Testlauf sowohl als Suchttherapeutin als auch als Mutter durchgeführt. Dies diente vorab der Überprüfung von Verständlichkeit und Sinnhaftigkeit der Interviewfragen.

3.2.3 Auswahl der Interviewpartner

Im Rahmen der qualitativen Untersuchung wurden für die leitfadengestützten Interviews mehrere Experten befragt, die unterschiedliche Berührungspunkte mit dem Untersuchungsgegenstand aufweisen. Für die Untersuchung wurden spezifisches Wissen und damit geeignete Experten benötigt. Als solche wurden Fachkräfte der Suchthilfe und Jugendhilfe betrachtet sowie (ehemals) konsumierende Elternteile und deren Partner. Entscheidende Einschlusskriterien für Fachkräfte waren einerseits die vorangegangene berufliche Zusammenarbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern oder sogar mit deren Kindern, eine Tätigkeit in der Suchthilfe oder Jugendhilfe, die Tätigkeit im Land Sachsen (zur Gewährleistung von spezifischem Wissen in Anbetracht des regionalen Problems) sowie die Bereitschaft zum Interview. Als Ausschlusskriterium wurde der Mangel an Erfahrungen mit der zu untersuchenden Klientel gewertet, ebenfalls die Tätigkeit in einem nicht gefragten Berufsfeld. Die Wahl der Fachkräfte erfolgte bewusst in einem weit gestreuten Feld von unterschiedlichen Professionen, um ein möglichst umfassendes und objektives Bild der zu untersuchenden Zielgruppe zu erfassen. Im Vorfeld erfolgten Überlegungen, welche Netzwerkpartner sich im Beratungskontext der Untersucherin vorfinden. Zur Verfügung stellten sich zwei Suchttherapeutinnen von anerkannten Suchtberatungsstellen (siehe Anhang B.1 bis B.2), eine örtlich ansässige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (siehe Anhang B.3) sowie eine sozialpädagogische Familienhilfe mit ausschließlicher Betreuung drogengebrauchender Familien (siehe Anhang B.4). Durch die beruflichen Berührungspunkte wurden diese Fach-

kräfte für die Beantwortung der Untersuchungsfragen als geeignet angesehen. Bei der Befragung der Fachkräfte wurden deren eigene Erfahrungen fokussiert, wohl wissend, dass diese möglicherweise durch Erfahrungen aus zweiter Hand (bspw. Erzählungen von Klienten) geprägt sein könnten.

Eltern galten für die Untersuchung als geeignet, wenn sie selbst aktuell oder in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum (nicht einmaliger Konsum) Methamphetamin konsumiert hatten, sie mit mindestens einem Kind im gemeinsamen Haushalt lebten und sich für das Interview zur Verfügung stellten. Bei den befragten (ehemaligen) Konsumenten wurde jedoch nicht hinsichtlich ihres Konsumstatus differenziert. Stattdessen wurden konsumierende wie nichtkonsumierende Eltern in Betracht gezogen, um umfassend und objektiv unterschiedliche Einstellungen zum Untersuchungsgegenstand zu erfassen. Da diese Eltern als eher schwer erreichbare Zielgruppe betrachtet wurden, wurde auf Klienten aus dem Beratungskontext der Untersucherin zurückgegriffen. Es stellten sich insgesamt drei Mütter (siehe Anhang B.5 bis B.7) sowie ein Vater zur Verfügung (siehe Anhang B.8). Alle waren zum Untersuchungszeitpunkt abstinent und gaben Cleanzeiten zwischen zwei Monaten und einem Jahr an. Zudem wurde die Partnerin des ehemals konsumierenden Vaters befragt (siehe Anhang B.9). Bei der Befragung der Eltern wurden deren Erfahrungen mit Methamphetamin innerhalb der eigenen Biografie fokussiert.

3.2.4 Durchführung der Experteninterviews

Die ausgewählten potentiellen Interviewpartner wurden telefonisch oder persönlich auf die Untersuchung und ihre Bereitschaft zur Teilnahme angesprochen. Bei bestehender Bereitschaft wurden ein Interviewtermin vereinbart und den Gesprächspartnern im Vorfeld des Interviews eine Information zur Durchführung, der entsprechende Interviewleitfaden und die Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und Verwendung der Gesprächsdaten (siehe Anhang A.4) übersandt. Dies erfolgte auf Wunsch per E-Mail oder postalisch. Die Ein-

verständniserklärung sollte unterschrieben an die Untersucherin zurückgeschickt werden. Wurden die Informationen vorab per Post versandt, wurde für die Einverständniserklärung ein frankierter Rückumschlag beigelegt. Die Gesprächspartner hatten vorab die Möglichkeit, Verständnisfragen sowie Fragen zu den Rahmenbedingungen der Untersuchung zu stellen.

Die Interviews enthielten einen Einstieg, der anhand der jeweiligen Berührungspunkte der einzelnen Experten angepasst waren. Zunächst stellte sich die Untersucherin jedoch noch einmal vor, verdeutlichte den Zweck des Interviews, begründete die Auswahl des Experten und erläuterte die Rahmenbedingungen zur Durchführung des Gesprächs. Der erste Teil des Interviews bestand aus Fragen, welche zum Untersuchungsthema hinleiten sollten und vorrangig soziodemografische Daten der Interviewpartner eruierten. Bei Fachkräften wurden deren Profession, deren Arbeitsfeld und die darin ausgefüllte Funktion sowie deren Berührungspunkte mit der zu untersuchenden Klientel erfragt. Betroffene Elternteile gaben in diesem ersten Teil soziodemografische Daten an, wie Alter, Berufstätigkeit, aktueller Konsumstatus, psychiatrische Diagnosen, Anzahl und Alter der Kinder, Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder, Erziehungsstatus und andere an der Erziehung beteiligte Personen. Außerdem wurde in diesem Rahmen nach den Aufgaben als Mutter bzw. Vater gefragt. Diese Frage hatte die Aufgabe, die Elternteile trotz des Fokus auf Methamphetaminkonsum, auf das Thema Konsum unter Elternschaft einzustimmen. Im Interview mit der Partnerin wurde die Länge der aktuellen Beziehung mit dem (ehemals) Konsumierenden erfragt, ebenso ob es einen gemeinsamen Haushalt gibt und seit wann sich ein gemeinsames Kind in diesem befindet. In allen Interviews folgte eine Überleitung zum ersten Fragenteil des Interviews *Erfahrungen als methamphetaminkonsumierender Elternteil* bzw. *Erfahrungen mit methamphetaminkonsumierenden Elternteilen*. Die Ziele dieses Interviewteils lagen in der Erfassung der Auswirkungen des Methamphetaminkonsums auf das Elternverhalten und der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse durch konsumierende Eltern. Auch diese Interviewteile unterschieden sich aufgrund der unterschiedlichen Berührungspunkte der Experten mit dem

Untersuchungsthema. Fachkräfte äußerten sich hierin zu Erleben intoxikierter Eltern und den positiven wie negativen Auswirkungen dieses Zustands auf Verhaltensebene, Persönlichkeit und Kommunikation der Eltern. Zudem wurde nach Erfahrungen im Erleben intoxikierter Eltern in Interaktion mit ihren Kindern gefragt und wie die Kinder dabei erlebt wurden. Anschließend wurde von den Befragten eine Stellungnahme zur Aussage gefordert, dass Eltern mit Methamphetaminkonsum jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln könnten. Zuletzt wurden die Gesprächspartner gebeten, die Familienatmosphäre für Kinder methamphetamin-konsumierender Eltern zu beschreiben. Die Partnerin äußerte sich in diesem Teil zu den selben Fragen, allerdings bei den Fragen 4 bis 6 und 8 spezifisch auf den ehemals konsumierenden Partner bezogen. Ehemals konsumierende Elternteile äußerten sich in diesem Teil des Gesprächs zu positiv und negativ erlebten Wirkungen durch ihren Methamphetamin-konsum und gaben eine Einschätzung ab, wie ihre Kinder sie möglicherweise im intoxikierten Zustand wahrgenommen haben könnten. Die Eltern sollten angeben, wie sich ihr Konsum auf ihre Kinder ausgewirkt haben könnte und was ihnen in ihrer Elternrolle durch den Methamphetaminkonsum besser oder schlechter gelungen war. Sie bezogen ebenfalls Stellung zur Aussage, dass Eltern mit Methamphetaminkonsum jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln können. In allen drei Interviewleitfäden folgte sodann eine Überleitung zum letzten Fragenteil des Interviews mit dem Hinweis, dass Suchterkrankungen aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens bedeuten. In diesem Teil *Besonders problematische Konsummuster* wurde auf die Erfassung von Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern gezielt. Dieser Teil wurde für alle Experten gleichgestaltet. Sie wurden nach Kriterien für besonders problematischen Methamphetaminkonsum von Eltern gefragt und welche Indikatoren dies möglicherweise anzeigen. Außerdem sollten die Gesprächspartner neben dem elterlichen Suchtmittelkonsum Faktoren benennen, welche die Situation für Kinder im Haushalt konsumierender Eltern zusätzlich verschärfen könnten. Eine anschließende Ad-hoc-Frage zielte auf Handlungs-

empfehlungen für professionelle Helfer in der Zusammenarbeit mit der zu untersuchenden Klientel ab. Darüber hinaus wurde nach Aspekten gefragt, welche die Untersucherin möglicherweise vernachlässigt hatte und welche die Experten ggf. ergänzen wollten. Diese Frage hatte auch zum Ziel, die Interviewpartner in ihrer Rolle als Experten zum Untersuchungsthema zu würdigen. Überdies wurde das Einverständnis zur erneuten Kontaktaufnahme mit den Gesprächspartnern bei Unklarheiten in der Nachbereitung der Interviews eingeholt. Den Abschluss bildete eine Danksagung für die investierte Zeit und Auskunftsbereitschaft.

Eingeplant wurden für die Gespräche mit den Elternteilen jeweils eine halbe Stunde und für die Befragung der Fachkräfte maximal 45 Minuten. Die Interviews dauerten im Ergebnis zwischen 15:55 Minuten und 1:22 Stunde.

3.3 Datenauswertung

Die in den Experteninterviews gewonnen Erkenntnisse wurden mittels Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) systematisch ausgewertet. Für die Datenauswertung wurden anhand der im Theorieteil gewonnen Erkenntnisse Kategoriensysteme erstellt. Diese werden in den folgenden Abschnitten kurz dargestellt. Im Rahmen der Auswertung der Experteninterviews wurden die von den Interviewpartnern genannten Aspekte den einzelnen Kategorien der Kategoriensysteme zugeordnet. Die erhobenen Variablen sollten die aufgestellten Hypothesen verifizieren und bildeten zudem die Grundlage für den Praxisbezug im letzten Teil der Masterthesis.

3.3.1 Datenaufbereitung

„Durch Erhebungsverfahren versucht man der Realität Informationen zu entlocken; dieses Material muss aber erst festgehalten, aufgezeichnet, aufbereitet und geordnet werden, bevor es ausgewertet werden kann.“ (Mayring, 2002, S. 85)

In diesem Sinne wurden die Experteninterviews während der Durchführung digital aufgezeichnet. Das Darstellungsmittel sollte dem Untersuchungsgegenstand angemessen

erfolgen. (Mayring, 2002) Die Abbildung der Gespräche sollte so genau und facettenreich wie möglich sein. Da der Fokus auf den inhaltlichen Aspekten der Interviews lag, wurde als Protokollierungstechnik eine einfache Transkription verwendet. Diese erfolgte durch die Untersucherin. Angaben zu para- und non-verbale Ereignissen während der Gespräche wurden vernachlässigt. Um sinnhafte, fließende und gut lesbare Texte zu erhalten wurden diese von Umgangssprache und Dialekt der Interviewpartner geglättet. (Dresing & Pehl, 2013) Bei der Transkription der Interviews wurden die Regeln zur Transkription nach Dresing & Pehl (2013) beachtet. Die Transkription erfolgte wörtlich. Wortverschleifungen wurden nicht transkribiert und stattdessen unter Beibehaltung der Satzform, auch mit syntaktischen Fehlern, eine Annäherung an das Schriftdeutsch versucht. Wort- und Satzabbrüche wurden jeweils geglättet oder ganz ausgelassen. Ausgelassen wurden zudem Wortdopplungen, sofern sie keiner besonderen Betonung des Gesagten dienten. Begonnene Halbsätze ohne Vollendung wurden mit entsprechenden Abbruchzeichen gekennzeichnet. Die Interpunktion wurde mitunter zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, wobei die Sinneinheiten erhalten blieben. Pausen wurden durch (...) gekennzeichnet. Verständnissignale wie *ähm* oder *hm* wurden vernachlässigt, sofern sie nicht als Antwort für eine Zustimmung standen. Besondere Betonungen des Gesagten wurden durch Großschreibung hervorgehoben. Unverständliche Wörter wurden durch (*unv.*) gekennzeichnet. Jeder Sprechbeitrag erhielt einen eigenen Absatz, dazwischen wurden Leerzeilen eingefügt. Nach jedem Absatz wurden Zeitmarken verwendet. Zudem erfolgte die Verteilung von Absatznummern. (Dresing & Pehl, 2013)

3.3.2 Auswertung der Daten

Die Datenauswertung erfolgte mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). In diesem Sinne wurden vor der Auswertung der empirischen gewonnen Daten deskriptive Systeme mithilfe der Erkenntnisse des Theorieteils konstruiert.

„Mit der Konstruktion deskriptiver Systeme soll das Material durch zu Kategoriensystemen zusammengestellte Überbegriffe geordnet werden. Die Kategorien werden [...] auf das konkrete empirische Material bezogen entwickelt.“ (Mayring 2002, S. 100)

Diese Technik ermöglicht eine streng methodisch kontrollierte und in Schritten vorgehende Analyse des Datenmaterials. Bei dieser Methode wird das empirisch erhobene Material auf einzelne Aspekte hin gefiltert, wobei Kategoriensysteme Orientierung für die Auswertung bieten. (Mayring, 2002) Entsprechend wurden in Anlehnung an die zu untersuchenden Hypothesen und die daran orientierte Struktur der Interviewleitfäden Kategoriensysteme aufgestellt. Anschließend wurden die im Theorieteil gewonnen Erkenntnisse zur Untersuchungsklientel strukturiert, in Kategorien zusammengefasst und den Kategoriensystemen zugeordnet. (siehe Anhang C.1) Die Abgrenzung der einzelnen Variablen erwies sich mitunter als sehr schwierig. Trotz Mehrfachnennungen von Aspekten in unterschiedlichen Kategorien wurde versucht, inhaltliche Dopplungen dieser zu vermeiden. Es entstanden folgende Kategoriensysteme und Kategorien:

- Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern* mit den Kategorien *Zustand in der Phase des Highs, Zustand in der Phase des Runterkommens, Komplikationen* und *Auswirkungen auf das Elternverhalten*
- Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder* mit den Kategorien *Familiäre Rahmenbedingungen, Familienatmosphäre, Rollenverteilung innerhalb der Familie, Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung, Gefahrensituationen für Kinder* und *Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau*
- Kategoriensystem *Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern* mit den Kategorien *Konsummuster, Konsumfaktoren, Elternfaktoren* und *Kontextfaktoren*

Es sei an dieser Stelle angemerkt, dass sich die Kategorie durch die zugeordneten Variablen selbst erklären.

Diese Kategorien und Kategoriensysteme stellen ein deskriptives System dar. Dabei sind deskriptive Systeme „... immer abstrakter als das Material [...], da sie dieses ja ordnen sollen. Sie stellen Verallgemeinerungen dar, hervorgegangen aus der Ebene konkreter empirischer Tatbestände; sie sind somit theoretische Aussagen.“ (Mayring, 2002, S. 100) Entsprechend wurden die in der empirischen Untersuchung gewonnenen Variablen anhand der einzelnen Kategorien für jedes Interview strukturiert analysiert. Als Darstellungsmittel zur Datenaufbereitung wurde die Tabellenform genutzt, um die Übersichtlichkeit trotz der Menge an Daten zu gewährleisten (siehe Anhang C.2 bis C.10). Die Handlungsempfehlungen für Helfer wurden separat aufgeführt (siehe Anhang C.11). Anschließend erfolgte der Abgleich der empirisch gewonnenen Daten mit den zuvor erarbeiteten Erkenntnissen des Theorieteils (siehe Anhang C.12). Die Ergebnisse werden in den nachfolgenden Abschnitten beschrieben.

3.3.3 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der empirischen Untersuchung, zusammengefasst in *Anhang C.12*, kurz dargestellt. In der Auswertung werden diese dann mit den zuvor im Theorieteil erarbeiteten Aspekten abgeglichen. Die Zusammenfassung dessen bildet in der anschließenden Diskussion die Grundlage zur Beantwortung der Untersuchungshypothesen.

3.3.3.1 Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern*

In der Kategorie *Zustand in der Phase des Highs* beschrieben die Interviewpartner Merkmale der Konsumenten unter akuter Methamphetaminintoxikation. Besonders häufig wurden die Steigerung der Leistungsfähigkeit sowie die Erzeugung angenehmer Gefühle benannt, hauptsächlich durch ehemalige Konsumenten. Mehrfach wurden darüber hinaus Unruhe und Aufgedretheit unter Methamphetamin beschrieben, einmal auch Nervosität. In diesem Zuge wurde auch auf einen starken Rededrang unter Intoxikation hingewiesen. Eine

Befragte berichtete außerdem, die Substanz erzeuge eine hohe Motivation und steigere die Selbstsicherheit der Konsumenten. Zwei Interviewpartner wiesen hierbei auf Selbstüberschätzung hin. Eine ehemalige Konsumentin beschrieb hingegen, unter dem Suchtmittel sensibler für das Befinden anderer gewesen zu sein. An eher negativ besetzten Effekten durch den Konsum wurden Stimmungsschwankungen bis Impulsivität, eine gewisse Oberflächlichkeit und mehrfach die Fixierung auf bestimmte Tätigkeiten angegeben.

Der Kategorie *Zustand in der Phase des Runterkommens* wurden Beschreibungen der Interviewpartner zugeordnet, wie sinkende Leistungsfähigkeit und Müdigkeit. Anzeichen einer negativ gefärbten Stimmung in dieser Konsumphase fanden sich in Angaben, wie Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, emotionale Labilität und sozialer wie emotionaler Rückzug. Des Weiteren wurden Gefühlskälte, Ungeduld und Reizbarkeit, bis hin zu Aggressivität, beschrieben. Ein Elternteil schilderte kognitive Einschränkungen für diese Konsumphase.

Der Kategorie *Komplikationen* konnte lediglich das Symptom beobachteter Spastiken zugeordnet werden.

In die Kategorie *Auswirkungen auf das Elternverhalten* wurden Schilderungen der Gesprächspartner aufgenommen, die Hinweise auf die Konfrontation der Kinder mit der Methamphetaminwirkung bei den Eltern gaben. Hierzu gehören Aspekte wie Aufgedretheit und Nervosität. Diese Effekte sind der Phase des Highs zuzuordnen. Darüber hinaus wurden Symptome genannt, wie Ungeduld, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen und Aggressionen. Diese können der Phase des Runterkommens zugeordnet werden. Besonders häufig fanden sich in den Gesprächen Hinweise auf methamphetaminbedingte elterliche Verhaltensvolatilität, eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit sowie mangelnde Verfügbarkeit der Eltern und damit einhergehende Vernachlässigung der Aufsicht über die Kinder. Weiterhin gab eine Interviewpartnerin als Folge des Konsums eine inkonsequente Erziehung sowie wenig Flexibilität der Eltern hinsichtlich äußerer Einflüsse an. Einige Befragte benannten Merkmale für

die elterliche Interaktion mit dem Kind, wie Unsicherheit, Zurückhaltung und Überforderung. Eine ehemalige Konsumentin äußerte, dass ihre Kinder nie mit ihrem Konsum konfrontiert gewesen seien.

3.3.3.2 Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder*

Für die Beschreibung der Kategorie *Familiäre Rahmenbedingungen* äußerten die Experten mangelhafte finanzielle Ressourcen sowie soziale Isolation der Familien.

Der Kategorie *Familienatmosphäre* konnten Variablen zugeordnet werden, wie Anspannung, Angst, Aggressivität, geprägt von Streitigkeiten, Unsicherheit, Unzuverlässigkeit und Sprunghaftigkeit. Eine Befragte gab Hinweise auf eine nicht kindgerechte Familienatmosphäre. In diesem Zusammenhang wurden auch mangelnde Grenzsetzung und Struktur sowie ein Mangel an Tagesstruktur benannt. Eine Interviewpartnerin beschrieb die Familienatmosphäre als mitunter auch sehr wohlwollend. Es fanden sich darüber hinaus Hinweise auf eine unstrukturierte Kommunikation der konsumierenden Eltern.

In der Kategorie *Rollenverteilung innerhalb der Familie* benannten die Befragten gehäuft eine Parentifizierung der Kinder sowie die Anpassung dieser. Eine Interviewpartnerin beschrieb in diesem Rahmen auch eine gewisse Distanzlosigkeit der Kinder.

Im Rahmen der Kategorie *Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung* wurden durch eine Interviewpartnerin allgemein Trennungserfahrungen der Kinder benannt.

In der Kategorie *Gefahrensituationen für Kinder* schilderten mehrere Elternteile und Fachkräfte, dass eine Gefahr von der Griffnähe zu Substanzen und Konsumutensilien ausgehe. Mehrfach wurde die Gefahr von Unfällen und Verletzungen der Kinder aufgrund konsumbedingt eingeschränkter Reaktionsfähigkeit in und Fehleinschätzung von Gefahren durch die Eltern benannt. Einige Gesprächspartner gaben in diesem Zusammenhang auch eine mangelnde Aufsicht durch elterliche Intoxikation sowie in der Phase des Runterkommens an. Im Bereich durch Personen verursachter Gefahrensituationen wurde durch eine Befragte die

Gefährdung der Kinder durch Passivkonsum bei inhalativer Applikationsform der Eltern betont. Darüber hinaus fanden sich Hinweise auf physische Gewalt gegenüber Kindern. Durch eine Fachkraft wurde die Stellung der Kinder als Zeugen von Gewalt und elterlicher Sexualität betont. Eine ehemalige Konsumentin schilderte zudem, mehrfach intoxikiert mit ihrem Kind Auto gefahren zu sein.

Für die Kategorie *Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau* wurde im Interview die Frage gestellt, ob methamphetaminkonsumierende Eltern jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln könnten. Die Experten bezogen sehr unterschiedlich Stellung hierzu. Eine ehemals konsumierende Mutter beantwortete diese Frage mit einem klaren *Ja* und begründete ihre Einstellung mit den Erfahrungen aus der eigenen Drogenzeit. Drei Experten beantworteten die Frage mit *Nein*. Fünf der Befragten sprachen sich sowohl für als auch gegen den Kern der Fragestellung aus. Sie räumten in diesem Rahmen ein, dass die Erfüllung kindlicher Bedürfnisse bzw. die Grundversorgung der Kinder in einem bestimmten Konsumrahmen möglich sei. Insgesamt wurde bei den Interviewpartnern jedoch folgende Tendenz deutlich: bei methamphetaminkonsumierenden Eltern liegt eine mangelhafte Befriedigung bis hin zu einem Versagen der kindlichen Bedürfnisse in Abhängigkeit von Konsumphase und –muster vor. Insbesondere in den Phasen des Highs und des Runterkommens sowie bei einem regelmäßigen Methamphetaminkonsum sahen die Befragten Einschränkungen im Elternverhalten. Diese wurden mit einem von Aggressionen geprägten Umgang mit dem Kind in Verbindung gebracht und mit einer Tendenz der Eltern zur eigenen Bedürfnisbefriedigung. Ebenfalls wurden diese Einschränkungen in der falschen Priorisierung der verfügbaren finanziellen Mittel gesehen, in dem hohen Zeitaufwand für die Drogenbeschaffung und einer eventuellen Mitnahme der Kinder zu dieser. Durch eine Fachkraft wurde herausgestellt, dass insgesamt kein unbedenklicher Methamphetaminkonsum mit Kindern möglich sei. In diesem Zusammenhang betonte eine andere Expertin, dass mit der

eingeschränkten Befriedigung kindlicher Bedürfnisse immer von einer Kindeswohlgefährdung ausgegangen werden müsse.

Im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung zwischen Eltern und Kindern schilderten die Experten unbefriedigende Beziehungserfahrungen für die Kinder, emotional kaum ansprechbare Eltern sowie eine gewisse Zurückhaltung in der Interaktion mit diesen. Insgesamt vertraten die Experten den Standpunkt einer erschwerten Bindungsetablierung. Zwei ehemalige Konsumenten berichteten jedoch, sich erst unter Methamphetamin ausgiebiger mit ihren Kindern beschäftigt haben zu können und für ihr Kind emotional ansprechbar gewesen zu sein.

3.3.3.3 Kategoriensystem *Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern*

Für die Kategorie *Konsumstatus* benannten die Befragten Indikatoren wie Abhängigkeit von Methamphetamin, insbesondere in Verbindung mit Kontrollverlust, die Applikationsform Rauchen und täglichen Methamphetaminkonsum. Weitere Indikatoren stellten Mischkonsum und lange Konsumphasen dar. Letzteres wurde durch zwei ehemalige Konsumentinnen mit der Angabe einer Konsumdauer von mehr als drei Tagen am Stück konkretisiert, was aus ihrer Sicht die elterlichen Fähigkeiten und Kompetenzen bzgl. der Versorgung und Betreuung von Kindern enorm einschränke. Die Experten benannten zudem mögliche Indikatoren, wie generell regelmäßiger Konsum, keine Angaben über die Menge des Konsums durch die Eltern und die Gesamtdauer des bestehenden Drogenproblems.

Der Kategorie *Konsumfaktoren* wurden Aspekte zugeordnet, die Hinweise auf die Konfrontation der Kinder mit dem elterlichen Substanzkonsum ergaben, jedoch nicht die direkte Methamphetaminwirkung widerspiegeln. Demzufolge ließen sich hier Herstellung und Verkauf von Methamphetamin als Indikatoren zuweisen. Überdies wurde die häufige Anwesenheit anderer Konsumenten im Wohnraum benannt.

Für die Kategorie *Elternfaktoren* fanden sich Hinweise auf eine mangelhafte Bewältigung des Drogenproblems durch die Eltern, inklusive der mangelhaften Inanspruchnahme von Hilfen, sowie die Neigung zu Aggressivität als Indikatoren. Besonders häufig wurde in diesem Bereich Komorbidität angegeben.

An *Kontextfaktoren*, welche die Gefährdung von Kindern im Haushalt methamphetaminkonsumierender Eltern erhöhen, benannten die Experten den Status als Alleinerziehender sowie das Zusammensein mit einem zusätzlich konsumierenden Partner. Der Mangel an drogenfreien Sozialkontakten, auch im Sinne von Bezugspersonen für betroffene Kinder, stellte ebenfalls ein zusätzliches Risiko in den Augen der Befragten dar. Eine mangelhafte finanzielle Absicherung sowie ein niedriges Alter der betroffenen Kinder wurden ebenfalls benannt. Alle bisher aufgezählten Aspekte wurden mehrfach durch die Experten angebracht. Ein ehemals konsumierender Elternteil führte als Risikofaktor ein höheres Alter des Kindes an. Ergänzt werden kann die Liste risikoerhöhender Faktoren durch einen drogenexponierten Säugling sowie eine Mutter, die bei Geburt positiv auf Methamphetamin getestet wurde. Zusätzlich wurden ein ungünstiger Erziehungsstil, ein niedriges Bildungsniveau, beengte Wohnverhältnisse sowie Mehrkindfamilien als ungünstige Variablen beschrieben. Ein ungünstiger sozioökonomischer Status der Familie, Kriminalität, ein Mangel an Tagesstruktur und das Fehlen eines sozialen Netzes für das Kind wurden ebenfalls als Risikofaktoren von den Interviewpartnern angeführt.

3.3.3.4 Auswertung zu Handlungsempfehlungen für Helfer

Zum Schluss des Interviews wurden die Gesprächspartner um Handlungsempfehlungen für Helfer gebeten, welche in den beschriebenen Familiensystemen arbeiten. Mehrfach angeführt wurde, dass sich Helfer kritisches Wissen über Methamphetamin aneignen und dieses auch in den Kontext von eventuellen Beobachtungen mit der Klientel stellen sollten. Weiterhin wurde die Empfehlung gegeben, geeignete Hilfen zu installieren und deren

Grenzen, die mitunter auch erst nach längerer Zusammenarbeit entstehen, zu beachten. Betont wurde von Experten darüber hinaus, dass die Entwicklung einer hilfreichen Haltung in der Arbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern von Vorteil sei. Diese sollte besonders Transparenz, Achtsamkeit, Respekt und Wertschätzung sowie eine kompetenz- und ressourcenorientierte Arbeitshaltung beinhalten. Angebracht wurde vor diesem Hintergrund zudem, dass Helfer den Eltern akzeptierend auf Augenhöhe und ohne zu stigmatisieren begegnen sollten. Als Empfehlungen sprachen die Befragten weiterhin aus, klare Auflagen zu formulieren, klare Grenzen und Konsequenzen zu kommunizieren sowie eine klare Position und Perspektive bzgl. der Kinder zu entwickeln. Besonders ehemalige Konsumenten brachte Punkte an, wie eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen, Verfügbarkeit der Helfer und Ängste nehmen. Letzteres bezieht sich besonders auf die häufig entstehende Sorge von konsumierenden Eltern, dass ihnen die Kinder entzogen werden, sobald sie sich für das Hilfesystem öffnen. Empfohlen wurde zudem, ein dichtes Helfernetz zu etablieren und achtsam für die Kinder im Klientenhaushalt zu bleiben. An dieser Stelle wiesen einige Experten auf Abstinenznachweise zur Kontrolle hin. Weiterhin wurde für Helfer in der Zusammenarbeit mit der beschriebenen Klientel eine notwendige Abgrenzung von dieser hervorgehoben. Für die Arbeit wurden außerdem kleinschrittige Ziele, Geduld, die Aufarbeitung von Rückfällen sowie der Einbezug von Angehörigen empfohlen.

3.3.4 Diskussion und Bewertung der Ergebnisse

Die in den Interviews benannten Aspekte spiegeln zu einem Großteil die vorab im Theorieteil erarbeiteten Merkmale zur Untersuchungsklientel wieder. In den Gesprächen wurden einige Punkte von den Experten mehrfach benannt. Bei diesen Mehrfachnennungen kann von einer stärkeren Gewichtung ausgegangen werden, auch wenn es sich ausschließlich um eine qualitative Untersuchung handelt. In den folgenden Ausführungen werden die oben dargestellten Ergebnisse der Untersuchung (siehe Kapitel 3.3.3.1 bis 3.3.3.4) den voran-

gegangen theoretischen Ausführungen dieser Masterthesis gegenüber gestellt und diskutiert. (siehe Anhang C.12)

Im Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern* fanden sich für die Beschreibung der Kategorie *Zustand in der Phase des Highs* ähnliche Aspekte wie zuvor im Theorieteil beschrieben. In diesem sowie im empirischen Teil der Arbeit wurde deutlich, dass diese Phase bei den Konsumenten einen stark euphorischen und getriebenen Zustand mit gesteigerter Leistungsfähigkeit, erhöhter Motivation und Selbstsicherheit bis Selbstüberschätzung bewirkt. Merkmale, wie die Erzeugung angenehmer Gefühle, Rededrang und die Fixierung auf bestimmte Aktivitäten konnten sich in den Gesprächen bestätigen. Jedoch fanden sich in den Interviews keine Hinweise auf zuvor beschriebene Phänomene wie Realitätsverlust, Verlust des Zeitgefühls oder Unterdrückung von Grundbedürfnissen. Als ergänzende Merkmale wurden jedoch mehr Offenheit und eine höhere Sensibilität gegenüber anderen Personen, aber auch Oberflächlichkeit und Stimmungsschwankungen bis Impulsivität direkt unter Konsum von den Experten benannt, wobei letzteres mit den im Theorieteil beschriebenen Aggressionen im intoxikierten Zustand gleichgesetzt werden kann. Insbesondere die Mehrfachnennungen von Aufgedretheit, Unruhe und gesteigerter Leistungsfähigkeit verdeutlichen die aufputschende Wirkung von Methamphetamin. Für die Kategorie *Zustand in der Phase des Runterkommens* konnten ebenfalls zahlreiche, vorab im Theorieteil beschriebene Aspekte, bestätigt werden. In den Interviews fanden sich Hinweise auf starke Stimmungsschwankungen, emotionale Labilität und sozialen bzw. emotionalen Rückzug. Dies entspricht der im Theorieteil beschriebenen negativ gefärbten Stimmung in dieser Konsumphase. Die Vielzahl der geschilderten Merkmale einer negativ gefärbten Stimmung geben Hinweise darauf, dass es sich hierbei um einen häufigen Effekt dieser Konsumphase handelt. Ebenso gilt dies für Merkmale, wie Ungeduld und Reizbarkeit, die durch die Experten mehrfach benannt wurden. Bestätigen konnten sich durch die Gespräche auch die Variablen Aggressivität und sinkende Leistungsfähigkeit bzw. Müdigkeit, gleichzusetzen mit der im

Theorieteil beschriebenen Erschöpfung. Für Anhedonie, überwache Zustände oder psychotische Symptome in dieser Konsumphase fanden sich in den Interviews keine Hinweise. Aus der Literatur ist jedoch bekannt, dass diese auftreten können. Ergänzt wurden durch die Experten kognitive Einschränkungen im Rahmen des Runterkommens. In der Kategorie *Komplikationen* wurden lediglich Spastiken als Nebenwirkungen beschrieben. Angaben zu gesundheitlichen Komplikationen, auch durch Mischkonsum, fanden sich in den Interviews nicht. Dies ist möglicherweise auf die kleine Fallzahl der Befragten zurück zu führen. Auch hier ist jedoch durch die Literatur eine ganze Reihe von Nebenwirkungen durch einfachen und polytoxischen Methamphetaminkonsum bekannt. In der Kategorie *Auswirkungen auf das Elternverhalten* wurde in den Interviews deutlich, dass Kinder tatsächlich mit den Effekten des elterlichen Methamphetaminkonsums in unterschiedlichen Konsumstadien konfrontiert sind. Besonders häufig führten die Experten jedoch Phänomene an, wie elterliche Verhaltensvolatilität, eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit und den Mangel an elterlicher Verfügbarkeit durch den elterlichen Methamphetaminkonsum. Es ist daher davon auszugehen, dass Kinder besonders häufig bzw. intensiv mit diesen Effekten des elterlichen Konsums konfrontiert sind. Die genannten Aspekte wurden bereits im Theorieteil beschreiben. Obwohl die Gespräche keine Hinweise darauf gaben, dass die Befragten Kinder mit konsumbedingten physischen oder psychischen Verhaltensauffälligkeiten ihrer Eltern konfrontiert sehen, sollte davon ausgegangen werden, dass dies in Anbetracht der Methamphetaminwirkung vorkommt. Hierzu könnten auch die Spastiken gezählt werden, welche in der vorangegangenen Kategorie als Merkmal bei möglichen Komplikationen und Nebenwirkungen aufgeführt wurden, ebenso der Rededrang unter Konsum. Insgesamt konnten die theoretischen Schilderungen der Effekte in der Phase des Highs sowie der Symptome in der Phase des Runterkommens und die Auswirkungen auf das Elternverhalten durch die Interviews bestätigt werden. Deutlich wurde darüber hinaus, dass die Methamphetaminwirkung im erstgenannten Konsumstadium eher positiv besetzt ist und in der Phase des Runterkommens eher negativ bewertet wird, was zum

erneuten Konsum führen kann. Zudem kristallisierte sich heraus, dass Kinder mit einem breiten Spektrum an Effekten elterlichen Methamphetaminkonsums konfrontiert sind. Diese beeinflussen in der Mehrheit ungünstig das Elternverhalten, bspw. durch eine Fixierung auf bestimmte Tätigkeiten und damit einhergehend eine verminderte Wahrnehmung kindlicher Bedürfnisse. Die in Bezug auf die Elternrolle größtenteils negativ besetzten Veränderungen belegen den ersten Teil der ersten Untersuchungshypothese *Experten schätzen ein, dass sich der Konsum von Methamphetamin negativ auf das Elternverhalten [...] auswirkt*. Darüber hinaus finden sich durch die Veränderungen im Elternverhalten, wie elterliche Verhaltensvolatilität, eingeschränkte Feinfühligkeit und Mangel an Verfügbarkeit, erste Fakten, welche für die zweite Untersuchungshypothese sprechen *Experten schätzen ein, dass der Konsum von Methamphetamin durch Eltern besondere Belastungen für im Haushalt lebende Kinder mit sich bringt*.

Im Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder* bestätigten sich ebenfalls zahlreiche, vorab im Theorieteil beschriebene Merkmale der Untersuchungsklientel. In der Kategorie *Familiäre Rahmenbedingungen* wurden durch die Experten soziale Isolation und die mangelhafte finanzielle Absicherung betroffener Familien als Variablen geschildert. Diese wurden zuvor auch im Theorieteil aufgeführt. Merkmale, wie Kriminalisierung oder Stigmatisierung der Betroffenen, konnten sich in den Gesprächen jedoch nicht bestätigen. Möglicherweise ist dies ebenfalls der kleinen Stichprobe geschuldet. Für die Kategorie *Familienatmosphäre* fanden sich in den Interviews Beschreibungen, wie Anspannung, Aggressivität und Streitigkeiten, Unsicherheit und Unzuverlässigkeit bzw. Sprunghaftigkeit. Letztere wurden mehrfach benannt. Des Weiteren schrieben die Befragten methamphetaminkonsumierenden Eltern einen Mangel an Grenzsetzung und Tagesstruktur zu. Letzteres wurde ebenfalls mehrfach angeführt und scheint daher in der Praxis relativ häufig aufzutreten. Darüber hinaus fanden sich zahlreiche Hinweise auf eine unstrukturierte Kommunikation der konsumierenden Eltern. Diese Aspekte wurden zuvor auch im Theorieteil

beschrieben. Es fanden sich in den Gesprächen jedoch keine Hinweise auf einen emotionalen Zwiespalt der Kinder. Die Befragten ergänzten stattdessen Angst als Merkmal der Familienatmosphäre. Darüber hinaus wurde auch eine mitunter wohlwollende Atmosphäre in betroffenen Familien eingeräumt. Insgesamt zeichnete sich allerdings das Bild einer nicht kindgerechten und, in Abhängigkeit des speziellen Wirkungszyklus von Methamphetamin, unsicheren, unvorhersehbaren und schwankenden Familienatmosphäre (Anhang B.3 Interview III, Abschnitt 30), auf die sich Kinder kaum einstellen können (Anhang B.1 Interview I, Abschnitt 26). In der Kategorie *Rollenverteilung innerhalb der Familie* fanden sich in den Interviews Hinweise auf die Anpassung der Kinder bis hin zur Parentifizierung. Diese Aspekte wurden zudem mehrmals benannt. Daher kann davon ausgegangen werden, dass diese Merkmale einen besonderen Stellenwert für die Beschreibung der untersuchten Familiensysteme innehaben. Ergänzt wurde die kindliche Anpassung an die familiären Bedingungen durch mitunter auftretende Distanzlosigkeit der Kinder. Dies stellt einen neuen, vorher nicht betrachteten Aspekt dar. Die Kategorie *Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung* konnte kaum durch Angaben der Experten gefüllt werden. Es wurde lediglich allgemein auf Trennungserfahrungen der Kinder hingewiesen. Auch wenn keine direkten Hinweise auf Diskontinuitäten durch häufig wechselnde Bezugspersonen gegeben wurden, kann davon ausgegangen werden, dass diese zu Belastungen von Kindern methamphetaminkonsumierender Eltern gehören, wie bereits auch im Theorieteil anhand der Literatur beschrieben. Für die Kategorie *Gefahrensituationen für Kinder* wurden zahlreiche Konstellationen in den Interviews geschildert, die sich mit den Ausführungen des Theorieteils mehrheitlich decken. So kommt es durch die konsumbedingte Fehleinschätzung von Gefahrensituationen und die konsumbedingte Unfähigkeit zur adäquaten Reaktion darauf gehäuft zu Vergiftungen (Griffnähe zu Methamphetamin oder zu Konsumutensilien), Unfällen und Verletzungen der Kinder im elterlichen Haushalt. Diese Aspekte wurden in den Interviews besonders häufig geäußert und werden daher als große Gefahrenquelle für Kinder betrachtet. Hinsichtlich Gefahrensituationen,

welche direkt durch Personen verursacht werden, fanden sich in den Gesprächen Hinweise auf physische Gewalt, jedoch nicht auf psychische oder sexuelle Grenzüberschreitungen. Ausgehend von der Literatur müssen jedoch auch diese Gefährdungen in Betracht gezogen werden. Besondere Beachtung sollte hier die zusätzlich benannte Gefährdung durch Passivkonsum der Kinder bei inhalativer Applikationsform der Eltern finden. Zudem tat sich in den Interviews der Aspekt hervor, dass Kinder in betroffenen Familiensystemen anscheinend gehäuft Zeugen von Gewalt und elterlicher Sexualität werden. Dies und die Gefährdung durch inhalative Applikationsformen stellen neue, im Theorieteil nicht betrachtete Merkmale dar. Es lässt sich somit festhalten, dass Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern besondere Belastungen durch die Veränderungen im Familiensystem und die konsumbedingten Gefährdungen im elterlichen Haushalt erfahren. Die Anpassung an familiäre Bedingungen, veränderte Rollen und Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung erfordert von den Kindern spezielle Anpassungsleistungen und stellt damit besondere Belastungen, vor allem in emotionaler Hinsicht, für sie dar. Dies sind weitere Aspekte, die für die zweite Untersuchungshypothese sprechen *Experten schätzen ein, dass der Konsum von Methamphetamin durch Eltern besondere Belastungen für im Haushalt lebende Kinder mit sich bringt*. Diese kann somit als belegt betrachtet werden.

Hinsichtlich der Kategorie *Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau* bestätigten sich die vorab im Theorieteil beschriebenen Merkmale durch die Beschreibungen der Interviewpartner. Diese äußerten, dass es den Eltern in Abhängigkeit ihrer Konsumphase und ihres Konsummusters in unterschiedlichem Ausmaß misslingt, kindliche Bedürfnisse wahrzunehmen, zu beurteilen und adäquat zu befriedigen. Die Einschränkungen der Elternrolle wurden durch die Experten insbesondere durch den elterlichen Umgang mit den Kindern unter Intoxikation gesehen, sowie dem großen Zeitaufwand und der Verwendung finanzieller Ressourcen für die Drogenbeschaffung anstatt für die Versorgung der Kinder. Durch Methamphetaminkonsum könne darüber hinaus zeit-

weise nicht auf elterliche Kompetenzen zurückgegriffen werden, (Anhang B.1 Interview I, Abschnitt 20), wodurch das Elternverhalten dann eher zufällig gestaltet wird (Anhang B.3 Interview III, Abschnitt 28). Insgesamt sei kein unbedenklicher Methamphetaminkonsum mit Kindern möglich. (Anhang B.2 Interview II, Abschnitt 34) Einige Befragte räumten jedoch ein, dass die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse in einem bestimmten Konsumrahmen bzw. eine Grundversorgung der Kinder auch unter Konsum möglich sei. Eine ehemalige Konsumentin vertrat hierbei sogar den Standpunkt, ihre Kinder hätten nichts von ihrem Methamphetaminkonsum mitbekommen. Dennoch widersprach sie sich diesbezüglich im Verlauf des Interviews. Daher wird ihre Aussage an dieser Stelle vernachlässigt. Hinsichtlich des Bindungsaufbaus zwischen konsumierenden Eltern und ihren Kindern ergab sich in den Interviews eine Übereinstimmung mit dem Theorieteil. Die Experten führten die Beeinträchtigung der emotionalen Ansprechbarkeit der Eltern durch deren Konsum und damit einhergehend eine Zurückhaltung in der Interaktion mit dem Kind an. Insgesamt ergaben sich dadurch Hinweise auf unbefriedigende Beziehungserfahrungen der Kinder. Die Experten bestätigten ebenfalls, dass der Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kindern durch den Methamphetaminkonsum erschwert sei. Erstaunlicherweise äußerten zwei ehemalige Konsumenten, dass sie sich erst unter Methamphetamin emotional auf ihre Kinder einlassen und sich ausgiebig mit ihnen beschäftigen konnten. Für Kinder hat dies zunächst eine positive Tendenz. Dennoch sind die Eltern in den Momenten, in denen sie intoxikiert mit ihren Kindern in Interaktion treten, durch die Effekte ihres Konsums geprägt. Für die Kinder kann die Konfrontation mit psychischen oder physischen Verhaltensauffälligkeiten der Eltern wiederum irritierend bis verstörend sein. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine gewisse Grundversorgung der Kinder in einem bestimmten Rahmen elterlichen Methamphetaminkonsums möglich sein kann. Einige Eltern können sich aus unterschiedlichen Gründen unter Methamphetamin auch überhaupt erst auf ihr Kind einlassen. Die vollumfängliche Befriedigung kindlicher Bedürfnisse, besonders in emotionaler Hinsicht, sowie die umfangreiche Ausge-

staltung der Elternrolle, sind unter diesen Bedingungen jedoch nicht möglich. Jede Konsumphase erzeugt eine spezielle Wirkung bei den Eltern, die auch unterschiedliche Einschränkungen für das Elternverhalten bedingen. Insgesamt führt dies, in Anbetracht der in der vorliegenden Masterthesis beschriebenen Wirkung von Methamphetamin, mehrheitlich zu Hindernissen in der Ausübung der Elternrolle. Somit kann zwar hinsichtlich der einzelnen Auswirkungen unter akuter Intoxikation oder in der Phase des Runterkommens differenziert werden, im Ergebnis sind die Eltern jedoch durch ihren Methamphetaminkonsum kognitiv und emotional stark gebunden. Diese Kapazitäten fehlen dann für die Betreuung und Versorgung der Kinder. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass lediglich eine geringe Grundversorgung der Kinder, bspw. mit Nahrung und Kleidung, für eine gesunde kindliche Entwicklung nicht ausreichend ist, da emotionale Bedürfnisse in diesem Fall völlig vernachlässigt werden. In Anbetracht der hier aufgeführten Expertenaussagen, die sich mit den Erkenntnissen des Theorieteils decken, kann die erste zu untersuchende Hypothese *Experten schätzen ein, dass sich der Konsum von Methamphetamin negativ auf das Elternverhalten und die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse auswirkt.* als belegt betrachtet werden.

Für das Kategoriensystem *Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern* konnten die Experten zwar keine eindeutige Grenze zum besagten Konsummuster ziehen. Jedoch wurden zahlreiche Aspekte benannt, welche auf einen solch problematischen Konsum, und damit möglicherweise eine erhöhte Gefährdung der im Haushalt lebenden Kinder, hinweisen. Für die Kategorie *Konsummuster* bestätigte sich in den Interviews als Indikator für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern ein abhängiges Konsummuster, eingeschlossen Kontrollverlust und täglicher Konsum. Sowohl in den theoretischen Ausführungen als auch der empirischen Untersuchung wurde die Applikationsform des Rauchens von Methamphetamin als Merkmal mit erhöhtem Risiko für die Kinder angeführt. In der Literatur fanden sich überdies wiederum Hinweise auf eine höhere Wahrscheinlichkeit abhängiger Konsummuster bei dieser Applikationsform, ebenfalls bei intravenösem

Konsum von Methamphetamin. Überdies steigt hierdurch die Gefahr der Überdosierung des Suchtmittels und in der Folge die Wahrscheinlichkeit des Ausfalls der Eltern. Es können also beide Applikationsformen als Indikatoren für besonders problematischen Konsum betrachtet werden. Mischkonsum wurde ebenfalls von den Experten als besonders problematisch angesehen. Zudem wurde die Dauer einer Konsumphase als Indikator für besonders problematischen Konsum benannt. Zwei ehemalige Konsumentinnen konkretisierten diese Dauer unabhängig voneinander auf einen Methamphetaminkonsum von mehr als drei Tagen am Stück. Dies kann aufgrund des damit einhergehenden Schlafmangels, der steigenden Belastung für den Körper sowie der stärkeren psychischen und emotionalen Belastung als Indikator für besonders problematischen Konsum betrachtet werden. Ein Befragter benannte des Weiteren die Dauer des Drogenproblems. Es wird davon ausgegangen, dass überdauernder Drogenkonsum über die Zeit eher intensiver praktiziert wird und Konsumenten mit entsprechenden Folgen konfrontiert sind. Mehrere Befragte verwiesen überdies als Indikator für besonders problematischen Konsum auf das völlige Fehlen von Angaben zu Konsummengen. Zu den vorab im Theorieteil aufgestellten Indikatoren, wie Verschiebung der Konsummotive hin zur Vermeidung von Unangenehmem, oder hohe Konsummengen fanden sich keine Hinweise in den Interviews. In der Kategorie der *Konsumfaktoren* rückte der Fokus auf die direkte Konfrontation der Kinder mit dem elterlichen Methamphetaminkonsum, ausgenommen die direkten Effekte der Methamphetaminwirkung. Hierfür fanden sich zwar keine Hinweise auf das direkte Erleben von Konsumsituationen durch die Kinder. Die vorab durchgeführte Literaturrecherche lässt diese Aspekte dennoch als Indikatoren zu. Die Experten benannten jedoch die Herstellung und den Vertrieb von Methamphetamin als Indikatoren für ein erhöhtes Risiko für Kinder. Die Befragten begründeten dies mit einem verstärkten Aufenthalt anderer Konsumenten im Wohnraum. Letzteres wurde auch als eigenständiger Indikator angeführt, wohl auch als Zeichen für die ungünstige Gestaltung des sozialen Umfeldes. An dieser Stelle sei der Schutz der Kinder eingeschränkt, insbesondere weil die Eltern kaum

Einfluss auf den Umgang mit Methamphetamin durch Besucher hätten. Zwar fanden sich in den Interviews keine Angaben zu Komplikationen in der Vorgeschichte im Zusammenhang mit Methamphetaminkonsum. Dennoch kann dies auf einen sehr intensiven Konsum hinweisen und lässt daher eine bereits bestehende Methamphetaminabhängigkeit vermuten. Der Kategorie *Elternfaktoren* wurde der Risikofaktor der elterlichen Komorbidität zugeordnet. Dieser Indikator wurde fast in jedem Interview benannt und kann somit als sicheres Zeichen für eine erhöhte Gefährdung betroffener Kinder gesehen werden, wenn Eltern Methamphetamin konsumieren. Suizidalität wurde im Zusammenhang mit der Befragung nicht angeführt. Darüber hinaus wurde als Indikator eine mangelhafte Bewältigung der Drogenproblematik durch die Eltern angeführt. Dieser Aspektes wurde auch zuvor im Theorieteil beschrieben. Demnach ist eine mangelhafte Problemeinsicht und Inanspruchnahme von Hilfen durch die Eltern als Risikofaktor für betroffene Kinder zu bewerten. Eine Expertin sah darüber hinaus in der elterlichen Neigung zur Aggressivität einen Indikator für besonders problematischen Konsum. Des Weiteren kann der zuvor im Theorieteil beschriebene Aspektes einer zusätzlichen Glücksspielproblematik, die sich allerdings in den Interviews nicht als Risikofaktor bestätigte, als Indikator betrachtet werden. Hierbei sind die finanziellen Ressourcen der Familie bedroht und in der Folge auch die materielle Versorgung der Kinder. Für die Kategorie *Kontextfaktoren* führten die Interviewpartner zahlreiche Aspekte an, die generell ungünstigere Entwicklungsbedingungen für Kinder darstellen und in der Forschung bisher gut belegt sind. Hierzu zählen das Aufwachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil oder zwei konsumierenden Elternteilen sowie ein Mangel an drogenfreien Sozialkontakten. Letzteres wurde sehr häufig durch die Befragten benannt und scheint vor dem Hintergrund einer elterlichen Methamphetaminproblematik einen besonderen Risikofaktor darzustellen. Häufig angeführt wurden zudem eine mangelhafte finanzielle Absicherung und ein niedriges Alter des Kindes. All diese Indikatoren wurden ebenfalls im Theorieteil zusammengetragen. Auffällig war die mitunter unterschiedliche Einschätzung beim Alter der Kinder. Hier benannte

ein ehemaliger Konsument ein höheres Alter von Kindern hinsichtlich elterlichen Konsums als risikobehafteter. Möglicherweise wurde hierbei der Bezug zum Bewusstsein des Kindes in den Fokus gestellt. Das heißt, der Interviewpartner ging wahrscheinlich davon aus, dass Kinder mit steigendem Alter ihre Umwelt bewusster wahrnehmen. Als Risikofaktor wird jedoch, einerseits weil in der Literatur belegt, andererseits weil mehrheitlich in den Interviews benannt, ein niedriges Alter von Kindern als gefährdender bewertet. Besonders weil Säuglinge und Kleinkinder deutlich hilfloser sind als größere Kinder und daher auf die Versorgung durch die Eltern angewiesen sind, scheint dieser Aspekt als Risikofaktor vor dem Hintergrund methamphetaminbedingter Einschränkungen im Elternverhalten eindrücklicher. Die Interviewpartner vermerkten als weitere Kontextfaktoren für eine erhöhte Gefährdung betroffener Kinder folgende Aspekte: drogenexponierte Säuglinge, welche erhöhte Anforderungen an die Eltern stellen sowie zur Entbindung positiv getestete Mütter, welche sich später während der Hormonumstellung zusätzlich im Entzug befinden. Außerdem können häusliche Gewalt, Kriminalität, beengte Wohnverhältnisse sowie Mehrkindfamilien als Risiken hinzugefügt werden. Aspekte, wie ungünstiger Erziehungsstil und niedriges Bildungsniveau, wurden ebenfalls genannt. Weiterhin wurden Risikofaktoren, wie Mangel an Tagesstruktur, ein ungünstiger sozioökonomischer Status der Familie sowie das Fehlen eines sozialen Netzes für das Kind als zusätzliche Risikofaktoren aufgenommen. Insgesamt lässt sich eine Vielzahl an Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern aufzählen. Diese gehen einerseits vom Konsum selbst aus, jedoch auch von den Eltern sowie von Kontextfaktoren. Trotz der Vielzahl der genannten Indikatoren ist eine klare Grenze zum besonders problematischen Konsum, welcher die höchste Gefährdung von betroffenen Kindern vermuten lässt, nicht klar auszumachen. Dennoch kann mit diesen Ausführungen die dritte Untersuchungshypothese *Experten schätzen ein, dass es Indikatoren im Familiensystem methamphetaminkonsumierender Eltern gibt, welche besonders problematische Konsummuster anzeigen und damit auf erhöhte Gefährdung der im Haushalt lebenden Kinder*

hinweisen. als belegt angesehen werden. Mögliche Gefahrensituationen wurden im vorgeannten Kategoriensystem unter der Kategorie *Gefahrensituationen für Kinder* benannt.

Bei den Interviewpartnern zeichnete sich insgesamt ein Bild methamphetaminkonsumierender Eltern, welches dem vorab im Theorieteil beschriebenen sehr ähnelt. Die Mehrzahl der Befragten betonte, dass methamphetaminkonsumierende Eltern durch ihren Suchtmittelkonsum nicht gänzlich die Fähigkeit verlieren, Eltern zu sein. Jedoch seien sie durch ihren Konsum keinesfalls in der Lage, jederzeit im Sinne ihrer Kinder zu handeln. Sie werden vielmehr durch die Wirkung des Suchtmittels in ihrem Denken, Fühlen und damit auch Elternverhalten beeinflusst, was sich ungünstig auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse auswirkt. Dennoch muss darauf hingewiesen werden – und auch das zeichnete sich in den Interviews ab – dass nicht jedes Elternteil dieselben methamphetaminbedingten Einschränkungen aufweist. Vielmehr unterscheiden sich die Situationen dieser Familien und somit auch die Gefährdung der Kinder in Abhängigkeit verschiedener Faktoren, wie Konsummuster oder Kontextfaktoren. Umso wichtiger sind die von den Interviewpartnern genannten Empfehlungen für die Zusammenarbeit mit der untersuchten Klientel. Wissen über Wirkung und Funktion von Methamphetamin auch kritisch im Berufsalltag anzuwenden, scheint ebenso hilfreich, wie die Etablierung einer professionellen Haltung und eine transparente wie klare Kommunikation von Auflagen, Grenzen und Konsequenzen gegenüber den Eltern. Ein dichtes Helfernetzwerk hilft die Verantwortung gegenüber den Familien auf verschiedene Professionen zu verteilen, die ihren Blick zudem auf unterschiedliche Aspekte des Familiensystems richten. Nur so können die für Kinder in einem methamphetaminbelasteten Familienumfeld mitunter sehr ungünstigen Entwicklungsbedingungen ein Stück weit kompensiert werden.

3.3.5 Kritische Betrachtung der Untersuchung

In den folgenden Ausführungen soll kurz auf Kritikpunkten im Rahmen der empirischen Untersuchung eingegangen werden.

Hinsichtlich der Interviews konnte trotz Probelauf nicht verhindert werden, dass besonders befragte Betroffene einzelne Fragen sehr unterschiedlich auslegten. Mitunter wurden Fachtermini in der Fragestellung durch die Untersucherin unterschätzt und führten zu Verständnisproblemen bei den Interviewpartnern. Zwar wurde diesen vor Interviewbeginn die Möglichkeit gegeben, Verständnisprobleme hinsichtlich der vorab zur Verfügung gestellten Fragen zu klären. Dies wurde jedoch nur sporadisch in Anspruch genommen. Auffällig war die Fragestellung zu besonders problematischem Konsum. Diese Frage schien besonders schwer verständlich formuliert und insbesondere für befragte Betroffene verwirrend. Dadurch mussten an dieser Stelle im Interview häufig Nachfragen durch die Untersucherin gestellt werden. Auffällig war zudem, dass Fachkräfte in der Regel eher ausschweifend auf die Fragen antworteten, die befragten Betroffenen ihre Angaben eher kurz hielten. Dies bedingte sehr unterschiedliche Zeitverläufe der Interviews, wirkte sich jedoch nicht zwingend auf deren Inhalt aus. Zudem fiel auf, dass es einigen Betroffenen, welche in der Berufspraxis zugleich Klienten der Untersucherin darstellen, mitunter schwer viel, zwischen Interviewsetting und Beratungssetting zu unterscheiden. Konkret forderten diese häufig Bestätigungen für ihre Antworten. Nicht vermeiden ließen sich Störungen, wie Klopfen an der Tür bei Befragten oder Störungen durch Kinder im Raum der Befragten. Diesen hätte bspw. durch die höhere Verbindlichkeit von Face-to-face-Interviews besser vorgebeugt werden können. Eine Interviewpartnerin verpasste zunächst den Interviewtermin. An dieser Stelle hätte die Untersucherin die Interviewpartner jeweils vorher an die vereinbarten Gesprächstermine erinnern können. In der Auswertung zeichnet sich klar der Vorteil der Kategorienbildung nach Mayring für die Verwertung der gewonnenen Daten ab. Als nachteilig wurde jedoch der Verlust von detaillierten Informationen durch die vorgenommene Abstraktion erlebt. In der Unter-

suchung wurde der Fokus auf Risikofaktoren gelegt. Vollständig vernachlässigt wurden daher mögliche Schutzfaktoren für Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern. Die zusätzliche Betrachtung dieser würde jedoch ein umfassenderes Bild der Untersuchung ermöglichen. Nachteilig gestaltete sich zudem die geringe Fallzahl der Experten im Sinne einer geringen Repräsentativität.

3.3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die in der empirischen Untersuchung gewonnenen Daten belegen alle drei Untersuchungshypothesen dieser Masterthesis. Konkret konnten durch die Variablen des Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern* ungünstige Veränderungen auf das Elternverhalten in unterschiedlichen Konsumphasen sowie durch Nebenwirkungen und Komplikationen aufgezeigt werden und somit der erste Teil der ersten Untersuchungshypothese *Experten schätzen ein, dass sich der Konsum von Methamphetamin negativ auf das Elternverhalten [...] auswirkt.* belegt werden. Darüber hinaus ergaben sich erste Aspekte, welche durch die Kategorie *Auswirkungen auf das Elternverhalten* Belege für die Richtigkeit der zweiten Untersuchungshypothese *Experten schätzen ein, dass der Konsum von Methamphetamin durch Eltern besondere Belastungen für im Haushalt lebende Kinder mit sich bringt.* erbrachten. Diese wurde außerdem durch die gesammelten Daten für das Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder* bestätigt. Die hier dargestellten Merkmale zu familiären Rahmenbedingungen, Familienatmosphäre, Rollenverteilung innerhalb der Familie, Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung und Gefahrensituationen für Kinder in methamphetaminbelasteten Familiensystemen verdeutlichten die besonderen Belastungen für betroffene Kinder. Des Weiteren belegen die Ausführungen zur Kategorie *Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau* den zweiten Teil der ersten Untersuchungshypothese *Experten schätzen ein, dass sich der Konsum von Methamphetamin negativ auf [...] die Befriedigung kindlicher*

Bedürfnisse auswirkt. Überdies stellten die gesammelten Variablen zusätzliche Belastungen für betroffene Kinder dar und bestätigen somit auch die zweite Untersuchungshypothese. An dieser Stelle fiel auf, dass konsumierende Eltern sich mitunter überhaupt erst unter Intoxikation emotional auf ihre Kinder einlassen und sich ausgiebig mit ihnen beschäftigen können. In einem dritten Kategoriensystem wurden Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern sowohl im Theorieteil gesammelt, als auch in der empirischen Untersuchung erfragt. Obwohl in den Interviews keine eindeutige Grenze zu einem besonders problematischen Konsummuster der Eltern ausgemacht werden konnte, bestätigen die Ergebnisse dennoch die dritte Untersuchungshypothese *Experten schätzen ein, dass es Indikatoren im Familiensystem methamphetaminkonsumierender Eltern gibt, welche besonders problematische Konsummuster anzeigen und damit auf erhöhte Gefährdung der im Haushalt lebenden Kinder hinweisen.* Die Liste möglicher Indikatoren konnte dabei um Punkte wie die Herstellung und den Handel mit Methamphetamin, anhaltende Konsumphasen von mehr als drei Tagen und das völlige Fehlen von Angaben zu Konsummengen erweitert werden. Überdies konnten zahlreiche zusätzliche Risikofaktoren ergänzt werden, die bei einer Beurteilung Gefährdungssituation betroffener Kinder Beachtung finden könnten. Hinweise auf mögliche Gefahren gaben Experten in der Kategorie *Gefahrensituationen für Kinder* im Kategoriensystem *Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder.* Hier konnten durch die Interviewpartner Gefahrenmerkmale, wie Passivkonsum der Kinder bei inhalativem Methamphetaminkonsum der Eltern sowie die Griffnähe zu Konsumutensilien ergänzt werden. Ebenfalls wurde als neuer Aspekt aufgenommen, dass Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern häufig Zeugen von Gewalt und Sexualität zwischen den Eltern werden. Abschließend konnten in der empirischen Untersuchung folgende Handlungsempfehlungen für Helfer in der Zusammenarbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern zusammengetragen werden:

- Aneignung von kritischem Wissen zur Substanz Methamphetamin und kritische Anwendung dessen im Berufsalltag,
- Etablierung einer hilfreichen Haltung gegenüber der Klientel (Transparenz, Achtsamkeit, Respekt, Wertschätzung, Kommunikation auf Augenhöhe, kompetenz- und ressourcenorientiertes Arbeiten, notwendige Abgrenzung),
- Erarbeitung eines dichten Helfernetzes und Einbezug von Angehörigen,
- Installation adäquater Hilfen und Berücksichtigung der Grenzen dieser,
- Schaffung einer vertrauensvollen und angstfreien Atmosphäre und Verfügbarkeit der Helfer,
- Kommunikation klarer Auflagen, Grenzen und Konsequenzen (Abstinenznachweise),
- Kleinschrittige Ziele sowie die Aufarbeitung von Rückfällen,
- Achtsamkeit für betroffene Kinder und Entwicklung einer Perspektive für diese.

Die Interviews bestätigten das vorab im Theorieteil gewonnene Bild, dass methamphetaminkonsumierende Eltern durch ihren Suchtmittelkonsum vorübergehend in ihrem Elternverhalten und dadurch in der umfänglichen Befriedigung kindlicher Bedürfnisse beeinträchtigt sind. Obwohl sie konsumbedingt nicht gänzlich ihre Erziehungskompetenzen verlieren, wirkt sich der Konsum ungünstig auf ihre Rolle als Eltern aus und hat eine Reihe von Belastungen für betroffene Kinder zur Folge. Darüber hinaus können Indikatoren festgehalten werden, welche auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum von Eltern hinweisen, der ein Höchstmaß kindlicher Gefährdung erwarten lässt.

Im folgenden Abschnitt sollen die gesammelten Ergebnisse aus Theorieteil und empirischer Untersuchung auf die Praxis bezogen werden. Dies geschieht durch die Entwicklung eines Bogens zur Risikoeinschätzung für die Verwendung in der ambulanten Arbeit mit

methamphetaminkonsumierenden Eltern und deren Kindern. Der Aufbau und die Anwendung dieses Instruments werden im Folgenden erläutert.

3.3.7 Praxisbezug

Wie bereits erwähnt, sollten die Ergebnisse der empirischen Untersuchung in die Praxis transferiert werden. Im Anschluss an die Datenerhebung und -auswertung wurden daher die gewonnenen Daten des Kategoriensystems *Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern* herausgelöst und zu einem Einschätzungsbogen verarbeitet (siehe Anhang D). Dieser soll in der ambulanten Arbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und deren Kindern ein Instrument darstellen, welches Helfer einerseits darin unterstützt, einen Überblick über die Situation und relevante Problembereiche konsumierender Eltern zu gewinnen und somit den sozialpädagogischen wie suchtherapeutischen Hilfebedarf der Familie zu planen. Andererseits soll das Instrument den Helfern die Einschätzung der Risiken für betroffene Kindern anhand Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern erleichtern und in der Folge potentielle Gefährdungssituationen für Kinder, ausgehend vom elterlichen Suchtmittelkonsum, abschätzbar machen. Die Perspektive aus der elterlichen Suchtmittelproblematik wurde gewählt, da es bereits zahlreiche Bögen zur Beurteilung von Kindeswohl aus sozialpädagogischer Sicht gibt (Hamburger Liste, Stuttgarter Modell). Jedoch sind Auffälligkeiten bei Kindern, bis hin zu Kindeswohlgefährdungen, das Ergebnis des Elternverhaltens. Mitunter kann durch den Blick auf das Elternverhalten selbst und anzunehmender Entwicklungstendenzen der daraus resultierenden Situation eine solche Gefährdung von Kindern vermieden werden. Der Einschätzungsbogen nutzt also bestimmte suchtmittelbedingte Aspekte der Eltern, bei denen in der Folge eine hohe Gefährdung der Kinder zu erwarten ist, ohne dass es sich bereits um eine Kindeswohlgefährdung handelt. Mit dem hier erstellten Instrument soll daher auch die Möglichkeit geschaffen werden, ungünstigen Entwicklungsbedingungen für Kinder in einem

gewissen Maß vorzubeugen und noch vor einer möglichen Kindeswohlgefährdung zu intervenieren. Der Einschätzungsbogen soll auch dabei unterstützen, Eltern Veränderungsmöglichkeiten bzgl. ihres Methamphetaminkonsums aufzuzeigen, ihnen somit die Chance zur Entwicklung zu geben und im Ergebnis auch Inobhutnahmen und Fremdunterbringungen verursacht den elterlichen Suchtmittelkonsum vermeiden zu können.

Im Einschätzungsbogen wurden bewusst mögliche Ressourcen vernachlässigt. Einerseits wurden diese in der Untersuchung nicht berücksichtigt. Andererseits lag das Interesse darin, ein überschaubares Instrument zu entwickeln. Dennoch soll darauf hingewiesen werden, dass vorhandene Ressourcen, wie bspw. ein Partner ohne Suchtmittelkonsum oder eine erwachsene, drogenfreie Bezugsperson des Kindes, die Risikosituation für Kinder insgesamt mindern können.

Die im Einschätzungsbogen aufgeführten Aspekte wurden bereits bei der Erarbeitung der theoretischen Grundlage dieser Masterthesis abgeleitet und später im Rahmen der empirischen Untersuchung nochmals separat erfragt. Daraus ergaben sich die Aspekte des Kategoriensystems *Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern*. Obwohl alle darin aufgeführten Punkte bisher als Indikatoren bezeichnet wurden, wurde für die Entwicklung des Einschätzungsbogens eine eigene Gewichtung durch die Untersucherin vorgenommen, orientiert an den Einschätzungen der Experten. Dies ermöglicht einerseits, Aspekte in den Einschätzungsbogen aufzunehmen, welche Hinweise auf mögliche Problembereiche der Klientel geben. Andererseits können dadurch Kriterien als Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern gekennzeichnet werden, welche ein sofortiges Handeln der Helfer erfordern.

Der Bogen zur Risikoeinschätzung besteht aus vier Bereichen: *Konsummuster des Elternteils, Konsumfaktoren, Elternfaktoren und Kontextfaktoren*. Die Bereiche wurden in Anlehnung an die Kategorien des Kategoriensystems *Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern* aufgestellt. Im ersten Abschnitt *Konsummuster*

des Elternteils wurden die Kriterien *Konsummenge*, *Konsumhäufigkeit*, *Applikationsform*, *Abhängigkeit* und *Polytoxikomanie* aufgenommen. Für die *Konsummenge* soll als Merkmal eine relativ hohe Dosis von mehr als 0,5g pro Konsumeinheit angegeben werden. Vor dem Hintergrund der Toleranzentwicklung bei fortschreitendem Methamphetaminkonsum kann diese Menge auch bei geringer Wirkung auf den Konsumenten ein Anzeichen für eine bereits bestehende Methamphetaminabhängigkeit sein. In der praktischen Anwendung könnten sich bei dieser Variable falsche Angaben der konsumierenden Eltern als schwierig erweisen. Problematisch ist daher des Weiteren, wenn keine Menge von den Konsumenten angegeben werden kann. Die *Konsumhäufigkeit* wurde besonders den Ergebnissen der Interviews entnommen. Hier geht es insbesondere um regelmäßigen oder sogar täglichen Konsum. Letzteres stellt zugleich einen Indikator für besonders problematischen Konsum dar. Hinzu kommt für das Kriterium *Konsumhäufigkeit* die Angabe der Länge von Konsumphasen mit mehr als drei Tagen, die ebenfalls einen Indikator für besonders problematischen Konsum darstellt und sich aus den Ergebnissen der Interviews ableitet. An *Applikationsformen* sind intravenöser sowie inhalativer Konsum von Methamphetamin von Bedeutung. Beide deuten auf eine fortgeschrittene Toleranzentwicklung und damit auch Abhängigkeit hin und erhöhen das Risiko einer Überdosierung bei den Eltern. Inhalativer Konsum birgt zudem die Gefahr des Passivkonsums für Kinder und ist daher als besonders gefährdend einzuschätzen. Beide Aspekte stellen aufgrund ihrer Tragweite Indikatoren für besonders problematischen Konsum dar. Das Kriterium der *Methamphetaminabhängigkeit* wird wegen der damit einhergehenden Einschränkungen der Eltern ebenfalls als solch ein Indikator betrachtet. Sie wird im Einschätzungsbogen nochmals nach den Kriterien der ICD-10 aufgeschlüsselt, wobei das Merkmal des Kontrollverlusts auch eigenständig als Indikator für besonders problematischen Konsum gewertet wird. Es ist davon auszugehen, dass die Prioritätensetzung bei bestehendem Kontrollverlust kaum mehr möglich ist und in Anbetracht einer bestehenden Abhängigkeit die Beschaffung und der Konsum von Methamphetamin für Eltern eine höhere Bedeutung haben

kann, als die Versorgung der Kinder. Einen Indikator für besonders problematischen Methamphetaminkonsum zeigt auch *Polytoxikomanie* an, da es hierdurch zu unvorhersehbaren Effekten des Mischkonsums und in der Folge zum raschen Ausfall der Eltern kommen kann.

Im Abschnitt *Konsumfaktoren* werden die Kriterien *Konfrontation des Kindes mit elterlichem Konsumverhalten*, *Vorfälle in der Vergangenheit* und *Konsumbedingte Komplikationen in der Vorgeschichte* betrachtet. Bei der Konfrontation des Kindes mit elterlichem Konsumverhalten geht es weniger um die konkrete Wirkung des Methamphetamin. Vielmehr spielt der Konsum in direkter Gegenwart der Kinder eine Rolle, ebenso die Herstellung und der Verkauf der Substanz in der Wohnung. Wenn eines dieser Merkmale erfüllt ist, kann von einer hohen Gefährdung von im Haushalt lebenden Kindern durch die große Nähe zum elterlichen Suchtmittel ausgegangen werden. Daher werden die einzelnen Merkmale, sowie das Kriterium selbst, als Indikatoren für besonders problematischen Konsum betrachtet. Bei *Vorfällen in der Vergangenheit* wird erfragt, ob Kinder schon einmal Vergiftungen durch den Zugang zum Suchtmittel erlitten haben. Darüber hinaus werden Merkmale eruiert, wie Verletzungen der Kinder durch Unfälle infolge der drogenbedingten Vernachlässigung der Aufsicht durch die Eltern oder Gewalteinwirkungen. Da das Kriterium *Vorfällen in der Vergangenheit* durch seine einzelnen Merkmale ein hohes Gefährdungspotential für Kinder bedingt, stellt es, ebenso wie seine einzelnen Merkmale, einen Indikator für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern dar. Des Weiteren werden im Bereich *Konsumfaktoren* auch *Konsumbedingte Komplikationen in der Vergangenheit* erfragt. Hierzu gehören Herzversagen, psychotische Zustände, Kreislaufkollaps, Krampfanfälle, Überhitzung, Überdosierungen sowie Vergiftungen. Diese Aspekte weisen insbesondere einen unvorsichtigen Umgang mit der Substanz bzw. intensiven Konsum hin. In der Folge ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Eltern in ihrer Rolle durch das erneute Auftreten solcher Komplikationen ausfallen.

In einem dritten Abschnitt *Elternfaktoren* werden die Kriterien *Problemeinsicht*, *Mitarbeit*, *Komorbidität* und *Glücksspielverhalten* der Eltern in den Fokus gestellt. Für das erste Kriterium sind das Maß von Problemaakzeptanz, Problemkongruenz und Hilfeakzeptanz entscheidende Anhaltspunkte für eine angemessene Problembewältigung vor dem Hintergrund der Verantwortung als Eltern. Die *Problemeinsicht* kann daher in drei Stufen abgefragt werden: keine Problemaakzeptanz, keine Problemkongruenz und keine Hilfeakzeptanz. Da alle drei Stufen eine Veränderung des Suchtmittelkonsums behindern, werden alle drei Merkmale, bzw. das Kriterium *Problemeinsicht* selbst, als Indikatoren für besonders problematischen Konsum angesehen. Die *Mitarbeit* erfasst die nicht offene und unzuverlässige Zusammenarbeit der konsumierenden Elternteile mit ihrem Helfersystem. Dies kann sich dadurch abzeichnen, dass Eltern ihren Konsum nicht transparent gestalten, Rückfälle nicht offenbaren, Urinkontrollen verweigern oder Netzwerkpartner nicht von ihrer gegenseitigen Schweigepflicht entbinden. Diese Merkmale verhindern eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern. Da die Verweigerung von Urinkontrollen als das eindeutigste Zeichen einer nicht offenen und zuverlässigen Mitarbeit angesehen werden kann, wird dies als Indikator für besonders problematischen Konsum gewertet. Generell ist eine mangelhafte bis gänzlich fehlende Mitarbeit konsumierender Eltern jedoch ebenfalls ein solcher Indikator. *Komorbidität* selbst stellt aufgrund der Unberechenbarkeit der Symptomatik in Verbindung mit Methamphetaminkonsum ebenfalls einen Indikator für besonders problematischen Methamphetaminkonsum dar. An psychiatrischen Auffälligkeiten kommen besonders häufig Depression, psychotische Störungen und Persönlichkeitsstörungen vor. Im Bogen zur Gefährdungseinschätzung gibt es jedoch die Möglichkeit, auch andere Auffälligkeiten, bspw. eine bestehende Schizophrenie, einzutragen. *Glücksspielverhalten* der Eltern wurde ebenfalls in den Bogen aufgenommen, weil es die Gefährdung der finanziellen Sicherung der Familie bedeuten kann und durchaus einen mit den Eltern zu bearbeitenden Problembereich für Helfer darstellt. Ein letzter Abschnitt *Kontextfaktoren* betrachtet verschiedene Merkmale der Rahmenbedingungen. Hierbei

wird der *Erziehungstatus* des Elternteils erfragt. Es wird angegeben, ob der konsumierende Elternteil alleinerziehend ist oder ggf. noch eine weitere konsumierende Erziehungsperson vorhanden ist. Ersteres birgt eine erhöhte Gefahr von Überforderung, besonders in Kombination mit einer Mehrkindfamilie oder besonders jungen Kindern. Zwei konsumierende Erziehungspersonen erhöhen die Wahrscheinlichkeit von Streitigkeiten und Gewalt innerhalb der Familie. Ein weiteres Merkmal stellen die *Sozialkontakte* der Familie dar. Hierbei spielt eine Rolle, ob es einen Mangel an Unterstützung durch familiäre Ressourcen bzw. drogenfreie Sozialkontakte für die Eltern und Kinder gibt und ob sich ggf. häufiger andere Konsumenten in der Wohnung der Familie aufhalten. Letzteres würde die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass dort gemeinsam konsumiert wird und die Distanz der Kinder zum Suchtmittel wiederum geringer ausfällt. Der Mangel an familiärer Unterstützung würde hingegen eine schnellere Überforderung der konsumierenden Eltern bedeuten, ebenso der Mangel an drogenfreien Sozialkontakten. Letzterer bedeutet überdies das Fehlen förderlicher Modelle für die Kinder. Die *Anbindung an das Suchthilfesystem* spielt ebenfalls eine Rolle. Wenn keine Anbindung vorhanden ist und auch keine angestrebt wird, verringert dies die Unterstützungsmöglichkeiten für eine langfristige und stabile Veränderung der Eltern in ihrem Suchtmittelkonsum. Ebenfalls wird die *Anbindung an das soziale Sicherungssystem* erfragt. Ein Mangel an finanzieller Absicherung würde bei Beschaffungsdruck die Wahrscheinlichkeit erhöhen, sich auf anderen Wegen Geld für die Beschaffung von Drogen verfügbar zu machen und könnte in der Konsequenz die Eltern zur Beschaffungskriminalität oder zum Verkauf von Methamphetamin animieren. Bei den Kontextfaktoren rücken zudem Kriterien das Kind betreffend in den Vordergrund. Das *Alter des Kindes* erhält dabei besondere Aufmerksamkeit. Als Indikator für besonders problematischen Konsum werden Kinder im Säuglings- oder Kleinkindalter, die im Haushalt der konsumierenden Eltern leben, betrachtet. Diese Kinder sind zu hilfebedürftig, als dass sie den konsumbedingten Ausfall der Eltern in Versorgung und Betreuung kompensieren könnten. Kinder im Grundschul- und Schulalter werden zwar weniger in den Fokus gerückt,

da sie aufgrund ihres Alters mitunter Kompetenzen haben, um gewisse Ausfälle der Eltern kompensieren zu können. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass sie durch den Konsum ihrer Eltern eine hohe emotionale Belastung erfahren. Ein Indikator für besonders problematischen Konsum stellt in diesem Bereich auch das Kriterium *Soziales Netz des Kindes* dar. Eine mangelhafte oder gar keine Anbindung an Schule oder Kindertagesstätte bedeutet, dass es außer den konsumierenden Eltern keine Personen gibt, die das Kind im Blick hätten. In diesem Sinne wäre die Gefahr erhöht, dass eventuelle kindeswohlgefährdende Situationen erst sehr spät bemerkt werden.

Verschiedene Aspekte, die zuvor im theoretischen und empirischen Teil erarbeitet wurden, sind aus unterschiedlichen Gründen nicht in den Einschätzungsbogen aufgenommen worden. So wurde bspw. die Verschiebung der Konsummotive als wenig greifbar für außenstehende Helfer eingeschätzt, da Konsumenten diese meist besonders zu Beginn von therapeutischen Betreuungsprozessen noch nicht umfänglich benennen können. Die Dauer des Drogenproblems wurde in einem Interview als Indikator benannt. Für die Verwendung im Einschätzungsbogen gestaltet es sich jedoch als zu wenig messbar und ist zudem auf transparente Angaben der Eltern angewiesen. Auch bei den in den Interviews zusätzlich benannten Risikofaktoren wurde eine Reihe von Aspekten für die Erstellung des Einschätzungsbogens vernachlässigt. Der Mangel an Tagesstruktur erschien als Kriterium zu unpräzise und sehr subjektiv durch die Bewertung des befragenden Helfers geprägt. Dies gilt auch für die Aspekte ungünstiger Erziehungsstil und niedriges Bildungsniveau. Aus einem Interview ging hervor, dass eine Mutter in der geburtsbedingten Hormonumstellung bei gleichzeitigem Entzug ein hohes Risiko für ihr Kind darstelle. Dieser Aspekt wurde durch den Indikator niedriges Alter des Kindes, speziell Säugling, berücksichtigt. Die Kriterien Mehrkindfamilie, Gewalt zwischen den Erziehenden und Kriminalität des konsumierenden Elternteils stellen eher sozialpädagogische Aspekte dar, die in Bögen zur Kindeswohlgefährdung erfragt werden und daher keine Berücksichtigung im hier entwickelten Einschätzungsbogen finden.

Die Handhabung des Bogens gestaltet sich relativ einfach und wenig zeitaufwendig. Daher eignet er sich gut für den Einsatz im ambulanten Setting, bspw. bei Hausbesuchen durch sozialpädagogische Fachkräfte oder während eines Beratungsgesprächs in der Suchtberatungsstelle. Der Einschätzungsbogen ist für den jeweils konsumierenden Elternteil auszufüllen. Dies kann direkt im Beratungsgespräch sowie bei Vorliegen aller Informationen auch ohne den betroffenen Elternteil erfolgen. Die einzelnen Punkte der vier Bereiche werden somit entweder teilweise direkt abgefragt oder vollständig durch den befragenden Helfer beantwortet. Insgesamt wurde darauf geachtet, Kriterien und Merkmale so zu gestalten, dass wenig auf subjektive Einschätzungen von Helfern zurückgegriffen werden muss. Dies soll eine möglichst hohe Reproduzierbarkeit gewährleisten. Dennoch kann eine gewisse Subjektivität nicht ausgeschlossen werden, da es sich im Einschätzungsbogen nicht gänzlich um messbare Kriterien handelt. Darüber hinaus muss davon ausgegangen werden, dass die Eltern die Zusammenarbeit einerseits nicht immer freiwillig suchen, andererseits durch ihre Ängste bestimmt, nicht immer offen und ehrlich agieren. Dann ist die fachliche Einschätzung des Helfers gefragt. Im Einschätzungsbogen sind bei den einzelnen Merkmalen Markierungen zu setzen, wenn diese jeweils erfüllt sind. Da der Bogen zur Risikoeinschätzung dazu dient, einen Überblick zu verschaffen, gibt er am Ende kein konkretes Ergebnis aus, bspw. resultierend aus einer Punktwertung der einzelnen zutreffenden Kriterien. Die aufgelisteten Kriterien lassen sich kaum aufrechnen bzw. wäre hierfür erheblich mehr Forschungsaufwand inklusive statistischer Erhebungen nötig. Umso mehr gewinnt das Ziel an Bedeutung, innerhalb des Einschätzungsbogens auf Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hinzuweisen, da durch diese mit hoher Wahrscheinlichkeit erhöhte Gefährdungssituationen für die im Haushalt lebenden Kinder auftreten. Fett gedruckte Merkmale bzw. Kriterien stellen ebensolche Indikatoren dar und verdienen in Anlehnung der vorangegangenen Ausführungen der Masterthesis sowie der empirischen Untersuchung besondere Beachtung und erfordern einen entsprechenden Handlungsbedarf (bspw. Schutz-

konzepte für Kinder). Insgesamt ist die Situation einer Familie bzw. betroffener Kinder umso prekärer, je mehr Kriterien des Bogens zutreffen.

Auch wenn dem Einschätzungsbogen eine umfangreiche Literaturrecherche sowie vielfältige Expertenbefragungen zu Grunde liegen, kann er die Risikosituation für Kinder doch nicht Eins zu Eins wiedergeben. Wie viele andere Bögen zur Einschätzung des Kindeswohls aus sozialpädagogischer Sicht wird auch der hier entwickelte Einschätzungsbogen zu einem gewissen Grad durch die Subjektivität des Befragenden beeinflusst. Daher soll noch einmal betont werden, dass Bogen zur Risikoeinschätzung Ansatzpunkte zur Intervention bietet, idealerweise vor einer möglichen Kindeswohlgefährdung.

4 Fazit

Ziel der vorliegenden Masterthesis war es, die Auswirkungen elterlichen Methamphetaminkonsums auf das Elternverhalten und damit einhergehende Belastungen für im Haushalt lebende Kinder zu untersuchen. Im Ergebnis konnte bewiesen werden, dass Experten einschätzen, dass sich der Konsum von Methamphetamin negativ auf das Elternverhalten und die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse auswirkt. In der Mehrheit beeinflussen die Wirkungen von Methamphetamin das Elternverhalten in einer ungünstigen Weise. Der spezielle Wirkungszyklus der Substanz kann in der Phase des Highs zu einem enorm aufgeputschten, unruhigen Verhalten mit Stimmungsschwankungen und Aggressivität führen. Eine veränderte Wahrnehmung kann die Fixierung auf bestimmte Aktivitäten bedingen. In der Phase des Runterkommens finden sich bei den Konsumenten durch die große körperliche Erschöpfung ebenfalls Stimmungsschwankungen, Ungeduld und Reizbarkeit. Darüber hinaus kann der Konsum von Methamphetamin, insbesondere in Kombination mit anderen Substanzen, gesundheitliche Komplikationen oder aggressive sowie psychotische Verhaltensauffälligkeiten bei den Eltern bedingen. Diese Aspekte verändern das Elternverhalten und führen zu elterlicher Verhaltensvolatilität, eingeschränkter elterlicher Feinfühligkeit und einem Mangel an elterlicher Verfügbarkeit. Die Kinder werden sowohl mit den direkten Effekten des elterlichen Methamphetaminkonsums, als auch den Veränderungen im Elternverhalten konfrontiert. Für die Interaktion mit den Kindern bedeutet dies, dass die veränderte elterliche Wahrnehmung und das veränderte elterliche Denken und Fühlen die Betreuung und Versorgung der Kinder beeinflussen. Einerseits können Eltern konsumbedingt die kindlichen Bedürfnisse dann situativ nicht adäquat wahrnehmen, andererseits nicht angemessen befriedigen. In der Folge kommt es zu Fehlleistungen in der Versorgung und Betreuung der Kinder und einer mangelhaften Bedürfnisbefriedigung bis zum Versagen kindlicher Bedürfnisse. Darüber hinaus beeinflusst die eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit die Interaktion zwischen Eltern und Kindern, woraus eine mangelhafte emotionale Ansprechbarkeit der Eltern für die Kinder

entstehen. Die Experten betonten jedoch auch, dass eine grundlegende Versorgung der Kinder über eine gewisse Zeit bzw. in einem gewissen Konsumrahmen durchaus möglich sei. Auf Dauer schränkt der Methamphetaminkonsum jedoch das Elternverhalten, ein und verhindert die vollumfängliche Befriedigung kindlicher Bedürfnisse, insbesondere in emotionaler Hinsicht. Erstaunlich war, dass einige Eltern in den Interviews angaben, sie hätten sich erst unter Methamphetamin emotional gut auf ihr Kind einlassen und sich ausgiebig mit ihm beschäftigen können.

Gezeigt werden konnte darüber hinaus, dass Experten außerdem einschätzen, dass der Konsum von Methamphetamin durch Eltern besondere Belastungen für im Haushalt lebende Kinder mit sich bringt. Diese ergeben sich einerseits aus den oben geschilderten konsumbedingten Veränderungen im Elternverhalten und der eingeschränkten Befriedigung kindlicher Bedürfnisse. Andererseits entstehen durch den elterlichen Methamphetaminkonsum eine nicht kindgerechte und, in Abhängigkeit des speziellen Wirkungszyklus von Methamphetamin, unsichere, unvorhersehbare, unstrukturierte und unzuverlässige Familienatmosphäre, auf die sich Kinder kaum einstellen können. Des Weiteren werden die Kinder mit schwierigen familiären Bedingungen konfrontiert, wie sozialer Isolation und einer mangelhaften finanziellen Absicherung. Die Anpassung der Kinder an die veränderten Rollen innerhalb der Familie führt mitunter zu Parentifizierung, Überanpassung oder Distanzlosigkeit der Kinder. Darüber hinaus erleben sie häufig Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung in Form von Trennungserfahrungen und wechselnden Bezugspersonen. Außerdem sind betroffene Kinder zahlreichen Gefahrensituationen durch den elterlichen Methamphetaminkonsum ausgesetzt, wie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen durch die Griffnähe zur Substanz oder zu Konsumutensilien. Diese Vorfälle werden durch konsumbedingte Fehleinschätzungen der Eltern von Risiken und deren konsumbedingt eingeschränkte Reaktionsfähigkeit in Gefahrensituationen begünstigt. Darüber hinaus werden die Kinder häufig Zeugen von Gewalt oder Sexualität zwischen den Erziehungspersonen. Mitunter werden sie selbst Opfer physischer

Übergriffe oder konsumieren passiv durch inhalativen Konsum der Eltern Methamphetamin. All diese Aspekte erfordern von Kindern besondere Anpassungsleistungen und stellen insbesondere emotionale Belastungen für sie dar.

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass es Indikatoren im Familiensystem methamphetaminkonsumierender Eltern gibt, welche besonders problematische Konsummuster anzeigen und damit auf eine erhöhte Gefährdung der im Haushalt lebenden Kinder hinweisen. Besonders problematischer Konsum lässt in Anbetracht der methamphetaminbedingten Veränderungen im Elternverhalten und begleitenden Risiken, bspw. durch Komplikationen bei Mischkonsum, eine besonders hohe Gefährdung von betroffenen Kindern im elterlichen Haushalt vermuten. Obwohl durch die Expertenbefragungen keine klare Grenze zum besonders problematischen Konsum gezogen werden konnte, wurde eine Vielzahl möglicher Indikatoren benannt sowie in der Literaturrecherche zusammengetragen. Zu diesen gehörten insbesondere eine Methamphetaminabhängigkeit, Applikationsformen wie Rauchen und intravenöser Konsum, Konsumphasen von mehr als drei Tagen am Stück und Mischkonsum. Ebenso wurde der Konsum in Gegenwart der Kinder, die Herstellung von und der Handel mit Methamphetamin in der eigenen Wohnung als besonders risikobehaftet für Kinder bewertet. Besondere Indikatoren stellen zudem eine mangelhafte Problemeinsicht und Mitarbeit der konsumierenden Eltern dar. Elterliche Komorbidität, der Status als Alleinerziehender sowie die Konstellation zweier konsumierender Erziehungspersonen werden ebenfalls als Indikatoren für besonders problematischen Konsum betrachtet, da sie die potentielle Gefährdung für betroffene Kinder erhöhen. Ebenso wurden ein niedriges Alter des Kindes, der Mangel an sozialen Kontakten und ein fehlendes Netz für betroffene Kinder als besonders gefährdend vor dem Hintergrund elterlichen Methamphetaminkonsums bewertet. Die Experten benannten darüber hinaus noch weitere Risikofaktoren, die in der Forschung bereits als Entwicklungsrisiken für Kinder identifiziert werden konnten, bspw. ungünstiger Erziehungsstil oder niedriges Bildungsniveau der Eltern.

Die gesammelten Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern wurden im Rahmen des Praxisbezugs in einem Bogen zur Risikoeinschätzung verarbeitet. Dieser Einschätzungsbogen stellt in der ambulanten Arbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und deren Kindern ein Instrument dar, welches die Einschätzung der Problembereiche einer betroffenen Familie sowie das Gefährdungspotential der Kinder ermitteln helfen soll. In diesem wurden daher Indikatoren für besonders problematischen elterlichen Methamphetaminkonsum explizit ausgewiesen, welche ein sofortiges Handeln involvierter Helfer erfordern.

Ein weitere Ergebnis dieser empirischen Untersuchung sind Handlungsempfehlungen für Helfer in der Zusammenarbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern. Dabei spielt das Wissen über Wirkung und Funktion von Methamphetamin sowie dessen kritische Anwendung im Berufsalltag durch die Helfer eine bedeutende Rolle, um insbesondere potentielle Gefährdungssituationen für Kinder nicht zu unterschätzen. Die Etablierung einer professionellen Haltung und eine transparente wie klare Kommunikation von Auflagen, Grenzen und Konsequenzen gegenüber den Eltern stellen einen unverzichtbaren Weg dar, um überhaupt eine stabile Arbeitsbeziehung mit der Klientel aufbauen zu können. Des Weiteren bietet ein dichtes Helfernetzwerk die Unterstützung, sowohl der betroffenen Familie, als auch der einzelnen Helfer, und ermöglicht durch die Beteiligung verschiedener Professionen den Blick auf unterschiedliche Aspekte des Familiensystems.

Für die Praxis hat die hier durchgeführte empirische Untersuchung die Relevanz, die Situation von Kindern methamphetaminkonsumierender Eltern überhaupt erst darzustellen. Dabei wird auch deutlich, welche kindlichen Bedürfnisse durch den konsumbedingten Ausfall der Eltern nicht mehr erfüllt werden können. Darüber hinaus erbrachte diese Untersuchung Indikatoren, welche im Bogen zur Risikoeinschätzung auf eine potentielle Gefährdungssituationen betroffener Kinder hinweisen und somit frühzeitige Interventionen ermöglichen, im Idealfall noch bevor eine Prüfung wegen Kindeswohlgefährdung notwendig wird. Des

Weiteren wird durch die vorliegende empirische Untersuchung weiterer Forschungsbedarf in diesem recht jungen Feld der Suchtkrankenhilfe deutlich. Insbesondere die langfristigen Folgen für Kinder methamphetaminkonsumierender Eltern stellen ein bisher kaum erforschtes Thema dar. Zudem könnten quantitative Studien zu einzelnen hier aufgeführten Aspekten zu konsumbedingten Veränderungen im Elternverhalten durchgeführt werden, bspw. wie stark die elterliche Verhaltensvolatilität durch Methamphetamin tatsächlich ist. Auch das Ausmaß einzelner hier angeführter Belastungen für Kinder könnte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein, z. B. wie häufig es durch elterlichen Methamphetaminkonsum zu Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen von Kindern im elterlichen Haushalt kommt. Auch einzelne Zusammenhänge könnten statistisch näher beleuchtet werden, bspw. wie viel mehr Konsum in der elterlichen Wohnung stattfindet, wenn dort auch Methamphetamin hergestellt oder gehandelt wird. Darüber hinaus stellt die Bindungsetablierung zwischen Kindern und ihren methamphetaminkonsumierenden Eltern ein eigenes wichtiges Thema dar, welches Kinder auch langfristig beeinflusst.

Kritisch angemerkt werden muss an der hier vorliegenden empirischen Untersuchung, dass bedingt durch eine sehr kleine Fallzahl ein Mangel an Repräsentativität zu verzeichnen ist. Zudem wurden einige Frage durch die Untersucherin schwer verständlich formuliert, was zu Verständnisproblemen und in der Folge vielleicht auch zum Informationsverlust geführt hat. Möglicherweise hätten auch die für die Auswertung gebildeten Kategorien anders gestaltet werden können, um hier einen geringeren Informationsverlust zu erzeugen. Kritisch betrachtet werden muss darüber hinaus, dass der entwickelte Bogen zur Risikoeinschätzung keiner Evaluation unterzogen wurde. Dies könnte jedoch Thema einer weiteren Forschungsarbeit sein.

Festzuhalten bleibt, dass sich die starke kognitive und emotionale Bindung an das Methamphetamin sowie die körperlichen Folgen dessen Konsums ungünstig auf das Elternverhalten auswirken und betroffene Kinder in der Folge mit zahlreichen Belastungen konfron-

tiert sind. Dennoch muss immer auch beachtet werden, dass sich Konsummuster und Konsumenten voneinander unterscheiden. Die Folge sind differenzierte Problemlagen betroffener Familien und Kinder. Die Situation dieser Klientel muss daher immer im Einzelfall durch das Helfernetzwerk betrachtet werden. Darüber hinaus wurde in einigen Interviews mit ehemals konsumierenden Eltern auch deutlich, dass für sie durchaus die Bedürfnisse ihrer Kinder, das Bestreben zu positiver Elternschaft und damit auch die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Hilfen, vorhanden sind. Nur sehen sich diese Eltern mitunter auch mit unüberwindbaren Hürden im Veränderungsprozess konfrontiert, wie bspw. ihren Ängsten vor der Wegnahme ihrer Kinder, wenn sie Außenstehende in ihre Familie schauen lassen. In dieser Hinsicht sind die Handlungsempfehlungen der hier befragten Experten besonders wertvoll für die Entwicklung einer Haltung in der Zusammenarbeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern, um überhaupt erst eine gute Basis für einen Veränderungsprozess der Eltern im Sinne der Kinder zu ermöglichen

Literaturverzeichnis

- Arenz-Greiving, I. (2007). *Die vergessenen Kinder. Kinder von Suchtkranken* (6. Aufl.). Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
- Arenz-Greiving, I. & Kober, M. (2007). *Metastudie. Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern*. Zugriff am 17.04.2015, 19:09 Uhr, unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Metastudie_Kinder_suchtkranke_Eltern.pdf
- Bärsch, W. (1990). Drogenabhängigkeit und Elternschaft – eine vertretbare Kombination? In Landschaftsverband Westfalen-Lippe (Hrsg.), *Tagungsbericht. Kinder haften für ihre Eltern* (2. Aufl.) (S. 5-12). Münster: Herausgeber.
- Basch, G. (2010). *Drogen und soziale Praxis. Teil 1: Menschenbilder akzeptierender Drogenarbeit und wie sie sich in Grundbegriffen wiederfinden. Eine Einführung für Sozialarbeiter, Lehrer, Erzieher, Eltern, Politiker und alle, die mit Drogenthemen konfrontiert sind*. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Basch, G. (2014a). *Crystal-Meth. Einblicke in den Lebens- und Konsumalltag mit der Modedroge »Crystal«*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Basch, G. (2014b). *Drogen und soziale Praxis. Teil 2: Das Drogenthema und wie es in Berufsfeldern der sozialen Arbeit auftaucht. Für alle, die sich Drogenproblemen weit weg wähnen und überrascht sind, dass das Thema im Berufsalltag eine große Rolle spielt*. Leipzig: Engelsdorfer Verlag.
- Bastigkeit, M. (2013). *Rauschdrogen – Drogenrausch. Eigenschaften, Wirkung und Notfallbehandlung* (2., überarbeitete u. erweiterte Aufl.). Edewecht: Stumpf + Kossendey.
- Bergmann, R. (2002). Soziale Veränderungen bei Sucht. In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention* (S. 506-509). Landsberg: ecomed.

-
- Bertenghi, C. (2002). Kooperation als Chance im Arbeitsfeld „drogenabhängiger schwangerer Frauen und Frauen mit Kindern“. In BELLA DONNA, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (Hrsg.), *Drogenabhängige Mütter – innovative Wege der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken. Dokumentation zur Fachtagung am 24.04.2002* (S. 8-19). Essen: Herausgeber, Zugriff am 07.06.2015, 15:04 Uhr, unter http://www.belladonna-essen.de/fileadmin/user_upload/documents/Publikationen/DokumentationderFachtagungApril2002.pdf
- Börno, J. & Thörmer, M. (Juli 2013). *Sucht ist nicht gleich Sucht und bedeutet nicht zugleich Erziehungsunfähigkeit*. Präsentation gezeigt am 03.07.2013 beim Fachtag „Crystal-Vater, Mutter, Kind“, Dresden.
- Brown, J. A. & Hohman, M. (2006). The impact of methamphetamine use on parenting. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, Vol. 6*, 63-88.
- Degkwitz, P., Lotzin, A., Milin, S., Schäfer, I. & Verthein, U. (2014). *Amphetamin und Methamphetamin – Personengruppen mit missbräuchlichem Konsum und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen*. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung Hamburg. Zugriff am 26.03.2015, 21:29 Uhr, unter http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/ATS-Bericht_final.pdf
- Dettenborn, H. & Walter, E. (2002). *Familienpsychologie*. München: E. Reinhardt.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013). *Drogenabhängigkeit* (Suchtmedizinische Reihe, Bd. 4). (Informationsbroschüre). Hamm: Herausgeber.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2014). *Synthetische Drogen. Basisinformation*. (Informationsbroschüre). Hamm: Herausgeber.

-
- Deutscher Caritasverband. (Hrsg.) (2015). *Crystal Meth. Arbeitshilfe für Suchtberatungsstellen*. Zugriff am 11.07.2015, 14:56 Uhr, unter http://www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/fachinformationen/arbeitshilfe-zu-crys/06.2015.arbeitshilfe_crystal_meth._caritas_bayern.pdf?d=a&f=pdf
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt & M. H. (Hrsg.) (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (9., überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Dresing, T. & Pehl, T. (Hrsg.) (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Aufl.). Marburg: Eigenverlag. Zugriff am 27.06.2015, 18:11 Uhr, unter http://www.audiotranskription.de/download/praxisbuch_transkription.pdf?q=Praxisbuch-Transkription.pdf
- Drug Scouts (2015). *Crystal/Methamphetamin*. Zugriff am 30.09.2015, 20:04 Uhr, unter <https://drugscouts.de/de/lexikon/crystalmethamphetamin>
- Eiden, R. D. (2013). Zur Bindungssicherheit von Alkoholikerkindern. Eine Längsschnittstudie und ihre Relevanz für Intervention und Behandlung. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 171-193). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. (2013). *Methamphetamin*. Zugriff am 18.04.2015, 16:27 Uhr, unter <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine/de>
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-5*. Deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.
- Flügel, A. & Lindemann, F. (1999). Mein Kind hat nichts gemerkt. In F. Lindemann (Hrsg.), *Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften* (S. 19-30). Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft mbH.

- Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2014). *Kindern von Suchtkranken HALT geben. Fakten. Risiken. Hilfen*. Zugriff am 22.02.2015, 12:14 Uhr, unter http://www.freundeskreise-sucht.de/fileadmin/img/material/broschueren/pdf/Kindern_von_Suchtkranken_Halt_geben.pdf
- Friedrich, H. (2014). Bindung und Beziehung in den ersten drei Lebensjahren. In N. Neuß (Hrsg.), *Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (3., überarbeitete Aufl. (S. 59-69). Berlin: Cornelsen.
- Geschwinde, T. (2013). *Rauschdrogen. Marktformen und Wirkungsweisen* (7., vollständig überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Habash, P. (2012). Drogenabhängige Eltern. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0 – 3 Jahre. Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 325-331). Berlin: Springer.
- Haight, W. L., Carter-Black, J. D. & Sheridan, K. (2009). Mother's experience of methamphetamine addiction: A case-based analysis of rural, Midwestern women. *Children and Youth Service Review*, 31, 71-77.
- Hänggi, Y., Schweinberger, K. & Perrez, M. (2011). *Feinfühligkeitstraining für Eltern. Kursmanual zum Freiburger Trainingsprogramm «Wie sagt mein Kind, was es braucht?»*. Bern: Hans Huber Verlag, Hogrefe AG.
- Hilbig, K. (März 2013). *Crystal. Auswirkungen auf Erziehungsverantwortung und Erziehungskompetenz*. Präsentation gezeigt am 03.07.2013 beim Fachtag „Crystal - Vater, Mutter, Kind“, Dresden.
- Kästner, R., Härtl, K. & Stauber, M. (2007). Das Konzept der psychosomatischen Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren: Bedeutung für die Mutter-Kind-Beziehung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie* (S. 83-99). Stuttgart: Klett-Cotta.

-
- Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hrsg.) (2009). *Kindeswohlgefährdung erkennen und helfen* (10., überarbeitete u. erweiterte Aufl.), Zugriff am 06.03.2015, 15:23 Uhr, unter http://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Kindeswohlgefahrdung_Aufl11b.pdf
- Kindler, H. (2006). Was ist bei der Einschätzung der Erziehungsfähigkeit von Eltern zu beachten? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 62-1 – 62-6). München: grafik + Druck.
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (2006). Anhang. Melde- und Prüfbögen. ? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. A-1 – A-40). München: grafik + Druck.
- Kindler, H. & Reich, W. (2006). Wie kann der Pflege- und Versorgungsaspekt elterlicher Erziehungsfähigkeit eingeschätzt werden? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 63-1 – 63-6). München: grafik + Druck.
- Klein, M. (1999). Sucht und Gewalt. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 590-598). München: Oldenburg.
- Klein, M. (2001a). Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität. In B. Westermann, C. Jellinek & G. Bellmann (Hrsg.), *Substitution: zwischen Leben und Sterben* (S. 61-77). Weinheim: Beltz.
- Klein, M. (2001b). Das personale Umfeld von Suchtkranken. In F. Tretter (Hrsg.), *Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 201-229). Göttingen: Hogrefe.

-
- Klein, M. (2003). Kinder und Jugendliche in suchtbelasteten Familien. In W. Farke, H. Graß & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Drogen bei Kindern und Jugendlichen. Legale und illegale Substanzen in der ärztlichen Praxis* (S. 39-51). Stuttgart: Georg Thieme.
- Klein, M. (2004a). Kinder drogenabhängiger Eltern. Fakten, Hintergründe, Perspektive. *Report Psychologie, 06*, 358-371.
- Klein, M. (2004b). *Kinder suchtkranker Eltern – vom Geheimnis zur Hilfe*. Impulsreferat zur Duisburger Fachtagung „Wenn die Familie ersäuft – Kinder in suchtbelasteten Lebensgemeinschaften. Zugriff am 07.03.2015, 19:10 Uhr, unter <http://www.suchthilfe-duisburg.de/download/MK%20Vortrag%20Duisburg%20050504b.pdf>
- Klein, M. (Oktober 2004c). *Sucht und Familie: Daten, Fakten, Hilfen*. Präsentation gezeigt bei den 6. Haselbacher Therapietagen, Boge. Zugriff am 17.04.2015, 18:12 Uhr, unter <http://www.katho-nrw.de/fileadmin/primaryMnt/KatHO/DISuP/Veroeffentlichungen/KleinM2004VortragII.pdf>
- Klein, M. (2005). *Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien. Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen*. Schriftenreihe angewandte Suchtforschung, Bd. 1, Regensburg: Roderer.
- Klein, M. (2006). *Kinder drogenabhängiger Mütter. Risiken, Fakten, Hilfen*. Schriftenreihe angewandte Suchtforschung, Bd. 2, Regensburg: Roderer.
- Klein, M. (2008). Kinder drogenabhängiger Eltern. In M. Klein (Hrsg.), *Kinder und Suchtgefahren. Risiken – Prävention – Hilfen* (S. 128-139). Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. & Zobel, M. (1997). Kinder aus alkoholbelasteten Familien. Kindheit und Entwicklung. *Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, 6* (3), 133-140.

- Klein, M. & Zobel, M. (2001). Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien – Ergebnisse einer Modellstudie. In M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder* (S. 90-94). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Klein, M. & Zobel, M. (2008). Prävention und Frühintervention bei Kindern aus suchtbelasteten Familien. In M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien* (S. 96-104). Bonn: BALANCE buch+medien verlag.
- Koglin, U. & Petermann, F. (2008). Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In F. Petermann (Hrsg.), *Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie* (6., vollständig überarbeitete Aufl.) (S. 81-98). Göttingen: Hogrefe.
- Köhler, H. & Poehlke, T. (2000). Pharmakologie I. Illegale Drogen. In T. Poehlke, I. Flenker, H.-J. Schülter & H. Busch (Hrsg.), *Drogen* (S. 5-12). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. (Hrsg.) (2012). *Crystal Meth. Bestandsaufnahme DREI*. (Informationsbroschüre). Chemnitz: Stadtmission Chemnitz e.V.
- Kontaktstelle Jugendsucht- und Drogenberatung der Stadtmission Chemnitz e.V. (Hrsg.) (2013). *Crystal Meth. Verbraucherinformation*. (Informationsbroschüre). Chemnitz: Stadtmission Chemnitz e.V.
- Lindenmeyer, J. (2001). Was ist eine Alkoholabhängigkeit und wie entsteht sie? In M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder* (S. 53-79). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.

-
- McGuinness, T. M. & Pollack, D. (2008). Parental Methamphetamine Abuse and Children. *J Pediatr Health Care* 22, S. 152-158.
- McKetin, R., Lubman, D. I., Baker, A., Dawe, S. & Ali, R. L. (2013). Dose-Related Psychotic Symptoms in Chronic Methamphetamine Users. *JAMA Psychiatry*, Zugriff am 18.04.2015, 16:36 Uhr, unter <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1555603>
- McKetin, R. Lubman, D. I., Najman, J. M., Dawe, S., Butterworth, P. & Baker, A. L. (2014). Does methamphetamine use increase violent behaviour? Evidence from a prospective longitudinal study. *Addiction*, 109 (5), 798-806.
- Michaelis, H. (1999). Alkoholismus – eine Familienerkrankung. In F. Lindemann (Hrsg.), *Den Suchtkreislauf durchbrechen. Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Lebensgemeinschaften* (S. 19-30). Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Nair, P., Black, Maureen, M.; Schuler, M., Keane, V., Snow, L. & Rigney, B. A. (1997). Risk factors for disruption in primary caregiving among infants of substance abusing women. *Child Abuse & Neglect*, 21 (11), 1039- 051.
- Ostler, T., Haight, W., Black, J., Choi, G.-Y., Kingery, L. & Sheridan, K. (2007). Case Series: Mental Health Needs and Perspectives of Rural Children Reared by Parents Who Abuse Methamphetamine. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46 (4), 500-507.
- Plass, A. & Wiegand-Grefe, S. (2012). *Kinder psychisch kranker Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln*. Weinheim: Beltz.
- Poehlke, T. (2000a). Diagnose und Klinik der Suchtkrankheit. In T. Poehlke, I. Flenker, H.-J. Schülter & H. Busch (Hrsg.), *Drogen* (S. 53-66). Berlin: Springer.
- Poehlke, T. (2000b). Konsumformen. In T. Poehlke, I. Flenker, H.-J. Schülter & H. Busch (Hrsg.), *Drogen* (S. 25-34). Berlin: Springer.

-
- Poehlke, T. (2002). Mehrfach-Abhängigkeit. In J. Fengler (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung. Therapie. Prävention* (S. 345-248). Landsberg: ecomed.
- Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne, K. & Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review* 19, 171-180.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2013). *Aktuelle Herausforderungen für die Suchthilfe im Zusammenhang mit dem Crystal-Missbrauch*. Zugriff am 26.02.2015, 17:05 Uhr, unter <http://www.slsev.de/fileadmin/user/Dokumente/Vorstand/CrystalPosition2013.pdf>
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2014). *Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Dresden: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
- Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2015). *Bericht der Suchtkrankenhilfe in Sachsen*. Dresden: Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. (n.d.). *Crystal: Wirkung*. Zugriff am 11.05.2015, 10:57 Uhr , unter <http://www.crystal.sachsen.de/27650.html>
- Salzgeber, J. (2011). *Familienpsychologische Gutachten. Rechtliche Vorgaben und sachverständiges Vorgehen* (5., überarbeitete u. erweiterte Aufl.). München: Beck.
- Schiemann, S. (2006). *Kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern mit pränataler Opiatexposition in Abhängigkeit der postnatalen Betreuungsbedingungen*. Frankfurt am Main: Zentrum der Psychiatrie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität.
- Sekine, Y., Ouchi, Y., Takei, N., Yoshikawa, E., Nakamura, K., Futatsubashi, M. et al. (2006). *Brain Serotonin Transporter Density and Aggression in Abstinent Methamphetamine Abusers*. *JAMA Psychiatry* 63 (1), Zugriff am 19.04.2015, 20:04 Uhr, unter <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209191&resultClick=3>

-
- Sobot, A. (2001). *Kinder Drogenabhängiger – Pränatale und frühkindliche Entwicklung*.
Lüneburg: Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat.
- Sucht Schweiz. (2011). *Amphetamine und Methamphetamin*. Zugriff am 20.04.2015, 11:09
Uhr, unter
http://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Fokus_Amphetamine.pdf
- Tammen, B. (2009). Kindeswohl in suchtkranken Familiensystemen. Eine juristische
Einführung zur Problemlage. In R. Stachwoske (Hrsg.), *Drogen, Schwangerschaft und
Lebensentwicklung der Kinder. Das Leiden der Kinder in drogenkranken Familien* (2.,
korrigierte Aufl.) (S. 261-263). Kröning: Asanger.
- Tenorth, H.-E. & Tippelt, R. (Hrsg.) (2012). *BELTZ Lexikon Pädagogik*. Weinheim: Beltz.
- Trost, A. (2013). Drogenabhängige Mütter und ihre Säuglinge – Interaktionsverhalten und
Einstellungen. In K. H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Sucht* (S. 110–138). Stuttgart:
Klett-Cotta.
- Werner, A. (2006). Was brauchen Kinder, um sich altersgemäß zu entwickeln? In H. Kindler,
S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch
Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S.
13-1 – 13-4). München: grafik + Druck.
- Wertfein, M. (2014). Der kompetente Säugling – entwicklungspsychologisches Basiswissen.
In N. Neuß (Hrsg.), *Grundwissen Krippenpädagogik. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (3.,
überarbeitete Aufl.) (S. 45-58). Berlin: Cornelsen.
- Wiswede, G. (2004). *Sozialpsychologie-Lexikon*. München: Oldenburg.
- Wirtz, M. A. (2014). *Dorsch Lexikon der Psychologie* (17., vollständig überarbeitete Aufl.).
Bern: Verlag Hans Huber.

Zobel, M. (2001). Die Situation der Kinder in alkoholbelasteten Familien. *In* M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken. Risiken und Chancen für die Kinder* (S. 38-52). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Zobel, M. (2008). Die Situation von Kindern in alkoholbelasteten Familien. *In* M. Zobel (Hrsg.), *Wenn Eltern zu viel trinken. Hilfen für Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien* (S. 42-57). Bonn: BALANCE buch+ medien verlag.

Anhang A

Interviewleitfäden

A.1 Interviewleitfaden I – Fachkräfte

Teil A - Einstieg:

1. In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig?
2. Bitte benennen Sie Ihre Funktion darin und beschreiben Sie Ihr Aufgabenfeld. Wo entstehen Berührungspunkte mit methamphetaminkonsumierenden Eltern?
3. Wie lange arbeiten Sie schon mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und ggf. mit deren Kindern?

Teil B – Hauptteil: Erfahrungen mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und ihren Kindern

4. Haben Sie jemals Eltern im intoxikierten Zustand, also unter Einfluss von Methamphetamin, erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei diesen durch den Konsum wahrgenommen haben. (*mögliche Punkte, auf die Sie sich beziehen könnten: Veränderungen auf der Verhaltensebene, in der Persönlichkeit oder Kommunikation etc.*)
5. Haben Sie intoxikierte Eltern in Interaktion mit ihren Kindern erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte die positiven und negativen Veränderungen des Elternverhaltens. Was gelang den Eltern unter Methamphetamin möglicherweise besser oder schlechter? (*mögliche Punkte, auf die Sie sich beziehen könnten: Verfügbarkeit als Eltern, Versorgung und Pflege des Kindes, Schutz des Kindes, Betreuung und Aufsichtspflicht des Kindes, emotionale Reaktionen der Eltern auf das Kind, Eltern als zuverlässige Vertrauenspersonen für das Kind, feste Tagesstruktur etc.*)
6. (*nur, falls Frage 5 mit Ja beantwortet*) Bitte beschreiben Sie, wie Sie die Kinder unter dem Einfluss intoxikierter Eltern erlebt haben.
7. Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln.
8. Wie würden Sie die Familienatmosphäre für Kinder beschreiben, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben?

Teil C - Besonders problematische Konsummuster: Suchterkrankungen bedeuten aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens.

9. Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten?
10. Hängt die eben getroffene Einschätzung Ihrer Meinung nach noch von anderen Faktoren außer dem Suchtmittelkonsum ab? Wenn ja, von welchen?

Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe?

Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews noch Fragen entstehen?

Vielen Dank.

A.2 Interviewleitfaden II – Eltern

Teil A - Einstieg:

1. Wie alt sind Sie?
2. Sind sie berufstätig? Wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus?
3. Sind Sie aktuell abstinent? Wenn ja, wie haben Sie das erreicht? Falls nein, beschreiben Sie bitte, wie häufig und welche Mengen Methamphetamin Sie konsumieren.
4. Liegen bei Ihnen psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche und wann wurden diese diagnostiziert?
5. Wie viele Kinder haben Sie und in welchem Alter sind diese?
6. Leben alle Kinder bei Ihnen im Haushalt?
7. Sind sie alleinerziehend? Wenn nein, wer ist noch an der Kindererziehung beteiligt? Handelt es sich hierbei um eine drogenfreie Person?
8. Bitte beschreiben Sie kurz, wo Ihre Aufgaben als Mutter/Vater liegen?

Teil B – Hauptteil: Erfahrungen mit Methamphetamin in der Rolle als Elternteil

9. Welche positiven und negativen Wirkungen haben Sie durch den Konsum von Methamphetamin erlebt?
10. Hat Ihr Kind/ Haben Ihre Kinder Sie jemals unter Einfluss von Methamphetamin erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, wie Ihr Kind/Ihre Kinder Sie vielleicht wahrgenommen haben könnten/könnten.
11. Was schätzen Sie, wie ihr Konsum sich auf Ihr Kind/Ihre Kinder ausgewirkt hat?
12. Was verbesserte oder verschlechterte sich durch den Methamphetaminkonsum in Ihrer Elternrolle? Was gelang Ihnen möglicherweise besser oder schlechter? (*mögliche Punkte, die hier von Ihnen thematisiert werden könnten: unter Entzugerscheinungen/ beim Runterkommen; Versorgung und Pflege des Kindes, Haushalt, Schutz des Kindes, Betreuung und Aufsichtspflicht, feste Tagesstruktur*)
13. Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln.

Teil C - Besonders problematische Konsummuster: Suchterkrankungen bedeuten aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens.

14. Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten?
15. Hängt die eben getroffene Einschätzung Ihrer Meinung nach noch von anderen Faktoren außer dem Suchtmittelkonsum ab? Wenn ja, von welchen?

Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe?

Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung Fragen zum Interview mit Ihnen entstehen?

Vielen Dank.

A.3 Interviewleitfaden III – Partner

Teil A - Einstieg:

1. Sie sind Partner/in eines (ehemals) konsumierenden Elternteils mit Kind?
2. Seit wann sind Sie sie liiert? Seit wann haben Sie gemeinsam ein Kind?
3. Wohnen Sie zusammen?

Teil B – Hauptteil: Erfahrungen mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und ihren Kindern

4. Haben Sie jemals ihren Partner/ihre Partnerin im intoxikierten Zustand, also unter Einfluss von Methamphetamin, erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei ihr/ihm durch den Konsum wahrgenommen haben. (*mögliche Punkte, auf die Sie sich beziehen könnten: Veränderungen auf der Verhaltensebene, in der Persönlichkeit oder Kommunikation etc.*)
5. Haben Sie ihren/ihre intoxikierte/n Partner/in in Interaktion mit ihren Kindern erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte die positiven und negativen Veränderungen des Elternverhaltens. Was gelang dem Partner/der Partnerin unter Methamphetamin möglicherweise besser oder schlechter? (*mögliche Punkte, auf die Sie sich beziehen könnten: Verfügbarkeit als Eltern, Versorgung und Pflege des Kindes, Schutz des Kindes, Betreuung und Aufsichtspflicht des Kindes, emotionale Reaktionen der Eltern auf das Kind, Eltern als zuverlässige Vertrauenspersonen für das Kind, feste Tagesstruktur etc.*)
6. (*nur, falls Frage 5 mit Ja beantwortet*) Bitte beschreiben Sie, wie Sie die Kinder unter dem Einfluss ihres/ihrer intoxikierten Partners/Partnerin erlebt haben.
7. Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln.
8. Wie würden Sie die Familienatmosphäre für Kinder beschreiben, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben?

Teil C - besonders problematische Konsummuster: Suchterkrankungen bedeuten aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens.

9. Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? (*im Sinne von Hinweisen wie bspw. täglichem Konsum, die durch ihre besondere Intensität mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Einschränkung der Elternrolle bedeuten*)
10. Hängt die eben getroffene Einschätzung Ihrer Meinung nach noch von anderen Faktoren außer dem Suchtmittelkonsum ab? Wenn ja, von welchen? (*im Sinne von ergänzenden Risikofaktoren, welche die Situation für Kinder zusätzlich verschärfen*)

Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe?

Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews noch Fragen entstehen?

Vielen Dank.

A.4 Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zur Aufzeichnung und Verwendung eines Interviews

Hiermit bestätige ich, _____, dass ich an dem Interview zum Thema „Elternschaft unter Methamphetamin“ mit Frau Theresa Miegel teilgenommen habe und erkläre mich damit einverstanden, dass das Gespräch mit mir auf Tonband aufgezeichnet und anschließend anonymisiert verschriftlicht wird. Außerdem darf Frau Theresa Miegel das Interviewmaterial im Rahmen ihrer Masterthesis mit dem Arbeitstitel „Elternschaft unter Methamphetaminkonsum: Eine qualitative Untersuchung der Auswirkungen des Konsums von Methamphetamin auf das Elternverhalten“ gekennzeichnet als Zitate und sinnhafte Wiedergaben verwenden. Das Tonband wird nach der Verteidigung der Masterthesis vernichtet.

Datum

Unterschrift

Anhang B

Interviews

B.1 Interview I – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle A

Interviewpartnerin arbeitet seit acht Jahren mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und seit zwei Jahren mit Kindern von Methamphetaminkonsumenten. Datum des Telefoninterviews: 12.06.2015, Dauer: 1:22 Stunden, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Theresa Miegel mein Name. Seit zweieinhalb Jahren bin ich in der Suchthilfe und seit April 2014, mit Unterbrechung in der Beratungsstelle XY tätig. Seit 2012 studiere ich an der katholischen Hochschule Köln den Master Suchthilfe und aktuell schreibe ich meine Masterthesis zum Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. In diesem Rahmen führe ich Interviews mit Fachkräften, aber auch mit betroffenen Elternteilen. Sie wurden ebenfalls als Experte für dieses Interview ausgewählt, weil Sie in Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit schon Erfahrungen mit dieser Klientel sammeln konnten. Im Folgenden möchte ich einige Fragen dazu an Sie richten. Ich freue mich natürlich sehr, dass Sie Ihre Erfahrungen und Ihre Zeit hierfür zur Verfügung stellen. Das Interview zeichne ich auf Tonband auf. Alle Angaben, die Sie machen, werden anonym behandelt. Lediglich Ihre Profession wird in der Masterthesis dann aufgeführt. Das Tonband wird nach der Verteidigung der Masterthesis vernichtet. Sie haben bei jeder Frage, die ich Ihnen stelle, auch die Möglichkeit, zu sagen, dass Sie dazu keine Angaben machen möchten. Gibt es ansonsten noch Fragen? #00:00:02-1#
- 2 B: Jetzt vorab nicht. #00:01:12-4#
- 3 I: In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig? #00:01:17-5#
- 4 B: Ich bin in der ambulanten Suchtkrankenhilfe tätig. #00:01:20-4#
- 5 I: Bitte benennen Sie Ihre Funktion darin und beschreiben Sie Ihr Aufgabenfeld. Wo entstehen Berührungspunkte mit methamphetaminkonsumierenden Elternteilen? #00:01:24-8#
- 6 B: Die Funktion besteht darin, dass ich erst einmal in zwei verschiedenen Bereichen tätig bin. Zum einen in der Jugend-, Sucht- und Drogenberatungsstelle. Das ist mehr oder weniger eine klassische Suchtberatungsstelle mit der Besonderheit, dass da eine besondere Altersorientierung vorherrscht (unv.), dass wir Menschen bis 27 Jahre, die einen problematischen Suchtmittelgebrauch praktizieren, beraten und begleiten, mit dem Ziel, eine Veränderungsmotivation hinsichtlich einer Abstinenzentscheidung zu fördern, aufzubauen und ggf. dann in weiterführende Hilfen zu vermitteln. Zum anderen bin ich im Projekt 'Picknick'. Dort habe ich - man könnte es benennen - die Fachaufsicht. Das ist ein spezifisches Angebot für suchtbelastete Familien. Der Hauptschwerpunkt ist dort die sozialpädagogische Gruppenarbeit mit Kindern aus suchtbelasteten Familien und parallel dazu die Elternarbeit. Das stellt praktisch die größte Herausforderung dar. Und insgesamt - wenn man das noch einmal zusammenfasst - bin ich die stellvertretende Leiterin der gesamten

Abteilung. Das heißt also bei Abwesenheit des Chefs dann auch die Dienstaufsicht noch über andere Bereiche mir übertragen ist. Berührungspunkte mit methamphetaminkonsumierenden Eltern bestehen sowohl in der Jugend-, Sucht- und Drogenberatungsstelle, weil dort das Hauptalter - sage ich mal - der Klientinnen und Klienten zwischen 20 und 30 ist. Das Alter verschiebt sich in den letzten fünf Jahren nach oben. Das ist das klassische Alter, in dem die Menschen die Kinder bekommen, auch unsere Klientinnen und Klienten. Wir haben seit ungefähr acht Jahren vermehrt mit Eltern zu tun und mittlerweile ist das Alltagsgeschäft in der Jugend-, Sucht- und Drogenberatungsstelle. Im Projekt 'Picknick', was letztlich auch eine Art Entwicklung ist, um diesen Bedarfen gerecht zu werden, neue Angebote zu konzipieren, habe ich tagtäglich auch mit methamphetaminkonsumierenden Eltern zu tun, aber auch mit Eltern mit anderen Suchtbelastungen. #00:01:32-7#

- 7 I: Wie lange arbeiten Sie schon mit methamphetaminkonsumierenden Eltern, ggf. auch mit deren Kindern, zusammen? #00:03:32-3#
- 8 B: Mit methamphetaminkonsumierenden Menschen, die auch Elternverantwortung tragen - so würde ich es mal nennen - ungefähr seit acht Jahren und gezielt deren Kinder auch mit in den Blick zu nehmen und als eine eigenständige, verletzbare Angehörigengruppe in den Fokus der Arbeit zu stellen, ist in der Jugend-, Sucht- und Drogenberatungsstelle / Fachlich gesehen tun wir das und ich tu das auch. Es ist rechtlich gesehen etwas schwierig bzw. was den Auftrag angeht, weil wir in erster Linie Menschen zu einer Abstinenzentscheidung bringen sollen, wo der Fokus auf 'da sitzt eine Mutter oder ein Vater' in der Suchtkrankenhilfe nicht unbedingt etwas Selbstverständliches ist. Wir versuchen dennoch diese Familienorientierung im Sinne von 'uns sehr damit auseinander zu setzen', wenn Menschen zum Beispiel in Therapie gehen und so weiter, dass dann Kinder mitkommen, dass das kindgeeignet und familienorientiert ist, auch eine verstärkte Kooperation mit sozialpädagogischen Familienhilfen, mit dem Jugendamt und und und. Da gibt es eine Veränderung, einmal in der fachlichen Haltung und dass wir das auch in der Praxis versuchen, immer mehr umzusetzen, gleichwohl es eigentlich nicht unser Auftrag ist. Da gibt es ein Dilemma. (unv.) Bei 'Picknick' werden es im Sommer zwei Jahre, wo gezielt die Kinder im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen und ein eigenes Angebot entwickelt wurde, was wir regelmäßig durchführen. #00:03:37-9#
- 9 I: Im Folgenden möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen mit methamphetaminkonsumierenden Eltern wissen. Deswegen die Frage: Haben sie jemals Eltern im intoxikierten Zustand erlebt und wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei diesen durch den Konsum wahrgenommen haben. #00:05:11-0#
- 10 B: Ich habe Eltern erlebt im intoxikierten Zustand. In der Regel erleben wir die immer in irgendeiner Form entweder "im Restzustand" und bei längerer und intensiverer Begleitung auch in anderen Phasen des Konsums bzw. in den verschiedenen Wirkfenstern, die Crystal bzw. Methamphetamin ja hat. Positive Veränderungen, auf den ersten Blick, wenn ich diese Eltern erlebe, fallen mir sehr schwer zu benennen. Es ist eher von dem, was dann berichtet wird - das ist sozusagen jetzt etwas gefiltertes, das ist nicht unbedingt meine eigene Erfahrung in der Beratungstätigkeit, sondern eher in Kooperation mit sozialpädagogischen Familienhilfen usw. Dort wird schon wahrgenommen, dass dort methamphetaminkonsumierende Eltern vermutlich bei einem Konsum, der nicht ganz so stark ausgeprägt ist, sehr wohl gut in der Lage sind oder wären, solche Dinge wie die Wohnung in Ordnung halten, sich um ihre Kinder vollumfänglich zu kümmern, Tagesstruktur zu schaffen, Energie zu haben, ansprechbar zu sein, dass es da eine Gruppe gäbe, die das

aufgrund des Konsums, der eben in dem Moment die Funktionalität hat, wach, leistungsfähig zu sein, also wenn das so das Grundmotiv ist, dass es das durchaus gibt, was man positiv werten könnte. Meine eigene Erfahrung ist eher, dass die negativen Aspekte dominieren, was sicherlich etwas damit zu tun hat, dass man in einer Drogenberatung ja Menschen erlebt, die eine Schwierigkeit mit ihrem Konsum entwickelt haben. Die anderen erleben wir ja eher nicht. Und dass dort aufgrund auch der Folgeerscheinungen, im psychischen wie im sozialen Bereich, ich die Eltern als sehr beeinträchtigt erlebe, gerade was Zeitorganisation, Absprachen angeht, Zuverlässigkeit und und und. Und dass ich, von dem wie dann Familienleben gestaltet wird, welche Vernachlässigungen wahrzunehmen sind, auch die Vorstellung oder eigene Überzeugung (unv.), dass das die Kinder ja nicht mitkriegen, dass die das nicht merken und dass dieses kritische Reflektieren 'wenn mein Wahrnehmen, Denken, Handeln, Fühlen verändert ist', was ja Drogen generell bewirken, dass das mein Kind immer mitbekommt, immer spürt und mit meinem Kind etwas macht. Das würde ich als negativ werten, dass dafür jegliche Wahrnehmung verloren geht bzw. in dem Moment keine Rolle spielt, sondern dass eben die eigenen Bedürfnisse, eigenen Gefühle, der eigene Zustand nur im Vordergrund steht. Deswegen würde ich es eher als negativ werten, aus meiner Erfahrung heraus. #00:05:27-9#

- 11 I: Können Sie noch einmal ganz konkret beschreiben, was Veränderungen durch den Methamphetaminkonsum vielleicht im Verhalten, in der Persönlichkeit oder in der Kommunikation sind, bei Klienten, die Sie wirklich auch intoxikiert erlebt haben? #00:08:18-3#
- 12 B: Eine ganz konkrete Szene, die das meines Erachtens nach ganz gut darstellt, die sich auch mit anderen Klienten in einer ähnlichen Form wiederholt hat, aber dort fand ich es sehr intensiv, ist, dass ich Eltern erlebt habe - das waren auch Mutter und Vater. Die waren vom Wirkfenster her am Abklingen der Wirkung, das heißt selber bei sich sehr reizbar waren, aggressiv, eher in Richtung auch depressive Grundstimmung und und und. Die hatten ihren zweijährigen Sohn mit in der Beratung, der - wie das normaler oder nachvollziehbarer Weise ja ist - nach einer Viertel oder halben Stunden angefangen hat, sich unheimlich zu langweilen und sich allerlei Dinge hat einfallen lassen, wie er die Zeit dort für sich gut nutzen kann. Die Eltern reagierten in keiner Form hinsichtlich, wenn ein Zweijähriger versucht, ein Bücherregal hochzuklettern oder auf einen Stuhl zu klettern, diese Situation abzusichern. Da ist sicherlich die Bandbreite auch eine sehr große, wie man das als Mutter oder Vater machen kann. Aber mein Eindruck war, dass jegliche Intuition für eine mögliche Gefahrensituation in dem Moment vollkommen weg war, nein, nicht abrufbar war. Die Eltern wurden sehr laut, fühlten sich durch ein Thema, welches wir dort hatten, offenbar sehr angeregt und verfielen in sehr lauten, aggressiven Ton, miteinander und auch mit mir. Der Junge - meine Wahrnehmung und Beurteilung war - dass der sich ängstigte. Er zog sich dann in eine Ecke zurück mit einem Schmusetuch und fing an zu wimmern. Die Eltern haben in keiner Form reagiert. Er war auch nicht im Sichtfeld der Eltern. Er war hinter denen, also die saßen mit dem Rücken zum Kind, und haben in keiner Form darauf reagiert, im Sinne 'was will mein Kind mir sagen', 'wie kann man die Situation jetzt auch verändern', Bedürfniswahrnehmung und einen angemessene Reaktion darauf. Was so ein positives Elternverhalten oder Erziehungsverhalten - nach meinem Dafürhalten - ausmachen könnte, war in keiner Form möglich. Die haben sich dann sehr in Rage geredet. Ich habe dann die ganze Geschichte dort abgebrochen, weil das für den Auftrag an dem Tag, es ging um einen Therapieantrag, nicht hilfreich war. Die haben dann dieses Kind in den Kinderwagen verfrachtet und sind dann (unv.). Also es war in keiner Form / ging es darum zu gucken, 'was braucht das Kind', 'ist der vielleicht auch

müde' oder was auch immer, was da so diese beelternen Faktoren, die man sonst beobachten kann, waren dort nicht abrufbar. Also das ist eine konkrete Situation, wo / Ja, es ging nur um die selber, es ging um den Frust, den die gerade hatten, um die eigenen Themen. Dieses Unterbrechen, eigenes Bedürfnis zurückstellen, zu gucken, was ist mit meinem Kind, war in dem Moment nicht abrufbar. Ich würde aber gleich in dem Zusammenhang erwähnen, ich kenne diese Eltern mittlerweile / Seit drei Jahren sind die clean und sie haben sehr wohl diese Kompetenz, sich sehr fürsorglich, sehr zugewandt, sehr intuitiv auch um das Kind zu kümmern. Die haben noch mehr Kinder. Das ist ein interessanter Kontrast, den man dann da wahrnehmen kann. Das lässt für mich die These zu, das ist nicht so, dass die keine Erziehungskompetenzen hätten - weil es gibt ja Studien, die besagen, dass suchtkranke Eltern in ihrem Kompetenzerleben ohnehin das niedriger empfinden. Bei diesen Eltern kann ich wahrnehmen, dass wenn die intoxikiert sind, das durchaus nicht greifbar oder abrufbar ist, aber wenn die clean sind, die hervorragende elterliche Kompetenzen zur Verfügung haben und diese auch abrufen können. Das ist ein sehr interessanter Kontrast, den man da feststellen kann. Bis hin - das sind aber Situationen, an denen wir als Beraterin oder Berater nicht partizipieren, aber die Geschichten natürlich erzählt bekommen - dass natürlich Eskalationen auch im häuslichen Umfeld dann stattfinden, gerade im Abklingen der Wirkung, wo dann Gewalttätigkeit bei besagter Familie, auch zwischen den Eheleuten, auch stattgefunden hat und auch viel gegen Sachen, weniger gegen die Kinder. Das ist auch etwas, was bei anderen Eltern, mit denen ich arbeite, nicht das Thema ist, dass Kinder direkt Opfer von Gewalt werden, jedoch Zeugen und in irgendeiner Form in diese Konflikte selbstverständlich involviert sind und auch so kritische Situationen erleben, wie 'der Papa kriegt einen epileptischen Anfall' oder 'die Mutti liegt intoxikiert auf dem Sofa und ist nicht ansprechbar und das 11-jährige Kind ruft dann den Notarzt'. Also was so existentielle Grundängste vom Gefühl her, von der Emotion her, bei den Kindern wachrufen oder auch Notarzteinsatz mitten in der Nacht um zwei, was einfach auch bedrohlich ist, je nach Lebensalter sicherlich nochmal gestaffelt. Bzw. wenn dann 11-jährige Kinder reagieren, um dort die medizinische Nothilfe zu rufen, das natürlich auch so eine Aufgabenübernahme ist, die - meines Erachtens nach - vom Alter her überfordernd ist. Das sind so Dinge, die wir jetzt nicht live erleben, aber eben erzählt bekommen, was so die Lebenswirklichkeit da durchaus nochmal gut illustriert. #00:08:31-1#

- 13 I: Sie haben jetzt schon relativ viel zu Frage fünf gesagt, ich würde die trotzdem nochmal stellen, falls da Ergänzungen sind. Haben Sie intoxikierte Eltern in Interaktion mit ihren Kindern erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte die positiven und negativen Veränderungen des Elternverhaltens. Was gelang den Eltern unter Methamphetamin möglicherweise besser oder schlechter? #00:13:47-0#
- 14 B: Wie ich es gerade aufgeführt habe: positive Veränderungen fallen mir etwas sehr schwer. Das liegt aber auch an meinem fachlichen Hintergrund, an meiner Überzeugung, die ich habe, dass per se eine aktive gelebte Suchterkrankung der Eltern, eine Suchtstörung, aktiv gelebtes drogenbezogenes Leben, immer eine Beeinträchtigung in elterlichen Kompetenzen nach sich zieht und das auch in sämtlichen Bereichen, die der Absicherung des Kindeswohls dienen, sowohl kurzfristig als auch langfristig. Das heißt, die Verfügbarkeit als Eltern - das habe ich ja gerade versucht zu illustrieren in dem Beispiel - das ist was, was wir auch bei anderen Elternhäusern beobachten. In der Beratungsstelle ist es nicht Standard, dass Kinder mit dabei sind, also dass wir Interaktionen direkt erleben. Es ist eher im Projekt 'Picknick' so, dass man da nochmal ein anderes Bild kriegt, wobei dort die Eltern auch häufig clean sind. Das ist nicht ganz so diese Vergleichsgruppe möglicher-

weise. Jedoch bei Eltern, die aktiv konsumieren und wo man doch mal beobachten kann, wie die in der Interaktion und Verhalten mit ihren Kindern sind oder auch das was uns rückgemeldet wird von den sozialpädagogischen Familienhilfen, kommt es durchaus / Ja, einmal dass die emotional nicht ansprechbar sind, die Eltern, dass die nicht intuitiv auf Kindersignale reagieren, sei es der Säugling, sei es das Kleinkind, sei es das Schulkind, und das auch die Einschätzung dessen, was ein Kind an Versorgung braucht, auch altersgemäß, dass der / Ja unter dem so, was man vielleicht als Norm jetzt ausweisen könnte, wie zum Beispiel, dass man zwei- und dreijährige Kinder nachts nicht allein lässt, dass man, wenn man Kinder anderen Bezugspersonen oder - nennen wir es mal - anderen Betreuungspersonen anvertraut, dass andere Suchtkranke dafür möglicherweise auch nicht geeignet sind, dass viele wechselnde Bezugspersonen in der Betreuung der Kinder, gerade wenn so Lebensformen gewählt sind wie Wohngemeinschaft, wo ein großer - ich darf es mal bei aller Wertschätzung - Publikumsverkehr nennen, der da vorherrscht, dass Kinder auch sehr unsicher gebunden wirken. Sei es einmal dadurch, dass es auch kritische Ereignisse unter Geburten oder auch zu Beginn dieser ersten (unv.) stattfinden, dass Kinder intensiv medizinisch betreut werden mussten oder zum Teil gleich in Obhut genommen worden, weil desolate Wohnverhältnisse waren und und und, dass also einfach so eine riesige Anhäufung an Risikofaktoren da schon von Anfang, die so Bindungsverhalten oder Bindungsetablierung nachhaltig stören. Das ist etwas, was wir durchaus beobachten. Betreuung und Aufsichtspflicht habe ich gerade auch nochmal versucht, zu illustrieren. Dass Eltern zuverlässige Vertrauenspersonen sind, dass erleben wir sehr unterschiedlich - sowohl als auch. Im Sinne von, dass gerade bei 'Picknick' mir sehr viele Kinder einfallen, die ihre crystalabhängigen Elternteile durchaus als primäre Bezugspersonen und Vertrauenspersonen auch benennen, was man so, wenn man so familienorientiert mit denen arbeitet, 'wer gehört zu meiner Familie', 'wer ist mir wichtig im Zusammenleben' und und und - das sind so ein paar thematische Bausteine aus der Gruppenarbeit - sehr wohl der suchtblastete Elternteil, auch gerade derjenige, wenn es um Crystal geht, schon an erster Stelle steht und als Mutter oder Vater, an den ich mich wenden kann, der zu mir steht, der mich lieb hat und und und, durchaus auch wahrgenommen werden. Das ist die eine Seite und die Kinder sehr darunter leiden - logischer Weise - wenn diese Bezugsperson "ausfällt", entweder weil Eltern sich trennen, der suchtblastete Elternteil nicht mehr mit im Haushalt lebt oder auch in Haft sich befindet und und und. Das ist so ein Aspekt, den unsere Kinder, die wir erleben, neben der Suchtblastung von einem Elternteil mit aller Dynamik, die das in Familie reinbringt, Trennung und Scheidung ein großes Thema ist, bis hin zur Fremdunterbringung, auch mit ungeklärter Perspektive, auch sehr abrupte Fremdunterbringungen bis hin, dass Pflegefamilie schon nicht mehr Thema ist, sondern Heimerziehung, auch auf Langfristigkeit angelegt, also was einfach so mit Blick auf die Kinder nochmal / Das wirft ja weite Schatten voraus in die Zukunft, was das auch für das Hilfesystem oder Versorgungssystem heißt, was die mal noch brauchen werden könnten oder mit welchen zusätzlichen Belastungen die noch umgehen müssen. Auf der anderen Seite gibt es auch eine ganze Menge Kinder, wo wir merken, dass die zu ihrem suchtblasteten Elternteil, auch gerade einen Crystal-Meth konsumierenden Elternteil, die nicht als Vertrauensperson wahrnehmen, sondern bedrohlich, angstmachend, unzuverlässig und bei vielen / Der positive Umstand jedoch ist, dass die in der Regel, entweder außerhalb der Familie oder eben zu einer Mutter, die vielleicht keine Suchtstörung hat usw., da sozusagen eine stabile Beziehung haben, die von Vertrauen und Zuverlässigkeit geprägt ist. Es ist ziemlich bunt - will ich es mal so nennen. #00:14:08-5#

15 I: Können Sie in diesem Bereich 'Eltern, intoxikiert, mit ihren Kindern' noch etwas zum Thema Tagesstruktur sagen? Gibt es da Erfahrungen Ihrerseits? #00:19:30-1#

16 B: Meine Beobachtung ist, dass wenn Eltern aktiv konsumieren, dass die natürlich dann ihre eigene Tagesstruktur etablieren. Wenn ich ja Crystal konsumiere, meinem Körper suggeriert wird, 'du hast jetzt Energie' und alles auf Hochtouren anfängt zu laufen, dass die sehr, sehr schnell sind, zum Teil sehr wechselnd in dem 'Wir gehen heute in den Tierpark' - 'Ach nein, wir gehen doch auf den Spielplatz und dann machen wir das, machen wir das'. Die legen ein unheimliches Tempo an den Tag, ihre Kinder durch den Tag zu jagen - so möchte ich es mal nennen. Meines Erachtens nach, könnte das für Säuglinge und Kleinkinder eine Überforderung darstellen bis hin, dass, je nachdem, wie weit fortgeschritten auch diese methamphetamengebundenen Störung stattfindet, die aus der Tagesstruktur dann irgendwann - im Sinne es gibt regelmäßige Zeiten zum Aufstehen, 'ich bringe mein Kind um acht in den Kindergarten' oder 'ich hole es Mittag wieder ab, dann gibt es einen Mittagsschlaf', dass so eine zuverlässige, vorhersehbare Struktur etabliert wird, dass das irgendwann zusammenbricht. Die haben Schwierigkeiten, ihre Kinder zu bestimmten Zeiten irgendwohin zu bringen bzw. einen Tag auch an einer bestimmten Zeit enden zu lassen, dass da jeder Tag gefühlt anders ist bis hin, dass eben auch so Bedürfnisse wie 'ob ich nun als einjähriges Kind noch zweimal schlafen muss oder einmal schlafen muss' oder wann da eine sinnvolle Zeit ist auch ins Bett zu gehen, dass das aus den Fugen oder ausgehebelt ist, bis hin auch regelmäßige Malzeiten oder ein regelmäßiges Kinderangebot noch außerhalb vom Kindergarten wahrzunehmen oder ähnliches. Das ist etwas, was in der Regel nicht mehr stattfindet bis hin, dass die sich in ihren Krisen, die Eltern, die ja nun bei einem exzessiven Konsum irgendwann kommen, vor allem wenn Wirkungsnachlass ist und das dann kurz so vor dem körperlichen Zusammenbruch erst mal steht, dass die sich dann sehr zurückziehen bis hin isolieren und eben dann in den Wohnungen verbleiben, wo also so Augenkontakte oder ein regelmäßiger Spielplatzbesuch oder ähnliche Dinge dann einfach nicht mehr stattfinden. Das sind aber Dinge, die wir als Beratungsstelle, wenn wir davon Kenntnis bekommen, selbstverständlich beauftragt sind, im Sinne des Kindeswohl dort genau zu prüfen und Entscheidungen zu treffen, inwiefern wir, wenn es nicht schon passiert ist, andere Menschen da mit involvieren, um dem Schutzauftrag da gerecht zu werden. Meist ist es so, dass bei Familien, dass der ASD als auch sozialpädagogische Familienhilfen bereits integriert sind in so einen Hilfeprozess, also sehr, sehr viele Helfer da beteiligt sind. Jedoch, da eine große Vielfalt auch bei Helfern da ist, im Sinne von zu beurteilen, was ist im Sinne des Kindeswohl - ich nenne das jetzt mal bewusst so - noch zumutbar, wo wir vielleicht als Suchtberater, weil wir die Suchtdynamik in Familien nochmal anders bewerten, anders nochmal Grenzen ziehen würden und eher, möglicherweise, eingreifen würden. Aber das hat eher wirklich etwas mit der Fachprofession zu tun und sicher, das ist dann eher - glaube ich - wenn man in Strukturen guckt, wie wird Suchtberatung finanziert, wir werden SPFHs finanziert, wer hat da welche anderen Interessen möglicherweise noch, dann beim ASD enorm viele Fallzahlen. Natürlich ist auch nicht die Standardlösung bei allen Kindern, die in irgendeiner Form fremdunterzubringen und und und. Aber ich glaube, es wird nach wie vor, auch gerade bei Fachleuten der verschiedensten Professionen unterschätzt, was es heißt langfristig und vor allem von Beginn des Lebens ab oder gar schon vorgeburtlich mit Eltern aufzuwachsen, die Crystal Meth konsumieren in einer intensiven Art und Weise, also nicht bloß, was jetzt die (unv.) Kindeswohlgefährdung angeht, sondern was das langfristig für die emotionale oder psychosoziale Entwicklung angeht. Da sehe ich eigentlich neben dem, dass wir beobachten, wir haben immer mehr Familien und es bewegt sich auch etwas in der Fachwelt: es wird familienorientierter gearbeitet, Haltungen werden verändert und und und, sehe ich dennoch einen großen Bereich, dass im Bereich der Fachleute, sei es die SPFHs, sei es Familienerziehungsberatungsstellen, sei es das Jugendamt und und und, und

auch Teile in der Suchtkrankenhilfe, das sehr unterschätzt wird, was das langfristig heißt.
#00:19:42-2#

- 17 I: Sie sagten schon, Sie haben auch intoxikierte Eltern mit Ihren Kindern in Interaktion erlebt. Bitte beschreiben Sie, wie Sie die Kinder unter dem Einfluss dieser intoxikierten Eltern erlebt haben. #00:24:14-0#
- 18 B: Das eine Beispiel ist wie eben der zweijährige Junge, der sich zurückgezogen hat, der versucht hat, sich selber zu beruhigen. Der ist auch in so ein Körperwippen verfallen und eben kein Weinen sondern ein Wimmern, was bei mir den Eindruck hervorgerufen hat, der kennt das und hat eben für sich Strategien entwickelt, wie er das aushält im Sinne einer Selbstberuhigung, Selbstregulation, sich da sehr auch selber überlassen. Das kann man positiv wie negativ sehen - meines Erachtens nach. Es ist in diesem Moment ja hilfreich und dienlich für das Kind. Ich finde es altersunangemessen, das ist die andere Seite. Ich finde es schon angemessen, ein zweijähriges Kind auch zu trösten, einfach auch im Sinne von Gefühlswahrnehmung zu entwickeln, sich geborgen und sicher zu fühlen und und und. Das ist das eine. Was ich auch erlebt habe, ist Säuglinge - das ist auch immer das, was Familienhilfen dann auch gerne rückmelden - das sind GANZ liebe, angepasste Kinder, wo man dann Säuglinge und Kleinkinder ganz ruhig, ganz zurückgezogen, ganz unauffällig / Also die liegen eine Stunde im Kinderwagen, sind wach und geben keinen Mucks von sich. Also dass sie mit sich spielen, dass sie in irgendeiner Form, sei es der Körper, den sie in der Zeit für sich entdecken und so weiter und so fort, sondern man auch den Eindruck eher gewinnt, dass die sehr teilnahmslos sind, dass die das gewöhnt sind, sich selbst überlassen zu sein über längere Zeit und sich zum Teil / Das ist schon interessant, wenn ein Säugling mit sechs Monaten, der eine Stunde in einem Kinderwagen liegt in einer Umgebung, die er auch nicht kennt, mit Stimmen, die er nicht kennt, sich in keiner Form bemerkbar macht und nicht schläft, sondern wach ist. Ähnliches habe ich auch erlebt bei älteren Säuglingen, die so zehn bis elf Monate sind, dass die bspw. im Hilfeplangesprächen, wo ja nun ganz viele Reize sind, in positiver wie negativer Hinsicht, viele Menschen in einem Raum, die ganze Zeit auf dem Schoß der Mutti zu sitzen. Da lag bspw. ein Schlüssel auf dem Tisch und auch Taschentücher und und und, also alles Dinge, die ja in dem Alter etwas spannendes sein können und so Explorationsverhalten, wenn man sich sicher fühlt in einer Situation, möglicherweise auch anfangen könnte und dort wirklich eine eineinhalb Stunde, ohne sich zu rühren, ohne 'muff' noch 'maff' zu sagen, zwar mit Augen, die zwar interessiert waren, aber einfach nur dazusitzen. Also teilnahmslos, apathisch, gehemmt - wie auch immer man das bewerten möchte - aber ich, in meiner Wahrnehmung, sehe da schon einen deutlichen Unterschied zu anderen Kindern in dem Alter, die man noch so erleben kann, was gerade eben so Explorationsverhalten, Energielevel, Freude an der Umwelt und und und /Fremdeln ist auch so ein Thema, was meiner inneren Landkarte zwischen sechsten, achten, neunten Monat in irgendeiner Forma mal auftritt, dass man sich da mal der Mama oder einer Bezugsperson zuwendet, wenn man andere erst mal als bedrohlich empfindet und das auch deutlich zeigt, ist etwas, was ich bei diesen Kindern, auch wenn die älter sind, also was so Zeichen für ein gutes Bindungsverhalten sind, dass man erst mal zur Mutti rennt, sich hinterm Bein versteckt und dann mal guckt, was das für eine Tante da ist. Das ist etwas, was viele Kinder nicht haben. Sondern - negativ formuliert - erlebe ich Kleinkinder und Vorschulkinder eher distanzlos, also dass die / Es gibt auch andere, aber der Hauptteil ist wirklich / Die fühlen sich überall zu Hause, die scheuen vor keinerlei körperlichem Kontakt zurück, auch ältere nicht, also die würden sich immer auf den Schoß setzen, ohne Blickkontakt zu den Müttern oder Eltern zu suchen, ob das jetzt ok ist oder nicht ok ist. Die finden sich in

unseren Räumen sofort zurecht, ohne dass die sich intuitiv mit Blickkontakt oder Blickrückversicherung, was ja bei einem guten Bindungsverhalten, auch gerade bei älteren Kindern oftmals beobachtbar ist bei gut gebundenen Kindern, ist etwas, was wir wenig beobachten. Das könnte man / Ja, negativ formuliert - würde ich jetzt mal sagen - sehr grenzenlos. Positiv könnte man sagen, ist ja wunderbar, wenn die sich da offenbar wohlfühlen und da die Welt entdecken. Aber wir beobachten auch Kinder, wie das eben auch in anderen Situationen ist, sei es im Kindergarten oder bei einem Kinderarzt oder ähnliches, dass Kinder in der Regel in jüngeren Jahren ja durchaus die Rückversicherung bei Mama oder Papa erst mal suchen, eh sie sich auf etwas Neues einlassen, was ja gesund und richtig ist - meines Erachtens nach. Das ist etwas, wo ich merke, das fehlt dort sehr, sehr vielen Kindern. Die haben ein großes Bedürfnis zu kuscheln, nach körperlichem Kontakt, auch gerade wenn die älter sind und machen da keinen Unterschied in den Personen, die sie da erleben. Also sei es die SPFH, die möglicherweise sowieso nochmal einen anderen Stand hat, weil die regelmäßiger - selbstverständlich - in der Familie ist und etwas Vertrauterer ist, als der Suchtberater, den man mal vielleicht aller 14 Tage, wenn überhaupt mal, sieht. Wie gesagt, dass Kinder mitgebracht werden, ist - also Babys durchaus und auch Kleinkinder - aber je älter die werden, also sobald eine Einrichtung in irgendeiner Form da mit reinkommt, sehen wir die Kinder in der Regel nicht mehr. Also Bindungsverhalten ist was, was sehr interessant ist, was man da so beobachten kann.
#00:24:26-6#

19 I: Auch zur nächsten Frage haben Sie schon relativ viel gesagt. Trotzdem richte ich die nochmal an Sie. Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. #00:30:00-0#

20 B: So, wie es dort formuliert ist, als Aussage, würde ich sagen, nein. Ein klares Nein. Einfach in dem Sinne von - mein Hintergrund im Kopf ist, dass ich davon ausgehe, erzieherische Kompetenzen oder Erziehungskompetenzen, dass man da einmal selbstbezogene Kompetenzen braucht, im Sinne von eine gute Idee haben muss, was einem selber gut tut und nicht gut tut, was man macht, wenn es einem nicht gut tut, wie man mit seinem Körper umgeht, wie man Bedürfnisse wahrnimmt und die auch zurückstellen kann und und und, dass man kindbezogenen Kompetenzen braucht, also eine Idee hat, was ist in welchem Lebensalter dran, was könnte meinem Kind gut tun, fördern, was ist witterungsgerechte Kleidung, was ist altersangemessene Nahrung. Bis hin, dass man kontextbezogene Kompetenzen braucht und handlungsbezogene Kompetenzen. Kontext heißt für mich, dass ich in der Lage bin, als Mama oder Papa eine Umwelt zu gestalten, die meinem Kind auch angemessen ist und handlungsbezogen, dass ich zum Beispiel, wenn ich merke, ich habe Schwierigkeiten, mir Hilfe organisieren kann oder flexibel bin in zeitlicher Organisation und und und. Also dass das, was ich weiß, auch in die Tat umsetzen kann. Das ist etwas, was meines Erachtens nach unter so einem Kompetenzbegriff - das ist wie gesagt meiner - wenn Eltern aktiv Crystal konsumieren, kann ich auf diese Kompetenzen gar nicht zugreifen, weil Wahrnehmen, Denken, Handeln, Fühlen vollkommen verändert sind. Was nicht heißt, dass mein Wissensvorrat, der da unbedingt verändert ist, der ist aber meines Erachtens nach da nicht abrufbar, weil eben diese Emotionswahrnehmung die ja unter Crystal massiv verändert ist, das meines Erachtens nach überdeckt. Deswegen können die das nicht. Was nicht heißt, dass das hier und da mal auftritt und so weiter und so fort. Ich habe es mir über die Jahre, das ist auch lange mein eigener Prozess gewesen, in der Haltung, weil das immer auch so / Ja, man verändert da natürlich auch die Haltung. Es ist ein Unterschied, ob jemand als crystalabhängiger Mensch - so tu ich das mal kurz formulieren - zu mir in die Beratung kommt und was will oder wenn der noch die Rolle

Mutter oder Vater mit dazu hat. Das macht unheimlich was mit einem und wenn man den Blick auf Familie setzt. Aber mittlerweile vertrete ich diese Haltung, dass es nicht geht. #00:30:15-4#

- 21 I: Wie würden Sie denn die Familienatmosphäre für Kinder beschreiben, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben? #00:32:29-5#
- 22 B: Ich glaube, dass alles das, was da gut die Forschung auch gezeigt hat, dass es unberechenbar ist, was da die Eltern so tun, also die Volatilität im Elternverhalten, dass es vorhersagbar ist, das sind all diese Dinge, die diese Kinder massiv erleben, weil unter Crystaleinfluss sich Stimmungen oder letztlich natürlich auch das Verhalten rapide ganz schnell verändern können. Das kann innerhalb von einer Viertel oder halben Stunde komplett umschlagen und das ist nicht vorhersehbar. Ich glaube, dass bei Alkoholikern Kinder dann ein gutes Gespür entwickeln, dass die "gut" ausmachen können 'heute ist so ein Tag' und 'heute ist so ein Tag' an bestimmten Reizen, die die ja ganz gesondert und sensibel wahrnehmen können. Ich glaube, dass das bei Eltern, die intensiv Crystal konsumieren, dass - das behaupte ich, ich kann das nicht beweisen - aber dass vermutlich Kinder dort überhaupt gar nicht hinterher kommen, diese Reize so wahrzunehmen, um sich in irgendeiner Form darauf einzustellen und dass dann diese Effekte eben 'ich kann meinen Gefühlen nicht trauen' und 'ich kann mich auf niemanden verlassen' und und und - was ich sehr negativ für die psychosoziale Entwicklung der Kinder werte - dass das in noch viel extremerem Maße einfach auftritt. Es sind natürlich gewalttätige Auseinandersetzungen, zumindest unter Partnern, an der Tagesordnung. Was wir beobachten ist - es ist aber nur eine Beobachtung, es ist die Frage, ob das immer so ist - dass Kinder - interessanter Weise - ganz anders involviert werden in das Sexualleben ihrer Eltern, nicht im Sinne von sexuellem Missbrauch, aber da mit Sexualität sehr offen umgegangen wird und Kinder da einfach Zeugen werden. Mit ihren wechselnden Partnern - oder wie auch immer - das sind auch so eher die Familienkonstellationen, dass es feste Partner sind, ist eher selten, dass die da einfach daneben sitzen. Da finden mitunter auch unschöne Szenen statt, die so in der Beschreibung - zumindest bei mir - die Schublade Vergewaltigung aufgehen lassen. Ob es nun gewesen ist, sei jetzt mal dahingestellt - kann ich eh nicht beurteilen. Aber meine Bewertung ist diese und dass Kinder so etwas auch mit wahrnehmen. Also das ist schon etwas, was ich nochmal als einen deutlichen Unterschied bewerten würde als im Vergleich jetzt zu dem, was wir mitkriegen, wo Alkohol oder THC das Thema ist. Also da würde ich schon nochmal einen großen Unterschied machen. Familienatmosphäre / Ich denke, dass diese Unberechenbarkeit, Unzuverlässigkeit in extremem Maße und - was mir besonders auffällt ist - die beobachtende Teilnahme von Kindern an der Sexualität insbesondere der Mütter. Es ist ohnehin so - das möchte ich vielleicht nochmal sagen - dass mein Blick in erster Linie auf die Mütter gerichtet ist, weil das einfach das ist, was wir am meisten erleben, alleinerziehende Mütter oder schwangere Frauen. Es gibt Väter und es gibt auch immer mal Partnerschaften, aber das ist eher / Die Väter kommen in der Regel, wenn wir sie in der Beratungsstelle erleben, nicht mit dem Anliegen 'ich würde gern als abhängiger Vater eine Therapie machen mit dem Interesse, mich wieder gut um mein Kind kümmern zu können', sondern die Kinder sind weg. Häufig ist der Umgang auch nicht geregelt, Unterhaltszahlungen sind nicht geregelt und und und. Also das, was wir auch in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit haben, das ist auch das, was wir auch beobachten können, dass Kinder bei Müttern verbleiben und die diejenigen sind, die dort / Das sind die, die Auflagen kriegen vom Jugendamt (unv.). Das sind auch die, die in Therapien gehen und die auch anders um ihre Kinder kämpfen. #00:32:36-8#

- 23 I: Bei Vergewaltigung muss ich jetzt nochmal nachfragen: Vergewaltigung eher der Mutter und das Kind bekommt das mit? #00:36:45-2#
- 24 B: Genau. #00:36:53-8#
- 25 I: Sie sagten, dass im Vergleich zu Kindern in alkoholbelasteten Familien, dass es bei Kindern mit methamphetaminkonsumierenden Eltern eher so ist, dass die sich weniger auf die Erkrankung der Eltern einstellen können. Haben Sie eine Idee, woran das liegt? Liegt das am Suchtmittel oder...? #00:36:55-1#
- 26 B: Meine Vermutung - es sind letztlich alles Beobachtungen und daraus ziehe ich halt Vermutungen oder meine Hypothesen - ich würde schon davon ausgehen, dass das was mit dem Crystal-Meth zu tun hat, einfach aufgrund der besonderen Wirkweisen. Diese sind ja weit, auch selbst wenn eine Mutter heute sagt 'ich lebe jetzt abstinente' oder 'ich habe mal drei Wochen nichts' oder 'ich hab vielleicht auch mal zwei Monate nichts', auch diese Nachwirkungen einfach auch extrem sind. Im Sinne von, was die kognitiven Einschränkungen angeht, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und und und, aber eben auch diese ausgeprägte Freudlosigkeit aufgrund des andauernden Dopaminmangels, der durch einen intensiven Crystalgebrauch früher oder später sich ja einstellt. Dass diese Freundlosigkeit und Depressivität sich ja bei den meisten, wenn sie clean bleiben, irgendwann mal - Gott sei Dank - zurückbildet, auch das dürfen wir beobachten. Das ist nochmal etwas sehr Schönes, auch dann zu sehen, wie sie dann anders mit ihren Kinder umgehen. Aber dort letztlich so Facetten, was Kinder psychisch kranker Eltern ja auch erleben, wenn sie depressiv sind bspw., dass dort auch ganz gravierend mit reinkommt und dass das schon, also dieses "schlechte einstellen können" oder kein "Rhythmus" dadurch mitkriegen zu können und und und - denke ich - hat schon etwas mit der Potenz der Substanz zu tun. Dass das eben 'ich kann mal einen Tag gut drauf sein, ich kann auch mal 14 Tage gut drauf sein' und dann wird es massiv kippen. Bis hin, dass das auch so diese / Ich erlebe das auch sehr unterschiedlich bei Klienten, wenn die diesen Brakedown hatten, also wo es dann ein bis drei Tage gar nichts mehr geht. Es gibt welche, die wirklich schlafen die ganze Zeit und auch Kinder haben, wo dann Versorgungsvernachlässigung im höchsten Maße auftritt. Es gibt auch andere, die schaffen das ganz gut, keinen Brakedown zu haben, die eben eher ein kontrollierteres Konsummuster haben, wo dieses Crystal - salopp gesagt - als ein Kaffeeersatz fungiert. Das gibt es durchaus auch. Die erleben wir aber wesentlich seltener. Wo vielleicht Kinder sich anders drauf einstellen können, weil Mama oder Papa nicht so extrem verändert sind. Aber in meiner Wahrnehmung gibt es eher - zumindest in der Beratungsstelle, das ist ja immer auch nur ein kleiner Ausschnitt - gibt es eher die erste Gruppe, also wo das einfach ins Extrem geht und damit Verhaltensweisen extrem werden und die sind bei Crystal - meines Erachtens nach - schlecht vorhersehbar. Dadurch ist die Dynamik zu Hause, oder was Kinder da erleben müssen, einfach - meines Erachtens nach - gravierender als das beim Alkohol der Fall ist. #00:37:13-9#
- 27 I: Wir kommen nun zum letzten Teil des Interviews, wo es eher um besonders problematische Konsummuster geht. Suchterkrankungen insgesamt bedeuten ja aus familienrechtlicher Sicht - Sie haben es vorhin auch schon angedeutet - immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern, die im Haushalt leben, auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? Da geht es um Risikofaktoren, die tatsächlich ausschließlich vom elterlichen Methamphetaminkonsum ausgehen. #00:39:48-4#

28 B: Das erste was mir dazu einfällt ist Passivkonsum. In dem Sinne, dass viele unser Klientinnen und Klienten Crystal rauchen und davon auszugehen ist, dass Kinder im Haushalt über Passivrauchen an der Stelle mitkonsumieren. Das werde ich als starke gesundheitliche Beeinträchtigung und im Sinne von Kinderschutz als nicht gut. Das ist ganz konkret, im Sinne eines direkten Effektes, dass das Fremdgebrauchen der Eltern - meines Erachtens nach - zu werten ist. Der zweite Punkt ist - zwar nicht ganz auf die Frage bezogen, aber - für mich ist Lebenskontinuum beginnend schon in der Schwangerschaft und das natürlich Retardierungen bis hin zu einer Drogenfetalembryopathie - das Wort würde ich jetzt einfach mal als Sammelsurium für verschiedenste Sachen verwenden wollen - dass das definitiv auch ein Thema ist, wo also schon vorgeburtliche Schädigungen stattfinden, die dann zu Lebzeiten - wenn man das so formulieren darf - dann - meines Erachtens nach - einer ganz besonderen Würdigung und Beurteilung eigentlich bedürfen würden. (unv.) Und dass möglicherweise Unfälle und Verletzungen, weil Eltern nicht reagieren können, ähnlich wie das vielleicht bei einem Opiatabhängigen ist, der unter (unv.) Sedierung auch nicht mehr zugreifen oder den Fall vom Wickeltisch nicht mehr verhindern kann. Dass - meines Erachtens nach - das Risiko oder die Risikobereitschaft oder auch das so zu lassen, wie es ist und nicht als Gefahr einzustufen, dass das unter Crystal anders stattfindet als im vergleichsweise cleanen Zustand. Beispiel: wenn ich bei acht Grad mit meinem Kind Fahrrad fahre und selber, wenn ich gerade drauf bin, der Meinung bin, es ist aber sommerlich warm und bloß ein T-Shirt anziehe und eine kurze Hose, werde ich dem Kind - also das ist auch eine wahre Begebenheit - dass das Kind in dem Moment auch keine dicke Jacke kriegt, geschweige denn eine Mütze oder sonst irgendwas, sondern stundenlang im Fahrradanhänger im T-Shirt und kurzen Hosen sitzt. Also so die Beurteilungsfähigkeit, was ist altersangemessen oder kindsbedürfnisangemessen in jeglichen Ebenen - da war eben jetzt die witterungsgerechte Kleidung in dem Beispiel - dass das definitiv aufgrund des Substanzgebrauchs anders beurteilt wird von den Eltern und eher eine Gefährdung dadurch hervorgerufen werden kann. Bis hin: Griffnähe von Substanzen. Es ist mir noch nie zu Ohren gekommen - aber ich schließe nicht aus, dass das stattfindet - dass Kinder in irgendeiner Form Crystal mitkonsumiert hätten, also dass die das mal gekostet hätten und dass dadurch ein drogenbedingter Unfall oder eine Vergiftung zustande gekommen ist. Ich schließe das aber nicht aus. Bis hin, dass Kristalle auch mal auf den Boden fallen, dass Kleinkinder mal durchkrabbeln oder auch da spielen usw. Da ist es sehr unterschiedlich. Manche Klientinnen und Klienten haben dafür ein Bewusstsein und sagen, 'ich bewahre es an einem Ort auf, wo mein Kind nicht hinkann und ich geh zum Rauchen auf den Balkon', wo sie zumindest für sich der Meinung sind, das so abzusichern, dass das Kind nicht mitkonsumieren kann. Dann gibt es wiederum andere, da spielt das keine Rolle. Bis hin zu, dass gerade in WGs, wo einfach sehr viele Konsumenten an einem Ort sind, es vielleicht die Mutter oder Vater für sich so praktizieren, aber nicht einzuschätzen ist, wie das die anderen Anwesenden machen, wenn die da gemeinsam konsumieren. Gefährdung von Kindern nochmal in Bezug auf das, was Sexualität angeht. Dort - das ist aber möglicherweise jetzt sehr meins - dass ich nicht ausschließe - ich habe keine Kenntnis davon, das ist eine reine Hypothese - aber dass, wenn Sexualleben so offen gelebt wird, ob da möglicherweise nicht bloß Kinder im Sinne von Zeugen da - meines Erachtens nach - möglicherweise auch dramatische Erlebnisse von sich tragen durch Beobachtungen oder ob da nicht möglicherweise hier und da Kinder auch Opfer werden. Wir haben da so hier und da unsere Verdachte bei den Menschen, mit denen wir arbeiten, dass das da durchaus passiert ist. Aber das ist natürlich nochmal ein riesen Tabuthema und für mich schon eine Hürde. Es ist nochmal ein Unterschied, ob ich als Drogenberaterin mit einer Mutter oder einem Vater arbeite, gleichwohl im Sinne des

Kindesschutzes, so etwas melden wir auch weiter an den ASD. Das wissen auch die Eltern, mit denen wir arbeiten. Wenn mir das bei 'Picknick' gewahrt wird, hat das für mich nochmal eine ganz andere Dimension, weil ich dort mit den Kindern direkt arbeite, im Sinne des Kindesschutzes natürlich auch dort immer der ASD mit eingebunden ist, aber das macht nochmal für mich was anders in der Interaktion. Aber wie gesagt, das schließe ich nicht aus und ich Sorge dort / Das wird noch mehr tabuisiert, wenn man mit Eltern arbeitet, die Crystal konsumieren als mögliche andere Dinge, dass man mal zu spät war oder dass der Kühlschrank auch mal leer ist oder am Ende des Monats immer Pleite ist oder schon in der Mitte, dass man mit seinen Kindern zusammen klauen geht oder dass man eben nicht zu den U-Untersuchungen war und möglicherweise auch sein Kind anbrüllt oder eben der Windelbereich mal wund war und und und. Das aber, was das Thema Sexualität angeht / Ich glaube, das ist eine ganz schöne Grauzone, wo viel Variation denkbar ist. #00:40:25-1#

29 I: Zu der Frage vielleicht noch: Sie sagten vorhin 'ein aktiv gelebter Konsum', das ist was besonders Problematisches. Ist das für Sie so eine Grenze, wo Sie sagen, 'aktiv gelebter Konsum, da ist eigentlich diese Erziehungskompetenz völlig verschüttet'? Oder wo gibt es da möglicherweise eine Grenze in der Versorgung, Betreuung der Kinder, Ihrer Meinung nach? #00:45:49-8#

30 B: Das ist schwierig für mich zu beantworten. Das eine ist meine Moral und wenn ich Perspektive Kinderschutz habe, aus Perspektive von Kindern gucke. Selbst wenn man altersorientiert gucken würde, würde ich sagen, ja, die Erziehungskompetenzen sind verschüttet und diese Kinder brauchen ganz, ganz viel, was auch immer. Das ist ja nochmal ein eigenes Thema. Also einmal ist das Thema Kinderschutz, also Absicherung der existentiellen Grundbedürfnisse und und und. Und das andere ist langfristig gesehen, was brauchen die um, Resilienzen fördern zu können und zumindest die Risiken, mit denen die aufwachsen, zumindest ein Stück weit abzumildern, um eben zumindest ein Stück weit die Chance zu haben, als entwickelnde Persönlichkeiten irgendwann keine gravierenden Störungen, bestenfalls, zu entwickeln. Das ist das eine. Das andere ist, dass wenn ich auf Familie gucke und das was Perspektive System Familie und das was wir erleben, sowohl in der Beratungsarbeit als auch bei 'Picknick', ist es schwierig, da ein Ja oder Nein zu sagen, weil da die Facetten doch nochmal sehr unterschiedliche sind und wo eher betragend ist, dass das dort sehr altersorientierend angeguckt werden muss. Was ich definitiv nicht verantworten würde ist eine Frau, die unter der Geburt hoch positiv getestet wird, dass die nach der Entbindung vollumfänglich in der Lage sein wird, sich um einen Säugling zu kümmern. Also da sage ich definitiv Nein, weil die möglicherweise entzünftig sein könnte, möglicherweise wieder konsumieren wird. Es ist - meines Erachtens nach - in keiner Form erforscht - ich vermute aber da einen Zusammenhang - ein Körper, der in Entgiftung ist oder Organismus, Gehirn, was durch Crystal geschädigt ist und Entgiftungszustand eintritt und dann das Thema Hormonumstellung im Wochenbett. Wie wirkt sich das aus, wenn man eh in Stimmungsschwankungen ist, was ja auch bei Frauen, die keine Drogen konsumieren, bei Frauen im Wochenbett das Thema ist, die hormonelle Umstellung, wie ist das in einem Körper, der gerade im Entgiftungszustand oder in einem intoxikierten Zustand ist. Da hätte ich ganz sehr Bauchschmerzen bei der Vorstellung, da kommt vielleicht ein besonders anspruchsvolles Baby, was möglicherweise sehr, wenn die Mutter unter der Geburt positiv war, ist es so, dass das Kind drogenexponiert ist, wo einfach nochmal mit besonderen Herausforderungen per se zu rechnen ist. Dass da den Bedürfnissen dieses besonderen, zuwendungsbedürftigen Säuglings wirklich gerecht wird, das kann ich mir nicht vorstellen. Es ist sicherlich ein Unterschied, ob ich 11 Jahre alt bin

und meine Mutti Crystal konsumiert und ich, bei allen Schäden, die ich möglicherweise schon davontragen musste oder vielleicht aber auch gut Resilienzen habe, dass dort, im Sinne einer akuten Kindeswohlgefährdung, das natürlich milder ausfallen wird. Ich meine mit 11, ich kann mir im Zweifel was klauen gehen, wenn gar nichts mehr geht, ich kann zum Nachbarn gehen. Aufgrund der altersmäßigen Kompetenzen kann ich anders für mein eigenes Wohl sorgen, ob das jetzt gut oder schlecht ist, sei erst mal dahingestellt, als das eben das Baby kann. Insofern merke ich, es ist für mich schwierig, da grundsätzlich eine Position zu finden, das ist immer je nach Perspektive. Das hat auch sicherlich was mit eigenen Rollen und Anteilen zu tun, die man da hat. Aber - meines Erachtens nach - es hat ganz viel stattgefunden, auch in der Fachdiskussion, aber mir ist es nach wie vor zu wenig, im Sinne von Kinderschutz. Bis hin, dass das ja auch in dem System, 'familiengerecht', auch sehr, sehr unterschiedlich beurteilt wird, was da noch zumutbar ist und was nicht zumutbar ist. Und dass eher dort - meines Erachtens nach - die Kinder, im Sinne von Kinderschutz und Kinderrechten, noch viel zu wenig Lobby haben. Es ist auch richtig natürlich, auch auf Elternrechte zu achten und und und, aber ich würde schon so sehen, dass Eltern, die Crystal konsumieren, die aktiv Crystal konsumieren, in der Wahrnehmung und Ausführung ihrer Elternverantwortung derart eingeschränkt sind, dass man dort immer von einer Kindeswohlgefährdung ausgehen muss. Und dass eben dann das Dilemma ist, dass Kinder, vor allem kleine Kinder, in der Regel nicht die Zeit haben in ihrer Entwicklung auf diese zum Teil sehr langfristigen Veränderungsprozesse ihrer Eltern warten können. Das ist - meines Erachtens nach - das Dilemma bzw. auch die Systeme für dieses Thema auch einfach zu schwerfällig sind. Dass wenn heute eine Mutter zu mir kommt, 'ich würde gerne Therapie machen' / Ich habe jetzt gerade aktuell eine schwangere Frau, die sehr gut absprachefähig war. Die hatte innerhalb von 14 Tagen sämtliche Unterlagen zusammen. Den Sozialbericht, den haben wir "im Schweinsgalopp" gemacht, es gab auch noch ältere Unterlagen. Also es ging wunderbar. Wir hatten innerhalb von 14 Tagen einen kompletten Therapieantrag fertig. Dieser Antrag liegt seit sieben Wochen beim Kostenträger, weil der medizinische Dienst beim Kostenträger gerade unterbesetzt ist. Mittlerweile ist die Frau in der 27. Woche schwanger. Wir warten schon ewig - es ist ein Eilantrag. Selbst wenn, wir wissen ja, wenn der beschieden ist, davon ist auszugehen, dass sie den genehmigt kriegt, brauchen wir auch noch eine Einrichtung für eine schwangere Frau, die mittlerweile dann wahrscheinlich ein Neugeborenes haben wird, ob dann auch ein Therapieplatz frei ist. Bis hin, dass die - meines Erachtens nach - jetzt aktuell in einem Mutter-Kind-Wohnheim am besten untergebracht wäre, wo der ASD aber sagt, 'nein, die geht ja aber jetzt zur Therapie'. Also da wird dann sich auch gerade so gestritten über Kosten, die da entstehen. Das hat weniger was mit dieser Crystal konsumierenden schwangeren Frau zu tun, die sehr wohl für sich gerade ihr Veränderungsmotivationsfenster gut auf hat und genau ja auch die Chance darin besteht bei vielen Frauen, in der Schwangerschaft sehr gut was zu verändern, dass die sich gut stabilisieren können und dass die auch gut Kompetenzen weiterentwickeln können, um vielleicht gut eine Perspektive mit ihren Kindern zu haben. Aber das Hilfesystem ist viel zu schwerfällig an der Stelle und es wird sich über Zuständigkeiten gestritten. Das liegt weniger daran, dass da Suchtkranke ja zu langsam wären oder nicht wollen oder nicht können oder wie auch immer. Sondern dort bei konkreten Zahlen - das ist kein Einzelfall - sind es definitiv die Versorgungssysteme, die nicht das Tempo haben, was jetzt therapeutisch gesehen dran wäre. Da denke ich, das wichtigste ist, das eine sind sicherlich die Menschen, die sich unter ihrem Crystaleinfluss stark verändern und sich nicht um Kinder kümmern können, im Sinne von Kinderschutz und Kindeswohl. Aber auf der anderen Seite sind die Versorgungsstrukturen und die Verantwortungssysteme einfach noch viel zu schwerfällig, um adäquat auf diese Zielgruppe von Menschen zu reagieren. Bis hin geeignete Therapieplät-

ze für schwangere Frauen, für Frauen mit Neugeborenen, für Familien sämtlicher Ausprägungen, dass Kinder Behandlungskinder werden und nicht nur bloß Begleitkinder und und und. Da gibt es viel zu wenige Einrichtungen. Da hat man Wartezeiten von bis zu zehn Monaten etc. #00:46:16-4#

- 31 I: Ich würde gerne nochmal nachfragen, was genau Sie unter 'aktiv gelebtem Konsum' verstehen? #00:53:45-2#
- 32 B: Ja, 'aktiv gelebter Konsum' / Das ist ein schöner Begriff. Das ist für mich - ich versuche es mal zu definieren - wo schon die Kriterien für eine Abhängigkeitserkrankung erfüllt sind, im Sinne von, dass eine Dosissteigerung permanent stattfindet, wo eine Toleranzentwicklung stattgefunden hat, dass in sämtlichen Lebensbereichen negative Konsequenzen zumindest von außen wahrnehmbar sind, jedoch Konsum fortgesetzt wird, auch bspw. wenn so kritische Zwischenfälle waren, wie akutes Nierenversagen oder ähnliches, also auch auf Körperebene. Das ist ja für manche Menschen doch nochmal ein Punkt zu sagen, 'jetzt verändere ich etwas'. Das wird dennoch fortgesetzt. Dass sämtliche Alltagsaktivitäten dem Konsum untergeordnet sind, im Sinne von Beschaffung, Geld zur Verfügung haben, Leute treffen, wo was geht, sich in solchen Szenen aufzuhalten und andere Dinge eine untergeordnete bis gar keine Rolle spielen. Dass also, ja, sämtliche Kriterien, die für eine Abhängigkeitserkrankung zutreffend sind. Kontrollverlust und so weiter und so fort. 'Aktiv gelebt' im Sinne von, dass wir bei Crystalkonsumenten durchaus auch bei einer kleinen Gruppe beobachten, dass die diese Kontrollverluste oder auch diese Abstiegsspirale - so will ich es mal nennen - in der Form nicht zeigen. Sondern sehr wohl in Berufen sind, sehr wohl geregelten Tätigkeiten nachgehen, normales Einkommen beziehen, nicht in sozialen Sicherungssystemen verortet sind, dass die - man könnte so sagen - ein sehr hohes psychosoziale Funktionsniveau haben, auch noch zum Teil cleane Freundeskreise, im Besitz von einem Führerschein sind, keinen Betreuer haben und und und, und auch Eltern sind. Gibt es durchaus. Das ist aber eine ganz, ganz kleine Gruppe, die längere Cleanphasen schaffen. Die haben mal eine Phase, wo die drei Monate intensiv konsumieren, dass dann eigenmotiviert einstellen, ohne jegliche Entgiftung oder sonstige therapeutische Hilfe und auch zwei Monate oder drei Monate das schaffen und dann wieder in eine Konsumphase kommen. Da gibt es schon Unterschiede. Aber die Masse, mit der wir arbeiten oder die ich erlebe, das sind die, wo meine Definition von aktiv gelebter Abhängigkeit oder aktiv gelebten Methamphetaminkonsum zutrifft. Die anderen, wo das eher in einer kontrollierteren Form stattfindet, die weniger - heißt für mich aber nicht, dass da das Kindeswohl nicht beeinträchtigt wäre, weil in den drei Monaten, die vielleicht intensiver Konsum da ist, diese Versorgungsengpässe oder diese extremen Stimmungsschwankungen dennoch auftreten. Also das ist suchtspezifisch geguckt, im Sinne von Konsumverhalten, auch im Sinne von Prognose, wie abstinenzfähig die möglicherweise sein können, auch im Rückgriff auf Ressourcen, also suchtttherapeutisch geguckt, gibt es da große Unterschiede. Aus Blickwinkel Kindeswohl, würde ich mich da eher zurückhalten. Also da schließe ich nicht aus, dass auch bei Eltern, die "kontrollierter" gebrauchen können über einen längeren Zeitraum, das Kindeswohl nicht dennoch gefährdet ist, gerade auch was emotionale Vernachlässigung angeht, Bindungsverhalten etc. Da muss man - meines Erachtens nach - mit zwei verschiedenen Brillen gucken. #00:53:51-4#
- 33 I: Und wenn wir nochmal aus dieser suchtttherapeutischen Brille gucken: Gibt es da Kriterien, die sie aufhorchen lassen, wo Sie denken, 'nein, derjenige kann einfach mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr gut für sein Kind sorgen', bspw. täglicher Konsum oder eine bestimmte Konsummenge oder...? #00:57:22-3#

- 34 B: Also Konsummenge finde ich schwierig, weil das auch mit vielen Klienten ist es schwierig / oder eher dann Signal, wenn es so gar keine Anhaltspunkte gibt, wie viel konsumiert wird. Zweiter Punkt ist, den ich bisher ganz ausgeklammert habe, ist ein exzessiver Mischkonsum, also wo auch viel getrunken wird (unv.). Thema Alkoholvergiftung oder Beschreibungen dann, wo sich mir aufdrängt, dass es sich dabei um eine gehandelt haben muss. Ausgeprägter Cannabisgebrauch noch mit da ist und dann eigentlich - wenn man jetzt durch die Suchttherapeutenbrille guckt - wenn Frauen zum Beispiel, nicht in der Lage sind, während einer Schwangerschaft eine Abstinenz einzugehen oder zu halten. Es gibt durchaus viele, die das hinkriegen, aber auch viele andere, die das nicht schaffen. Täglicher Konsum, was sie jetzt gerade angesprochen habe, wäre für mich definitiv auch ein Signal oder ein Kriterium, dass dort im Sinne von Kindeswohl viel im Argen liegt. Ein Fakt, der wenn er denn für uns erlebbar ist - in der Regel kommen die dann nicht zu uns in die Beratungsstelle - wäre aber für mich - wenn ich jetzt auch nochmal, es ist schon die Suchttherapeutenbrille im Sinne von Kenntnis Suchterkrankung, oder gerade auch Crystalgebrauch, was macht das mit dem Menschen aber eher auch noch (unv.) - da drängt sich die Perspektive, wenn ich jetzt im Kinderschutz arbeiten würde, auf, ist, wenn psychotische Erlebensbilder da sind, also psychotische Zustände. Also da würde ich definitiv sagen, die nicht. Auch neben dem, dass wenn Eltern oder Menschen in einer Psychose sind, was das mit dem Kind macht, rein gefühlsmäßig, aber auch was Einschätzung von Gefahren angeht, sozialer Rückzug, Isolation und und und. Was auch immer sich für Gedanken mir vielleicht sich in einer Psychose aufdrängen, was ich dann mit meinen Kindern so veranstalte. Also da würde ich definitiv auch sagen, ja auch als direkter Effekt im Sinne von 'ich konsumiere Methamphetamin was passiert dann mit mir und was heißt das für mich als Mutter oder Vater'. Also psychotische Zustandsbilder würde ich da auch als Signal werten. #00:57:40-4#
- 35 I: Diese Einschätzung, die Sie gerade getroffen haben, aus sozusagen der suchttherapeutischen Seite, gibt es da Ihrer Meinung nach noch andere Faktoren, außer dem Suchtmittelkonsum, die sozusagen diese Situation verschärfen, also bspw. dealen oder die Ausgestaltung des sozialen Netzes oder Anbindung an das Suchthilfesystem, alleinerziehend? Gibt es da Faktoren, wo Sie sagen, die machen es vielleicht noch kritischer? #00:59:49-8#
- 36 B: Ja, definitiv. Und zwar die Risikofaktoren, die generell für ein erhöhtes Auftreten an problematischen Entwicklungsbedingungen für Kinder geknüpft sind, wie eben alleinerziehende Eltern, Trennung und Scheidung, Gewalt, ungünstiger Erziehungsstil oder Erziehungshaltung, ein niedrigeres Bildungsniveau - ich scheu mich immer etwas, das auszusprechen, es ist aber dennoch so - dann Abhängigkeit von sozialen Sicherungssystemen, Arbeitslosigkeit, Armut, beengte, schwierige Wohnverhältnisse, in der Regel in Stadtteilen, die sich immer dadurch auszeichnen, dass sie eben doch durch ein sehr geringes soziales / also durch viele Menschen geprägt sind, die einfach arm sind, die im Bezug von Arbeitslosengeld zwei sind und und und. Mehrkindfamilien. Also wo diese Kumulation derartiger Risikofaktoren, was ja auch gut beforscht und belegt ist, dass eben da die Entwicklungschancen für Kinder generell oder Teilhabechancen an der Gesellschaft schwieriger sind. Dass das schon in erhöhtem Maße bei den Eltern, mit denen wir zu tun haben, der Fall ist. Dass auch biografisch gesehen, bei vielen Eltern, mit denen wir arbeiten, die sind selbst Kinder suchtkranker Eltern, in der Regel aus - wenn sie von suchtkranken Eltern Kinder sind - von alkoholabhängigen Eltern, die auch häufig Opfer von innerfamiliären Gewalttaten geworden sind. Bei vielen selber als Kinder Heimaufenthalte wechselnd zwischen mal zu Hause und mal im Heim, mal zu Hause, mal im Heim. Viele

auch mit einer alleinerziehenden Mutter mit wechselnden Partnern groß geworden sind. Also die einfach dieses Thema Transgenerationalität oder auch Transmission - je nachdem wie man das nennen will - ist dort definitiv auch ein großes Thema. Was so im Sinne als Auftrag an Hilfesysteme, an Prävention und und und, kann man das - meines Erachtens nach - bei den Familien, mit denen wir aktuell arbeiten, die jetzt die nächste Generation - so zu sagen - hervorbringen, die mit einer Vielzahl an Risikofaktoren umgehen lernen muss oder sich damit auseinandersetzen muss, würde ich sagen, dass dort ganz viele äußere Bedingungen, die wo der Substanzkonsum an sich möglicherweise erst mal eine Folge ist oder ein Begleitsymptom oder wie auch immer das dann schon zu werten ist. Dass da viele äußere Faktoren sind, die gerade - meines Erachtens nach - in der Suchttherapie oder unter der suchttherapeutischen Brille - so erlebe ich das hier und da - unterschätzt werden und da eher gut ist, den Sozialarbeiter immer mal wieder rauszuholen. Einfach um zu gucken, was gibt es auch für soziale Verursachungsfaktoren, die nicht im Individuum liegen oder auch nicht "nur immer Biografie". Sondern gerade, was eben gerade so die Veränderung der Verhältnisse, wie muss ein Kindergarten gestaltet sein, bestenfalls, für ein Kind aus derartig belasteten Lebensverhältnissen. Oder dass ein Kind grundsätzlich - meines Erachtens nach - aus einer suchtkranken Familie, die gehören - meines Erachtens nach - immer in den Kindergarten, solange es geht. Das ist einfach was / Was sind für Ressourcen in einer sozialen Umwelt da noch schaffbar. Die sind - meines Erachtens nach - da. Es wird aber auch oft immer noch unterschätzt, wie die einzusetzen sind, bis hin zur Veränderung von Wohnverhältnissen. Was wäre die Anforderung an gutes Quartiersmanagement, um bestimmte Stadtteile auch zu verändern. Das fällt mir nach wie vor auf, auch bei der Diskussion 'ob suchtkranke Eltern gute Eltern sind - ja, nein', dass soziale Verursachungsfaktoren, die Verhältnisse, in denen die nun mal leben müssen, mit denen der eine sich ebenso arrangiert und der andere ebenso arrangiert, dass das / Das war zwischenzeitlich - meine ich - mal anders, aber das gerät gerade wieder ein Bisschen in den Hintergrund - habe ich den Eindruck. Diese Zusammenhänge einfach und Wechselwirkungen auch gut in den Blick zu stellen, sondern das mehr wieder diese individuumszentrierten Perspektiven eine Rolle spielen. Was aber für Sozialarbeit - finde ich - nicht ausreicht. #01:00:16-9#

37 I: Sehen Sie im Dealen einen besonderen Risikofaktor und wenn ja, warum? #01:04:28-5#

38 B: Naja, das ist insofern ein Risikofaktor, weil dadurch - also zumindest sind das meine Kenntnisse - Handel findet klassischer Weise in der Wohnung statt oder im privaten Bereich, weniger offen oder halbverdeckt auf Straßen. Dass da natürlich ein anderer Publikumsverkehr herrscht und dass viele Bezugspersonen, also viel Unruhe, (unv.), viele komische Erwachsene, aus Sicht von einem Kind möglicherweise, da den Alltag immer wieder mitfrequentieren. Dass Störungen mitten in der Nacht sind, dass es zu verbalen Auseinandersetzungen kommt, wenn man sich beim Handel nicht einig ist und und und. Bis hin - aber das ist etwas, was ich nur vermuten kann - ich habe Kenntnis davon, dass natürlich auch in ZY, wie in anderen deutschen Städten, eben auch Crystal hergestellt wird. Wer herstellt, handelt auch. So kurz würde ich die Kette jetzt mal setzen und dass da definitiv, wenn in einer Wohnung natürlich hergestellt wird und dort Kinder auch anwesend sind, was / Ich habe das bei einem Fall vermutet. Das Kind ist mittlerweile schon lange in Obhut genommen und lebt schon lange nicht mehr bei der Mutter. Wo ich es aber wiederum von anderen weiß - da ist ZY provinziell genug, um das gut mitzukriegen - dass dort auch hergestellt worden ist, dass natürlich / Ja, es ist massive Gefahr für jeden, der ja in der Wohnung oder in dem Haus oder wie auch immer in diesen Räumlichkeiten sich befindet, wo Crystal gekocht wird. Dass das natürlich ein enormes Unfall- und Gesund-

heitsrisiko für die Kinder darstellt. Einmal aufgrund der Chemikalien, die dort sind, aufgrund des Herstellungsvorganges und und und und. Ich würde das jetzt weniger unter der Perspektive kriminelles Handeln werten. Das hat aber eher etwas - glaube ich - mit der Suchttherapeuten-Sozialpädagogen-Position etwas zu tun, dass da bei mir / Es würde sicherlich ein Familienrichter oder ein Polizist, wenn man das herstellt oder mit Betäubungsmitteln auch handelt, dass das natürlich auch als ein kriminelles Handeln oder Verhalten beurteilt werden kann und natürlich Risiken birgt, wenn Kinder dort in irgendeiner Form mit dabei sind. Bis hin, dass natürlich auch - das kommt mir jetzt gerade noch so - so unförderliche soziale Verhaltensweisen natürlich auch früh da gelernt und abgesehen werden. Aber ob das dann mehr bezogen auf den Drogenhandel eher negativ ist oder eher so etwas wie man bezahlt keine Rechnungen, man entschuldigt sich nicht für Termine, man sagt nicht ‚guten Tag‘ und ‚auf Wiedersehen‘, man schnauzt andere Menschen an, man geht klauen, wenn man nichts hat. Da würde ich eher sagen, dass das ein Modelllernen ist, was da definitiv stattfindet und nicht unbedingt sozial förderlich oder erwünscht ist. Das würde ich da eigentlich als ein Risiko sehen. #01:04:45-8#

39 I: Eine letzte Frage habe ich noch. Die habe ich Ihnen aber vorab nicht zur Verfügung gestellt. Dennoch möchte ich die an Sie richten: Welche Empfehlungen können Sie für Helfer aussprechen, die mit dieser Klientel arbeiten und wo eben auch Kinder im Haushalt sind? #01:07:35-1#

40 B: In erster Linie ist sich Wissen über die Substanz anzueignen und zwar kritisches Wissen. Mythen und Wahrheiten ist bei Drogen immer das Thema. Kritisches Wissen meine ich dahingehend: ich glaube, dass durch das, was gerade in den letzten zwei oder drei Jahren durch Medien propagiert wurde, dass die alle aussehen wie "Monster" und keine Zähne mehr hätten und die Haut ganz schlimm verändert wäre, dass das - meines Erachtens nach - viel zu sehr in den Fokus gestellt worden ist, wie die äußerlich aussehen können. Die wenigsten, die ich kenne, sehen so aus (unv.) so aussehen. Das heißt, das ist kein guter Ratgeber, daran festzumachen, ob man daran denken könnte, wenn ich als SPFH z. B. in einer Familie bin und dort Unstimmigkeiten merke oder ein Gefühl habe, permanent nur Feuer zu löschen und wenn man gerade irgendwie ein stabiles Arbeitsklima entwickelt hat, dann kracht das alles wieder zusammen. Das ist so das, was die Kollegen der SPFH-Sucht zurückmelden, wenn sie mit Familien längerfristig arbeiten. Dass man weggeht, von dieser Außenorientierung, was kann ich denn wahrnehmen, sondern eher dort Verhalten zu beobachten und in diesen Kontext zu stellen und sich zu trauen, das auch zu denken, es könnte auch Crystal sein. Das merke ich, da gibt es eine ganz große Unsicherheit und ganz große Zurückhaltung bei Kolleginnen und Kollegen in den sozialpädagogischen Familienhilfen, sicherlich mit guten Gründen. Jedoch im Sinne von Kindeswohl und Kinderschutz und auch um Hilfeprozesse - meines Erachtens nach - nicht-das ist eine ziemlich derbe Wertung, aber ich erlaube die mir trotzdem mal - nicht sinnlos in die Länge zu ziehen. Ich glaube manchmal, dass das Instrumentarium sozialpädagogische Familienhilfe - was ich einfach sehr oft jetzt erlebe bei den Familien - dass das ganz sehr Grenzen hat, um langfristig angemessen einer suchtbelasteten Familie zu helfen. Weil dort - für mich - immer noch an erster Stelle stehen würde, mit Eltern eine Veränderungsmotivation aufzubauen und sich auf den Weg zu machen, eine abstinenten Lebensweise zu entwickeln, sprich bestenfalls eine Therapie zu machen. Weil diese Schwankungen, Vernachlässigungen etc., was ja so Auftrag ein Stück weit der Familienhilfe ist, nämlich dort Stabilität reinzubringen, eine Tagesstruktur, wie gestalte ich ein Morgenritual oder Abendritual etc., also Stärkung Erziehungskompetenzen. Das wird - meines Erachtens nach - auf Dauer nicht funktionieren, wenn weiter konsumiert wird, weil das eine das

B.1 Interview I – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle A

andere eigentlich immer wieder auffrisst - meines Erachtens nach - mit dem Effekt, der da passieren könnte, dass Hilfen sehr lange gehen, dass Familienhelfer sich auch - meines Erachtens nach - sich hier und da - bei Gott nicht alle - aber ich beobachte, dass die sich durchaus auch gut zum Co machen in der Familie. Auch viele Versorgungseingänge zum Teil dort abgedeckt werden, dass Kindeswohlgefährdungen auch zum Teil gedeckelt werden bzw. auch nicht als solche erkannt werden, wenn es nicht wirklich - jetzt mache ich es mal ganz drastisch und salopp - wenn es nicht wirklich der feuerrote Hintern beim Säugling ist. Und dass diese Dynamiken, wenn ich Crystal konsumiere, dass das was macht mit Verhalten, Wahrnehmen, Denken, Handeln, Fühlen und wie wirkt sich das in der Interaktion mit Kindern aus. Da gibt es einfach gut Nachholbedarf an Wissen. Den würde ich zuerst schulen wollen. Das ist jetzt auch nicht so, dass da ja noch nichts passiert ist. Aber ich merke immer wieder, da kann man noch gut was tun. Und das andere ist eigentlich nochmal eine ganz andere Ebene. Ich glaube, dass das Hilfesystem oder die verschiedenen Hilfesysteme an sich, gut aufgebaut sind. Was ich vorhin schon mal sagte ist - meines Erachtens nach - in Bereichen der Jugendhilfe sind die Finanzierungen - meines Erachtens nach - nicht seriös. Wer nach Fachleistungsstunden arbeiten muss, muss anders arbeiten als derjenige, der pauschal finanziert wird. Das ist so die Denkrichtung, die ich da habe. Also ein paar kleine Träger, die haben - meines Erachtens nach - wirtschaftliche Zwänge, bestimmte Hilfen vielleicht auch länger aufrecht zu erhalten als vielleicht gut ist - Unterstellung, behaupte ich. Das andere ist, dass die Versorgungssysteme, Jugendhilfe und Suchtkrankenhilfe, fachlich sicherlich - so kann ich das zumindest für die Stadt wahrnehmen - sich annähern, gleichberechtigter begegnen und versuchen, abgestimmte Hilfen mit einander zu stricken, dass aber die Sozialgesetzgebung dazu gar nicht zusammenpasst. Eigentlich ist das eine Aufgabe für die Politik, an der Stelle etwas zu verändern. Also dass das nicht bloß / Wenn eine Frau in die Beratungsstelle kommt und sagt, 'ich möchte gerne Therapie machen', habe ich rein vom Gesetz her ja den Auftrag, ich beantrage für eine suchtkranke Frau eine Therapie. Ich kann aber keine Therapie beantragen für eine suchtkranke Familie oder gar für eine suchtkranke Mutter im Sinne von 'was braucht die, um ihre Erziehungskompetenzen besser wahr zu nehmen, um Mutter-Kind-Interaktion zu verbessern' etc. Und dass das eigentlich - meines Erachtens nach - eine Standardversorgung werden sollte in stationären Therapien bis hin, dass eben Kinder auch standardmäßig Behandlungskinder sein sollten und nicht "nur Begleitkinder". Ich finde das eher / Dass die Versorgungssysteme für diese Zielgruppe hin verändert werden müssten und das fängt für mich dabei an, dass man Finanzierungsgrundlagen schafft, die es im Rehabilitationsbereich für Familie in der Form nicht gibt. Also das fände ich - von oben drauf geguckt, so zu sagen - ganz, ganz wichtig. #01:07:50-0#

- 41 I: Vielleicht nochmal Handlungsempfehlungen für, ich sage mal, konkrete Personen, also konkret den Helfer, der als Suchtberater mit solch einer Familie arbeitet und vielleicht weniger von der politischen Ebene gesehen? #01:13:42-9#
- 42 B: Das sind Basics. Also die Haltung ist (unv.) Auf die Seite kann man nochmal gucken. Es ist natürlich auch so, wenn ich eine klare Position habe, was mit den Kindern ist und dass ich auch sage, die brauchen anwaltschaftliche, partnerschaftliche Hilfe usw. Die andere Seite ist natürlich, dass mir sehr wohl bewusst oder uns sehr wohl bewusst ist, dass diese Eltern mit ganz, ganz viel Stigmatisierung auch zu tun haben, als Rabeneltern beschimpft werden etc., was selbstverständlich für 'ich verändere etwas in meinem Leben' in keiner Form hilfreich ist. Sondern ganz klar die Haltung, denen genauso wertschätzend, wie man das dem Alleinstehenden 45-jährigen Alkoholabhängigen auch zugesteht, zu begegnen und immer wieder auch ressourcenorientiert, kompetenzorientiert mit denen zu

arbeiten, dass die eine gute Beziehung mit eingehen können. Weil, wie ich vorhin schon mal sagte, die haben in der Regel - das wissen wir alle - die haben einen guten Grund, warum sie ihre Suchtstörung so entwickelt haben, wie sie sie entwickelt haben. Dass was bei allem Engagement für betroffene Kinder, trotzdem die Eltern immer auf Augenhöhe anzusprechen und als Partner eher zu erleben. Das ist gerade im Projekt 'Picknick' ein gutes Übungsfeld, wenn man da mit Eltern arbeitet und sie eben nicht zu geringerschätzen oder abzuwerten und und und. Das hat ja eher etwas mit Haltung zu tun, als dass ich sage, das hat jetzt speziell etwas mit Crystal abhängigen Eltern oder so zu tun. Sondern dass ist für mich eine Grundvoraussetzung für jeden Menschen, der in die Beratungsstelle kommt. Diese Eltern wollen genauso gute Eltern sein wie alle anderen auch und sind genauso ansprechbar als Eltern, im Sinne von das gemeinsame Interesse ist das Wohl des Kindes. Manchmal haben sie nicht ganz so den Zugang, aber grundsätzlich haben die das trotzdem innerlich. Ich habe es noch bei keinem Elternteil, die mit Kindern zusammengelebt haben oder auch wenn die Kinder rausgenommen werden, erlebt, dass denen das egal gewesen wäre, in keiner Form. Die leiden. Es ist eine ganz tiefe psychische Krise für unsere Mütter und das nehmen die durchaus sehr wahr, was da auch passiert usw., wenn das Kind in Obhut genommen wird. Also es ist nicht so, dass die Substanz dann bewirkt, dass denen das scheißegal wäre. Also das habe ich noch nicht beobachtet, in keiner Form. Genauso gute Eltern sein, wie alle anderen - die sind natürlich auch so verletzbar und kränkbar wie alle anderen Eltern auch. Wenn man sich als Mutter oder Vater auf den Schlipps getreten fühlt, weil irgendjemand der Meinung ist, man macht etwas verkehrt, dann reagiert man auch entsprechend und das machen unsere Eltern natürlich auch. Und das nochmal unter Substanzeinfluss. Ich glaube, da sollte man einfach sehr achtsam sein und sehr wertschätzend und sehr auf Augenhöhe begegnend, wie man das bei anderen eben auch macht. Ich glaube, da lohnt es immer - uns ging es zumindest so; uns heißt, meine Kolleginnen im Team und mir, die nun mal verschiedene Anteile und Rollen mitbringen, u.a. auch das eigene Muttersein im privaten Bereich - diese Haltung haben wir uns über die Jahre auch gut erarbeitet durch viel Supervision, viel Selbsterfahrung und und und. Um da gut zu sitzen und ich darf jetzt behaupten - für die Kolleginnen und mich und auch für die Kollegen - dass wir da mittlerweile - also zumindest erleben wir - dass wenn Klienten zu uns kommen, dass die in der Regel ganz gut in Arbeitsbeziehungen mit uns gehen können. Auch wenn wir z. B. im Sinne des Kinderschutzes eine Meldung an das Jugendamt machen, dass - wir hatten auch immer die Befürchtung, dann heißt es, wir würden unsere Klienten "verpfeifen", wo sich ja die Drogenhilfe und Suchtkrankenhilfe auch lange gut in Abstinenz bewegt hat - diese Erfahrung haben wir noch kein einziges Mal gemacht, dass uns dadurch ein Klient weggebrochen wäre oder draußen "rumerzählt" werden würde, 'da kannst du nicht hingehen, die verpfeifen die Kinder'. Wir gehen einfach sehr transparent damit um, wenn Eltern zu uns kommen. Ich behaupte, dass es damit etwas zu tun hat, mit der Haltung, mit der wir denen begegnen, dass die sich ernst genommen fühlen, dass die sich wertgeschätzt fühlen und eben dieses gemeinsame Interesse in dem Moment, nämlich, dass es dem Kind gut gehen soll. Darauf können sich viele einfach sehr gut einlassen. Das ist so die Erfahrung einfach auch so der letzten Jahre. Das war ein richtig langer Prozess. #01:13:58-3#

- 43 I: Sie haben mir nun eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe? #01:18:40-9#
- 44 B: Meines Erachtens nach, nicht. Vielleicht ein Zusatz noch - das ist aber mein eigenes inneres großes Engagement - ist, dass ich zumindest für den Bereich Sachsen, in dem wir jetzt hier so unterwegs sind - meines Erachtens nach - der ganze Bereich Drogen und

B.1 Interview I – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle A

Schwangerschaft, Crystal und Schwangerschaft etwas ist, was noch am meisten brach liegt, im Sinne von dass dort mit dem Ziel, frühzeitig Schwangere in Kontakt und Hilfen zu bringen, bestenfalls dass die bereits in der Schwangerschaft den Konsum aufgeben können, sich stabilisieren können, gut mit ihren Kindern nach der Geburt zusammenleben können. Dass da eine Perspektive ist und nicht dieses erneute Scheitern, möglicherweise, stattfindet und und und, sowohl im Interesse der werdenden jungen Mutter, natürlich aber auch ganz sehr im Interesse des werdenden Kindes, um sämtlich Risiken abzumildern. Dass dort - meines Erachtens nach - da ist zumindest in dem Teil hier, den ich einschätzen kann, da ist völliges Brachland. Dass dort definitiv Nachhole- und Nachbesserungsbedarf ist. Ich kenne 'Start mit stolpern' (unv.), was, glaube ich, auf Opiat abhängige Schwangere abzielt (unv.). Wir haben jetzt 'frühe Hilfen' und es gibt theoretisch Familienhebammen und und und, wo aber - meines Erachtens nach - der Suchtbereich viel zu wenig involviert ist und zumindest für unsere Stadt die Strukturen auch bei weitem noch nicht so etabliert sind, wie es vielleicht sein soll im Sinne dieses Gesetzes oder der Gesetze im Sinne der frühen Hilfen. Also da ist noch viel zu tun. Bis hin, die Weiterentwicklungen im System der Suchtkrankenhilfe im Sinne von Familienorientierung - mein größter Wunsch ist z. B. immer ein betreutes Wohnen für Mütter mit Kindern. Ich weiß, dass es das gibt. Aber ich weiß, dass es das in unserer Region auch nicht gibt. Und dass dort eigentlich so ein spezialisierter Bereich, v.a. im nachstationären Bereich, spezifische suchtttherapeutische Hilfen, die so Nachsorge, aber nicht im Sinne von ambulante Nachsorge: Person XY geht mal zu einer Einzelstunde oder Gruppenstunde über einen Zeitraum X in eine Beratungsstelle, sondern wirklich gezielt für Familie, wo so dieser Nachsorgebereich nochmal vollumfänglicher abgedeckt wird. #01:18:49-0#

45 I: Darf ich Sie später nochmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews noch Fragen entstehen? #01:21:27-2#

46 B: Das können Sie gerne machen. #01:21:32-6#

47 I: Dann möchte ich mich an der Stelle sehr bedanken für Ihre wirklich ausgiebige Zeit, die Sie jetzt hier investiert haben und für Ihre Auskunftsbereitschaft und dass Sie Ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben. Das ist wirklich sehr aufschlussreich. #01:21:48-2#

B.2 Interview II – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle B

Interviewpartnerin arbeitete seit 2009 mit methamphetaminkonsumierenden Eltern, hauptsächlich vermittelt über das Jugendamt. Datum des Telefoninterviews: 10.06.2015, Dauer: 34:48 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Mein Name ist Theresa Miegel. Seit zweieinhalb Jahren arbeite ich in der Suchtkrankenhilfe und seit April 2014 mit Unterbrechung in der Suchtberatungsstelle XY. Seit 2012 studiere ich an der Katholischen Hochschule Köln den Master Suchthilfe und schreibe aktuell meine Masterthesis zum Thema: Elternschaft unter Methamphetamin. In diesem Rahmen führe ich Interviews mit Fachkräften und betroffenen Eltern durch. Sie wurden als Experte für dieses Interview ausgewählt, weil Sie in Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit mit methamphetaminkonsumierenden Eltern gearbeitet haben. Im Folgenden möchte ich einige Fragen zu dieser Klientel und Ihren Erfahrungen in der Arbeit mit dieser an Sie richten. Ich freue mich sehr, dass Sie sich und Ihre Erfahrung hierfür zur Verfügung stellen. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet. Alle Ihre Angaben werden jedoch anonym behandelt. Lediglich Ihre Profession wird aufgeführt. Das Tonband wird nach der Verteidigung der Masterthesis vernichtet. Sie haben bei jeder Frage auch die Möglichkeit, keine Angaben zu machen. Haben Sie noch Fragen? #00:02:49-1#
- 2 B: Okay. #00:03:26-0#
- 3 I: In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig? #00:03:29-9#
- 4 B: Ich arbeite in der Suchtberatung in ZY (Sachsen) und bin dort als Suchttherapeutin tätig. #00:03:33-3#
- 5 I: Bitte benennen Sie Ihre Funktion dort und beschreiben Sie Ihr Aufgabenfeld. Wo entstehen Berührungspunkte mit methamphetaminkonsumierenden Eltern? #00:03:38-5#
- 6 B: Ich bin als Suchttherapeutin in der Beratungsstelle tätig und meine Aufgaben sind zu Beraten und zu Betreuen, wenn Hilfesuchende zu uns kommen – sowohl Angehörige als auch Betroffene. Berührungspunkte bestehen vor allem darin, wenn das Jugendamt zu uns kommt, weil es aufmerksam geworden ist auf Drogen konsumierende Eltern. Es sind meistens auch Eltern. Es ist weniger, dass das Jugendamt zu uns kommt, weil die Kinder konsumieren und die Eltern Rat suchen. Das haben wir ganz selten. Es ist eher so, dass die Eltern konsumieren. Wenn das Jugendamt davon erfährt, kommt es zu uns und bittet darum, dass wir zum einen Drogenabstinenznachweise für das Jugendamt machen, damit dieses weiß, dass die Eltern clean sind, Kinder in der Familie verbleiben und Hilfeangebote offeriert werden können. Andererseits bieten wir dann Beratung und Betreuung im Sinne einer ambulanten Behandlung an. Die Eltern kommen dann regelmäßig zu Einzelgesprächen oder Gruppengesprächen hierher bzw. wir schauen mit diesen, ob es sinnvoll ist, eine stationäre Therapie zu beantragen, mit den Kindern zusammen. Das heißt, wenn Eltern beim Jugendamt auffällig werden, müssen diese in irgendeiner Form nachweisen, dass sie etwas an ihrem Verhalten ändern. Dann kommen die Eltern eben zu uns in die Beratungsstelle und müssen ihrerseits den Nachweis erbringen, dass die etwas tun. Es gibt Hilfepläne, die geschrieben werden. Da wird ganz konkret festgelegt, welche Anforderungen das Jugendamt an die Betroffenen stellt. Da werden meistens auch Schweigepflichtsentscheidungen unterschrieben, so dass wir uns auch untereinander austauschen

- können. Mitunter kommen auch die Familienhelferinnen mit dazu bzw. noch andere Beteiligte, mitunter auch Angehörige, die auch mit eingebunden sind. Das heißt nicht, dass untereinander jeder für jeden eine Schweigepflichtsentbindung hat, aber dass man sich auch im Notfall verständigen kann, wenn irgendetwas völlig auffällig ist oder daneben läuft. So werden wir überhaupt auf konsumierende Eltern aufmerksam. Es ist seltener, dass die Eltern direkt zu uns kommen. Das ist sehr selten, gibt es aber auch. Mitunter sind das die Partner, wenn die Frauen Druck machen. #00:03:48-8#
- 7 I: Treffen Sie ausschließlich in der Beratungsstelle auf die Eltern oder gibt es noch andere Settings, wie Hausbesuche? #00:06:28-9#
- 8 B: Ja, wir treffen uns zu Hilfeplänen mitunter auch im Jugendamt oder manchmal auch zu Hause. Wir machen auch Hausbesuche und teilweise auch Behördengänge, wobei die Behördengänge oft auch von den Familienhelferinnen übernommen werden. Es sind also meistens auch Familienhelfer mit am Start. Wenn das Jugendamt irgendetwas in dieser Richtung erfährt, ist das Beratungsangebot immer sehr groß, weil natürlich das erste Bestreben immer ist, das Kind in der Familie zu lassen. Das Jugendamt ist dann sehr bemüht, eine Veränderung in der Familie vorzunehmen, damit das Kind bei den Eltern verbleiben kann und damit sich da auch was tut. #00:06:35-6#
- 9 I: Wie lange arbeiten Sie schon mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und ggf. auch mit deren Kindern? #00:07:20-0#
- 10 B: Mit Methamphetaminkonsumierenden selbst arbeite ich seit, ich denke 2009 oder 2010. Das war die Zeit, wo das wirklich auch verstärkt in der Beratungsstelle bei uns aufgetreten ist und wo das mit den Opiatkonsumenten auch weniger wurde. Zurzeit habe ich gar keinen Opiatkonsumenten mehr. Wir haben, glaube ich, in der Beratungsstelle noch ein paar Altfälle, aber mehr ist das eigentlich nicht mehr. Da gibt es keine Neuaufnahme bei den Opiatkonsumenten, schon seit ein oder zwei Jahren nicht mehr oder sogar länger. #00:07:25-7#
- 11 I: Arbeiten Sie auch in irgendeiner Form mit den Kindern? #00:08:08-8#
- 12 B: Nein, das ist nicht mein Aufgabengebiet. Dafür habe ich keine Profession. Ich arbeite mit den Eltern. Mitunter kommen die Kinder auch mit zu Einzelgesprächen oder auch mit zur Gruppe, weil das manchmal mit der Kinderbetreuung gar nicht anders funktioniert. Ich selber arbeite nicht mit den Kindern. #00:08:11-7#
- 13 I: Im Folgenden möchte ich gern mehr über Ihre Erfahrungen mit methamphetaminkonsumierenden Eltern herausfinden. Deshalb die Frage: Haben Sie jemals Eltern im intoxikierten Zustand, also unter Einfluss von Methamphetamin, erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei diesen durch den Konsum wahrgenommen haben. #00:08:34-0#
- 14 B: Ja, ich habe Eltern unter Einfluss von Drogen erlebt. Wie ich das jetzt beschreiben würde / Zum einen sind diese sehr hibbelig, labernd, die erzählen sehr viel und sind unruhig. Die wirken nicht völlig neben der Spur. Das habe ich zwar auch erlebt, aber die Regel ist eher, dass die sehr hibbelig sind, sehr aufgedreht und eigentlich auch nicht still sitzen können. Mitunter schwitzen die sehr stark. Einmal habe ich eine erlebt, da war die Tochter aber schon in der Pflege bei der Mutter, die hatte – das habe ich so noch nie

gesehen - eine ganz stark ausgeprägte Spastik gehabt unter Konsum. Das war ganz, ganz heftig. Die ist einfach rumgelaufen wie ein Spastiker. #00:09:10-7#

- 15 I: Können Sie Veränderungen in der Persönlichkeit beschreiben, wenn die Eltern intoxikiert sind? Ist Ihnen da etwas aufgefallen? #00:10:19-8#
- 16 B: Sie wirken zum Teil sehr oberflächlich. Aber so direkt in der Persönlichkeit / Ich selber kann es nur in dem Sinne beschreiben, dass, wenn die clean sind, sie sich besser auf das Gespräch einlassen können und da auch tiefgründiger sind, sich mehr beteiligen, zuverlässiger sind und auch mehr am Thema arbeiten. Währenddessen, wenn die konsumieren, ihnen vieles egal ist. Die kommen dann entweder gar nicht oder viel zu spät oder einen Tag später. Die sind dann auch eher unzuverlässig und teilweise anteilnahmslos, dass das gar nicht ankommt, was man da / Ich denke so ein richtiges Arbeiten ist mit denen einfach nicht möglich. Aber es fällt eben erst hinterher auf, wenn es eben auch anders geht. Von der Persönlichkeit her, in wie weit die sich dann verändert, kann ich nicht sagen, weil ich die nicht von vorher kenne. Ich denke, dass können die Betroffenen, also die Angehörigen, ganz anders beschreiben. Viele Angehörige beschreiben eben diese emotionale Kälte. Die sagen eben, da kommt gar nichts mehr rüber. Das merkt man aber wahrscheinlich auch vielmehr im direkten Kontakt, im Miteinander, als ich hier in dieser Stunde im Beratungsgespräch, wo man eh fremd ist. Ich denke, das ist schon nochmal ein Unterschied, aber die Angehörigen beschreiben das ganz oft und empfinden das eigentlich auch mit als das Belastenste. #00:10:31-4#
- 17 I: Haben Sie intoxikierte Eltern in Interaktion mit ihren Kindern erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte die positiven und negativen Veränderungen des Elternverhaltens. Was gelang den Eltern unter Methamphetamin möglicherweise besser oder schlechter in ihrer Elternrolle? #00:12:22-0#
- 18 B: Ich habe einmal hier einen Vater erlebt, der mit seiner Tochter da war. Die Tochter lebt eigentlich bei ihrer Mutter und der Vater hat die wahrscheinlich abgeholt, zum Umgang oder so. Da war ich mir ziemlich sicher, dass der konsumiert hat. Der war total hibbelig und fahrig und hier eigentlich auch völlig durch den Wind. Der wollte zu meinem Kollegen. Eigentlich ist das eine Zeit, wo er weiß, dass der da nicht da ist und kommt sonst auch nicht zum Gespräch und klopft jetzt ausgerechnet mit seiner Tochter hier und fragt ob der da ist. Das war alles ein bisschen kurios und der war auch ziemlich durch den Wind. Da bin ich mir schon sicher, dass der konsumiert hatte. Auffällig war, dass die Kleine auf dem Gang hin- und hergerannt ist, wo ich das Gefühl hatte, 'wie kommen denn die zwei über die Straße'? Die Kleine war zwei Jahre alt. Aber da dachte ich, gut, wenn sie sie ihm mitgegeben hat und er bringt sie wieder nach Hause und er jetzt hier nicht geklopft hätte, dann / #00:12:39-5#
- 19 I: Diese Frage können Sie also mit 'Ja' beantworten. Bitte versuchen Sie doch zu beschreiben, wie Sie das Kind erlebt haben, in der Interaktion mit dem intoxikierten Elternteil. #00:13:57-2#
- 20 B: Das Kind war auch unterwegs. Das hat sich auch nicht mit dem Vater beschäftigt, das ist hier auf dem Gang rumgerannt, obwohl das sonst immer neben seiner Mama steht. Vom Prinzip her war das genauso hibbelig wie der Vater. #00:14:11-0#
- 21 I: Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum

können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. #00:14:33-8#

- 22 B: Nein, das denke ich nicht. Ich denke, dass Eltern mit einer gewissen Dosis schon in der Lage sind, ihre Kinder zu versorgen. Wenn der Konsum in einem bestimmten Rahmen passiert, denke ich, dass Eltern schon in der Lage sind, ihre Kinder zu versorgen. Sonst wäre wahrscheinlich - das ist jetzt überspitzt - schon ein Großteil unserer Kinder hier in ZY verhungert. Ich denke schon, dass die in der Lage sind, die Kinder zu versorgen, aber adäquat auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren, denke ich, ist drogenkonsumierenden Eltern definitiv nicht möglich. Die Gefahr ist einfach, dass ein Abhängiger seinen Konsum nicht unter Kontrolle hat und dass das auch mal mehr wird und nicht immer in einem "vertretbaren" Rahmen bleibt, so dass das zum Beispiel nur am Wochenende ist, wenn die Kinder mal bei der Oma sind oder so. Das ist es ja nicht. Die konsumieren ja auch im Beisein ihrer Kinder bzw. wenn die Kinder abends im Bett sind und das ist einfach (unv.) die Gefahr. Je kleiner die Kinder sind, desto mehr Betreuung brauchen die ja auch und desto mehr Einfühlungsvermögen und desto mehr auch, dass die Eltern reagieren. Wenn jemand tagelang munter und hupe ist und dann anfängt in seinen Tiefschlaf zu fallen, kann der natürlich nicht reagieren, wenn der noch einen Säugling zu Hause hat. Oder wenn die auf irgendwelchen Tätigkeiten hängen bleiben. Die wollen zum Beispiel runter zur Nachbarin, sich drei Eier borgen, weil denen einfällt, noch einen Eierkuchen zu machen und die Eier aber nicht im Haus sind. Dann wird das unten konsumiert und der Fernseher läuft, dann kann das auch schnell mal sein, dass die nach vier Stunden wieder hochkommen, aber der Ofen schon an war. Solche Sachen / Das hat zum Beispiel auch eine Klientin beschrieben, dass da der Ofen mal gebrannt hat, weil der Freund vergessen hatte, den Ofen aus zu machen und völlig hupe war, auch mit Kind im Haus. #00:14:41-7#
- 23 I: Wo sehen Sie da in der Fähigkeit, das Kind zu betreuen, zu versorgen, adäquat die Bedürfnisse zu erfüllen, möglicherweise die Grenze? #00:16:58-9#
- 24 B: Bei den Eltern, wo die nicht mehr in der Lage sind? Wenn die konsumieren, denke ich. #00:17:08-3#
- 25 I: Also, unter akuter Intoxikation? #00:17:20-4#
- 26 B: Einmal das und wenn die regelmäßig konsumieren. Ein regelmäßiger Konsum ist, denke ich / Ich denke nicht, dass man mit Methamphetaminkonsumenten, die Kinder haben, dass man da akzeptierend arbeiten kann. Ich denke, dass funktioniert nicht. Da gibt es nur hopp oder top, wenn die das nicht im Griff haben. #00:17:24-0#
- 27 I: Wenn Sie sagen 'regelmäßiger Konsum', können Sie das noch etwas konkretisieren? Wenn ich nur am Wochenende konsumiere, wenn mein Kind bei der Oma ist, ist das ja auch irgendwie regelmäßig. #00:17:51-4#
- 28 B: Zum einen ist, selbst wenn die nur am Wochenende konsumieren, wenn das Kind jetzt meinetwegen bei der Oma ist - wobei das in den seltensten Fällen der Fall ist - haben die ja trotzdem ihre Erholungsphasen nach dem Konsum. Die müssen sich ja trotzdem davon erholen und sind am nächsten Tag dann unausgeschlafen oder müde oder gereizt und einfach noch nicht so gut drauf und freuen sich eigentlich schon auf das Wochenende. Wer jedes Wochenende konsumiert, konsumiert definitiv nicht nur Freitag, Samstag, Sonntag, sondern wird den Konsum auch innerhalb kürzester Zeit auch auf Montag oder

Dienstag ausweiten. Das verschiebt sich dann ganz schnell. Da ist der Blick für die Realität dann nicht lange gegeben. Das ist einfach dann so mit Regelmäßigkeit / Selbst wenn jemand so zwei- oder dreimal im Monat konsumiert, nur alle zwei Wochen konsumieren würde, das ist einfach / Crystal hat ein sehr hohes Abhängigkeitspotential und die Suchtverläufe bei den meisten Klienten oder bei, ich sage mal, 95 bis 98 Prozent der Klienten zeigen einfach, dass die, sobald die in einer Regelmäßigkeit drin sind, innerhalb kürzester Zeit ihr Konsummuster, den gesunden Rahmen, sprengen - wenn es da überhaupt einen gesunden Rahmen gibt. Die konsumieren sehr schnell sehr viel und auch große Mengen. #00:18:02-2#

29 I: Wie würden Sie die Familienatmosphäre für Kinder beschreiben, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben? #00:19:38-7#

30 B: Das ist unterschiedlich. Wie gesagt, es gibt Eltern, die weniger konsumieren, die zum Beispiel konsumieren, um ihren Alltag auch überhaupt auf die Reihe zu bekommen, um sich fit zu machen - früh aufzustehen und den Alltag so mit ihren Kindern überhaupt durchzustehen und zwischendurch ein bisschen Spaß zu haben. Ich denke, manchen gelingt es schon, über einen gewissen Zeitraum ihren Verpflichtungen nachzukommen. Deswegen sind die wahrscheinlich auch eher unauffällig. Ich denke nicht, dass jeder methamphetaminkonsumierende Elternteil hier beim Jugendamt bekannt ist. Das glaube ich nicht. Ich denke, über einen gewissen Zeitraum funktioniert das schon noch. Aber was auffällig ist, dass vieles vergessen wird, weil die Eltern eben auch vergesslich sind, manches auch planlos und chaotisch läuft. Es kann zum einen auch so sein, dass sich die Eltern-Kind-Beziehung eben auch nicht so entwickelt, aufgrund dieses fehlenden Einfühlungsvermögens der Eltern. Diese Bindung, denke ich, ist seitens der Eltern nicht so stark, währenddessen die Kinder natürlich immer mehr danach verlangen. Ich denke schon, dass das eingeschränkt ist. Zum Teil ist das eben auch aggressiv. Oft werden diese Familien ja auch bekannt, weil da irgendwelche Polizeieinsätze in der Nacht sind, weil sich die Eltern untereinander in den Haaren haben oder irgendwelche Typen dann dort mit sitzen und es völlig eskaliert, irgendwelche Ex-Freunde dann dort mit auftauchen oder so. Also zum Teil auch sehr aggressiv und sehr angespannt. #00:19:50-4#

31 I: Wir kommen zum letzten Teil der Fragen. Suchterkrankungen bedeuten aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens, das haben Sie auch schon beschrieben. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? Sie haben diese Fragen schon ein wenig angeschnitten, als Sie sagten, 'wenn Eltern regelmäßig konsumieren, sind die Kinder durchaus gefährdet, weil die nicht mehr gut versorgt sind'. Fallen Ihnen da noch andere Aspekte ein, auf den Konsum bezogen? #00:21:50-9#

32 B: Was auffällig ist bei den meisten (unv.), die konsumieren, ist zum einen, dass die sehr unregelmäßig den Kindergarten besuchen, dass die entweder kommen / Die kommen später oder kommen gar nicht - ganz oft - und völlig unregelmäßig und ohne Vorankündigung. Das heißt die sind da oder sind nicht da. Die haben viele Fehlzeiten, Fehlzeiten in der Schule. Da wird den Hausaufgaben wenig Beachtung geschenkt. Die Kinder werden zum Teil auch oft krank gemeldet, weil die Eltern eben, was weiß ich, keine Lust haben, die Kinder zu bringen oder nicht in der Lage dazu sind, die Kinder zu bringen. Das Essgeld wird oft nicht bezahlt in Kindergärten und Schulen. Die Beiträge werden nicht gezahlt. Termine auf dem Arbeitsamt werden nicht wahrgenommen, wo dann eine Kür-

zung erfolgt. Mit der Kürzung sind ja auch die Kinder betroffen und manchmal steht dann auch bei einer totalen Konsequenz die Krankenversicherung auf dem Spiel. Mitunter ist es auch das Arbeitsamt, welches an das Jugendamt meldet, wenn die sehen, dass da Kinder in der Familie sind und die Eltern den Termin nicht wahrnehmen und Kürzungen erfolgen müssen. Dann informiert ja auch das Arbeitsamt das Jugendamt, dass da eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. Zwar erst einmal aufgrund der finanziellen Kürzungen, aber das ist ja auch immer der Hinweis, wenn ich dem nicht nachkomme, dass da noch andere Sachen nicht funktionieren. #00:22:28-5#

- 33 I: Können Sie tatsächlich, wenn man sich den Konsum anschaut, daran Kriterien festmachen, die darauf schließen lassen, 'das ist jetzt ein besonders problematischer Konsum und der ist für das Kind möglicherweise gefährdend', wie zum Beispiel diese Regelmäßigkeit des Konsums? #00:24:07-4#
- 34 B: Ich denke, das kann man gar nicht so sehr festmachen. Zum einen lassen die Familien gar nicht reingucken. Es wird mir niemand sagen, wie viel er wirklich konsumiert, wenn er konsumiert. Das werden die auch beim Jugendamt nicht angeben. Zumindest sagen die mir das auch nicht in der Zeit, wo die noch konsumieren. Da kommt niemand und sagt 'so und so viel und das bleibt jetzt erst mal so, weil das unbedenklich ist'. Die müssen ja hier schon erst mal die Bemühungen erbringen, zum Beispiel Abstinenznachweise zu tätigen oder eben auch die Beratung in Anspruch zu nehmen. Wenn die hierher kommen, sind ja schon Auflagen da. Ansonsten sind die schon bemüht, da niemanden reingucken zu lassen und dadurch, dass das / Abhängige sind da auch nicht ehrlich. Das ist beim Alkoholiker genauso. Der wird nicht sagen, dass er eigentlich zwei Flaschen Vodka am Tag trinkt und nicht seine drei Bier. Genauso ist das - denke ich - auch bei den Methamphetaminkonsumenten. Die sind da nicht ehrlich. Aufgrund dessen, dass da auch viel gelogen und verheimlicht wird und die sich selber mitunter auch etwas vormachen, denke ich, kann man da gar kein Kriterium festsetzen. Der eine reagiert mit einem halben Gramm am Wochenende so und der nächste reagiert mit einem halben Gramm am Tag ganz anderes. Das ist ganz unterschiedlich. Ich denke, es gibt mit Kindern keinen unbedenklichen Konsum. #00:24:26-4#
- 35 I: Hängt diese Einschätzung 'Gefährdung der Kinder in solchen Haushalten' vielleicht noch mit anderen Aspekten, außer dem Suchtmittelkonsum selbst, zusammen, also möglicherweise psychischen Erkrankungen? Gibt es da noch andere Aspekte Ihrer Meinung nach, welche die Situation vielleicht kritischer erscheinen lassen? #00:25:59-7#
- 36 B: Zum einen, wenn die ihre Wege nicht mehr gehen, wenn dann also die Krankenversicherung das Einkommen nicht mehr abgesichert sind und die Kinder ihrem Tagesablauf nicht mehr nachgehen, also Kindergarten und Schule nicht mehr regelmäßig besucht werden. Das denke ich, ist auf jeden Fall bedenklich. Psychische Erkrankungen nehmen ja bei den Konsumenten auch immer mehr zu. Viele haben einfach auch unter ihrem Konsum Psychosen und Halluzinationen, die drogeninduziert sind. (unv.) #00:26:22-1#
- 37 I: Letzte Frage. Die habe ich Ihnen zwar vorab nicht zur Verfügung gestellt, dennoch möchte ich sie Ihnen stellen: Können Sie Empfehlungen aussprechen für Helfer in der Zusammenarbeit mit dieser Klientel - also gerade wenn Familien vielleicht beim Jugendamt angebunden sind, vielleicht eine Therapie gemacht haben, was dann die Nachbetreuung angeht oder andere Situationen betreffend? #00:27:08-9#

- 38 B: Empfehlungen. Meine Erfahrung ist, dass es gut ist, wenn die Auflagen klar sind und ganz klar definiert wird, was geht und was nicht geht. Das denke ich, ist wichtig für die Betroffenen, damit die einfach auch wissen, woran sie sind. Dann kommen die auch eher in die Spur, als wenn das so unklar formuliert ist. Ich finde auch diese Abstinenznachweise sinnvoll, dass die Klienten auch ihre Abstinenz nachweisen, weil die auch selbst nochmal im Zugzwang sind, gerade wenn die unangekündigt und unregelmäßig sind bzw. wenn das am Anfang auch ganz eng gestrickt ist. Damit wissen die, es ist auch immer wieder eine Kontrolle da. Das denke ich, hält für viele am Anfang die Abstinenz auch aufrecht. Ansonsten finde ich es auch wichtig, auch mit Rückfällen zu arbeiten im ambulanten Rahmen, dass nicht beim ersten oder zweiten Rückfall die totale Konsequenz erfolgt, sondern dass man schrittweise in der Konsequenz vorwärts geht. Beim ersten Rückfall schaut man, was muss noch verbessert, was muss noch verändert werden. Man muss schauen, welche Angebote und Helfer man hier noch mit einplanen kann. Natürlich müssen die Eltern immer mitwirken. Die müssen das auch wollen. Ansonsten, wenn sich alle anderen drehen und die Eltern nicht, macht das gar keinen Sinn. Aber ich denke wirklich, eine Veränderung zu bewirken - zum einen wäre das natürlich eine stationäre Therapie - aber um wirklich etwas zu verändern ist es schon auch notwendig, gerade bei Crystalkonsumenten, auch mit Rückfällen im ambulanten Rahmen zu arbeiten - natürlich nicht dauerhaft. Wenn das die Regel ist, muss man schauen, ob man nicht vielleicht doch einmal Plan B macht, dann also die Herausnahme der Kinder bzw. eine stationäre Therapie. Aber ich denke, es ist immer gut, wenn klar ist, was das Verhalten nach sich zieht. Das ist auch etwas, was vielen Betroffenen, auch in der Zeit des Konsums und mitunter auch vorher, komplett abhanden gekommen ist oder was vielleicht auch nie da war. #00:27:33-6#
- 39 I: Haben Sie Erfahrungen gesammelt, wenn zum Beispiel Eltern eine stationäre Therapie gemacht haben, wie lange die mitunter dann brauchen, um stabil zu werden? Was wäre dann vielleicht auch eine sinnvolle Nachbetreuungszeit, um solche Anbindungen dann auch irgendwann zu lockern? #00:29:59-7#
- 40 B: Stabil, denke ich, sind die - also so wirklich, dass man sagt, stabil in dem Sinne, man muss sich da wenig Sorgen machen bis gar keine - denke ich, das dauert schon ein Jahr, bis die ankommen - auch nach einer stationären Therapie bzw. im ambulanten Rahmen. Wobei, ich denke, dass auch die Chancen im ambulanten Rahmen gut sind. Ich würde das jetzt nicht weniger gut einschätzen, als eine stationäre Therapie, weil man sieht die Dinge mitunter auch vor Ort geklärt, die überhaupt dazu geführt haben. Das setzt aber natürlich auch eine gewisse Willenskraft und Stärke der Betroffenen voraus und auch / Die müssen also auch von der Persönlichkeit ein Bisschen was mitbringen. Gut ist auch immer, wenn da noch Angehörige mit im Boot sind. #00:30:16-9#
- 41 I: Sie haben mir jetzt eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe? #00:31:15-1#
- 42 B: Da ist mir jetzt eigentlich auch nichts eingefallen. #00:31:24-1#
- 43 I: Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews noch Fragen entstehen? #00:31:29-9#
- 44 B: Ja. Ich hoffe, dass ich Ihre Fragen so alle / Ich hoffe, dass ich ein bisschen helfen konnte, dass Sie auch das haben, was Sie wissen wollten. #00:31:34-0#

45 I: An dieser Stelle möchte ich mich recht herzlich für Ihre Zeit bedanken und für Ihre Auskunftsbereitschaft. #00:31:44-1#

B.3 Interview III – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Interviewpartnerin arbeitete seit 25 Jahren mit Kindern ab Null Jahren, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der eigenen Niederlassung. Berührungspunkte mit Methamphetamin bestehen seit drei Jahren, hauptsächlich durch Eltern von Patienten. Datum des Telefoninterviews: 18.06.2015, Dauer: 26:12 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Theresa Miegel. Seit zweieinhalb Jahren arbeite ich in der Suchthilfe. Seit April 2014 bin ich hier an der Beratungsstelle in XY tätig, mit Unterbrechung. An der katholischen Hochschule Köln studiere ich seit 2012 den Master Suchthilfe und aktuell schreibe ich meine Masterthesis zum Thema: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. In diesem Rahmen führe ich Interviews durch mit Fachkräften wie Ihnen aber auch betroffenen Eltern. Sie wurden als Experte für dieses Interview ausgewählt, weil Sie in Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit auch schon mit methamphetaminkonsumierenden Eltern gearbeitet haben und im Folgenden möchte ich einige Fragen zu dieser Klientel und Ihren Erfahrungen mit der Arbeit mit dieser an Sie richten. Ich freue mich sehr, dass Sie sich und Ihre Erfahrungen mir zur Verfügung stellen. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet. Alle Angaben, die Sie machen, werden anonym behandelt. Lediglich Ihre Profession wird in der Masterthesis auftauchen. Das Tonband selber wird nach der Verteidigung der Arbeit vernichtet und Sie haben natürlich nach jeder Frage die Möglichkeit, zu sagen, dass Sie da keine Angaben machen möchten. Soweit klar? #00:00:03-8#
- 2 B: Alles klar, ja. #00:01:10-6#
- 3 I: Ok, dann steigen wir mit den Fragen ein und die erste lautet: In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig? #00:01:11-8#
- 4 B: Ich bin Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in der eigenen Niederlassung. Ich bin seit 25 Jahren Psychologin und arbeite seit 23 Jahren mit Kindern und Jugendlichen. Aktuell arbeite ich hier in der eigenen Praxis mit Kindern zwischen dem nullten, also noch nicht ersten, Lebensjahr bis hin zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Meine älteste Patientin ist 20. #00:01:17-8#
- 5 I: Wo entstehen Berührungspunkte mit methamphetaminkonsumierenden Eltern in Ihrer Arbeit? #00:01:47-2#
- 6 B: Es entstehen da Berührungspunkte, wo entweder Kleinkinder kommen mit Auffälligkeiten im emotionalen, aber auch Entwicklungsbereich. Und wenn Eltern in der Anamnese angeben, dass Sie konsumiert haben, aber inzwischen clean sind, manchmal auch über Jahre hinweg, aber vielleicht in der Schwangerschaft konsumiert haben und dann vielleicht noch mal einen Rückfall hatten. Aber es gibt auch Kinder, die sind ein bisschen älter oder auch bis hin zum Jugendlichenalter, wo Eltern zweitweise konsumieren oder am Anfang der Therapie noch konsumieren oder wo ein Elternteil weiterkonsumiert und das andere zum Beispiel clean ist. Da ist ein kleiner Junge, den ich begleite, wo das zum Beispiel so ist. #00:01:53-3#
- 7 I: Und die Kontakte mit den Konsumierenden oder ehemals konsumierenden Eltern und Kindern finden ausschließlich in Ihrer Praxis statt. #00:02:49-1#

- 8 B: Ausschließlich. #00:02:56-0#
- 9 I: Wie lange arbeiten Sie schon mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und ggf. auch mit deren Kindern? #00:02:58-1#
- 10 B: Ich denke, das ist vielleicht das dritte oder das vierte Jahr, seitdem Eltern aus dieser Klientel auch hier sind. #00:03:03-9#
- 11 I: Im Folgenden möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen mit dieser Klientel wissen. Deswegen die Frage: Haben Sie jemals Eltern im intoxikierten Zustand, also unter Einfluss von Methamphetamin erlebt und wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei diesen, durch den Konsum wahrgenommen haben. #00:03:14-6#
- 12 B: Ja, das hab ich erlebt. Nicht in der großen Häufung. Das habe ich gerade mal so, vielleicht geschätzt, drei bis sechs Mal. Ja, die positiven Veränderungen sind - wenn man das positiv nennen möchte - das ist eher eine Nebenwirkung, die so ein bisschen etwas möglich macht, manchmal, dass eine sehr viel, also dass Eltern sehr viel gesprächiger sind. Sie sind ja oft selber Eltern mit eigenen Traumaerfahrungen oder Beziehungstraumata, die also in der eigenen Geschichte auf ganz verschiedene Art und Weisen verletzt und gestört worden sind und deshalb auch oft Eltern, die, wenn sie nicht konsumiert haben, eher verschlossen sind, denen es schwer fällt, so zum eigenen Kind Zugang zu finden und ins Gespräch zu kommen. Unter Konsum ist es natürlich so, dass die gesprächiger sind, offener. Wobei das in mir immer ein schlechtes Gefühl hinterlässt, ich diese Gespräche sehr, sehr kurz halte, wenn ich es mitbekomme. Es gibt auch zwei, drei Situationen, wo ich es hinterher erst dann erfahren habe, wo ich zwischendurch so einen Anflug hatte in der Wahrnehmung, zu sagen 'hier stimmt etwas nicht', aber es sich nicht in diesem Sinne verdichtet hat, dass ich das Gespräch abgebrochen hätte. Sie sind also gesprächiger. Sie sind offener. Sie sind zur eigenen Anamnese auskunftsfreudiger. Aber es wirkt auf mich wie ein Wissen, das ich erhalte, das ich eigentlich nicht erhalten sollte, vielleicht auch so nicht erhalten würde, wenn sie nicht konsumiert hätten, weil die Beziehung noch gar nicht so weit ist oder weil sie vielleicht nie darüber sprechen würden. Und deshalb breche ich diese Gespräche sehr, sehr recht frühzeitig ab dann auch. Also das ist so ein Wissen, da fühle ich mich auf der ethischen Ebene, auch auf der moralischen Ebene und auf der therapeutischen Ebene nicht gut damit. Das heißt, das weite ich nicht aus so ein Gespräch. Nicht konsumierende Eltern - also in diesem Moment - Eltern, die schon sehr wohl konsumieren, aber nicht genommen haben, die sind natürlich sehr verschlossen, sehr misstrauisch, sehr ängstlich, oft mit der Angst dahinter, dass ihnen die Kinder weggenommen werden, was ja nicht so völlig fern ist. Das macht es auf eine andere Art und Weise schwierig. Die negativen Effekte von Eltern, die konsumiert haben und hier sind, ist natürlich genau dieses: Sie reden, ohne dass sie es mir eigentlich erzählen möchten. Es ist sehr flüchtig. Ich kann mich später nicht darauf beziehen. Es ist sehr schnell. Es ist sehr brüchig, das was erzählt wird. Es flattert an der Oberfläche und ich kann und will es nicht vertiefen in diesem Moment. Also nicht, wie ich sonst therapeutisch arbeiten würde, dass ich vorsichtig und behutsam versuche, einen Zusammenhang zur eigenen Geschichte herzustellen. Das geht in diesem Moment nicht und das will ich auch nicht. #00:03:34-4#
- 13 I: Konnten Sie in diesen Situationen auch Veränderungen auf Verhaltensebene oder in der

Persönlichkeit wahrnehmen, als sie die Eltern intoxikiert erlebt haben? #00:06:39-9#

14 B: Bei den Eltern? #00:06:49-6#

15 I: Ja. #00:06:51-1#

16 B: Ja, dieses Unruhige, Flattrige, sich also quasi so / Also optisch oder schon so vom Habitus kaum auf dem Stuhl sitzen können. Und das Ganze auch dann so auf der Interaktionsebene. Dieses. #00:06:52-2#

17 I: Haben Sie intoxikierte Eltern in Interaktion mit ihren Kindern erlebt? Und wenn ja, beschreiben Sie bitte die positiven und negativen Veränderungen des Elternverhaltens. Also, was gelang den Eltern unter Methamphetamin in der Interaktion mit den Kindern möglicherweise besser oder schlechter? #00:07:13-9#

18 B: Also ich habe das maximal zweimal erlebt. Einmal ganz sicher und ein zweites Mal. Ja, zweimal. So, dass ich dazu nicht wirklich weitreichende Aussagen machen kann. Ich erlebe den Kontakt dann genauso schnell, oberflächlich, manchmal auch ein bisschen demonstrativ, in diesem Moment sich so einlassen wollend, zeigen wollend 'ich bin und kann trotzdem'. Das Kind irritiert auf der einen Seite. Auf der anderen Seite das Kind - an das ich jetzt denke - auch froh darüber, dass der Kontakt jetzt überhaupt ging und war, weil Mama sonst oft, wenn sie dann gerade nicht konsumiert hat oder auch gerade wenn, dass sie dann sehr abwesend ist, dass sie einfach nur auf dem Sofa liegt und das Kind guckt Fernsehen oder dass sie so fertig ist, dass sie sich auch auf das Kind nicht einlassen kann. Also das sind so Kontakte, die pendeln aus meiner Sicht zwischen dem Bemühen 'jetzt will ich und ich will auch zeigen und ich will auch'. Und auf der anderen Seite gibt es kein Einlassen, kein wirkliches Einlassen auf das Kind, kein Spiegeln des Kindes, was ich in der Situation erlebt habe, so dass der Kontakt in dem Kind auch - aus meiner Sicht - nur für Verwirrung gesorgt hat. #00:07:31-3#

19 I: Können Sie diesbezüglich Aussagen treffen zu Versorgung, Pflege des Kindes, Aufsicht, Tagesstruktur? #00:08:38-2#

20 B: Sehr schwierig. Also, in allen Bereichen, das was ich dann durch Dritte oder im Nachhinein oder in der Situation erfahren habe, in einem Bereich von 'das Kind wird schon noch versorgt', von 'es kriegt zu Essen und es wird angezogen' bis hin / Also manchmal auch 'es hat noch irgendwie eine Tagesstruktur', also 'es ist noch irgendwie im Blick'. Also es wird dann höchstens vor den Fernseher gesetzt. Bis hin zu hochgradiger Vernachlässigung, weil Mutter vielleicht auch noch gemixt hat und Kind bis um Elf keine Betreuung erfährt oder bis um Zwölf, weil Mama unterwegs ist oder weil Mama überhaupt nicht in der Lage ist, sich einzustellen oder weil Mama dann gerade mal schläft, weil sie eben über drei Tage schon nicht geschlafen hat und dann aber vielleicht gerade nicht konsumiert hat und dann schläft. Bis hin zu Kindern, die nächtelang quasi mit unterwegs sind mit Eltern, die 1000 Bekannte, Freunde und Bekannte zu Hause haben und feiern. Also die gesamte Bandbreite von 'das ist gerade noch Versorgung' bis hin 'das ist schwer Kindeswohlgefährdend'. #00:08:49-0#

21 I: Können Sie - Sie haben das schon angeschnitten, diese emotionale Reaktion der Eltern auf das Kind im Sinne von 'Beziehungsaufbau', 'Eltern, Mutter als Vertrauensperson - können Sie dazu nochmal was sagen? #00:10:19-9#

- 22 B: Also Kind ist hoch irritiert. Das Kind ist ganz oft parentifiziert. Das Kind muss ganz oft die Kontrolle übernehmen und behalten. Das Kind kann sich von der einen Sekunde auf die andere nicht einrichten, nicht darauf einlassen 'was ist mit Mama und Papa'. Da sind auch sehr kluge Kinder dabei - an die ich gerade denke - die also auf der Basis dieser Intelligenz dann auch noch mal ganz besonders versuchen, weil sie es auch irgendwie auf der intellektuellen Ebene quasi können, ganz besonders versuchen, den Tag im Griff zu behalten. Das sind Kinder für mich, die im ersten Blick oft gar nicht so, also wenn sie klein sind, gar nicht so extrem auffällig sind, wenn zumindest noch eine halbwegs regelrechte Versorgung geht, weil sie eigentlich für andere Erwachsene erst mal sogar fast relativ angenehm sind. Also die machen ihr Ding oft, also haben so eine Struktur entwickelt, das Leben im Griff zu behalten. Die sind ziemlich selbstständig oft. Die sind so 'ja, dann mach ich das eben jetzt, Punkt, um', 'ich hol mir mal ein Brötchen alleine aus dem Kühlschrank'. Andere Kinder, die völlig im Schweigen waren, nur beobachtend, man kann gar nicht sagen beobachtend, eigentlich scannend, die gescannt haben, ihre Umwelt, die ganz wenig Sprache entwickelt haben, die ganz hochgradig in der Angst, im Rückzug waren, vor allen Dingen dann, wenn vielleicht beide Eltern konsumiert haben und auch noch Gewalt im Spiel war. Also auch da wieder eine hochgradige primäre Störung auf der Vertrauensebene, auf der Bindungsebene. Also wenn Kinder sehr klein waren oder von Beginn an konsumiert wurde, auf der Bindungsebene, später dann natürlich im Verhalten, später dann zunehmend in den Leistungsbereichen, ganz besonders im Konzentrations- und Aufmerksamkeitsbereich, besonders dann, wenn Eltern oder wenn Mutter in Schwangerschaft konsumiert hat auch. Dann das Kind nach der Geburt gar nicht so auffällig wie Kinder, die mit einem Heroinentzug oder geboren werden, die ja substituiert werden müssen, sofort nach Geburt hochgradig auffällig sind. Das ist bei den Kindern, wo die Eltern Methamphetamin konsumiert haben, nicht, aber dann alle Teilleistungsstörungen. Also alle, die ich kenne, haben ihre Teilleistungsstörung. #00:10:39-3#
- 23 I: Die nächste Frage haben Sie schon, ja ich denke, recht gut beantwortet. Ich möchte Sie trotzdem nochmal stellen, falls Sie etwas ergänzen möchten. Bitte beschreiben Sie, wie Sie die Kinder unter dem Einfluss intoxikierter Eltern erlebt haben. #00:13:06-4#
- 24 B: Ja, schwankend zwischen 'wie schön, dass Mama gerade hier versucht', weil es oft dann so ein Stück demonstrativ ist, 'ich kann das trotzdem', also von Seiten der Eltern, also 'ich habe konsumiert und Sie haben es gesehen und Sie haben es gesagt, aber ich zeige Ihnen jetzt auch, ich kann das trotzdem'. Weil sie, also das Kind, wie so einen Moment, so eine Freude, 'ah, Mama, die ist jetzt, die guckt mich an und die (unv.) wir spielen jetzt was' oder so. Aber ich sehe die Irritation des Kindes. Ich sehe, dass es sich wie innen fragt, 'was ist denn jetzt, was ist los' und sich natürlich trotzdem freut. Das ist so diese Ambivalenz, 'wie schön das jetzt ist, aber da ist irgendwas auch komisch'. Bis hin zu Kindern, die ich gesehen habe, die sich wirklich also abwenden, sie in den Rückzug gegangen sind, die ganz genau gespürt haben, aus der Erfahrung heraus und auch gewusst haben, das ist alles überhaupt nicht haltbar und innerhalb von zwei Minuten wird das anders sein und dann wird Mama eben nur noch so das machen. Die also das vorweggenommen haben, den Schmerz und die Enttäuschung und die Verletzung und sofort in die Abwendung gegangen sind. #00:13:19-3#
- 25 I: Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. #00:14:33-2#
- 26 B: Nein. #00:14:42-6#

- 27 I: Können Sie es noch ein Stück ausführen, warum Sie denken, das ist nicht so? #00:14:45-4#
- 28 B: Ich denke, dass Eltern mit einem Konsum dieser Art Zeiten haben, in denen sie die Möglichkeit haben, das zu tun. Das hängt aber von dem Ausmaß des Konsums ab. Das hängt ab von der Wirkung. Das hängt ab davon, was sie genau konsumiert haben und wie es zusammengesetzt war, was ja auch für diese Eltern nicht so voraussehbar ist, weil die Zusammensetzung ja nicht genau überschaubar ist. Dass da nicht etwas drin ist, ist ja immer auch die Frage auch ein Stück, was ist beigemischt worden vielleicht auch noch. Was haben sie vielleicht noch für einen Beikonsum und wie geht es ihnen auch selber körperlich. Alles dieses. Also Eltern, die regelmäßig konsumieren oder auch in dem Moment, wo sie konsumiert haben, sind überhaupt - aus meiner Sicht - nicht zuverlässig in der Lage für die Kinder zu sorgen. Das ist fast nach dem Zufallsprinzip. Und Kinder dürfen diese Art Zufälle nicht haben. Das ist gefährlich. #00:14:50-3#
- 29 I: Wie würden Sie die Familienatmosphäre für Kinder beschreiben, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben? #00:15:54-6#
- 30 B: Unsicher, brüchig, unvorhersehbar. Schwankend zwischen ganz fröhlich, ganz offen, ganz aktiv, ganz intensiv, dann wieder eher auf der Entzugsstrecke oder in bestimmten Momenten völlig abgewendet, gelähmt, nicht berechenbar, Eltern nicht erreichbar, nicht auf die Bedürfnisse des Kindes wirklich überdauernd, sicher und zuverlässig zugeschnitten, nicht das Alter des Kindes oft beachtend und nicht ausreichend Kontrolle. Also nicht ausreichend Kontrolle über, 'wer ist zum Beispiel alles da', 'was braucht das Kind jetzt', 'muss es eigentlich schlafen', 'braucht es was zu essen'. Strukturierung, Rhythmisierung oft sehr eingeschränkt in irgendeinem Ausmaß. Also immer zwischen 'es ist etwas eingeschränkt' bis hin zu 'es ist so hochgradig eingeschränkt, dass es eine Kindeswohlgefährdung ist'. Also für mich ist die Überschrift von Elternhäusern, die wirklich regelmäßig konsumieren oder zumindest relativ häufig konsumieren, Unsicherheit. #00:16:03-5#
- 31 I: Wir kommen zum letzten Teil der Fragen. Suchterkrankungen bedeuten ja aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Konsum der Eltern hindeuten? Damit ist gemeint: Gibt es Aspekte von Sicht des Konsumverhaltens, Konsummusters, die mit hoher Wahrscheinlichkeit eine große Gefährdung des Kindes mit sich bringen? Was denken Sie? #00:17:13-7#
- 32 B: Also ich denke, dass es sicherlich ein Ausmaß an Konsum gibt, oder Mischkonsum, also wenn noch alles Mögliche dazu konsumiert wird, wo man sagen muss, hier muss man von einer 100prozentigen Kindeswohlgefährdung rund um die Uhr ausgehen, quasi. Aber es ist wieder ein großes Spektrum. Was mir wichtig ist, in dem Zusammenhang wirklich klarzumachen ist, dass also auch eine Mama, die eben nur von Zeit zu Zeit, oder ein Papa, der nur von Zeit zu Zeit konsumiert, ja in dem, wie die Wirkung ist, sich selber nicht immer sicher ist, 'was ist mit drinnen'. Und dass, wenn in diesem Moment also der Vater und Mutter durch den Konsum nicht wirklich sicher reagieren können oder in einer Phase sind, wo sie sich selber überschätzen, die Situation nicht wirklich einschätzen können, ein Kind immer in Gefahr ist. Es braucht nämlich in dem Moment zum Beispiel bloß einen Fieberkrampf haben nachts oder sich erbrechen und sich verschlucken oder

ganz hohes Fieber haben. Also das, was ein Kind eben mal haben kann als natürliche Daseinsweise eines Kindes - sozusagen. Und dann ist es genau dieser eine Moment, wo Mama und Papa konsumiert haben, eine Situation völlig fehleinschätzen, das Kind hat einen Fieberkrampf und das Kind stirbt daran. Und deswegen gibt es aus meiner Sicht - und ich schaue immer aus den Augen der Kinder, das ist meine Aufgabe, und auch aus den Augen sehr kleiner Kinder, da ich halt eben auch schon mit Säuglingen und Kleinstkindern arbeite - gibt es bei Eltern, die konsumieren, keine Sicherheit für das Kind. Keine wirkliche Sicherheit. Egal in welchem Ausmaß die konsumieren. #00:17:51-9#

33 I: Hängt die eben getroffene Einschätzung ihrer Meinung nach noch von anderen Faktoren außer dem Suchtmittelkonsum ab? Also, gibt es noch andere Risikofaktoren, die die Situation für Kinder vielleicht noch verschärfen? Wenn ja, welche? #00:19:35-2#

34 B: Naja, ich denke, dass eine Suchterkrankung bei Eltern ja quasi nur das Symptom einer dahinter liegenden Persönlichkeitsproblematik ist. Die ja ganz oft Eltern, die selber an sich eine Persönlichkeitsstörung haben oder eine psychische Erkrankung oder zumindest eine eigene Geschichte und das Ausmaß dessen, wie diese Störung, die an sich dahintersteht, die eigene Geschichte, die dahinter ausgebildet ist, ist natürlich nochmal so ein Begleitfaktor, wo man sich fragen muss, 'wie ist das, wenn Eltern insgesamt sehr persönlichkeitsgestört sind'. Also erheblich depressiv sind, dann wird der ja oft draufgesetzt, der Konsum. Oder es ist eine psychotische Erkrankung, oder oder oder. Wie mischen sich Symptome aus dem einen und dem anderen? Das finde ich nochmal immer eine Frage wert. Und natürlich alles, wie ist das Kontaktverhalten dieser Eltern. Sind das jetzt Eltern, die eher in Rückzug gehen oder sind das Eltern, die dann 50 verschiedene, ständig wechselnde Bekannte und Freunde oder 'Als-ob-Freunde' zu Hause haben. Also wie sind auch die Partnerschaften gestrickt? Dieses finde ich sehr, sehr beachtenswert. Wie ist das Umfeld gestrickt? Gibt es noch irgendein soziales Netzwerk, das das Kind dann noch mit im Auge hat und wenn es mittags um Zwölf immer noch nicht aufgewacht ist oder schreit eine Stunde, hört jemand irgendetwas in der Nähe? So etwas. Ja, das ist zumindest das, was mir so im ersten Moment einfällt. #00:19:48-3#

35 I: Der Aspekt 'alleinerziehende Eltern', möchten sie dazu vielleicht was sagen? Ist das ein Risikofaktor? #00:21:22-4#

36 B: Das kommt drauf auf an. Also wenn Mama oder Papa nicht alleinerziehend sind und Partner, also Mama oder Papa oder Partner, der eben da ist, konsumiert auch, dann erlebe ich es als völlig egal. Dann ist es manchmal, sogar noch doppelt schlimm. Und es kommt drauf an, 'alleinerziehend und trotzdem noch ein Umfeld'. Ich habe eine alleinerziehende Mama gerade so im Gedanken, aber da gab es zum Beispiel Großeltern, die in der Nähe wohnten und gehört haben, 'ah, da ist etwas, das Kind weint jetzt seit einer halben Stunde', und hingegangen sind. Wenn diese alleinerziehende Mutter einen Partner gehabt hätte, der auch konsumiert und die Großeltern wären nicht in der Nähe, dann wäre es genauso dramatisch. Das kommt glaub ich / Da muss man wiederum sehr genau hingucken, wie ist es mit dem 'alleinerziehend', was für ein Netzwerk gibt das - ich meine auch Schulen und Kindergärten und Nachbarn und Großeltern und und und. Oder man muss auch genau hingucken 'nicht alleinerziehend', aber wie ist der dazugehörige Mann oder die dazugehörige Frau. #00:21:28-5#

37 I: Welche Empfehlungen können Sie für Helfer aussprechen, die mit methamphetamin-konsumierenden Eltern und deren Kindern arbeiten? #00:22:33-4#

- 38 B: Extrem wachsam zu sein. Genau zu schauen, aus welcher Perspektive schauen sie. Das ist für Helfer ganz, ganz schwierig. Aus meiner Sicht, und ich denke, nicht nur, weil ich die Kinderpsychotherapeutin bin, ist die Perspektive des Kindes, vor allem, je jünger die Kinder sind, unbedingt als erste einzunehmen, auch von dem Helfer, der eigentlich für die Erwachsenen zuständig ist. Das Kind ist das schwächste Glied in der Kette. Je kleiner es ist, desto weniger kann es sich schützen und um Hilfe rufen. Und aus meiner Sicht ist es so, dass jeder Helfer, der mit konsumierenden Eltern arbeitet, unbedingt als erstes sich fragen sollte, 'wie weit ist hier das Kindeswohl gefährdet', und darauf achten sollte, dass, wenn ein Kind bei diesen Eltern bleibt, bleiben kann, dass ein ganz dichtes Netz gesponnen wird, um zu sehen, geht es dem Kind gut, wie geht es den Eltern, wie konsumieren die gerade, wie ist so diese häusliche Situation, wer geht dort ein und aus, wer ist außer den Eltern oder den alleinerziehenden Eltern dort noch alles mit unterwegs, wer ist da vielleicht noch eine Gefahr für das Kind. Und ich denke, dass auch die Helfer, die für die Erwachsenen da sind, sich klarmachen sollten, dass dieses Kind auf jeden Fall darunter leidet, egal in welchem Ausmaß diese Eltern konsumieren. Und dass, wenn Eltern sagen, 'naja, wir achten da schon drauf, dass die dann im Kindergarten ist, wenn wir so die Hochzeit der Einnahme haben', oder so, oder 'wir achten darauf, dass die das nicht mitkriegt, dass wir die ganzen Nächte unterwegs sind'. Das ist immer eine Lüge im Raum und das ist immer etwas in dem Raum, also in diesem Elternraum oder in diesem Beziehungsraum drin, was das Kind zu 100 Prozent auf der unbewussten, auf der halbbewussten Ebene registriert und mitbekommt und was etwas mit dem Kind machen wird. Hier sehe ich - muss ich ganz klar sagen - das Kinderwohl ganz weit vorangestellt und weit vorausgestellt vor dem, dass man Eltern schützen möchte davor, ihre Kinder vielleicht zu verlieren. Also die Kinder sind so hochgradig geschädigt und so hochgradig gestört oft, dass das dann hinterher keinen Wert mehr hat. Also das sind dann Eltern, die mit diesen Kindern, wenn die älter sind und Richtung Pubertät gehen oder so, dann auch nicht mehr klarkommen können. #00:22:42-1#
- 39 I: Sie haben mir nun eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe, die Sie ergänzen möchten? #00:25:13-7#
- 40 B: Ich finde es sehr, sehr gut, wenn Eltern, die ausstiegswillig sind, Angebote bekommen, dass sie zusammen mit ihren Kindern klinische Angebote, vollstationäre Angebote, Langzeitangebote nutzen können. Also Kliniken, die Eltern und Kinder zusammen aufnehmen, Entgiftungen, Langzeittherapien machen, dieses. Also, wenn Eltern da bereit sind, finde ich das eine ganz wunderbare Variante. Dann können alle zusammen ein Stück heilen. #00:25:20-9#
- 41 I: Noch ein Punkt, den Sie ergänzen möchten? #00:25:51-7#
- 42 B: Nein, nichts, was mir jetzt im Moment einfällt. #00:25:54-2#
- 43 I: Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews noch Fragen entstehen? #00:25:58-8#
- 44 B: Ja, natürlich. Natürlich gerne. #00:26:04-3#
- 45 I: Dann möchte ich mich an dieser Stelle ganz herzlich für Ihre Zeit und Ihre Auskunftsbereitschaft bedanken und das Interview ist beendet. #00:26:06-4#

B.4 Interview IV – Sozialpädagogische Familienhilfe

Interviewpartnerin arbeitete seit zweieinhalb Jahren mit methamphetaminkonsumierenden Eltern und deren Kindern im Rahmen aufsuchender Arbeit. Datum des Telefoninterviews: 15.06.2015, Dauer: 27:31 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Theresa Miegel. Seit zweieinhalb Jahren bin ich in der Suchthilfe tätig und seit April 2014, mit Unterbrechung, in der Suchtberatungsstelle in XY. An der Katholischen Fachhochschule Köln studiere ich seit 2012 den Master Suchthilfe. Aktuell schreibe ich meine Masterthesis zum Thema: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. In diesem Rahmen führe ich Interviews mit Fachkräften und betroffenen Elternteilen durch. Sie wurden in diesem Rahmen als Experte für das Interview ausgewählt, weil Sie in Ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit schon Erfahrungen mit konsumierenden Eltern sammeln konnten. Deswegen habe ich im Folgenden ein paar Fragen an Sie. Ich freue mich sehr, dass Sie sich meiner Sache zur Verfügung stellen. Wichtig ist, dass das Interview auf Tonband aufgenommen wird. Dennoch werden alle Angaben, die Sie machen, anonym behandelt. In der Masterthesis taucht lediglich Ihre Profession auf, kein Name etc. Das Tonband wird nach der Verteidigung der Masterthesis gelöscht. Sie haben natürlich auch bei jeder Frage die Möglichkeit, keine Angaben zu machen. Soweit noch Fragen? #00:00:00-0#
- 2 B: Nein, passt. #00:01:12-3#
- 3 I: In welchem Arbeitsfeld sind Sie tätig? #00:01:16-6#
- 4 B: Ich bin in der Drogenhilfe tätig. #00:01:18-1#
- 5 I: Als was genau arbeiten Sie da, können Sie das noch benennen? #00:01:21-5#
- 6 B: Ja, als Sozialpädagogische Familienhelferin. #00:01:25-8#
- 7 I: Bitte benennen Sie Ihre Funktion darin, beschreiben Sie ihr Aufgabenfeld. Wo entstehen dann Berührungspunkte mit methamphetaminkonsumierenden Eltern? #00:01:29-8#
- 8 B: Meine Funktionen sind auf jeden Fall praktische Hilfen, bei Fehlern in der Kindeserziehung zum Beispiel, oder Unterstützung in der Versorgung des Haushaltsplans. Also das heißt auch, wie können die mit dem Geld umgehen, wie schaffen die das bis zum Ende des Monats, dass man da irgendwie genau schaut, wo kann man die unterstützen, welche Ideen, Tipps, Verbesserungsvorschläge gibt es vielleicht, die man gemeinsam mit der Familie erarbeitet, damit es auch realistisch bleibt. Durch den regelmäßigen Besuch kann man - sozusagen - auch die vorliegenden akuten Probleme recht schnell vor Ort gemeinsam nach Lösungen schauen und passenden Lösungen auch gucken, gemeinsam immer mit der Familie. Im Großen und Ganzen ist es eigentlich schon wie Hilfe zur Selbsthilfe. Das ist eigentlich so ein ganz netter Überbegriff dazu. Hilfe bei Bewältigung von Alltagsproblemen, Konflikten und Krisen, Unterstützungen bei Ämtern und Institutionen. Und ich glaube das Wichtigste ist eigentlich die Handlungskompetenzen der Eltern zu verändern und zu stärken. Der Berührungspunkt mit Methamphetamin ist eigentlich dadurch, dass unsere Klientel ausschließlich suchtbelastete Familien sind, immer gegeben. #00:01:39-3#

- 9 I: Wenn ich es richtig verstanden habe, vor allen Dingen bei Hausbesuchen auch, oder?
#00:03:01-4#
- 10 B: Ja. #00:03:04-7#
- 11 I: Wie lange arbeiten Sie schon mit methamphetaminkonsumierenden Eltern, ggf. auch mit deren Kindern? #00:03:06-3#
- 12 B: Zweieinhalb Jahre. #00:03:10-2#
- 13 I: Zweieinhalb Jahre. #00:03:11-8#
- 14 B: Ich arbeite jetzt in dem Feld. Genau. #00:03:12-0#
- 15 I: Im folgenden Abschnitt möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen mit den Eltern herausfinden. Deswegen die Frage: Haben Sie jemals Eltern im intoxikierten Zustand, also direkt unter Einfluss von Methamphetamin, erlebt und wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei diesen durch den Konsum wahrgenommen haben. #00:03:16-8#
- 16 B: Vom Verhalten her sind die sehr unruhig, hibbelig, aufgereggt. Das ist für mich schwierig zu sagen, ist das jetzt positiv oder negativ. Eigentlich im ersten Sinne erst mal negativ, weil unruhig / Das erzeugt ja auch Stress und das ist auch schwierig für jemanden, dann dran zu bleiben und dem auch folgen zu können, weil das auch alles sehr sprunghaft ist, wenn man jetzt über Probleme oder auch Themen spricht. Man kann auch schwer folgen. Die sind dennoch sehr hoch motiviert im Rausch, was erst mal positiv ist. Aber negativ daran ist, dass dann eigentlich trotzdem nichts davon schaffbar ist. Die nehmen sich viele Sachen vor, möchten das auch alles ganz gerne schaffen, so schnell wie möglich. Aber eigentlich hat sich dann schon gezeigt, dass das nicht der Fall ist, von der Motivation zum Praktischen überzugehen. Die sind sehr unstrukturiert, auf jeden Fall. Das heißt also auch im Erzählen, aber auch was den Tagesablauf betrifft. Das ist auch nicht alles generell so, aber jetzt speziell an der Familie, an der ich das so ein bisschen festmache, die ich so kennengelernt habe, dass das total schwierig ist, das nachzuvollziehen, warum die den Tag so zerstrukturieren. Aber für die ist das irgendwie / Die haben ganz andere Prioritäten, was da wichtig ist und wann wie was schaffbar ist. Äußerlich kann man eigentlich sagen, sind die immer bemüht, sehr hübsch auszusehen oder sehr ordentlich. Klar gibt es dann auch das andere Extrem, dass die natürlich zu Hautproblemen auch neigen. Das sind erst einmal die, die mir jetzt ganz schnell eingefallen sind. Das wären jetzt erst einmal die Kernpunkte. #00:03:41-2#
- 17 I: Von der Persönlichkeit, fällt Ihnen da noch irgendwas zu ein, direkt unter Konsum, was da vielleicht für Veränderungen auftreten? Also, wenn Sie schon etwas erlebt haben. #00:05:43-7#
- 18 B: Die sind überzeugter vielleicht von sich. Also so ein bisschen auch selbstbewusster, also gerade auch was dann die Motivation von Aufgaben betrifft, 'oh toll, dass könnte man jetzt alles machen', total zuversichtlich und auch selbstsicherer. #00:05:52-7#
- 19 I: Haben Sie jemals intoxikierte Eltern in Interaktion mit ihren Kindern erlebt?
#00:06:14-6#

- 20 B: Nein, weil es meistens erst Tage später heraus gekommen ist, dass die konsumiert haben. Daher kann ich das / Nein, kann ich Ihnen leider dazu keine Antwort geben. #00:06:19-2#
- 21 I: Dann überspringen wir auch Frage 6 und gehen zur nächsten über. Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. Wie denken Sie darüber? #00:06:30-7#
- 22 B: Also, jederzeit schon mal auf gar keinen Fall. Ich denke, dass es Punkte gibt, das die in gewisser Weise wahrscheinlich mit ihren Kindern ganz gut einen Nachmittag verbringen können und da vielleicht auch Sachen machen, die sie sonst nicht machen würden. Aber im Prinzip werden halt Gefahren falsch eingeschätzt. Dann die Tagesstruktur ist natürlich auch mit den Kindern nicht gegeben, wenn die bei sich selbst schon nicht gegeben ist. Und dann auch so Grenzsetzung, dass das halt auch irgendwie vielleicht auch schwierig ist und dass die eigentlich auch im Prinzip dann keine nachhaltige Erziehung in dem Sinne fortführen können, da diese Sprunghaftigkeit so enorm ist. Also das ist für Kinder dann nachhaltig gesehen nicht gut, wenn man jeden Tag irgendwie eine ganz neue Idee oder Grenze oder irgendwas erfährt von den Eltern, dass das halt eben nicht klar ist in dem Sinne. #00:06:43-4#
- 23 I: Beziehen Sie das jetzt eher auf den intoxikierten Zustand, was Sie gerade beschrieben haben? #00:07:43-4#
- 24 B: Das ist schwierig. Also so einerseits, das habe ich gerade beschrieben, wie das wohl ist, wenn die so drauf sind - sozusagen. Und andererseits ist das aber auch dadurch, dass die ja auch einen langjährigen Konsum schon haben, sich auch so schon teilweise Sachen verfestigt einfach, die die auch erst mal wieder neu erlernen müssen und wo man die halt dazu auch unterstützen muss, da erst mal wieder neue Gedanken und Handlungsgänge - sozusagen - zu verändern und wieder neu aufzubrechen. #00:07:48-9#
- 25 I: Konnten Sie vielleicht auch Situationen erleben, wo Eltern eher so beim Runterkommen oder im Entzug waren und sich um ihre Kinder kümmern mussten? #00:08:24-6#
- 26 B: Bei mir sind ja viele Eltern auch in der Substitution. Dadurch haben die ja erst mal ein Mittel am Tag, was die auf jeden Fall nehmen können, oder auch nehmen müssen. Fragen Sie mich das nochmal gerade. #00:08:34-0#
- 27 I: Wenn wir uns nochmal die methamphetaminkonsumierenden Eltern angucken, die durchlaufen ja verschiedene Phasen des Konsums, also akute Intoxikation - sozusagen - wenn sie gerade konsumiert haben und auf Stoff sind. Die kommen ja aber auch irgendwann runter. Konnten Sie da Situationen erleben mit den Eltern, wo die gerade am Runterkommen waren und da auch ihre Kinder versorgen mussten? #00:08:50-8#
- 28 B: Ja. Also ich denke so im Gespräch dann halt auch, also jetzt nicht direkt erlebt, aber dann so im Gespräch, 'wie hat sich das angefühlt', 'wie war das'. Da wurde mir eigentlich schon mitgeteilt, dass das dann eher sehr stressig zu Hause losgeht, also dass man auch einfach diese Unruhe so auch einfach hat und nicht besonders geduldig ist und dadurch vielleicht auch schneller reizbar gegenüber den Kindern ist. Wenn vielleicht jetzt mal was nicht gleich klappt oder wenn die irgendwas wollen und da man halt eben nicht gleich mit

einem 'Nein' weiterkommt, das auszuhalten. #00:09:13-2#

- 29 I: Und wenn Sie das jetzt nochmal in den Bezug bringen zu 'Eltern mit Methamphetamin-konsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln', wie wirkt das dann auf Sie? #00:09:53-9#
- 30 B: Können die auf gar keinen Fall. Wobei es auch immer Sachen gibt, die halt gut klap-pen. Also so 'jederzeit' finde ich halt irgendwie schwierig. Ich würde auch nicht sagen, dass die 'immer im Sinne' oder 'stellenweise' / Ich denke, es gibt so ein paar Punkte, die kriegen die gut hin, wie zum Beispiel vielleicht jetzt rausgehen. Aber das ist auch mit so unterschiedlich. Da kann man auf jede Familie gucken und da würde man eine andere Antwort geben. #00:10:11-4#
- 31 I: Fallen Ihnen vielleicht noch andere Beispiele ein, was die vielleicht gut hinbekommen, also durch den Konsum? #00:10:42-2#
- 32 B: Das frühe Aufstehen - sozusagen. Also das hatte ich jetzt so ein paar Mal auch erlebt, dass das halt klappt. Aber, ich finde das wirklich unterschiedlich, weil die auch so unter-schiedlich konsumieren und auch so von der Zeit her unterschiedlich konsumieren. Das ist immer schwierig, da irgendwie so eine ganz klare Aussage zu formulieren. Viele nehmen vielleicht auch ihre Termine besser wahr, was bei anderen halt auch schon wieder gar nicht klappt. Ich finde das ganz, ganz schwer, muss ich wirklich sagen, da eine allgemeingültige Antwort zu geben. #00:10:48-6#
- 33 I: Möglich, dass es die auch gar nicht gibt. #00:11:29-1#
- 34 B: Ja. #00:11:32-0#
- 35 I: Wollen wir zur nächsten Frage gucken, oder haben Sie noch irgendeinen Punkt dazu? #00:11:35-3#
- 36 B: Nein. #00:11:39-2#
- 37 I: Wie würden Sie die Familienatmosphäre für Kinder beschreiben, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben? #00:11:41-1#
- 38 B: Ich denke auch teils teils. Also einerseits kann das alles total gut sein, eine total schöne Atmosphäre eigentlich vorherrschen, weil halt ganz viel Motivation da ist und viele Sachen auch gemacht werden. Und auch für die Kinder vielleicht auch - was mir immer so auffällt - da findet so ein ganz krasser Konsum irgendwie statt von so Geschenken und so Einkäufen. Dass das halt irgendwie ganz oft so ein Mittel zum Zweck ist, was ja für Kinder eigentlich positiv ist. Jetzt nicht nachhaltig gesehen, aber Kinder freuen sich ja, wenn sie eigentlich alles kriegen. Was ja für Kinder, glaube ich, auch erst mal schön ist, aber eigentlich so auch viel mit Grenzsetzung zu tun hat, wenn halt eben 'ach, dann schenke ich dir jetzt eben was, damit ist das schon wieder gut'. Dass die meistens auch in einem sauberen Haushalt leben, was ja auch erst mal etwas Schönes ist. Dass aber im Umkehrschluss auch wenig Geld für Ausflüge oder so für besondere Beschäftigung bleibt. Dass das immer alles recht ähnlich abläuft. Dass da kaum besondere Ausflüge gemacht werden, weil das Geld eben nicht da ist, oder nicht dafür da ist. #00:11:48-5#

- 39 I: Was ist mit dem Geld? Warum ist da zu wenig da? #00:13:03-5#
- 40 B: Weil / Also ich kann noch nicht mal sagen, dass die Eltern das für Drogen ausgeben. Ich denke halt einfach, dass die viel Geld anders ausgeben als wir - sage ich mal - indem halt vielleicht auch nicht unbedingt gespart wird. Also so sparen können die eigentlich eher selten. Wenig Geld, weil die einfach auch mit dem Geld nicht umgehen können. Also die kaufen sich dann halt eben für drei Euro an der Tankstelle etwas zum Trinken, was man vielleicht auch im Supermarkt kaufen kann, im Vorrat oder so. Das ist halt alles nicht so top organisiert und demnach ist das Geld dann auch eher / Wenn es alle ist, ist es halt eben alle. Ich würde jetzt nicht immer sagen, dass die das irgendwie auf dem Schirm haben. Aber halt auch wieder unterschiedlich. Aber so das fällt mir auf jeden Fall auf, dass so Ausflüge halt schwierig sind. Auch wenn es eine Zookarte ist, so eine Jahreskarte, die eigentlich total günstig zu haben ist, dass die da das Geld nicht aufbringen können. Was halt für Kinder eigentlich gut wäre. Aber auch total Stress, auf jeden Fall. Also so eine Familienatmosphäre, so dass auch recht oft Streit einfach herrscht, und die Klienten das stellenweise nicht hinkriegen, das ohne ihre Kinder zu klären, sondern da halt eben auch mal die Bombe vor den Kindern platzt. Das wäre vielleicht noch so ein Familienatmosphärepunkt. Und dass die Eltern auch den Stress nicht so ganz begreifen, ihre Kinder zu schützen vor solchen Stressoren oder vor solchen Einflüssen. #00:13:06-6#
- 41 I: Die letzten zwei Punkte, die Sie genannt haben, 'mehr Konflikte' und 'so ein Missverständnis von Schutz des Kindes', würden Sie sagen, das ist methamphetamintypisch oder eher generell drogenbelastete Familien betreffend? #00:14:38-6#
- 42 B: Also dadurch, dass wir jetzt eigentlich gerade, oder ich mehr mit / Nein, das ist eigentlich sogar auch bei anderen. Jetzt, wenn Sie mich so gezielt fragen, das ist auch / Ja, das kenne ich auch von einer anderen - sozusagen - und bei ihr ist aber eher Alkohol der Schwerpunkt zu Methamphetamin. Aber sehr diese aufbrausende Stimmung ist einfach definitiv ein Klassiker bei Methamphetamin. #00:14:53-4#
- 43 I: Dazu noch irgendein Aspekt? #00:15:24-2#
- 44 B: (unv.), dass da noch so ein bisschen Entwicklungsverzögerung reingehört, aber das ist ja eigentlich Familienatmosphäre. Also was so mangelnde Förderung betrifft, dass man halt vielleicht gar nicht so richtig weiß, was kann ich mit meinen Kindern noch machen, sondern da wird halt mehr das gemacht, was halt schon gut klappt, um halt eben auch Problemen so ein Stück weit aus dem Weg zu gehen oder sich damit nicht auseinanderzusetzen zu müssen. #00:15:26-0#
- 45 I: Also auch wenig Flexibilität? #00:15:55-0#
- 46 B: Wenig Flexibilität, ja. #00:15:57-3#
- 47 I: Und das sehen Sie auch eher als methamphetamintypisch? #00:16:00-2#
- 48 B: Ja, doch. #00:16:03-6#
- 49 I: Noch ein Punkt? #00:16:08-2#
- 50 B: Nein. Naja, das ist halt wirklich immer schwierig. Also ich finde auch, also rein auf

Methamphetamin, das ist, weil die ja auch teilweise Mischkonsum betreiben, das ist immer so grob. So 100 Prozent gibt es da einfach nicht. #00:16:09-3#

51 I: Ok, vielleicht auch ein guter Punkt, um sozusagen in den letzten Teil einzusteigen. Suchterkrankungen selbst bedeuten ja aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens und deswegen noch einmal die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? Also im Sinne von Merkmalen des Konsums, die eine Gefährdung der Kinder wahrscheinlich erscheinen lassen. #00:16:28-0#

52 B: Ja, wenn die wirklich problematisch, bedeutet ja wirklich täglicher Konsum oder kann täglichen Konsum bedeuten, viel Konsum, ohne Grenzen, Nicht-Achtsamkeit auf Kinder. Also, so schlechte Versorgung, auf jeden Fall, von Kids, dass man vielleicht auch einfach gar nicht so richtig weiß, 'was ist jetzt dran', 'wie spät ist das'. Auch Tagesstruktur fehlt da immer ganz oft, dass es die nicht gibt und dadurch vielleicht auch eine Verschiebung stattfinden kann. Dass eben dem Kind nicht Frühstück, Mittag, Nachmittag, also Vesper - sozusagen - oder Abendbrot immer zu den Zeiten gegeben wird oder auch das Nichteinhalten von Mittagsschlaf, Ruhepausen für Kinder. Dass das irgendwie so, dass die Eltern da eher an sich denken und nicht an das Kind. Dass auf jeden Fall eine Unzuverlässigkeit bei Terminen sich breit macht. Dass vielleicht auch die Kinder schon gar nicht mehr beim Tagesvater oder in der Kita ankommen. Dass vielleicht sich auch wieder eine Verweigerung in der Zusammenarbeit breit macht, also das heißt zu allen Hilfen zur Erziehungsmöglichkeiten. Dass die auch das nicht offen machen und keine Problemeinsicht haben. Dass man merkt, wie die sich auch einfach wieder distanzieren und viele Sachen, die gut gelaufen sind, einfach überhaupt nicht mehr gut laufen, dass man einfach wieder sieht, dass diese Kurve nach unten geht. #00:16:57-4#

53 I: Noch ein Punkt dazu? #00:18:35-5#

54 B: Nein. #00:18:38-5#

55 I: Dann würde ich weiter machen? #00:18:43-8#

56 B: Hm. #00:18:45-7#

57 I: Hängt die eben getroffene Einschätzung Ihrer Meinung nach noch von anderen Faktoren außer dem Suchtmittelkonsum selbst ab? Wenn ja, von welchen? Also im Prinzip geht es darum: Gibt es noch andere Risikofaktoren neben dem Konsum selbst, die die Situation für Kinder eben auch verschärfen? #00:18:47-3#

58 B: Ja. Ich habe mir da eher äußere Einflüsse noch mit überlegt. Also es geht ja jetzt eigentlich grob darum, außerhalb des Konsums noch Faktoren die für Kinder einfach nicht optimal sind. #00:19:04-1#

59 I: Genau, ja. #00:19:20-9#

60 B: Ja doch, so äußere Einflüsse, zum Beispiel: 'wo kommen die her', 'wie war ihre eigene Kindheit', 'wie ist das Umfeld', 'in welchen Gefilden bewegen die sich', 'haben die jetzt auch nur drogenkonsumierende Freunde oder haben die vielleicht auch normale Personen,

die sie kennen oder aus der Familie'. Was ist da vorhanden? Gibt es da eventuell Ressourcen noch, auf die man zurückgreifen kann oder auf die die Eltern eben zurückgreifen können? Dass man da halt einfach gucken muss, was ist da überhaupt an Substanz schon da, unabhängig von dem Konsum. Wo muss man da überhaupt ansetzen. #00:19:22-0#

61 I: Wenn Sie so das soziale Umfeld ins Spiel bringen, Sie sagten ja 'gibt es da noch andere Personen außer konsumierenden Freunden', wenn jetzt ausschließlich ein konsumierendes Umfeld da ist, würden Sie das eher negativ oder eher positiv bewerten? #00:20:07-6#

62 B: Eher negativ. Weil das da / Das ist halt sehr auffällig, dass das halt da eben gerade auch bei methamphetaminkonsumierenden Eltern, dass die einfach auch Freunde haben, die das Verständnis nicht aufbringen, dass die vielleicht nicht konsumieren sollten. Dann können die Eltern das wollen und stark sein, das Umfeld bietet denen aber allerdings trotzdem Drogen an und guckt da gar nicht genau drauf in welcher / Das sind ja in dem Sinne ja keine Freunde. Man hat ja irgendwie immer das Gefühl, die wollen eigentlich, dass es denen genau so geht wie denen und die jubeln denen dann eher noch etwas unter. Dass das halt auch irgendwie nichts Ehrliches in dem Sinne auch ist oder auch nichts, wo man Vertrauen und Unterstützung erfährt. Da sehe ich so das Negative daran, wenn die in solchen Freundeskreisen auch noch unterwegs sind, oder Bekanntheitskreisen. #00:20:22-6#

63 I: Gibt es noch andere Risikofaktoren, die Ihnen einfallen, neben dem Konsum selbst, wo Sie sagen, 'das würde wahrscheinlich die Situation für Kinder im Haushalt auch noch verschärfen' oder die Bedeutung des Konsums intensivieren, vielleicht auch? #00:21:22-0#

64 B: Ja, vielleicht auch aufgrund des Geldmangels oder der schlechten Einteilung des Geldes oder des schlechten Umgangs, dass auch viele Vergehen aus rechtlicher Lage passieren, was natürlich auch eine Gefahr für Kinder ist. Wenn die zum Beispiel schwarzfahren oder so, indem die sich auch in schwierige Situationen bringen, was natürlich auch Konsequenzen hat. Dass das definitiv auch noch ein hohes Risiko für Kinder ist, wenn die im Haushalt leben. Das sind so die Sachen. #00:21:39-0#

65 I: Noch andere Punkte? #00:22:17-0#

66 B: Nein, gerade erst mal nicht. #00:22:18-1#

67 I: Dann habe ich noch eine letzte Frage, die ich Ihnen vorab leider nicht zur Verfügung gestellt habe, weil ich die hinterher angefügt habe. Ich würde sie Ihnen trotzdem gern stellen. Und zwar: Welche Empfehlung könnten Sie für Helfer aussprechen, die mit methamphetaminkonsumierenden Eltern arbeiten und bei denen sich auch Kinder im Haushalt befinden? #00:22:24-8#

68 B: Welche Ideen oder Ratschläge? #00:22:45-2#

69 I: Ratschläge, Handlungsleitlinien, Empfehlungen. #00:22:54-7#

70 B: Ich glaube, wenn ich einfach mal von mir ausgehe. Ich glaube, man muss erst einmal ganz, ganz doll darauf gucken, dass man Sucht verstanden hat, weil das auf jeden Fall in der Arbeit mit suchtbelasteten Eltern immer wieder Thema ist und man muss sich auf

jeden Fall ganz, ganz doll gut abgrenzen können und in der Zusammenarbeit mit den Eltern trotzdem sehr offen und transparent arbeiten. Also das finde ich auf jeden Fall ganz doll wichtig. Und dass man trotz der Sucht den Menschen als Menschen sieht und vielleicht auch eher kleinschrittige Ziele erst mal mit den Klienten aufstellt oder erarbeitet und nicht von Null auf 100. Dass man auch Zeit und Geduld mitbringt, aber auch nicht alles glaubt, was die einem so erzählen und trotzdem so einen gesunden - tja, wie soll man das sagen - so ein bisschen Kontrolle trotzdem mit einfließen lässt, ohne die total zu entmündigen. Also das ist - glaube ich - ganz wichtig, dass man auch sich hin und wieder das mal zeigen lässt, was die so den ganzen Tag erzählen. Und, dass man aber auf jeden Fall auch immer auf die Kinder gucken sollte. Das ist ganz, ganz wichtig. Dass man jetzt nicht irgendwie sagt, 'ok, der hat jetzt konsumiert und das und das und das, das geht jetzt gar nicht', sondern dass man tatsächlich auch auf die Kinder guckt: 'wie geht es den Kindern', 'wie können die mit den Eltern, mit den Kindern auch umgehen', 'welche Möglichkeiten es gibt'. Immer wieder auch den Rückfall irgendwie zulassen, insofern, das gehört ja irgendwie ein Stück dazu und da nicht gleich mit Vorwürfen ankommt, sondern eher auf die Eltern auch eingeht und sich genau auch die Probleme und Sorgen von denen anhört. Und aber trotzdem sich auch nicht einlullen lässt. Aber dass man sich auch klar macht, dass man mit Menschen arbeitet. Ich glaube, das ist irgendwie mit am wichtigsten. Dass die niemals das machen werden, was du willst, sondern dass die nur das machen, was die auch selber wollen. Dass man halt / Die Zusammenarbeit und nicht sich irgendwie über die stellt. Also über die schon, aber irgendwie auf einer gewissen Art und Weise trotzdem auf Augenhöhe kommuniziert und denen nicht das Gefühl gibt, dass die nichts sind, oder so. Weil es eben auch Menschen sind, die Respekt verdient haben. Ich glaube, das ist eigentlich / Und dass man eben auch versteht was Sucht ist, das fand ich auf jeden Fall ganz, ganz wichtig. Das versteht man vielleicht auch erst, wenn man die ein oder andere Erfahrung gesammelt hat. #00:22:59-4#

71 I: Mit den Klienten, oder was? #00:25:51-7#

72 B: Ja. #00:25:53-6#

73 I: Danke. Sie haben mir jetzt eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht dennoch irgendwelche Aspekte, die ich übersehen habe, die Sie ergänzen möchten? #00:25:57-1#

74 B: Naja, ich glaube das ist / Aspekte eigentlich nicht, die Sie übersehen haben nicht. Aber ich glaube, das ist total schwierig, das rein auf Methamphetamin auszulegen. Das finde ich - glaube ich - ganz schwierig. Also ich drücke Ihnen da auch die Daumen, dass Sie das gut schreiben können und da auch / Ich bin gespannt, wie Sie das schreiben und wie Ihre Arbeit so verläuft und was Sie so im Laufe der Arbeit gelernt haben und was für Sie sich da auch erklärt hat. Aber ich finde es total schwierig, das immer zu pauschalisieren, weil es tatsächlich echt bei jedem anders ist und auch nicht immer das Methamphetamin als reine Konsumform vorhanden ist. Das finde ich ganz schwierig, da das wirklich immer darauf zu beziehen oder daran festzumachen. #00:26:08-5#

75 I: Am Methamphetamin selbst? #00:27:07-5#

76 B: Ja, also ausschließlich daran. Das finde ich wirklich schwierig. #00:27:09-4#

77 I: Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Inter-

views noch irgendwie Fragen entstehen? #00:27:16-4#

78 B: Ja. #00:27:21-3#

79 I: Dann möchte ich mich an der Stelle noch einmal ganz herzlich für Ihre Zeit und Ihre Auskunftsbereitschaft bedanken. Das Interview ist damit beendet. #00:27:23-2#

B.5 Interview V – ehemals konsumierende Mutter A

Ehemals konsumierende Mutter nach Entgiftung, Rückfall und Umzug mittlerweile abstinent. Mutter von drei Kindern (sechse Jahre, zwei Jahr, drei Monate). Im Haushalt leben die beiden jüngsten Kinder. Die Erziehung erfolgt mit dem abstinenten Lebenspartner im gemeinsamen Haushalt. Datum des Telefoninterviews: 12.06.2015, Dauer: 15:55 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Ich bin Theresa Miegel, ich arbeite seit zweieinhalb Jahren in der Suchthilfe und bin seit April 2014 in der Beratungsstelle in XY tätig, mit Unterbrechung. Seit 2012 studiere ich an der Katholischen Hochschule Köln den Master Suchthilfe. Aktuell schreibe ich hierzu meine Masterarbeit zum Thema: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. In diesem Rahmen führe ich Interviews mit Fachkräften, aber eben auch betroffenen Eltern. Deswegen wurden Sie auch als Experte ausgewählt, weil Sie eben als Elternteil, als Mutti, Erfahrungen mit Methamphetamin gesammelt haben und im Folgenden möchte ich hierzu einige Fragen an Sie richten und freue mich sehr, dass Sie Ihre Erfahrung und Ihre Zeit zur Verfügung stellen. Das Interview selbst wird auf Tonband aufgezeichnet. Alle Angaben, die Sie machen, werden anonym behandelt, nirgendwo wird Ihr Name auftauchen. Das Tonband wird nach der Verteidigung der Arbeit vernichtet und Sie haben natürlich an jeder Stelle auch die Möglichkeit zu sagen, Sie möchten zu dieser Frage keine Angaben machen. Soweit alles klar? #00:00:02-2#
- 2 B: Ja. #00:01:07-2#
- 3 I: Ok. Dann starten wir. Wie alt sind Sie? #00:01:07-7#
- 4 B: 30. #00:01:12-4#
- 5 I: Sind sie berufstätig und wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus? #00:01:13-6#
- 6 B: Ich bin zurzeit im Mutterschutz. #00:01:17-1#
- 7 I: Haben Sie einen Beruf erlernt? #00:01:20-2#
- 8 B: Köchin. #00:01:25-2#
- 9 I: Sind Sie aktuell abstinent? Wenn ja, wie haben Sie das erreicht? Falls nein, beschreiben Sie bitte, wie häufig und welche Mengen Methamphetamin Sie konsumieren. #00:01:28-1#
- 10 B: Also, ich bin derzeit abstinent. War in Therapie gewesen, erst zur Entgiftung, dann in Therapie. Dann bin ich zurück in mein altes Umfeld gekommen, da war ich wieder rückfällig. Und dann bin ich mit meinem Freund ganz weit weg von dem alten Umfeld gezogen. Der ist auch abstinent. #00:01:38-7#
- 11 I: Seit wann leben Sie jetzt in diesem neuen Ort? #00:01:58-3#
- 12 B: Ein Jahr, ungefähr. #00:02:02-1#

-
- 13 I: Liegen bei Ihnen irgendwelche psychiatrischen Erkrankungen vor? Wenn ja, welche und wann wurden diese diagnostiziert? #00:02:05-5#
- 14 B: Nein, es besteht nichts. #00:02:12-9#
- 15 I: Wie viele Kinder haben Sie und in welchem Alter sind diese? #00:02:17-4#
- 16 B: Also ich habe drei Kinder. Der Erste ist sechs, wird jetzt bald sieben. Der Zweite ist zwei und die Dritte ist vier Monate. #00:02:21-3#
- 17 I: Leben alle Kinder bei Ihnen im Haushalt? #00:02:31-7#
- 18 B: Na die zwei Kleinen, der Große lebt bei seinem Vater. #00:02:34-1#
- 19 I: Sind sie alleinerziehend? #00:02:38-6#
- 20 B: Für ein Kind ja. #00:02:41-1#
- 21 I: Und lebt bei Ihnen im Haushalt noch ein Partner mit? #00:02:44-7#
- 22 B: Ja, genau, mein Freund. #00:02:48-8#
- 23 I: Der an der Erziehung mit beteiligt ist? #00:02:50-5#
- 24 B: Genau. #00:02:52-7#
- 25 I: Und handelt es sich bei Ihrem Freund um eine drogenfreie Person, oder hat er auch Erfahrung mit Konsum gesammelt? #00:02:53-6#
- 26 B: Der hat zwar schon mal probiert und so, aber (unv.) nichts. #00:02:58-7#
- 27 I: Bitte beschreiben Sie kurz, wo Ihre Aufgaben als Mutter liegen? #00:03:05-0#
- 28 B: Naja, in der Erziehung, nicht? Und Betreuung. Ja, Beschäftigung der Kinder und so. Also was man halt alles macht mit den Kindern. #00:03:09-1#
- 29 I: Im Folgenden möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen als betroffener Elternteil wissen. Deswegen die Frage: Welche positiven und negativen Wirkungen haben Sie durch den Konsum von Methamphetamin erlebt? #00:03:25-9#
- 30 B: Ja, also positive Auswirkungen habe ich erlebt, indem ich halt fit war. Ich kann bloß von meinen Großen reden, weil die beiden Kleinen die haben das halt, da war ich nicht irgendwie abhängig gewesen mehr. Und beim Großen war es so, dass ich halt oft mit ihm raus gegangen bin, mich schön mit ihm beschäftigt habe und so. Und negative Auswirkungen. Naja, ich war halt sehr labil, habe alles durchgehen lassen und so. Er durfte halt machen was er wollte. Und, ja, das ist schlecht. Das merkt man jetzt gut. #00:03:38-6#
- 31 I: Und wenn Sie jetzt mal nur auf sich gucken. Welche positiven, negativen Wirkungen haben Sie nur für sich wahrgenommen, durch den Konsum? #00:04:15-1#

- 32 B: Naja, ich war halt wach. Ich habe abgenommen. Das war jetzt so, ja man isst ja nichts mehr und so. Und ich habe mich halt fit gefühlt und habe so Dinge gemacht, die ich sonst nicht machen würde und ja / #00:04:22-0#
- 33 I: Und negativ, gibt es da irgendwelche Wirkungen, die Sie da wahrgenommen haben? #00:04:39-5#
- 34 B: Ja, ich bin zum Schluss (unv.) halt an einer Sache hängen geblieben bin und nicht mehr weggekommen davon. Und mein Körper hat ganz schön nachgelassen, also hat keine Muskeln mehr, nichts mehr. Das war alles weg dann irgendwie. Konnte mich kaum noch bewegen, war schnell fertig. Und psychisch habe dann halt noch einen Knacks davon getragen irgendwie. Vergesslich bin ich geworden und / #00:04:43-3#
- 35 I: Das sind jetzt so die Langzeitfolgen? #00:05:11-5#
- 36 B: Mhm (bejahend). #00:05:14-0#
- 37 I: Haben Ihre Kinder Sie jemals unter dem Einfluss von Methamphetamin erlebt und wenn ja, beschreiben Sie bitte, wie Ihre Kinder Sie vielleicht wahrgenommen haben könnten in dem Moment. #00:05:18-0#
- 38 B: Also der Große auf jeden Fall. Der hat zwei Jahre da irgendwie mitgekriegt, da waren zwei Jahre. Und da bin ich dann halt richtig abgestürzt, da hat er das auch richtig mitgekriegt. Ich hab das zwar jetzt nicht vor ihm genommen und ich habe da auch immer darauf geachtet, dass andere das nicht machen und so, dass er mit dem Zeug gar nicht in Berührung kommt. Ich denke mal, der wird das schon mitgekriegt haben wenn ich da anders aus der der Küche rauskomme oder so verändert halt bin. #00:05:27-5#
- 39 I: Welche Veränderungen hat er vielleicht bei Ihnen wahrgenommen? #00:05:54-0#
- 40 B: (unv.) So aufgedreht oder dass ich viel geschlafen habe, wenn ich dann erst runtergekommen bin und so. Das hat der alles mitgekriegt. #00:05:57-1#
- 41 I: Was schätzen Sie, wie ihr Konsum sich auf Ihr Kind ausgewirkt hat? #00:06:10-7#
- 42 B: Negativ. #00:06:15-7#
- 43 I: Können Sie das an irgendwas festmachen oder begründen, warum Sie das als negativ bewerten? #00:06:17-5#
- 44 B: Ja, na wie gesagt, der durfte halt alles machen und hat auch alles gemacht, wo ich dann geschlafen habe und so. Da ist er mir halt ganz schön über den Kopf gelaufen, also / Er hört auch jetzt ganz schlecht auf mich und so, weil ich ihm auch immer alles erlaubt habe und jetzt darf er nicht mehr alles und so. Jetzt kriege ich das ja mit, wenn er Blödsinn macht und so und ja / #00:06:22-6#
- 45 I: Was verbesserte oder verschlechterte sich durch den Methamphetaminkonsum in Ihrer Elternrolle? Also was gelang Ihnen als Elternteil da möglicherweise besser oder schlechter, wenn Sie konsumiert hatten? #00:06:47-3#

- 46 B: Also besser ist halt, wenn ich gerade frisch konsumiert hatte, dass ich dann halt viel mit ihm draußen war auf dem Spielplatz und so. Also, dass ich mich viel mit ihm bewegt habe und so und dass ich mich da auch um ihn gekümmert habe viel. Und halt negativ, wenn ich dann runtergekommen bin, dass ich dann halt nicht in der Lage war, mich um den zu kümmern, gar nicht, also ging auch nicht. Ich habe mich dann selber entzogen und er durfte auch vier Wochen lang nicht zu mir kommen, weil ich das einfach nicht gepackt hätte. #00:07:00-6#
- 47 I: Wo war Ihr Sohn denn in der Zeit? #00:07:28-0#
- 48 B: Bei seinem Vater. #00:07:29-8#
- 49 I: Also Sie haben ihn dann an den Papa abgegeben und in der Zeit haben Sie dann Entzug gemacht. #00:07:32-0#
- 50 B: Genau. #00:07:36-7#
- 51 I: Können Sie eine Aussage treffen, wie es unter Methamphetaminkonsum mit Versorgung und Pflege des Kindes aussah? #00:07:38-0#
- 52 B: Also es funktioniert, definitiv. Also ich bin ja nun so, ich mache ja alles für meine Kinder. Und der hat immer Essen gekriegt. Wie gesagt, er hat alles gekriegt von mir und nur wenn ich runtergekommen bin, dann ging es halt nicht, dann konnte ich mich gar nicht um ihn kümmern. Ansonsten habe ich alles für den gemacht. #00:07:46-7#
- 53 I: Und unter Konsum, wie sah es dann mit der Aufsichtspflicht aus? Also konnten Sie da zu jeder Zeit gucken, was macht der gerade? Haben Sie das alles mitgekriegt? #00:08:06-3#
- 54 B: Nein, ich habe nicht alles mitgekriegt. Also ich konnte nicht immer. Ich habe ja auch ganz andere Sachen gemacht dann und zum Schluss konnte ich dann gar nicht mehr gucken, was er gemacht hat, weil ich mich nur auf meins konzentriert habe und ja / #00:08:16-5#
- 55 I: Und können Sie eine Aussage treffen, wie das mit der Tagesstruktur war, als Sie konsumiert haben? Gab es da eine feste Tagesstruktur oder wie sah die aus? #00:08:27-2#
- 56 B: Er ist ja dann in den Kindergarten gegangen, war also seine Tagesstruktur. Sonst war halt keine Struktur da. Er ist gegangen wann er wollte und / Da war ich nicht so hart. Da war alles relativ egal, ja. #00:08:38-3#
- 57 I: Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. #00:08:53-9#
- 58 B: Nein. Können sie nicht. Weil man ja auch die meiste Zeit nur darauf aus ist, dass man neues Zeug kriegt und so. Wenn es dann alle ist, dann schleppt man die Kinder auch vielleicht noch irgendwo mit hin und so. Das habe ich ja auch alles gemacht. Das geht nicht, man kann nicht immer im Sinne des Kindes handeln. Das funktioniert nicht. Es geht nur eins, das oder das. #00:09:01-4#

- 59 I: Wir kommen zum letzten Teil des Interviews. Suchterkrankungen bedeuten aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Konsum der Eltern hindeuten? Also Risikofaktoren, die aus konsumtechnischer Sicht dafür sprechen, dass zum Beispiel das Kind wahrscheinlich nicht mehr gut betreut ist oder nicht mehr gut versorgt ist. #00:09:29-0#
- 60 B: Ja. Also eine Gefährdung ist auf jeden Fall da. Weil, das musste ich auch feststellen, also das war ja meistens wenn ich runtergekommen bin, und da habe ich halt geschlafen und der hat halt den Herd angemacht und da stand so ein Weidenkorb drauf, wo meine Papiere alle drin waren. Das war alles verbrannt gewesen. Also der hätte uns da beinahe umgebracht, ungewollt. Also es sind so Dinger passiert. Dann hat er die Kaffeekanne runtergeschmissen und ich habe das alles nicht mitgekriegt. Ich war völlig fertig. Ich habe geschlafen und habe das nicht mitgekriegt. Und einmal habe ich ihn vergessen vom Kindergarten abzuholen, weil ich geschlafen habe. Also das war übel. #00:10:03-1#
- 61 I: Und wenn Sie jetzt einmal weniger auf sich, vielmehr generell auf methamphetamin-konsumierende Eltern gucken, gibt es da Ihrer Meinung nach möglicherweise eine Grenze aus Konsumsicht, wo man sagt, ab da ist es eigentlich nicht mehr möglich, ein Kind zu versorgen, also zum Beispiel täglicher Konsum oder? #00:10:48-4#
- 62 B: Also ich habe da genügend Beispiele. Sie werden da eins, zwei hören, weil ich kannte ja fast nur Eltern, die konsumieren bzw. Mütter. Und ich muss wirklich sagen, das ist schwierig das unter einen Hut zu kriegen, dass man konsumiert und sich um das Kind kümmert. Das ist schwierig. #00:11:09-9#
- 63 I: Und gibt es da irgendwo eine Grenze, wo sie sagen ab da geht es auf jeden Fall nicht mehr? #00:11:29-4#
- 64 B: Ja, ab dem vierten, fünften Tag. #00:11:33-7#
- 65 I: Sie machen das an der Zeit fest? #00:11:37-6#
- 66 B: Ja, also wenn man dann schon wirklich völlig fertig ist, dann geht es nicht mehr. #00:11:39-0#
- 67 I: Also ab vier, fünf Tage durchkonsumieren, da ist dann das Kind nicht mehr im Fokus. #00:11:42-0#
- 68 B: Ja. Da sind dann ganz andere Sachen wichtig. #00:11:48-6#
- 69 I: Gibt es noch andere Kriterien, die da vielleicht eine Rolle spielen, Ihrer Meinung nach? #00:11:51-7#
- 70 B: Ja, Computer. Ist zurzeit so, ja, so viel wie ich jetzt - also mein letzter Stand / Ist ja nun auch schon über ein Jahr her. Und so, keine Ahnung, irgendwelche Zeitungen ausschneiden und so einen Quatsch so halt. Was total sinnlos ist eigentlich. #00:11:55-8#
- 71 I: Wenn man so auf Sachen fest geht? #00:12:13-6#

- 72 B: Ja, genau. #00:12:15-7#
- 73 I: Hängt die eben getroffene Einschätzung, also 'Gefährdung der Kinder durch den elterlichen Konsum', Ihrer Meinung nach noch von anderen Faktoren außer dem Suchtmittelkonsum ab und wenn ja, von welchen? #00:12:22-0#
- 74 B: Also, es kommt ja auch darauf an, wie die Person ist, ob die Person labil ist oder die Person stark ist, oder so - würde ich sagen - hängt noch davon ab. Oder Konsequenz hängt auch sehr doll davon ab. Es kommt immer darauf an. #00:12:32-7#
- 75 I: Was meinen Sie mit Konsequenz? #00:12:51-7#
- 76 B: Na, wenn die Menschen halt nicht konsequent sind. Das ist halt so ein Ding, was - denke ich mal - noch dazu gehört. #00:12:53-9#
- 77 I: Könnte die Ausgestaltung des sozialen Netzes, also welche sozialen Kontakte habe ich als konsumierender Elternteil, auch eine Rolle spielen in Richtung eher Gefährdung oder eher Schutz? #00:13:05-4#
- 78 B: Ja, denke ich auch, weil meistens sind das ja bloß Leute, die dann auch konsumieren, weil richtige Freunde hat man dann in dem Moment auch gar nicht mehr, glaube ich. #00:13:15-2#
- 79 I: Gibt es Ihrer Meinung nach noch andere Faktoren, die die Situation vielleicht verschlechtern, also vielleicht noch eine psychiatrische Erkrankung oder so? #00:13:24-6#
- 80 B: Ja, das spielt auch - glaube ich - noch eine Rolle mit. Also wenn man depressiv ist, dann wird man ja noch depressiver und, keine Ahnung. Es kommt halt immer darauf an, wie die Stimmungslage auch ist und so. Wenn man halt schon aggressiver Natur ist, dann wird man halt doppelt aggressiv und so. Es hängt schon viel damit zusammen, wie der Mensch halt aufgebaut ist - denke ich. #00:13:34-8#
- 81 I: Also die Persönlichkeit spielt eine Rolle, sagen Sie? #00:13:53-3#
- 82 B: Ja, denke ich, ja. #00:13:55-8#
- 83 I: Noch andere Risikofaktoren, die Sie an der Stelle benennen würden? #00:13:59-0#
- 84 B: Ja, ich weiß nicht. Die Alltagsstruktur fehlt ja dann auch ganz schön. Das ist ja dann nicht mehr so. Da macht man ja eigentlich bloß das, worauf man halt gerade Lust hat und nicht so wie jetzt. Jetzt bring ich ja zum Beispiel jeden Tag mein Kind in den Kindergarten. Danach machen wir halt dann immer unseren Ablauf und so. Das ist dann halt alles nicht. #00:14:02-5#
- 85 I: Gibt es noch weitere Risikofaktoren, die Sie benennen könnten? #00:14:26-5#
- 86 B: Da würde mir jetzt - glaube ich - gar nichts einfallen. #00:14:29-1#
- 87 I: Dann habe ich zum Schluss noch eine Frage, die ich Ihnen vorab nicht zur Verfügung

gestellt habe, aber dennoch an Sie richten möchte: Welche Empfehlungen können Sie vielleicht für Helfer aussprechen, die mit methamphetaminkonsumierenden Eltern arbeiten und bei denen auch Kinder im Haushalt sind? #00:14:36-5#

88 B: Ja das Problem ist, die Leute lassen sich nichts sagen. Das weiß ich von mir selber und das weiß ich auch von anderen. Die lassen sich in dem Punkt überhaupt gar nichts sagen. Die müssen erst ganz tief fallen, um zu merken, dass da etwas nicht stimmt. So war es bei mir ja auch gewesen. Mir musste ja erst mein Junge weggenommen werden, um dass ich merke, dass da irgendwas nicht stimmt. Also, da kann man - glaube ich - gar nicht viel helfen. Die Leute, die sagen dann meistens, 'ja, ist gut, mache ich', machen es aber im Endeffekt dann doch nicht. Also, man kann da reden wie man will, es bringt einfach nichts. #00:14:51-2#

89 I: Dann haben Sie mir eigentlich schon alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe? #00:15:24-6#

90 B: Nein, ist eigentlich alles dabei gewesen, nicht wahr? #00:15:32-5#

91 I: Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews Fragen auftreten? #00:15:38-1#

92 B: Ja. #00:15:43-9#

93 I: Dann möchte ich mich an der Stelle ganz herzlich für Ihre Zeit bedanken und für Ihre Auskunftsbereitschaft. Sie haben mir sehr weitergeholfen. #00:15:45-7#

B.6 Interview VI - ehemals konsumierende Mutter B

Ehemals konsumierende Mutter nach Entgiftung seit 15 Wochen abstinent, Antrag auf stationäre Therapie gestellt. Mutter von drei Kindern (20 Jahre, 13 Jahr, acht Jahre). Im Haushalt leben die beiden jüngsten Kinder. Alleinerziehend. Datum des Telefoninterviews: 12.06.2015, Dauer: 19:47 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Ich arbeite seit ungefähr zweieinhalb Jahren in der Suchthilfe, ausschließlich Beratungsstelle. Seit April 2014 arbeite ich, mich Unterbrechung, in der Beratungsstelle in XY. Seit 2012 studiere ich an der Katholischen Hochschule Köln den Master Suchthilfe und in dem Rahmen schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. Dafür interviewe ich eben Fachkräfte, aber vor allem auch Eltern, die eben Erfahrungen mit Methamphetamin sammeln konnten. Deswegen wurde Sie auch als Experte ausgewählt und im Folgenden möchte ich Ihnen einige Fragen dazu stellen und freue mich sehr, dass Sie sowohl Ihre Peron als auch Ihre Erfahrung hier zur Verfügung stellen. Das Interview nehme ich auf Tonband auf. Alle Angaben, die Sie machen, werden anonym behandelt. Es steht nirgendwo Ihr Name. Das Tonband wird nach Verteidigung der Masterarbeit gelöscht. Sie haben natürlich auch bei jeder Frage die Möglichkeit zu sagen, 'ich möchte da keine Antwort drauf geben'. Soweit klar? #00:00:19-7#
- 2 B: Ja, alles klar. #00:01:23-5#
- 3 I: Gut, dann stelle ich mal die erste Frage: Wie alt sind Sie? #00:01:25-2#
- 4 B: 38. #00:01:28-6#
- 5 I: Sind Sie berufstätig und wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus? #00:01:30-9#
- 6 B: Nein, bin ich nicht. #00:01:34-4#
- 7 I: Haben Sie einen Beruf erlernt? #00:01:37-0#
- 8 B: Nein, habe ich nicht. #00:01:38-4#
- 9 I: Sind Sie aktuell abstinent? Wenn ja, wie haben Sie das erreicht? Falls nein, beschreiben Sie bitte wie häufig und welche Mengen Methamphetamin Sie konsumieren. #00:01:43-1#
- 10 B: Ja, bin ich und durch eine Entzugsklinik und meinen eigenen Willen. #00:01:52-9#
- 11 I: Entzugsklinik heißt, Sie haben eine Entgiftung gemacht? #00:02:01-4#
- 12 B: Genau. #00:02:04-3#
- 13 I: Seit wann sind Sie abstinent? #00:02:06-2#
- 14 B: Seit 15 Wochen. #00:02:08-7#

- 15 I: Liegen bei Ihnen psychiatrische Erkrankungen vor und wenn ja, welche und seit wann bestehen die, also wann wurden die diagnostiziert? #00:02:14-3#
- 16 B: Also, ich denke schon, dass ich Depressionen habe, aber bin damit nicht zum Arzt gegangen. #00:02:22-6#
- 17 I: Wie viele Kinder haben Sie und in welchem Alter sind diese? #00:02:31-0#
- 18 B: Drei und die sind im Alter von 20, 13 und acht. #00:02:33-8#
- 19 I: Leben alle Kinder bei Ihnen im Haushalt? #00:02:41-4#
- 20 B: Nein. #00:02:43-7#
- 21 I: Wo leben die, die nicht bei Ihnen leben? #00:02:45-2#
- 22 B: Mein Sohn lebt zurzeit im Gefängnis. #00:02:48-9#
- 23 I: Und die zwei Jüngeren leben bei Ihnen im Haushalt? #00:02:54-4#
- 24 B: Genau. #00:02:57-3#
- 25 I: Sind Sie alleinerziehend? Wenn nein, wer ist noch an der Kindererziehung beteiligt und handelt es sich hierbei um eine drogenfreie Person? #00:02:57-9#
- 26 B: Ich bin alleinerziehend. #00:03:05-6#
- 27 I: Da gibt es auch gerade keinen Partner, der mit im Haushalt lebt? #00:03:08-1#
- 28 B: Nein. #00:03:11-6#
- 29 I: Bitte beschreiben Sie kurz, wo Sie Ihre Aufgaben als Mutter sehen. #00:03:13-1#
- 30 B: Also, in der Kindererziehung, Haushaltsführung, Betreuung von Kindern. Alles, was eigentlich dazugehört. #00:03:18-0#
- 31 I: Im Folgenden möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen als betroffener Elternteil wissen und deswegen die Frage: Welche positiven und negativen Wirkungen haben Sie durch den Konsum von Methamphetamin erlebt? Erstmals nur auf Sie allein bezogen und dass Sie Kinder haben erst mal ausgeblendet. #00:03:30-9#
- 32 B: Also, leistungsfähiger war ich, was positiv war. Ich habe viel im Haushalt geschafft. Fröhlicher, also am Anfang. Am Ende mehr so traurig. Reizbar war ich dann später geworden dadurch. Negative, kommt darauf an, also wenn ich beim Runterkommen war, habe ich viel geschlafen, konnte mich weniger um die Kinder kümmern, Haushalt überhaupt. War manchmal (unv.) in mich selber gekehrt, ja. Ich sah blass aus und war, naja, ich habe eben schnell abgenommen und sah furchtbar aus im Gesicht. #00:03:48-7#
- 33 I: Haben Ihre Kinder Sie jemals unter Einfluss von Methamphetamin erlebt und wenn ja, versuchen Sie bitte zu beschreiben, wie Ihre Kinder Sie vielleicht wahrgenommen haben

könnten? #00:04:54-3#

- 34 B: Also die ersten Jahre überhaupt nicht, da haben die das gar nicht so mitbekommen, erst das letzte halbe Jahr, wo es mir dann wirklich schlecht ging auch, wo ich auch jeden Tag konsumiert habe. Meine Stimmungswchsel haben Sie mitbekommen. Sie haben meine Aussetzer / Ich habe ab und zu mal solche Aussetzer gehabt. Da habe ich mein Telefon oder irgendwas gegen die Wand / Ich habe nicht gegen das Kind, sondern für mich selber / Ich kam mit mir selber nicht klar. Das haben die schon mitbekommen. Aber sie wussten trotzdem noch nicht, dass ich eben unter Drogen stehe. #00:05:04-2#
- 35 I: Meinen Sie mit den Aussetzern, Sie waren da irgendwie doll wütend auf etwas und haben dann das Telefon geworfen? #00:05:39-6#
- 36 B: Ja, genau. #00:05:44-5#
- 37 I: Was schätzen Sie, wie Ihr Konsum sich auf Ihre Kinder ausgewirkt hat? #00:05:49-6#
- 38 B: Die haben ja lange Zeit das gar nicht mitbekommen. Also ich war so wie immer. Je mehr die letzte Zeit durch meine Stimmungsschwankungen / Aber dass die das wirklich mitbekommen haben, glaube ich nicht. Und die Auswirkungen, ich meine / Ich habe schon meine Regeln am Tag gemacht, also wie (unv.) machen und (unv.), aber eben nicht mehr im ganzen Rahmen, wie ich es eben vorher gemacht habe. #00:05:53-9#
- 39 I: Worin hat sich das unterschieden? #00:06:20-9#
- 40 B: Also, vorher habe ich wirklich auf alles geguckt, dass ja nichts nach außen dringt. Das sollte ja niemand mitbekommen. Dass alles auch funktioniert. Aber dann eben, das letzte halbe Jahr hat man schon gemerkt, mit mir stimmt irgendwas nicht. Man hat es mir angesehen und man hat auch an den Kindern gemerkt, dass irgendwas nicht stimmt. #00:06:23-2#
- 41 I: Was verbesserte oder verschlechterte sich durch den Methamphetaminkonsum in Ihrer Elternrolle? Was gelang Ihnen durch den Konsum möglicherweise besser oder schlechter als Mutter? #00:06:47-0#
- 42 B: Schlechter. Ich denke schon, im Haushalt hat man es gemerkt. Die Pflege an sich blieb so. Also die Kinder gingen sauber zur Schule, alles drum und dran. Betreuung, ich habe schon mich mehr um die Kleinere gekümmert, die Größere war mehr so für sich gelassen. Also wenn sie nicht wollte, durfte sie viel zu Hause bleiben und ist eben nicht mitgegangen irgendwohin, was ich mit der Kleinen ja gar nicht gemacht habe. #00:06:58-0#
- 43 I: Was gelang Ihnen denn unter Konsum möglicherweise hinsichtlich Aufsicht besser oder schlechter und auch Tagesstruktur? #00:07:31-2#
- 44 B: Also, an sich am Tag / Also wir sind früh zusammen aufgestanden, das haben wir schon gemacht, aber sobald die Kinder weg waren und in der Schule, habe ich mich hingelegt und geschlafen. Habe, kurz bevor sie kamen, Essen gekocht. Aber es blieb eben vieles liegen. Ich habe nur noch die Hauptsachen gemacht, wie Essen, aufwaschen, Wäsche waschen, aber das Kleinere drumherum gar nicht. #00:07:45-9#

- 45 I: Wenn Sie sagen, 'gerade wenn die Kinder zur Schule waren', wie sah das denn da am Wochenende aus? Da ist ja keine Schule. Also durch die Schule ist ja so ein Stück Tagesstruktur vorgegeben. Wie war das denn da am Wochenende? #00:08:13-4#
- 46 B: Wir haben trotzdem gekocht, wir haben Wäsche gewaschen, wir sind zusammen einkaufen gegangen. Bei mir fing dann meistens die Zeit abends erst an. (unv.) Ich habe schon gemerkt, dass ich am Wochenende mit der Kleinen länger draußen war als wie um neun oder so und es ging manchmal bis halb 11. Das ist aber was, was dann wieder von jemandem auf die Nase gebunden wurde, 'pass auf hier, mach das mal lieber nicht mehr so', was dann halt auch nicht mehr so war, weil sich das alles bei mir zu Hause abgefunden hat und nicht mehr draußen. #00:08:24-3#
- 47 I: Also Sie waren mit Ihrer Tochter so lange draußen, weil Sie auch konsumiert hatten? #00:08:55-9#
- 48 B: Ja. #00:09:01-1#
- 49 I: Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. #00:09:04-8#
- 50 B: Dann würde ich antworten: ja schon. Kommt aber auf jeden selber drauf an, wie wichtig ihm die Kinder sind. Ich habe es 14 Jahre auch geschafft, ohne dass etwas nach außen geht, weil die Kinder mir wichtig waren. Ich habe manchmal (unv.) Ich konnte damit umgehen, aber irgendwann kam dann mal ein Punkt, wo es nicht mehr ging. #00:09:12-7#
- 51 I: Und können Sie diesen Punkt beschreiben, wo es nicht mehr ging? #00:09:39-6#
- 52 B: Weil mein Sohn sich versucht hat, umzubringen. Damit bin ich nicht klar gekommen, da bin ich in ein tiefes Loch gefallen. Umso mehr habe ich auch konsumiert, damit ich nicht weinen muss, damit ich keine Gefühle zeigen muss. Und da kam dann der Punkt, wo ich sagte, 'jetzt geht es nicht mehr'. #00:09:43-3#
- 53 I: Und da konnten Sie dann, wenn Sie jetzt von sich ausgehen, nicht mehr so gut für Ihre beiden Töchter da sein? #00:10:06-0#
- 54 B: Nein, ich würde sagen, meine Töchter haben die Rolle von mir übernommen. Die haben die Mamarolle übernommen und ich bin einfach zum Kind geworden, in den meisten Situationen, ja. #00:10:11-7#
- 55 I: Wir kommen zum letzten Teil des Interviews. Suchterkrankungen bedeuten aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Konsum der Eltern hindeuten? #00:10:26-0#
- 56 B: Ich würde sagen, das kommt darauf an, wie alt die Kinder sind. Also bei kleinen Kindern - denke ich - schon, weil ich das selber erlebt habe, wenn man unter Drogen steht, ist man ein ganz anderer Mensch. Man hat schon / Die ersten drei Tage geht es, aber dann, umso länger die Zeit man wach bleibt, umso unruhiger wird man und so

genervter ist man von Kleinigkeiten. Und gerade bei kleinen Kindern, wenn die weinen, wenn die das und das haben wollen, ist das nicht gut. Umso größer sie sind - ich denke mal - die Kinder werden ja selbstständiger. Man hat dann mehr Zeit für sich. Ich denke, das könnte funktionieren. Das hat bei mir Jahre gut funktioniert. #00:10:47-4#

57 I: Und gibt es Kriterien, Ihrer Meinung nach, wie z. B. eben täglicher Konsum oder wenn man nicht mehr durch die Nase zieht sondern eben das Methamphetamin inhaliert, also raucht? Sind das möglicherweise Kriterien, wo Sie sagen, dass ist schon sehr intensiver Konsum, da ist auch die Versorgung der Kinder wahrscheinlich eingeschränkt oder sagen Sie, da gibt es eigentlich nicht wirklich Kriterien, die das anzeigen könnten? #00:11:33-7#

58 B: Doch, gibt es. Also ich habe ja nur auf dem einen / Ich habe das nur durch die Nase genommen und nicht anders. Ich habe aber alle andere erlebt, die es eben rauchen, oder so. Also für die, die sind schneller so zgedröhnt und die können gar nicht mehr nachdenken, was die so machen. Die wissen innerhalb von einer Stunde nicht mehr, was sie da davor gemacht haben. Was ich eben trotz allem immer noch wusste, was ich gemacht und getan habe. Ich denke mal, es kommt noch darauf an, wie viel man konsumiert über den Tag hinaus. #00:12:01-1#

59 I: Also die Menge, sagen Sie, könnte auch so ein Kriterium sein? #00:12:36-1#

60 B: Genau, die Menge. #00:12:38-6#

61 I: Wie würden Sie das mit Mischkonsum einschätzen? #00:12:41-1#

62 B: Kommt darauf an, was und wie man es mischt, was, welchen / Es kommt darauf, sage ich mal. Ich kenne das nicht, gemischt zu haben. #00:12:45-6#

63 I: Wir haben jetzt gerade geschaut, wie möglicherweise die Gefährdung aussehen könnte, also welche Kriterien einen intensiven Suchtmittelkonsum anzeigen, aus wirklich Konsumseite. Gibt es möglicherweise noch andere Kriterien, die darauf hindeuten, dass eine Gefährdung der Kinder wahrscheinlich ist, außer dem Suchtmittelkonsum? #00:13:06-2#

64 B: (unv.) Depressionen, das ist ganz gefährlich, und konsumieren, weil es wird ja nicht besser. Es wird ja immer schlimmer, aber das über einen Zeitraum. Also nicht, wenn ich heute was nehme (unv.) und nächste Woche erst (unv.). Das nicht. Das muss bei mir, eine Regelmäßigkeit, also jeden Tag. Es wird nicht besser, es wird immer schlimmer. Also ich bin relativ wach, ich geh ins Bett und schlafe, weil mein Körper kaputt ist. #00:13:29-0#

65 I: Inwiefern könnte da vielleicht auch die Gestaltung des sozialen Umfeldes eine Rolle spielen? Also wenn man jetzt mal drauf guckt, 'potentielle Gefährdung der Kinder'? #00:14:02-2#

66 B: Ja, also ich denke mal, es gibt / Ich kenne viele, die / Familie oder so ist da nicht mehr wichtig, nur weiter zu konsumieren ist wichtig. Familie gibt es da gar nicht. Das habe ich jetzt selber bei mir gemerkt, dass ich einfach meine Familie selber nicht mehr rangelassen habe, damit die mich nicht sehen, wie ich aussehe. #00:14:15-5#

67 I: Und wurde Ihre Situation dadurch schwieriger oder war das eher erleichternd für Sie?

#00:14:42-2#

- 68 B: Doch schon leichter, weil die sehen mich ja nicht. Die kriegen ja nichts mit, also Schwestern und Eltern oder so ähnlich. Aber die eigenen Kinder nicht. Die eigenen Kinder sind in der Familie drin und die bleiben auch. Aber die anderen, die außen rum, die sind weg (unv.) Personen, die schiebt man bei Seite, damit die nicht erkennen, wie es ist, damit keiner eingreifen kann, eigentlich, in die Familie. #00:14:54-4#
- 69 I: Also so auf der emotionalen Schiene, sagen Sie, hat es das leichter gemacht, weil dann hat keiner etwas gesagt. Und wenn wir nochmal auf die Bewältigung des Alltags gucken, war das dann dadurch auch leichter oder war das dadurch schwerer? #00:15:21-4#
- 70 B: Es ging eigentlich leicht. #00:15:35-8#
- 71 I: Wenn wir mal überlegen, es gibt ja auch Eltern, die nicht nur konsumieren, sondern auch mit Methamphetamin handeln, das verkaufen. Sehen Sie darin einen besonderen Gefährdungsfaktor? #00:15:49-1#
- 72 B: Ja. #00:15:59-9#
- 73 I: Warum? #00:16:00-9#
- 74 B: Warum? Ich meine, nehmen oder verkaufen, das sind zwei verschiedene Dinge. Ich selber nehme. Ich nehme das jetzt schon / in Deutschland eigentlich auch verboten, aber verkaufen ist ja noch viel schlimmer. Und die haben ja mehr im Haushalt als ich und man kann das ja gar nicht alles verstecken. Und irgendwann finden es doch mal die Kinder. Man kann noch so gut das verstecken. Umso größer die Kinder werden, umso neugieriger sind die ja. Also würde ich schon einen Unterschied machen, zwischen verkaufen oder selber nehmen. #00:16:02-6#
- 75 I: Zum Schluss habe ich noch eine Frage, die ich Ihnen aber vorab nicht zur Verfügung gestellt habe, weil ich mir die sehr spontan überlegt habe, ich möchte die trotzdem an Sie richten: Welche Empfehlungen können Sie für Helfer aussprechen, die mit methamphetaminkonsumierenden Eltern arbeiten und wo eben auch Kinder im Haushalt sind? #00:16:36-5#
- 76 B: Wenn ich jetzt z. B. noch konsumieren würde und es würde jemand von einer z. B. Drogenberatung kommen und sagen 'passen Sie auf, ich helfe Ihnen', ich würde sie gar nicht ranlassen. Weil das ist eine Kopfsache, weil ICH sage, 'ich will jetzt aufhören', dann sucht man sich Hilfe und dann lässt man jemanden an sich ran. Aber vorher lässt man niemanden an sich ran. Dann tut man so, als wäre alles ok und da ist nichts und es wird auch nie irgendetwas sein. Also von mir aus spreche ich da. #00:17:04-3#
- 77 I: Wenn Sie überlegen, als Sie sich dann auch Hilfe gesucht haben, was war da hilfreich für Sie, dass Sie die auch annehmen konnten die Hilfe? #00:17:37-9#
- 78 B: Reden. Ich denke mal zuhören, dass eine Person da ist, die zuhört, weil wenn es nur jemanden gibt, der immer negativ dagegen redet, bringt das mir nichts. Wenn die Person da ist und sagt, 'ich höre zu und ich lass erst mal erzählen', dann kann man ja Tipps geben. Aber nicht auf eine negative Seite sagen, 'naja, du bist drogenabhängig und hier so

und so'. Das habe ich gestern auch erfahren bei der Polizei, weil ich gestern dort war. Die Polizisten saß so negativ mir gegenüber und ich sage, 'naja gut, wir werden bloß ein bisschen quatschen', aber ist nicht jeder so stark. #00:17:45-1#

79 I: Und wenn wir nochmal auf den Aspekt gucken, den Sie vorher genannt haben, wenn man noch konsumiert und da kommt jemand, der will vielleicht helfen. Was wäre denn für den Helfer, der da helfen möchte, eine Empfehlung, wie der trotz dessen, dass derjenige noch konsumiert, vielleicht eine Unterstützung sein kann? #00:18:23-1#

80 B: Ja, ich sage mal, erst mal muss derjenige, der konsumiert, Vertrauen zu der Person aufnehmen. Der konsumiert wird niemand Außenstehenden einfach so reinlassen, in sein Leben reingucken lassen. Da ist ja die Angst, Polizei kommt, dass die Kinder wegkommen, das und das. Das ist halt die große Angst bei Konsumierenden. Da muss erst Vertrauen aufgebaut werden. Vorher (unv.). #00:18:41-1#

81 I: Sie haben mir nun eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht dennoch Aspekte, die ich übersehen habe und die Sie ergänzen möchten? #00:19:17-1#

82 B: Nein. #00:19:25-6#

83 I: Darf ich Sie später noch einmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung Fragen zum Interview mit Ihnen entstehen? #00:19:33-1#

84 B: Na klar, dürfen Sie. #00:19:38-8#

85 I: Dann möchte ich an der Stelle recht herzlichen Dank aussprechen, für Ihre Zeit und Auskunftsbereitschaft. #00:19:41-5#

B.7 Interview VII – ehemals konsumierende Mutter C

Ehemals konsumierende Mutter nach Entgiftung abstinent, aktuelle stationäre Therapie. Mutter von einem Kind (zwei Jahre). Die Erziehung erfolgt mit dem drogenfreien Lebenspartner im gemeinsamen Haushalt. Datum des Telefoninterviews: 18.06.2015, Dauer: 27:53 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Theresa Miegel. Seit zweieinhalb Jahren arbeite ich jetzt in der Suchthilfe und in der Beratungsstelle in XY seit April 2014, mit Unterbrechung. Seit 2012 studiere ich an der Fachhochschule Köln den Master Suchthilfe und aktuell schreibe ich eben meine Masterarbeit zum Thema: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. In diesem Rahmen führe ich eben Interviews mit Fachkräften und betroffenen Elternteilen. Sie wurden daher als Expertin ausgewählt für dieses Interview, weil Sie als betroffener Elternteil Erfahrungen mit Methamphetamin gesammelt haben und im Folgenden möchte ich Ihnen dazu einige Fragen stellen. Ich freue mich sehr, dass Sie sich und auch Ihre Erfahrungen hierfür zur Verfügung stellen. Das Interview wird auf Tonband aufgenommen. Alle Angaben, die Sie machen, werden anonym behandelt, also hier taucht auch nirgendwo Ihr Name auf. Das Tonband wird nach der Verteidigung der Masterthesis vernichtet. Sie haben natürlich auch bei jeder Frage die Möglichkeit zu sagen, 'da möchte ich keine Antwort drauf geben'. Soweit alles klar? #00:00:04-8#
- 2 B: Ja. #00:01:11-3#
- 3 I: Wie alt sind Sie? #00:01:25-9#
- 4 B: 32 Jahre. #00:01:27-6#
- 5 I: Sind Sie berufstätig und wenn ja, welchen Beruf üben Sie aus? #00:01:29-4#
- 6 B: Momentan bin ich nicht berufstätig. #00:01:33-4#
- 7 I: Haben Sie einen Beruf erlernt? #00:01:36-4#
- 8 B: Ich habe früher technische Zeichnerin gelernt, jetzt nochmal neu gelernt Pflegehelfer mit Alltagsbegleitung nach Paragraph 87b. #00:01:37-9#
- 9 I: Sind Sie aktuell abstinent? Wenn ja, wie haben Sie das erreicht? Falls nein, beschreiben Sie bitte, wie häufig und welche Mengen Methamphetamin Sie konsumieren. #00:01:51-1#
- 10 B: Also ich bin aktuell abstinent. Das habe ich in der Entgiftung erreicht. Momentan befinde ich mich auf einer Langzeittherapie. #00:01:59-6#
- 11 I: Das heißt seit wann sind Sie jetzt abstinent? #00:02:11-3#
- 12 B: Ich habe das letzte Mal konsumiert am 25. März 2015. (unv.) #00:02:13-8#
- 13 I: Liegen bei Ihnen psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche und wann wurden diese diagnostiziert? #00:02:21-7#

- 14 B: Nein. #00:02:28-9#
- 15 I: Wie viele Kinder haben Sie und in welchem Alter sind diese? #00:02:31-1#
- 16 B: Ich habe ein Kind und der ist zwei Jahre und vier Monate. #00:02:33-9#
- 17 I: Lebt Ihr Kind bei Ihnen im Haushalt? #00:02:41-2#
- 18 B: Ja. #00:02:43-3#
- 19 I: Sind Sie alleinerziehend? Wenn nein, wer ist noch an der Kindererziehung beteiligt und handelt es sich dabei um eine drogenfreie Person? #00:02:44-7#
- 20 B: Ich bin nicht alleinerziehend. Der Vater des Kindes, also mein Freund, ist noch an der Erziehung beteiligt und er ist drogenfrei. #00:02:52-6#
- 21 I: Bitte beschreiben Sie kurz, wo Sie Ihre Aufgaben als Mutter sehen. #00:03:03-9#
- 22 B: Also da beginnt / Mein Kind ins Bett zu bringen, (unv.), dafür sorgen, dass er saubere Kleidung trägt, dass er sauber ist, dass er gesundes Essen bekommt, ihm erklären, was richtig und falsch ist, ihn trösten, ihm Liebe und Geborgenheit geben und mit ihm spielen. Eigentlich alles das. #00:03:08-5#
- 23 I: Im Folgenden möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen als betroffener Elternteil wissen. Deswegen die Frage: Welche positiven und negativen Wirkungen haben Sie durch den Konsum von Methamphetamin erlebt, vorrangig auf sich bezogen, erst mal ausgeblendet, dass da vielleicht Kind und Familie dranhängen? #00:03:51-0#
- 24 B: Also positiv, dass ich konzentrierter bin, leistungsfähiger und unerwünschte Gefühle eben weg sind, weggezogen wurden. Die Negativen sind launisch, schnell reizbar und gefühlsmäßig dann eben auch kalt, manchmal. #00:04:07-3#
- 25 I: Hat Ihr Kind Sie jemals unter Einfluss von Methamphetamin erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, wie Ihr Kind Sie vielleicht wahrgenommen haben könnte. #00:04:36-3#
- 26 B: Hat es, ja. Ich vermute, dass er mich nervös, ungeduldig und nie für Ruhe sorgend empfunden hat. So stelle ich mir das vor. Ich war nie ein Ruhepol, ich konnte ihn auch schlecht beruhigen immer. Ich war immer sehr unruhig und zappelig. Ich musste auch an ihm auch immer rumzuppeln und -zupfen. (unv.) #00:04:45-5#
- 27 I: Was schätzen Sie, wie Ihr Konsum sich auf Ihr Kind ausgewirkt hat, also vielleicht auch langfristig gesehen? #00:05:14-8#
- 28 B: Also was ich jetzt mitbekommen habe, was ich so vermute, ist auf jeden Fall, dass er auch durch mich nervös wurde und - ich denke mal - dass er dann auch schlechter einschlafen konnte, weil ich habe ihn auch ins Bett gebracht. Also längerfristig, das ist schwer zu sagen, weil / Jetzt bin ich ja nicht da und wenn ich ihn jetzt immer am Wochenende sehe, einen Tag oder einen halben, dann ist er schon ruhiger geworden. Ob das

längerfristige Auswirkungen hat, weiß ich nicht. #00:05:22-2#

29 I: Also Ihr Eindruck ist, dass er durch Sie unruhiger war? #00:06:14-6#

30 B: Ja. #00:06:18-4#

31 I: Gibt es noch andere Auswirkungen auf Ihr Kind, die Sie beschreiben können?
#00:06:20-4#

32 B: Weiß ich nicht. #00:06:31-0#

(Unterbrechung durch Klopfen an der Tür der Befragten.)

33 I: Wir waren gerade bei der Frage: Was schätzen Sie, wie sich Ihr Konsum auf Ihr Kind ausgewirkt hat? Sie sagten, 'der war durch mich auf jeden Fall ein Stück weit unruhiger'. Können Sie da noch andere Aspekte beschreiben? #00:06:54-7#

34 B: Nein. #00:07:07-1#

35 I: Was verbesserte oder verschlechterte sich durch den Methamphetaminkonsum in Ihrer Elternrolle? Also was gelang Ihnen möglicherweise besser oder schlechter unter Methamphetaminkonsum? #00:07:10-8#

36 B: Also, es fehlte auf jeden Fall eine feste Tagesstruktur. Ich kann es ja auch nicht vergleichen, das ist ja das. Ich kann es nur so / Also weil ich ja eben noch keinen Vergleich habe, wie ich ohne Crystal bin. #00:07:21-0#

37 I: Das heißt, Sie haben Ihr Kind auch immer nur unter Konsum erlebt? #00:07:44-4#

38 B: Ja. Ich weiß auf jeden Fall, dass eben eine feste Tagesstruktur gefehlt hat. Auf was ich immer besonders geachtet habe, also, dass er eben gesundes Essen und ganz viel Vitamine bekommt und naja, dass es ihm halt auch sonst möglichst gut geht eben. #00:07:48-8#

39 I: Gibt es Dinge, die Ihnen in Ihrer Elternrolle unter Methamphetamin leichter gefallen sind? #00:08:23-1#

40 B: Ich glaube nicht, nein. #00:08:29-2#

41 I: Und gibt es Dinge, die Ihnen als Mutti unter Methamphetamin schwerer gefallen sind?
#00:08:36-7#

42 B: Ja, also da mehr Geduld mit ihm zu haben, nicht so schnell aus der Ruhe und aus der Haut zu fahren, halt z. B. sich mit ihm hinzusetzen und irgendwas zu spielen. Das bedarf ja schon Geduld und auch eigene innere Ruhe. Die hatte ich eigentlich nicht. Ich hatte dann immer nur noch die Arbeit gesehen, die noch zu tun ist im Haushalt und wurde dann unruhig und dann hat sich das immer gleich auf meinen Sohn ausgewirkt. Ich habe dann auch schlechte Laune bekommen, wenn ich irgendwas nicht / Also ich habe ja nie das geschafft, was ich mir vorgenommen habe. Also war ich eigentlich die ganze Zeit (unv.) schlecht gelaunt. #00:08:41-6#

- 43 I: Und können Sie möglicherweise Unterscheidungen machen zwischen 'ich habe jetzt konsumiert' oder 'ich bin eher beim Runterkommen gewesen', also in Bezug auf Ihre Funktion als Mutti auch? #00:09:29-2#
- 44 B: Na beim Runterkommen, da war ich eben müde. Ich habe versucht, es nicht soweit kommen zu lassen. Dann habe ich auch regelmäßig / Ja, es ist dann auch zu einem ständigen Crystalkonsum gekommen, wenn ich es mir nicht erlauben konnte, jetzt einfach mal einen ganzen Tag im Bett zu bleiben oder so. Das eben, ja / #00:09:43-8#
- 45 I: Also da ging es auch um das Funktionieren als Mutti? #00:10:10-3#
- 46 B: Ja. Aber was jetzt auch eben / und sich auch mal die Ruhe, die Zeit zu nehmen (unv.) und sich einfach mal mit dem Kind hinzusetzen und einfach mal zu kuscheln oder so. Das habe ich (unv.) Das war immer alles so kurz, immer so eine Minute, wenn überhaupt, und dann wieder was anderes gemacht. So hastig alles, so hektisch. #00:10:16-2#
- 47 I: Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne Ihrer Kinder handeln. #00:10:55-8#
- 48 B: Also, jederzeit nicht, weil entweder man nimmt ständig Crystal - wie ich das vorhin schon gesagt habe - aber dann kann man eben auch nicht im Sinne der Kinder handeln. So wie eben - was ich gerade gesagt habe - diese Unruhe, das ist ja schon schlecht für das Kind. Quasi jederzeit im Sinne des Kindes zu handeln, das denke ich nicht, weil ich ja auch / Auf gar keinen Fall eigentlich, weil ich ja auch mit dem Auto gefahren bin und dann auch mit meinem Sohn dabei. Das ist ja schon auch was, was nicht geht. #00:11:04-8#
- 49 I: Fallen Ihnen noch andere Beispiele ein, wenn Sie sagen, Sie gehen mit der Aussage nicht mit, welche die auch widerlegen? Das muss ja jetzt gar nicht mal so auf Sie bezogen sein, sondern das kann ja generell, wie Sie das sehen. #00:12:13-0#
- 50 B: Naja, erstens ist Geld / Es frisst Geld, Drogenkonsum frisst ja immer Geld und Zeit, weil die Beschaffung kostet auch Zeit. Das geht alles von der Zeit mit dem Kind weg oder von der Zeit, die man dann im Haushalt eher nutzen könnte, statt / Dann Geld natürlich. Man könnte natürlich viel sinnvollere Sachen kaufen oder einfach mal für das Kind oder für sich ansparen. Das ist so ein Punkt. Natürlich dann auch, wie man mit dem Kind umgeht, also wirklich der Umgang. (unv.) Man ist eben gefühlskälter, man hat manchmal einen Tunnelblick. Allerdings, was ich jetzt gemerkt habe, was wirklich mein Gespür für andere Menschen, wenn es denen jetzt schlecht ging, also auch für mein Kind jetzt, das war dadurch - glaube ich - noch ein bisschen verstärkter, wenn ich jetzt so zurückblicke. Wenn man halt jemandem ins Gesicht guckt und dann habe ich gleich gesehen, egal ob es jetzt meine Mutter war oder meine Schwester oder eben mein Sohn, dann habe ich gesehen, dass es denen schlecht ging und dann auch darauf reagiert, also das angesprochen. Und mein Sohn, der hatte dann halt mal Ärger in der Kita, was für so ein Kind halt schon Ärger ist, z. B. wenn man sich um einen Bagger oder irgendein Spielzeug streitet und das nicht einsehen will und so, dass halt nicht nur er damit spielen kann. Solche Kleinigkeiten sind ja für ein Kind eine sehr große Sache. #00:12:28-8#
- 51 I: Können Sie nochmal sagen, was Sie unter 'Tunnelblick' verstehen? #00:14:39-7#

- 52 B: Dass man, naja, nur sich auf eine Sache konzentriert und dann vieles gar nicht mitbekommt, z. B. manchmal wie unmöglich der Haushalt war. Oder wenn ich gewandelt habe, dann habe ich mich manchmal so sehr auf den Po z. B. versteift, (unv.) mit Creme und sonst was alles, und dann manchmal nicht bemerkt habe, dass er z. B. friert oder so, weil ich halt so lange gebraucht habe dafür. Ich meine, das war bestimmt alles noch im Rahmen, aber trotzdem. #00:14:43-4#
- 53 I: Wir kommen zum letzten Teil. Suchterkrankungen bedeuten ja aus familienrechtlicher Sicht immer auch eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung eines Kindes im Haushalt, auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? Also im Sinne: Woran erkenne ich vielleicht am Konsumverhalten, dass hier wahrscheinlich eine Gefährdung des Kindes folgen wird? #00:15:39-7#
- 54 B: Also da finde ich, sobald eine Sucht vorliegt - finde ich - ist das generell problematisch. Also wenn es wirklich nicht mehr ohne geht, dann ist es problematisch. Weil wenn ich meinen Freund nicht hätte - sage ich ganz ehrlich - also wenn ich niemanden hätte, der mit meinem Sohn auch drogenfrei umgeht, dann weiß ich nicht, wie das dann gekommen wäre oder was noch gekommen wäre. Weil ich manchmal so durch war - muss ich sagen - da ging mir einfach nur alles auf den Keks. So ein kleines Kind fordert einen ja ständig, (unv.). Natürlich darf der einen auch mal auf den Keks gehen, aber das war ja ständig so. Da bin ich schon froh, dass ich auch noch einen Partner habe, der keine Drogen nimmt - muss ich sagen. #00:16:11-1#
- 55 I: Deutlich entlastende Funktion, oder? #00:17:09-3#
- 56 B: Ja, auch wenn er arbeiten war, aber trotzdem. #00:17:11-6#
- 57 I: Was können Sie denn vielleicht noch für Aspekte vom Konsum ausgehend benennen, die also mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch eine Gefährdung des Kindes bewirken? Es muss gar nicht so von Ihnen ausgehen, sondern was können Sie sich vielleicht auch vorstellen? Sie haben ja nun auch Erfahrungen gesammelt. #00:17:16-4#
- 58 B: Naja, meinen Sie verschiedene Drogen? #00:17:41-1#
- 59 I: Nein, schon auf Methamphetamin bezogen. Sie sagten ja schon, wenn jemand z. B. wirklich süchtiges Verhalten zeigt, dass wäre für Sie jetzt so ein Punkt, wo Sie sagen, der kann dann wahrscheinlich nicht mehr gut für ein Kind sorgen. #00:17:43-9#
- 60 B: Also generell finde ich jede Line schon problematisch, weil auch wenn es jetzt manchmal nur am Wochenende ist, also / Also ich kenne das nur aus meiner Erfahrung. Es bleibt eben nicht bei nur am Wochenende, weil man eben auch danach, das Runterkommen so mühselig ist - sage ich mal - gerade wenn man ein Kind hat, wie gesagt, es ist ja / da muss man ja dann auch früh um sieben oder um sechs wach sein. Das kommt auch auf das Alter drauf an, aber man muss halt immer da sein, immer konzentriert. Sollte man. Allein schon, wann man mit Konsum anfängt - ich sage mal - ein anfänglicher Konsum am Wochenende, sehe ich auch schon als Problem. #00:18:05-5#
- 61 I: Hängt die eben getroffene Einschätzung, Ihrer Meinung nach, noch von anderen Faktoren, außer dem Suchtmittelkonsum an sich, ab? Wenn ja, von welchen? Also gibt es noch

andere Faktoren, die vielleicht das Risiko oder die Gefährdung des Kindes im Haushalt zusätzlich noch erhöhen, neben dem Suchtmittelkonsum? #00:19:12-5#

- 62 B: Wenn Menschen depressiv sind und ein Elternteil depressiv ist - kann ich mir vorstellen - weil wenn, was ich jetzt so gehört habe von Leuten, die depressiv waren oder sind, dann stell ich mir das auch problematisch vor. Es ist auf jeden Fall ein Alarmzeichen für ein Kind und für den Menschen natürlich auch. Gewalt und auch Streitereien. Wir haben uns ja auch gestritten und auch vor dem Kind. Da war die Reaktion auch von unserem Sohn. Der hat uns dann immer nicht in die Augen geguckt und hat uns dann manchmal gehauen. Das war so eine Reaktion. Oder hat dann auf den Mund gehauen. #00:19:41-2#
- 63 I: Sie sagten ja vorhin, dass für Sie eine deutliche Entlastung war, dass es da noch einen drogenfreien Partner gibt. Kann man daraus schlussfolgern, dass Sie, wenn jemand einen Methamphetaminkonsum hat und auch noch alleinerziehend ist, dass das auch eine Risikoerhöhung birgt? #00:20:53-4#
- 64 B: Ja, auf jeden Fall, finde ich. Weil - wie gesagt - man kann so unberechenbar manchmal werden, durch das Crystal und dann auch beim Runterkommen. Entweder es erfordert wirklich dann einen ständigen Konsum, also der dann alles schlimmer macht, diese ganze Unruhe, Nervosität. Dann irgendwann beginnt ja auch, die Konzentration nach zu lassen. Je länger man konsumiert, je öfter man konsumiert - das habe ich dann auch gemerkt - desto unkonzentrierter ist man. Und wenn vielleicht auch gedealt wird im Elternhaus. Das stelle ich mir auch / Das habe ich erlebt. #00:21:09-2#
- 65 I: In wie fern ist denn dadurch das Risiko oder eine Gefährdung des Kindes wahrscheinlicher oder höher durch dealen? #00:22:00-6#
- 66 B: Na dadurch, dass alles offener rumliegt, dass das Kind schon lernt (unv.), dass das Verhalten normal ist oder so. Also Junkies benehmen sich ja nicht normal. #00:22:08-7#
- 67 I: Möchten Sie zu der Frage noch irgendwas ergänzen, irgendeinen Punkt? #00:22:38-2#
- 68 B: Gerade momentan / Was ich ergänzen möchte, was ich jetzt schon, als ich jetzt schon dreimal zu Hause war, wenn auch nur halbtags, sagen kann, dass war sehr schön, drogenfrei zu sein und auch meinen Sohn ins Bett zu bringen, ohne Drogen. (unv.) nicht so 'wann hast du endlich frei, wann schläft denn das Kind endlich', auch mal ein bisschen Ruhe zu haben. Das ist auch schön. (unv.) Den an sich zu drücken einfach nur und das ohne Drogen zu erleben, also auch klarer zu erleben, das ist schön. #00:22:42-3#
- 69 I: Welche Empfehlungen können Sie denn für Helfer aussprechen, die mit methamphetaminkonsumierenden Eltern arbeiten, wo auch Kinder im Haushalt sind? #00:23:43-3#
- 70 B: Also, das Gefühl geben, dass man denen auch trauen kann. Ich finde das schon einen sehr wichtigen Faktor. Dass man auch anrufen kann, wenn irgendwas wäre. Vertrauen ist wichtig. Was mir geholfen hat war, dass mir die Angst genommen wurde, wenn ich was tue, dass mir das mein Kind auch nicht weggenommen werden kann einfach so. #00:24:01-5#
- 71 I: Also wenn Sie was tun, damit meinen Sie den Schritt in die Therapie? #00:24:47-4#

72 B: Genau, ja. Dann halt auch mit gucken, fragen, wie es dem Kind geht, ob es denn auch versorgt ist (unv.). Und wenn Partner vielleicht auch vorhanden sind, dann vielleicht auch darauf bestehen, dass der dann auch mal mitkommt, damit die sich vielleicht auch ein Bild machen können. Ich weiß nicht, ob das dann reicht. Aber ein Kind ist ja doch schon sehr schutzbedürftig und hilflos und da ist es halt wichtig, das zu beschützen. #00:24:49-8#

73 I: Noch irgendwelche Empfehlungen? #00:25:53-4#

74 B: Da fallen mir gerade keine ein. #00:25:55-0#

75 I: Dann haben Sie mir an der Stelle eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es vielleicht noch Aspekte, die ich übersehen habe, Dinge, die Sie ergänzen möchten? #00:26:00-9#

76 B: Nein. Vielleicht, ich weiß nicht, vielleicht wenn man in der Schwangerschaft konsumiert hat. Das ist auch so / Das kann man halt nicht wieder rückgängig machen aber das ist halt (unv.). Ich weiß auch nicht, wie ich dann später damit umgehen werde, dass ich wenn ich / Ich gehe jetzt einfach davon aus, dass ich abstinent bleibe und dass wir irgendwann älter werden alle und ich weiß nicht, ob ich das meinem Kind sagen werde oder ob nicht und was das dann auch mit ihm macht. #00:26:12-2#

77 I: Da sind in Ihnen noch ungeklärte Fragen, oder? #00:27:27-5#

78 B: Ja. #00:27:30-6#

79 I: Darf ich Sie später nochmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung Fragen zu dem Interview mit Ihnen entstehen? #00:27:38-5#

80 B: Ja, können Sie. #00:27:43-5#

81 I: Dann möchte ich Ihnen an der Stelle noch einmal ganz herzlich danken für Ihre Zeit und Ihre Auskunftsbereitschaft und damit ist das Interview an der Stelle vorbei. #00:27:46-0#

B.8 Interview VIII - ehemals konsumierender Vater

Ehemals konsumierender Vater nach Entgiftung seit zwei Monaten abstinent, aktuelle stationäre Therapie. Vater von einem Kind (ein Jahr). Die Erziehung erfolgt mit der drogenfreien Lebenspartnerin im gemeinsamen Haushalt. Datum des Telefoninterviews: 10.06.2015, Dauer: 44:24 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Ich arbeite seit zweieinhalb Jahren in der Suchthilfe und seit April 2014, mit Unterbrechung, in der Beratungsstelle XY. Aktuell schreibe ich meine Masterarbeit und mache dazu Interviews mit Experten, also Fachkräften aus zum Beispiel Suchtberatungsstellen. Ich befrage auch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und am wichtigsten eben, Elternteile, die selbst Erfahrungen sammeln konnten, weil eben das Thema der Arbeit auch ist: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. Sie wurden ebenfalls als Experte für dieses Interview ausgewählt, weil Sie in Ihrer Rolle als Elternteil selbst Erfahrungen sammeln konnten. Ich freue mich sehr, dass Sie sich und Ihre Erfahrungen hierfür zur Verfügung stellen. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet und nach der Verteidigung vernichtet. Alle Angaben, die Sie machen, werden anonym behandelt. Es wird lediglich dastehen, dass Sie ein betroffener Elternteil sind. Sie haben natürlich bei jeder Frage, auch die Möglichkeit, zu sagen, dass Sie dazu keine Angaben machen möchten. Soweit alles klar? #00:02:01-5#
- 2 B: Ja, soweit alles klar. #00:03:14-4#
- 3 I: Dann fange ich mal mit der ersten Frage an. Wie alt sind Sie? #00:03:19-8#
- 4 B: Und zwar bin ich 30 Jahre. #00:03:22-8#
- 5 I: Sind Sie berufstätig? #00:03:28-9#
- 6 B: Berufstätig, ja und zwar bin ich gelernter Möbeltischler. Bin dann aber umgestiegen in den Fensterbau (unv.) und tu jetzt Aluminiumtüren fertigen sowie Fassaden, Wintergärten und Fenster auch dazu. #00:03:30-1#
- 7 I: Ist das im Schichtbetrieb? #00:03:42-5#
- 8 B: Das ist ein Schichtbetrieb, genau. Momentan gehe ich aber eine Schicht bloß und das wird wahrscheinlich auch so bleiben nach der ganzen Geschichte hier. Der Beruf ist auch ein ausschlaggebender Faktor gewesen, dass ich überhaupt in die Sucht reingekommen bin. #00:03:44-6#
- 9 I: Sind Sie aktuell abstinent und wenn ja, wie haben Sie das geschafft? #00:04:08-4#
- 10 B: Abstinent ja, und zwar rechne ich das jetzt mal ohne die Entgiftungsphase. Seit dem 07.04.2015 bin ich jetzt abstinent und bin hier in der Klinik in Leipzig in der Soteria. Geschafft habe ich das allerdings durch den Kontakt zur Beratungsstelle und die klare Ansage, es stehe nur eins im Raum und das wäre die Langzeittherapie. Auf was ich mich da genau eingelassen habe, das habe ich damals überhaupt nicht für wahr genommen. Das war wie ein Ritterschlag quasi. Es hieß entweder oder. Und dazu bin ich halt gekommen, dass ich jetzt momentan abstinent bin und die Langzeittherapie angetreten habe und auch

ordentlich beenden werde. #00:04:13-4#

11 I: Liegen bei Ihnen irgendwelche psychiatrischen Erkrankungen vor und wenn ja, welche und wann wurden die diagnostiziert? #00:05:27-1#

12 B: Nein, da liegen keine vor. Da habe ich nichts. #00:05:33-5#

13 I: Wie viele Kinder haben Sie und in welchem Alter sind diese? #00:05:39-3#

14 B: Wir haben eine Tochter zusammen. Die ist jetzt ein Jahr und drei Monate alt. Die lebt halt bei uns mit im Haushalt. Wir haben zusammen ein Haus. Dort leben wir zusammen drin momentan, zwar aktuell räumlich getrennt, aber ansonsten leben wir alle zusammen. #00:05:42-7#

15 I: Sind Sie alleinerziehend und wenn nein, wer ist noch an der Kindererziehung beteiligt? Handelt es sich dabei um eine drogenfreie Person? #00:06:06-3#

16 B: Und zwar ist das meine Lebensgefährtin. Die ist mit erziehungsberechtigt, quasi die Kindsmutter. Meine Partnerin ist drogenfrei, also kein Konsument von irgendwelchen Alkohol oder Drogen. #00:06:14-0#

17 I: Beschreiben Sie bitte kurz, wo Ihre Aufgaben als Vater liegen. Wo sehen Sie die? #00:06:36-0#

18 B: Die Aufgaben. Ich sehe erst mal eine ganz große Verantwortung dafür, dass man so etwas überhaupt ins Leben gerufen hat. Verantwortung liegt dazu, dass ich wirklich mein Kind ordentlich erziehe, vieles mit auf den Weg gebe, was ich selber auch gelernt habe als Kind oder Mensch und sich eigentlich darum zu kümmern. Das klingt jetzt vielleicht ein Bisschen abgehackt, aber aus dem Groben und Ganzen, wo man es dann alleine gehen lassen kann. Einfach fürsorglich wirklich da sein, lernen, alles mit auf den Weg zu geben. #00:06:42-0#

19 I: Können Sie dieses 'sich darum kümmern' noch ein Stück konkretisieren oder vielleicht an Beispielen festmachen? #00:07:12-7#

20 B: Ich sehe mich da schon ganz (unv.) drin, na klar, die Erziehung mit zu machen, ob es ums Lernen geht, was man nicht zu machen hat, oder was man zu tun hat. Oder auch z. B. das Laufen mit lernen oder alle Dinge im Leben, die man händeln sollte, das Essen lernen. Das gehört alles so mit dazu. #00:07:22-5#

21 I: Also Versorgung, Betreuung, Dasein? #00:07:54-9#

22 B: Genau. #00:07:58-1#

23 I: Im Folgenden möchte ich mehr über Ihre Erfahrungen als konsumierender bzw. betroffener Elternteil wissen und deswegen die Frage: Welche positiven und negativen Wirkungen haben Sie durch den Konsum von Methamphetamin erlebt, nur auf sich bezogen? #00:08:00-8#

24 B: Die Frage ist jetzt schon ein bisschen ausführlicher, die ich hoffentlich auch beantwor-

ten kann. Zu den Drogen bin ich ja wirklich gekommen / Also ich bin jetzt der Behauptung / Ich stand ja die ganze Zeit auf dem Standpunkt, dass ich das wirklich als leistungssteigerndes Mittel genommen habe, was ich jetzt auch nicht bejainen will. Trotzdem trifft da jetzt noch irgendwo was aus der Kindheit mit herbei, was dazugetragen hat, weil umsonst tut man ja nichts konsumieren. Irgendwo muss der Ursprung ja herkommen. Ich habe das schon hauptsächlich damals als Leistungsmittel genommen, als Steigerungsmittel, dass ich meine Leistungen halte und dem Anspruch diene. Und zwar war das ja so, dass wir wirklich ein Haus gebaut haben, zu der Zeit voriges Jahr, und ich auch noch gleichzeitig auf Montage war und der Druck wirklich immens war. Ich konnte in der Woche über überhaupt nichts erledigen großartig, außer telefonisch. Da hat mein Vater mich ja auch extrem unterstützt in der Geschichte. Am Wochenende musste oder wollte ich ja natürlich auch viel Leistung bringen. Wir wollten ja auch irgendwann mal fertig werden. Dadurch habe ich dann wirklich die Drogen genommen, weil ich gemerkt habe, dass es auch am Anfang relativ gut klappte damit, mit der Steigerung bis / Zumindest vom Verhalten kam es mir so vor. Ob das wirklich so war oder ob ich die Leistung jetzt auch im realen Leben geschafft hätte, ohne Drogen, das muss ich in Frage stellen - keine Ahnung. Auf jeden Fall denke ich mir, von der Leistung her, von der Zeit her, dass ich mehr durchgehalten habe, auf alle Fälle, aber ob ich dort das positive Produkt rausgebracht habe, in der Zeit, das kann ich immer nicht so beschreiben, ob das jetzt dazu geführt hat, dass mir das wirklich geholfen hat, weil die Wahrnehmung auch wirklich ganz anders. Da würde ich sagen, die positiven Wirkungen waren wirklich, dass ich mehr Zeit in Anspruch genommen habe, ohne dass ich halt müde wurde und meine Leistung verwirklichen konnte. Das Negative war natürlich, dass ich eben komplett in mich zurückgekehrt bin, dass ich aggressiv wurde auch, weniger aufnahmefähig mit der Zeit. Ich habe meine Familie komplett vernachlässigt, bin eigentlich wirklich komplett in mich gekehrt nach der Geschichte. Das sind jetzt wirklich die negativen Sachen, die ich davon mitgenommen habe, die ich aber wirklich am Anfang auch nicht für wahr genommen habe oder / Ich habe es auch einfach nicht gespürt, weil man es ja auch irgendwie mit den Drogen weggemacht hat, das Gefühl. #00:08:19-1#

25 I: Die negativen Wirkungen, die Sie beschrieben haben / Sie sagten gerade, am Anfang haben Sie das auf keine Fall wahrgenommen und haben Sie die später selbst wahrgenommen oder sind das jetzt eher so Rückmeldungen, die Sie bekommen haben von Familie und Freunden? #00:10:40-4#

26 B: Ich habe sie teilweise auch selber mitbekommen, habe aber extrem auch viel Einflüsse von außen gekriegt, also auch Denkanstöße, ob es denn wirklich im Normalen so wäre, aber was ja nicht der Fall war und auch die Frage gestellt wurde, warum denn immer so aggressiv reagiert wird, bei irgendeiner Fragestellung oder bei Konflikten. Gerade in der Partnerschaft ist das sehr extrem aus dem Ruder dann gelaufen. Auch ein schleichender Prozess, muss ich sagen. Es ging wirklich langsam los. Ich habe ja die Drogen ungefähr - ich will das immer nicht beschönigen - ich sage immer, zwei Jahre habe ich das konsumiert. Am Anfang wirklich nur am Wochenende, um wirklich Leistung zu dienen oder Spaß erst mal zu haben und dann entdeckt als Leistungssteigerer im Arbeitsbereich und Arbeitsleben. Das wurde ja dann bis dahin, wo ich dann auch in der Beratungsstelle saß, ist es ja jeden Tag zum Konsum gekommen, quasi. Somit wurde eigentlich auch die Steigerung der ganzen sozialen Schiene immer schwächer bei mir. Das habe ich definitiv gemerkt bei mir, dass es abends mit dem Reden nicht mehr in der Beziehung / Wir haben uns kaum noch etwas zu sagen gehabt und wenn, ging es zu 70 Prozent immer ein bisschen schief oder aggressiv aus, weil ich das halt auch falsch aufgenommen habe und

manchmal natürlich auch vor Fragen gestellt wurde, die ich noch nicht wahrhaben wollte, dass es eigentlich schon am Limit ist. #00:10:53-0#

27 I: Aber das waren Momente, die Sie dann auch bewusst wahrgenommen haben: wir streiten uns jetzt und ich bin jetzt hier sehr gereizt? #00:12:13-8#

28 B: Auf alle Fälle, weil vorher kannte ich die ganze Geschichte nicht so, dass das so aus (unv.), bei uns in der Beziehung vor allen Dingen. Und auch mein Vater hat sich da schon immer / Er war ja da nun relativ oft mit am Bau und hat mich dort betreut. Er hat das auch extrem mitgekriegt, dass ich dort wirklich abgebaut habe, körperlich auch und aber auch seelisch. Ich war schneller sentimentaler, bin oft dann in mich auch gekehrt und oft auch mal zusammengebrochen, weil ich wirklich manchmal nicht mehr wusste, gerade bei dem Runterkommen dann, da sind dann alle Gänge nochmal ins Laufen gekommen und alles aufgewühlt, was ich noch alles vor mir habe. Da habe ich mir oft die Frage gestellt, kriegst du denn das überhaupt noch in dem seelischen oder körperlichen Zustand hin. Also das waren auf alle Fälle negative Aspekte, die ich davon mitgenommen habe und hatte das vielleicht wirklich auch gar nicht mehr in der Zeit unter Kontrolle, das auf gar keinen Fall. #00:12:19-5#

29 I: Hat Ihr Kind Sie jemals unter Einfluss von Methamphetamin erlebt und wenn ja, beschreiben Sie bitte, wie Ihr Kind Sie vielleicht wahrgenommen haben könnte. #00:13:20-4#

30 B: Das ist auch ein gutes Thema gewesen, wo ich mit einem weinenden und einem lachenden Auge manchmal weggehen musste. Mir kam es wirklich so vor, meine Tochter ist ja nun zu der Zeit gerade mal acht bis zehn Monate alt gewesen, wo die das so mehr oder weniger mitbekommen hat. Ich würde manchmal schon sagen, die hat das mitbekommen. Kinder haben ja nun eine eigene Sprache für sich. Die wird das mitbekommen haben in meiner ganzen Art, wie ich mich manchmal, wie ich mich gegeben habe. Ich war manchmal so zurückhaltend, egal ob das jetzt beim Wickeln war oder beim Füttern. Ich muss irgendeine Reaktion ausgestrahlt haben, was die manchmal ein bisschen mitgekriegt hat. Da wollte die mich auch immer nicht bei sich so haben. Die hat mich dann so weniger weggeschoben von sich und manchmal, denke ich mir auch, dass sogenannte Crystal hat ja auch einen Geruch an sich und ich denke mir, dass das manchmal auch durch den Schweiß übertragen wurde und ab und zu hat die - das ist ein ganz dummes Ding mal gewesen / Wenn ich die dann zum Beispiel zum Wickeln hochgeschafft habe oder bevor die ins Bett ist, trägt man das kleine Kind ja wirklich vorne an sich. Manchmal schmiegen die sich ja auch am Hals so ein bisschen an und da hat die sich immer angefangen zu krabbeln am Kopf. Dort habe ich dann eigentlich klick gemacht und habe immer versucht, das Kind, so wie ich im Drogeneinfluss war, nicht mehr zu berühren. Das klingt jetzt zwar sehr abschreckend als Elternteil, aber weil ich dem Kind auch wirklich nicht schaden wollte damit. Ich habe mir auch nach jeglichem Konsum, wenn ich das gemacht habe, die Hände gewaschen, das Gesicht abgewaschen, so dass die ja nicht irgendwie damit in Kontakt kommt. Das ist mir dann wirklich mal bewusst geworden, wo ich das mit dem Kratzen so erlebt habe und dann hat das natürlich auch meine Frau mitgekriegt, also woran das liegt, warum die sich jetzt scharrt hinterm Ohr. Die hat da so eine kleine dumme Angewohnheit gehabt: Bevor die immer müde wurde, hat die sich immer ein bisschen die Ohren gekraut, aber das wurde dann immer mehr. Die hat sich dann im Gesicht gekrabbelt und am Hals und da habe ich mir / Entweder - sage ich mal - bin ich auf dem Punkt so hängen geblieben, durch die Droge, aber ich denke mir, da

ist doch irgendwas dran gewesen, weil komischer Weise jetzt, seit dem ich raus bin aus dem Haushalt, ist das nicht mehr. Ab dorthin habe ich auch wirklich ein bisschen den Kontakt gemieden zu ihr. Ich denke mir, das überträgt sich auf alle Fälle im Schweiß und auch nach außen gehend, sonst würde ja auch kein Drogentest funktionieren, wenn man das machen würde jetzt. Wie die mich sonst erlebt hat, ja / Wie gesagt, am Anfang habe ich immer versucht, so normal zu sein wie möglich. Ich war auch immer bei dem Kind glücklich, also ich habe es gespielt, dass ich die zufriedene Vaterrolle so übernommen habe, ohne jeglichen Kummer und Sorgen, den ich habe, halt der aufrechte Vati, obwohl es in mir eigentlich ganz anders aussah. Ich habe immer ein schlechtes Gewissen gehabt, gegenüber allen beiden auch. #00:13:29-1#

- 31 I: Was Sie eingangs beschrieben haben: Ihre Tochter hat Sie in manchen Situationen, beim Füttern, beim Wickeln, da sind Sie ein bisschen auf Abstand gegangen, Ihre Tochter konnte Sie nicht so gut annehmen. Lief das eher auf der emotionalen Schiene? #00:16:34-6#
- 32 B: Alles beides, würde ich sage, emotional wie auch körperlich. Auf alle Fälle, die hat das schon mitgekriegt, dass ich auch andere Verhaltensweisen habe oder an das Tageslicht lege, das auf alle Fälle. Oder ob ich es mir einbilde / Das kann ich wirklich zu 100 Prozent jetzt nicht sagen. Aber ich empfinde das doch so, dass die das gemerkt hat. Es gab ja wirklich auch manchmal Tage, wo ich ja wirklich auch, jetzt nicht komisch aussah, aber wenn ich mal durchgemacht habe oder nicht so viel geschlafen habe, sieht man natürlich auch dementsprechend dann auch ein bisschen gruselig aus oder verhält man sich vielleicht trotzdem komisch. Das kann man halt, wenn man in Konsum steht, nicht so genau sagen. Aber meine Meinung ist eigentlich schon, dass die das mitgekriegt hat, auf allen beiden Schienen. #00:16:47-8#
- 33 I: Das ist vielleicht auch ein guter Übergang zur nächsten Frage. Was schätzen Sie, wie Ihr Konsum sich auf Ihr Kind ausgewirkt hat, vielleicht auch langfristig gesehen? #00:17:32-1#
- 34 B: Wie sich das ausgewirkt hat oder hätte? #00:17:41-6#
- 35 I: Ihr Kind hat ja schon, auch wenn das so jung ist / Ihr Eindruck ist ja, die hat durchaus da irgendwas schon auch mitgekriegt. Was glauben Sie, wird die das vielleicht auch im späteren Leben vielleicht noch irgendwie begleiten? #00:17:46-6#
- 36 B: Also auf alle Fälle bin ich ja wirklich erst mal froh, dass die Reißleine relativ beizeiten gezogen wurde, ansonsten wüsste ich manchmal nicht, wie ich gehandelt hätte in manchen Situationen (unv.). Aber wenn ich alleine gewesen wäre und es wäre mir vieles dann auf den Zeiger gegangen zwecks Schreien oder immer wieder das Gleiche tun, wo ich quasi die Nerven verliere. Wissen Sie, wie ich das meine? Dass ich dort wirklich auch in naher Zukunft vielleicht, wenn ich das weiter betrieben hätte, vielleicht auch gewalttätig geworden wäre. Das will ich jetzt gar nicht abzweigen, ob das so gekommen wäre, weil schließlich zum Schluss war ja wirklich / Dass wir so eine Aktion hatten, das war ja, dass ich dann wirklich auch übergriffig geworden bin, jetzt zwar nicht körperlich, aber dementsprechend so aufgetreten bin, dass meine Frau eigentlich Todesangst hatte schon vor mir. Und wie weit sich das noch ausgewirkt hätte/ Hätte auch sein können, dass ich nicht mehr so vorsichtig damit umgegangen wäre. #00:17:59-5#

37 I: Mit dem Kind? #00:18:55-8#

38 B: Genau, dass ich das einfach so - wie will ich es denn sagen - also nicht mehr als Kind behandelt hätte. Einfach ein bisschen, naja, radikal klingt ein bisschen blöd oder übertrieben, aber nicht mehr so liebevoll damit umgegangen wäre. Und auch das andere, dass ich dann wirklich immer große Acht darauf gegeben habe, dass ich, wenn ich konsumiere, eigentlich - das klingt jetzt dumm: vorher habe ich immer im Keller konsumiert gehabt, so dass meine Frau mich auch nicht erwischen würde. Und falls doch mal irgendwo etwas liegen geblieben wäre, was da passiert wäre. Das geht ja schnell, dass ein Kleinkind überall langkrabbelt. Es wäre jetzt etwas runtergefallen, irgendwo, und die hätte damit Kontakt aufgenommen. Ich weiß da manchmal nicht, wo das hingeführt wäre. Ich habe das ja dann auch zum Schluss, bevor wir eingezogen sind, unendlich gerne - sage ich immer - auf der Herdplatte gemacht, auf dem Cerankochfeld, weil das ja schön alles flach und groß ist. Und da habe ich mir manchmal gedacht, wenn ich dann gezogen habe und bin dann außer Haus, ob ich alles weggeräumt habe, ob mir da nicht irgendwas runtergefallen wäre und nur solche Illusionen hat man da im Kopf. Wenn man dann sich wirklich darauf reinversteift, dann denkt man über alles nach, ob irgendwas liegegeblieben ist oder ob man eine Tüte verloren hat oder was weiß man. Und dann spinnt man die Geschichte ja weiter: was ist, die Kleine findet die Tüte eher als die Mutter und dann steckt sie das in den Mund und / Also da bin ich eigentlich froh / Also das sind solche Aspekte, wo ich mir echt einen Kopf drüber gemacht habe. Ansonsten, denke ich mir, war die Kleine ja noch nicht so in dem Alter, wo ich jetzt relativ andere gefährliche Auswirkungen gesehen hätte. Wenn sie jetzt schon zwei, drei, vier gewesen wäre, wo sie schon viel lebhafter agiert hätte mit im Haushalt. Das ist ja dann noch die schlimmere Geschichte. Von daher bin ich eigentlich immer ganz froh, dass die wirklich noch in dem kleinen Stadium war, von der Denkweise, vom körperlichen Verhalten her, dass sie sich noch nicht so ausprägen konnte. #00:18:57-0#

39 I: Sie haben sicherlich schon einige Punkte zu Frage 12 angesprochen. Ich stelle die Frage trotzdem nochmal, vielleicht haben Sie da einfach noch Sachen, die Sie ergänzen möchten. Was verbesserte oder verschlechterte sich durch den Konsum in Ihrer Elternrolle? Was gelang Ihnen möglicherweise unter Konsum besser oder eben vielleicht auch schlechter? #00:20:55-8#

40 B: Besser - würde ich jetzt sagen wollen - wenn ich wirklich gut drauf war, konnte ich stundenlang mit der Kleinen spazieren gehen, ohne dass ich ein schlechtes Gewissen hatte, gerade dass die Arbeit irgendwo liegen bleibt. Bei mir geht es ja nun relativ immer viel um Arbeit, was ich auch ganz groß zurückstufen will, diesen Punkt in meinem Leben. Aber am Anfang konnte ich da wirklich gut abschalten auf dem Zeug, wenn ich wirklich mich drauf eingelassen habe, dass ich mich heute um die kümmern muss, wenn z. B. die Frau sagt, 'ich muss heute länger arbeiten' oder 'ich habe eine Sitzung' oder 'ich muss zum Kurs' oder etc. Da habe ich mich da eigentlich drauf eingestellt und konnte auch relativ gut damit umgehen. Das ist jetzt so das Verbesserte. Es kam auch immer körperlich oder auch seelisch wahrschein darauf an. Manchmal habe ich auch stundenlang mit der gespielt und war total happy. Es gab aber auch Tage, wo ich das am liebsten alles in die Ecke gehauen hätte und wo mich das angekotzt hat, dass ich mich momentan gerade um das Kind kümmern musste - so schwer, wie mir das gerade fällt, zu sagen, als Vater, was ich auch wirklich von Herzen nicht so meine. Aber manchmal gab es da wirklich Tage, wo ich hätte sagen können, 'das darf nicht wahr sein', so ungefähr. Und schlechter / Schlechte Eigenschaften, gibt es da auch schon viel, was man / Da sind wir wieder bei

dem Punkt. Wenn ich immer gewusst habe, ich habe Arbeit und ich sollte mich wirklich darum kümmern, ob es jetzt das Windeln war oder Essen machen. Gerade bei dem Kind muss man sich ja relativ viel Zeit lassen, bei so einem Alter. Da ist ja mal nicht schnell mit einer Schnitte reingedreht oder was. Erstens muss man es füttern und zweitens beibringen, dass man doch den Löffel dann mal selber halten soll und dass getrunken wird zwischendurch und dass auch ruhig sitzen geblieben wird, vor allen Dingen. #00:21:14-9#

41 I: Geduldig sein, meinen Sie? #00:22:53-1#

42 B: Geduldig sein. Und dass zu vermitteln, in einer Art und Weise, wenn man selber Konsument ist, ist ganz schwer, dass man selbst so die Ruhe behält. Das ist mir manchmal ganz schwer gefallen. Oder wenn wir auch zu Dritt gegessen haben, ich hatte nie Zeit, innerlich gedacht, dass ich nie Zeit habe. Ich musste immer schnell wieder weg sein, aufstehen, nicht ordentlich mit in Ruhe zu Ende essen, als Vorbild eigentlich. Wie man so schön sagt immer, es wird erst mal aufgegessen und am Tisch sitzen geblieben. Also da war ich überhaupt kein Vorbild. Das sind so die Punkte. Auch gerade beim Runterkommen. Das war eine Entzugserscheinung. Das war eigentlich das schlimmste immer, wenn ich gewusst habe, die Drogen gehen mir an die Reserve, quasi, und ich kam abends nicht mehr raus, um mir irgendetwas zu besorgen, zwecks Alkohol oder Drogen. Also da war dann schon- sage ich mal - das Notventil meistens schon zum Überplatzen. Also da hat nicht viel gefehlt, nun nicht von der Kidsseite her, aber von meiner Frau halt, ganz kurze Reizung und es ist zur Explosion gekommen. Also da wollte ich nichts hören, nichts wahrhaben, die Gedanken kreiselten sich nur um die Beschaffung der Droge. Das war so das zum Schluss dann. Es war manchmal schon furchtbar. Und wenn ich keine Drogen gehabt habe, habe ich halt zum Alkohol gegriffen, und das nicht bloß als Beruhigungstrinken. Also es war dann meistens so, dass ich mir dann voll einen (unv.) gegeben habe. #00:22:54-3#

43 I: Eltern mit Methamphetaminkonsum können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. Beziehen Sie bitte Stellung dazu. #00:24:30-5#

44 B: Das war eigentlich am Anfang auch alles ganz normal, sogar mit ein bisschen mehr Glücksgefühl im Körper, oder Antrieb, diese Tätigkeiten zu erledigen. Das ist mir eigentlich gar nicht so schwer gefallen. Ich habe am Anfang, das haben ja auch nicht viele mitbekommen, dass ich konsumiere, eigentlich gar keiner, bis zum Schluss - um ganz ehrlich zu sein - dass ich wirklich Konsument von Crystal Meth bin, eigentlich. Das konnte ich gut verbergen über die ganze Zeit. Eigentlich habe ich genauso gehandelt, wie auch im realen Leben, mit allen Tätigkeiten, ob das jetzt Krippe war oder auch auf Arbeit, gerade mit dem Kind. Eigentlich habe ich mich genauso verhalten, wie ich das auch im normalen Zustand gemacht hätte. Also das ist jetzt meine Denkweise. Wir hatten das Thema vor ein paar Tagen hier in der Therapie mit dem Autofahren, wo meine Meinung ist, Alkoholiker bauen schneller definitiv einen Unfall als die mit dem Methamphetamin, weil die Konzentration - finde ich - alles noch auf einem guten Stand ist. Also zumindest, ich habe das so wahrgenommen und ich würde das so beibehalten, egal ob ich jetzt im nüchternen Zustand bin. Ich war immer aufrecht gewesen, trotz mit der ganzen Drogengeschichte. #00:25:14-4#

45 I: Ich frage die Frage trotzdem nochmal anders: Glauben Sie, Sie konnten zu jeder Zeit, ob jetzt gerade unter Konsum oder beim Runterkommen oder vielleicht mal zwei Tage

nicht konsumiert, immer adäquat auf Ihr Kind reagieren und entsprechend den Bedürfnissen Ihres Kindes handeln? #00:26:24-3#

- 46 B: Mit Droge ja, auf Entzug - denke ich mir - ist mir einiges nicht so gelungen, weil man mit den Gedanken ganz woanders ist bei der Geschichte und die Reizbarkeit extrem hoch ist. Wenn da auch ein Anliegen war - ich denke mir, in einem Elternhaus, wo ein Kind mit lebt, was jetzt wirklich schon drei, vier ist, ist die Situation noch verschärfter, weil die mehr Geduld und Anforderungen auch in Anspruch nehmen. Wie bei dem Alter jetzt von dem Kind - würde ich ja sagen - ist das ja noch - klingt jetzt verpönt, wenn man es gewöhnt ist - noch pflegeleicht. Ich denke mir, wenn man ein bisschen was Älteres hat, muss man sich da ein bisschen mehr drum bemühen, zwecks rausgehen, spielen, immer am Ball mit dem Kind bleiben, weil die müssen ja auch beschäftigt werden, müssen ja auch wissen und lernen. Das war ja bei der Kleinen jetzt noch nicht so der Punkt und das war die Zeit noch, wo sie wirklich gegessen hat, ein bisschen rumgekrabbelt und mal hier ein Holzpferd rumgeschoben und da und dann war eigentlich schon wieder Bettliegen angesagt. Aber, schwerer ist mir das dann schon gefallen ohne Konsum oder wenn ich auf Suchtdruck war, quasi. #00:26:51-6#
- 47 I: Und glauben Sie, jetzt mal angenommen, Sie hätten Ihre Partnerin nicht, sondern wären alleinerziehender Vater, würde das einen Unterschied machen? #00:27:53-8#
- 48 B: Ich glaube, ich hätte das nicht hingekriegt dann zum Schluss. Am Anfang hättest du das noch alles irgendwie unter einen Hut gekriegt - ist meine Meinung immer - aber alleine bricht das Schiff irgendwann komplett ein. Der Stress und die Anforderungen sind dann irgendwann zu viel und ich denke mir, umso länger man auch Konsument ist von der Droge - die ist ja schon relativ gut am Ball, was das von der Beherrschung des Körpers betrifft - geht das eine Zeit lang gut. Ansonsten ist das eigentlich schon ein Fall für das Jugendamt und auch Kinderheim und so etwas. Das kann man dem Kind auch gar nicht antun - ist jetzt meine persönliche Meinung. Das artet aus bis ins Gewalttätige hinein, wo man sich dann, gerade auf Entzug, auch nicht mehr unter Kontrolle hat. Auf alle Fälle. #00:28:03-0#
- 49 I: Und unter Konsum hatten Sie eher das Gefühl, noch Kontrolle zu haben über Ihr Verhalten, also gerade wenn man jetzt mal in diese aggressive Schiene guckt? #00:28:42-2#
- 50 B: Naja, das ist immer die Phase, die denkt man als Konsument, wenn man - sage ich mal - drauf ist auf Droge und wie ich jetzt denke, in meinem Zustand nach der Geschichte. Können Sie mir die Frage nochmal kurz stellen? #00:28:49-5#
- 51 I: Was ich einfach gemerkt habe, Sie unterscheiden zwischen 'akut unter Stoff' und 'beim Runterkommen' und 'gerade nicht konsumiert haben' und was Sie halt deutlich sagen konnten ist, 'wenn ich beim Runterkommen war, dann war ich deutlich gereizter, ungeduldiger, mitunter auch aggressiv'. Meine Frage ist halt, haben Sie das auch gemerkt, wenn Sie unter Konsum standen, gerade mit dem aggressiven Verhalten? #00:29:05-9#
- 52 B: Da war das in der Zeit wie weggeschoben, weil gerade durch die Glückshormone, die die Droge ausgeschüttet hat, solange das gewirkt hat, war man da - sage ich mal - bereit dazu, das aufzunehmen und mit zu erledigen, die Tätigkeiten, obwohl vielleicht immer im Unterbewusstsein ein kleines bisschen - klingt jetzt salopp - ein Sackgang trotzdem noch

war. Dass man die Nerven eigentlich trotzdem nicht mehr so ganz genau dafür hat. Und ich denke mir auch, dass ist von Mensch zu Mensch unterschiedlich, auf alle Fälle, wie der selber mit sich gefühlsmäßig klar kommt. Sollte der Mensch natürlich schon eine Psychose oder Depression dazu haben - denke ich mir - wird das umso schwerer. Was ich zum Glück nicht hatte. Also dort konnte ich mich noch relativ gut zusammenreißen, ob das jetzt mit oder ohne Droge war. Auf Droge natürlich noch - gedacht - ein bisschen besser, aber nur solange die Droge wirklich positiv gewirkt hat im Körper. Ich denke mir, sobald das dann umgeschlagen hat zum Entzug oder zum sogenannten Runterkommen, sah es dann schon wieder anders aus. #00:29:28-3#

53 I: Dann würde ich sagen, kommen wir einfach zu den letzten beiden Fragen und zum letzten Teil auch des Interviews. Suchterkrankungen selbst bedeuten ja aus familienrechtlicher Sicht immer irgendwie eine Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens - das haben Sie ja jetzt auch schon mitunter betont. Deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern in solchen Haushalten, auf besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? Also, es ist die Frage, wo ist da vielleicht eine Grenze? Wo kann man vielleicht ein Kind noch versorgen, betreuen, erziehen, adäquat die Bedürfnisse noch befriedigen und wo geht das vielleicht nicht mehr, auf den Konsum bezogen? #00:30:28-4#

54 B: Ich denke mir, soweit, wie es jetzt bei uns war - wenn ich jetzt mal von uns ausgehe - da wir ja wirklich alle beide im vollen Arbeitsleben standen, wussten, was wir für Tätigkeiten am Tag zu erledigen hatten, dass wir wirklich unser Lohn und Brot hatten, geht das noch ganz gut zu händeln, zumindest da auch nur ein Partner jetzt in dem Haushalt drogenabhängig war und der andere - sage ich mal - komplett von jeglichen Alkohol oder Drogen entfernt und gar nichts damit am Hut hatte. Dass ich das noch relativ gut zu steuern fand und ich eigentlich auch nicht umso schneller den Bach abgetrieben bin. #00:31:17-4#

55 I: Das war eher ein Schutzfaktor? #00:31:54-0#

56 B: Ja, würde ich auch sagen, dass das eine ganz große Rolle mit gespielt hat bei mir oder quasi vielleicht auch die allgemeine Erziehung, die ich schon genossen habe. Ich kenne auch viele andere Leute auch mit dazu. Wo ich das gesehen habe, wie das z.B. relativ schnell abbaute, (unv.) oder ob das selbst mit Kindern war, wie die mit denen umgegangen sind oder wie die auch behandelt haben und wie es zu Hause auch aussah, jetzt von der Sauberkeit her und und und. Das - denke ich mir - hat bei uns noch ganz gut geklappt, da ich noch immer ein bisschen eine Führungsperson zu Hause hatte, quasi meine Frau, und unter Beobachtung stand. Wenn ich jetzt mit dem Kind alleine gelebt hätte, wüsste ich nicht, wie das säuberlich bei uns ausgesehen hätte und wie ich das gewaltmäßig vielleicht auch übertragen hätte, wenn es mir gereicht hätte. #00:31:56-2#

57 I: Wo würden Sie denn da vielleicht, wenn man jetzt wirklich den elterlichen Konsum betrachtet, eine Grenze ziehen? Würden Sie sagen, jemand der täglich konsumiert, der kann das nicht mehr oder jemand, der keine drogenfreien Kontakte mehr hat, da ist das Kind eigentlich schon gefährdet? #00:32:49-6#

58 B: Ich denke mir, das liegt in jedem Menschen selber, wie weit er mit der Droge an seine Grenzen kommt und auch an seine Schwierigkeitsgrade. Also ein Mensch - ich gehe jetzt auch von mir aus, wenn ich jetzt mein restliches Schlussverhalten hatte zu der letzten

Zeit, denke ich mir - wenn das tagtäglich ist, ist dazu kein Mensch oder Erziehungsberechtigter in irgendeiner Form dafür geeignet, ein Kind zu erziehen - ist meine Meinung - weil viel bleibt hängen. Man kümmert sich nicht so genau darum, wie im nüchternen Zustand, wo man sich da jetzt wirklich einen Kopf darüber macht, was das Kind von mir braucht, ob das jetzt im Schulischen ist oder im Kindergarten oder die Verpflegung oder die ganze Hygiene und so etwas. Ob man da wirklich Stand hält und sich da so extrem drum kümmert. Ich denke schon, in einem Haushalt, wo täglich konsumiert wird, ist es schon eine Gefährdung für ein Kind. Ob das jetzt auch ist / Ob das Zeug dann auch irgendwo rumliegen sollte dann mal und selber damit in Kontakt vielleicht kommt durch einen dummen Zufall, was vielleicht gar nicht sein sollte oder wo auch alle beide Partner - sage ich mal - drogenabhängig sind. Das spielt - denke ich - eine ganz große Rolle und auch ob man arbeitstätig ist oder nicht, ob einem die Langeweile, quasi, über den Kopf wächst am Tag über. #00:33:13-0#

59 I: Da spielen Sie auf Tagesstruktur an? #00:34:33-4#

60 B: Ja, auf alle Fälle. Also das - glaube ich - spielt eine ganz große Rolle sogar darin. Wenn man seinen Gewohnheiten und Pflichten nachgehen muss, wenn man das noch halbwegs unter Kontrolle hat - ich will jetzt nicht sagen, so wie ich - aber schon ein bisschen noch, dann bremst sich das alles ein bisschen ein, das kompakte Paket der Vernachlässigung, weil man noch immer trotzdem früh aufstehen muss, sich an Zeiten halten - das habe ich ja noch alles für wahr genommen und habe das eigentlich auch alles noch ganz gut gemeistert bis zum Schluss. Obwohl mir oft Tage schwer fielen, das ist ja auch klar gewesen. Aber - wie gesagt - auf alle Fälle, wo jeden Tag konsumiert wird in einem Haushalt, ist eigentlich - so hart wie es klingt - ein Fall dann für das Amt, wenn ich von der Seite ausgehe, wie ich mich verhalten habe dann zum Schluss. Auch mit meiner Aggression, was eigentlich nicht zumutbar ist. Wie gesagt, wir hatten das große Glück, dass die Kleine wirklich noch nicht so weit war in dem Alter von einem Jahr, dass die jetzt so viel selber aufgenommen hat, geistlich, die das gar nicht verarbeiten konnte, auch oft nicht dabei war, weil sie halt geschlafen hat. Das ist auch immer so eine gute Geschichte. Schlimmer wäre es wirklich gewesen, wenn die Kleine jetzt schon drei gewesen wäre, da hätte die ganz anders nämlich die ganze Geschichte aufgenommen. Und ob die mich da manchmal heute noch so herzlich umarmen würde, wenn wir uns sehen, wüsste ich nicht. Das ist ja noch immer, wo ich wirklich - so dumm wie es klingt - froh bin drüber, dass es zu diesem Zeitpunkt passiert ist, leider Gottes. #00:34:35-1#

61 I: Die Einschätzung, die Sie gerade getroffen, also dass z. B. täglicher Konsum besonders problematisch sein kann, wenn zwei Partner konsumieren, wenn man keine Tagesstruktur mehr hat, das sind ja schon, auf Frage 15 bezogen, so erste Aspekte, die jetzt nicht direkt mit dem Konsum zusammenhängen, aber scheinbar darauf hindeuten, dass eben eine Gefährdung des Kindes auch angedeutet ist. Fallen Ihnen da noch andere Punkte ein? #00:36:01-6#

62 B: Wenn ich jetzt ehrlich sein muss gerade, stehe ich da ein bisschen auf dem Schlauch, was sage ich da noch dazu / Stellen Sie mir die Frage noch einmal anders. #00:36:38-5#

63 I: Dahinter verbirgt sich einfach die Frage: Gibt es vielleicht, so wie Sie jetzt den Schutzfaktor benannt haben, Ihre drogenfreie Partnerin, gibt es da vielleicht noch Aspekte, die diese Situation 'konsumierender Elternteil' verschlimmern? Sie haben jetzt schon einige genannt wie, da gibt es noch einen Partner, der auch konsumiert oder es gibt keine Tages-

struktur. Eingangs hatten wir mal über eine zusätzliche psychische Erkrankung gesprochen, die das vielleicht noch schlimmer macht. #00:36:49-1#

64 B: Naja, ein Beispiel, was halt - denke ich mir - auch ganz gefährlich ist, wenn irgendwelche anderen Freunde dort noch mit einwirken, vielleicht wenn der Konsum mehrfach vielleicht im Haus stattfindet oder in der Wohnung bei Leuten. Ich denke mir, das gibt es auch relativ oft, dass das in größeren Gemeinschaften zu sich genommen wird und einfach dort über den Tag gelebt wird. #00:37:16-5#

65 I: Damit meinen Sie jetzt andere konsumierende Leute? #00:37:36-9#

66 B: Genau, wenn da noch andere mit dazutreffen, wo das - denke ich mir - nicht so eine verständnisvolle Meinung dann manchmal rüberkommt, wie ich das jetzt vermittelt gekriegt habe von meiner Frau manchmal, 'wieso', 'warum'. Zum Schluss hat die das ja dann schon mitgekriegt und war mir auf der Spur und hat immer mir wiederum Aspekte eingetrichtert - sage ich mal - und mich, quasi, mehr oder weniger vor eine Wahl gestellt, bis ich wirklich darum gebettelt habe, dass wir das noch so durchziehen bis jetzt, dass die wirklich in das Haus reinkommen und ich meine Ruhe - mehr oder weniger - davon habe, dass das erst mal geklärt ist und ich mich auf meine Therapie verlassen kann, dass ich das bedenkenlos in Angriff nehmen und auch hier arbeiten kann. Aber was halt wirklich - denke ich mir - wenn andere, wenn Freunde dort noch mit einwirken, dass die auch drogenabhängig oder alkoholabhängig sind und zusammen halt oft auch den Tag verbringen - denke ich mir - dass ist auch noch ein Faktor, der da mit reinspielt. #00:37:39-7#

67 I: Damit haben Sie mir eigentlich auch alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Jetzt wäre noch die Frage, ob ich vielleicht irgendwelche Aspekte übersehen habe? #00:38:40-2#

68 B: Momentan erst mal nicht. Eigentlich - denke ich - haben wir die Punkte halbwegs gut abgearbeitet. Falls wirklich noch Fragen sein sollten oder Ihnen oder mir noch etwas einfällt - ich habe ja nun auch tagelang vorher schon überlegt - bin ich eigentlich offen für alles. Also wenn Sie mir / Dass Sie mich da einfach nochmal kontaktieren. #00:38:48-1#

69 I: Damit hat sich eigentlich auch meine letzte Frage, ob ich Sie nochmal ansprechen darf, falls für mich noch etwas unklar ist, eigentlich auch erledigt und ich möchte Ihnen ganz herzlich danken, dass Sie Ihre Zeit und Ihre Erfahrung mir zur Verfügung gestellt haben. Damit ist das Interview an dieser Stelle beendet. #00:39:24-5#

Nachtrag. Nachträglich eingefügte Interviewfrage Nr. 16. Datum des Telefoninterviews: 15.06.2015, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

70 I: Die Frage lautet: Welche Empfehlungen können Sie für Helfer aussprechen, die mit methamphetaminkonsumierenden Eltern arbeiten und wo auch Kinder im Haushalt sind. Ich würde da mal von Fachkräften sprechen, die mit dieser Klientel arbeiten, also Beratungsstelle, Familienhelfer, das Jugendamt. #00:39:40-8#

71 B: Was ich jetzt eigentlich - wenn ich die Frage nicht falsch verstehe - wäre, dass man auf alle Fälle eine Suchtberatungsstelle aufsuchen sollte? #00:40:12-9#

- 72 I: Das könnte jetzt in Ihrem Sinne eine Empfehlung sein. Es geht ja darum, was Sie da vielleicht denken, was wichtig wäre, wenn man also jetzt Eltern hat, die Methamphetamin konsumieren und da sind Kinder im Haushalt, was so aus Ihrer Sicht wichtig wäre, damit Helfer da vielleicht einen Fuß in die Tür kriegen oder damit da überhaupt was ins Rollen kommt, was die Eltern vielleicht bräuchten. #00:40:25-8#
- 73 B: Das, was ich jetzt auch hier gelernt habe, ist auf alle Fälle, sich zu öffnen, mit dem Problem umzugehen und sich irgendwie, auch wenn es jetzt erst mal Familienmitglieder sind, sich zu äußern, was man für ein Problem hat und dann natürlich auch im Sinne Suchtberatungsstelle zu gehen, was erst mal ein anderer Weg. Und das Eingestehen - ich kann das auch nachvollziehen, mit Selbsthilfegruppen, dass sich da nicht so viele outen. Also bis ich den Schritt gemacht habe persönlich, ist auch viel Wasser runtergeflossen in den Bach. Das war schon eine Überwindung für mich. Aber empfehlen tu ich das auf alle Fälle. Das liegt ja nun immer im Auge des Betrachters, wie das die - ich sage jetzt mal - Crystal-Opfer sehen, ob die jetzt schon - sage ich mal / Hilfe braucht ja am Ende jeder, aber die Einsicht, ob die dann jetzt schon so weit ist, dass man sich an eine Beratungsstelle wendet. #00:40:44-9#
- 74 I: Also die Inanspruchnahme von einer Beratungsstelle, von Selbsthilfegruppe, das wären so Empfehlungen? #00:41:38-3#
- 75 B: Ja, auf alle Fälle und dann auch auf Therapie einlassen. Also ohne Therapie - das ist meine Meinung - würde das auch gar nicht gehen. #00:41:46-1#
- I: Also das wäre demzufolge auch etwas, worauf Helfer mit den Klienten drauf hinarbeiten sollten? #00:41:49-5#
- 76 B: Genau, ja, und die dort - sage ich mal - in diese Richtung lenken sollten, irgendwie sich auf so etwas einzulassen, ob es jetzt erst mal eine Tagesklinik wäre oder in dem Fall das große Programm, was halt das ist, eine Therapie zu machen in so einer Einrichtung hier, dass die / Ja, würde ich schon sagen, dass das notwendig ist, dass man die dorthin führt. #00:41:55-9#
- 77 I: Und können Sie noch andere Empfehlungen aussprechen für die Helfer? Was wäre vielleicht aus Ihrer Sicht noch wichtig? #00:42:16-9#
- 78 B: (...)
- 79 I: Vielleicht gehen Sie ein bisschen von sich aus: Sie sind ja nun selber Betroffener, was Sie, als Sie im Suchthilfesystem angedockt haben, was für Sie hilfreich war. #00:42:49-7#
- 81 B: Die Unterstützung von meiner Frau und von meiner Familie, dass die mich dorthin gelenkt haben und eigentlich gesagt haben, dass es ohne dem gar nicht mehr funktionieren würde. Also jetzt gerade, wenn man Opfer ist, wie jetzt - auf Deutsch gesagt - war ich schon froh, dass die mir geholfen, mich unterstützt und mir die Augen geöffnet haben, wie weit es eigentlich mit mir steht und mich auch dorthin mit begleitet haben. Ich glaube nicht, dass ich alleine den Schritt gemacht hätte, in die Tür der Beratungsstelle, weil erstens ist dort Massen an Schamgefühl, die man dort mit sich trägt, man schämt sich für die ganze Geschichte, die man gemacht hat. Das ist jetzt so das, was mir auf die Schnelle

eigentlich so einfällt, wenn ich jetzt von mir ausgehe. #00:43:05-7#

82 I: Also wäre es für Helfer sinnvoll, Familienangehörige auch mit ins Boot zu holen?
#00:43:44-9#

83 B: Ja, auf alle Fälle, sich aber vielleicht auch vorher noch Hilfe zu holen, um zu schauen, wie man die Sache angeht, mit dem Betroffenen, quasi, weil so einfach ist das ja auch nicht. Ich meine, ich bin da vielleicht ein einfacher Fall gewesen, was das betrifft mit dem Augenöffnen. Aber manche wollen das einfach nicht wahrhaben, dass man sich da wirklich vorher erst mal noch als Helfer Beirat holt, z. B. in der Suchtberatungsstelle, und wie die dort mit denen quasi dann verfahren würden, dass sie den eigentlich erst mal dort hinkriegen. Das ist so das, was mir jetzt auf die Schnelle eigentlich so einfällt. #00:43:50-4#

B.9 Interview IX – Partnerin eines ehemals konsumierenden Vaters

Partnerin eines ehemals konsumierenden Vaters, drogenfrei. Beziehung besteht seit acht Jahren. Gemeinsames Kind seit einem Jahr. Gemeinsamer Wohnraum. Datum des Telefoninterviews: 28.06.2015, Dauer: 30:39 Minuten, Aufnahme und Transkription durch Autorin.

- 1 I: Theresa Miegel. Seit zweieinhalb Jahren arbeite ich in der Suchthilfe und in der Beratungsstelle in XY seit April 2014, mit Unterbrechung. Seit 2012 studiere ich an der Katholischen Hochschule Köln den Master Suchthilfe und aktuell schreibe ich eben meine Masterarbeit zum Thema: Elternschaft unter Methamphetaminkonsum. In diesem Rahmen führe ich Interviews mit Fachkräften, betroffenen Elternteilen und auch Angehörigen. Sie wurden eben als Experte für dieses Interview ausgewählt, weil Sie Erfahrungen sammeln konnten durch Ihren ehemals konsumierenden Partner. Ich freue mich sehr, dass Sie sich und Ihre Erfahrungen hier zur Verfügung stellen. Das Interview wird auf Tonband aufgezeichnet. Alle Ihre Angaben werden anonym behandelt. Da wird lediglich dastehen, dass Sie die Partnerin eines ehemals Konsumierenden sind. Das Tonband wird nach Verteidigung der Masterthesis vernichtet. Sie haben natürlich bei jeder Frage auch die Möglichkeit zu sagen, dass Sie da keine Antwort drauf geben möchten. Soweit klar oder noch Fragen? #00:00:00-0#
- 2 B: Nein, alles in Ordnung. #00:01:01-9#
- 3 I: Ok, dann legen wir mit der ersten Frage los. Sie sind Partnerin eines ehemals konsumierenden Elternteils mit Kind? #00:01:04-2#
- 4 B: Ja. #00:01:11-4#
- 5 I: Seit wann sind Sie liiert und seit wann haben Sie gemeinsam ein Kind? #00:01:13-3#
- 6 B: Wir sind liiert seit acht Jahren. Das Kind haben wir jetzt seit einem Jahr und ein Viertel. #00:01:17-5#
- 7 I: Wohnen Sie alle zusammen? #00:01:25-5#
- 8 B: Wir wohnen alle zusammen. Zusammen wohnen wir aber schon seit 2011. #00:01:27-5#
- 9 I: Im Folgenden möchte ich Ihnen ein paar Fragen zu Ihren Erfahrungen mit dem Partner stellen. Haben Sie jemals Eltern im intoxikierten Zustand, also unter Einfluss von Methamphetamin, erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte, welche positiven und negativen Veränderungen Sie bei den Elternteilen durch den Konsum wahrgenommen haben. #00:01:37-9#
- 10 B: Ja, also bzgl. der Veränderungen durch den Konsum habe ich mir jetzt einfach mal ein paar Gedanken gemacht. Es ist halt so, dass es mir halt oft nicht bewusst war bzw. ich nicht wusste, dass er eben unter Konsum oder generell intoxikiert war bzw. war das nicht immer richtig bewusst oder ich habe es dann halt auf die Situation geschoben, die wir allgemein jetzt hatten, da wir ja ein Haus gebaut haben und ein Kind bekommen haben.

So dass es da für mich jetzt - sage ich mal - schwierig ist zu sagen, er war jetzt eben im Rausch oder er war eben nicht im Rausch. Das ist alles sehr schwimmend oder schwammig, da ich ja auch nie wusste oder weiß, ob er das gemacht hat, wann er es gemacht hat, so dass da vielleicht schwierig ist zu sagen, so und so hat er sich genau in diesem Zustand verhalten. Dennoch habe ich halt Veränderungen - sage ich mal - wahrgenommen. Ob die jetzt wirklich - die hängen schon damit zusammen, ob das jetzt eben genau so eine Situation war, ist nun - wie gesagt - schwierig abzugrenzen. Vom Verhalten her / Er war auf jeden Fall sehr gesprächig und redseliger. Der hatte so diesen Laberflash - das war zumindest so rückblickend jetzt meine Erfahrung. Und während wir dann auch irgendwelche intensiveren Gespräche hatten oder Dinge, über die er sich halt beschwert hat, gerade (unv.), auch sehr wechselhaft in seinen Gefühlen, seinen Emotionen. Also er hat auch zum Teil die Sachen auch so geschildert und dann wieder anders. Der war da zum Teil auch sehr impulsiv oder wenn man dann auch etwas gesagt hat, auch weniger kritikfähig. Also es war dann schon / Hatte schon so ein bisschen in seiner eigenen Welt so erzählt. Von der Persönlichkeit - würde ich sagen - war er sehr sprunghaft und wechselhaft. Also ich habe dann manchmal seine Gedankengänge, die er da gerade hatte auch überhaupt nicht nachvollziehen können. Er hat dann wirklich zum Teil Themen gewechselt binnen Sekunden, wo ich mir dachte, 'wie kommt er denn jetzt darauf'. Also ich konnte da auch seinen Handlungen, seine Gedanken nicht so wirklich verstehen oder da irgendwie hinterhersteigen. Dann so zum Verhalten noch war mir aufgefallen halt, dass er viele Sachen parallel angefangen hat, also gerade eben auch beim Hausbau. Er hat nichts mehr richtig konsequent und durchdacht gemacht, sondern er hat eben viele kleine Baustellen angefangen. Er hat dann dadurch natürlich auch den Überblick verloren und war natürlich auch vollkommen überfordert, weil er überhaupt nicht mehr wusste, wo er anfangen sollte und wo er aufhören sollte. Und dann hat er eben auch zum Teil Sachen gemacht, die gar nicht seiner Kompetenz entsprochen haben. Wir haben z. B. auch einen Fliesenleger bestellt und er fängt halt an, hier in diesem einen Raum Fliesen zu verlegen, obwohl der Fliesenleger schon bestellt war. Natürlich wollte er auch mal was selber machen, aber er ist halt Fensterbauer. Das hat er auch gemacht, hat er auch alles gut und schön gemacht, aber so in dem Bereich hat er eben Dinge gemacht, die gar nicht seiner Kompetenz entsprochen haben und sich dadurch dann zum Teil auch überfordert oder eben Dinge gemacht, die dann eben gar nicht auf seiner "Arbeitsliste" standen und dadurch eben andere Dinge in Verzug gekommen oder andere Sachen liegen geblieben sind, eben viele Sachen, die er da irgendwie nur noch so halb gemacht hat und nicht mehr so ganz bei der Sache war. #00:01:58-6#

11 I: Und diese Kompetenzüberschreitung führen Sie auf den Konsum zurück? #00:05:07-9#

12 B: Ja, würde ich schon auf den Konsum zurückführen. Also er hat generell schon immer viele Sachen gemacht und sich auch gerne viel ausprobiert, aber - wie gesagt - er hat dann so viele Sachen angefangen und eben nichts mehr ganz oder nichts mehr richtig gemacht, alles nur noch halbherzig. Am Ende war das eben nur noch (unv.), also nichts mehr so wirklich ordentlich zu Ende gebracht oder Dinge gemacht, die wir gar nicht vorher abgesprochen hatten. Da denke ich einfach mal, dass er das aufgrund des Konsums gemacht hat. Wissen tu ich das nicht, das ist eine reine Vermutung. #00:05:11-0#

13 I: Das heißt, Ihnen ist damals nicht aufgefallen explizit in der Situation, 'aha, jetzt hat der wahrscheinlich gerade konsumiert, der steht unter Stoff', sondern das sind jetzt so rückblickend Ihre Einschätzungen? #00:05:44-8#

14 B: Genau, das ist rückblickend meine Wahrnehmung. Und wie gesagt, ich habe das immer nur vermutet oder geahnt, dass er konsumiert, weil ich ja eben immer irgendwo welche Rester gefunden hatte. Ich wusste aber nie, 'klar, ok, jetzt ist er unter Stoff' oder 'jetzt ist er nicht unter Stoff'. Ich konnte das nicht fest machen an irgendwas. Zum Teil habe ich dann schon mal gesagt, 'ok, (unv.) deine Augen sehen jetzt ein bisschen komisch aus'. Aber man will es ja auch nicht wahrhaben als Angehörige und dann ist es ja auch so, ich dachte dann eben auch, das ist der ganzen Situation geschuldet. Er ist halt arbeiten gewesen, dann nachmittags noch hier auf der Baustelle gewesen. Er ist halt vielleicht einfach auch nur kaputt. Also ja, das ist - wie gesagt - etwas schwierig abzugrenzen und zu sagen, er war jetzt im Rausch oder war nüchtern. Ansonsten ist er von seinem Verhalten sehr unordentlich und auch richtig schlampig auch geworden. Er hat auch alles liegen gelassen und nichts mehr weggeräumt. Er hat dann auch immer - ich sage mal - solche "Saftimer" angefangen, also wirklich alles dann irgendwie zusammengeschmissen und nichts mehr wirklich weggeräumt. Ich meine, er war jetzt noch nie der Ordentlichste, aber das hat eben auch noch sehr nachgelassen, rückblickend in letzter Zeit dann, dass er da auch nichts mehr weggeräumt hat. Dann lagen eben auch Messerklingen rum, wo er sich dann selber mal dran geschnitten hat. Dinge, die eigentlich gar nicht liegen bleiben sollten und dürften. Ansonsten war er dann eben noch - ich habe mir jetzt Sinn- und Werteverlust aufgeschrieben - er ist so ein bisschen größenwahnsinnig geworden. Er hat eben auch teure Sachen gekauft, wo wir eigentlich jeden Cent für das Haus gebraucht haben (unv.), wo er eben dann einfach Sachen gekauft hat, die nicht wichtig waren oder die uns nicht wichtig erschienen, sondern eben / Z. B. sage ich jetzt mal ein Blumenstrauß, der kam halt mal 40 Euro. Das war mal eine liebe nette Geste, ich habe mich sehr gefreut, aber wir sind eigentlich Menschen, die eher auf kleine Dinge Wert legen, also dann lieber mal eine Blume aus dem Garten. Oder z. B. als wir zu Weihnachten Fotos gemacht haben. Da hat er gesagt, 'wir nehmen jetzt alle mit' und hat da auch gar nicht diskutiert. Das kam halt sehr viel Geld, wo ich gesagt hätte, wir hätten uns auch einfach ein paar schöne raussuchen können und dann wäre gut gewesen. Das war eben dieser Größenwahn, ja dieser Verlust von Realität und dieser Werteverlust von Geld. Er hat ja auch nicht mehr nachgedacht und hat einfach gekauft. Dann hat er eben auch angefangen online zu zocken und dort eben auch Geld verschwendet, wo ich eben immer wieder gesagt habe, dass es eben nicht sein kann, wir brauchen jeden Cent, dass er da vielleicht auch Hilfe braucht oder wie auch immer. Er hat da völlig die Realität verloren und den Wert des Geldes - so zu sagen. #00:05:55-4#

15 I: Was meinen Sie mit 'online zocken'? #00:08:51-5#

16 B: Der hat hier gespielt. Online zocken - irgendwelche Casinospiele. #00:08:54-0#

17 I: Glücksspiel? #00:09:00-9#

18 B: Glücksspiel. Da hat er mir dann im Nachhinein gesagt, weil er nicht schlafen konnte, hat er angefangen, das zu spielen. Das wusste ich ja zu dem Zeitpunkt nicht, ich konnte mir das nicht alles zusammenmalen. Ansonsten ist es - wie gesagt - auch schwierig, weil wir haben ja das Kind bekommen voriges Jahr Ende März und da habe ich anfänglich schon mal irgendwelche Rester gefunden, wo ich aber nie wusste, ob es das eben ist oder nicht ist. Eigentlich hat sich das immer alles hier bei uns im Hausbau abgespielt und er, wenn er mal zu Hause war, hat er meist auch wirklich nur geschlafen. Also ich war auch zu 90 Prozent alleinerziehend, habe mich um Kind, um Haushalt, um die zwei Baustellen gekümmert und er war halt arbeiten, ein Teil Montage, und halt Hausbau. Das kam halt

alles noch erschwerend hinzu. Wenn er dann halt mal zu Hause war, hat er eben meistens auch geschlafen und sich dann auch aus allem zurückgezogen. #00:09:02-4#

- 19 I: Haben Sie Ihren intoxikierten Partner in Interaktion mit Ihrem Kind erlebt? Wenn ja, beschreiben Sie bitte auch hier die positiven und negativen Veränderungen des Elternverhaltens. Also was gelang durch den Konsum möglicherweise besser oder schlechter in der Interaktion mit dem Kind? #00:10:18-1#
- 20 B: Veränderungen sind halt weniger feststellbar, da er wahrscheinlich wirklich von Anfang an der Geburt eben konsumiert und eben dann auch unter Einfluss von Drogen stand. Es ist halt so, wenn er zu Hause war und auch Zeit für unsere Tochter hatte, dann war er zum Teil spazieren, wo ich dann auch nicht mit war, weil ich mich dann erst mal ausgeruht habe oder andere Dinge erledigt habe. So dass ich da quasi nichts zu sagen kann. Wenn er doch mal Zeit für sie hatte, dann war er für mich jetzt eher doch vorsichtig, zurückhaltend, unsicher und hat dann halt auch gerade pflegebedürftige Sachen - so zu sagen - mir überlassen. Das ist aber wahrscheinlich auch aufgrund dessen geschuldet, dass man da als Mutter natürlich erst mal klammert und mit seinem Kind da alles besser machen kann und will, so dieser Mutterinstinkt. Aber das hat er dennoch dann immer mir überlassen und gesagt, 'nein hier mach mal, kannst du mal kommen'. Da hat er sich eher schon sehr zurückgenommen, gerade auch beim Windeln, Umziehen oder auch mal Füttern. Das hat mich auch sehr enttäuscht. Dann habe ich das zum Teil als Desinteresse empfunden oder habe ihm auch gesagt, dass ich das nicht schön finde, dass z. B. wenn er abends von der Baustelle nach Hause kam, nicht mal sein Kind ins Bett gebracht hat, wo ich gesagt habe, 'du kannst sie ja wenigstens mal ins Bett bringen'. Das habe ich als Desinteresse oder das war für mich auch verletzend. Er hatte dann halt keine Nerven und keine Zeit einfach für sein Kind wahrscheinlich. Wenn er dann halt mal Zeit hatte, war er oft spazieren. Wenn er in der Interaktion mit unserer Tochter war, dann hatte ich das Gefühl - das ist jetzt eher alles rückblickend, ist ja klar - dass er da wenig ausdauernd war, weniger geduldig und belastbar. Also er hat sie dann auch schnell wieder abgeben oder sobald da mal irgendwie ein Pups verquer kam, 'ah hier nein, mach du mal, kümmer dich mal'. Also da war er auch schnell überfordert - sage ich mal so. Und wenn ich jetzt bei irgendeiner Situation dabei war, wenn er sie z. B. mal füttern sollte, dann habe ich ihn meistens aufgefordert, dass er auch mal was tut. Also von sich kam er eher selten. Ich musste ihn dann schon motivieren und sagen, 'willst du nicht mal', 'kannst du nicht mal'. Dann war er eben immer sehr ängstlich und auch unsicher. Aber das war wahrscheinlich auch dem geschuldet, dass ich ihn selten gelassen habe und wenn dann eben oft dabei war und auch "kontrolliert" habe, weil ich es eben auch selber dann nicht wollte, dass er da irgendwas falsch macht. Ich habe ihm da wahrscheinlich auch wenig Spielraum gegeben, auch alleine Zeit mit ihr zu verbringen, weil auch einfach das Vertrauen da ein Bisschen fehlte. Dann war z. B. noch eine Situation: wir waren halt mal spazieren und da ist auch ein Berg, hier im Ort, und er fing an, den Kinderwagen loszulassen. Ich sagte, 'halte ihn bitte fest'. Schön und gut, er hat natürlich nicht festgehalten. Die Räder fingen an zu blockieren und der Wagen begann zu schwanken. Das waren eben auch so Dinge, wo ich gesagt habe, 'das darf nicht sein, das soll nicht sein'. Wie gesagt, da hat er überhaupt nicht gehört und sich da völlig überschätzt und gesagt, 'ach alles gar nicht schlimm', ich solle mal nicht den Spaß verderben. Wo für mich aber eben die Sicherheit natürlich an erster Stelle stand. Das sind eben so kleine Dinge, wo man dann irgendwo als Mutter ständig sich auf sich selber verlässt. Ich habe ihm dann wirklich auch immer viel weniger Spielraum gelassen. Ich meine, am Ende hat er auch wenig Zeit gehabt aufgrund der Bausituation. Aber wenn er eben mal da war, dann habe ich immer diese beschützende

Hand immer noch irgendwie drüber gehabt. Ich war zu 90 Prozent dann auch immer irgendwie noch dabei. Genau, und wenn er dann wirklich mal - ich war dann ein, zwei Tage mal auf Arbeit, zum Fasching oder so - und da musste er halt mal alleine sein. Dafür habe ich ihm dann auch richtig einen Spickzettel auch fertig gemacht, also wirklich mit einem Tagesablauf drauf, wann er was zu machen hat. Hat ihm auch geholfen und das hat auch alles geklappt (unv.). Ich meine das Kind war versorgt, es war sauber. Das war überhaupt kein Problem. Ansonsten war er eher doch zum Teil zurückhaltend und hat eben wenig Verantwortung übernommen. Wenn er denn eben mal da war, hat er eben viel geschlafen. Und ich hatte dann auch oft ein ungutes Gefühl, wenn er mit der Kleinen alleine war, denn selbst wenn ich mal nur kurz während des Mittagsschlaf gesagt habe, 'pass mal bitte auf das Babyphon auf', bin ich wiedergekommen nach dem Einkauf und er hat halt dort geschlafen. Natürlich kann man einschlafen, aber ich hatte halt immer Angst, dass er das dann nicht hört, weil er halt zu sehr weg ist oder so. #00:10:40-7#

21 I: Die Dinge, die Sie gerade beschrieben haben, die führen Sie eher auf den Konsum zurück? #00:15:30-5#

22 B: Ja, schon. Also jetzt zumindest rückblickend. Zu der Zeit dachte ich halt einfach immer, er ist kaputt. Er ist einfach kaputt, er braucht den Schlaf, er braucht die Ruhe. Was natürlich auch verständlich ist. Aber jetzt würde ich denken, das waren dann eben die Entzugserscheinungen. #00:15:37-1#

(Unterbrechung durch Hustenanfall der Gesprächspartnerin)

23 I: Nochmal zu den Sachen, die Sie gerade beschrieben haben. Ihr Partner ist ja aktuell in Therapie, abstinent. Haben Sie das Gefühl, diese beschriebenen Aspekte sind jetzt anders? #00:17:34-1#

24 B: Also, er schildert es ja auch selber und wenn wir uns sehen, dann ist auf jeden Fall / Also er freut sich viel mehr über die kleinen Dinge, was er eben vorher auch gar nicht so richtig gemerkt und wahrgenommen hat. Ich merke auch selber, er ist bei ihr jetzt viel offener. Ich meine, man kann jetzt auch mit ihr viel mehr anfangen. Sie ist nun inzwischen über ein Jahr, (unv.) fängt an zu krabbeln, erzählt. Er geht viel mehr und auch freudiger mit ihr in den Kontakt - würde ich jetzt mal sagen. Wir sehen uns meistens einmal die Woche - wenn alles gut geht - und dann nimmt er sich viel Zeit für sie, was halt vorher zum Teil nicht möglich war oder die er sich eben nicht genommen hat. Da würde ich schon sagen, das ist auf jeden Fall anders auch. #00:17:43-5#

25 I: Bitte beschreiben Sie, wie Sie Ihr Kind möglicherweise unter dem Einfluss Ihres intoxikierten Partners erlebt haben. Können Sie dazu Aussagen machen? #00:18:43-3#

26 B: Also, dazu kann ich eigentlich eher weniger Aussagen machen, da - wie gesagt - unsere Tochter noch unter einem Jahr war in der Zeit, als mein Partner konsumiert hat. Trotzdem war sie immer freundlich und auch freudig, wenn sich überhaupt jemand mit ihr beschäftigt hat. Also sobald sie auch ihren Papa gesehen hat, hat sie sich immer gefreut und (unv.). Also ich würde jetzt nicht sagen, dass sie sich da irgendwie anders verhalten hat oder irgendetwas da schlecht erlebt hat oder so etwas, gar nicht. #00:18:52-6#

27 I: Bitte beziehen Sie Stellung zu folgender Aussage: Eltern mit Methamphetaminkonsum

können jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln. #00:19:27-0#

28 B: Ja also, diese Aussage halte ich eher für schwierig. Wie gesagt, unser Kind war ja ein kleines Kind, eher ein Säugling, sehr pflege- und hilfebedürftig, wo man eben wirklich auch auf Grundversorgung achten muss. Die war immer gegeben und ich denke auch, das hätte er / Mein Problem wären halt die Entzugserscheinungen gewesen, wie man das dann kompensieren könnte, wenn man eben dann nicht an den Stoff wieder rankommt. Wie gesagt, die Müdigkeit, der Schlaf, den er dann gebraucht hat. Ich meine, ich habe auch eine Woche Entzug zu Hause miterlebt. Auch diese Stimmungsschwankungen halte ich für schwierig und auch sehr grenzwertig im Umgang mit Kindern. Wie gesagt, allgemein denke ich, dass die eben nicht immer ihr Verhalten unter Kontrolle haben bzw. das eben bewusst steuern. Die machen das mit Sicherheit nicht mit böser Absicht. Aber ich habe ja auch zum Schluss gemerkt, er wurde halt schon aggressiver. Die Aggressivität war zwar jetzt nicht dem Kind gegenüber, aber ich denke mal - also es ging erst mal gegen mich. Aber irgendwann - denke ich mal - ist auch der Punkt überschritten, dass man dann auch seinem Kind gegenüber "aggressiver" wird und da irgendwie auffälliger wird. Dennoch denke ich aber - aber das ist einfach nur eine Vermutung - dass eben, wenn man unter Entzug steht, dass es dann noch schwieriger ist. Also wenn die immer an ihre Drogen rankommen und wahrscheinlich dann / Dann funktioniert das irgendwie, natürlich nicht so, wie man sich das wünscht, aber es funktioniert. Ich denke mal, die Grundversorgung, das wäre auf jeden Fall gesichert, aber ja / Trotzdem stelle ich es mir eher schwierig vor. #00:19:37-7#

29 I: Wie würden Sie die Familienatmosphäre beschreiben für Kinder, die im Haushalt ihrer methamphetaminkonsumierenden Eltern leben? #00:21:32-6#

30 B: Also, es kommt natürlich dann immer darauf an, ob dann beide Partner konsumieren. Bei uns war es so, dass nur ein Partner konsumiert hat und der zweite - quasi ich - das immer nur vermutet hat. Ich hatte da immer wieder Angst und habe nachgefragt. Es gab ja da dadurch heftige Streitereien, ob er eben konsumiert hat oder nicht konsumiert hat, ob er es überhaupt noch macht. Ich finde das schon sehr schwierig und belastend für das Kind, weil es ist ja immer eine Anspannung da, immer ein Streitpotential, gerade auch wenn er auf Entzug war. Er hatte ja dann schon eher auch - sage ich mal - einen raueren, aggressiveren Ton. Handgreiflichkeiten waren zum Glück keine. Wie gesagt, ich denke, es ist für das Kind dann schon sehr belastend, denn Kinder leiden ja unter dem Druck, der da auf sie ausgeübt wird, weil die kriegen ja die Streitereien mit. Das belastet die ja genauso, wie wenn rumgeschrien wird oder nur geschimpft wird. Und ich selber war als Kind / Meine Eltern hatten oft gestritten (unv.) und ich war ganz oft krank und als die sich dann eben getrennt haben, war ich dann halt nicht mehr krank. Also das war dann schon für mich - rückblickend - auch die bessere Lösung, weil ich eben nicht mehr unter dem Streit der Eltern leiden musste und nicht mehr permanent dabei war. Also für Kinder ist es schon belastend. Ich denke, da ist immer so eine Anspannung da. #00:21:39-9#

31 I: Wir kommen zum letzten Teil der Fragen. Suchterkrankungen bedeuten ja aus familienrechtlicher Sicht immer auch Einschränkung des elterlichen Erziehungsverhaltens und deswegen die Frage: Gibt es Ihrer Meinung nach Aspekte, die im Sinne der Gefährdung von Kindern im Haushalt, auf einen besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern hindeuten? #00:23:14-0#

32 B: Ja - wie gesagt - so viel Auskunft kann ich zu dieser Frage gar nicht geben. Also ich

denke, die Elternrolle ist schon eingeschränkt, sowohl im intoxikierten Zustand als auch im Zustand des Entzugs. Wie gesagt, im Zustand des Entzugs - denke ich - vielleicht sogar noch schlimmer, einfach aufgrund des Schlafdefizits, was dann nachgeholt werden muss. Oder eben auch die steigende Aggressivität, die ich dann - so zu sagen - erlebt habe. Ansonsten, ja, fällt mir jetzt spontan gar nichts weiter dazu ein. #00:23:35-4#

33 I: Hängt die eben getroffene Einschätzung, Ihrer Meinung nach, noch von anderen Faktoren, außer dem Suchtmittelkonsum selbst, ab? Wenn ja, welchen? Also gibt es Ihrer Meinung nach noch Risikofaktoren, die die Situation für Kinder in diesem Haushalt verschärfen? #00:24:26-9#

34 B: Ich habe mir jetzt in dem Sinne noch dazu Gedanken gemacht, dass auf jeden Fall weitere Risikofaktoren bestehen, gerade in Bezug auf den Konsum. Da geht es ganz klar um Hinterlassenschaften und Rückstände. Ich meine gerade die Gefahr, dass das Kind dann mit irgendwelchen Restern in Kontakt kommt, weil eben die Drogen selbst oder die Hilfsmittel, mit denen die Droge quasi eingenommen wurde, denn das blieb dann auch zunehmend eben sichtbar irgendwo liegen bei uns. Ich denke mal, am Anfang kann man das alles noch schön wegräumen, aber irgendwann ist man dann soweit, dass man das nicht mehr wegbekommt oder - keine Ahnung - dass eben dann auf irgendwelchen Unterlagen konsumiert wird, wo eben dann die Kinder irgendwann damit in Kontakt kommen. Dann - das ist natürlich jetzt auch zugespitzt - nehmen irgendwann auch Geldprobleme zu, die dann zunehmen Existenzprobleme beinhalten könnten, wo dann der Aspekt der Grundversorgung eben irgendwann vielleicht für das Kind nicht mehr gesichert werden könnte, weil unter anderem Drogen wichtiger sind als Grundnahrungsmittel. So, dass da irgendwann eine Kindeswohlgefährdung auch entstehen könnte, weil man die dann eben vernachlässigen würde, weil man dann nur noch an sich selber denkt oder bzw. nur noch durch die Drogen gesteuert ist, dass man die eben braucht. Und das andere eben nicht mehr als wichtig oder notwendig erachtet. #00:24:41-5#

35 I: Dann habe ich zum Schluss noch eine Frage, die ich Ihnen vorab nicht zur Verfügung gestellt habe, die ich eher spontan ergänzt habe: Welche Empfehlungen können Sie für Helfer aussprechen, die mit methamphetaminkonsumierenden Eltern arbeiten, wo eben auch Kinder im Haushalt sind, also gerade professionelle Helfer, Familienhilfe, Suchthilfe? #00:26:24-4#

36 B: Also, Empfehlungen (unv.). Man ist ja selber immer unsicher, man weiß nicht so richtig, ist es an dem, ist es nicht an dem. Man hat Angst. Ich habe ja selber oft Gespräche mit ihm gesucht, wo ich gesagt habe, 'ist es so'. Er hat mir (unv.) gesagt, es ist so, er macht es nicht mehr und man hat das dann erst mal geglaubt. Und man selber traut sich dann am Ende auch nicht so wirklich, den nächsten Weg zu gehen. Der nächste Weg war ja dann in die Suchtberatung. Das war auf jeden Fall der einzige, der richtige Weg. Ich meine - wie gesagt - dafür muss ja auch der Konsument dann selber nicht mehr wollen, aber / Es ist schwierig. Man will sich das selber gar nicht eingestehen. Ich hätte natürlich von mir selber auch mal kommen können. Ich meine, berufsbedingt habe ich damit viele Male Kontakt gehabt und während dem Studium. Ich habe davon gehört, aber man schiebt das immer alles weg. Man denkt immer, man selber ist nicht betroffen. Tja, es steht ja überall geschrieben, dass es die Beratungsstellen gibt. Man muss es dann halt eben selber nutzen. Und ich denke mal, wenn ich vielleicht vorher schon mal als Angehörige um Hilfe gebeten hätte, hätte man das vielleicht auch irgendwie schneller oder anders / Ich meine, es ist ja so wie es jetzt gekommen ist alles gut, aber / Man muss selber dann

als Angehöriger Betroffener erst mal sich das eingestehen und sich Hilfe holen und ich denke, das ist eben auch eher, naja, das ist schwierig. Man muss sich da selber auch erst mal überwinden, sich das selber einzugestehen. Und ich denke mal auch, das Schwere ist logischerweise für die Konsumenten selber, wenn es schon für die Angehörigen schwer ist. Mein Freund sagte nur, dass man sich als Angehöriger vorher Hilfe holen sollte und könnte, um besser damit umgehen zu können, aber das liegt ja an einem selber. Man muss dann selber sich erst mal das eingestehen, dass man überhaupt erst mal Hilfe braucht und das überhaupt erst mal erkennen. #00:26:53-5#

37 I: Können Sie Empfehlungen aussprechen an die Fachkräfte, damit es vielleicht gerade für Betroffene und Angehörige leichter ist, so eine Hilfe anzunehmen? #00:29:01-4#

38 B: Nein, kann ich nicht. Wie gesagt, ich wusste ja selber auch, dass es Suchtberatungsstellen gibt. Es steht ja selbst in der Zeitung ab und an mal irgendwo ein Artikel oder eine Anzeige, dass es das gibt und wo man sich hinwenden kann. Es gibt auch zunehmend Berichte von irgendwelchen Betroffenen und da wird ja auch immer wieder daraufhin vermerkt. Man weiß schon, dass es das gibt und man muss es eben nur in Anspruch nehmen. #00:29:10-6#

39 I: Sie haben mir jetzt eigentlich alle Fragen beantwortet, die ich vorbereitet habe. Gibt es dennoch Aspekte, die ich übersehen habe? #00:30:04-1#

40 B: Meiner Meinung nach nicht. #00:30:09-8#

41 I: Darf ich Sie später nochmal kontaktieren, falls in der Nachbearbeitung des Interviews noch Fragen entstehen? #00:30:24-4#

42 B: Ja, das wäre kein Problem. #00:30:30-2#

43 I: Dann möchte ich mich an der Stelle ganz herzlich bedanken für Ihre Zeit und Auskunftsbereitschaft. #00:30:32-9#

Anhang C

Auswertung

C.1 Kategorienbildung

In Anlehnung an die Untersuchungshypothesen und die Interviewleitfäden wurden Kategoriensysteme aufgestellt und die im Theorieteil gewonnen Erkenntnisse zur Untersuchungsklientel in Kategorien zusammengefasst.

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus den theoretischen Erkenntnissen
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in der Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none">• Stark euphorisches, spontanes, enthemmtes Verhalten• Steigerung der Leistungsfähigkeit• Gefühl hoher Motivation und Selbstsicherheit, Selbstüberschätzung• Erzeugung angenehmer Gefühle• Rededrang• Aggressiv• Veränderte Wahrnehmung (Realitätsverlust, Fixierung auf Tätigkeiten, Verlust des Zeitgefühls, Unterdrückung von Grundbedürfnissen)
	Zustand in der Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none">• Negativ gefärbte Stimmung• Ungeduld, Gereiztheit, Aggressivität• Große Erschöpfung und starkes Ruhebedürfnis• Anhedonie• Überwacher Zustand• Psychotische Zustände• Langfristig Gefühlskälte
	Komplikationen	<ul style="list-style-type: none">• Nebenwirkungen (Herzversagen, Kreislaufkollaps, Krampfanfälle, Überhitzung, Vergiftungen, Überdosierung, Intoxikationspsychose)• Mischkonsum (additive Effekte, Komplikationen, Gefahr Polytoxikomanie)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus den theoretischen Erkenntnissen
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben der Eltern im intoxikierten Zustand (siehe Kategorie <i>Zustand in der Phase des Highs</i>) • Erleben der Eltern beim Runterkommen (siehe Kategorie <i>Zustand in der Phase des Runterkommens</i>) • Elterliche Verhaltensvolatilität • Eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit • Mangelnde Verfügbarkeit der Eltern/ Vernachlässigung der Aufsicht • Konfrontation mit konsumbedingten Verhaltensauffälligkeiten (physisch und psychisch auffällige oder aggressive Verhaltensweisen)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde finanzielle Absicherung • Kriminalisierung • Stigmatisierung • Mangel drogenfreier Kontakte/ soziale Isolation
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Anspannung, Unzuverlässigkeit, emotionale Kälte, Hilflosigkeit, Disharmonie, Loyalitätskonflikte • Mangel an konsequenten Regeln/Grenzen, Strukturen • Mangel an Tagesstruktur • Emotionaler Zwiespalt der Kinder • Veränderte Kommunikation
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Kinder • Parentifizierung der Kinder
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Trennungserfahrungen (Trennungen/Haft-/Krankenhausaufenthalte der Eltern, Fremdunterbringungen der Kinder) • Wechselnde Bezugspersonen (Betreuung durch wechselnde Bezugspersonen, häufig wechselnde Partner der Eltern)
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahrensituationen durch Unachtsamkeit (Vergiftungen durch Griffnähe der Substanzen, Unfälle durch Unachtsamkeit sowie Fehleinschätzung von Gefahren)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus den theoretischen Erkenntnissen
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahrensituationen durch Personen (physische, psychische, sexuelle Grenzüberschreitungen, motorisches Unvermögen) • Mangelnde Bedürfnisbefriedigung bis Versagen kindlicher Bedürfnisse durch Fehlleistungen in Versorgung/Betreuung/Schutz (durch Wirkungszyklus, Nebenwirkungen, Komplikationen) • Unbefriedigende Beziehungserfahrungen für Kinder und erschwerter Bindungsaufbau durch eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit, elterliche Verhaltensvolatilität und eingeschränkte Verfügbarkeit der Eltern • Insgesamt wirkt sich Methamphetaminkonsum ungünstig auf Elternverhalten aus und behindert dauerhafte, angemessene Befriedigung kindlicher Bedürfnisse
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit nach ICD-10 • Applikationsform (Rauchen/ intravenöser Konsum) • Verschiebung der Konsummotive hin zur Vermeidung von Unangenehmem • Lange Konsumphasen • Hohe Konsummengen (> 0,5g) • Mischkonsum
	Konsumfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation des Kindes mit elterlichem Konsumverhalten (bspw. Konsum in Gegenwart des Kindes) • Konsumbedingte Komplikationen in der Vorgeschichte (Herzversagen, Kreislaufkollaps, Krampfanfälle, Überhitzung, Vergiftungen oder Überdosierung)
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Problemeinsicht • Komorbidität (Depression, Psychose, Suizidalität) • Glücksspielproblematik
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinerziehende Elternteile • Zusätzlich konsumierender Partner • Mangel drogenfreier Sozialkontakte • mangelhafte finanzielle Absicherung • Niedriges Alter des Kindes

C.2 Auswertung Interview I – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle A

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	-	-
	Zustand in Phase des Runterkommens	-	-
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> Kein Reflexion des eigenen Konsums Elterliche Verhaltensvolatilität Zustand in der Phase des Runterkommens schränkt positives Elternverhalten ein 	<ul style="list-style-type: none"> Keine kritische Reflexion der Wirkung der Droge und der Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder (10) Volatilität im Elternverhalten (22) Veränderungen im Elternverhalten sehr schnell durch Wirkweise von Methamphetamine (22) Bsp.-Situation: Abklingen der Wirkung - Eltern geprägt von Reizbarkeit, depressiver Grundstimmung; positives Elternverhalten in dem Moment nicht möglich bzw. beelternde Faktoren nicht abrufbar (12)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> Soziale Isolation 	<ul style="list-style-type: none"> Rückzug der Eltern und Isolation v. a. in Krisen, damit auch Isolation der Kinder (34)
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> Unzuverlässigkeit Angst 	<ul style="list-style-type: none"> Bedingt durch psychische/soziale Folgeerscheinungen wirken Eltern sehr beeinträchtigt in Zeitor- ganisation, Absprache und Zuverlässigkeit (20) Drogenkonsumierender Elternteil mitunter als bedrohlich, angstmachend, unzuverlässig erlebt (12) Bedingt durch psychische und soziale Folgeerscheinungen wirken Eltern sehr beeinträchtigt in Zeitor- ganisation, Absprache und Zuverlässigkeit (20)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> Mangel an Tagesstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> Tagesgestaltung in Abhängigkeit der aktiv konsumierenden Eltern: schnell, wechselhaft, Zusammenbruch der zuverlässigen und vorhersehbaren Struktur (16)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> Parentifizierung Angepasste oder distanzlose Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> Überfordernde Aufgabenübernahme in Abhängigkeit vom Alter (12) Angepasste Kinder; Bsp. am Verhalten von Säuglinge beschrieben: ruhig, zurückgezogen, unauffällig, sich selbst überlassen → Säuglinge machen sich trotz ungewohnter Situation nicht bemerkbar (18) Distanzlosigkeit; Bsp.am Verhalten älterer Kinder: keine Rückversicherung über Angemessenheit der Situation durch Blickkontakt zu Eltern, eher distanzlos, großes Bedürfnis nach Nähe (18)
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> Trennungserfahrungen 	<ul style="list-style-type: none"> Trennungserfahrungen: Eltern trennen sich, suchbelasteter Eltern wohnt nicht mehr im Haushalt, Haft, Fremdunterbringung der Kinder (14) Häufig nicht geregelte Umgänge (22)
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> Zeugen von Gewalt im Haushalt Zeugen von Sexualität der Eltern Passivkonsum Unfälle/Verletzungen aufgrund eingeschränkter Reaktionsfähigkeit/Fehleinschätzungen Griffnähe von Substanzen 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder eher Zeugen von Gewalt, weniger Opfer (12) Beobachtende Teilnahme der Kinder an der Sexualität (22) Kinder konsumieren über Passivrauchen mit (28) Risiko für Unfälle und Verletzungen steigt, weil Reaktionsfähigkeit der Eltern eingeschränkt ist oder Gefahren fehleingeschätzt werden (28) Griffnähe von Substanzen, Kristalle fallen auf den Boden (28)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Unter nicht so stark ausgeprägtem Konsum mitunter dennoch Befriedigung kindlicher Bedürfnisse • Tendenz zur eigenen Bedürfnisbefriedigung in Abhängigkeit der Konsumphase • Versorgungsvernachlässigung in Abhängigkeit der Konsumphase • Eingeschränkte Wahrnehmung und Beurteilung kindlicher Bedürfnisse sowie adäquate Reaktion darauf 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfahrung aus 2. Hand: unter nicht so stark ausgeprägtem Konsum scheinen Haushaltsführung, Versorgung des Kindes, Gestaltung der Tagesstruktur zu funktionieren (10) • Eigene Gefühle, Bedürfnisse, eigener Zustand rücken in den Vordergrund → Wahrnehmung für Bedürfnisse der Kinder geht in dem Moment, wo Menschen mit ihrem Konsum eine Schwierigkeit entwickelt haben, verloren (10) • Bsp.-Situation beim Abklingen der Wirkung: Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zurückzustellen, in dem Moment nicht abrufbar – obwohl Bsp.-Eltern elterliche Kompetenzen im Clean-Zustand haben (12) • mitunter Versorgungsvernachlässigung in höchstem Maße, bspw. in Phase des Runterkommens (26) • Eingeschränkte Beurteilungsfähigkeit bzgl. kindlichen Bedürfnissen und Altersangemessenheit (28) • Bedürfniswahrnehmung, angemessene Reaktion auf kindliche Bedürfnisse, positives Elternverhalten eingeschränkt (12) • Bsp.-Situation beim Abklingen der Wirkung: keine Reaktion auf mögliche Gefahrensituation für Kind → jegliche Intuition nicht abrufbar (12)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> Emotionale kaum ansprechbar Erschwerte Bindungsetablierung Befriedigung kindlicher Bedürfnisse bei aktivem elterlichen Konsum nicht möglich: konsumbedingt kein Rückgriff auf elterliche Kompetenzen möglich/ Wahrnehmung, Denken und Handeln durch Drogen beeinflusst sind) Immer von Kindeswohlgefährdung auszugehen 	<ul style="list-style-type: none"> Emotional nicht ansprechbar, nicht intuitiv auf Signale des Kindes reagieren unabhängig vom Alter des Kindes (14) Bsp.-Situation einer kindliche Reaktion: Angst, Rückzug, Wimmern, Körperwippen → sich selbst beruhigen im Sinne einer Selbstregulation, gleichzeitig keine Reaktion der Eltern auf dieses Verhalten (12) Kinder wirken sehr unsicher gebunden aufgrund kritischer Ereignisse unter Geburt, intensivmedizinischer Erstbetreuung der Kinder nach Geburt, desolater Wohnverhältnisse oder Inobhutnahme (14) Eltern als zuverlässige Vertrauensperson sehr unterschiedlich durch Kinder wahrgenommen (14) Aktiver Methamphetaminkonsum bedingt immer Einschränkungen in Wahrnehmung und Ausführung der Elternverantwortung/ immer von einer Kindeswohlgefährdung auszugehen (30) Eltern können unter aktivem Konsum nicht auf erzieherische Kompetenzen (selbstbezogene, kindbezogene, kontextbezogene und handlungsbezogene Kompetenzen) zurückgreifen, weil Wahrnehmung, Denken und Handeln durch Drogen beeinflusst sind (20)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> Abhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Abhängigkeit (Dosissteigerung, Toleranzentwicklung, negative Konsequenzen in sämtlichen Lebensbereichen und dennoch Unfähigkeit zum Konsumstopp, Konsum als oberste Priorität, Kontrollverlust) (32)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> Keine Angaben zu Konsummenge Täglicher Konsum Mischkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Anhaltspunkte für Konsummenge (34) Täglicher Konsum (34) Exzessiver Mischkonsum (Alkohol, Cannabis) (34)
	Konsumfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Konfrontation des Kindes mit elterlichem Suchtmittelkonsum (Herstellung, Dealen, konsumierendes Umfeld) 	<ul style="list-style-type: none"> Dealen durch Eltern → entsprechender Publikumsverkehr sowie viele Bezugspersonen, die Alltag mitfrequentieren und viel Unruhe bzw. Störungen in der Nacht, ggf. verbale Auseinandersetzungen (38) Umgang mit Substanz durch andere anwesende Konsumenten nicht abschätzbar (28) Kochen in der Wohnung: enormes Unfall- und Gesundheitsrisiko (38)
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Komorbidität 	<ul style="list-style-type: none"> Psychotische Zustände → Einschätzung von Gefahren misslingt, sozialer Rückzug und Isolation, Einbezug des Kindes in psychotisches Erleben gefährlich (34)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Mangel an drogenfreien Bezugspersonen Niedriges Alter des Kindes Mutter nach Geburt in Hormonumstellung und Entgiftungszustand Drogenexponierter Säugling 	<ul style="list-style-type: none"> Positiv: drogenfreie Bezugspersonen (14) je jünger Kind, desto schärfer Gefährdung durch Vernachlässigung (älteres Kind hat andere Kompetenzen, um für eigenes Wohl zu sorgen) (30) Bei Säuglingen: Mutter in Entgiftungszustand und mit Hormonumstellung nach Geburt – unklare Wirkung und dadurch nicht in der Lage, sich vollumfänglich um Säugling zu kümmern (30) Konsum unter Schwangerschaft und drogenexponierter Säugling (besondere Anforderungen und Bedürfnisse durch Säugling an Eltern, die dieser Situation nur schwer gerecht werden) (30)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> • alleinerziehende Elternteile • ungünstiger Erziehungsstil • niedriges Bildungsniveau • ungünstiger sozioökonomischer Status (Abhängigkeit von sozialen Sicherungssystemen/ Arbeitslosigkeit/ Armut) • beengte Wohnverhältnisse • Mehrkindfamilien 	<ul style="list-style-type: none"> • Kumulation von Risikofaktoren, welche generell höhere Wahrscheinlichkeit für ungünstige Entwicklungsbedingungen für Kinder bedingen und Teilhabe an Gesellschaft erschweren (alleinerziehende Elternteile, Trennungen, Gewalt, ungünstiger Erziehungsstil, niedriges Bildungsniveau, Abhängigkeit von sozialen Sicherungssystemen, Arbeitslosigkeit und Armut, beengte Wohnverhältnisse, Mehrkindfamilien) (36)

C.3 Auswertung Interview II – Suchtberaterin in Suchtberatungsstelle B

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Rededrang, Aufgedretheit, Oberflächlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Labernd, erzählen sehr viel (14) • Hibbelig, unruhig, aufgedreht, nicht still sitzen können (14) • Sehr oberflächlich, vieles ist ihnen egal, unzuverlässig, anteilnahmslos (16) • Auf Tätigkeiten hängen bleiben (22)
		<ul style="list-style-type: none"> • Fixierung auf Tätigkeiten 	
	Zustand in Phase des Runterkommens	-	-
	Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Spastiken 	<ul style="list-style-type: none"> • Mitunter stark schwitzend oder auch Spastik (14)
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit • Mangelhafte Aufsicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Einfühlungsvermögen der Eltern und dadurch gestörte Eltern-Kind-Beziehung (30) • Emotionale Kälte (16) • Bsp.-Situation: intoxikiertes Vater mit Kind in Beratungsstelle → Kind rannte auf Gang, keine Aufsicht durch Vater (18)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Unzuverlässigkeit • Aggressivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Vieles wird vergessen (30) • Planlos, chaotisch (30) • Aggressiv und angespannt (30)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	-	-
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> Vernachlässigung der Aufsicht 	<ul style="list-style-type: none"> Tiefschlaf – keine Reaktion in Gefahren möglich (22) Bsp.-Situation: intoxikiertes Vater mit Kind in Beratungsstelle → keine Aufsicht des Kindes (18)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> Nichtverfügbarkeit in Phase des Runterkommens Befriedigung kindlicher Bedürfnisse in bestimmtem Konsumrahmen möglich, dennoch Einschränkungen bei Befriedigung kindlicher Bedürfnisse Insgesamt kein unbedenklicher Konsum mit Kindern möglich 	<ul style="list-style-type: none"> Problematisch: schnelle und intensive Konsumsteigerung, Erholungsphasen (unausgeschlafen, gereizt, nicht gut drauf) (28) In bestimmtem Rahmen sind die Eltern mitunter in der Lage, ihre Kinder zu versorgen (Essen etc.) (22) Adäquat auf kindliche Bedürfnisse einzugehen funktioniert jedoch nicht (22) Insgesamt ist kein unbedenklicher Konsum mit Kindern möglich (34)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> Regelmäßiger Konsum Keine Angaben über Konsummenge 	<ul style="list-style-type: none"> Regelmäßiger Konsum (26) Eltern geben nicht an, wie viel sie tatsächlich konsumieren (viel gelogen und verheimlicht, betrogen sich selbst) (34)
	Konsumfaktoren	-	-
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Komorbidität 	<ul style="list-style-type: none"> Psychische Erkrankung (36)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Mangelhafte finanzielle Absicherung Keine soziales Netz für Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Anbindung mehr an soziales Sicherungssystem (36) Keine Anbindung der Kinder an tagesstrukturierende Angebote (36)

C.4 Auswertung Interview III – Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächig, offen, unruhig 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächiger, offener, auskunftsfreudiger (12) • Unruhig, flattrig, unruhiger Habitus, unruhige Interaktion (16)
	Zustand in Phase des Runterkommens	-	-
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Schneller, oberflächlicher Kontakt (18) • Pendeln zwischen Bemühungen des Einlassens auf das Kind und dem Unvermögen darüber (18)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Unstrukturierte Kommunikation • Unsicherheit, Unzuverlässigkeit • Mangel an Struktur • Nicht kindgerecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Erzählen sehr schnell, flüchtig, brüchig, oberflächlich (18) • Unsicher, brüchig, unvorhersehbar, schwankend zwischen ganz fröhlich/offen/aktiv/intensiv und völlig abgewendet/gelähmt/nicht berechenbar (30) • Kaum Strukturierung und Rhythmisierung (30) • Nicht überdauernd, sicher und zuverlässig auf kindliche Bedürfnisse zugeschnitten (30) • Nicht altersangemessen und wenig kontrolliert im Sinne der kindlichen Bedürfnisse (30)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Parentifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind muss Kontrolle übernehmen und behalten (30) • Mitunter sehr kluge Kinder, die umso mehr versuchen, die Struktur bzw. den Tagesablauf zu wahren (22)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> Angepasste Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> Kinder mitunter in niedrigem Alter sehr unauffällig, eher angenehm, selbstständig (22) Andere Kinder: beobachtend, die Umwelt scannend, wenig Sprache entwickelt, hochgradige Angst, Rückzug, Abwendung – Bindung hochgradig gestört - besonders wenn Konsum beider Elternteile bzw. Zusammenspiel mit Gewalt (22)
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> Fehleinschätzung von Gefahrensituationen Konsumbedingte Unfähigkeit zur sicheren Reaktion aus Sicht des Kindes, unabhängige vom Ausmaß des Konsums, keine Sicherheit vorhanden 	<ul style="list-style-type: none"> Durch Konsum Situationen fehleinschätzen und damit einhergehender Selbstüberschätzung verhindert sichere Reaktion in Gefahrensituationen (32) aus Sicht des Kindes unabhängige vom Ausmaß des Konsums keine Sicherheit (32)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> mangelhafte Bedürfnisbefriedigung bis Versagen kindlicher Bedürfnisse unbefriedigende Beziehungserfahrungen für Kinder Bindungsaufbau gestört 	<ul style="list-style-type: none"> Große Bandbreite von gerade noch Versorgung des Kindes (Essen, anziehen, Tagesstruktur) bis hin zu schwerer Kindeswohlgefährdung (hochgradige Vernachlässigung, keine Betreuung oder Aufsicht, nächtelange Mitnahme zur Beschaffung etc.) (20) schneller, oberflächlicher Kontakt (18) Ambivalenz bei Kindern zwischen Irritation und Freude über Zuwendung (24) Langfristig Störungen auf Bindungsebene und Vertrauensebene, vor allem wenn Kinder sehr früh von elterlichem Drogenkonsum betroffen oder sogar in Schwangerschaft konsumiert wurde (22)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> Mitunter Befriedigung kindlicher Bedürfnisse möglich, nicht jedoch bei regelmäßigem Konsum oder akuter Intoxikation (elterliches Handeln dann zufällig) 	<ul style="list-style-type: none"> sicherlich Zeiten, in denen Handeln im Sinne der Kinder möglich ist (abhängig von Ausmaß von Konsum/Wirkung/Zusammensetzung der Substanz/ Mischkonsum/ körperlichem Zustand der Eltern) (28) ständiges Handeln im Sinne der Kinder nicht möglich, denn bei regelmäßigem Konsum oder akuter Intoxikation verläuft elterliches Handeln eher nach Zufallsprinzip (28)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	-	-
	Konsumfaktoren	-	-
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Komorbidität (Persönlichkeitsstörungen, psychiatrische Diagnosen) 	<ul style="list-style-type: none"> Persönlichkeitsstörungen, psychiatrische Diagnosen (Depression, psychotische Symptome) (34)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Mangel drogenfreier Sozialkontakte Kein soziales Netz für das Kind Zusätzlich konsumierender Partner/konsumierende Partnerin 	<ul style="list-style-type: none"> Kontaktverhalten der Eltern (Rückzug vs. Übergroßer Bekanntenkreis) (34) Soziales Netz (als Absicherung für Kind) (34) Paarkonstellation (konsumierender Partner) (34)

C.5 Auswertung Interview IV – Sozialpädagogische Familienhilfe

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe, Aufgedrehtheit • Hohe Motivation • Hohe Selbstsicherheit • Selbstüberschätzung 	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhig, hibbelig, aufgeregt (verbreitet Stress) (16) • Hoch motiviert im Rausch (16) • Selbstbewusst, selbstsicher, zuversichtlich, überzeugt von sich selbst (18) • Pläne, die im Rausch entwickelt wurden, werden kaum umgesetzt/ nehmen sich vieles vor (16)
	Zustand in Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none"> • Ungeduld, Reizbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen aus Gesprächen: stressige Situationen zu Hause, Unruhe, Ungeduld, schnelle Reizbarkeit (28)
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Flexibilität bzgl. äußerer Einflüsse 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Flexibilität bzgl. äußerer Einflüsse (44)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig finanzielle Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Geld für Ausflüge und Anschaffungen zur Verfügung (nicht mit Geld umgehen können) (40)
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Grenzsetzung/Sprunghaftigkeit • Mangel an Tagesstruktur • Unstrukturierte Kommunikation • Mitunter auch wohlwollende Familienatmosphäre • Streitigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Grenzsetzung durch Sprunghaftigkeit (sowohl unter Intoxikation, als auch langfristig) (40) • Unstrukturierter Tagesablauf/ Mangel an Tagesstruktur, da eigene Struktur fehlt (16) • Sprunghafte Gespräche (schwierig zu verfolgen) (16) • Sehr unstrukturiert im Erzählen (16) • Mitunter auch gute Atmosphäre aufgrund hoher Motivation der Eltern für Unternehmungen und Geschenke für Kinder (38) • Oft Streit/ aufbrausende Stimmung (40)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	-	-
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Fehleinschätzung von Gefahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahren werden falsch eingeschätzt (22)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • mangelhafte Versorgung • mangelhafte Achtsamkeit • mangelhafter Schutz vor Stressoren • mangelhafte Förderung • Eltern sind in der Lage, kindliche Bedürfnisse in gewissem Rahmen zu erfüllen, jedoch nicht jederzeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Versorgung (52) • Nicht-Achtsamkeit auf Kinder bezogen (52) • mangelhafte Fähigkeit, Kinder vor Stressoren zu schützen (Streit etc.) (40) • mangelhafte Förderung der Kinder (44) • Möglicherweise kann eine kurze Zeit gut gestaltet werden, da es auch immer wieder Sachen gibt, die gut klappen (30) • Insgesamt können konsumierende Eltern jedoch nicht jederzeit im Sinne ihrer Kinder handeln (22)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrollverlust • Täglicher Konsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsum ohne Grenzen (52) • Täglicher Konsum (52)
	Konsumfaktoren	-	-
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Bewältigung der Suchtmittelproblematik 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Problemeinsicht und Inanspruchnahme von Hilfen, keine offene Zusammenarbeit (52)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel drogenfreier Sozialkontakte • Mangel finanzieller Ressourcen • Kriminalität • Kein soziale Netz für Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausschließlich konsumierendes soziales Umfeld (fördert auch Rückfälle durch Konsumangebote) (60) • Geldmangel (64) • Kriminalität (Bsp. Schwarzfahren als schlechtes Vorbild) (64) • Keine Anbindung an Kindertagesstätte etc. (52)

C.6 Auswertung Interview V – Ehemals konsumierende Mutter A

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähigkeit • Fixierung auf Tätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Fit, wach, abgenommen (30, 32) • An einer Sache hängegeblieben (34)
	Zustand in Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Labilität, sinkende Leistungsfähigkeit, kognitive Einschränkungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Labil, Nachlassen der körperlichen Leistungsfähigkeit, Vergesslichkeit (30)
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Methamphetaminwirkung (Aufgedrehtheit) • Mangelnde Verfügbarkeit der Eltern • Inkonsequente Erziehung • Mangelhafte Aufsicht 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgedreht (40) • Viel geschlafen beim Runterkommen (40) • Kind durfte alles machen, weil Mutter nicht mitbekam, was das Kind tat (44) • Immer alles erlaubt (44) • Mutter habe sich nur auf ihre Sachen konzentriert (54) • Bsp.-Situation: Sohn hat Herd angestellt, als Mutter schlief → Brand (60)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Tagesstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Tagesstruktur nur durch Kita/ Kind ging in Kita, wann es wollte; sonst keine Tagesstruktur (56)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	-	-
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Konsumbedingt Unfähigkeit zur Reaktion in Gefahrensituationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Beim Runterkommen viel geschlafen (40)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Versorgung und Betreuung in Phase des Runterkommens nicht möglich • Ausgiebige Beschäftigung mit dem Kind • Befriedigung kindlicher Bedürfnisse ginge nicht, da großer Zeitaufwand für Suchtmittelbeschaffung (ggf. Mitnahme der Kinder) 	<ul style="list-style-type: none"> • Kind war immer versorgt, gepflegt, jedoch nicht beim Runterkommen (Kind dann abgegeben) (46) • Mit dem Kind oft rausgegangen (Spielplatz), sich mit dem Kind schön beschäftigt (46) • Ginge nicht, da großer Zeitanteil für Suchtmittelbeschaffung genutzt wird, ggf. Mitnahme der Kinder (58)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerkonsum von mehr als 3 Tagen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ab vierten Tag Konsum und Kinderbetreuung nicht mehr vereinbar (62, 64)
	Konsumfaktoren	-	-
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Neigung zur Aggressivität • Komorbidität 	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressive Grundzüge (80) • Depression (80)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel drogenfreier Sozialkontakte 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Netz besteht ausschließlich aus anderen Konsumenten (78)

C.7 Auswertung Interview VI – Ehemals konsumierende Mutter B

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähigkeit • Erzeugung angenehmer Gefühle 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähiger (viel im Haushalt geschafft) (32) • Fröhlicher
	Zustand in Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none"> • Reizbarkeit, emotionaler Rückzug, Traurigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Traurig, reizbar, in sich selbst gekehrt, blass (32)
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Konfrontation mit elterlichem Suchtmittelkonsum • Stimmungsschwankungen • Aggressionen • Mangelnde Verfügbarkeit der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Die ersten Jahre hätten die Kinder nichts mitbekommen, erst zum Ende, als es ihr schlecht ging und die Befragte täglich konsumiert habe (dann Stimmungswechsel, Aggressionen) (34, 38) • Beim Runterkommen viel geschlafen und dann weniger um Kinder und Haushalt gekümmert (32)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	-	-
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Parentifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> • Töchter übernahmen Rolle der Mutter (54)
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-
	Gefahrensituationen für Kinder	-	-
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Ausgiebige Beschäftigung mit dem Kind • Vernachlässigung des Haushalts 	<ul style="list-style-type: none"> • Am Wochenende lange mit der kleinsten Tochter draußen (manchmal bis 22.30 Uhr) (46) • Irgendwann nur noch das wichtigste im Haushalt gemacht (Essen, Wäsche, aufwaschen) (32)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> • Befriedigung kindlicher Bedürfnisse trotz Konsum möglich (eigene Erfahrung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach eigener Erfahrung können konsumierende Konsum und Kinderbetreuung vereinbaren (50)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerkonsum von mehr als 3 Tagen • Applikationsform Rauchen 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsumtage (ab viertem Tag steigt Unruhe und Genervtheit) (56) • Rauchen (schneller zugehörnt, nicht mehr nachdenken können) (58)
	Konsumfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Dealen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dealen (mehr Substanz im Haushalt – könne man nicht alles vor den Kindern verstecken) (74)
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Komorbidität 	<ul style="list-style-type: none"> • Depression (64)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Niedriges Alter der Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter der Kinder (je kleiner, desto bedürftiger; besonders schwierig, wenn Konsum über mehrere Tage) (56)

C.8 Auswertung Interview VII – Ehemals konsumierende Mutter C

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsfähigkeit, Erzeugung angenehmer Gefühle • Unruhe, Nervosität • Sensibler • Fixierung auf Tätigkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Konzentrierter, leistungsfähiger, Wegdrücken unerwünschter Gefühle (24) • Unruhig und zappelig(26) • sensibleres Gespür für andere Menschen (50) • Bsp.-Situation: auf Windeln versteift und Blick für Kinder verloren (52)
	Zustand in Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none"> • Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Ungeduld, Gefühlskälte • Müdigkeit und erneuter Konsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Launisch, schnell reizbar, ungeduldig, Gefühlskälte (24) • Müdigkeit – erneuter Konsum (44)
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Elterliche Verhaltensvolatilität • Konfrontation mit Methamphetaminwirkung (Nervosität) • Eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Unberechenbarkeit, insbesondere beim Runterkommen (64) • Erleben der Mutter als nervös, ungeduldig, nicht für Ruhe sorgend, unruhig, zappelig, auch an Kind nervös zupfend, hastig, hektisch (26) • kein Ruhepol, konnte Kind schlecht beruhigen (26)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Tagesstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Feste Tagesstruktur fehlte (36)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	-	-
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Fehleinschätzung von Gefahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Mit dem Kind intoxikiert Auto gefahren (48)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> • Zugang der Kinder zum Suchtmittel 	<ul style="list-style-type: none"> • Dealen (Suchtmittel liegt offener im Haushalt rum) (64, 66)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Weniger Zeit und Geduld für Interaktion mit Kind • Befriedigung kindlicher Bedürfnisse nicht jederzeit möglich (Geldausgabe für Konsum anstatt für Kinder, Zeitinvestition in Drogenbeschaffung anstatt für Kinder, Umgang mit dem Kind ungünstig durch Konsum beeinflusst) 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Zeit für Kind genommen, z.B. zum Kuscheln (46) • Geduld und Ruhe für Interaktion mit Kind fehlten (42, 46) • Schneller aus der Haut fahren (42) • Handeln im Sinne der Kinder nicht möglich (48) • Geld für Konsum anstatt für Kind ausgeben oder zum Sparen (48, 50) • Zeit für Drogenbeschaffung anstatt für Kind nutzen (48, 50) • Umgang mit dem Kind durch Konsum geprägt, z.B. Gefühlskälte (50)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit • Regelmäßiger Konsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucht (ohne Konsum geht es nicht mehr) (54) • Konsum generell, auch wenn nur am Wochenende, da Nachwehen (Runterkommen) (60)
	Konsumfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Dealen 	<ul style="list-style-type: none"> • Dealen (Modellernen für Kinder) (64, 66)
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Komorbidität 	<ul style="list-style-type: none"> • Depression (62)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel drogenfreier Sozialkontakte • Alleinerziehende Elternteile • Gewalt 	<ul style="list-style-type: none"> • Keine drogenfreien Kontakte (54) • Alleinerziehend (63) • Gewalt/Streitigkeiten (62)

C.9 Auswertung Interview VIII – Ehemals konsumierender Vater

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> Leistungssteigerung Erzeugen angenehmer Gefühle 	<ul style="list-style-type: none"> Leistungssteigernd (Arbeit, Leistungen erbringen, dem Anspruch genügen) (24, 26) Mehr durchhalten, in kurzer Zeit mehr schaffen, nicht müde werden (24) Verdrängung von Gefühlen (schlechtes Gewissen) (24) Spaß haben (26)
		Zustand in Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none"> Sozialer und emotionaler Rückzug Aggressivität Emotionale Labilität/ Stimmungsschwankungen
	Komplikationen	-	-
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> Konfrontation mit Methamphetaminwirkung (Ungeduld, Reizbarkeit beim Runterkommen) Mangelnde Verfügbarkeit der Eltern 	<ul style="list-style-type: none"> Besonders beim Runterkommen: Situation, sich um Kind kümmern zu müssen, schwer aushaltbar (40) Erhöhte Reizbarkeit, Ungeduld (42) Schwierig, Ruhe zu behalten (42) Intoxikiert Kontakt zum Kind gemieden (30)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	-	-
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	-	-
	Diskontinuitäten in d. Beziehungsgestaltung	-	-

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Physische Gewalt • Griffnähe von Substanzresten 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewalttätigkeit nicht ausgeschlossen (besonders beim Runterkommen/Entzug) (36) • Substanzreste oder Substanzbehältnis bleiben liegen (38)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> • Zurückhaltung in Interaktion mit Kind • Ausgiebige Beschäftigung mit dem Kind • Emotional ansprechbar • Befriedigung kindlicher Bedürfnisse unter Drogen möglich, jedoch nicht beim Runterkommen 	<ul style="list-style-type: none"> • Zurückhaltung des Vaters beim Wickeln und Füttern (30) • Stundenlang mit dem Kind spazieren gehen oder spielen (40) • Arbeit ausgeblendet - konnte sich mit mehr Freude um Kind kümmern (40) • Im Sinne der Kindern handeln ist mit Droge möglich, jedoch nicht beim Runterkommen (Gedanken ganz woanders, Suchtdruck) (46)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer des Drogenproblems • Täglicher Konsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Dauer des Drogenproblems (48) • Täglicher Konsum (58)
	Konsumfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Anwesenheit anderer Konsumenten im Wohnraum 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere Konsumenten im Wohnraum (64)
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Komorbidität 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychose, Depression (52)
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Höheres Alter des Kindes • Alleinerziehende Elternteile • Zusätzlich konsumierender Partner • Mangel an Tagesstruktur 	<ul style="list-style-type: none"> • Alter des Kindes (je älter, desto mehr bekommt es mit und desto mehr muss es beschäftigt werden) (46) • Alleinerziehend (48) • Drogenfreier Partner als Ressource (54) • Arbeit/Tagesstruktur als Ressource (54)

C.10 Auswertung Interview IX – Partnerin eines ehemals konsumierenden Vaters

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Rededrang • Stimmungsschwankungen bis Impulsivität • Selbstüberschätzung • Größenwahn 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächig und redselig (Laberflash) (10) • Wechselhafte Gefühle bei intensiven Gesprächen, mitunter sehr impulsiv und weniger kritikfähig (10) • Viele Sachen parallel gemacht, viele Sachen angefangen, dadurch Überblick verloren und Überforderung, mitunter andere Sachen liegengeblieben, mitunter Sachen gemacht, die nicht Kompetenz entsprachen (10) • Sinn- und Werteverlust (größenwahnsinnig, teure Sachen gekauft, die nicht gebraucht wurden, On-lineglücksspiel) (14)
	Zustand in Phase des Runterkommens	-	-
	Komplikationen	-	-
Auswirkungen auf das Elternverhalten		<ul style="list-style-type: none"> • Unsicherheit und Zurückhaltung im Umgang mit Kind • Ungeduld und Überforderung in Interaktion mit Kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsichtig, zurückhaltend, unsicher im Umgang mit Kind (20) • Bei Versorgung des Kindes sehr zurückgenommen, in Interaktion mit Kind wenig ausdauernd, geduldig und belastbar, schnell überfordert und Kind immer wieder schnell abgegeben (20) • Wenig Verantwortung für Kind übernommen (20)
		-	-
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	-	-
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Aggressivität/Streitigkeiten • Anspannung 	<ul style="list-style-type: none"> • Heftige Streitereien und Atmosphäre von Anspannung, rauer und aggressiver Ton (besonders im Entzug) (30)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen	Inhalte aus dem Interview (Absatznummer)
		<ul style="list-style-type: none"> Unstrukturierte Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> Gesprächig und redselig (Laberflash) (10) Wechselhafte und sprunghafte Gedankengänge, für Außenstehende kaum nachvollziehbar (10)
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	-	-
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	-	-
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> Griffnähe von Substanzen oder Konsumutensilien 	<ul style="list-style-type: none"> Hinterlassenschaften und Rückstände (Suchtmittel, Konsumutensilien) (33)
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> Grundversorgung trotz Methamphetaminkonsum möglich, jedoch Umgang mit Kinder unter Intoxikation problematisch (Aggressionen etc.) – Elternrolle insgesamt eingeschränkt 	<ul style="list-style-type: none"> Grundversorgung zwar möglicherweise gesichert, obwohl besonders Kleinkinder sehr pflege- und hilfebedürftig sind (28) Jedoch Konfrontation mit intoxikierten Eltern (Stimmungsschwankungen, Verlust der Verhaltenskontrolle insbesondere beim Runterkommen) (28) Elternrolle insgesamt eingeschränkt (Schlafdefizite, Aggressivität) (32)
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	-	-
	Konsumfaktoren	-	-
	Elternfaktoren	-	-
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> Mangel finanzieller Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> Geldprobleme und damit einhergehende Existenzprobleme (Gefahr für Grundversorgung des Kindes) (34)

C.11 Auswertung Handlungsempfehlungen für Helfer

Interview (Absatznummer)	Empfehlungen
Interview I (Suchtberaterin/ Suchtberatungsstelle) (42, 44)	<ul style="list-style-type: none"> • kritisches Wissen über Substanz aneignen • weniger außenorientiert Klienten betrachten, sondern deren Verhalten beobachten und in den Kontext stellen → Was macht Methamphetamin mit Denken, Handeln, Fühlen und Interaktion mit Kindern? • geeignete Hilfen installieren (Grenzen der Hilfen beachten, Co-Abhängigkeit vermeiden) • Haltung etablieren: Transparenz, Achtsamkeit, Wertschätzung, kompetenzorientiert und ressourcenorientiert arbeiten, Eltern auf Augenhöhe begegnen, nicht stigmatisieren, gemeinsames Interesse des Kindeswohls verdeutlichen (ggf. mit Hilfe von Supervision, Selbsterfahrung etc.) • Klare Position bzgl. Kindeswohl entwickeln
Interview II (Suchtberaterin/ Suchtberatungsstelle) (38, 40)	<ul style="list-style-type: none"> • klare Auflagen • klare Kommunikation von Grenzen und Konsequenzen • Abstinenznachweise als Kontrolle und Unterstützung • mit Rückfällen arbeiten, jedoch nicht dauerhaft • Angehörige involvieren
Interview III (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin) (38)	<ul style="list-style-type: none"> • extrem wachsam sein • klare Position und Perspektive (Perspektive des Kindes nicht vernachlässigen) • dichtes Helfernetz spinnen

Fortsetzung

Interview (Absatznummer)	Empfehlungen
Interview IV (Sozialpädagogische Familienhilfe) (70)	<ul style="list-style-type: none"> • Suchterkrankungen verstehen • Sich abgrenzen können • Offenheit und Transparenz in Zusammenarbeit • Kommunikation auf Augenhöhe • Respekt, Toleranz und Akzeptanz • Kleinschrittige Ziele • Geduld in Zusammenarbeit • Kritisches Hinterfragen/Kontrolle • Arbeit mit Rückfällen • Offen sein für Probleme und Sorgen der Klienten
Interview V (ehemals konsumierende Mutter A)	-
Interview VI (ehemals konsumierende Mutter B) (78, 80)	<ul style="list-style-type: none"> • zuhören und Klienten reden lassen • Vertrauensbasis schaffen • keine Stigmatisierung der Klienten
Interview VII (ehemals konsumierende Mutter C) (70, 72)	<ul style="list-style-type: none"> • Atmosphäre von Vertrauen aufbauen • verfügbar sein • Ängste nehmen (Gedanken wie „Kind wird sofort weggenommen, wenn ich mich öffne“ behindern Hilfeprozess) • Achtsamkeit für das Kind im Haushalt • Partner involvieren
Interview VIII (ehemals konsumierender Vater) (73, 75, 81)	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit Klienten auf Selbsthilfegruppe, Therapie, Tagesklinik hinarbeiten • Einbezug von Familie und Partner
Interview IX (Partnerin eines ehemals konsumierenden Vaters)	-

Fortsetzung

Interview (Absatznummer)	Empfehlungen
Zusammenfassung der Empfehlungen	<ul style="list-style-type: none">• kritisches Wissen über Substanz aneignen und Verhalten der Klienten in den Kontext dessen stellen (Was macht Methamphetamin mit Denken, Handeln, Fühlen und Interaktion mit Kindern?)• geeignete Hilfen installieren (Grenzen der Hilfen beachten, Co-Abhängigkeit vermeiden)• Haltung etablieren: Respekt, Toleranz und Akzeptanz, Achtsamkeit, Wertschätzung, kompetenzorientiert und ressourcenorientiert arbeiten, Eltern auf Augenhöhe begegnen, nicht stigmatisieren, gemeinsames Interesse des Kindeswohls verdeutlichen• Supervision, Selbsterfahrung nutzen• klare Kommunikation von Auflagen, Grenzen und Konsequenzen• Klare Position und Perspektive bzgl. des Kindes entwickeln• Ängste nehmen und Atmosphäre von Vertrauen schaffen, verfügbar sein• Sich als Helfer abgrenzen• Kleinschrittige Ziele, Geduld in Zusammenarbeit• Arbeit mit Rückfällen, jedoch nicht dauerhaft• Achtsamkeit für das Kind im Haushalt → kritisches Hinterfragen/Kontrolle (Abstinenznachweise)• dichtes Helfernetz spinnen• Angehörige involvieren

C.12 Vergleich der Ergebnisse aus Theorie und Empirie

Die Erkenntnisse zur Untersuchungsklientel aus dem theoretischen und empirischen Teil wurden in der folgenden Darstellung vergleichend abgebildet. Mehrfachnennungen innerhalb der Interviews wurden **fett** gedruckt, sich in den Gesprächen neu ergebene Variablen *kursiv* geschrieben. Grau dargestellte Variablen aus dem theoretischen Teil fanden sich nicht in den Interviews wieder.

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Eltern	Zustand in Phase des Highs	<ul style="list-style-type: none"> • Stark euphorisches, spontanes, enthemmtes Verhalten • Steigerung der Leistungsfähigkeit • Gefühl hoher Motivation und Selbstsicherheit, Selbstüberschätzung • Erzeugung angenehmer Gefühle • Rededrang • <i>Aggressiv</i> • <i>Veränderte Wahrnehmung (Realitätsverlust, Fixierung auf Tätigkeiten, Verlust des Zeitgefühls, Unterdrückung von Grundbedürfnissen)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Aufgedrehtheit (2x), Unruhe (3x), Nervosität • Steigerung der Leistungsfähigkeit (4x) • Hohe Motivation und Selbstsicherheit, Selbstüberschätzung (2x) • Erzeugung angenehmer Gefühle (3x) • Rededrang (2x)/ gesprächig • Fixierung auf bestimmte Tätigkeiten (3x) • <i>Erhöhte Sensibilität</i> • <i>Oberflächlichkeit</i> • <i>Offenheit</i> • <i>Stimmungsschwankungen bis Impulsivität</i>

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
	Zustand in der Phase des Runterkommens	<ul style="list-style-type: none"> • Negativ gefärbte Stimmung • Ungeduld, Gereiztheit, Aggressivität • Große Erschöpfung und starkes Ruhebedürfnis • Anhedonie • Überwacher Zustand • Psychotische Zustände 	<ul style="list-style-type: none"> • Stimmungsschwankungen (2x) (sozialer/emotionaler Rückzug, Traurigkeit, emotionale Labilität) • Ungeduld (2x)/ Reizbarkeit (3x)/ Aggressivität/ Gefühlskälte • Sinkende Leistungsfähigkeit • Müdigkeit
	Komplikationen	<ul style="list-style-type: none"> • Nebenwirkungen • Mischkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Kognitive Einschränkungen</i> • <i>Spastiken</i>

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
	Auswirkungen auf das Elternverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben der Eltern im intoxikierten Zustand (siehe Kategorie Zustand in der Phase des Highs) • Erleben der Eltern beim Runterkommen (siehe Kategorie Zustand in der Phase des Runterkommens) • Elterliche Verhaltensvolatilität • Eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit • Mangelhafte Verfügbarkeit der Eltern/ Vernachlässigung der Aufsicht • Konfrontation mit konsumbedingten Verhaltensauffälligkeiten (physisch und psychisch auffällige oder aggressive Verhaltensweisen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation mit Methamphetaminwirkung in Phase des Highs (Aufgedretheit, Nervosität) • Konfrontation mit Methamphetamin in Phase des Runterkommens (Ungeduld, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Aggressionen) • Elterliche Verhaltensvolatilität (2x) • Eingeschränkte elterliche Feinfühligkeit (3x) • Mangelhafte Verfügbarkeit der Eltern (3x)/ mangelhafte Aufsicht (2x) • <i>Inkonsequente Erziehung</i> • <i>Wenig Flexibilität bzgl. äußerer Einflüsse</i> • <i>In Interaktion mit Kind: Unsicherheit/ Zurückhaltung, Überforderung</i> • <i>Keine Konfrontation mit elterlichem Suchtmittelkonsum</i>
Auswirkungen des elterlichen Konsums auf die Kinder	Familiäre Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • mangelhaft finanzielle Absicherung • <i>Kriminalisierung</i> • <i>Stigmatisierung</i> • Mangel drogenfreier Kontakte/ soziale Isolation 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte finanzielle Absicherung • Soziale Isolation

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
	Familienatmosphäre	<ul style="list-style-type: none"> • Anspannung, Unzuverlässigkeit, emotionale Kälte, Hilflosigkeit, Disharmonie, Loyalitätskonflikte • Mangel an konsequenten Regeln/Grenzen, Strukturen • Mangel an Tagesstruktur • Emotionaler Zwiespalt der Kinder • Veränderte Kommunikation 	<ul style="list-style-type: none"> • Anspannung/ Aggressivität (2x)/ Streitigkeiten, Unsicherheit/ Unzuverlässigkeit (5x)/ Sprunghaftigkeit (2x) • Mangelhafte Grenzsetzung, Struktur • Mangel an Tagesstruktur (3x) • Unstrukturierte Kommunikation (4x) • Angst (2x) • <i>Mitunter auch wohlwollende Familienatmosphäre</i>
	Rollenverteilung innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Kinder • Parentifizierung der Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Kinder (3x) • Parentifizierung (4x) • <i>Distanzlose Kinder</i>
	Diskontinuitäten in der Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Trennungserfahrungen • <i>Wechselnde Bezugspersonen</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trennungserfahrungen
	Gefahrensituationen für Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahrensituationen durch Unachtsamkeit (Vergiftungen durch Griffnähe der Substanzen, Unfälle durch Unachtsamkeit sowie Fehleinschätzung von Gefahren) • Gefahrensituationen durch Personen (physische, psychische, sexuelle Grenzüberschreitungen, motorisches Unvermögen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unfälle/ Verletzungen aufgrund eingeschränkter Reaktionsfähigkeit (3x) /Fehleinschätzungen (4x) • Griffnähe von Substanzen (4x) oder Konsumutensilien • Physische Gewalt • <i>Zeugen von Gewalt und Sexualität zwischen Eltern</i> • <i>Passivkonsum</i>

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
	Auswirkungen des Konsums auf die Befriedigung kindlicher Bedürfnisse und Bindungsaufbau	<ul style="list-style-type: none"> Mangelhafte Bedürfnisbefriedigung bis Versagen kindlicher Bedürfnisse durch Fehlleistungen in Versorgung/Betreuung/Schutz (durch Wirkungszyklus, Nebenwirkungen, Komplikationen) unbefriedigende Beziehungserfahrungen für Kinder und erschwerten Bindungsaufbau 	<ul style="list-style-type: none"> Mangelhafte Bedürfnisbefriedigung bis Versagen kindlicher Bedürfnisse in Abhängigkeit von Konsumphase und -muster Elternrolle insgesamt eingeschränkt: Umgang mit Kinder unter Intoxikation problematisch (Aggressionen etc.) (2x), Geldausgabe für Konsum anstatt für Kinder, Tendenz zur eigenen Bedürfnisbefriedigung, großer Zeitaufwand für Suchtmittelbeschaffung (ggf. Mitnahme der Kinder) <i>In bestimmtem Konsumrahmen Befriedigung kindlicher Bedürfnisse möglich (2x)/ Grundversorgung trotz Methamphetaminkonsum möglich</i> <i>Befriedigung kindlicher Bedürfnisse trotz Konsum möglich</i> unbefriedigende Beziehungserfahrungen für Kinder (Eltern emotionale kaum ansprechbar/ Zurückhaltung in Interaktion mit Kind) Erschwerte Bindungsetablierung (2x) (weniger Zeit und Geduld für Interaktion mit Kind) <i>Ausgiebige Beschäftigung mit dem Kind (3x)</i> <i>Emotional ansprechbar</i>

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
Indikatoren für besonders problematischen Konsum der Eltern	Konsummuster	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit nach ICD-10 • rauchen oder intravenöser Konsum als Applikationsform • Verschiebung der Konsummotive hin zur Vermeidung von Unangenehmem • lange Konsumphasen mit Nachlegen • hohe Konsummengen • Mischkonsum • Komplikationen in der Vorgeschichte im Zusammenhang mit dem Konsum (Herzversagen, Kreislaufkollaps, Krampfanfälle, Überhitzung, Vergiftungen oder Überdosierung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit (2x)/ Kontrollverlust/Täglicher Konsum (3x)/ • Applikationsform Rauchen • Dauerkonsum von mehr als 3 Tagen (2x) • Mischkonsum • Keine Angaben zu Konsummenge (2x) • Regelmäßiger Konsum (2x) • Dauer des Drogenproblems
	Konsumfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation des Kindes mit elterlichem Konsumverhalten • Konsumbedingte Komplikationen in der Vorgeschichte (Herzversagen, Kreislaufkollaps, Krampfanfälle, Überhitzung, Vergiftungen oder Überdosierung) 	<ul style="list-style-type: none"> • Konfrontation des Kindes mit elterlichem Suchtmittelkonsum (Herstellung, Dealen (3x), konsumierende Umfeld/ Anwesenheit anderer Konsumenten im Wohnraum)

Fortsetzung

Kategoriensystem	Kategorien	Variablen aus Theorieteil	Variablen aus den Interviews
	Elternfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Problemeinsicht • Komorbidität (Depression, Psychose, Suizidalität) • Glücksspielproblematik 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelhafte Bewältigung der Suchtmittelproblematik • Komorbidität (7x) (<i>Persönlichkeitsstörungen</i>, psychiatrische Diagnosen) • <i>Neigung zur Aggressivität</i>
	Kontextfaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinerziehende Elternteile • Zusätzlich konsumierender Partner • Mangel drogenfreier Sozialkontakte • Mangelhafte finanzielle Absicherung • Niedriges Alter des Kindes 	<ul style="list-style-type: none"> • alleinerziehende Elternteile (3x) • Zusätzlich konsumierender Partner (2x) • Mangel an drogenfreien Bezugspersonen für Kind/ Mangel drogenfreier Sozialkontakte (4x) • Mangelhafte finanzielle Absicherung (3x) • Niedriges Alter des Kindes (2x) • <i>Mutter nach Geburt in Hormonumstellung und Entgiftungszustand</i> • <i>Drogenexponierter Säugling</i> • <i>ungünstiger Erziehungsstil</i> • <i>niedriges Bildungsniveau</i> • <i>ungünstiger sozioökonomischer Status (Abhängigkeit von sozialen Sicherungssystemen/ Arbeitslosigkeit/ Armut)</i> • <i>beengte Wohnverhältnisse</i> • <i>Mehrkindfamilien</i> • Keine soziales Netz für Kinder (3x) • <i>Gewalt/ Kriminalität</i> • <i>Höheres Alter des Kindes</i> • <i>Mangel an Tagesstruktur</i>

Anhang D

Bogen zur Risikoeinschätzung

Das Instrument ermöglicht einen Überblick über die Situation methamphetaminkonsumierender Eltern und die Gefährdung betroffener Kinder. Indikatoren für besonders problematischen Methamphetaminkonsum der Eltern sind fett gedruckt und erfordern durch das hohe Gefährdungspotential für Kinder sofortiges Handeln der Helfer.

I. Konsummuster des Elternteils		
a. Konsummenge	<ul style="list-style-type: none">• >0,5g pro Konsumeinheit	...
b. Konsumhäufigkeit	<ul style="list-style-type: none">• Keine Mengenangaben• Regelmäßiger Konsum• Täglicher Konsum• Konsumphasen mit Nachlegen von mehr als 3 Tagen	...
c. Applikationsform	<ul style="list-style-type: none">• inhalativ• intravenös	...
d. Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none">• Starkes Verlangen• Kontrollverlust• Entzugserscheinungen• Toleranzsteigerung• Vernachlässigung von Interessen/ Verpflichtungen• Fortsetzung des Konsums trotz daraus resultierender negativer Konsequenzen	...
e. Polytoxikomanie	<ul style="list-style-type: none">• Triff zu	...
II. Konsumfaktoren		
a. Konfrontation des Kindes mit elterlichem Konsumverhalten	<ul style="list-style-type: none">• Konsum in direkter Gegenwart des Kindes• Dealen in der Wohnung• Herstellung in der Wohnung	...
b. Vorfälle in der Vergangenheit	<ul style="list-style-type: none">• Zugang des Kindes zu Suchtmitteln (Vergiftung)• Verletzungen des Kindes wegen Vernachlässigung der Aufsicht• Gewalteinwirkung auf Kind	...
c. Konsumbedingte Komplikationen beim Elternteil in der Vorgeschichte	<ul style="list-style-type: none">• Herzversagen• Psychotische Zustände• Kreislaufkollaps• Krampfanfälle• Überhitzung• Überdosierung• Vergiftung	...

III. Elternfaktoren		
a. Problemeinsicht	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Problemaakzeptanz ... • Keine Problemkongruenz ... • Keine Hilfeakzeptanz ... 	
b. Mitarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Konsum nicht transparent gestaltet ... • Rückfälle nicht offenbaren ... • Urinkontrollen werden verweigert ... • Schweigepflichtsentbindungen werden nicht unterschrieben ... 	
c. Komorbidität	<ul style="list-style-type: none"> • Depression ... • Psychose ... • Persönlichkeitsstörung ... • Anderes: 	
d. Glücksspiel	<ul style="list-style-type: none"> • Trifft zu ... 	
IV. Kontextfaktoren		
a. Erziehungsstatus	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinerziehend ... • Zwei konsumierende Erziehungspersonen ... 	
b. Sozialkontakte	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Unterstützung durch familiäre Ressourcen ... • Mangel an drogenfreien Kontakten ... • Andere Konsumenten halten sich häufig in Wohnung auf ... 	
c. Anbindung an Suchthilfesystem	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht ausreichende Anbindung an Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle oder ambulante Therapie ... 	
d. Anbindung an soziales Sicherungssystem	<ul style="list-style-type: none"> • Keine finanzielle Absicherung ... 	
e. Alter des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> • Säugling ... • Kleinkind ... • Grundschulkind ... • Schulkind ... 	
f. Soziale Netz des Kindes	<ul style="list-style-type: none"> • Keine Anbindung an Kita oder Schule ... 	

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Theresa Miegel, dass ich die vorliegende Masterthesis selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen Zitate und sinngemäßen Inhalte aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Leipzig, den 05.10.2015

