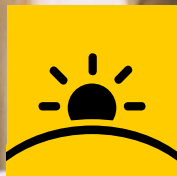


SCHWANGERSCHAFT

SUCHT

HILFE



Ein Leitfaden

- Dipl.-Soz.-Päd. Manuela Nagel
- Dr. med. Jan-Peter Siedentopf



Autoren:

Dipl. Soz. Päd. Manuela Nagel

Dr. med. Jan-Peter Siedentopf



Charité – Universitätsmedizin Berlin

Klinik für Geburtsmedizin

Ambulanz für Suchterkrankungen und

Infektionen in der Schwangerschaft

Augustenburger Platz 1

13353 Berlin

t: +49 30 450 664112

f: +49 30 450 564927

Infektionsambulanz@Charite.de

Internet: <http://geburtsmedizin.charite.de>

ISBN: 978-3-00-057442-9, Kundennummer: 5224300

Dipl.-Soz.-Päd. Manuela Nagel
Dr. med. Jan-Peter Siedentopf

SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE



Ein Leitfaden

Die Aussagen zu Therapie-Empfehlungen und Risikoprofilen einzelner Medikamente entsprechen ausschließlich der Autorenmeinung und beruhen auf deren individueller klinischer Erfahrung.

Darüber hinaus wird auf die jeweils aktuellen Fachinformationen der Präparate hingewiesen, insbesondere zu Risiken bei Schwangerschaft und Stillzeit.



SEHR GEEHRTE LESERINNEN UND LESER,

Ihnen liegt die nunmehr vierte aktualisierte Auflage des Leitfadens „Schwangerschaft – Sucht – Hilfe“ vor. Wie auch bei den vergangenen drei Auflagen, sowie den zwischenzeitlich erfolgten unveränderten Nachdrucken, spielt auch für diese Version die gute Kooperation zwischen der Firma Sanofi-Aventis und uns eine wesentliche Rolle. Insbesondere die Zunahme an Substitutionsmedikamenten machte eine erneute Überarbeitung notwendig.

Inhaltlich wurde uns wieder alle Freiheit gelassen, die Broschüre unbeeinflusst von nicht-medizinischen Aspekten zu gestalten.

Wir danken Ihnen, unseren Leserinnen und Lesern für das über die Jahre uneingeschränkte Interesse an dieser Broschüre und freuen uns über Ihre Anregungen und Kommentare.

Berlin, im Juli 2017

Die Autoren Manuela Nagel und Jan-Peter Siedentopf



VORWORT ZUR ERSTEN AUFLAGE

Eine angemessene Betreuung von drogenabhängigen Eltern und deren ungeborenen und geborenen Kindern ist eine medizinische und psychosoziale Notwendigkeit. Der spezifische Bedarf an ärztlicher Betreuung und psychosozialer Ansprache dieses Personenkreises ermöglicht vielen Müttern, Vätern und Kindern den glücklichen Ausgang der Schwangerschaft und den Ausstieg aus einer langen Drogenlaufbahn.

Die Expertise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Spezialsprechstunde der Klinik für Geburtsmedizin des Campus Virchow-Klinikums der Charité ist auf diesem Gebiet prädestiniert für die Zusammenfassung eines Leitfadens, damit süchtige Schwangere und Eltern auf ein verantwortungsvolles Familienleben vorbereitet werden, auf eine frühzeitige Prävention gegen die Fortsetzung der Sucht und eine Förderung der Kinder in einer suchtblasteten Umgebung. Darüber hinaus ermöglicht es der Leitfaden den Mitgliedern der Gesundheitsberufe, sachverständigen Rat zu erhalten, zu multiplizieren und Fachkräfte fortzubilden.

Wir übergeben den Leitfaden der Öffentlichkeit in der Hoffnung, den gesetzten Zielen zum Wohle der uns anvertrauten Mütter, Kinder und Väter zu dienen.

Berlin, im April 2004

Prof. Dr. med. Joachim W. Dudenhausen



KINDERWUNSCH UND SCHWANGERSCHAFT	9
Familienplanung und Kinderwunsch	10
Familienplanung	10
Kinderwunsch	10
Ungewollte Schwangerschaften	11
Schwangerschaftsabbruch	11
Adoption	11
Schwangerschaft und Schwangerenvorsorge	12
Komorbidität	13
HIV-Infektion	13
Hepatitis-C-Infektion	14
Andere Begleiterkrankungen	15
Substanzrisiken	16
Vorbemerkungen	16
Opiate	17
Alkohol	17
Nikotin	18
Kokain	19
Cannabis	19
Methamphetamin; Crystal-Meth	20
DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG	21
Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung	22
Psychosoziale Betreuung (PSB)	23
Umgang mit Rückfällen und Beikonsum	25
SUBSTITUTION IN DER SCHWANGERSCHAFT	26
Substitutionsmedikamente in der Schwangerschaft	26
Levomethadon	26
Einstellung auf Levomethadon	27
Buprenorphin	28
Einstellung auf Buprenorphin	29
Retardiertes Morphin	31
Einstellung auf retardiertes Morphin	31
Diacetylmorphin (Heroin)	32
Einstellung auf Diacetylmorphin	32



SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE

Beikonsum	33
Reduktion der Substitutionsmedikamente	34
DIE ENTBINDUNG	37
Hebammenbetreuung	38
Die Entbindungsklinik	38
Die Entbindung	39
Neugeborenen-Entzugssyndrom (NAS)	39
Finnegan-Score	39
Therapie des Neugeborenen	42
Stillen	43
Versorgung während der Wochenbettphase	43
Bedarf der Mutter	43
Bedarf des Kindes	44
Kinderarzt	45
ALKOHOL	47
Alkohol in der Familie	48
Alkohol in der Schwangerschaft	49
Alkoholentzug in der Schwangerschaft	50
Hilfen für Familien mit Alkoholproblemen	51
Selbsthilfe für alkoholranke Menschen	52
ÖFFENTLICHES HILFESYSTEM	53
Sucht und Kinderschutz	54
Familien in Krisen	54
Hilfe für Kinder in Not	54
Aufgaben und Möglichkeiten des Jugendamtes	56
Die Jugendämter informieren	57
Beratung und Unterstützung	57
Wenn das Jugendamt das Suchtproblem kennt	58
Hilfen zum Ausstieg	58
Vermittlung	58
Grundbedürfnisse des Kindes	59
Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) und seine Möglichkeiten (Auszug)	60
Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§ 20 SGB VIII)	60



Kurz- und Bereitschaftspflegestelle § 33	61
Dauerpflegestelle § 33	61
Unterbringung der Kinder in einer Einrichtung § 34	61
Gemeinsame Wohnformen (§ 19 SGB VIII)	62
Familienhilfe § 31	62
Inobhutnahme § 42	63
Einschaltung des Familiengerichts	63
Beratung für Familien	64
Anforderungen an die Familie	64
Einleitung einer Substitutionsbehandlung	65
Einleitung einer Entzugsbehandlung	66
Hilfen zu Hause	66
Hilfen im Bereich „Wohnen“	67
Betreutes Wohnen	67
Stationäre und ambulante Suchttherapie	68
Herausgeber und Autoren	69
Bundesweite Adressen	72
Literatur	80



SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE



KINDERWUNSCH UND SCHWANGERSCHAFT





FAMILIENPLANUNG UND KINDERWUNSCH

Familienplanung

Drogenkonsum, schlechte Ernährung und unregelmäßiger Lebensrhythmus führen häufig zum Ausbleiben der Regelblutung. Bei opiatabhängigen Frauen, die substituiert werden, setzt in der Regel der normale Menstruationszyklus wieder ein.

Auch ohne regelmäßige Monatsblutung kann es jedoch zu einer Schwangerschaft kommen. Wenn dieses nicht gewünscht wird, sollte möglichst früh eine Beratung zur Schwangerschaftsverhütung stattfinden. Die Methode der Schwangerschaftsverhütung sollte in der Durchführbarkeit den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Frau angepasst sein. Bei HIV- und/oder Hepatitis-C-infizierten Frauen muss die geeignete Maßnahme in Zusammenarbeit mit einem problemerefahrenen Gynäkologen erfolgen.

Zur Infektionsvermeidung sollte Patientinnen mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern sowie Frauen mit Infektionserkrankungen oder einem infizierten Partner dringend zum Kondomgebrauch geraten werden.

Kinderwunsch

Sucht oder Substitution schließen den Wunsch nach einem eigenen Kind nicht aus. Vor Umsetzung des Kinderwunsches sollten Beratungsgespräche mit dem substituierenden Arzt, der psychosozialen Betreuung und dem behandelnden Gynäkologen stattfinden, um zu klären, was vor einer Schwangerschaft zu tun ist.



UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFTEN

Schwangerschaftsabbruch

Ist ungewollt eine Schwangerschaft eingetreten, müssen die gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch eingehalten werden. Suchtmittelkonsum und Drogenabhängigkeit stellen nicht automatisch eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dar.

Sind die Fristen überschritten, kann im Einzelfall eine psychiatrische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch erwogen werden. In diesem Fall wird eine vorzeitige Geburt eingeleitet. Es ist unbedingt erforderlich, die schwangere Frau auf dieses belastende Verfahren vorzubereiten!

Adoption

Wird kein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt bzw. kann dieser nicht durchgeführt werden, ist bei einer ungewollten Schwangerschaft die direkte Vermittlung des Kindes aus der Entbindungsklinik in eine Adoptionsfamilie möglich. Dazu sollte möglichst frühzeitig die Kontaktaufnahme zu einer Adoptionsvermittlungsstelle erfolgen.

Beratungsstellen für Schwangerschaftskonflikte können auch über die Möglichkeit einer vertraulichen Geburt informieren.



SCHWANGERSCHAFT UND SCHWANGERENVORSORGE

Die Schwangerschaft einer drogenabhängigen Frau wird grundsätzlich als Risikoschwangerschaft eingestuft. Dieser Status begründet gegenüber der Krankenkasse eine intensivere Schwangerenvorsorge, ohne dass der betreuende Frauenarzt sich Sorgen um die Kostenerstattung machen muss. Drogenabhängige schwangere Patientinnen haben ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten, vorzeitige Wehen und Frühgeburten. Bei Alkohol konsumierenden Schwangeren kann das Risiko von Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen des Kindes erheblich erhöht sein.

Die für alle Schwangeren empfohlenen drei Ultraschalluntersuchungen (Nackentransparenzmessung ca. 13. SSW, Feindiagnostik ca. 22. SSW und Verlaufskontrolle ca. 36. SSW) sollten gerade diesen Patientinnen unbedingt angeraten werden. Aufgrund der gehäuft auftretenden Plazenta-Perfusionsstörungen sind ggf. zusätzliche Ultraschalluntersuchungen mit Dopplerkontrolle zu empfehlen.

Insbesondere wenn neben der Drogenabhängigkeit Begleiterkrankungen wie HIV, Hepatitis oder gynäkologische Infektionen vorliegen, können durch eine angemessene Therapie Komplikationen für die Schwangerschaft und das Neugeborene eingegrenzt oder verhindert werden. Es ist wichtig, den betreuenden Frauenarzt über die Drogenabhängigkeit, exzessiven oder regelmäßigen Alkoholkonsum oder eine Substitution zu informieren, damit eine adäquate Diagnostik und eventuell Behandlung eingeleitet werden oder eine Überweisung in ein Zentrum mit Spezialisierung für diesen Themenbereich erfolgen kann.



KOMORBIDITÄT

Der regelmäßige Konsum der meisten Suchtmittel hat, neben psychosozialen Auswirkungen, oft auch körperliche Konsequenzen. Zudem können psychiatrische Erkrankungen oder andauernde Schmerzen auch ursächlich für den Drogenkonsum sein. Insofern sind bei der Behandlung und Betreuung Süchtiger die Diagnose und ggf. Behandlung vorhandener Begleiterkrankungen unabdingbar. Bei Eintritt einer Schwangerschaft ist es wichtig, eine individuelle Hierarchie der Behandlungsziele zu erarbeiten, die internistische, psychiatrische, suchtmizinische, geburtshilfliche und psychosoziale Erfordernisse berücksichtigt. Bei all dem stehen der Aufbau und der Erhalt einer Zusammenarbeit mit der Patientin im Vordergrund. Nur wenn die Patientin freiwillig und zuverlässig alle notwendigen Untersuchungen und Therapien wahrnimmt, sind die Risiken und Probleme einer Schwangerschaft und des nachfolgenden Familienlebens für Mutter und Kind einschätzbar.

HIV-Infektion

Etwa 15–20% der ehemals oder aktuell drogenabhängigen oder substituierten Frauen sind HIV-positiv.^{1,2} Frauen mit intravenösem Drogenkonsum oder häufig wechselndem Geschlechtspartner, insbesondere bei Beschaffungsprostitution, sind einem hohen Risiko der HIV-Neuinfektion ausgesetzt. Bei rechtzeitig erkannter und entsprechend den aktuellen Empfehlungen behandelte HIV-Infektion einer Schwangeren kann das Risiko einer Übertragung des HI-Virus von der Mutter auf das Kind von ca. 15–20% auf unter 2% gesenkt werden.^{3,4}



Bei jeder Schwangeren sollte möglichst früh in der Schwangerschaft ein HIV-Test durchgeführt werden. Bei anhaltendem Risikoverhalten sollte dieser Test im weiteren Schwangerschaftsverlauf wiederholt werden. Selbstverständlich muss die Patientin über die Durchführung des Tests und die ggf. folgenden Konsequenzen aufgeklärt werden und in die Testung einwilligen.

Die Beratung und Behandlung einer HIV-infizierten Schwangeren sollten immer in einer Schwerpunktpraxis oder einem entsprechend kompetenten Zentrum durchgeführt werden. Durch die Kombination einer medikamentösen Prophylaxe sowie einer Postexpositionsprophylaxe des Kindes, verbunden mit primärem Abstillen, kann das Neugeborene effektiv geschützt werden.

Da bei besonderen Risikokonstellationen wie vorzeitigem Blasensprung, hoher mütterlicher Viruslast oder multiresistenten Virusstämmen eventuell ein abweichendes Vorgehen notwendig wird, sollte die Entbindung immer in einem spezialisierten Zentrum erfolgen.

Hepatitis-C-Infektion

Etwa 70 % aller intravenös Drogen konsumierenden oder substituierten Patientinnen zeigen einen positiven anti-HCV-Antikörpertiter. Etwa 50 % dieser Patientinnen haben eine aktive Hepatitis C mit positivem Nachweis eines Virus-Genoms in der PCR. Bei ca. 3–5 % dieser Patientinnen kommt es zu einer peripartalen Übertragung der Hepatitisviren auf das Kind.⁵

Während der Schwangerschaft besteht derzeit keine Therapiemöglichkeit für die Hepatitis C. Unter einer Hepatitis-C-Therapie sollte, im Gegenteil, für eine sichere Kontrazeption Sorge getragen werden. Postpartal oder bei Planung einer Schwangerschaft sollte



die Therapienotwendigkeit unbedingt überprüft werden und eine Vermittlung in entsprechende Praxen oder Ambulanzen stattfinden.

Kinder drogenabhängiger und/oder Hepatitis-C-infizierter Frauen sollten direkt nach der Geburt gegen Hepatitis B geimpft werden. Diese Impfung muss dann im Verlauf vom betreuenden Kinderarzt komplettiert werden.

Studien haben kein wesentliches Transmissionsrisiko für die Hepatitis C durch Stillen nachweisen können.^{6,*} Denkbar ist ein erhöhtes Risiko bei Verletzungen (Rhagaden) an der Brustwarze oder bei besonders hoher mütterlicher Viruslast. Die Entscheidung für oder gegen das Stillen sollte im Einzelfall – auch unter Berücksichtigung der suchtmmedizinischen Gegebenheiten – abgewogen werden.

Andere Begleiterkrankungen

Häufig gehen mit der Sucht und dem Drogenkonsum psychiatrische, neurologische, chirurgische oder internistische Erkrankungen einher. Um den Verlauf einer Schwangerschaft möglichst risikoarm zu gestalten, ist es notwendig, diese zu diagnostizieren und ggf. zu behandeln.

Besonders häufig stellen wir bei opiatabhängigen Schwangeren einen desolaten Zahnstatus fest, der sich aufgrund der Schmerzen, insbesondere bei einer geplanten Reduktion der Opiatdosis, als limitierender Faktor erweisen kann.

Die meisten Erfahrungen im Umgang mit Begleiterkrankungen bei Suchtpatientinnen haben Ärzte aus den Schwerpunktpraxen für substituierte Patienten.

* Empfehlungen der Nationalen Stillkommission vom 19. März 2001 in Abstimmung mit der Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung sowie der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (2002): Hepatitis C und Stillen. Suchtmed 5, 45–47.



SUBSTANZRISIKEN

Vorbemerkungen

Die Auswirkungen, die verschiedene Suchtstoffe und Medikamente in der Schwangerschaft haben, können nur teilweise als gesichert angesehen werden. Durch häufigen Mischkonsum, insbesondere mit Nikotin und Alkohol, ist eine eindeutige Bewertung einzelner Substanzen nicht immer möglich. Zudem stammt der größte Teil der derzeitigen Forschungsergebnisse aus den USA, die durch eine sehr restriktive Drogenpolitik mit (z. T.) Kriminalisierung von süchtigen Schwangeren sowie einer schlechteren medizinischen Versorgung von einkommensschwachen Minderheiten nicht unbedingt mit deutschen/europäischen Verhältnissen vergleichbare Ergebnisse darstellen.

Für Substanzen, die zu angeborenen Fehlbildungen führen können, insbesondere Alkohol und Kokain, spielt der Zeitpunkt der Substanzeinnahme eine entscheidende Rolle. In der Frühschwangerschaft auftretende Schädigungen durch Alkohol und eventuell andere Noxen wie Kokain führen nach einem „Alles-oder-nichts“-Gesetz häufig zu einem Abort. Im weiteren Verlauf treten, je nach Entwicklungsstand des Embryos bzw. Fetus, spezifische Fehlbildungen auf, die die Organanlage oder das Organwachstum betreffen können.

Postnatale und langfristige Auswirkungen, z. B. auf das Lernverhalten und Gedächtnisleistungen oder auf eine mögliche Krankheitsprädisposition, sind nur sehr lückenhaft untersucht und lassen sich zumeist nicht sicher von den Folgen der sozialen Umstände während der Kindheit trennen.

Eine Zusammenstellung der wichtigsten Substanzwirkungen im Schwangerschaftsverlauf, bei akutem Entzug, nach Entbindung



und für die weitere Entwicklung des Kindes, findet sich in der Risikotabelle auf der Umschlaginnenseite. Im Folgenden werden weiterführende Informationen zu einzelnen Substanzen dargestellt.

Opiate

Insbesondere durch den unter opiatabhängigen Schwangeren weit verbreiteten hohen Zigarettenkonsum wird eine Trennung von Nikotin- und Opiatfolgen erschwert. Während die negativen Auswirkungen von Nikotinkonsum auf die Plazentadurchblutung und damit die Versorgung des Fetus und dessen Wachstum belegt sind, gelingt eine eindeutige Zuordnung bezüglich der Opiatwirkung nicht. Vielmehr scheinen bei Heroin konsumierenden Schwangeren durch die kurze Halbwertszeit des Heroins bedingt, wiederholt auftretende relative Über- bzw. Unterdosierung zu Wachstumstörungen und Frühgeburtlichkeit zu führen. Bei Schwangerschaften, die ohne starken Nikotinkonsum und unter Substitutionstherapie verlaufen, zeigt sich keine wesentliche Frühgeburtlichkeit oder Wachstumsretardierung.⁷

Die Besonderheiten der verschiedenen Substitutionsmittel werden in den jeweiligen Kapiteln vorgestellt. Eine Assoziation von Opiatabhängigkeit bzw. Substitutionstherapie und plötzlichem Kindstod ist nicht gesichert.

Alkohol

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kann zu neurologischen Folgeerscheinungen und angeborenen Fehlbildungen führen. Diese angeborenen neurologischen Alkoholeffekte (alcohol-related neuro-developmental disorders, ARND) und das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) werden als „fetal alcohol spectrum disorders“ (FASD) zusammengefasst. Da die neurologischen Defizite



nicht zwingend von stigmatisierenden Fehlbildungen wie tiefem Ohransatz und schmalem Lippenrot begleitet sind, ist für die Diagnose von FASD, und damit für eine frühzeitige Förderung der Kinder, die Kenntnis, dass in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert wurde, entscheidend.

Diese Alkoholfolgen betreffen in Deutschland etwa 10.000 Kinder pro Jahr, weshalb dem Thema Alkohol in der Schwangerschaft ein eigenständiges Kapitel gewidmet wurde.⁸

Nikotin

Nikotin stellte und stellt eine im Kontext von Opiatabhängigkeit und Schwangerschaft lange Zeit vernachlässigte Substanz dar. Vor dem Hintergrund der sehr gut erforschten kurz-, mittel- und langfristigen Folgen von Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und während der Stillzeit sowie den eindeutig belegten Folgen von Passivrauchen für Kinder (und Erwachsene) müssen auch opiatabhängigen und substituierten Schwangeren Hilfen zur Reduktion des Nikotinkonsums angeboten werden.

Neben der Information über die negativen Nikotinwirkungen gehören dazu regelmäßige Kurzinterventionen, Ausstiegshilfen und ggf. auch eine Nikotinsubstitution über Nikotinpflaster. Entgegen einer leider immer noch oft geäußerten Annahme besteht, unabhängig von der täglich gerauchten Zigarettenzahl, keine Kontraindikation für einen sofortigen Nikotinstopp.

Ein Umstieg auf E-Zigaretten ist aktuell wegen fehlender Studien bezüglich der Inhaltsstoffe und deren Auswirkungen kritisch zu betrachten.

Der Zusammenhang zwischen plötzlichem Kindstod und Nikotinkonsum gilt als gesichert.⁹



Kokain

Unabhängig von der Konsumform (i.v., inhalativ als Crack oder nasal) führt Kokainkonsum zu einer Gefäßverengung. Da hiervon auch die Durchblutung der Plazenta betroffen ist, kann es zu intrauterinen Wachstumsstörungen kommen. Zusätzlich werden gehäuft Fehl- und Frühgeburten sowie das intrauterine Versterben der Feten beobachtet. Die wichtigste geburtshilfliche Komplikation stellt die vorzeitige Ablösung des Mutterkuchens dar.

Ein Zusammenhang mit Fehlbildungen des Herzens und der Harnorgane sowie mit postnatalen Verhaltensauffälligkeiten wird vermutet.

Intrauterin kokainexponierte Neugeborene können ein Entzugsyndrom mit u. a. erhöhter Reizbarkeit zeigen.

Cannabis

Inhalativer Cannabiskonsum wird zumeist analog zum Nikotinkonsum bewertet, obwohl zusätzlich eine Verschlechterung von Gedächtnisleistungen und Konzentrationsfähigkeit im Jugendalter beschrieben wurde. Langjährige Beobachtungen deuten darauf hin, dass regelmäßiger Cannabiskonsum zusätzlich zu Opiatkonsum oder einer Substitution die kindlichen Opiatentzüge deutlich verlängern und im Verlauf komplizierter gestalten kann. In Tierversuchen zeigte sich, dass der schädigende Einfluss von Alkohol auf die Gehirnzellen durch den gleichzeitigen Konsum von Cannabis vervielfacht wird.^{10,11}



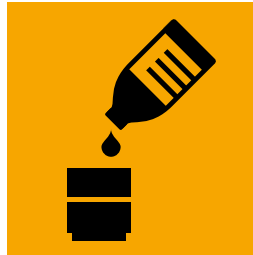
Methamphetamine; Crystal-Meth

Nach Cannabis ist Methamphetamin die weltweit am häufigsten konsumierte Droge.¹² Im Vergleich zu den eher niedrig dosierten Amphetaminen wie Speed oder XTC führt das kristalline Amphetamin sehr viel schneller zu Abhängigkeit, physischen und psychiatrischen Komplikationen und zu Gehirnzellverlust. Bisher gibt es keine standardisierte Behandlung der Amphetaminabhängigkeit in der Schwangerschaft. Schwangerschaftsspezifisch wird ein vermehrtes Auftreten von vorzeitigen Plazentaablösungen sowie die intrauterine Mangelentwicklung mit Mikrozephalie beschrieben. Das Ausmaß der hirnorganischen Schädigung des Kindes sowie möglicherweise auch von zerebralen Funktionsstörungen entscheidet über das Auftreten und Ausmaß von Lern- und Verhaltensstörungen.

Bei anhaltendem Methamphetaminkonsum wird vom Stillen abgeraten, da vom Säugling über die Muttermilch wirksame Substanzmengen aufgenommen werden können.



DIE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG





VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Der § 13 des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) in Verbindung mit dem § 5 der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) bilden die gesetzliche Grundlage für eine Substitutionsbehandlung.

In § 13 des BtMG werden die Voraussetzungen für die Verschreibung eines Betäubungsmittels (in Anlage III bezeichnete BtM) festgelegt, und es wird die Nachrangigkeit einer Substitutionsbehandlung gegenüber anderen Behandlungsmethoden herausgehoben. Der § 5 der BtMVV bestimmt, unter welchen Bedingungen ein Arzt eine Substitutionsbehandlung durchführen darf.

Die „Richtlinie Methoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (RMV) bestimmt die Regeln zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung im Kontext der kassenärztlichen Versorgung.

Das Vorliegen einer seit längerer Zeit bestehenden manifesten Opiatabhängigkeit wird als Indikation für eine Substitutionsbehandlung anerkannt. Der Arzt muss die Einleitung einer Substitutionsbehandlung gegenüber den Krankenkassen (KK) und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sowie beim Substitutionsregister anzeigen.

In besonderen Ausnahmefällen – bei Patienten unter 18 Jahren und bei Patienten mit einer Opiatabhängigkeit unter 2 Jahren – findet eine Überprüfung der Notwendigkeit der Substitutionsbehandlung unmittelbar durch eine Qualitätssicherungskommission der KK und KV statt. Der Arzt hat eine besondere Dokumentationspflicht, und es finden stichprobenartige Überprüfungen der dokumentierten Behandlungsverläufe durch eine Qualitätssicherungskommission statt.



Sowohl der Gesetzgeber als auch die Kostenträger verlangen, dass die Behandlung grundsätzlich von einer psychosozialen Betreuung und/oder psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung begleitet werden muss.

Ziel einer Substitutionsbehandlung, so sehen es der Gesetzgeber und die Kostenträger vor, ist die schrittweise Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz.

Im August 2012 hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Richtlinien zur Durchführung einer Substitutionsbehandlung um Regelungen erweitert, die speziell für die Besonderheiten einer häuslichen Gemeinschaft mit Kindern gelten. Die aktuelle Fassung der BtMVV ist im Oktober 2017 mit Veröffentlichung der Richtlinien der Bundesärztekammer in Kraft getreten.

Danach sind die Notwendigkeit der regelmäßigen Erhebung der Lebensumstände von substituierten Patienten, Aufklärungen über Wirkungen und Nebenwirkungen sowie der sicheren Aufbewahrung von Substituten und den Besonderheiten von Take-home Verordnungen in diesem Rahmen geregelt.

PSYCHOSOZIALE BETREUUNG (PSB)

Die BtMVV- und die RMvV-Richtlinien schreiben vor, dass ein substituierender Arzt auf eine psychosoziale Betreuung (PsB) hinwirken soll, da die alleinige Vergabe eines Substitutionsmedikaments keine ausreichende Therapie darstellt und ein Ausstieg oder eine stabile Substitution in der Regel nur erreicht werden kann, wenn die Klienten es schaffen, ihre Lebenssituation zu verändern. Dies gilt insbesondere bei Schwangerschaft und Geburt.



SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE

Manche Klienten entwickeln aufgrund ihrer Lebensgeschichte und subjektiv empfundener negativer Erfahrungen mit therapeutischen Einrichtungen starke Widerstände und müssen für diese Betreuungsmaßnahmen erst gewonnen werden. Die Bereitschaft zur Annahme des Betreuungsangebots und zur Mitarbeit wächst in dem Maße, wie sie das Hilfesystem, das heißt die PsB und andere Maßnahmen, als hilfreich und zuverlässig erleben.

Die verbindliche Vereinbarung eines Betreuungsrahmens zwischen Patientin, substituierendem Arzt und psychosozialer Betreuung sorgt für Klarheit und Orientierung und ist die wichtigste Voraussetzung dafür, den Hilfeprozess in Gang zu setzen und zu erhalten.

In der Betreuungsvereinbarung sind unter anderem regelmäßige Gespräche mit der PsB und regelmäßige Urinkontrollen auf Beikonsum (Alkohol, illegale Drogen, Benzodiazepine) in der Arztpraxis festgelegt. Die Betreuungsinhalte der PsB sind gemäß § 93 BSHG dem Leistungstyp psychosoziale Betreuung substituierter Drogenabhängiger – ambulanter Dienst geregelt und umfassen folgende Hilfebereiche:

1. Selbstversorgung (Wohnen/Wirtschaften),
2. Tagesgestaltung,
3. persönliche und soziale Beziehungen,
4. Beschäftigung/Arbeit/Ausbildung und
5. Suchtverhalten/Beikonsum.

Im Falle einer PsB-Betreuung von Schwangeren oder Klienten mit Kindern im Haushalt besteht die Aufgabe der PsB im Sinne des Kindeswohls und Familienerhalts darin, rechtzeitig die Akzeptanz für zusätzliche Hilfen (z. B. Kindergarten, frühe Elternhilfen, Hebamme, Kinder-, Jugend- und Gesundheitsdienst, Familienhilfe, Elternberatung etc.) zu gewinnen, die Elternfunktion zu stärken und Rückfällen vorzubeugen.



Die Substitution einer gesetzlich versicherten Schwangeren auf Privatrezept wird nicht selten irrtümlicherweise mit einer geregelten Substitutionsbehandlung mit psychosozialer Betreuung oder einer therapeutischen Maßnahme gleichgesetzt und daraus geschlossen, dass die Familie gut versorgt ist und kein anderer tätig werden muss. Es gibt heute keine nachvollziehbaren Gründe mehr dafür, dass eine Substitutionsbehandlung privat bezahlt werden muss (Ausnahme: private Krankenversicherung).

Aber auch wenn eine Privatsubstitution vereinbart wird, muss sich der Arzt auf jeden Fall an die gesetzlichen Bestimmungen (BtMVV) und die Richtlinien der Bundesärztekammer halten. Das heißt, er muss die Fachkunde nachweisen und mit einem umfassenden Therapiekonzept behandeln. Das bedeutet, dass eine psychosoziale Betreuungsmaßnahme auch hier vorgeschrieben ist.

UMGANG MIT RÜCKFÄLLEN UND BEIKONSUM

Rückfälle führen nicht immer und nicht zwangsläufig zur Umkehrung eines begonnenen Entwicklungsprozesses, sondern können einen Lerneffekt haben, der die Patientin stärkt. Durch den tragenden Kontakt zur PsB besteht eine gute Chance, dass die Bereitschaft wächst, sich mit der Abhängigkeitserkrankung auseinanderzusetzen, sich der Realität von Beikonsum und/oder Rückfällen zu stellen, Maßnahmen zur Stabilisierung zu ergreifen (z. B. Entgiftung) und Risikofaktoren für Rückfälle zu identifizieren.

Leben Kinder in der Familie, wiegen Rückfälle und Beikonsum viel schwerer, da sie ein unkalkulierbares Risiko für das Kindeswohl darstellen. Die Tragweite ist den Kindeseltern vor Augen zu führen und die Verantwortbarkeit abzuwägen und zu problematisieren.



SUBSTITUTION IN DER SCHWANGERSCHAFT

SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTE IN DER SCHWANGERSCHAFT

Bei der Anwendung eines Arzneimittels in Schwangerschaft und Stillzeit gelten ganz besonders strenge Vorsichtsmaßnahmen. In die Nutzen-Risiko-Abwägung geht deshalb nicht nur das Wohl der werdenden Mutter, sondern in ganz besonderem Maße auch das des Kindes ein. Da für die wenigsten Arzneimittel ausreichende Erfahrungen mit Schwangeren und stillenden Müttern vorliegen, ist bei den meisten Arzneimitteln eine so genannte „eingeschränkte“ Kontraindikation vorgesehen. Damit liegt die Entscheidung über eine Anwendung beim behandelnden Arzt, der für jeden Einzelfall eine gesonderte Nutzen-Risiko-Abwägung vornehmen muss. Das Dilemma ergibt sich aus dem entstehenden Konflikt zwischen dem Interesse, die Schwangerschaft zu einem guten Ende zu führen und dem Kind möglichst wenig Schaden zuzufügen.

Für die Substitutionsbehandlung bei Schwangeren können Levomethadon oder Buprenorphin eingesetzt werden. Die Fachinformationen der Medikamente geben Informationen zum jeweiligen Zulassungsstatus sowie zur Anwendung in der Schwangerschaft.

Levomethadon und Methadon-Razemat

Die Umstellung von Heroin auf Levomethadon ist unproblematisch und seit vielen Jahren in der Praxis erprobt.^{13,14,15} In diesem Zusammenhang sind keine Risiken für die Schwangerschaft oder das Ungeborene belegt. Wachstumsstörungen des Kindes, Störungen der Plazentadurchblutung und postnatale Entwicklungsstörungen, die bei substituierten Patientinnen und deren Kindern auftreten können, sind vermutlich zumeist eine Folge der



zusätzlichen Einnahme von Drogen bzw. von Nikotin. Die Substitution mit Levomethadon während der Schwangerschaft kann jedoch nach der Entbindung zu Entzugssymptomen beim Neugeborenen (NAS) führen. Unter der Substitution mit Levomethadon können, wie bei allen Opioiden, Nebenwirkungen auftreten, u. a. eine sedierende Wirkung und Obstipation. Bei der Entscheidung, ob Methadon oder Levomethadon zur Substitution in der Schwangerschaft verwendet wird, ist zu bedenken, dass beim Methadon-Razemat durch den Gehalt von D-Methadon die doppelte Substanzmenge von der Leber abgebaut werden muss. Zudem kann auch der „unwirksame“ Bestandteil D-Methadon Nebenwirkungen verursachen. Insbesondere in der Schwangerschaft sollte jede unnötige Substanzbelastung vermieden werden, da auch die noch unreife Leber des Neugeborenen sonst einer zusätzlichen vermeidbaren Stoffwechselbelastung ausgesetzt wird.

Ein- und Umstellung auf Levomethadon

Ein großer Teil der schwangeren süchtigen Patientinnen ist politoxikoman, und in fast allen Fällen bestehen ein Nikotinabusus sowie häufig auch regelmäßiger Alkoholkonsum. Um die Risiken für die Schwangerschaft und das Kind durch den multiplen Substanzeinfluss weitestgehend zu vermindern, sollte die Einstellung auf Levomethadon möglichst früh in der Schwangerschaft durchgeführt werden.

Substanzgruppen, deren Substitution mit Levomethadon nicht möglich ist, sollten, soweit keine Bedenken bezüglich fetaler Fehlbildungen bestehen, langsam reduziert werden. Da sich der tatsächliche tägliche Bedarf an Levomethadon nicht nur von der konsumierten Menge, sondern auch vom Reinheitsgrad des angebotenen Straßenheroins ableitet, lassen sich nur ungenaue Empfehlungen zur Einstellung geben.



Je nach Qualität des konsumierten Heroins können ca. 0,5 g Straßenheroin durch ca. 20 mg Levomethadon (40 mg Methadon-Razemat) ersetzt werden. Ausschlaggebend ist jedoch immer der individuelle Bedarf der Patientin.

Ein analoges Substitut für Kokain existiert zurzeit nicht, Kokainkonsum kann jedoch ein Hinweis auf eine Unterdosierung des Substitutionsmittels sein.

Eine Umstellung von anderen Substitutionsmedikamenten auf Levomethadon oder Methadonrazemat ist in der Schwangerschaft grundsätzlich möglich, wenn dadurch eine Stabilisierung der Substitution oder eine Reduktion des Beikonsums erfolgen kann. In der Frühschwangerschaft und kurz vor dem Entbindungstermin sollte in der Risikoabwägung berücksichtigt werden, dass möglichst wenig verschiedene Substanzen angewendet werden.

Buprenorphin

Auch Buprenorphin führt zu keinen nachweisbaren Schäden in der Schwangerschaft und für das Ungeborene.¹⁶ Wie bei allen Opiaten kann es nach der Entbindung zu einem Entzug beim Neugeborenen kommen, wobei die Schwere und Dauer des Entzuges eventuell geringer ausgeprägt ist als bei der Substitution mit Methadon. Genaue Informationen gibt die gültige Fachinformation.

Die Umstellung von Opiaten oder Methadon auf Buprenorphin kann zu Entzugssymptomen führen und sollte in der Schwangerschaft möglichst stationär, zumindest aber in ganztägiger Ansprechbarkeit der Praxis durchgeführt werden. Während der Umstellungsphase können durch Entzugssymptome Wehen ausgelöst werden, weshalb bei fortgeschrittenem Schwangerschaftsalter während der Umstellungsphase Kontrollen der Wehentätigkeit und kindlichen Herztöne (CTG) erfolgen sollten.



Die Umstellung von Levomethadon auf Buprenorphin wird in der Schwangerschaft nur bei einer Tagesdosis unter 25 mg Levomethadon empfohlen.¹⁶

Buprenorphin hat eine leicht antidepressive Wirkung und wirkt nicht sedierend. Der dadurch entstehende „klare Kopf“ könnte eine unerwünschte Wirkung für die Patientin sein!

Einstellung auf Buprenorphin

Trotz fehlender Hinweise auf ein teratogenes Potenzial wird ein Wechsel des Substitutionsmedikamentes von Methadon-Razemat oder Levomethadon auf Buprenorphin vor Abschluss der 14. SSW nicht empfohlen.^{16,17} In der Frühschwangerschaft sollten möglichst wenige verschiedene Substanzen angewandt werden, um gerade auch beim Auftreten von Komplikationen mögliche kausale Zusammenhänge ausschließen zu können. Opiatabhängige Patientinnen, die bei Erstvorstellung nicht mit Levomethadon substituiert werden, stellen wir jedoch ggf. auch in der Frühschwangerschaft auf Buprenorphin ein. Analog zum Beginn der Schwangerschaft lässt sich für die Zeit kurz vor der Entbindung konstatieren, dass auch dann möglichst kein Substanzwechsel erfolgen sollte, da die Betreuung eines Neugeborenen, das kurz vor der Geburt verschiedenen Substitutionsmitteln – oder auch Missbrauchssubstanzen – ausgesetzt war, erheblich erschwert sein kann. Entsprechend halten wir die Umstellung nach der 36. SSW für nicht empfehlenswert. Auch hier gilt wiederum, dass eine Neueinstellung bei einer bisher nicht substituierten Patientin möglich und sinnvoll ist.

Für die genannten geburtsmedizinischen Kontraindikationen und die unten stehenden Empfehlungen gilt selbstverständlich, dass die individuelle Abwägung Vorrang vor einer starren Umsetzung hat.



SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE

Bei sehr niedriger Levomethadondosierung ist ein Vorteil einer Umstellung des Substitutionsmittels fraglich. Sofern keine dauerhafte Umstellung des Substitutes geplant ist, sollte weiterhin Methadon-Razemat bzw. Levomethadon-Lösung zur Substitution genutzt werden.

Empfehlungen zur Buprenorphineinstellung in der Schwangerschaft ¹⁶	
Schwangerschaftswoche	15–36 *
Maximale Levomethadondosis vor Umstellung	20 (–25) mg
Minimale Levomethadondosis vor Umstellung	10 mg **
Zeitintervall nach letzter Levomethadoneinnahme	24 h ***
Initialdosis Buprenorphin	1 mg
Minimale Tagesdosis an Tag 1	6–8 mg
Maximale Tagesdosis	24 mg ****

- * bei Umstellung von Levomethadon, von Heroin jederzeit
- ** es sei denn, die dauerhafte Substitution mit Buprenorphin ist geplant
- *** oder beim Auftreten erster Entzugssymptome (Heroin)
- **** länderspezifische Höchstmengen beachten



Eine Umstellung von retardiertem Morphin oder Diacetylmorphin auf Buprenorphin erfordert ein analoges Vorgehen wie die Umstellung von Methadon bzw. Levomethadon. Maximaldosierungen für eine Umstellung ohne geburtshilflich bedeutende Entzugserscheinungen sind derzeit nicht definiert.

Retardiertes Morphin

Wie bei anderen Opiaten auch, ist beim Konsum von retardiertem Morphin in der Schwangerschaft nicht mit dem Auftreten von Fehlbildungen zu rechnen.¹⁸

Nach der Geburt kann das Neugeborene Entzugserscheinungen zeigen, die abhängig von der Schwere eventuell medikamentös behandelt werden müssen.

Unter einer Substitution mit retardiertem Morphin sollte nicht gestillt werden, da eine relevante Menge vom Säugling aufgenommen werden kann.¹⁸

Einstellung auf retardiertes Morphin

Da das Stillen unter retardiertem Morphin nicht empfohlen ist, ist es als Substitut in der Schwangerschaft nicht das Mittel der ersten Wahl, im Einzelfall stellt es jedoch aus suchtmmedizinischer Perspektive eine Option dar.

Die Einstellung von Schwangeren auf retardiertes Morphin richtet sich nach den allgemeinen Empfehlungen, wobei wegen der möglichen Unterdosierung zu Beginn der Einstellung eine engmaschige Überwachung und ggf. stationäre Therapie empfehlenswert scheinen.



Diacetylmorphin (Heroin)

Im Gegensatz zu den anderen Substitutionsmedikamenten hat Diacetylmorphin eine eher kurze Halbwertszeit, was in der Substitutionsbehandlung die mehrmalige Einnahme pro Tag erfordert. Dies führt insgesamt zu stärker schwankenden Wirkstoffspiegeln. Möglicherweise liegt hierin eine wesentliche Ursache für Wachstumsstörungen und Frühgeburtlichkeit beim Konsum von Straßenheroin. Ob dieser Effekt bei pharmazeutisch hergestelltem Diacetylmorphin ebenfalls auftritt, ist nicht bekannt. Die derzeitige Richtlinie zur Substitution mit Diacetylmorphin schränkt die Anwendbarkeit auf einen kleinen Kreis der Substitutionspatienten ein.

Unter einer Substitution mit Diacetylmorphin sollte nicht gestillt werden, da eine relevante Menge vom Säugling aufgenommen werden kann.

Einstellung auf Diacetylmorphin

Diacetylmorphin ist für den Beginn oder die erneute Aufnahme einer Substitutionsbehandlung in der Schwangerschaft aufgrund der eingeschränkten Zulassungsbedingungen, der möglichen Effekte, die sich durch die kurze Halbwertszeit ergeben könnten und des angezeigten Stillverzichts aus unserer Sicht nicht zu empfehlen. Im Einzelfall stellt es jedoch aus suchtmmedizinischer Perspektive eine Option dar.



BEIKONSUM

Je mehr verschiedene Substanzen im Verlauf der Schwangerschaft auf das Kind einwirken, umso schwerer ist es, eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit von Entwicklungsstörungen beim Kind zu treffen. Werden kurz vor der Entbindung zentral wirksame Substanzen eingenommen, kann es zu erheblichen Atem- und Anpassungsstörungen des Neugeborenen kommen. Einige Substanzen können, wie beschrieben, zu schwerwiegenden Fehlbildungen führen. Daher sollte unbedingt eine möglichst beikonsumfreie Substitution angestrebt werden, unabhängig von der dazu benötigten Dosis des Substitutionsmedikamentes.

Nach Untersuchungen von Entzügen bei Neugeborenen wurde deutlich, dass der Entzug von nur einer Stoffgruppe zu geringeren Komplikationen und kürzerer stationärer Verweildauer des Neugeborenen führt.

Kommt es im Rahmen der Substitutionstherapie einer Schwangeren zu häufigem oder regelmäßigem Beikonsum, muss im Hinblick auf das Kindeswohl zunächst alles daran gesetzt werden, diesen zu unterbinden. Eine Beendigung der Substitution stellt das letzte Mittel dar und sollte besonders sorgfältig abgewogen werden, da dies eine erhebliche Gefährdung für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft und das Kind bedeuten kann. Eventuell stellen eine stationäre Aufnahme oder der Wechsel des substituierenden Arztes eine sinnvolle Option dar.



REDUKTION DER SUBSTITUTIONSMEDIKAMENTE

Auch wenn eine Reduktion des Substitutionsmittels von der schwangeren Patientin gewünscht wird und dadurch das Entzugssyndrom des Neugeborenen nach der Entbindung evtl. vermindert oder verhindert werden kann, sind vor Beginn einer Reduktion mögliche Reaktionen der Frauen zu berücksichtigen:

- Bei einer Reduktion besteht die Gefahr, dass die Patientin bei Entzugserscheinungen auf Drogen zurückgreift, um ihren Zustand zu stabilisieren.
- Ein erhöhter Konsum von Alkohol und/oder Nikotin ist ebenfalls als Reaktion möglich und in der Schwangerschaft zu vermeiden.
- Wenn es zu Rückfällen kommt, steht zu befürchten, dass die Patientin die medizinische und psychosoziale Betreuung der Schwangerschaft abbricht. Einem Kontaktabbruch, der eine Kindeswohlgefährdung darstellen könnte, sollte durch individuelle Betreuung und Behandlung unbedingt entgegen-gesteuert werden.

Daher sollte eine Reduktion nur auf Wunsch der Patientin, bei beikonsumfreier stabiler Substitution und Lebenssituation, in enger Absprache mit der Patientin und in kleinen Reduktions-schritten begonnen werden.

Über die Durchführung und das Ziel der Reduktion (Minimaldosis bei Entbindung oder Substanzfreiheit bei oder ggf. auch nach der Entbindung) sollte mit der Patientin und allen an der Betreuung Beteiligten eine Absprache erfolgen.

Strebt die Patientin ein vollständiges Absetzen der Substitution zur Entbindung an, sollte der Zugang zur Wiederaufnahme einer Substitutionsbehandlung für eventuelle Rückfall- oder



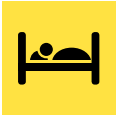
Krisensituationen unbedingt offen gehalten werden. Konsumiert der Partner neben oder ohne Substitution Drogen oder Alkohol, sind die Erfolgsaussichten für die Patientin erheblich eingeschränkt.

Für die ambulante Reduktion von Levomethadon hat sich bei Tagesdosierungen über 25 mg Levomethadon die stufenweise Reduktion um 2,5 mg pro Woche, in Dosierungen über 50 mg von 5 mg pro Woche bewährt. Unter einer Tagesdosierung von ca. 25 mg sollte die Dosisreduktion in kleineren, täglichen Schritten (tropfenweise, also 0,25 mg/Tag) erfolgen.¹³ Die Dosisreduktion darf jedoch keinem starren Konzept folgen, sondern sollte das Befinden der Patientin als wichtigstes Kriterium berücksichtigen. Eine zu schnelle Reduktion erhöht die Rückfallgefahr!

Analog dazu sollte die Reduktion von Buprenorphin ebenfalls an den Bedürfnissen der Patientin ausgerichtet sein. Bei Tagesdosierungen oberhalb von 2 mg kann die Reduktion zumeist um 1 mg alle 2 Tage erfolgen.

Bei niedrigeren Tagesdosen kann das Reduktionsintervall verlängert werden oder die Reduktion in kleineren Schritten (0,4 mg alle 2 Tage) erfolgen. Für beide Substanzen gilt, dass zwischenzeitlich auf Wunsch der Patientin auch längere Phasen ohne Dosisreduktion notwendig werden können.¹⁵

Eine Reduktion von retardiertem Morphin oder Diacetylmorphin ist insofern besonders kritisch zu überdenken, da diese Substitute bei besonders von Beikonsum gefährdeten Patienten eingesetzt werden sollen.



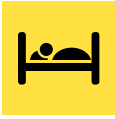
SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE

DIE ENTBINDUNG



DIE ENTBINDUNG





HEBAMMENBETREUUNG

Alle schwangeren Frauen können sich schon während der Schwangerschaft von einer Hebamme mitbetreuen lassen. Die Kosten dafür übernimmt die Krankenkasse.

Die Hebamme überwacht bei der Schwangerenvorsorge den Verlauf der Schwangerschaft mit und kann Fragen zu Schwangerschaft und Entbindung beantworten. Sie kann bei der Wahl der Entbindungsklinik behilflich sein und den Kontakt dorthin erleichtern. Die Hebammen können Geburtsvorbereitungskurse vermitteln und mit der Schwangeren Atemtechniken üben. Nach der Entbindung beurteilt die Hebamme die Rückbildung der Gebärmutter und gibt Anleitungen für eine unterstützende Gymnastik. Nach der Entlassung von Mutter und Kind aus dem Krankenhaus kommt die Hebamme nach Hause, um die Eingewöhnung zu unterstützen und die Nabelpflege des Neugeborenen zu begleiten. Sie kann bei der Wahl des Kinderarztes behilflich sein und den ersten Kontakt herstellen.

DIE ENTBINDUNGSKLINIK

Bereits während der Schwangerschaft sollte Kontakt zu der Klinik aufgenommen werden, in der die Schwangere die Entbindung plant. Fragen zur Art der Entbindung, zur Verfügbarkeit von Medikamenten, speziellen Angeboten zur Entbindung und zur Versorgung des Kindes können so vorab geklärt werden. Aktuell substituierte oder drogenabhängige Frauen sollten unbedingt eine Klinik mit angeschlossener Neonatologie aufsuchen, damit das Kind im Falle eines Entzuges in unmittelbarer Nähe zur Mutter angemessen behandelt werden kann. Ob ein kindlicher Entzug stationär behandlungsbedürftig ist, entscheiden die Kinderärzte.



DIE ENTBINDUNG

Damit die betreuenden Ärzte, Hebammen und das Pflegepersonal in jedem Fall adäquat handeln können, z. B. bei einer notwendigen Anästhesie oder der Versorgung des Kindes, ist es wichtig, zur Aufnahme der Entbindung den aktuellen Konsumstatus bekannt zu geben. Damit soll sichergestellt werden, dass die Patientin unter der Geburt keine Entzugssymptome entwickelt. Auch die Angabe des letzten Beikonsums ist für die angemessene Betreuung des Kindes wichtig.

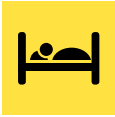
Substituierte Patientinnen sollten von ihrem substituierenden Arzt einen Substitutionsausweis mit Angabe des Substitutionsmedikamentes und der aktuellen Tagesdosierung erhalten, der am besten im Mutterpass aufbewahrt wird. Entsprechende Vordrucke gibt es beispielsweise über die Firma Sanofi.

Opiatabhängige Patientinnen haben u. U. eine geringere Schmerztoleranz, so dass der Einsatz einer angemessenen Anästhesie zu besprechen ist. Die Erhöhung der Substitutionsdosis zur Schmerztstillung ist nicht zu empfehlen, eine andere Schmerzmedikation sollte bevorzugt werden.

NEUGEBORENEN-ENTZUGSSYNDROM (NAS)

Der Finnegan-Score

Nach der Geburt können sich bei Kindern opiatabhängiger Mütter Entzugssymptome manifestieren, die unter dem Begriff Neugeborenen-Entzugssyndrom (Newborn Abstinence Syndrome, NAS) zusammengefasst werden.



Das Auftreten eines Neugeborenen-Entzugssyndroms wird von der Halbwertszeit des Opiates und – in geringerem Maße – von der Höhe der mütterlichen Opiatdosis beeinflusst. Beikonsumsubstanzen, aber auch Nikotin- oder Cannabiskonsum der Mutter können die Dauer und Stärke der Entzugssymptome erheblich beeinflussen.

Da die einzelnen Symptome unspezifisch sind und die Bewertung subjektiv sein kann, wird eine weitgehend objektive Einschätzung des NAS erst durch die zusammenfassende Beurteilung der Entzugssymptome mit Hilfe von Punktesystemen möglich. Das international gebräuchlichste Beurteilungssystem wurde in den 1970er Jahren von Loretta P. Finnegan zusammengestellt und auf seine Praxistauglichkeit getestet.¹⁹ Während ursprünglich auch an eine Beurteilung durch Krankenschwestern gedacht war, ist es allgemein üblich geworden, dass die Untersuchung durch Kinderärzte vorgenommen wird. Diese erfolgt möglichst in der Mitte zwischen zwei Mahlzeiten.

Bei den in der Tabelle genannten Items wird jeweils nur die Punktzahl des zutreffenden Symptoms bzw. der Symptomschwere gewertet, für alle anderen Items werden bei Vorhandensein der Symptome die entsprechenden Punkte angegeben. Die im Beispiel erreichten 10 Punkte würden bei erfolgreicher Therapie eine Dosisbeibehaltung stützen, während sie, wenn noch keine Therapie erfolgt ist, diese auch nicht rechtfertigen würden. Da in diesem Fall die meisten Symptome den Symptomenkomplex „Krampfbereitschaft“ betreffen, sollte jedoch eine engmaschige Überwachung des Neugeborenen gewährleistet sein. Bei einem Kind, das überwiegend mit Trinkschwäche reagiert, würde – bei gleicher Gesamtpunktzahl – eventuell die regelmäßige Gewichtskontrolle als ausreichend erachtet werden.

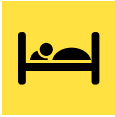
DIE ENTBINDUNG



NAS-BEURTEILUNGSBOGEN NACH FINNEGAN.

UNTERSUCHUNGSTAG		BEISPIEL		
Untersuchungszeitpunkt		9:00		
Symptom	Punkte			
Hautabschürfungen	1			
Marmorierte Haut	1			
Häufiges schrilles Schreien	2	2		
Ständiges schrilles Schreien	3			
Häufiges Gähnen	1			
Schlafen nach Füttern <3 h	1			
Schlafen nach Füttern <2 h	2			
Schlafen nach Füttern <1 h	3			
Erhöhter Muskeltonus	2	2		
Moro-Reflex verstärkt	2	2		
Moro-Reflex extrem	3			
Myoklonien	3			
Tremor bei Störung: leicht	3	3		
Tremor bei Störung: schwer	4			
Krampfanfälle	5			
Tremor in Ruhe: leicht	3			
Tremor in Ruhe: schwer	4			
Schwitzen	1			
Fieber: 37,2–38,2	1			
Fieber > 38,2	2			
Verstopfte Nase	2			
Nasenflügeln	2			
Atmung > 60/min	1			
Atmung > 60/min und Dyspnoe	2			
Übermäßiges Saugen	1	1		
Trinkschwäche	2			
Regurgitation	2			
Erbrechen im Schwall	3			
Dünne Stühle	2			
Wässrige Stühle	3			
Gesamt Score		10		

Modifiziert nach Finnegan LP et al.: Assessment and treatment of abstinence in the infant of the drug-dependent mother. Int J Clin Pharmacol Biopharm. 1975 Jul; 12(1–2): 19–32



THERAPIE DES NEUGEBORENEN

Eine Indikation zur Pharmakotherapie des NAS wird beim Finnegan-Score über 11 Punkten gesehen, unter 8 Punkten kann ein Ausschleichen der Therapie versucht werden.

Zur Therapie des NAS können zum einen Opiate und zum anderen Supportiva eingesetzt werden. Seit über 100 Jahren werden verschiedene Opiatzubereitungen (Tinctura opii, Morphintropfen) eingesetzt, die aufgrund ihrer relativ kurzen Wirkdauer gut für eine symptomadaptierte Therapiesteuerung geeignet sind. Langwirksame Opiate, insbesondere Buprenorphin, werden aktuell noch nicht regelhaft eingesetzt.

Als Supportiva werden vor allem Barbiturate verwandt. Rationale Begründungen für die Verwendung dieser Substanzen sind in erster Linie die Verhinderung von Krampfanfällen sowie der sedierende Effekt. Nach einer aktuellen Studie scheinen die Opiate gegenüber Barbituraten jedoch von Vorteil zu sein, es liegen diesbezüglich aber noch keine Ergebnisse von randomisierten Doppelblindstudien vor.^{20,21}

Die Gabe von Opiatantagonisten als Routinemedikation hat sich nicht bewährt, sie kommen nur bei Kindern mit schwerer Atemdepression, z. B. durch kurz vor der Geburt erfolgten Opiatkonsum bzw. Beikonsum, zur Anwendung.

Weitere Standbeine der Therapie des NAS sind das Konzept des „minimal handling“ und der intensiven, liebevollen Zuwendung – möglichst durch die Eltern. Einerseits sollen beunruhigende, invasive Maßnahmen auf ein Minimum reduziert werden, andererseits soll durch Körpernähe eine beruhigende Stimmung geschaffen werden. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen einen geringeren Therapiebedarf gestillter Neugeborener.



STILLEN

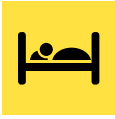
Ob einer substituierten Patientin und ggf. mit welcher Höchstdosis des Substitutionsmittels zum Stillen geraten oder davon abgeraten werden soll, unterliegt einer kontroversen Diskussion. Den Vorteilen des Stillens von Säuglingen allgemein stehen folgende Risiken gegenüber:

- Substitutionsmittel und beikonsumierte Substanzen treten alle in unterschiedlichen Konzentrationen in die Muttermilch ein.
- Bei noch nicht abgeschlossener neurologischer Entwicklung des Neugeborenen sind die Auswirkungen unklar.
- Die erhöhte Belastung, die sich für eine Mutter mit dem Säugling ergeben kann, kann zu Überforderungssituationen führen. Das Reaktionsmuster von Opiatabhängigen besteht häufig im Konsum zusätzlicher Drogen, und es entsteht eine Gefährdung des Kindes durch Drogen in der Muttermilch.
- Retardiertes Morphin und Diacetylmorphin treten in klinisch relevanten Mengen in die Muttermilch über, weshalb vom Stillen abgesehen werden sollte.

VERSORGUNG WÄHREND DER WOCHENBETTPHASE

Bedarf der Mutter

Nach der Entbindung ist eine Dosisanpassung des Substitutionsmittels auf eine der neuen Situation angepasste, stabile Substitutionsdosis mit der Mutter zu erwägen.



Es ist bekannt, dass viele Frauen nach der Entbindung, bedingt durch die Hormonumstellung, zu Depressionen neigen. Insbesondere wenn die Kinder substituierter oder drogenabhängiger Mütter wegen eines Neugeborenenentzuges verlegt werden müssen, können diese Mütter schwere psychische Belastungen in der Wochenbettphase erleben, die intensive Unterstützung notwendig machen. Wenn bislang nicht erfolgt, sollte spätestens jetzt die Substitutionsbehandlung an eine niedergelassene spezialisierte Praxis übergeben werden. Eine psychosoziale Betreuung (PsB) zur weiteren Betreuung sollte installiert werden. Die PsB ist Teil der Richtlinien zur dauerhaften Substitutionsbehandlung und eine wichtige Unterstützung für die junge Familie (s.: „Die Substitutionsbehandlung“ und „PsB“).

Bedarf des Kindes

Das Neugeborene benötigt, mit und ohne Entzug, die Nähe der Mutter/Eltern oder einer anderen verlässlichen Bezugsperson. Entwickelt das Kind Entzugssymptome, benötigt es eine kinderärztliche Überwachung und Behandlung. Dazu ist die Verlegung in eine neonatologische Abteilung notwendig. In der Regel ist es dort gewünscht, dass die Mutter/die Eltern so viel wie möglich beim Kind sind, um die Bindung zu fördern.



KINDERARZT

Die Information über einen Drogen- und/oder Alkoholkonsum oder eine Substitution während der Schwangerschaft hilft dem Kinderarzt, Entwicklungsstörungen beim Kind leichter und früher zu erkennen und angemessen zu behandeln. Auch die lang anhaltenden Folgen eines kindlichen Entzuges, wie das häufige schrille Schreien, lassen sich für den Kinderarzt deutlicher zuordnen und von anderen, davon unabhängigen Erkrankungen differenzieren.

Insbesondere bei Kindern HIV-infizierter oder Hepatitis-B- und -C-infizierter Mütter muss dem betreuenden Kinderarzt das Infektionsrisiko des Kindes mitgeteilt werden, damit eine angemessene Betreuung gewährleistet werden kann.

Wurden im Krankenhaus die empfohlenen Impfungen gegen Hepatitis B begonnen, muss die Komplettierung durch den betreuenden Kinderarzt vorgenommen werden.

Für alle Kinder von Müttern mit Suchtmittelkonsum, insbesondere von Müttern mit Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, kann eine zusätzliche kinderpsychiatrische und entwicklungsdiagnostische Begleitung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) zusätzliche Sicherheit für frühzeitiges Erkennen und eine angemessene Intervention möglicher Entwicklungs- und/oder Verhaltensstörungen bieten.

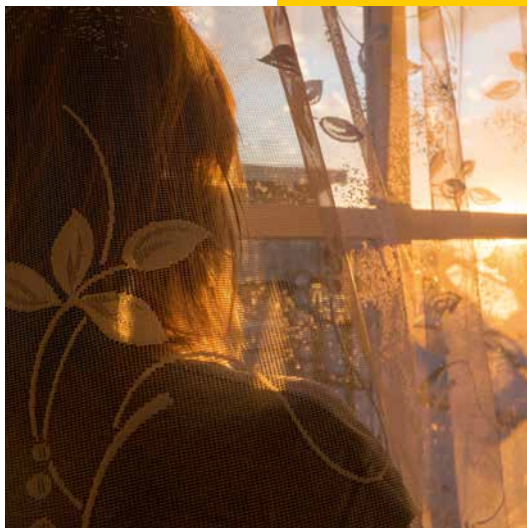


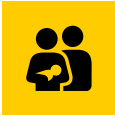
SCHWANGERSCHAFT – SUCHT – HILFE

ALKOHOL



ALKOHOL





ALKOHOL IN DER FAMILIE

Im Unterschied zu illegalen Drogen ist Alkohol eine Alltagsdroge. In Deutschland ist es weit verbreitet, täglich Alkohol zu konsumieren. Anders als bei Konsumenten illegaler Drogen ist die Einsicht, sich zu schädigen, zu gefährden oder gar abhängig zu sein, sehr lange Zeit eine verleugnete Tatsache. Gerade Helfer und Pflegepersonal sind hier zu besonderer Aufmerksamkeit aufgefordert, Anzeichen für einen problematischen Alkoholkonsum anzusprechen (z. B. Alkohol-fahne, alkoholbedingte verwaschene Sprache).

Erschwerend für das Hilfesystem ist die Tatsache, dass sich eine manifeste Alkoholabhängigkeit in einem längeren Prozess entwickelt, also über mehrere Jahre des riskanten Alkoholkonsums und Alkoholmissbrauchs gehen kann, ohne dass eine Alkoholabhängigkeit im engeren Sinne besteht. Diese frühe Phase des gefährdenden Alkoholkonsums kann für die Familie und die Kinder z. B. durch unzureichende Zuwendung und Förderung bereits schwerwiegende, lang anhaltende Schäden bewirken.

Im Kontext einer Schwangerschaft ist es nicht nötig, die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ der Schwangeren zu stellen. Vielmehr ist es wichtig, die Risiken, die bereits mit geringem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft einhergehen, wahrzunehmen und anzusprechen.



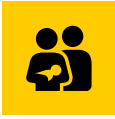
ALKOHOL IN DER SCHWANGERSCHAFT

Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr in Deutschland etwa 10.000 Kinder schon bei ihrer Geburt durch Alkohol geschädigt sind; ca. 2.000–4.000 Neugeborene weisen schwerste Entwicklungsstörungen auf.⁸ Damit stellt Alkoholkonsum in der Schwangerschaft die wichtigste vermeidbare Ursache für angeborene Fehlbildungen dar. Die wichtigsten Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft werden in der Risikotabelle auf der Umschlaginnenseite zusammengefasst.

Es ist nicht nur intensiver Alkoholkonsum, der diese Schäden verursacht. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass auch geringer regelmäßiger Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen können.

Da für den Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft gilt, dass jedes nicht getrunkene Glas Alkohol ein Gewinn für die Entwicklung des Kindes darstellt, ist eine regelmäßige differenzierte Erhebung des Alkoholkonsums und wiederholte Beratung während der Schwangerschaft besonders wichtig. Um diese Anamneseerhebung zu strukturieren, haben wir einen standardisierten Fragebogen (Berliner EVAS) entwickelt. Dieser befindet sich als Kopiervorlage auf der Umschlaginnenseite.

Der beste Rat für Schwangere ist der vollständige Alkoholverzicht während des gesamten Schwangerschaftsverlaufs.



ALKHOLENTZUG IN DER SCHWANGERSCHAFT

Im Gegensatz zum akuten Opiatentzug kann der akute Alkoholentzug aufgrund von schweren vegetativen Symptomen tödlich sein.¹⁰ In der Schwangerschaft müssen jedoch beide Entzugsformen als vitale Bedrohung des Fetus – und ggf. der Schwangeren – angesehen werden. Ist der komplette Verzicht auf Alkoholkonsum wegen auftretender Entzugssymptome nicht möglich, muss eine medikamentöse Entzugsbehandlung durchgeführt werden. Ein Alkoholentzug, insbesondere in der Schwangerschaft, sollte unbedingt unter fachkompetenter ärztlicher Begleitung stationär durchgeführt werden. Eine engmaschige geburtshilfliche Überwachung der Schwangerschaft mit Herztonkontrollen (Kardiotokogramm, CTG) und Ultraschalluntersuchungen (Plazentauntersuchung und Dopplersonografie) ist unerlässlich. Zur medikamentösen Therapie werden zumeist Benzodiazepine eingesetzt, wobei jedoch eine Suchtverlagerung, insbesondere bei mehrfachabhängigen Schwangeren, vermieden werden sollte. Im Zweifel gilt jedoch, dass die durch Alkohol verursachten angeborenen Schäden schwerer wiegen als die möglichen postnatalen Entzugssymptome bei Benzodiazepinkonsum.¹⁰ Wie bei Drogenentzügen allgemein gilt auch hier, dass dieser Entzug durch psychosoziale Betreuung eng begleitet werden sollte und eine geeignete Rückfallprophylaxe organisiert werden muss (siehe auch: „Substitution und Reduktion in der Schwangerschaft“).

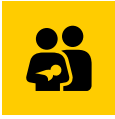


HILFEN FÜR FAMILIEN MIT ALKOHOLPROBLEMEN

Der Weg zu den betroffenen Kindern führt über die Eltern. Wenn sich die Angebote ausschließlich auf das Wohl des Kindes fokussieren und der individuelle Hintergrund der Frau/Eltern nicht berücksichtigt wird, sind eine dauerhafte und langfristige Verbesserung und Stabilisierung der familiären Situation nicht zu erreichen. Insbesondere Familien, in denen bereits ein alkoholgeschädigtes Kind lebt, müssen Hilfen angeboten werden, die im Falle einer erneuten Schwangerschaft geeignet sind, die Risiken für weitere Kinder zu minimieren.

In einem adäquaten Hilfenetz für Familien mit Alkoholproblemen können suchtkompetente Fachgruppen unterschiedlicher Professionen beteiligt sein, z. B. Ärztinnen/Ärzte, Jugendämter, Kindertagesstätten/Krippen, Kliniken/Entbindungsstationen, Beratungsstellen und Fachdienste sowie Schulen.

Liegt eine Alkoholkrankheit eines oder beider Elternteile vor, so gibt es verschiedene Möglichkeiten der Entgiftung und der Entwöhnungsbehandlung, zu der jeweils auch das Kind/die Kinder mitgenommen werden können.



SELBSTHILFE FÜR ALKOHOLGEFÄHRDETE ODER ALKOHOLKRANKE MENSCHEN

Im Bereich der Alkoholkrankenhilfe ist das System der Selbsthilfegruppen gut ausgebaut. Sowohl für Betroffene als auch für Angehörige und Kinder stehen entsprechende Gruppen zur Verfügung. Informationen dazu geben die örtlichen Drogenberatungsstellen.

ÖFFENTLICHES HILFESYSTEM





SUCHT UND KINDERSCHUTZ

FAMILIEN IN KRISEN

In der beraterischen Praxis kann man feststellen, dass Kinder, die in Familien mit Suchtmittelkonsum oder Suchtproblematik aufwachsen, erhöhten Risiken für ihre emotionale und körperliche Entwicklung ausgesetzt sind.

Vernachlässigungen führen zu körperlichen und seelischen, aber auch intellektuellen und sozialen Beeinträchtigungen bei Kindern.

Diese Beeinträchtigungen sind umso schwerwiegender, je jünger und je weniger entwickelt ein Kind ist. Viele der so genannten „schwierigen“ Kinder in Kita oder Schule sind emotional vernachlässigte Kinder. Sie bedürfen einer frühen und einfühlsamen Hilfe.

In zugespitzten Krisen kann es zu emotionalen, körperlichen und sexuellen Misshandlungen kommen, die je nach Schweregrad zu erheblichen, nicht zufälligen Verletzungen, zu Entwicklungsgefährdungen und/oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen des Kindes führen können.

HILFE FÜR KINDER IN NOT

Besonders kleine Kinder sind extrem abhängig, verwundbar und selbst noch nicht in der Lage, ihre grundlegenden Bedürfnisse und Schutzrechte durchzusetzen. Deshalb dürfen Schutzmaßnahmen nicht als bevormundende Eingriffe in das Elternrecht missverstanden werden. Auch Datenschutz und Schweigepflicht sind im Falle von Kindeswohlgefährdung nachrangige Rechtsgüter.

Um den Anforderungen des Kindeswohls auch im Rahmen von Suchterkrankung oder Suchtmittelkonsum eines oder beider Elternteile gerecht zu werden, hat die Bundesregierung mit der Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) im Dezember 2011 Rahmenbedingungen für Netzwerkstrukturen zum Schutz der Kinder vorgegeben.²²

In Artikel 1 wird die verbindliche Zusammenarbeit zwischen den örtlichen Trägern der Jugendhilfe, den Einrichtungen, die mit Kindern, Jugendlichen und Schwangeren arbeiten, und Mitarbeitern von Heilberufen zum Schutz der Kinder festgelegt.

Für die Umsetzung der Strukturen wurden bundesweit „frühe Hilfen“ in Form von Familienhebammen oder aufsuchenden Elternhilfen aufgebaut, die auch und besonders bei Familien mit Suchthintergrund eingesetzt werden sollen. Je nach Kooperationsverträgen der Bundesländer sind auch die Mitarbeiter der PsB oder Drogenberatungsstellen angehalten bzw. verpflichtet, diese „frühen Hilfen“ in die Betreuung schwangerer Frauen mit Suchtmittelkonsum einzubinden. Die „frühen Hilfen“ bieten schon im Rahmen der Schwangerschaft Beratungs-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote, die zum Aufbau einer kindgerechten Umgebung und zur Stärkung von Elternkompetenzen führen sollen.

In § 4, Artikel 1 wird die Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger, einschließlich Ärzten und Sozialpädagogen, bei „Kindeswohlgefährdung“ an die örtlichen Träger der Jugendhilfe gesetzlich geregelt.



Zudem hat jeder Bürger eine Handlungspflicht, mögliche Gefährdungen eines Kindes zu verhindern oder mögliche Schäden abzuwenden, indem eine Meldung, auch anonym, beim Jugendamt stattfindet. Diese „Garantenpflicht“ ist eine Handlungspflicht für jeden, wenn dadurch die Schädigung eines Kindes abgewendet werden kann.

Dazu haben die Berliner Jugendämter der Bezirke im Zuge des Kinderschutzgesetzes die Hotline Kinderschutz eingerichtet. Andere Bundesländer halten Notruftelefonnummern in den Kinderschutzzentren vor und bundesweit gilt folgende Nummer des Kinder-Notruf-Telefons: 0800 1516001.

[Scheuen Sie sich nicht, rechtzeitig den Sozialpädagogischen Dienst des Jugendamtes zu informieren!](#)

AUFGABEN UND MÖGLICHKEITEN DES JUGENDAMTES

In jedem Wohnort gibt es einen Sozialpädagogischen Dienst mit einem vielfältigen Angebot sozialer Leistungen. Bei einer sich abzeichnenden Notsituation, von der Kinder oder Jugendliche betroffen sind, wird in geeigneter Form Hilfe gewährt. Besonders bei Familien, die mit einem Suchtproblem zu kämpfen haben, treten häufig mehrere Notlagen gleichzeitig auf.

Meistens führen finanzielle Notlagen zum Erstkontakt mit dem Jugendamt. Für eine dauerhaft wirksame Hilfe ist es unverzichtbar, die Ursachen für die akute Notlage zu kennen.

Die Jugendämter informieren

- über gesetzliche Möglichkeiten sowie die Rechte von Eltern und Kindern
- über Hilfen, Einrichtungen und Initiativen sowie soziale Hilfsquellen im näheren Einzugsbereich
- über Leistungsansprüche, z. B. Arbeitslosengeld II (Harz IV), ergänzende Sozialleistungen, Elterngeld, Wohngeld, Unterhaltsvorschuss

Beratung und Unterstützung

- bei wirtschaftlichen Schwierigkeiten
- bei Erziehungsfragen und familiären Konflikten (Wie schütze ich mich und mein Kind, wenn der Partner abhängig ist?)
- bei nicht ausreichender Betreuung und Beaufsichtigung von Kindern
- Einflussnahme auf die Bereitstellung eines Kindertagesstättenplatzes, einer Tagespflege, eines Hortplatzes
- bei Überforderung von Eltern
- bei Gefährdung von Kindern
- bei Stellungnahmen und Anträgen an Dritte, z. B. in strittigen Scheidungs- und Sorgerechtsverfahren
- bei der Einleitung von jugendamtsfinanzierten therapeutischen Hilfen
- Hilfe bei Krisen, z. B. wenn Eltern plötzlich erkranken
- durch Schutzmaßnahmen bei Kindeswohlgefährdung, Vernachlässigung, Übergriffen auf das Kind, Misshandlung und sexueller Gewalt gegen Kinder

Bei den zuletzt genannten Punkten besteht eine Handlungspflicht des Jugendamtes auch ohne Antrag der Eltern.



Wenn das Jugendamt das Suchtproblem kennt

Unterstützung und Hilfsangebote auf freiwilliger Basis haben Vorrang vor Kontrolle. Dies setzt Mitwirkung und gegenseitiges Vertrauen voraus.

Ziele dabei sind:

- die Bewertung der Lebenssituation von Kindern
- die Einschätzung ihrer Entwicklungsmöglichkeiten
- die Stärkung der Tragfähigkeit familiärer Beziehungen
- die Stärkung der eigenen Entscheidungsmöglichkeiten des Abhängigen und seiner Veränderungsbereitschaft

Hilfen zum Ausstieg

- Motivation zum stationären Drogenentzug
- Motivation zur Substitution bzw.
- Motivation zur ambulanten oder stationären Therapie

Vermittlung

- zum sozialmedizinischen Dienst
- zum Jugendgesundheitsdienst
- zur Erziehungs- und Familienberatungsstelle
- zur Drogenberatung
- zur ambulanten (Kurzzeit-)Therapie
- zur stationären Langzeittherapie

Ziehen sich die Mutter bzw. die Eltern aus der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt zurück, muss stets von einer Zunahme der Not-, Krisen- und Gefährdungssituation des Kindes ausgegangen werden. Das Jugendamt bleibt verpflichtet, das Recht des Kindes auf Hilfe sicherzustellen. Für die weiteren Schritte ist daher entscheidend, ob folgende Bedürfnisse des Kindes sichergestellt sind:

Grundbedürfnisse des Kindes

- ausreichende Körperpflege
- ein geeigneter Wasch- und Schlafplatz, Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten
- verlässliche Zeiteinteilung, regelmäßiger Tag-Nacht-Rhythmus
- schützende, der Jahreszeit entsprechende Kleidung
- altersgemäße Ernährung
- sachgemäße Behandlung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen, einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
- Schutz vor Gefahren, auch durch materielle und sexuelle Ausbeutung
- Zärtlichkeit, Anerkennung, Bestätigung, Sicherheit und Geborgenheit
- Achtung von Individualität und entwicklungsgemäße Selbstbestimmung
- Ansprache, Bildung und unbeschwerte Kontakte zu anderen Kindern (z. B. Sorge für den regelmäßigen Kindertagesstätten-/Schulbesuch)
- Anwesenheit und Bindung zu einer zuverlässigen Bezugsperson, die sich für das Kind verantwortlich fühlt, mit emotionaler Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen
- kindgerechte Reaktionen auf entwicklungsbedingte Veränderungen beim Kind und bei Veränderungen der Familienzusammensetzung, z. B. bei einem Partnerwechsel der Bezugsperson



DAS KINDER- UND JUGENDHILFEGESETZ (KJHG) IM SOZIALGESETZBUCH (SGB) UND SEINE MÖGLICHKEITEN (AUSZUG)

Eine wesentliche Grundlage des sozialpädagogischen Handelns im Jugendamt bietet das Sozialgesetzbuch (SGB VIII). In diesem Gesetz finden sich zahlreiche Hilfsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Familien, die sich in einer Not- oder Problemlage befinden, aus der sie allein nicht herauskommen können. Es gibt ambulante und stationäre Hilfen. Was mit der jeweiligen Hilfe erreicht werden soll, wird mit allen Beteiligten schriftlich im so genannten Hilfeplan (Hilfekonferenz, Zielvereinbarungen) festgelegt. Eltern können von ihrem Recht Gebrauch machen und diese Hilfen beantragen. Insbesondere drogenabhängige Eltern bzw. deren Kinder sollten diese Hilfen erhalten, da sie beim Entgiften oder einer stabilen Substitutionstherapie notwendig und nützlich sind und zur Stabilisierung ihrer Lebensumstände beitragen.

Diese Hilfen sind unter anderem:

Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§ 20 SGB VIII)

Wenn ein Elternteil für die Betreuung des Kindes ausfällt und der andere das Kind aus zwingenden Gründen nicht versorgen kann oder kein weiterer Elternteil vorhanden ist, kann das Kind im eigenen Haushalt vorübergehend, mit Unterstützung des Jugendamtes, versorgt werden.

Kurz- und Bereitschaftspflegestelle (§ 33 SGB VIII)

Eine solche Vermittlung in eine Kurzpflegestelle oder zu Pflegeeltern ist zeitlich begrenzt. Die Eltern lernen vor Aufnahme des Kindes die Pflegeeltern oder Pflegepersonen persönlich kennen. In der Regel sind die Zustimmung und der Antrag der Eltern gegenüber dem Jugendamt Grundlage für diese Pflege. In Notsituationen, ohne Einverständnis der Sorgeberechtigten, muss ein Antrag beim Familiengericht gestellt werden.

Dauerpflegestelle (§ 33 SGB VIII)

Ist aufgrund der Lebensumstände der Eltern langfristig nicht mehr damit zu rechnen, dass ein Kind in deren Haushalt zurückkehren kann, so kann das Kind, damit es in einem familiären Rahmen mit sicheren Bindungen und Beziehungen leben kann, in eine Dauerpflegestelle vermittelt werden. Sollte(n) die Sorgeberechtigte(n) damit nicht einverstanden sein, muss ggf. im Interesse des Kindes ein Antrag auf Entzug der elterlichen Sorge beim Familiengericht gestellt werden, so dass dann der Vormund die Einwilligung erteilt.

Unterbringung der Kinder in einer Einrichtung oder sonstigen betreuten Wohnform (§ 34 SGB VIII)

Zur Unterbringung von Kindern gibt es z. B. Familiengruppen, Wohngruppen, in denen auch die Betreuer oder Erzieher übernachten, Erziehungsstellen, (therapeutische) Mutter-Kind-Einrichtungen, Wohngemeinschaften bzw. Einrichtungen für betreutes Einzelwohnen.



Die Unterbringung erfolgt dem Alter der Kinder entsprechend. Die Länge der Unterbringung hängt vom Bedarf ab. Ob diese Hilfe geeignet oder (weiterhin) notwendig ist, wird in einer so genannten Hilfekonferenz festgestellt, an der alle mit dem Kind verbundenen Personen beteiligt sind. Diese Konferenz findet jährlich statt bzw., wenn notwendig, auch zwischendurch. Es ist jedes Mal zu prüfen, ob eine Rückführung in den elterlichen Haushalt möglich ist.

Gemeinsame Wohnformen für Mütter/Väter und Kinder (§ 19 SGB VIII)

Wenn Mütter oder Väter allein ihr Kind versorgen und dabei viel Unterstützung benötigen, können sie mit dem Kind, in Ausnahmefällen auch als Paar, vorübergehend in eine entsprechende Einrichtung einziehen, wenn das Jugendamt den Antrag dazu bewilligt.

Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)

Familienhilfe bedeutet, dass eine ausgebildete pädagogische Fachkraft, je nach Bedarf, mehrfach wöchentlich in die Familie kommt und diese sowohl wirtschaftlich als auch emotional berät, unterstützt und auffängt, um eine Stabilität für das Familiensystem zu erreichen. Die Hilfe wird auf Antrag der Sorgeberechtigten gewährt (bzw. manchmal auch als Auflage vom Familiengericht eingesetzt) und dauert meist ein Jahr. Die jeweiligen Familienhelfer/-innen sind einem privaten und mit dem Jugendamt kooperierenden Träger angeschlossen. Einige haben spezielle Kenntnisse über Drogenmissbrauch.

Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII)

Hierbei handelt es sich um eine vorläufige Unterbringung des Kindes in einer Notsituation bei Gefahr. Für diese Zeit übt das Jugendamt das Recht auf Beaufsichtigung, Erziehung und Aufenthaltsbestimmung aus und stellt die gesamte Versorgung des Kindes sicher. Bei Nichteinwilligung des Sorgeberechtigten bzw. Unauffindbarkeit muss ggf. eine gerichtliche Entscheidung herbeigeführt werden.

Einschaltung des Familiengerichts

Sind Mindestanforderungen der Betreuung und Versorgung des Kindes nicht erfüllt und ist Abhilfe nicht in Sicht, muss das Jugendamt als letztes Mittel von sich aus zum Schutz des Kindes tätig werden. Die Voraussetzungen sind:

- Eine Gefährdung des Kindeswohls muss konkret erkennbar sein oder unmittelbar bevorstehen.
- Ursächlich dafür muss ein aktiver Missbrauch des Sorgerechts oder eine Vernachlässigung oder ein unverschuldetes Versagen der Eltern sein.
- Die Eltern wenden die bestehende Gefahr selbst nicht ab.
- Es müssen konkrete Hilfen zur Verfügung stehen, die geeignet, notwendig und verhältnismäßig sind, um die Gefahr abzuwenden.



BERATUNG FÜR FAMILIEN

Um eine optimale Hilfe für die betroffenen Familien zu installieren, ist es unabdingbar, eine möglichst ausführliche und umfassende Analyse der aktuellen Situation in der Familie zu erstellen. Meist stehen diverse Möglichkeiten der Beratung und Unterstützung zur Verfügung. Schwangere, Familien und Alleinerziehende können sich bei Suchtberatungsstellen, den frühen Hilfen, den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, den Jugendämtern, Krankenhäusern mit Suchtschwerpunkt, sozialmedizinischen und sozialpsychiatrischen Diensten der Bezirksämter, Erziehungsberatungsstellen und Fachambulanzen allgemein über Suchtfragen informieren.

In einigen Städten gibt es spezielle Einrichtungen zur Betreuung und Beratung von süchtigen Schwangeren und/oder Familien mit Suchtproblemen. Ergibt sich aus einer Beratung Handlungsbedarf, können über eine Suchtberatungsstelle in der Regel weitere Maßnahmen initiiert werden.

ANFORDERUNGEN AN DIE FAMILIE

Alle Interventionen richten sich zunächst nach den Bedürfnissen und den Grenzen der betroffenen Familie. Im Sinne des Kinderschutzes wird jedoch auch von den Mitarbeitern des Öffentlichen Hilfesystems Handlungsbedarf formuliert, wenn die Familie aus eigener Kraft oder Initiative oder mit Unterstützung aus dem privaten Umfeld den Anforderungen einer kind- bzw. familiengerechten Lebenssituation nicht gerecht werden kann. Diese orientieren sich an der weitgehenden Umsetzung der Grundbedürfnisse des Kindes innerhalb der Familie (siehe: „Öffentliches Hilfesystem“-Grundbedürfnisse von Kindern). Voraussetzung dafür ist, dass auch bestimmte Grundbedürfnisse der Eltern sicher gestellt sind.

Diese sind:

- eine geregelte ärztliche und psychosoziale Suchtbehandlung mit überwiegend „sauberen“ Urinkontrollnachweisen
 - Substitutions- bzw. Entzugsbehandlung oder Drogentherapie und PsB bei drogenabhängigen Menschen
 - Konsumfreiheit bei Alkoholikern
- ein angemessener Wohnraum (Größe, Ausstattung, Hygiene u. Ä.) für Eltern und Kind
- geregelte finanzielle Versorgung der Familie (z. B. Hartz IV)
- Krankenversicherung für Eltern und Kind
- regelmäßige kinderärztliche Betreuung des Kindes
- Informationen zu weiterführenden Hilfsangeboten

EINLEITUNG EINER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Um eine Substitutionsbehandlung einzuleiten, werden zunächst ein nach den Richtlinien (BtMVV und RmVV) anerkannter Arzt und eine kompetente Person für die psychosoziale Betreuung benötigt. Diese Kontakte können über die regionalen Drogenberatungsstellen geknüpft und entsprechende Anträge dort bearbeitet werden. In der Regel haben die Drogenberatungsstellen sogenannte „niedrigschwellige“ Angebote, was bedeutet, dass die Klientin in den Öffnungszeiten kommen kann und nicht der Anspruch besteht, dass sie ohne Drogeneinfluss ist. Um jedoch einen angemessenen Gesprächs- und Zeitrahmen vorzufinden, ist es sinnvoll, zuvor einen Termin zu vereinbaren. Einige Klientinnen benötigen für diesen Schritt aus der Niedrigschwelligkeit die Begleitung durch Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter einer Drogenberatung oder Suchthilfeeinrichtung.



Einleitung einer Entzugsbehandlung

Um eine Entzugsbehandlung in Anspruch nehmen zu können, muss die Kostenübernahme dieser Maßnahme über die Krankenversicherung oder den Rentenversicherungsträger geklärt und die Behandlung in einer ambulanten, teilstationären, tagesklinischen oder stationären Einrichtung vereinbart sein. Auch hierfür werden in der Regel die notwendigen Kontakte und Termine über die regionale Suchtberatung geknüpft und die Verhandlungen mit den Versicherungsträgern und die Bearbeitung der Anträge dort gemeinsam mit der Klientin durchgeführt.

Hilfen zu Hause

In jeder Familie gibt es Situationen, in denen alles „aus dem Ruder läuft“ und kompetente Unterstützung im Umgang mit dem Kind oder den Kindern nottut. Kommt zu dem „normalen“ Alltagsstress eine Suchtproblematik eines oder beider Elternteile hinzu, kann es sehr schnell und regelmäßig zu Überforderungssituationen kommen, welche zu unangemessenem Verhalten gegenüber dem Kind führen können. Um diesen Situationen vorzubeugen, die Eltern zu entlasten und den Kindern einen Rahmen zu bieten, der sie in ihrer Entwicklung fördert und unterstützt, können die Eltern eine „Familienhilfe“ beim zuständigen Jugendamt beantragen. Der Einsatz dieser Hilfe wird in Umfang, Dauer und Zielsetzung zwischen der betroffenen Familie, dem Jugendamt und den Hilfetragern in einem Hilfeplan vereinbart (siehe Kapitel: „Familienhilfe“).

HILFEN IM BEREICH „WOHNEN“

Betreutes Wohnen (§ 72 oder § 39 SGB XII, BSHG)

Das Angebot des betreuten Wohnens richtet sich an Männer und Frauen, auch mit Kindern, in problematischen Lebenslagen, die ihre sozialen Schwierigkeiten nicht ohne fremde Hilfe bewältigen können.

Der § 72 BSHG beinhaltet Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten. Die Betreuungsangebote in diesem Rahmen sollen betroffenen Personen helfen, eine eigenständige Lebensführung zu erreichen.

Hilfen nach § 39 BSHG sind umfassendere Eingliederungshilfen, die eine Erkrankung oder Behinderung im Sinne von § 2 SGB bei der hilfebedürftigen Person voraussetzen. Eine Suchterkrankung erfüllt diese Kriterien.

Die Hilfe wird über die Soziale Wohnhilfe des örtlichen Bürgeramtes, Drogenberatungsstellen, Bewährungshilfe und andere Beratungsstellen vermittelt.

In der Regel kann man sich auch direkt an einen Hilfeträger wenden. Vom dortigen Sozialarbeiter wird nach dem Erstgespräch eine Stellungnahme beim Sozialamt bzw. Jobcenter eingereicht, wo dann über die Bewilligung der Hilfe entschieden wird.

Bei suchtkranken Menschen wird in der Regel eine zusätzliche Stellungnahme des sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD) zur Entscheidungsfindung hinzugezogen.

Die Hilfe kann in der eigenen Wohnung, in trägereigenen Wohnungen, in Wohngruppen oder Wohnheimen angeboten werden. In welcher Form die Hilfe am besten geleistet werden kann, wird in einem Erstgespräch bei den Hilfeträgern abgeklärt.



Stationäre und ambulante Suchttherapie

In süchtigen Familien sind alle Familienmitglieder von den Auswirkungen des Suchtverhaltens betroffen.

Wenn sich ein oder beide Elternteile für eine ambulante oder stationäre Suchttherapie entscheiden, ist es sinnvoll, diesen Prozess intensiv von einer Suchtberatungsstelle begleiten zu lassen. Hier werden die Eltern/Alleinerziehenden über die verschiedenen Therapiekonzepte und inhaltlichen Ausrichtungen informiert.

Wichtig ist dabei, die Rahmenbedingungen wie z. B. Kostenübernahme, Kostenträger, Aufnahmebedingungen oder Kontaktsperre zu besprechen. Ein weiterer Aspekt in der Beratung von Familien ist der Bereich der Nachsorge. Oft wird diese von stationären Therapieeinrichtungen mit angeboten.

Bei der Wahl der Therapieeinrichtung wird über besondere pädagogisch-therapeutische Konzepte bei der Versorgung der Kinder informiert.

Grundsätzlich sollten flankierend zur Aufnahme einer Therapie die Bedürfnisse der beteiligten Kinder in die Bedarfsplanung mit einbezogen werden. So wäre bei Aufnahme einer ambulanten Therapie eine begleitende Unterstützung im Rahmen von Einzel- oder Familienhilfe zu überlegen, um auch dem familiären Kontext zu entsprechen.



HERAUSGEBER UND AUTOREN

Diese Broschüre ist erstmals 2004 auf Grundlage des gemeinsam mit verschiedenen Institutionen und Personen erarbeiteten Berliner Leitfadens „Kind · Sucht · Familie“ entstanden, stellt jedoch eine komplette Neubearbeitung dar.

Alle in dieser Ausgabe gemachten Ausführungen sind sorgfältig geprüft, stellen aber keine rechtsverbindlichen Auskünfte dar.

Die Autoren oder Sanofi übernehmen keinerlei Haftung für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität des Inhalts.



Manuela Nagel Dipl.-Soz.-Päd.

Geboren 1962 in Berlin, Mutter von zwei Kindern, gelernte Chemielaborantin, Fachabitur in Chemie, Physik und Biologie.

Von 1984 bis 1988 Studium der Sozialpädagogik an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Berlin.

Von 1995 bis 2003 Ausbildung in Formen der Kommunikation (NLP) mit dem Abschluss als NLP-Trainerin.

1987 Mitgründerin der Infektionsambulanz der Klinik für Geburtsgeschichte für suchtmittelabhängige Schwangere und/oder HIV-infizierte Frauen und seitdem dort in der Betreuung betroffener Frauen und der organisatorischen Leitung der Ambulanz tätig.



Jan-Peter Siedentopf Dr. med.

Geboren 1970 in Frankfurt am Main, Vater von drei Kindern.
Suchtmedizinische Grundversorgung
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Von 1990 bis 1997 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität und der Humboldt-Universität Berlin. 1998–1999 Arzt im Praktikum an den Kliniken für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum.

Seit Mai 2000 suchtmedizinische und geburtsmedizinische Betreuung von Drogenabhängigen und substituierten Schwangeren im Rahmen der Infektionsambulanz der Klinik für Geburtsmedizin.

Oberarzt an der Klinik für Geburtsmedizin des Campus Virchow-Klinikums der Charité – Universitätsmedizin Berlin.



BUNDESWEITE ADRESSEN

Fach- und Trägerverbände

Akzept e. V.

Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik

Südwestkorso 14, 12161 Berlin

Kontakt: Christine Kluge-Haberkorn

Tel.: 030 82706946, Fax: 030 8222802

akzeptbuero@yahoo.de, www.akzept.org

Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband

Karlstr. 40, 79104 Freiburg

Tel.: 0761 200363, Fax: 0761 200350

www.caritas-suchthilfe.de

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e. V.

Heinrich-Albertz-Haus, Blücherstr. 62, 10961 Berlin

Tel.: 030 263090

www.awo.org

Bund für drogenfreie Erziehung (BdE)

Markt 24–26

21502 Geesthacht

Tel.: 04152 81342, Fax: 04152 81343

Info@drogenfreie-erziehung.de, www.drogenfreie-erziehung.de



Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. „buss“

Wilhelmshöher Allee 273, 34131 Kassel
Kontakt: Wolfram Schuler
Tel.: 0561 779351, Fax: 0561 102883
buss@suchthilfe.de, www.suchthilfe.de

Bundesweite Hotline zu Sucht- und Drogenfragen

Tel.: 01805 313031

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maasweg 140–161, 50825 Köln
Tel.: 0221 89920, Fax: 0221 8992300
info@bzga.de, www.bzga.de

Deutscher Caritasverband

Poststelle, Karlstr. 40, 79104 Freiburg im Breisgau
Tel.: 0761 2000, Fax: 0761 200572
info@caritas.de, www.caritas.de

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Westenwall 4, 59065 Hamm
Tel.: 02381 90150, Fax: 02381 901530
info@dhs.de, www.dhs.de

Deutscher Kinderschutzbund Bundesverband e. V. Bundesgeschäftsstelle

Schönberger Str. 15, 10963 Berlin
Tel.: 030 2148090, Fax: 030 21480999
www.dksb.de



DGS, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin

c/o Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung
der Universität Hamburg (ZIS)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Kontakt: S. Mollenhauer

Tel.: 040 741054221, Fax: 040 741055121

s.mollenhauer@dgsuchtmedizin.de, www.dgsuchtmedizin.de

Deutsches Rotes Kreuz e.V.

(DRK-Generalsekretariat)

Carstennstr. 58, 12205 Berlin

Tel.: 030 854040, Fax: 030 85404450

www.drk.de

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (FDR)

Gierkezeile 39, 10585 Berlin

Kontakt: Jost Leune

Tel.: 030 85400490, Fax: 030 85400491

mail@fdr-online.info, www.fdr-online.info

Fachverband Sucht e.V.

Walramstr. 3, 53175 Bonn

Kontakt: Dr. Volker Weissinger

Tel.: 0228 261555, Fax: 0228 215885

sucht@sucht.de, www.sucht.de

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS)

gvs@sucht.org, www.sucht.org



Gesellschaft gegen Alkohol und Drogengefahren (GAD)

Wolkensteiner Str. 1, 09518 Großröckerswalde
Tel.: 03735 660770, Fax: 03735 6607710
info@gad-sachsen.de, www.gad-sachsen.de

INDRO e. V. Institut zur Förderung qualitativer Drogenforschung, akzeptierender Drogenarbeit und nationaler Drogenpolitik e. V.

Bremer Platz 18–20, 48155 Münster
Tel.: 0251 60123, Fax: 0251 666580
indroeV@t-online.de, www.indro-online.de

Paritätischer Wohlfahrtsverband, Gesamtverband e. V.

Oranienburger Str. 13–14, 10178 Berlin
Tel.: 030 246360, Fax: 030 24636110
info@paritaet.org, www.paritaet.de

Pro Familia, Bundesgeschäftsstelle

Stresemannallee 3, 60596 Frankfurt
www.Profamilia.de



SUBSTITUTION BEI SANOFI

WWW.SUBSTITUTIONSPORTAL.DE





FRAGEN ZUM ALKOHOLKONSUM IN DER SCHWANGERSCHAFT

(Bitte unbedingt die Fragen so stellen wie sie hier formuliert sind)

1 IN WELCHER SCHWANGERSCHAFTSWOCHEN SIND SIE?

(Schwangerschaftswoche oder Entbindungstermin)

2 SEIT WANN WISSEN SIE, DASS SIE SCHWANGER SIND?

(Schwangerschaftswoche oder Datum)

3 HABEN SIE IM BISHERIGEN VERLAUF DIESER SCHWANGERSCHAFT ALKOHOL GETRUNKEN?

- nie
- 1-4 x monatlich
- einmalig
- 2-3 x in der Woche
- seltener als 1 x monatlich
- 4 x in der Woche oder häufiger

4 WENN SIE GETRUNKEN HABEN, WIE VIEL HABEN SIE AN EINEM TAG GETRUNKEN?

(Eine Einheit (10g) Alkohol entspricht etwa 0,33 l Bier, einem kleinen Glas Wein oder Sekt, einem Glas Likör oder einem kleinen Schnaps)

- 1 Einheit
- 3-4 Einheiten
- 2 Einheiten
- mehr als 4 Einheiten

AUSWERTUNG (Bitte zutreffendes Feld entsprechend Frage 3 und 4 ankreuzen)

nie 0	einmalig	weniger als 1 x monatlich	1-4 x monatlich	2-3 x wöchentlich	4 x wöchentlich und mehr
1 Einheit (A)	1	1	2	3	4
2 Einheiten (B)	1	2	3	4	5
3-4 Einheiten (C)	2	3	4	5	6
mehr als 4 Einheiten (D)	3	4	5	6	6

Nutzen Sie den QR-Code um den Fragebogen herunterzuladen. Zusätzlich finden Sie den Fragebogen in der Rubrik „Berliner EvAS“:
<https://geburtsmedizin.charite.de/leistungen/suchterkrankungen/alkohol/>





QUELLEN UND WEITERFÜHRENDE LITERATUR

1. Mücke S, et al. Neonatal Abstinence Syndrome: Twelve Years of Experience at a Regional Referral Center. *Klin Padiatr.* 2017; 229: 32–9.
2. Marcus U, an der Heiden M. Schätzung der Zahl der HIV-Neuinfektionen und der Gesamtzahl von Menschen mit HIV in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin.* 2016; 45: 497–509.
3. Gingelmaier A, et al. Schwangerschaftsverlauf und kindliches Outcome bei 599 HIV-exponierten Schwangerschaften an deutschen Schwerpunktzentren 1999–2003. *Geburtsh Frauenheilk.* 2005; 65 (11): 1058–63.
4. AWMF. Deutsch-Österreichische Leitlinie zur HIV-Therapie in der Schwangerschaft und bei HIV-exponierten Neugeborenen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/055-002.html>. 2017. (Zuletzt aufgerufen am 22.11.2017).
5. Pembrey L, Newell ML, Tovo PA. The management of HCV infected pregnant women and their children European paediatric HCV network. *J Hepatol.* 2005; 43 (3): 515–25.
6. Polywka S, Laufs R. Die vertikale Übertragung des Hepatitis-C-Virus von infizierten Müttern auf ihre Kinder. *Bundesgesundheitsbl.* 1999; 42: 562–568.
7. Kandall SR, et al. Differential effects of maternal heroin and methadone use on birthweight. *Pediatrics.* 1976; 58 (5): 681–5.
8. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016. Bundesministerium für Gesundheit. 2016.
9. Zhang K, et al. Maternal smoking and increased risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Leg Med (Tokyo).* 2013.
10. Bergmann RL, Spohr H-L, Dudenhausen JW (Hrsg.). Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel GmbH. 2006.
11. Hansen HH, et al. Cannabinoids enhance susceptibility of immature brain to ethanol neurotoxicity. *Ann Neurol.* 2008; 64 (1): 42–52.
12. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit. Methamphetamin-bezogene Störungen – Leitlinienreport. <http://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/literatur/s3-ll-methamphetamin-bezogene-stoerungen-llr.pdf>. 2016. (zuletzt aufgerufen am 23.11.2017).
13. Siedentopf J-P, et al. Behandlung und Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren in Berlin. Gemeinsam erarbeitete Grundsätze der Ärztekammer Berlin und der Klinik für Geburtsmedizin der Charité. *Berliner Ärzte.* 2002; 12 (39): 34–7.
14. Stauber M, Schwerdt M, Hollenbach B. Pregnancy, labour, and puerperium in heroin addicted women, with reference to experience and the present state of knowledge (author's transl). *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1982; 42 (5): 345–52.
15. Weingart-Jesse B, et al. Drug substitution and withdrawal in pregnancy. Indication, side effects, acute status, monitoring and results. *Gynakologe.* 1991; 24 (6): 322–6.
16. Siedentopf JP, et al. Erfahrungen mit der Buprenorphineinstellung und anschließenden Dosisreduktion im Vergleich zu L-Methadon bei schwangeren Opiatabhängigen. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2004; 64: 711–8.
17. Zedler BK, et al. Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child. *Addiction.* 2016; 111 (12): 2115–28.
18. L-Polamidon®-Lösung zur Substitution. Fachinformation Stand August 2017.
19. Finnegan LP, et al. Assessment and treatment of abstinence in the infant of drug-dependent mother. *Int J Clin Pharmacol.* 1975; 12 (1–2): 19–32.
20. Hueseman D, Nagel M, Obladen M. Neonataler Drogenentzug. *pädiatr prax.* 2008; 72: 381–91.
21. Kraft WK, et al. Buprenorphine for the Treatment of the Neonatal Abstinence Syndrome. *N Engl J Med.* 2017; 376 (24): 2341–8.
22. Der Bundestag in Zustimmung mit dem Bundesrat. Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen (Bundeskinderschutzgesetz - BKiSchG). https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id=%27bgbl111s2975.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl111s2975.pdf%27%5D_1510651432344. 2011. (zuletzt aufgerufen am 21.11.2017).

Fragen zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

(Bitte unbedingt die Fragen so stellen, wie sie hier formuliert sind!)

1.) In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?

(Schwangerschaftswoche oder Entbindungstermin)

2.) Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind?

(Schwangerschaftswoche oder Datum)

3.) Haben Sie im bisherigen Verlauf dieser Schwangerschaft Alkohol getrunken?

Nie einmalig Seltener als 1 x monatlich 1-4 x monatlich
2-3 x in der Woche 4 x in der Woche oder häufiger

4.) Wenn Sie getrunken haben, wie viel haben Sie an einem Tag getrunken?

(Eine Einheit (10g) Alkohol entspricht etwa 0,33l Bier, einem kleinen Glas Wein oder Sekt, einem Glas Likör oder einem kleinen Schnaps)

1 Einheit 2 Einheiten 3-4 Einheiten Mehr als 4 Einheiten

5.) Haben Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Ihren Alkoholkonsum geändert?

Nein Ja, ich trinke gar nichts mehr. Ja, ich trinke weniger. Ja, ich trinke mehr.

Auswertung (Bitte zutreffendes Feld entsprechend Frage 3 und 4 ankreuzen)

nie 0	einmalig	weniger als 1 x monatlich	1-4 x monatlich	2-3 x wöchentlich	4 x wöchentlich und mehr
1 Einheit (A)	1	1	2	3	4
2 Einheiten (B)	1	2	3	4	5
3 - 4 Einheiten (C)	2	3	4	5	6
mehr als 4 Einheiten (D)	3	4	5	6	6

WIEDERHOLTE BEFRAGUNG UND BERATUNG BEI JEDER ERNEUTEN VORSTELLUNG.

Wie geht's weiter?

Gruppe 0/1 (Ermutigung/Beratung)	Gruppe 2 (gründliche Beratung)	Gruppe 3 (ausführliche Beratung/Weiterleitung)	Gruppe 4-6 (suchtspezifische Behandlung)
Wenn das Ergebnis der Befragung ergibt, dass in der Schwangerschaft nie Alkohol getrunken wurde, sollte der Schwangeren auch für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft empfohlen werden, auf jeden Alkoholkonsum zu verzichten, um keine Risiken für die Schwangerschaft und das Kind einzugehen. Bei einem Alkoholkonsum von maximal einer Einheit weniger als 1x monatlich ist zwar nicht von nachweisbaren Schäden auszugehen. Um jedoch jedes Risiko auszuschließen, sollte ab sofort vollständig auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verzichtet werden.	Trinkmengen und -häufigkeiten dieser Gruppe weisen nicht auf ein hohes Risiko für alkoholbedingte Schädigungen beim Kind hin. Insbesondere, wenn nach Bekanntwerden der Schwangerschaft die Häufigkeit und/oder die Trinkmenge beibehalten wurden, ist jedoch ein Risiko für Beeinträchtigungen des sich entwickelnden Kindes nicht auszuschließen. Nur der vollständige Verzicht auf Alkohol im weiteren Verlauf der Schwangerschaft kann dieses Risiko für das Kind ausschließen.	Ohne eine bestehende Schwangerschaft lägen die Trinkmenge und -häufigkeit in einem gesellschaftlich häufig gelebten und weitgehend akzeptierten Rahmen. Der Konsum dieser Schwangeren liegt knapp unterhalb des Bereiches, für den eine Gefährdung des Kindes nachgewiesen wurde. Schwangeren der Gruppe 3 sollte umgehend zur Reduktion ihres Alkoholkonsums geraten werden. Um die Risiken für das Kind und die Mutter individuell angepasst einschätzen und ggf. eine angemessene Diagnostik und Therapie einleiten zu können, kann auch die Weiterleitung an eine spezialisierte Ambulanz notwendig sein. Neben einer ausführlichen Risikoaufklärung zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist der sofortige Alkoholverzicht anzuraten.	Schwangere, die die Kriterien der Gruppen 4-6 erfüllen, sollten unbedingt in einer suchtspezifischen Ambulanz oder Praxis, in einer Alkoholberatungsstelle oder, sofern vor Ort vorhanden, bei speziellen Beratungseinrichtungen vorgestellt werden, da alkoholbedingte Schäden für das Kind nicht auszuschließen sind. Eine adäquate Diagnostik, Beratung, Behandlung, Betreuung und Therapie für Mutter und Kind in der Schwangerschaft und nach der Geburt sind notwendig. Ziel ist es, den weiteren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit angemessener Unterstützung zu vermeiden oder wenigstens weitestgehend einzuschränken.

RISIKEN FÜR DEN VERLAUF DER SCHWANGERSCHAFT UND KINDLICHE RISIKEN

	Im Schwangerschaftsverlauf	Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft	Während und nach der Geburt	Langfristig
Heroin	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Abortrate • Frühgeburtlichkeit • Wachstumsstörungen • durch Beimischungen Gefahr von Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsstörungen • Enzephalopathie • vorzeitige Wehen • vorzeitige Plazentaablösung • Früh- und Fehlgeburten • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand nach der Geburt • Entzugssyndrom des Neugeborenen • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen
Substitutionsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • (potentielle) Frühgeburtlichkeit • (potentielle) Wachstumsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsstörungen • Enzephalopathie • vorzeitige Wehen • vorzeitige Plazentaablösung • Früh- und Fehlgeburten • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Entzugssymptome beim Neugeborenen • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Atemdepression 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen
Kokain	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsretardierung • Enzephalopathie • vorzeitige Wehen • vorzeitige Plazentaablösung • Früh- und Fehlgeburten • intrauteriner Kindstod • Fehlbildungen (Herz, Gehirn, Harn- und Geschlechtsorgane) 	<ul style="list-style-type: none"> • keine bekannten Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. Folgen der Fehlbildungen • Verstärkung von Opiatentzugssymptomen möglich • erhöhte Irritabilität, Reizbarkeit, gesteigerte Unruhe, Trinkschwäche 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgen der Fehlbildungen • Entwicklungsstörungen
Benzodiazepine	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsretardierung • Enzephalopathie • Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Krampfanfälle • vorzeitige Wehen • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand • Entzugssymptome • deutliche Verstärkung von Opiatentzugssymptomen • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgen der Fehlbildungen • Entwicklungsstörungen
Alkohol	<ul style="list-style-type: none"> • Alkohol ist Ursache für die häufigste vermeidbare angeborene Fehlbildung, das Fetal Alcohol Syndrome (FAS) mit (u. a.): • Fehlbildungen des Herzens • Fehlbildungen im Gesichtsbereich • Wachstumsretardierung • neurologischen Störungen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine negativen Folgen <p>Bei körperlichen Entzugssymptomen der Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krampfanfälle • vorzeitige Wehen • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • ggf. Folgen der angeborenen Fehlbildungen • geringer Saugreflex, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • neurologische Entwicklungsstörungen • Minderwuchs • Stigmatisierung durch Gesichtsfehlbildungen • Verhaltens- und Lernstörungen
Nikotin	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsretardierung • Fehl-, Frühgeburten • Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit • Verstärkung von Opiatentzugssymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • plötzlicher Kindstod • allergische Erkrankungen • Atemwegserkrankungen
Cannabis, Haschisch, Marihuana	<ul style="list-style-type: none"> • Gefahren wie bei Nikotin zu werten • Verstärkung von Alkoholeinflüssen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • erhöhte Komplikationsrate • perinatale Morbidität und Mortalität erhöht • Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit, Trinkschwäche • Verstärkung von Opiatentzugssymptomen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gedächtnisstörungen • Lernstörungen • Folgen der Fehlbildungen
Ecstasy, Speed, Amphetamine	<ul style="list-style-type: none"> • neurologische Störungen • Fehlbildungen 	<ul style="list-style-type: none"> • keine negativen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verstärkung von Opiatentzugssymptomen • Anpassungsstörungen nach der Geburt 	<ul style="list-style-type: none"> • Lern- und Gedächtnisstörungen • Folgen der Fehlbildungen
Schmerzmittel WHO Stufe II Tramadol, Tilidin	<ul style="list-style-type: none"> • keine Gefährdung bekannt 	<ul style="list-style-type: none"> • Entzugssymptome • vorzeitige Wehen 	<ul style="list-style-type: none"> • Opiatentzug 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Folgen bekannt
Mischkonsum	<p>Je nach Einzelsubstanz, teilweise mehr als additive Effekte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • angeborene Fehlbildungen • erhöhte Abortrate • Frühgeburtlichkeit • Wachstumsstörungen • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Wachstumsstörungen • Enzephalopathie • vorzeitige Wehen • vorzeitige Plazentaablösung • Früh- und Fehlgeburten • intrauteriner Kindstod 	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand • schwere und lang anhaltende Entzugssymptome, je nach Einzelsubstanzen, teilweise mehr als additive Effekte 	<p>Je nach Einzelsubstanz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • angeborene Fehlbildungen • erhöhte Infektanfälligkeit • Entwicklungsverzögerung • Lernstörungen • plötzlicher Kindstod • ggf. Folgen der geburts-hilflichen Komplikationen

