



DROGEN & SCHWANGERSCHAFT





EIN LEITFADEN
FÜR FACHKRÄFTE



Mit Best-
Practice-
Beispielen
aus
Nürnberg




DROGEN & SCHWANGERSCHAFT – EIN LEITFADEN FÜR FACHKRÄFTE

	Grußwort	7
	1 Sucht und Schwangerschaft	8
	2 Lebensrealitäten schwangerer Frauen mit Drogenproblematik	11
	2.1 Biographische Hintergründe	12
	2.2 Familiäre und soziale Situation	13
	2.3 Sozioökonomische Situation	15
	2.4 Gesundheitliche Situation	16
	2.5 Ungeplante, unerwünschte und spät erkannte Schwangerschaften	17
	2.6 Ressourcen	19
	3 Auswirkungen der Lebensrealitäten auf Schwangerschaft, Geburt und das (ungeborene) Kind	20
	3.1 Bedeutung der (Früh-)Schwangerschaft	21
	3.2 Schwangerschaft, Sucht und komorbide psychische Erkrankungen	22
	3.3 Schwangerschaft, Sucht und Trauma	24
	3.4 Schwangerschaft, Sucht und Bindung	25
	3.5 Auswirkungen der emotionalen Belastung auf das (ungeborene) Kind	26
	4 Auswirkungen der verschiedenen Substanzen auf das (ungeborene) Kind	28
	4.1 Benzodiazepine	29
	4.2 Heroin	30
	4.3 Kokain	30
	4.4 Cannabis, Haschisch, Marihuana	31
	4.5 (Meth-)Amphetamin	31
	4.6 Partydrogen, „Legal Highs“ und Kräutermischungen	32

5	Stillen	33
6	Das Hilfesystem	36
6.1	Suchtmedizin	36
6.1.1	Entgiftung	37
6.1.2	Entwöhnung	37
6.1.3	Substitution	38
6.1.3.1	Vorteile der Substitutionsbehandlung	38
6.1.3.2	Doch noch schnell clean werden vor der Geburt?	40
6.1.3.3	Substitutionsmittel	41
6.1.3.4	Weitere stabilisierende Maßnahmen	42
6.2	Medizinische Versorgung	45
6.2.1	Gynäkologie (ambulant)	45
6.2.2	Geburtshilfe /-klinik	48
6.2.2.1	Präpartal	48
6.2.2.2	Geburtssituation	50
6.2.2.3	Postpartal	51
6.2.3	Neonatologie und Pädiatrie	52
6.2.3.1	Vorgehen	52
6.2.3.2	Neonatales Abstinenzsyndrom (NAS)	53
6.2.3.3	Einbezug der Mütter	56
6.2.3.4	Entlassmanagement	58
6.2.3.5	Nachsorge bei NAS	58
6.3	Hebammen	59
6.4	Psychiatrische und psychologische Begleitung	59
6.5	Ambulante Suchthilfe/Psychosoziale Beratungsstelle	61
6.5.1	Erreichen der Zielgruppe	61
6.5.2	Hilfreiches	62
6.5.3	Konkretes Vorgehen	63
6.5.4	Vermittlungen	64
6.6	Jugendamt	65
6.7	Frühe Hilfen	67
6.8	Schwangerschaftsberatungsstellen	68
7	Anforderungen an und Hilfreiches im Hilfesystem	69
7.1	Anforderungen an das Hilfesystem	69
7.2	Ziele	71
7.3	Hilfreiches für die Fachkräfte	72

8	Kooperationen am Beispiel der Stadt Nürnberg	74
8.1	Runde Tische	75
8.1.1	Zweck der Runden Tische	76
8.1.2	Teilnehmende	76
8.1.3	Hilfreiches für die Runden Tische	77
8.1.4	Moderationsschema	77
8.2	Kooperationsvereinbarung zwischen Substitutionspraxis und Psychosozialer Beratungsstelle (PSB) zur verbesserten Versorgung schwangerer substituierter Frauen	78
8.3	Vorgehen Substitutionspraxis Dr. Seiler/ Wiesinger in der Straßenambulanz Franz von Assisi der Caritas Nürnberg	79
8.4	Entgiftung Klinikum Nürnberg	80
8.5	Frühen Hilfe bei Lilith e.V. für suchtmittelabhängige oder substituierte Frauen mit Kindern zwischen 0 und 6 Jahren und ihre Vermittlung an die Jugendhilfe	80
9	Handzettel für (werdende) Mütter	82
9.1	Ärztliches Attest	83
10	Weiterführende Informationen & Links	85
11	Literaturnachweise	85



*„Der Weg aus
der Erkrankung
ist eben keiner
des freien Willens,
sondern
der richtigen
Therapie.“*

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Leine angemessene Unterstützung und Begleitung von drogenabhängigen Eltern und deren ungeborenen und geborenen Kindern ist eine in unserer Gesellschaft bedeutsame Aufgabe. Die spezifische Begleitung durch medizinische Versorgung als auch psychosoziale Ansprache ermöglicht vielen Müttern, Vätern und Kindern im optimalen Fall den glücklichen Ausgang einer Schwangerschaft und auch den Ausstieg aus einer langen Drogenlaufbahn. Zu diesem Zwecke werden im Bezirk Mittelfranken daher seit vielen Jahren spezielle Angebote vorgehalten. Diese gilt es auch unter Berücksichtigung des Zusammenspiels der medizinischen und psychosozialen Sichtweise stetig weiterzuentwickeln und anzupassen. Auch bei der Erstellung dieses Leitfadens waren diese unterschiedlichen Fachexpertisen prägend.

Das Thema Schwangerschaft und Sucht wird auch im Runden Tisch Sucht des Bezirks Mittelfranken regelmäßig behandelt. Hieraus entstand die Idee, ein Nachschlagewerk für die Fachöffentlichkeit in Mittelfranken zur Verfügung zu stellen.

Dieser Leitfaden soll dazu dienen, bestehende Angebote bekannt zu machen, diese zu vernetzen und weiterzuentwickeln. Neben der Sensibilisierung der Fachkräfte rund um das Thema Schwangerschaft und Drogen ermöglicht der Leitfaden sachverständigen Rat zu erhalten, Handlungssicherheiten zu schaffen, Fachkräfte fortzubilden und zu multiplizieren.

Wir übergeben den Leitfaden *Sucht & Schwangerschaft* der Öffentlichkeit mit dem Ziel, die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Schwangeren und deren ungeborenen Kindern zu verbessern, Eltern und Angehörige auf ein verantwortungsvolles Familienleben vorzubereiten und damit dem Nachwuchs ein Aufwachsen in kindgerechter Umgebung zu ermöglichen.

Bezirkstags-
präsident
Armin Kroder



Stellvertreterin
des Bezirkstags-
präsidenten und
Vorsitzende des
Runden Tisches Sucht
Christa Naaf



SUCHT UND SCHWANGERSCHAFT

Der Wunsch nach eigenen Kindern ist für viele Menschen ein elementares und zentrales Lebensziel. Das gilt für gesunde Personen ebenso wie für solche, die an physischen oder psychischen Erkrankungen leiden.

So lässt sich auch in den Lebensentwürfen Suchtkranker häufig ein ausgeprägter Wunsch nach einer eigenen Familie finden, nach Übernahme der Elternrolle und nach einem ganz „normalen“ Leben. Damit verbunden ist oft die Sehnsucht nach unantastbarer Zugehörigkeit, Geborgenheit und Schutz als Gegenmodell zu den Lebensrealitäten stark Suchtkranker, welche meist von Traumaerfahrungen, Angst, Verlust und Mangel geprägt sind.

Eine Schwangerschaft kann dann als Chance zum Ausstieg erscheinen: „Wenn ich erst schwanger bin, nehme ich keine Drogen mehr“ – das ist ein sicher schon oft gedachter schöner Traum. Manchen suchtkranken Frauen gelingt dies auch. Leider ist bei Suchtkranken die Abstinenz aber nicht primär eine Frage eines starken Willens. Vielmehr ist Sucht definiert als sehr starker Wunsch oder Zwang zum Konsum, der sich der mentalen Kontrolle entzieht. Die Abstinenzphasen werden im Lauf der Zeit kürzer,

der Konsum wird auch trotz des Wissens um die verheerenden Folgen fortgesetzt. Im Falle einer Abhängigkeit erfolgt eine Toleranzentwicklung mit Steigerung der Dosis, bei Absetzen Entzugserscheinungen, die je nach Substanz quälend bis lebensgefährlich sein können. Zuletzt dreht sich das Leben hauptsächlich um die Befriedigung der Sucht. Beruf, Hobbies und soziale Kontakte werden vernachlässigt, wenn sie nicht dieser Suchtbefriedigung dienlich sind¹.

Ein Großteil der Frauen mit Drogenproblematik hat im Laufe des Lebens (sexualisierte) Gewalt erlebt, häufig mit schweren Traumafolgestörungen. Eine Schwangerschaft kann dazu führen, dass solche verletzenden Erlebnisse präsenter werden und der Suchtdruck dadurch noch zunimmt.

Aber auch wenn es gelingt, während der Schwangerschaft ganz auf illegale Drogen zu verzichten, so bleiben die Probleme, welche zur Sucht geführt haben, meist bestehen, wie beispielsweise Bindungsstörungen, psychische Erkrankungen oder Traumata.

Hinzu kommen komplexe Problemlagen, die sich aus der Suchterkrankung selbst oder auch aus einem langjährigen Leben im Drogenmilieu entwickelt haben, wie Schulden, körperliche Erkrankungen, Zerwürfnisse mit der Familie u. a.

Wie fast alle Eltern lieben auch Elternteile mit Drogenproblematik ihre Kinder über alles. Gleichzeitig erleben sie das eigene Versagen, insbesondere in Anbetracht der hohen Erwartungen, die von außen an sie herangetragen werden und welche sie – nicht selten in erhöhter Weise – an sich selbst stellen. Aus dem Wissen der eigenen Unzulänglichkeit zur Abstinenz und der vielfältigen Problemlagen, die ihr Leben bestimmen, entsteht ein schlechtes Gewissen und Wut auf sich selbst, die wiederum das Suchtverlangen eher steigern.

Von der Gesellschaft werden suchtkranke Eltern zusätzlich stigmatisiert. Aus Scham- und Schuldgefühlen und aus Angst vor einem möglichen Sorgerechtsentzug erfolgt dann ein sozialer Rückzug. Trotz der multiplen Schwierigkeiten finden so viele (werdende) Eltern nicht den Weg in das Hilfesystem oder verschweigen dort ihre Suchterkrankung.

Gleichzeitig werden dieser Personengruppe kaum sichtbare, passgenaue Angebote gemacht. So bleiben nicht nur die Schwangeren, die Mütter und die (werdenden) Väter, sondern vor allem auch die Kinder im Verborgenen und ohne die notwendige Unterstützung. Dies erhöht die Gefahr möglicher kindlicher Schädigungen bis hin zur Kindeswohlgefährdung deutlich.

Kinder suchtkranker Eltern sind bereits im Mutterleib vielfältigen Risiken und Belastungen ausgesetzt und weit über Schwangerschaft und Neonatalzeit hinaus hoch gefährdet, psychischen oder physischen Schaden zu nehmen. Dies unterstreicht die Bedeutung der interdisziplinären, langfristig angelegten Betreuung (werdender) Mütter mit Drogenproblematik und ihrer (ungeborenen) Kinder: prä-, peri- und postpartal sowie in der frühen Kindheit und bei Bedarf weit darüber hinaus⁷.

In den letzten Jahren wurden in Nürnberg interdisziplinäre Netzwerke im Sinne einer verbindlichen Kooperation sowie explizite Angebote für (werdende) Eltern geschaffen. Dabei gilt es, mit den Betroffenen zu reden, nicht über sie. Ziele sind die frühzeitige Unterstützung der Klientel schon während der Schwangerschaft, die Vermeidung pränataler Schädigungen des Ungeborenen und die Sicherstellung des Kindeswohls nach der Geburt.

Der vorliegende Leitfaden bezieht sich dabei vor allem auf Hilfebedarf und Angebote für Schwangere, wohl wissend, dass auch (werdende) Väter einen großen Unterstützungsbedarf haben.

Dieser Leitfaden soll Fachkräfte dabei unterstützen, die Zielgruppe der Schwangeren zu erreichen und sie wertschätzend und kompetent zu begleiten. Er soll motivieren, sichtbare Angebote für (werdende) Eltern mit Drogenproblematik und für ihre Kinder zu schaffen und Anregungen anhand gelingender Kooperationen am Beispiel der Stadt Nürnberg geben.



Nach unserer Erfahrung können suchtkranke Menschen liebe- und verantwortungsvolle Eltern sein. Niemand hat das Recht, ihnen das pauschal ohne stichhaltige, individuelle Gründe abzusprechen. Eine Unterstützung der Kinder gelingt am ehesten durch eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern. Das verlangt den Mut zu einem transparenten und wertschätzenden Umgang, der das Wohl des Kindes im Auge behält, den Eltern aber durch Unterstützung Sicherheit bietet und ihnen somit den Weg in eine dauerhafte Kooperation ermöglicht. Ein Gefühl der Empörung über suchtkranke Eltern fühlt sich oft moralisch richtig an, verbessert aber weder das Leben der Eltern noch das der Kinder und führt nur dazu, dass wichtige Informationen und Begleitumstände verheimlicht und verschleiert werden.



² **LEBENSREALITÄTEN SCHWANGERER FRAUEN MIT DROGENPROBLEMATIK**

Bei suchtkranken Schwangeren handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit großen Unterschieden hinsichtlich Konsummuster, Stabilität, psychischer und physischer Gesundheit, sozialer Integration und Kontakten zum Hilfesystem. Sie umfasst sozial gut integrierte Frauen ebenso wie körperlich, seelisch und sozial massiv beeinträchtigte Frauen. Gemeinsam ist allen drogenabhängigen (schwangeren) Frauen, dass sie ihr Leben unter multiplen Belastungen bewältigen müssen. Gleichzeitig finden suchtkranke (werdende) Mütter aus verschiedenen Gründen nur schwer Zugang zum Hilfesystem⁴.

Im Folgenden werden die gravierendsten Belastungen dargestellt, die in unterschiedlich starker Ausprägung von Relevanz sein können und bei der Konzeption geeigneter Unterstützungsangebote berücksichtigt werden müssen, um den Frauen sowie ihren (ungeborenen) Kindern gerecht zu werden.



Sucht hat viele Gesichter und findet sich in verschiedensten Schweregraden in allen Bereichen der Gesellschaft. Sucht ist eine anerkannte Erkrankung, kein charakterlicher Makel. Suchterkrankte und deren Angehörige brauchen medizinische und therapeutische Hilfe, dann ist Sucht oft gut behandelbar.

2.1 BIOGRAPHISCHE HINTERGRÜNDE

In den Lebensläufen suchtkranker, v.a. polytoxikomaner und von illegalen Drogen abhängiger Frauen finden sich überproportional häufig interpersonelle Gewalterfahrungen (psychisch, physisch, sexuell) und das Fehlen von Bindungssicherheiten (emotionale Nähe, Sicherheit, Verlässlichkeit und Geborgenheit) in der Kindheit und Jugend. Häufig ist die Suchtbelastung schon in der Herkunftsfamilie Alltagsrealität. Protektive, stabilisierende Faktoren wie z.B. verlässliche Bezugspersonen fehlen dagegen in den meisten Biographien.

Der Konsum von Suchtmitteln kann in diesem Kontext interpretiert werden als die momentan einzig verfügbare Bewältigungsstrategie in einer unerträglichen und nicht kontrollier- oder bewältigbar erlebten Lebenssituation.

Die Funktion, die eine Droge im Leben der Konsumentin erfüllt, ist individuell unterschiedlich. Neben der Selbstmedikation, also dem Versuch der Linderung psychischer Symptome und der Emotionsregulation (z.B. anhaltende Übererregung, Angst, Flashbacks) erfüllt der Suchtmittelkonsum bei Frauen häufig auch den Zweck, reibungslos zu funktionieren und die verschiedenen Aufgaben und Anforderungen des Alltags zu bewältigen².

Mittel- und langfristig resultieren aus diesen dysfunktionalen Selbstheilungs- und Bewältigungsversuchen zwangsläufig weitere negative Konsequenzen. Es erfolgt eine Verfestigung und häufig Verschlechterung der ohnehin schon belasteten psychosozialen und gesundheitlichen Situation der betroffenen Frauen. Der Drogen-, Alkohol- und/oder Medikamenten-Konsum führt über eine Phase des Missbrauchs in eine Abhängigkeit mit stoffgruppenspezifischen Abhängigkeitsmustern.

Je nach Alter bei Beginn der Suchtmittelabhängigkeit sind die Frauen in unterschiedlichen Stadien der Persönlichkeitsentwicklung verhaftet, haben unterschiedliche Lebenskompetenzen entwickelt und Entwicklungsschritte erreicht (z.B. Schulabschluss, Berufsausbildung, feste Partnerschaft, stabile Wohnverhältnisse etc.).

Vieles deutet darauf hin, dass sich Suchterkrankungen bei Menschen mit Kindheitstraumatisierungen früher manifestieren und durch den fortschreitenden Verlauf die Traumafolgestörungen überlagern. Das Ausmaß des sozialen Abstiegs, der sozialen Isolation, der persönlichen „Funktionsstörung“ und der psychosozialen Symptomatik ist bei Frauen mit Sucht und PTBS deutlich erhöht³.



In den Lebensläufen vieler suchtkranker Frauen finden sich belastende und/oder traumatische Erfahrungen, wohingegen stabilisierende Faktoren häufig fehlen. Suchtkranke versuchen im Gegensatz zu gesunden Konsument*innen (egal ob Nikotin, Alkohol, Drogen, Internet, Spielen o. a.), psychischen Leidensdruck mit dem Konsum zu lindern. Daraus entstehen Teufelskreise, aus denen aber Wege heraus gefunden werden können.

2.2 FAMILIÄRE UND SOZIALE SITUATION

Der Alltag Drogen konsumierender Frauen ist häufig geprägt von Gewalt und sozialer Desintegration bis hin zur Isolation. Das soziale Umfeld ist, vor allem in der Drogenszene oft nicht selten bestimmt von männlicher Kontrolle bzw. Gewalt. Es existieren meist nur wenig stützende soziale Kontakte. Ein Großteil der betroffenen Frauen ist alleinerziehend. Oft resultieren erlernte Verhaltensmuster und/oder unbehandelte Traumafolgestörungen der Frauen in einer Wiederholung pathologischer Beziehungsmuster und dem Verhaften in symbiotischen und/oder instabilen Beziehungen. Viele erleben fortgesetzte Gewalterfahrungen durch Partner oder andere Männer des sozialen Umfelds (Beschaffungsprostitution, Drogenszene), wodurch sie immer wieder potentiell retraumatisierenden Situationen ausgesetzt sind.

Diskontinuität und Instabilität der Beziehungen in suchtblasteten Familiensystemen, z. B. durch stationäre Therapien oder Inhaftierungen der Mutter oder Fremdunterbringungen der Kinder stellen gravierende Risikofaktoren im Leben der Kinder dar.

Frauen mit unregelmäßigem Drogenkonsum können sozial integriert und nach außen hin unauffällig leben. Auch bei regelmäßigem Konsum gelingt es manchen, die Fassade eine gewisse Zeit aufrecht zu erhalten. Insbesondere Crystal Meth ist als „Droge unserer Zeit“ für relativ wenig Geld in allen sozialen Schichten verfügbar.

Eine stabile, begebrauchsfreie Substitution opiatabhängiger Frauen ermöglicht diesen mitunter ein sozial integriertes Leben mit – in unterschiedlichem Ausmaß – geregelten Wohn-, Arbeits- und finanziellen Verhältnissen sowie stützenden sozialen Beziehungen.

Viele suchtkranke Schwangere und Mütter haben Schwierigkeiten mit der Übernahme von Verantwortung, mit Verbindlichkeiten oder der Tagesstrukturierung. Dies kann den Familienalltag chaotisch werden lassen und die Belastung für alle Beteiligten erhöhen.

Suchtmittelkonsumierende Frauen verfügen selten über positive Vorbilder oder Erfahrungen im Hinblick auf Bindungs- und Erziehungsverhalten. Daraus resultieren häufig unrealistische, überhöhte und diffuse Vorstellungen und Ansprüche an das eigene Handeln als Mutter, eine massive Idealisierung der Mutterrolle und der Wunsch nach einer „heilen Familie“ als alternativem Lebensentwurf, der sozial erwünscht und gesellschaftlich akzeptiert ist²⁵. Dabei haben die Frauen häufig geringe Selbstwirksamkeitserwartungen und ein instabiles, meist negatives Selbstwertgefühl. Dies führt zwangsläufig zu einer starken Verunsicherung hinsichtlich der eigenen Erziehungskompetenz und dem tatsächlichen Erziehungsverhalten. Die Frauen erleben sich ohnmächtig und hilflos und haben Angst zu versagen. Ihre Selbstwahrnehmung ist meist sehr selbstkritisch und abwertend. Dementsprechend ängstlich und verletzlich sind sie gegenüber Äußerungen anderer Menschen. Unsicherheiten, das Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit und ein negatives Selbstwertgefühl belasten die Mutter-Kind-Interaktion und erschweren Veränderungen und das Ertragen von Konfliktsituationen. Vom Helfersystem erfordert das ein besonders empathisches und wertschätzendes Verhalten.

Viele suchtkranke Eltern sind sich bewusst, dass ihr Substanzkonsum erhebliche negative Auswirkungen auf die Versorgung der Kinder und auf die Erziehungskompetenz haben kann. Daraus resultieren meist massive Schuld- und Schamgefühle, jedoch auch eine starke Motivation „es besser zu machen“ und/oder das Konsumverhalten zu ändern. Mitunter besteht bereits der Kontakt zum Kinder- und Jugendhilfesystem. Dieser ist jedoch häufig ambivalent und angstbesetzt. Die Art der Vorerfahrungen mit dem Kinder- und Jugendhilfesystem spielen dabei eine Rolle, jedoch auch die meist massiven Scham- und Schuldgefühle sowie die Angst vor einer Inobhutnahme des Kindes.



Wenn bei Suchterkrankten familiäre Unterstützung fehlt, wird für deren Kinder eine hilfsorientierte Begleitung umso wichtiger. Entscheidend ist es, Druck und Überlastung abzubauen statt zu erhöhen. Letzteres kann auch ungewollt durch ein Übermaß an Hilfsangeboten passieren. Schwieriger wird es, wenn Suchtfolgen durch familiäre Überprotektion im Sinne koabhängiger Strukturen abgeschottet werden.

2.3 SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION

Häufig geht die Abhängigkeit von illegalen Drogen einher mit abgebrochenen (Schul-)Ausbildungen, (drohender) Erwerbslosigkeit, finanziellen Sorgen bzw. Armut und Verschuldung, schwierigen Wohnverhältnissen bis hin zur Wohnungslosigkeit. Andererseits steigert gerade der Methamphetaminkonsum vorübergehend die Leistungsfähigkeit, was dazu führen kann, dass Konsumentinnen eine Zeit lang erfolgreich im Beruf sind oder mehrere Jobs gleichzeitig ausüben können. Mit den im Verlauf überwiegenden negativen Auswirkungen des Methamphetaminkonsums (v. a. Antriebslosigkeit, herabgestimmter Affekt, Gefühl der Gefühllosigkeit, Aggressivität, starke Erschöpfung) kommt es häufig auch zu einer Verschlechterung der materiellen und finanziellen Lebensbedingungen.

Der abhängige Konsum illegaler Drogen impliziert in der Regel eine gesellschaftliche Stigmatisierung: Neben Abweichungen von der sozialen Norm in Aussehen und/oder Verhalten führen strafrechtliche Konsequenzen z. B. der Beschaffung oder des Besitzes von illegalen Drogen zur sozialen Ausgrenzung bzw. Verstärkung des Gefühls, einer sozialen Randgruppe anzugehören. Durch die Illegalität der Substanzen und die damit einhergehende Kriminalisierung leben viele Konsument*innen in ständiger Angst vor polizeilichen und juristischen Konsequenzen.

Diese sozioökonomischen Benachteiligungen bilden einen weiteren typischen Stressor im Leben von Kindern aus suchtblasteten Familiensystemen, die dadurch bereits früh von gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen werden. Darüber hinaus erhöht die Belastung der Eltern durch existenzielle Sorgen das Risiko der Kinder, vernachlässigt oder misshandelt zu werden.



Von Suchtkrankheit belastete Familien brauchen oft einen Ausweg aus der Schuldenfalle. Neben Schuldnerberatung helfen Sachspenden, Wohngeld und Berechtigungskarten zur Kostenübernahme von Aktivitäten, um einer Benachteiligung der Kinder entgegenzuwirken. Eine unkontrollierte Vergabe von Bargeld stellt dagegen für viele Suchtkranke eine Versuchung dar, der sie nichts entgegensetzen können.

2.4 GESUNDHEITLICHE SITUATION

Als gravierende gesundheitliche Risiken des intravenösen Substanzkonsums und des riskanten Sexualverhaltens müssen während einer Schwangerschaft Infektionskrankheiten beachtet werden (v.a. Hepatitis B und C, HIV), welche häufig im Mittelpunkt der Sorge stehen. Nicht alle körperlichen und seelischen Symptome und Erkrankungen sind jedoch direkt durch den Drogenkonsum erklärbar. Der stressbelastete und entbehrungsreiche Alltag suchtkranker Frauen, in dem elementare Grundbedürfnisse wie Schlaf, Ernährung oder Hygiene häufig vernachlässigt werden, resultiert meist in weiteren somatischen Erkrankungen, wie z. B. Atemwegserkrankungen, chronischen Wunden oder einem ruinösen Zahnstatus. Der Ernährungszustand ist überwiegend schlecht.

Darüber hinaus sind viele der Frauen durch komorbide psychische Erkrankungen belastet, deren Symptome nicht selten durch den Drogenkonsum abgemildert werden sollen. Wie Lüdecke^{3, S.11} schreibt, „ist Komorbidität bei Suchtkranken eher die Regel als die Ausnahme“. Vor allem schwer suchtkranke Frauen weisen häufig komorbide psychiatrische Erkrankungen auf, wie Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen, ADHS, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (v.a. emotional-instabile und dissoziale Persönlichkeitsstörungen). Auch ein unregelmäßiger Konsum kann im Sinne der Selbstmedikationshypothese zur Linderung psychischer oder physischer Symptome (z. B. Schmerzen, Schlafstörungen) erfolgen, die eine Reduktion von Dosis und Häufigkeit erschweren.

Körperliche und psychische Symptome werden durch Störungen der Selbstwahrnehmung und/oder den Konsumstatus oft nicht wahrgenommen oder als Entzugssymptome fehlinterpretiert. Auch für Fachkräfte ist die differentialdiagnostische Abgrenzung zwischen komorbiden psychischen Störungen und psychischer Symptomatik aufgrund von Intoxikation/Entzug nicht immer einfach. So führt z.B. chronischer

Methamphetaminkonsum bei vielen Konsumenten zu einem über Monate andauernden Entzugssymptom mit depressiven Symptomen (Gefühl der Gefühllosigkeit, Antriebsschwäche, emotionale Labilität und erhöhte Reizbarkeit, bis hin zu Suizidalität).

Den Weg in das Gesundheitssystem finden schwangere Frauen mit einer Drogenproblematik seltener als Schwangere ohne Suchterkrankung. Ebenso setzt psychotherapeutische und/oder psychiatrische Hilfe häufig gar nicht oder viel zu spät ein.



Suchtkranke leiden häufig unter multiplen körperlichen und psychischen Beschwerden und Erkrankungen. Der Suchtmittelkonsum kann hier als fehlgeleitete Bewältigungsstrategie interpretiert werden. Da sie sich als Patient*innen zweiter Klasse fühlen, meiden viele den Weg in eine ärztliche Praxis bzw. verschweigen hier eine Suchtthematik. Gelingt jedoch eine Behandlung und sinkt der Leidensdruck, führt das oft zu nachhaltigen Änderungen in Selbstwahrnehmung und Verhalten.

2.5 UNGEPLANTE, UNERWÜNSCHTE UND SPÄT ERKANNTEN SCHWANGERSCHAFTEN

Schwangerschaften von Frauen ohne Drogenproblematik sind häufig geplant und werden früh festgestellt, so dass den werdenden Eltern genügend Zeit bleibt, sich den Veränderungen und den möglichen Ängsten zu stellen. Sie können sich auf das Baby freuen und alles Notwendige vorbereiten. Für Frauen mit einer Drogenproblematik stellt sich diese Situation meist ganz anders dar. Es kommt häufiger zu ungeplanten, unerwünschten oder spät erkannten Schwangerschaften.

Die Empfängnisverhütung ist durch verschiedenen Aspekte erschwert.

- Durch sexualisierte Gewalt traumatisierte Frauen können sich mit dem Thema Sexualität nur sehr schwer oder gar nicht auseinandersetzen.
- Neben Prostitution und sexueller Gewalt kann auch ein riskantes Sexualverhalten zum Beispiel unter dem Einfluss von Methamphetaminen zu ungeplanten Schwangerschaften führen.

- Durch den Konsum illegaler Drogen, aber auch durch ungünstige Lebensbedingungen, kann es bei Frauen zu Zyklusunregelmäßigkeiten und Amenorrhoephasen kommen. Mit Ausbleiben der Regelblutung gehen Betroffene davon aus, dass sie aktuell nicht schwanger werden können und verhüten daher nicht. Ein Eisprung kann jedoch spontan einsetzen, zum Beispiel bei Nichtverfügbarkeit von Drogen, Dosisreduktion oder auch durch die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung.
- Die Wirkung der Pille kann durch den Konsum bestimmter illegaler Substanzen herabgesetzt sein, ohne dass dies den betroffenen Frauen bewusst ist.
- Kontrazeptiva werden in den meisten Fällen nicht von den Krankenkassen übernommen, so dass Verhütung für Frauen, die illegale Drogen konsumieren, letztendlich auch eine finanzielle Frage ist.

Die Schwangerschaften werden nicht selten erst sehr spät bemerkt. Ursächlich hierfür sind vor allem die ohnehin ausgesetzte Regelblutung sowie mangelnde Körperwahrnehmung bedingt durch Traumata, Drogenkonsum oder auch Suchtdruck. Suchtmittel, vor allem Opiate, dienen vielen Frauen zur Abspaltung negativer Körperwahrnehmungen. Eine ähnliche Funktion erfüllen Körperdissoziationen im Rahmen von Traumafolgestörungen. Erste Schwangerschaftsanzeichen werden demzufolge oftmals verdrängt oder auch fehlinterpretiert, denn sie ähneln durchaus den Symptomen eines Drogenentzugs (Übelkeit, Erschöpfung, Müdigkeit). Für viele Frauen ist eine Schwangerschaft nicht vorstellbar und deshalb schlichtweg nicht realisierbar. Sie verdrängen den Gedanken an eine Schwangerschaft als Ursache ihres Befindens.



Viele suchtkranke Frauen werden von fortgeschrittenen Schwangerschaften jenseits der 12. Schwangerschaftswoche überrascht. Da die Diskrepanz zwischen Selbsterwartung und Lebensrealität oft sehr hoch ist, dominieren meist Ängste, Schuldgefühle und Überforderung. Damit hieraus nicht erneutes Suchtverlangen und Verdrängung entsteht, benötigen die Frauen Vertrauenspersonen an ihrer Seite, mit denen sich die anstehenden Veränderungen individuell planen lassen.

2.6 RESSOURCEN

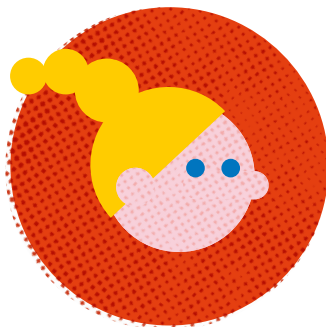
Neben all den geschilderten Belastungen, die Schwangerschaft und Mutterschaft bei suchtkranken Frauen erschweren, verfügen viele der Frauen über eine Reihe wertvoller Qualitäten, die für sie und ihre (ungeborenen) Kinder hilfreich sein können:

Sie sind oft sehr feinfühlig für die Sorgen und Nöte anderer Menschen und zeigen mitunter eine ausgesprochene Kreativität, Energie und enormes Durchhaltevermögen in der Problembewältigung. Aufgrund vielfältiger aversiver Erfahrungen waren sie gezwungen Bewältigungs- und Überlebensstrategien zu erwerben, die ihnen in Krisensituationen hilfreich sein können.

Viele suchtkranke (werdende) Mütter sind sich ihrer Probleme bewusst und bereit Hilfe anzunehmen. Die Schwangerschaft ist bei vielen mit großer Hoffnung und Änderungsmotivation verbunden. Diese Motivation zur Veränderung der Lebenssituation und des Konsumverhaltens gilt es zu nutzen, ohne die Kinder im Therapie- und Veränderungsprozess zu funktionalisieren.



Viele Drogenabhängige sind Überlebenskünstler*innen, die über mehr Potenzial verfügen, als sie selbst und andere ihnen zutrauen würden. Wenn das gefunden und konstruktiv genutzt wird, steigen oft Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und die Vorfreude auf das Kind. Dazu ist es für die Schwangere wichtig, sich im Hilfenetz als ernstgenommene Partnerin mit sicherer Position zu fühlen.





3 AUSWIRKUNGEN DER LEBENSREALITÄTEN AUF SCHWANGERSCHAFT, GEBURT UND DAS (UNGEBORENE) KIND

In Deutschland leben etwa 40.000 bis 60.000 Kinder, deren Eltern von illegalen Drogen abhängig sind. Umgekehrt hat mehr als ein Drittel aller Drogenabhängigen Kinder⁸.

Drogenabhängige Schwangere sind in „besonderen anderen Umständen“, wie Huber es formuliert^{5, S.39}. Aufgrund des Substanzkonsums, der häufigen Infektionserkrankungen und der oftmals desolaten körperlichen und seelischen Verfassung der Frauen gelten die Schwangerschaften als Risikoschwangerschaften. Frauen, die während der Schwangerschaft Drogen konsumieren, weisen höhere Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen sowie eine erhöhte Mortalität von Kindern und Müttern auf⁶. Die Kinder sind bereits im Mutterleib einem erhöhten Risiko ausgesetzt. Ihre körperliche und seelische Entwicklung ist jedoch bei weitem nicht nur durch die intrauterine Substanzeinwirkung gefährdet. Aufgrund der belasteten Lebensrealitäten der Eltern und den

daraus resultierenden Interaktionsschwierigkeiten und psychosozialen Problemen sind sie massiven Entwicklungsrisiken ausgesetzt, die das körperliche und seelische Kindeswohl langfristig gefährden können⁷.

Die Kinder suchtkranker Eltern bilden die größte Risikogruppe für spätere eigene Suchterkrankungen. Studien zufolge manifestiert sich bei einem Drittel von ihnen im späteren Leben eine Suchterkrankung, bei einem weiteren Drittel eine andere psychische oder soziale Störung. Lediglich ein Drittel weist keine größere Einschränkung in der Lebensbewältigung auf⁸.



Die Schwangerschaften suchtkranker Frauen sind Risikoschwangerschaften. Die Kinder sind vielfältigen Risiken ausgesetzt. Investitionen in Familien mit Suchterkrankung sind eine gesellschaftliche Verantwortung, um Wege aus den Teufelskreisen zu finden und den Kindern für ihre Zukunft bessere Lebensbedingungen zu gewährleisten.

3.1 **B**EDEUTUNG DER (FRÜH-)SCHWANGERSCHAFT

Eine Schwangerschaft ist bei den meisten drogenkonsumierenden Frauen nicht geplant, nicht selten auch nicht erwünscht. Die damit verbundenen Konflikte, Ängste und Unsicherheiten können zu einer Destabilisierung der Betroffenen führen und damit zu einer Steigerung des Suchtdrucks und einem verstärkten Substanzkonsum. Mit der Schwangerschaft assoziierte Themen wie Weiblichkeit, Mütterlichkeit, Familie, Beziehung und Bindung sind für die Frauen oftmals sehr konfliktbesetzt. Damit bedeutet eine Schwangerschaft oft eine weitere Belastung der ohnehin schon hoch belasteten Frauen.

Andererseits sehen viele suchtkranke Frauen die Schwangerschaft auch als Wendepunkt, oft verbunden mit dem Wunsch nach einer Veränderung der Lebenssituation und einem Ausstieg aus der Drogenbindung. Die Frauen erleben die Schwangerschaft als Chance und sind oft sehr motiviert, ihre Lebenssituation und ihr Konsumverhalten zu verändern. Damit einher gehen oft massive Scham- und Schuldgefühle gegenüber dem ungeborenen Kind sowie Ängste und Vorbehalte gegenüber dem Gesundheits- und Hilfesystem. Erinnerungen an eigene Kindheitserfahrungen, meist belastend bzw. traumatisch, werden durch Schwangerschaft und Mutterschaft reaktiviert. Dennoch entscheiden sich die meisten suchtkranken Schwangeren nicht gegen das Kind.

Dies hängt u.a. damit zusammen, dass Schwangerschaften von Frauen mit Drogenproblematik nur selten im ersten Trimenon festgestellt werden. Mit einem späten Erkennen der Schwangerschaft entfällt die Möglichkeit, sich bewusst für oder gegen das Kind zu entscheiden und die Schwangerschaft ggfs. abzubrechen.

Zudem führt eine späte Wahrnehmung der Schwangerschaft dazu, dass der Konsum zunächst fortgesetzt wird – mit den entsprechenden möglichen Folgen für das ungeborene Kind.

Oft sind suchtkranke Schwangere nicht nur ambivalent in ihren Gefühlen gegenüber dem ungeborenen Kind, sondern auch bezüglich einer Abstinenz. Opiatabhängige Frauen haben die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung, die bei Schwangeren umgehend begonnen werden soll. Beim Konsum anderer Stoffe gibt es diese Behandlungsform nicht, da es für viele Substanzen keine wirksamen Substitute gibt. Im Einzelfall muss überlegt werden, ob eine behandlungsbedürftige komorbide psychische Erkrankung vorliegt, deren Behandlung die Schwangere stabilisieren könnte.



Suchtkranke Schwangere bleiben suchtkrank, auch wenn Wunsch und Erwartungen das nicht wahrhaben wollen. Das heißt nicht, dass Suchtkranke nicht liebevolle, verantwortungsbewusste Eltern werden können, jedoch wird die Sucht sie auch bei Abstinenz ein Leben lang begleiten. Um in Krisensituationen nicht einzuknicken, benötigen sie und ihre Kinder dauerhaft Anlaufstellen und schnell reaktivierbare Unterstützungsstrukturen.

3.2 **S**CHWANGERSCHAFT, SUCHT UND KOMORBIDE PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Bei suchtkranken Frauen liegt häufig mindestens eine komorbide psychische Erkrankung vor³. Darüber hinaus haben sie ein deutlich erhöhtes Risiko für eine postpartale psychische Erkrankung⁹. Häufig werden weder die vorab bestehende noch die postpartale psychische Erkrankung diagnostiziert und fachgerecht behandelt. Viele der Frauen scheuen den Kontakt zu Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen u. a. aus Scham und Angst vor weiterer Stigmatisierung und Pathologisierung. Dabei ist eine frühzeitige und fachgerechte Behandlung psychischer Erkrankungen in der Schwangerschaft von elementarer Bedeutung, denn die

Symptomatik und damit einhergehende Belastungen erhöhen das Risiko für Konsumrückfälle, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, für postpartale psychische Störungen sowie für Interaktions-, Bindungs- und Regulationsstörungen.

Die mit einer Schwangerschaft verbundenen Veränderungen im Hormonhaushalt und im Stoffwechsel beeinflussen das seelische Gleichgewicht jeder werdenden Mutter. Eine Schwangerschaft kann sich – individuell unterschiedlich – stabilisierend oder destabilisierend auf die psychische Verfassung auswirken. Postpartal müssen auch Frauen, die sich während der Schwangerschaft stabilisieren konnten, aufmerksam begleitet werden, da der mit der Geburt verbundene massive Abfall an Schwangerschaftshormonen mit einer psychischen Destabilisierung einhergehen kann. Es empfiehlt sich eine sorgfältige Vorbereitung auf die Peripartalzeit z. B. durch eine ausführliche, traumasensitive Vorbesprechung der Geburtssituation und der Zeit unmittelbar nach der Geburt, Psychoedukation bzgl. der Wirkung der Schwangerschaftshormone, Planung von Bedarfsmedikation im Wochenbett und engmaschige Kontakte zum Hilfenetz in der Postpartalzeit.

Bei dem Verdacht auf komorbide oder postpartale psychische Störungen sollte versucht werden, die Frau in ein psychiatrisch/psychotherapeutisches Behandlungssetting zu vermitteln, wo eine differenzierte Diagnostik und ggfs. Behandlung erfolgen soll. Die Begleitung durch bereits vertraute Vertreter*innen des Hilfesystems, z. B. der Suchtberatung, erleichtert vielen Frauen diesen Weg. Bei der Einschätzung der Symptome muss berücksichtigt werden, dass diese durch Substanzwirkung oder Entzugserscheinungen erzeugt oder überlagert werden können. Im Verlauf der Suchtbehandlung und der Begleitung durch die Schwangerschaft sollte immer wieder die Indikation zur Behandlung komorbider psychischer Erkrankungen und eine aufmerksame Abklärung von Selbst- und Fremdgefährdung erfolgen.



Suchtkranke Frauen haben neben der Sucht häufig weitere psychische Erkrankungen und ein deutlich erhöhtes Risiko für z. B. Wochenbettdepressionen. Bei dem Verdacht auf komorbide oder postpartale psychische Störungen sollte die Patientin in ein psychiatrisches oder psychotherapeutisches Behandlungssetting vermittelt werden.

3.3 SCHWANGERSCHAFT, SUCHT UND TRAUMA

Erleben (sexualisierter) Gewalt, Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen finden sich in den Biographien der meisten Frauen mit Drogenproblematik. Die mögliche Bedeutung traumatischer Lebenserfahrungen für Entwicklung, Verlauf und Bewältigung einer Suchterkrankungen und den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft muss deshalb immer berücksichtigt werden.

Unbehandelte Traumafolgestörungen können sich negativ auf die körperliche und seelische Verfassung der werdenden Mutter und damit auf den Verlauf von Schwangerschaft, Geburt und pränataler Bindungsgestaltung auswirken. Versteht man den Substanzkonsum als Selbstmedikation, wird klar, dass eine Konsumreduktion oder -karenz große Schwierigkeiten birgt, solange keine alternativen Bewältigungsstrategien verfügbar sind oder zumindest ein Schutz vor (Re-)Traumatisierungen möglich ist. Berücksichtigt man dann noch, dass traumatische Erinnerungen durch Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft vielfältig getriggert werden können, so wird die enorme Herausforderung deutlich, vor der viele suchtkranke Schwangere stehen.

Hinweise auf eine Traumatisierung der Schwangeren können massive Ängste vor der Geburt und den damit verbundenen Schmerzen sein. Die Betroffenen wünschen häufig einen Kaiserschnitt, der das vermeintliche Gefühl der Kontrolle gibt.

Mitunter fallen traumatisierte Schwangere auch durch ihr Verhalten bei Vorsorgeuntersuchungen oder in der Geburtssituation auf. Sie können sehr angespannt und angstvoll sein. Mitunter dissoziieren sie während der Untersuchungen. Auch werden einige Betroffene ärztliche Untersuchungen vermeiden und Vorsorgetermine nicht wahrnehmen. Die Schwangerschaft und damit verbundene Empfindungen und Erlebnisse können als Trigger wirken und posttraumatische Symptome wie Flashbacks, intrusive Gedanken oder Schlafstörungen verursachen. Nicht selten versuchen die Frauen sich (unbewusst) zu schützen, indem sie die Schwangerschaft verdrängen oder Anzeichen einer Schwangerschaft ignorieren.

Die Geburt selbst wird von traumatisierten Frauen häufig schmerzhafter und belastender erlebt. Frauen mit traumatischen Vorerfahrungen haben ein erhöhtes Risiko, nach der Entbindung eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln^{9,10}. Traumatisierte Frauen können von außen betrachtet unauffällige Schwangerschafts- oder Geburtsverläufe als retraumatisierend erleben. Dabei ist nicht der objektive Verlauf von

Schwangerschaft und Geburt, sondern die subjektive Wahrnehmung entscheidend für ein traumatisches Erleben und Verarbeiten der Situation.



Ein Großteil der Frauen mit Drogenproblematik haben (sexualisierte) Gewalt – häufig schon in der Kindheit – erlebt, deren Folgen sie durch den Konsum erträglich zu machen versuchen. Eine Geburt, aber auch die nötigen Voruntersuchungen, sind vom Erleben oft extrem nahe an den teils verdrängten Gewalterfahrungen. Dieses Wissen müssen gerade medizinische Profis stets im Kopf behalten, um angemessen behutsam vorzugehen und Reaktionen einordnen zu können. Die Begleitung traumatisierter Schwangerer erfordert immer ein traumasensitives Vorgehen.

3.4 **S**CHWANGERSCHAFT, SUCHT UND BINDUNG

Viele suchtkranke Frauen mussten in der eigenen Kindheit traumatisierende Lebensumstände ertragen. Oft stammen sie aus sogenannten „broken-home“-Familien und konnten keine stabilen Bindungserfahrungen machen. Mit der Schwangerschaft ist oft die irrationale Vorstellung verbunden, in dem Kind einen Menschen zu haben, der die eigenen Bedürfnisse nach emotionaler Nähe befriedigt, der einen immer liebt und immer für einen da ist. Die eigenen, meist belastenden Kindheitserfahrungen inkl. der eigenen Eltern-Kind-Beziehung werden durch Schwangerschaft und Mutterschaft reaktiviert. Das Fehlen von Modellen für ein positives Bindungs- und Erziehungsverhalten und die dysfunktionalen Vorstellungen über die Mutterschaft spiegeln sich im Umgang mit dem eigenen Kind wieder und können zu großen Verunsicherungen und problematischen Interaktionsmustern führen. In Verbindung mit einem meist geringen Selbstwertgefühl, emotionaler Instabilität und geringer Frustrationstoleranz, wie sie bei vielen Suchtkranken anzutreffen sind, fällt es den Frauen oftmals schwer, die kindlichen Signale empathisch und feinfühlig zu deuten und angemessen zu beantworten. Vor allem intoxikierte oder dissoziierte Mütter sind für die Kinder in ihren Reaktionen nicht einschätzbar und für die kindliche Bedürfnisbefriedigung nicht verfügbar. In der Folge finden wir bei Kindern psychisch kranker und suchtkranker Mütter gehäuft unsichere und hochunsicher-desorganisierte Bindungen. Nicht selten manifestieren sich Interaktionsstörungen und Regulationsstörungen bei den Kindern. Bei den Müttern entsteht dadurch ein hoher Leidensdruck.



Vielen Suchterkrankten fehlt das Erleben einer sicheren, stabilen Eltern-Kind-Bindung in der eigenen Biographie. Es wird nicht selten durch überhöhte Klischees ersetzt, die ein Scheitern schon in sich tragen. Viele müssen lernen und vor allem selbst erfahren, Sicherheit und Verlässlichkeit an die Stelle von Versagens- und Verlustangst zu setzen.

3.5 **A** USWIRKUNGEN DER EMOTIONALEN BELASTUNG AUF DAS (UNGEBORENE) KIND

Psychische und soziale Belastungen beeinträchtigen den Verlauf der Schwangerschaft und die körperliche sowie seelische Entwicklung des (ungeborenen) Kindes. Sie stellen ein Risiko für Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen dar.

Die Belastungen suchtkranker Schwangerer sind vielfältig und individuell unterschiedlich (Suchtdruck/Craving, Angst vor Repression, materielle oder juristische Schwierigkeiten, „Überlebenskampf“ im Drogenmilieu, Gewalterfahrungen, psychische Störungen inkl. Traumafolgestörungen etc.). Belastende Lebensumstände und das damit verbundene Angst- und Stresserleben erhöhen das Risiko für Frühgeburten und ein geringes Geburtsgewicht des Kindes. Dies nicht zuletzt deshalb, da Konsumverhalten und aktuelle Lebensrealität in der Regel korrelieren.

Besondere Aufmerksamkeit verdient das Stressverarbeitungssystem des (ungeborenen) Kindes, von dem wir heute wissen, dass es durch starke emotionale Belastungen der Schwangeren verändert bzw. beeinträchtigt werden kann. Die Botenstoffe aus dem Blutkreislauf der Mutter erreichen den Fötus in vollem Umfang. Während sensibler Entwicklungsphasen kann das Stressverarbeitungssystem im Sinne einer „Programmierung“ beeinflusst werden, wobei die individuelle Ausprägung der Gene den Rahmen vorgibt. „Der Fötus stellt sich also schon im Mutterleib auf ein nachgeburtliches Leben unter stressvollen Bedingungen ein“^{11, S.24}. Nach der Geburt haben diese Babys unter Umständen deutliche Regulationsprobleme. Einer Mutter, die unsicher im Umgang mit dem Neugeborenen und in hohem Maße selbst gestresst ist, wird es schlechter gelingen, ihr Kind zu beruhigen. Hier steigt das Risiko für eine mögliche Kindeswohlgefährdung (z. B. Schütteltrauma).

Postnatal hinzukommende Erfahrungen (z. B. Bindungserfahrungen), tragen zu Ausdifferenzierung der neuronalen Netzwerke der Stressverarbeitung bei. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass die

präpartal induzierten Anpassungen des Stressverarbeitungssystems ein Leben lang beeinträchtigen können, indem das Stresssystem schon bei objektiv relativ milden Stresssituationen massiv reagiert, wodurch Störungen im Empfinden und Verhalten der Kinder begünstigt werden.

Eng vernetzt mit dem Stressverarbeitungssystem ist das Bindungssystem. Es entwickelt sich unmittelbar postpartal durch zuerst unspezifische Äußerungen des Säuglings und positive Reaktionen der primären Bezugsperson. So kann eine sichere Bindung die negativen Auswirkungen pränatalen Stresses reduzieren und postnatal die Gehirnentwicklung günstig beeinflussen, indem z. B. durch aufmerksame, sensible Begleitung belastende Erfahrungen gemacht werden können, ohne dass es zu einer erhöhten Ausschüttung von Stresshormonen kommt.



Damit die Stresstoleranz des Kindes nicht bereits im Mutterleib z.B. im Sinne epigenetischer Prozesse oder neuronaler Anpassung geschädigt wird, ist eine frühzeitige Behandlung und Sicherheit stiftende Unterstützung der Mutter für das Ungeborene extrem wichtig. Das Verhalten der Umgebung, ob wertschätzend oder aburteilend, nimmt damit direkt Einfluss nicht nur auf die Mutter, sondern auch auf die Entwicklung des Kindes.





4 AUSWIRKUNGEN DER VERSCHIEDENEN SUBSTANZEN AUF DAS (UNGEBORENE) KIND

Die meist erst spät festgestellte Schwangerschaft geht häufig einher mit einem polyvalenten Substanzkonsum in der Frühschwangerschaft und damit in der Zeit der kindlichen Organentwicklung. Man muss davon ausgehen, dass alle psychoaktiven Substanzen über die Plazenta auf den Fötus übergehen. Neben spezifischen Fehlbildungsrisiken bei bestimmten teratogenen Noxen gibt es unspezifische Auswirkungen der Substanzen auf die neurologische Entwicklung.

Das Risiko einer Frühgeburt sowie einer intrauterinen Wachstumsrestriktion ist oft erhöht, wobei nicht endgültig geklärt ist, welcher Anteil daran illegalen Substanzen, Nikotin, anderen Substanzen oder den belasteten Lebensumständen zuzuschreiben ist¹².

Außer dem Konsum illegaler Drogen spielen auch Schädigungen durch Alkohol und Nikotin eine große Rolle und dürfen nicht vernachlässigt werden.

Mögliche peri- und postpartale Auswirkungen von Opiaten, Kokain, Cannabis, Tabak und Alkohol sind für die Prä-, Peri- und Postpartalzeit

mittlerweile relativ gut untersucht. Weniger gut untersucht sind bislang die Auswirkungen von Methamphetaminkonsum in der Schwangerschaft. Unbekannt und schwer einschätzbar sind die Auswirkungen von Mischkonsum und Streckmitteln und die der unzähligen, immer wieder neuen Legal highs.

Die Datenlage zur mittel- und langfristigen Entwicklung ist dürftig, gemessen an der Zahl der drogenexponierten Kinder, die Interpretation der vorhandenen Studienergebnisse problematisch: Die Auswirkung der einzelnen Substanz lässt sich aufgrund des häufigen Mischkonsums legaler und illegaler Drogen und der modulierenden Bedeutung prä- und postpartaler psychosozialer Risiko- und Belastungsfaktoren kaum valide bestimmen^{14,15}.

Infolge intrauteriner Substanzexposition, stressbelasteter Schwangerschaft und belastenden Lebensrealitäten können sich Entwicklungsverzögerungen, frühkindliche Regulationsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten manifestieren, die erhöhte Anforderungen an die Mütter stellen, die ihrerseits häufig stark belastet sind. In diesen Konstellationen muss die Gefahr einer möglichen Kindeswohlgefährdung aufmerksam mitgedacht werden^{14,15}.



Alle vermeidbaren Substanzen sollten in der Schwangerschaft abgesetzt werden. Dies gilt dringend für Psychostimulanzien und Alkohol, nach Möglichkeit auch für Nikotin und Medikamente. Letztere können auf embryotox.de auf ihre Verträglichkeit bzw. Alternativen überprüft werden. Opiatabhängige sollen über die komplette Schwangerschaft in Substitutionsbehandlung verbleiben.

4.1 **BENZODIAZEPINE** ^{12,13}

In der Schwangerschaft → Intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR), Enzephalopathien und Fehlbildungen am Herzen. Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft → CAVE: Vor einem abrupten Entzug in der Schwangerschaft muss die Schwangere explizit gewarnt werden. Ein akuter Entzug kann bei der Schwangeren Krampfanfälle bis hin zu delirartigen Zuständen hervorrufen und birgt für das Kind das Risiko intrauteriner Hypoxämien bis hin zum intrauterinen Fruchttod. Ein Benzodiazepinentzug muss daher unter qualifizierten, stationären Bedingungen erfolgen.

Peri- und postpartal → Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand, Entzugssymptome, deutliche Verstärkung von Opiatentzugssymptomen, erhöhte perinatale Morbidität und Mortalität.

4.2 HEROIN ^{12,13}

In der Schwangerschaft → erhöhte Abortrate, Frühgeburtlichkeit, Wachstumsstörungen, durch Beimischungen von Streckmitteln unkalkulierbare Risiken, z. B. Gefahr kindlicher Fehlbildungen.

Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft → CAVE: Vor einem kalten Opiatentzug müssen Schwangere explizit gewarnt werden. Er birgt (ebenso wie starke Dosisschwankungen) multiple, gravierende Risiken (vorzeitige Wehen, vorzeitige Plazentalösung, schwere Störungen der Herzaktivität und der Sauerstoffversorgung des Fötus bis hin zum intrauterinen Fruchttod). Opiatabhängige Schwangere sollen daher umgehend in ein Substitutionsprogramm aufgenommen werden.

Peri- und postpartal → Anpassungsstörungen und Atemstörungen bis hin zum Atemstillstand nach der Geburt, vermindertes Geburtsgewicht, reduzierter Kopfumfang, neonatales Abstinenzsyndrom (NAS), erhöhte perinatale Morbidität und Mortalität.

Langfristig → erhöhte SIDS Rate (evtl. mehr mit assoziiertem prä- und postnatalem Tabakkonsum assoziiert), Entwicklungs-, Verhaltens- und Lernstörungen.

Opiate und Opioide gehen nach dem heutigen Wissensstand nicht einher mit einem erhöhten Fehlbildungsrisiko. Durch die dem Straßenheroin beigemischten Stoffe ist das Risiko einer Fehlbildung jedoch gegeben und in seinem Ausmaß nicht kalkulierbar.

4.3 KOKAIN ^{12,13}

In der Schwangerschaft → Schädigung der Hirnentwicklung, Unterversorgung des Kindes mit Sauerstoff und Nährstoffen durch Plazentainsuffizienz, vorzeitige Wehen, vorzeitige Plazentalösung, Früh- und Fehlgeburten, intrauteriner Kindstod, Fehlbildungen (Herz, Gehirn, Harn- und Geschlechtsorgane) Wachstumsretardierung.

Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft sind keine negativen Folgen bekannt. Eine sofortige Abstinenz ist dringend angeraten. *Siehe auch Kapitel 6.1.1 Entgiftung.*

Peri- und postpartal → ggf. Folgen der Fehlbildungen, Verstärkung von Opiatentzugssymptomen möglich, erhöhte Irritabilität, Reizbarkeit, gesteigerte Unruhe, Trinkschwäche, geringerer Kopfumfang, muskuläre Hypertonie und daraus resultierende pathologische Reflexmuster.

Langfristig → vermindertes Kopfwachstum bis ins Grundschulalter belegt, Störung des dopaminergen Systems und GABA Systems, ADHS, schulische Probleme, Folgen der Fehlbildungen und Entwicklungsrückstände.

4.4 **CANNABIS, HASCHISCH, MARIHUANA** ^{12,13}

In der Schwangerschaft → Risiken wie bei Nikotin, Verstärkung der Toxizität von Alkohol und Erhöhung des FAS/FASD Risikos, Beeinträchtigung der Gehirnentwicklung.

Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft → sind keine negativen Folgen zu erwarten. Der Konsum von Cannabis, Haschisch oder Marihuana kann und soll umgehend eingestellt (bzw. reduziert) werden. *Siehe auch Kapitel 6.1.1 Entgiftung.*

Peri- und postpartal → erhöhte Komplikationsrate, perinatale Morbidität und Mortalität erhöht, Unruhe, Zitterigkeit, Erregbarkeit, Trinkschwäche, Verstärkung von Opiatentzugssymptomen, vermindertes Geburtsgewicht, verminderter Kopfumfang.

Langfristig → im Schulalter Gedächtnisstörungen, v. a. räumlichem Denken, Lernstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, externalisierende Verhaltensweisen, erhöhtes Risiko einer Depression.

4.5 **(METH-)AMPHETAMIN** ^{12,13}

Während der Schwangerschaft → intrauteriner Wachstumsretardierung, Fehlbildungen, Mikrozephalie, vorzeitige Wehen, vorzeitige Plazentalösung.

Bei akutem Entzug in der Schwangerschaft → sind keine negativen Folgen zu erwarten. Der (Meth-)Amphetaminkonsum während der Schwangerschaft kann und soll sofort eingestellt werden. *Siehe auch Kapitel 6.1.1 Entgiftung.*

Peri- und postpartal → Früh- und Fehlgeburten und Anpassungsstörungen nach der Geburt. Microcephalie, morphologische Auffälligkeiten von Gehirn, Herz, Niere⁶.

Langzeitverlauf → In den S3-Leitlinien Methamphetamin-bezogene Störungen^{6, S.128} werden als Langzeitfolgen „Entwicklungsdefizite wie verzögerte Sprach- und motorische Entwicklung durch dauerhaft erhöhten Muskeltonus mit eingeschränkter Beweglichkeit, Schwierigkeiten beim Krabbeln, überstreckten Gelenken und der Vermeidung von Beugebewegungen [...] Lern-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, eine erhöhte Stressreagibilität sowie besondere Verhaltensauffälligkeiten (Aggressivität, Ängstlichkeit, Deprimiertheit, Zurückgezogenheit) bis ins Grundschulalter beobachtet. Neurokognitive Schädigungen ähneln vermutlich denen des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS/FASD).“

4.7 **P**ARTYDROGEN, „LEGAL HIGHS“ UND KRÄUTERMISCHUNGEN ^[2,13]

Diese Substanzen sind in ihren Auswirkungen auf die Entwicklung des (ungeborenen) Kindes nicht einschätzbar. Schädigung v.a. der Hirnentwicklung sind jedoch stark anzunehmen.



5 **STILLEN** ^{9,13}

Aufgrund seiner vielen Vorzüge wird Stillen heute sehr positiv bewertet und viele (suchtkranke) Mütter möchten stillen. Es gilt die Vor- und Nachteile im Rahmen einer detaillierten Nutzen-Risiko-Analyse individuell zu bewerten und offen mit den (werdenden) Müttern zu besprechen: Alle Substanzen, die die Blut-Hirn-Schranke und die Plazenta passieren sind auch in der Muttermilch nachweisbar.

Alle bekannten Vorteile des Stillens gelten auch für suchtkranke Mütter. Darüber hinaus kann das Wissen um den Übergang der Substanzen in die Muttermilch die Motivation stärken, abstinent oder beikonsumsfrei zu bleiben.

- Bei einer beigebrauchsfreien Substitution als alleiniger Medikation wird Stillen heute als vorteilhaft bewertet und empfohlen. Substitutionsmedikamente sind nur in geringen Mengen in der Muttermilch nachweisbar und können das Neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) abmildern. Ein behandlungsbedürftiges NAS kann durch alleiniges Stillen weder behandelt noch durch Abstillen ausgelöst werden¹⁹.

Kontraindikationen

Gründe, den Stillwunsch empathisch zu diskutieren bzw. vom Stillen abzuraten, sind:

- instabile Abstinenz,
- hohes (Bei-)Konsumrisiko,
- Einnahme von Psychopharmaka neben der Substitution z. B. im Rahmen der Behandlung einer komorbiden psychischen Störung oder die Einnahme verschiedener Psychopharmaka: Die Substanzunsicherheiten und -interaktionen stellen ein nicht kalkulierbares Risiko für das Kind dar, das die Vorteile des Stillens überwiegt. Bei Unsicherheiten bzgl. der Stillverträglichkeit von Medikamenten können weitere Informationen zur Entscheidungsfindung über das unabhängige Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin (embryotox.de) angefragt oder in Rücksprache mit Fachärzt*innen geklärt werden.
- Methamphetaminkonsum: Methamphetamin ist in ca. 20-fach höherer Konzentration in der Muttermilch nachweisbar als andere Amphetamine (die Methamphetamin-Spiegel in der Muttermilch können 3- bis 7-fach höher ausfallen als die Spiegel im Blutplasma der Mutter), so dass die gestillten Kinder durch die Muttermilch lebensbedrohliche Intoxikationen erleiden können⁶.
- Mütterliche HIV-Infektion, da es zu einer Übertragung von HI-Viren über die Muttermilch kommen kann.

Die Bedeutung mütterlicher Hepatitis B- oder C-Infektionen für das Stillen bzw. das Transmissionsrisiko werden kontrovers diskutiert, was mitunter zu Verwirrungen führen kann.

Bei dem Vorliegen einer maternalen Hepatitis B-Infektion wird das Kind nach der Geburt aktiv und passiv immunisiert. Bei erfolgter Immunisierung stellt die Hepatitis B-Infektion keine absolute Kontraindikation zum Stillen dar, auch wenn eine Infektion des Kindes bei hoher mütterlicher Viruslast aufgrund der aktuellen Datenlage trotz Immunisierung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann⁶.

Da eine Transmission über die Muttermilch bei einer Hepatitis C-Infektion der Mutter nicht angenommen wird, kann die Mutter stillen, wenn sie dies möchte. Nach aktueller Datenlage wurde bislang kein Fall einer Hepatitis C-Übertragung durch Stillen nachgewiesen. Dennoch beinhaltet eine Hepatitis C-Infektion der Mutter mit hoher Viruslast das

theoretische Restrisiko einer Transmission beim Stillen über blutende Brustwarzen. Hierüber muss die Mutter aufgeklärt werden. Sie sollte professionell begleitet und unterstützt werden (z.B. Hebamme, Krankenschwester) um blutende Wunden an den Brustwarzen zu vermeiden. Bei hoher mütterlicher Viruslast z. B. im Rahmen einer akut erworbenen HCV-Infektion muss die Entscheidung zu stillen sehr sorgfältig abgewogen bzw. davon abgeraten werden, da die Datenlage aktuell noch unzureichend ist.

Das stressbelastete Leben suchtkranker Frauen führt nicht selten zu Schwierigkeiten beim Stillen. Die ohnehin schon massive Verunsicherung vieler junger (suchtkranker) Mütter wird durch die häufig dogmatisch geführte Stilldebatte nicht selten verschärft. Hier ist es wichtig, die Frauen zu entlasten und ggfs. pragmatisch nach realistischen Alternativen zur Stärkung der Mutter-Kind-Bindung zu suchen.

Wichtig ist neben medizinischen Aspekten auch die individuelle Haltung der (werdenden) Mutter zum Stillen. Nicht alle Frauen erleben das Stillen als angenehm oder können es (über längeren Zeitraum) tolerieren. Die Berührung der Brust oder der Saugvorgang können beispielsweise Frauen, die sexualisierte Gewalt erlebt haben, überfordern oder Traumaeinwirkungen triggern.

Falls eine Frau abstillen möchte oder dies aus ärztlicher Sicht tun sollte, muss sorgsam zwischen medikamentösem oder konservativem Abstillen abgewogen werden. Medikamente zum Abstillen sind Prolaktinhemmer und potentiell psychisch destabilisierend. Insbesondere bei vorerkrankten Patientinnen mit einem hohen Rezidivrisiko (z.B. bipolare Störung) birgt ihr Einsatz die Gefahr einer Remanifestation der Erkrankung. Auf der anderen Seite ist das konservative Abstillen langwierig, oft anstrengend und unangenehm⁹.



Die Vorzüge des Stillens für die physische und psychische Entwicklung des Säuglings und für die Mutter-Kind-Bindung sind enorm. Substitution stellt in der Regel kein Stillhindernis dar. Kontraindikationen und die Bedürfnisse der Mütter müssen in die Entscheidung zur Stillempfehlung mit einbezogen werden.



⁶ DAS HILFESYSTEM

6.1 SUCHTMEDIZIN

In Deutschland steht die medizinische Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen auf zwei Pfeilern:

Die erste Option ist der stationäre Entzug unter ärztlicher Aufsicht, im Optimalfall mit anschließender Langzeittherapie zum Erlernen von Strategien gegen Suchtdruck im Alltag. Die Entwöhnung ist für die meisten Suchtstoffe die einzige Form einer schnellen, abstinenzorientierten Intervention.

Die zweite Möglichkeit besteht nur bei Patient*innen, die an einer Abhängigkeit von Opiaten oder synthetischen Opioiden erkrankt sind: In diesen Fällen gibt es die Möglichkeit einer Drogensatz- oder Substitutionstherapie. Da diese Behandlung eine schnelle und langfristige Stabilisierung ermöglicht, ist sie die bevorzugte Option bei schwangeren Patientinnen mit Opiatabhängigkeit.

Darüber hinaus gibt es jedoch noch weitere Maßnahmen, mit denen Stabilität und Sicherheit verbessert werden können.

6.1.1 ENTGIFTUNG

In der Schwangerschaft sollte die Entgiftung immer stationär erfolgen. Manche Substanzen lösen bei sinkenden Spiegeln im Blut Entzugskrämpfe und epileptische Anfälle aus. Körperliche Entzugserscheinungen können außerdem zu Wehentätigkeiten und damit zu Fehl- oder Frühgeburten führen. Besonders groß ist dieses Risiko im ersten und im dritten Schwangerschaftsdrittel. Eine Entgiftung sollte daher möglichst im zweiten Drittel der Schwangerschaft erfolgen. Dies gilt allerdings nicht, wenn anzunehmen ist, dass die konsumierten Suchstoffe schwere Schädigungen beim Ungeborenen hervorrufen können, wie dies zum Beispiel bei Alkohol oder Methamphetaminen der Fall ist. Hier sollte die Entgiftung so früh wie möglich einsetzen.

Die Aufnahme schwangerer Frauen auf den Entgiftungsstationen sollte unter Umgehung der meist üblichen Wartelisten sofort erfolgen.

Aufgrund des Risikos von Komplikationen ist es unerlässlich, dass fachärztliche, traumasensible, gynäkologische Hilfe zeitnah verfügbar ist. In einigen Kliniken wird daher insbesondere im letzten Schwangerschaftsdrittel die Entgiftung auf Stationen der Geburtshilfe durchgeführt und konsiliarisch von Suchtmediziner*innen betreut.



Sind Entzugserscheinungen zu erwarten, sollte stationär entgiftet werden.

6.1.2 ENTWÖHNUNG

Die Vermittlung in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung kann durch die ambulante Suchthilfe erfolgen. In Deutschland haben immer mehr Entwöhnungskliniken Konzepte zur Aufnahme Schwangerer entwickelt. Eine direkte Aufnahme in der Entwöhnungsklinik direkt nach der erfolgten Entgiftung ist gerade auch bei schwangeren Suchtmittelkonsumentinnen hilfreich.



Langzeittherapien bieten einen stabilisierenden Rahmen und lehren Selbsthilfe zur Rückfallprävention. Dies ist eine gute Option bei abstinenzorientierten Abhängigen, z.B. bei Kokain-, Methamphetamin oder Alkoholabhängigkeit.

6.1.3 SUBSTITUTION

6.1.3.1 VORTEILE DER SUBSTITUTIONSBEHANDLUNG

Bei Opiatabhängigen gibt es die Möglichkeit der Drogensersatztherapie: Bei der Substitution wird den Patient*innen einmal täglich ein langwirksames Opioid zur oralen Einnahme unter Aufsicht gegeben. Dieses Medikament beseitigt zuverlässig die Entzugerscheinungen und verfügt je nach Präparat in unterschiedlicher Stärke über die Wirkungen, die die Patient*innen mit der Droge suchen und die sie gewohnt sind. Viele Patient*innen leben mit Substitutionsbehandlung jahrelang ohne anderen Drogenkonsum und können dann gegebenenfalls das Medikament selbständig zu Hause einnehmen.

Für opiatabhängige Schwangere ergibt sich aus dieser Therapie eine Reihe von Vorteilen. Zum einen kann schnell eine stabile Situation geschaffen werden, in der kein Konsum mit toxischen Streckmitteln versetzter Straßendrogen mehr stattfinden muss oder dieser zumindest deutlich reduziert wird. Für die gängigen Substitutionsmittel bestehen keine Bedenken von Embryofetotoxizität und Folgeschäden. Der oft beobachtete Minderwuchs scheint der extrem hohen Quote an Raucherinnen unter den Drogenkonsumentinnen und eventuell anderen Substanzeeinflüssen geschuldet, die sich in Studien schwer herausrechnen lassen^{16, S. 17}. Die Zeit, die zuvor für Beschaffung von Geld und Heroin benötigt wurde, kann bei Substitution für die Stabilisierung der Wohnsituation, der Beseitigung von Schulden und der Vorbereitung auf ein Leben mit Kind verwendet werden. Die erdrückende finanzielle Belastung, die mit der Beschaffung der Droge einhergeht, wird minimiert, da die Kosten der Behandlung von den Krankenkassen übernommen werden. Somit besteht für die Schwangere die Chance, auch die eigenen Finanzen in Ordnung zu bringen.

Unerlässliche Helfer*innen hierbei sind in der Drogenberatung und der psychosozialen Betreuung (PSB) zu finden. Die Substitutionspraxis hat durch den regelmäßigen Kontakt mit der Patientin die Möglichkeit sicherzustellen, dass Termine mit der Beratungsstelle stattgefunden haben und regelmäßig wahrgenommen werden.

Begleitend zur Substitution finden im Regelfall Diagnostik und Behandlung weiterer Erkrankungen statt. Besonders zu nennen wäre die Hepatitis C, die bei Drogenabhängigen sehr häufig vorkommt und deren Übertragbarkeit auf das Neugeborene für die gynäkologische und

neonatologische Behandlung wichtig ist. Über Substitutionspatient*innen liegen im Regelfall viele Informationen über die gesundheitliche und soziale Situation vor, die für die behandelnden Ärzt*innen in der Entbindungsklinik bezüglich der Einschätzung möglicher Komplikationen extrem wichtig sein können. Eine schriftliche Mitteilung der Substitutionsmediziner*innen über Beigebrauch, Infektionsstatus und Anbindung ans Hilfesystem sowie eine Kopie der letzten Ergebnisse der Blutentnahme erleichtern den Kolleg*innen in der Klinik die Arbeit enorm.

Bei vielen schwer Drogenabhängigen, zu denen die meisten Heroinabhängigen gezählt werden müssen, ist die Suchterkrankung durch psychische, psychiatrische oder traumabedingte Ursachen entstanden. Bei einem Entzug treten diese Erkrankungen oft wieder stärker in Erscheinung. Durch die Substitutionsmedikamente werden viele dieser Grunderkrankungen in unterschiedlichem Maße mitbehandelt und deren Symptome gedämpft, ohne die Entwicklung des Fötus zu schädigen.

Mit einer der wichtigsten Vorteile der Substitution besteht zudem darin, dass der Therapieerfolg beständig überprüft wird und dadurch wichtige Entscheidungshilfen für das Hilfesystem gegeben werden, ob durch die Suchterkrankung eine Kindeswohlgefährdung entstehen könnte. Im Zuge der Behandlung werden Beigebrauchskontrollen durchgeführt, die klären, ob und welche Drogen (einschließlich Alkohol) zusätzlich zum Substitutionsmedikament genommen wurden. So können Anhaltspunkte gesammelt werden, ob eine Suchterkrankung eventuell doch zu stark ausgeprägt ist, der Einfluss der Abhängigkeit zu sehr dominiert und eine Kindeswohlgefährdung resultieren könnte. Im Falle eines erfolgreichen Therapieverlaufes geben die Substitutionskontrollen den Eltern aber auch die Möglichkeit zu zeigen, dass sie die Bedürfnisse des Kindes über das Suchtverlangen stellen können. Bei nur gelegentlichen Rückfällen besteht die Möglichkeit, gemeinsam das Konsumverhalten zu analysieren und für eventuelle Krisensituationen andere Reaktionsmuster zu erarbeiten.

Die Substitution verschiebt das Bild der Patient*innen von stereotypen „charakterschwachen Kriminellen“ hin zum medikamentös therapierten, chronisch Kranken mit Befähigung zu einem ganz normalen Leben. Es ist für die Patient*innen, insbesondere aber für die Schwangeren, enorm wichtig, dass sich dieser Wechsel der Sichtweise auch in Gespräch und Umgang mit ihnen widerspiegelt. Viele haben die Sorge, bereits vorab von den Vertreter*innen des Hilfesystem abgeurteilt und für unwürdig befunden zu sein, sich um ein Kind zu kümmern, selbst wenn es das eigene

Kind ist. Eine positive Rückmeldung von Seiten der Substitutionspraxis stärkt das Selbstbewusstsein. Die Patient*innen erhalten die Gelegenheit zu zeigen, dass sie von ihrer Seite alles Notwendige tun, um für ihr Kind eine stabile Situation zu schaffen.



Eine Drogensubstitutionstherapie ist die Behandlung der Wahl bei opiatabhängigen Schwangeren und sollte mindestens bis zum Ende der Schwangerschaft durchgeführt werden ^{17, S.7}.

6.1.3.2 DOCH NOCH SCHNELL CLEAN WERDEN VOR DER GEBURT?

Trotz all dieser Vorteile wünschen sich viele Patientinnen, die Substitutionsbehandlung vor der Geburt beenden zu können. Schwangere Opiatabhängige leiden oft unter extremen Schuldgefühlen, den Start ihres Kindes ins Leben mit den Folgen der eigenen Abhängigkeit in einen Albtraum zu verwandeln. Sie haben die schlimmen Symptome des Opiatentzuges am eigenen Leibe erlebt und möchten diese dem Neugeborenen unter keinen Umständen zumuten. Oft werden die Wünsche nach Abstinenz durch Angehörige, Ärzt*innen oder anderen wohlmeinenden Helfer*innen thematisiert und verstärkt, so dass auf der Gefühlsbasis eines schlechten Gewissens die Entscheidung zur Substitution in Frage gestellt wird.

Wer einen solchen Rat ausspricht, sollte sich vorher die Risiken bewusst machen: Auch das Absetzen eines Substitutionsmittels löst einen Opiatentzug aus. Ohne Substitution wird die Situation der Schwangeren unwägbarer. Psychisch wie physisch droht eine Destabilisierung, die die Patientinnen zu Rückfällen bringen kann, die unter ausreichender Substitutionsmedikation vermeidbar wären.

Jeder Entzug, besonders im ersten und letzten Drittel der Schwangerschaft, beinhaltet das Risiko einer Fehl- oder Frühgeburt. Die damit verbundenen Risiken für das Neugeborene sind bis zumindest zur 33. Schwangerschaftswoche ungemein hoch, da vorher die Lungenreifung noch unzureichend und das Kind nur mit intensivmedizinischer Versorgung lebensfähig ist.

Eine Dosisreduktion sollte nur im zweiten Schwangerschaftsdrittel vorgenommen werden. Davor sollte mit den Kindseltern eine ausgiebige Abwägung der Vorteile und Risiken erörtert werden. Diese wird in den meisten Fällen zeigen, dass eine Fortführung der Substitution das

verantwortungsvollere Vorgehen darstellt. Die drohenden Entzugserscheinungen des Kindes nach der Geburt sind im Regelfall in der Klinik gut behandelbar und lassen sich vor allem auch durch intensiven Körperkontakt mit der Mutter und deren Fürsorge sehr gut dämpfen. Üblicherweise steigt der Bedarf an Substitutionsmittel zur Geburt hin sogar an. Die Dosis sollte von den Patientinnen immer als ausreichend empfunden werden.

Nach der Richtlinie der Bundesärztekammer von 2017 stellt für opiatabhängige Schwangere die Substitutionstherapie die Behandlung der ersten Wahl dar^{17, S.7}.



Eine Beendigung der Substitution in der Schwangerschaft geht für die Patientin, aber vor allem für das Ungeborene, mit enormen Risiken einher. Neben tödlichen Überdosierungen bei Rückfällen steigt das Risiko für Aborte, Frühgeburt, Missbildungen und Entwicklungsschäden. Entzugerscheinungen des Neugeborenen sind in der Klinik gut behandelbar.

6.1.3.3 SUBSTITUTIONSMITTEL

Die Ursubstanz der Substitution ist das D,L-Methadon. Dessen wirksames Isomer ist das L-Polamidon, das als Reinsubstanz als nebenwirkungsärmer gilt und deshalb in der Schwangerschaft nach Möglichkeit Verwendung finden sollte. L-Polamidon ist ein Agonist an den Opioidrezeptoren: Es verfügt über sehr ähnliche Wirkungen wie Heroin oder Morphin. Diese sind Sedation, Euphorie und Schmerzreduktion als gewünschte Effekte sowie u.a. Obstipation, Übelkeit und Atemdepression (beim nicht Gewöhnten) als Nebenwirkungen. Methadon und in geringen Maße Polamidon verlängern im EKG die QT-Zeit und können bei prädisponierten Patienten Herzrhythmusstörungen verursachen. Die Substanzen sind Substrat am CYP 450 3A4, es sind somit Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu beachten.

Wegen der zuverlässigen Wirkung über mindestens 24 h werden bei täglicher Einnahme dieser Substitutionsmittel bei Patient*innen Entzugerscheinungen sicher vorgebeugt. Die Ersteinstellung ist unproblematisch, jedoch sollte die Anfangsdosis nicht zu hoch gewählt werden. Alle 2–3 Stunden kann eventuell noch in kleinen Mengen Substitut nachgegeben werden, da bei diesem Zeitpunkt das Resorptionsmaximum liegt^{18, S. 164}.

In der Schwangerschaft sind Kontinuität und Stabilität in der Beigebrauchsfreiheit die angestrebten Ziele. Falls die Patientin dringend die Dosis reduzieren möchte, sollte der einzelne Schritt nicht mehr als 10% der Gesamtdosis entsprechen, damit keine für das Ungeborene gefährlichen Entzugserscheinungen auftreten. Wir empfehlen, nicht mehr als einen Reduktionsschritt zu planen und anschließend abwartend zu beobachten, bis eine wieder sicher erreichte Stabilität den nächsten Schritt erlaubt. Vor einer Abdosierung im 1. und 3. Trimenon ist dringend abzuraten (s.o.). Stillen ist bei diesen Substanzen im Regelfalle möglich und empfehlenswert, wenn keine anderen Stillhindernisse vorliegen.

Ein zweites wichtiges Substitutionsmittel ist Buprenorphin. Da es sich hierbei um einen Partialantagonisten handelt, sind die Wirkungen teils dem Heroin entgegengesetzt. Entzugserscheinungen und Schmerzen werden sicher reduziert. Es gibt jedoch keine Sedierung und keine Atemdepression bei Überdosierung. Es ist für die Patient*innen möglich, bis zu drei Tagesdosen auf einmal zu nehmen und entsprechend viele Tage anschließend mit der Einnahme auszusetzen. Die bei Ersteinnahme plötzlich auftretende Klarheit wird jedoch von vielen Patient*innen wie ein Entzug erlebt. Im Regelfall empfiehlt man vor der ersten Dosis das Abwarten leichter Entzugserscheinungen. Da man diese in der Schwangerschaft vermeiden möchte, gilt bei Neueinstellungen und Umstellungen ein zurückhaltendes, ggf. stationäres Vorgehen. Das neonatale Entzugssyndrom ist erfahrungsgemäß bei Substitution der Mutter mit Buprenorphin erheblich weniger ausgeprägt. Durch Stillen werden die Symptome des opiatgewöhnten Neugeborenen weiter deutlich minimiert.

Auch wenn vom retardierten Morphin als drittem gängigen Medikament ebenfalls keine Schädigung des Ungeborenen bekannt sind, wird es wegen höherer Dosen in der Muttermilch als Stillhindernis gesehen ^{16, S. 31} und ist somit mit einem deutlichen Nachteil behaftet.



L-Polamidon und Buprenorphin in ausreichender Dosis sind nach unserer Erfahrung in der Schwangerschaft die Medikamente der Wahl.

6.1.3.4 WEITERE STABILISIERENDE MASSNAHMEN

Eltern, die wegen Drogenkonsums auffällig geworden sind, sehen sich mit einem oft bleibendem Misstrauen konfrontiert. Insbesondere bei den Mitarbeiter*innen der Jugendämter, deren Hauptsorge dem

Kinde gilt, besteht häufig Sorge um deren Eignung als Eltern. Doch die Gruppe der Drogenkonsument*innen ist sehr heterogen und reicht von Gelegenheitskiffer*innen bis zu von mehreren Substanzen abhängigen Polytoxikoman*innen.

Der Einstieg in eine sinnvolle Behandlung und realistische Risikoabschätzung ist ein ruhiges und ehrliches Gespräch. Wenig hilfreich sind hier stereotype Bilder von charakterschwachen Kriminellen oder kategorische Abstinenzforderungen. Diese sind wenig vertrauensfördernd und werden kaum zur Bildung einer tragfähigen Bindung beitragen – insbesondere in einer Gesellschaft, die riskantes Konsumverhalten bei manchen Suchtstoffen wie Alkohol oder Nikotin toleriert und bei anderen vehement sanktioniert.

Es ist den Patient*innen aber durchaus vermittelbar, dass gerade kleine Kinder die durch Drogen veränderten Verhaltenskomplexe der Eltern nicht beurteilen und deshalb damit nicht umgehen können. In einer Art „Safer Use“-Gespräch kann man Eltern vermitteln, dass in Momenten von Drogenkonsum die Betreuung der Kinder durch andere verantwortungsvolle Erwachsene sichergestellt sein muss, schon weil durch Substanzeinfluss die Abschätzung von Risikosituationen und eine schnelle, adäquate Reaktion im Krisenfall nicht mehr gewährleistet sind. Hinzu kommt, dass Kinder oft deutlich mehr mitbekommen, als deren Eltern wahrhaben möchten. Der kindliche Wunsch, deren Verhalten nachzuzahlen, birgt Risiken, die vom akuten Notfall bis zur Entwicklung eigener Suchtstrukturen reichen. Dies gilt aber natürlich in gleichem Maße für Nikotin und Alkohol, auch wenn sie gesetzlich einen anderen Status haben.

Manche Menschen, insbesondere wenn sie wegen Besitz oder Konsum polizeilich auffällig geworden sind, sehen sich mit dem Verdacht auf intensiven Drogenkonsum konfrontiert, auch wenn dieser nur gelegentlich oder gar nicht mehr stattfindet. Auch manche Langzeitkonsument*innen entscheiden sich manchmal aus Angst vor Inobhutnahme ihrer Kinder für die Abstinenz und halten diese auch aufrecht. Diese Patient*innen benötigen eine Möglichkeit, die erfolgreiche Abstinenz unter Beweis zu stellen, da ein tatsächlicher Beleg langfristig stabiler ist als ein Vertrauensvorschuss. So nett letzterer auch gemeint sein mag, kann er sich beispielsweise bei einem Treffen nach einer schlafarmen Nacht schnell in Misstrauen wandeln und das vorher aufgebaute Vertrauen nachhaltig beschädigen.

**BEST
PRACTICE**

→ **FREIWILLIGES SCREENING**

Die Praxis Dr. Seiler/Wiesinger in der Caritas-Straßenambulanz Franz von Assisi in Nürnberg bietet auf Wunsch der Eltern und Schwangeren Drogenschnelltests auf Abruf an. Das bedeutet, die Patient*innen müssen telefonisch erreichbar sein und gegebenenfalls innerhalb von 24 Stunden in der Praxis erscheinen. Hier wird ein Urintest unter Beisein von (zwingend) gleichgeschlechtlichen Mitarbeiter*innen unter Aufsicht durchgeführt, um Manipulationen oder Abgabe von Fremdurin auszuschließen. Nach Schweigepflichtentbindung als Basis der Vereinbarung wird das Ergebnis an das Jugendamt gemeldet. Dieses wird ebenfalls informiert, wenn die Patient*innen nicht erreichbar waren oder nicht in der verabredeten Zeitspanne zum Test erschienen sind. Dauer und Frequenz der Drogenschnelltests werden vorab vereinbart und sollten nicht unter 6 Monaten und 1 bis 2 Tests pro Monat liegen, da sonst die Aussagekraft der Kontrolle leidet. Ziel ist, durch zuverlässige Belege Sorge über verdeckten Konsum auszuräumen und für alle Seiten Rechtssicherheit zu schaffen.

Diese Screenings sind leider bisher keine Kassenleistung und sollten im Preis dem Umstand Rechnung tragen, dass weder die Patient*innen noch das Jugendamt über finanzielle Ressourcen für solche Tests verfügen.

Bei vielen Drogenuser*innen ist der Konsum ein Versuch, psychische Leiden und psychiatrische Erkrankungen aushaltbar zu machen. Wenn auf die zwar teils destruktiven, aber nichtsdestotrotz lindernden Effekte der Drogen verzichtet wird, treten Ängste, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und andere Ursachen für den Konsum von Suchtstoffen oft wieder ungefiltert an die Oberfläche und produzieren einen teils erheblichen Leidensdruck. Die medikamentöse Intervention mit Psychopharmaka ist zwar wegen vielen Kontraindikationen gerade in der Schwangerschaft und Stillzeit deutlich eingeschränkt, die Möglichkeiten sollten jedoch mit den Patientinnen erörtert werden. Hierzu empfiehlt es sich, regelmäßige Treffen zu vereinbaren oder eine psychiatrisch fachärztliche Mitbehandlung mit suchtmmedizinischer Erfahrung einzuleiten.



Beigebrauchskontrollen, nach Möglichkeit freiwillig schaffen Sicherheit zum Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung, schützen aber auch die Patient*innen vor ungerechtfertigten Behauptungen bezüglich Rückfall und Konsum.

6.2 MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Aus unterschiedlichen Gründen finden schwangere Frauen mit Drogenproblematik den Weg in die medizinische Versorgung häufig nur schwer oder verheimlichen hier die Suchtthematik. Es bedarf einer Sensibilisierung der Fachkräfte und der Vermittlung von Handlungssicherheiten für den Umgang mit diesen Patientinnen ebenso wie für das Vorgehen bei dem Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen.

Fragen nach Substanzkonsum sollten fester Bestandteil jeder Erstanamnese sein.

Die medizinische Versorgung in der Schwangerschaft ist freiwillig und kann auch bei größter Sorge um das Kindeswohl nicht erzwungen werden (Ausnahme: Selbst- und Fremdgefährdung, die eine gerichtlich angeordnete Unterbringung rechtfertigen).

Schwangere Suchtkranke sollten keinesfalls aus disziplinarischen Gründen von Behandlungen ausgeschlossen werden. Nicht wahrgenommene Termine sind zu erwarten und sollten im Hinblick auf das Vorliegen möglicher Traumatisierungen und/oder Substanzkonsum hinterfragt werden.

Die Einbeziehung von Partner*innen der Patientin ist hilfreich, sofern diese Möglichkeit besteht.

6.2.1 GYNÄKOLOGIE (AMBULANT)

Um die toxischen Effekte des Drogenkonsums möglichst frühzeitig reduzieren oder ausgleichen zu können, ist eine frühzeitige Identifikation der Schwangerschaft und des Drogenkonsums erforderlich. Jede Erstanamnese sollte daher die Frage nach aktuellem oder vergangenem problematischem oder abhängigem Substanzkonsum beinhalten. Häufig werden Patientinnen diese Problematiken verschweigen. Hinweise auf das Vorliegen einer Drogenproblematik können sein:

- eine späte Feststellung der Schwangerschaft,
- ungeplante und verdrängte Schwangerschaften,

- komorbide Infektionserkrankungen und sexuell übertragbare Krankheiten,
- schlechter Venenzugang,
- vernarbte Arminnenseiten, Leisten und/oder Beine,
- extremes Schwitzen,
- Auffälligkeiten im Verhalten (verminderte Impulskontrolle, geringe Schmerz- und Frustrationstoleranz, Aggressivität und/oder Nervosität, Unruhe oder sedierte Erscheinung).

Bei positivem Befund sollte die medizinische Anamnese um eine Sucht- und Sozialanamnese erweitert werden. Für ein solches Gespräch braucht es Zeit (!), Offenheit und Wertungsfreiheit. Es müssen möglichst konkrete Angaben erhoben werden zur Substanzexposition: Welche Substanzen wurden konsumiert? In welcher Menge (Dosis und Häufigkeit)? In welchem Trimenon? Wie wurden diese Substanzen konsumiert (intravenös, nasal etc.)?

Im Sinne einer „harm reduction“ gilt es beratend darauf hinzuwirken, dass Infektionsübertragungen und Überdosierungen vermieden werden. Suchtkranke Schwangere - auch stabil Substituierte - müssen um die besonderen Risiken des Substanzkonsums für die Schwangerschaft wissen. Sie müssen möglichst zeitnah darüber informiert werden, dass alle psychoaktiven Substanzen die Plazentaschranke passieren und auf den Fötus einwirken. Mögliche Auswirkungen der einzelnen Stoffe müssen offen kommuniziert werden.

Der Patientin soll darüber hinaus Raum gegeben werden, mögliche Ziele im Verlauf der Schwangerschaft sowie Ängste und Vorstellungen über den weiteren Verlauf der Behandlung zu thematisieren. Parallel sollten Ressourcen und Risikofaktoren im Leben der Patientin erfasst werden.

Das späte Realisieren der Schwangerschaft geht häufig einher mit einem polytoxischen Konsum in der Frühschwangerschaft und damit gerade in der sensiblen Phase der Organbildung des Fötus. Die gynäkologische Versorgung fokussiert nicht zuletzt deshalb zunächst auf die Feststellung von:

- Schwangerschaftsalter,
- fetaler Substanzexposition,
- Ultraschall zum Ausschluss von Fehlbildungen und Wachstumsstörungen,

→ Infektionsstatus der Mutter (Diagnose und ggfs. Behandlung v. a. Lues, Chlamydien, Hepatitis B und C, HIV).

Weitere wichtige Untersuchungen, die im Rahmen der Suchterkrankung häufig vernachlässigt wurden, sind die Krebsvorsorge und der Ausschluss weiterer psychischer und somatischer Erkrankungen (inkl. Zahnstatus!)^{5,20}.

Suchtkranke Schwangere zählen zu der Gruppe der Risikoschwangeren, was eine intensiviertere Schwangerschaftsvorsorge impliziert. Um mögliche Komplikationen frühzeitig zu erkennen und ggfs. entgegenwirken zu können, empfehlen sich engmaschige Kontrollintervalle. Den Schwangeren bieten die regelmäßigen Termine eine Alltags- und Kontaktstrukturierung und die Möglichkeit zur Übernahme von (Selbst-) Fürsorge und (Eigen-)Verantwortung. So dient die Zeit der Schwangerschaft als Zeit des Erprobens, aber auch des Beweisens z. B. gegenüber der Kinder- und Jugendhilfe.

Gynäkolog*innen erhalten durch häufigere Kontakte einen Einblick in die psychische und physische Verfassung der Schwangeren und valide Informationen über die körperliche Verfassung und die Entwicklung der Schwangerschaft. Dies ist u. a. deshalb wichtig, da die Schmerzwahrnehmung suchtkranker Frauen durch Störungen der Körperwahrnehmung, Körperdissoziationen und insbesondere unter Opioidaufnahme verändert sein kann, so dass sie z. B. vorzeitige Wehen nicht realistisch einordnen^{5,19,20}.

Eine besondere Bedeutung kommt dem differenzierten Organultraschall zu. Er dient einerseits der Klärung der Frage nach Schädigungen des Kindes und sollte insbesondere bei Konsum von Alkohol oder Amphetaminen in der Frühschwangerschaft regelmäßig erfolgen. Andererseits erfüllen die oftmals sehr deutlichen und differenzierten Bilder des ungeborenen Kindes wertvolle Funktionen im Aufbau der Mutter-Kind-Bindung bzw. der Realisierung und Akzeptanz der Schwangerschaft.

Drogenkonsum ist kein Indikationskriterium für invasive Diagnostik, da er das Risiko einer chromosomalen Störung des Fötus nicht erhöht.

Da viele suchtkranke Frauen (sexualisierte) Gewalterfahrungen gemacht haben, ist ein behutsames, traumasensitives Vorgehen der Behandler*innen oberstes Gebot. Die Frauen müssen transparent und umfassend über die notwendigen Untersuchungen und Behandlungsschritte informiert werden. Mögliche Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung sollten besprochen werden, damit die Schwangere

Körperwahrnehmungen richtig einordnen kann. So beschreiben z.B. Erbas et al¹⁹, dass eine Tokolyse-Behandlung entzugsähnliche Symptome hervorrufen kann wie Tachykardie oder Schweißausbrüche. Soweit wie irgend möglich, müssen die Schwangeren die Kontrolle über die Situation haben und in Entscheidungen einbezogen werden.



Drogenabhängige Menschen fühlen sich im medizinischen System oft vorverurteilt und als Patient*innen zweiter Klasse. Gute Erfahrungen werden in der Szene weitererzählt, schlechte leider auch. Das kann die nächste Patientin daran hindern, sich in die Hände des Hilfesystems zu begeben.

6.2.2 GEBURTSHILFE/-KLINIK

Suchtkranke Schwangere sollten in einem Perinatalzentrum entbinden, welches neben einer geburtshilflichen Abteilung auch eine Abteilung für Neonatologie/Intensivmedizin bereitstellt. Eine (Mit-) Aufnahme der Mutter in der Kinderklinik nach Geburt des Kindes ist empfehlenswert und sollte vorgeburtlich abgeklärt werden.

6.2.2.1 PRÄPARTAL

Optimalerweise sind die ambulant betreuenden Gynäkolog*innen über den Substanzkonsum informiert und nehmen Kontakt mit der Geburtsklinik auf. In der Realität ist dies allerdings aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Kapazitäten selten realisierbar. Ein Austausch zwischen Geburtsklinik und externen Behandler*innen ist jedoch von elementarer Bedeutung und erfolgt optimaler Weise standardisiert. Hier hat sich der Einsatz von Formularen bewährt, die alle relevanten Informationen zusammenfassen. Idealerweise wird ein entsprechendes Attest oder ein Peripartalplan gemeinsam mit der Schwangeren von den behandelnden Ärzt*innen ausgefüllt oder mit ihr besprochen. Diese kann die Patientin dann zum Vorgespräch in der Entbindungsklinik mitbringen und vorlegen.

Folgende Informationen sollten vor der Geburt erhoben werden^{5,13,19,20}:

- Aktuelle Hepatitis B- und C- sowie HIV-Serologie der Schwangeren (inkl. Viruslast bei bekannter Hepatitis-Infektion),
- Konsum (Substanz, Substitution, Beikonsum),
- Klärung der peri- und postpartalen Substitution,

- Venensituation,
- Analgesiewünsche (Vorstellung in der Abteilung für Anästhesie),
- Geburtsmodus (z. B. Wunsch nach Kaiserschnitt),
- Ängste und Traumatisierungen der Schwangeren, die die Geburtssituation betreffen können,
- Ressourcen für die Geburtssituation,
- relevante Netzwerkpartner*innen,
- Entlassmodalitäten des Kindes.

Aufgrund der häufig unzureichenden Schwangerenvorsorge sollten zudem bisher nicht erkannte Wachstumsstörungen, angeborene Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus mitgedacht und abgeklärt werden.

Zum Abbau von Ängsten und Unsicherheiten kann ein Termin für eine individuelle Begehung der Geburts- und Kinderklinik vereinbart werden. Schwangere Frauen mit Drogenproblematik und ihre Partner*innen nehmen selten an den von Geburtskliniken durchgeführten Gruppenführungen teil und können für sie relevante Fragen oft nicht stellen.

Bereits vor der Geburt ist es hilfreich, wenn zu den Vorgesprächen in der Geburtsklinik auch Ärzt*innen der Neonatologie herangezogen werden können. Hier können Themen besprochen werden, wie Stillen, Aufnahme der Mutter als Begleitperson in der Kinderklinik, NAS etc.. *Siehe Kapitel 6.2.3 Neonatologie und Pädiatrie.*

Anzuraten ist darüber hinaus eine gegenseitige Schweigepflichtentbindung, unterzeichnet von der Patientin, zu allen weiteren beteiligten Institutionen, wie Substitutionspraxis, Jugendamt, ambulante Suchthilfe.



→ **GEBURTSVORBEREITUNG**

In Nürnberg begleiten Mitarbeiterinnen von Lilith e.V. – Drogenhilfe für Frauen und Kinder schwangere Klientinnen zum Geburtsvorbereitungstermin in die Klinik Hallerwiese-Cnopfsche Kinderklinik. Zu diesem Termin kann gemeinsam mit Ärzt*innen der Geburtsklinik und der Neonatologie sowie Mitarbeiter*innen des psychologischen Fachdienstes ein erster Austausch stattfinden:

- Informationsaustausch zu Suchtmittelkonsum der Schwangeren in der Schwangerschaft und mögliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind.

- Behandlungsmöglichkeiten des Kindes bei Entzugssymptomen nach der Geburt.
- Möglichkeit der Aufnahme der Mutter als Begleitperson in der Kinderklinik.
- Information zu psychosozialen Belastungen der Schwangeren, insbesondere Traumaerleben.
- Planung von Runden Tischen vor und nach der Geburt.
Siehe Kapitel 8.2 Runde Tische.



Kliniken benötigen ein strukturiertes, standardisiertes Vorgehen bei Schwangeren mit Drogenproblematik. Dieses sollte Fragen zur separaten Begehung der Geburtsklinik, Begleitzimmer der Mutter für die stationäre Zeit des Kindes, Klärung der Substitution während und nach dem Aufenthalt der Mutter sowie Kooperation mit dem Hilfesystem beinhalten.

6.2.2.2 GEBURTSSITUATION

Die Angst vor den Schmerzen einer Geburt bzw. vor einer unzureichenden Schmerzmedikation während der Geburt kann eine enorme Belastung für die Schwangere darstellen. Traumatisierte Frauen erleben Geburten häufig schmerzhafter. Opiatabhängige Frauen können aufgrund einer Hyperalgesie einen erhöhten Schmerzmittelbedarf haben. Es empfiehlt sich daher, suchtkranken Frauen eine großzügige Schmerzmedikation (unabhängig von der Substitutionsdosis) anzubieten. Die Regionalanästhesie wird als Mittel der Wahl für die vaginale Geburt empfohlen¹³. Die Auswahl an Analgetika ist bei opiatabhängigen Frauen begrenzt. Gespräche mit den Anästhesist*innen bzw. Geburtshelfer*innen sollten rechtzeitig vor der Geburt erfolgen – bei Bedarf auch unabhängig von der Vorstellung zur Geburt und zu einem viel früheren Zeitpunkt der Schwangerschaft. Sie können entlastend wirken und Sicherheit schaffen.

Traumatisierte Frauen benötigen eine besonders sensible und reflektierte Begleitung. Eine traumasensible Geburtshilfe muss der Frau das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle/Vorhersagbarkeit vermitteln und einen respektvollen, wertschätzenden Umgang gewährleisten. Für traumatisierte Schwangere ist es besonders wichtig, über alle anstehenden Schritte durch Pflegekräfte, Hebammen und Ärzt*innen vorab informiert

zu werden. Im Vorfeld vereinbarte Interventionen wie z. B. die großzügige Schmerzmedikation oder das Vermeiden bestimmter Trigger müssen gut dokumentiert werden, damit die in der Geburtssituation anwesenden Ärzt*innen verlässlich informiert sind.

Zu bedenken sind vor allem folgende Risikokonstellationen⁶:

- Psychische Beeinträchtigungen der Schwangeren (z. B. gesteigerte Aggressivität, Dissoziation unter der Geburt),
- vorzeitige Plazentalösung,
- bisher nicht diagnostizierte Infektionskrankheiten (z. B. HIV, Hepatitis).

Das Risiko einer Frühgeburt sowie einer intrauterinen Wachstumsrestriktion ist erhöht. Verschiedene Studien haben festgestellt, dass 10–30% der Kinder vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, wobei es sich mehrheitlich um sog. „Late-Preterms“ handelt: Babys die zwischen der 34.+0 und 36.+6 Schwangerschaftswoche entbunden werden. Bei 16–34% der Neugeborenen liegt das Geburtsgewicht unterhalb der 10. Perzentile, wobei nicht endgültig geklärt ist, welcher Anteil der IUGR den Opiaten, dem Nikotin, anderen Substanzen oder den belasteten Lebensumständen zuzuschreiben ist¹².



Drogenabhängige Frauen haben häufig Gewalterfahrungen machen müssen, deshalb ist ein besonders sensibles Vorgehen bei Schwangerschaft und Geburt sehr wichtig.

6.2.2.3

POSTPARTAL

Der zu erwartende postpartale Opiatentzug des Neugeborenen stellt eine massive Belastung dar, sowohl für die Mutter bzw. die Eltern als auch für das an der Therapie beteiligte Klinikpersonal.

Red Flags, bei denen eine Drogenexposition des Neugeborenen abgeklärt werden muss, sind:

- Ungeklärtes Zittern,
- Unruhe,
- vermehrte Schweißbildung,
- erhöhte Krampfbereitschaft oder Sedierung.

Zeigen Neugeborene diese Symptome, sollte ein*e Neonatolog*in hinzugezogen werden und die Eltern gezielt zu anamnestischem oder aktuellem Drogenkonsum befragt werden¹³.

Darüber hinaus können mit Einverständnis der Sorgeberechtigten Drogenscreenings oder toxikologische Untersuchungen durchgeführt werden (z. B. Blut, Urin, Mekonium). Diese können diagnostische und therapeutische Klarheit schaffen und bei unbegründetem Verdacht entlasten.

6.2.3 NEONATOLOGIE UND PÄDIATRIE

Suchtmittelkonsumierende Schwangere sollten in einem Perinatalzentrum entbinden, welches Erfahrung mit der Behandlung neonataler Drogenentzüge hat. So können Mutter und Kind optimal betreut werden und die Mutter kann in der Nähe ihres Kindes bleiben, falls dieses nach der Geburt in der Kinderklinik aufgenommen wird.

6.2.3.1 VORGEHEN

Bereits präpartal sollte ein*e Neonatolog*in ein Gespräch mit der Schwangeren führen, in dessen Verlauf relevante Themen für die Zeit unmittelbar nach der Geburt und im weiteren Behandlungsverlauf besprochen werden können:

- Geburtsverlauf inkl. der ggfs. bevorstehenden Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt, falls konsumierte Stoffe eine Indikation für eine stationäre Aufnahme des Kindes darstellen.
- Behandlung des Neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS): für die werdende Mutter ist es wichtig zu erfahren, wie ein antizipierter NAS begleitet und behandelt wird und wie lange ihr Kind mindestens in der Kinderklinik bleiben muss.
- Stillen: Um Empfehlungen für oder gegen das Stillen aussprechen zu können ist es für die behandelnden Neonatolog*innen wichtig, das Konsumverhalten und die Infektiologie der werdenden Mutter zu kennen.
- Allgemeine Abläufe auf der neonatologischen Station, wie Besuchsregelungen und Tagesstruktur.
- Optimalerweise bestehende Möglichkeit der Mitaufnahme der Mutter als Begleitperson inkl. der Organisation der Substitution.

Die Kinderärzt*innen werden gegen Ende der Geburt durch die Geburtshelfer*innen informiert. Sie untersuchen das Kind in Abhängigkeit von Risikokonstellation und kindlicher Verfassung unmittelbar nach einem kurzen Bekanntmachen mit Mutter/Vater bzw. nach einem ersten Bonding. Bei adäquater Primäradaption darf das Kind danach wieder zur Mutter, bis es nach einiger Zeit auf die Neugeborenenstation verlegt wird. In der Regel wird es gewünscht und gefördert, dass die Mutter möglichst viel Zeit bei ihrem Kind verbringt und sich aktiv an der Pflege und Versorgung beteiligt. Ist die Entlassung in eine Pflege- oder Adoptivfamilie geplant, können Pflege- oder Adoptivmutter als Begleitperson einziehen.

6.2.3.2 NEONATALES ABSTINENZSYNDROM (NAS)

Die unmittelbare postnatale kardiopulmonale Adaptation bei Kindern substituierter Mütter verläuft in der Regel problemlos. Der Manifestationszeitpunkt des NAS ist multifaktoriell bedingt (letzter Einnahmezeitpunkt, chronischer Konsum vs. akute Intoxikation, Gesamtdosis, Applikationsform, Halbwertszeit der konsumierten Substanz, Stoffwechsel etc.). Erste Entzugserscheinungen treten in der Regel in den ersten 8 Tagen nach der Geburt auf.

<u>Suchtmittel/Konsum</u>	<u>Auftreten von Entzugserscheinungen</u>
Reiner Alkoholkonsum	innerhalb von 24 Stunden
Reiner Heroinkonsum	innerhalb von 24 Stunden
Methadon	innerhalb von 25–96 Stunden
Buprenorphin	40 Lebensstunden–7 Tage
Benzodiazepine & Barbiturate	bis zu 4 Wochen nach der Geburt
(Meth-)Amphetamine	unmittelbar bis 72 Stunden nach der Geburt, bei Benzodiazepinbeigebrauch auch erst nach bis zu 4 Wochen möglich

In verschiedenen Studien wurde durchschnittliche Behandlungszeiträume des NAS zwischen den Extremen von 4–9 Tagen und 85–119 Tagen ermittelt, wobei die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 2–4 Wochen liegt¹⁵.

Da keine Prognosen zum individuellen Behandlungsverlauf gemacht werden können, sollte das Neugeborene mindestens 8 Tage in der Kinderklinik überwacht werden.

Ein NAS ist multifaktoriell bedingt

Das Ausmaß des NAS wird maßgeblich von Ausmaß und Zeitdauer der fetalen Drogenexposition bestimmt. Die Drogenexposition lässt sich jedoch nicht einfach aus der Menge der konsumierten Substanz herleiten. Vielmehr wird sie moduliert durch verschiedene Faktoren: auf Seiten der Schwangeren (Stoffwechselprozesse, Komedikation z. B. Antidepressiva, polytoxischer Konsum, Beikonsum von Alkohol, Nikotin) und auf Seiten des Fötus (Stoffwechselprozesse etc.).

Erste Studien deuten auf Zusammenhänge zwischen Substitut und NAS hin und bescheinigen Buprenorphin eine günstigere Auswirkung auf die NAS-Symptomatik¹⁵.

Bei bekanntem Drogenkonsum in der Schwangerschaft ist die Diagnosestellung NAS relativ einfach. Sie sollte anhand standardisierter Scores erfolgen. In der Praxis geschieht dies häufig mit dem Finnegan Score^{14,21}. Dieser erfasst Manifestationszeitpunkt, Schwere, Dauer der Symptome, medikamentöse Therapienotwendigkeit und Ansprechen auf die Therapie und wird alle 8 Stunden erhoben.

Bei fehlendem Wissen über mütterlichen Substanzabusus und unklarer Symptomatik des Neugeborenen sind Substanzscreenings mit Einwilligung der Sorgeberechtigten oft der einzige Weg, um differenzialdiagnostisch andere Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen auszuschließen und die geeignete Therapie zu beginnen. Mit Hinweis auf die evtl. Behandlungsbedürftigkeit des Kindes kann versucht werden, wahrheitsgemäße Angaben zum Konsumverhalten zu erhalten. Darüber hinaus können Drogentests bei der Mutter (Blut, Urin, seltener Haare) und beim Kind (Urin, Blut, Mekonium, selten Haare) valide Informationen liefern. Die Mutter kann diese Untersuchungen verweigern. Wenn keine Einwilligung erzielt wird und es aus fachlicher Sicht notwendig ist, kann die Testung des Kindes auch gegen den Willen der Sorgeberechtigten erfolgen. Dazu muss unter Umständen ein Gerichtsbeschluss erwirkt werden¹³.

Zu erwartende Symptome des NAS²⁶

- zentralnervöse Symptome: z. B. Hyperexzitabilität (erhöhte Erregbarkeit), Tremor (Zittern) in Ruhe und bei Aufregung, schrilles Schreien, übersteigerte Reflexe, kurze Schlafphasen, Krampfanfälle in seltenen Fällen (1–2%).
- Symptome des autonomen Nervensystems: z. B. erhöhte Temperatur, vermehrtes Schwitzen, häufiges Gähnen.

- Respiratorische Symptome: z. B. Tachypnoe (gesteigerte Atemfrequenz), verstopfte Nase.
- Gastrointestinale Symptome: z. B. Trinkschwäche, gieriges Trinken, Durchfall und Erbrechen, die schnell zu einem relevanten Gewichtsverlust und Gedeihstörungen führen können.

Die Schwangeren wissen um den zu erwartenden Opiatentzug bei ihrem Kind. Die Antizipation und das Miterleben des NAS stellt eine massive psychische Belastung der (werdenden) Mütter dar und muss gut begleitet werden. Die Mütter entwickeln in aller Regel große Schuldgefühle, wodurch die Mutter-Kind-Beziehung nachhaltig gestört werden kann. Es kann entlastend und klärend wirken, wenn bereits präpartal Kontakt mit den später betreuenden Neonatolog*innen aufgenommen wird. Im Rahmen solcher Gespräche können Behandlungsmodalitäten des NAS besprochen und Informationen über den Unterschied des Entzugs bei Neugeborenen und Erwachsenen vermittelt werden (z. B. das Fehlen der psychischen Komponente Abhängigkeit bei Neugeborenen, die medikamentengestützte Therapie des NAS) und die Möglichkeiten der Mutter sowie ihre Bedeutung zur Linderung der Symptome hervorgehoben werden²².

Therapie des NAS

Ein unbehandeltes NAS endet im schlimmsten Fall tödlich. Es bedarf der stationären Begleitung. Das NAS ist selbstlimitierend. Die Therapie intendiert eine Linderung der Entzugssymptome und die Vermeidung sekundärer Schädigungen. Hierzu werden supportive, nichtmedikamentöse Maßnahmen und Medikamente eingesetzt.

Die supportive Therapie ist sehr zeitintensiv und mit einem hohen pflegerischen Aufwand (und emotionaler Belastung) verbunden. Sie umfasst:

- Reizarme Umgebung (minimieren von Licht, Lärm, Unruhe usw. Möglichst kein weiterer Patient im Zimmer),
- haltgebende, begrenzende Umgebung idealerweise mit Körperkontakt („Kangarooing“, Halten, Tragetücher),
- umgehendes Reagieren auf Äußerungen des Babys, Frühfütterung (häufige Mahlzeiten (alle 1–2 Stunden) mit hohem Kalorienbedarf (150–200 kcal/kg/Tag), der eine Anreicherung der Nahrung nötig machen kann, Füttern kleiner Mengen),
- adäquater Elektrolyt- und Flüssigkeitersatz.

Medikamentöse Therapie des NAS

Bei einem NAS nach Opiatkonsum in der Schwangerschaft ist das Mittel der Wahl heute ein Opiat oder Opioid, meist eine orale Morphinlösung. Diese wird in 4–6 stündigen Intervallen verabreicht und mit Hilfe des Finnegan Scores titriert.

Bei schwer behandelbaren Abstinenzsyndromen kann die Therapie erweitert werden um Clonidin oder Phenobarbital²².

Mit einer Zunahme der Häufigkeit des Methamphetamin-induzierten NAS muss gerechnet werden. Dieser unterscheidet sich vom NAS bei Opiat- oder Mischkonsum in Symptomatik und Dauer und erfordert die Entwicklung von eigenen Diagnose- und Behandlungsstandards⁶.



Aufgrund der strafrechtlichen Situation und der daraus folgenden gesellschaftlichen Ächtung, aus Scham und Schuldgefühlen heraus sowie aus Angst vor Sorgerechtsentzug, haben die Patient*innen oft gelernt, Drogenkonsum und dessen Folgen zu verschleiern. Die Angst vor Kontrollverlust und unzureichender Versorgung bei Entzugerscheinungen können dazu führen, dass eine schnelle Entlassung nach Geburt ohne Offenlegung der Suchterkrankung versucht wird. In solchen Fällen befindet sich eine geschwächte junge Mutter mit einem entzügigen Säugling alleine zu Hause in einer extrem riskanten Situation. Diese Ängste müssen den Patientinnen genommen werden. Das funktioniert am ehesten mit Ruhe, Empathie und Transparenz.

6.2.3.3 EINBEZUG DER MÜTTER

Es ist von Vorteil, wenn die Mutter die Pflege des Kindes mit übernimmt, da die erforderliche 1:1-Betreuung durch die Pflegekräfte in der Regel nicht geleistet werden kann. Im besten Fall kann die Mutter als Begleitperson einziehen und wird von den Pflegekräften angeleitet, die Pflege ihres Kindes selbstständig bzw. mit Unterstützung zu übernehmen. Hierbei muss bedacht werden, dass dies für die Mutter eine massive physische und psychische Belastung darstellt, die nicht zu einer Überlastung und Destabilisierung führen darf.

Die Mutter-Kind-Bindung und -Interaktion kann und soll bereits in der Kinderklinik gefördert werden: Die Modifikation dysfunktionaler Erwartungen, positives Feedback, feinfühliges Unterstützung und

Anleitung sowie Psychoedukation haben sich bewährt. Die Mutter soll in ihrer Mutterrolle gestärkt werden, eine Erhöhung ihres Sicherheits- und Selbstwirksamkeitsgefühls und eine Reduktion der Versagensängste erleben.

Mütter, die als Begleitpersonen in der Kinderklinik einziehen, müssen ihre Medikation selbständig organisieren. In Absprache mit der Substitutionspraxis können sie das Substitut als „Take Home“ für eine bestimmte Zeitspanne ausgehändigt bekommen, kann die Ausgabe evtl. in einer kliniknahen Apotheke organisiert werden oder müssen die Mütter ihre Medikation täglich in der Substitutionspraxis einnehmen.

Bei den Eltern können Selbstunsicherheiten, Schuld- und Schamgefühle, aber auch das Gefühl der Bevormundung und ein Misstrauen gegenüber dem Pflorgeteam Spannungen erzeugen. Konflikthafte Interaktionen zwischen Eltern- und Pflorgeteam oder seltene bzw. unregelmäßige Anwesenheit der Eltern beim Kind können die Folge sein.

Mögliche Konflikte, die die Arbeit mit suchtkranken Eltern erschweren können, sollten im Rahmen von Fortbildungen und Supervisionen analysiert und bearbeitet werden. Unterschiedliche Erfahrungen und Einstellungen zu Drogen, Zweifel an der elterlichen Kompetenz und Beschützerinstinkte gegenüber den kleinen Patient*innen sind mögliche Themen auf Seiten des Klinikteams. Ein koordinierter und konsistenter Umgang mit den Eltern ist wichtig, um Missverständnisse aber auch Konflikte und Spaltungen im Team zu vermeiden.

Während des stationären Aufenthaltes soll eine sachliche und neutrale Dokumentation des elterlichen Verhaltens durch die Pflege erfolgen (Zeit beim Kind, Interaktion mit dem Kind und zwischen den Eltern, Zuverlässigkeit, mögliche Auffälligkeiten).



Das Entzugssyndrom des Säuglings lässt sich, neben der Gestaltung einer angenehmen, stressarmen Umgebung, sehr gut über körperliche Zuwendung lindern. Das Stillen beruhigt das Kind, vermindert Übererregbarkeit und Unwohlsein und fördert die Mutter-Kind-Bindung^{23;24, S. 41f.}. Die Mutter kann hierdurch die Erfahrung machen, dass sie positiv Einfluss nehmen und die gefürchteten Entzugssymptome bei ihrem Baby lindern kann.

6.2.3.4 ENTLASSMANAGEMENT

Es empfiehlt sich, bereits frühzeitig mit der Klärung bzw. Planung der Entlassmodalitäten zu beginnen. Optimalerweise wurden bereits präpartal Netzwerke etabliert und Hilfen installiert zur Sicherstellung des Kindeswohls und zur Unterstützung der Eltern. Unter Einbeziehung der Netzwerkpartner*innen sollte möglichst vor der Entlassung ein „Runder Tisch“ stattfinden. *Siehe auch Kapitel 8.2 Runde Tische.*

Folgende Aspekte sollten besonders bedacht werden:

- Substitution der Mutter und Sicherstellung des Substituts, insbesondere bei Entlassung an Wochenenden oder Feiertagen,
- psychische Verfassung der Mutter (CAVE: erhöhtes Risiko für postpartale psychischen Erkrankungen),
- Bindungsqualität, Fähigkeit der Mutter, das Kind angemessen zu versorgen,
- soziale Situation der Familie,
- Konsum der Mutter oder weiterer Personen, die dem Haushalt angehören,
- Unterstützung der Elternteile durch die Suchthilfe,
- Sicherstellung des Kindeswohls,
- weiterbehandelnde Kinderärzt*in/Hebamme,
- Nachsorge (Frühförderung, Sozialmedizinische Nachsorge, SPZ).



Für die Eltern schafft es Sicherheit, wenn sie merken, dass nicht über sie, sondern mit ihnen geredet wird.

6.2.3.4 NACHSORGE BEI NAS

Das medizinische Langzeit-Outcome von Kindern nach NAS ist überwiegend gut. Bei vielen der kleinen Patient*innen persistieren allerdings einzelne Symptome wie Schlafstörungen, Hyperreagibilität, häufiges schrilles Schreien und/oder ein muskulärer Hypertonus. Diese Störungen der kindlichen Regulation erschweren die Mutter-Kind-Interaktion und stellen große Herausforderungen an die Eltern dar. Suchtkranke Eltern mit ihren spezifischen eigenen Bedürfnissen und Einschränkungen müssen durch diese oft stressreiche Zeit besonders gut begleitet werden.

Die Wahrscheinlichkeit von neurokognitiven Schäden, Entwicklungsverzögerungen oder psychischen Spätfolgen müssen von den behandelnden Kinderärzt*innen mitgedacht und ggfs. untersucht und

diagnostiziert werden. Die bestehenden „U“-Untersuchungen sind dazu nicht ausreichend. Bei ersten Anzeichen von Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten der Kinder soll eine fachgerechte Diagnostik und Risikoabklärung stattfinden und entsprechende Förderangebote angeboten werden¹².

6.3 **H**EBAMMEN

Aufgrund des Hebammenmangels fällt es selbst gut organisierten, stabilen Frauen oft schwer, eine Hebamme zu finden und es muss bereits sehr früh mit der Hebammensuche begonnen werden. Wenn man davon ausgeht, dass suchtkranke Frauen ihre Schwangerschaft meist erst im 2. oder 3. Trimenon realisieren, fehlt allein dadurch schon die nötige Zeit.

Darüber hinaus hindern Ängste, Scham- und Schuldgefühle viele suchtkranke Frauen bereits initial daran, sich überhaupt um eine Hebamme zu bemühen. Sie fürchten Abwertung, Kritik und eventuell auch mögliche Konsequenzen, wie Sorgerechtsentzug, wenn sie fremden Personen Einblick in ihre Lebensrealität gewähren.

In Schwangerschaft und Peripartalzeit erleben alle Frauen eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Verunsicherung durch all die Veränderungen und neuen Anforderungen. Dazu kommen bei suchtkranken Frauen meist eine Reihe problematischer intrapsychischer Prozesse, wie ein instabiles Selbstwertgefühl, Scham- und Schuldgefühle, emotionale Instabilität und geringe Frustrationstoleranz. Dies führt zu einer erhöhten Sensibilität der suchtkranken (werdenden) Mutter und einer sehr schnellen Verunsicherung in ihrer Mutterrolle. Um Empfehlungen annehmen zu können, ist vorab ausreichend Zeit für Vertrauensaufbau und Psychoedukation notwendig.



Die bestehenden Möglichkeiten, eine Hebamme bereits vor der Geburt einzusetzen, sollten unbedingt genutzt werden. Die betreuende Hebamme sollte Erfahrungen in der traumasensiblen Begleitung mitbringen.

6.4 **P**SYCHIATRISCHE UND PSYCHOLOGISCHE BEGLEITUNG

Bei suchtkranken Patientinnen ist eine Abklärung somatischer und psychiatrischer Komorbiditäten indiziert. Suchtkranke Frauen haben ein erhöhtes Risiko, eine postpartale psychische Störung zu entwickeln.

Ein Verdacht auf eine komorbide psychische Störung soll empathisch mit der Schwangeren erörtert werden. So früh wie möglich sollte eine Aufklärung über die Störungsbilder und deren Behandlungsmöglichkeiten erfolgen. Diese Informationen können entlastend wirken und die Bereitschaft zu einer psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung erhöhen. Evtl. kann die Vermittlung in eine fachärztliche Praxis für Psychiatrie/Neurologie angeboten werden. Optimalerweise wird eine psychiatrische Diagnostik und ggfs. Behandlung in die Wege geleitet.

Dabei muss v.a. bei Methamphetaminkonsument*innen berücksichtigt werden, dass eine Reihe psychopathologischer Symptome durch Intoxikation oder Entzug erklärbar oder überlagert sind (z. B. Anhedonie, Depressivität, Antriebsminderung, emotionale Instabilität und dissoziales, wenig empathisches Verhalten im ersten Jahr der Abstinenz bei chronischem Konsum).

Bei einer Abwehr psychiatrischer und/oder psychotherapeutischer Hilfen müssen mögliche Ängste, Vorerfahrungen und Befürchtungen der Frau sensibel exploriert werden. Viele suchtkranke Frauen haben Angst vor Pathologisierung und Stigmatisierung. Auch fürchten viele, durch die Einnahme von Psychopharmaka in eine weitere Abhängigkeit zu geraten. Oft bleiben sie lieber bei dem vertrauten Suchtstoff, auch wenn dies mit unkalkulierbaren Risiken für sich und das (ungeborene) Kind einhergeht. Insbesondere bei Selbstmedikationsversuchen kann ein*e Fachärzt*in nach legalen, alternativen Medikamenten suchen, die ungefährlich für Mutter und Kind sind und Sicherheit bzgl. Dosis und Substanz ermöglichen.

Setting

Ein aufsuchendes Arbeiten, z. B. in Form von psychiatrischen oder psychologischen Konsilen in der Geburtsklinik kann den Erstkontakt erleichtern und Ängste und Vorbehalte reduzieren. Frauen, die bereits Vertrauen zu anderen Netzwerkpartner*innen haben, kann es helfen, wenn sie beim Erstkontakt zu Psychiater*innen oder Psycholog*innen von einer ihnen vertrauten Berater*in begleitet werden.

Die Frauen sind mit ihren multiplen Problemen und Bedürfnissen schwer in dem Setting einer allgemeinen psychiatrischen Mutter-Kind-Klinik integrier- und behandelbar. Es benötigt i. d. R. spezifische Angebote, in denen Sucht und komorbide bzw. postpartale psychische Erkrankung behandelt werden und die Mutter mit ihrem Kind gemeinsam (teil-)stationär aufgenommen werden kann.

Inhalte von Therapie und Beratung

In diesem Rahmen sollen Drogenrückfälle analysiert, Skills zum Umgang mit Craving erlernt und alternative Strategien zum Umgang mit Stress und Belastung erworben werden. Neben der Aufklärung und Entlastung der Schwangeren erfolgt auch eine Auseinandersetzung mit der Mutterrolle und eine Reflexion und Modulation der eigenen, meist unrealistisch überhöhten und dysfunktionalen Erwartungen. Das Selbstwertgefühl soll gestärkt und Selbstvorwürfe und -abwertungen gemildert werden.

Ängste, z.B. zu versagen, können thematisiert werden. Ein weiteres wichtiges Thema ist häufig die Beziehung zur eigenen Herkunftsfamilie bzw. die Erinnerungen an eigene Kindheitserfahrungen. Für traumatisierte Frauen können Verhaltensweisen des Kindes (z.B. sein Weinen) Triggerreize darstellen, auf die sie mit Dissoziation, Selbstverletzung oder Substanzkonsum reagieren. Sie benötigen spezifische traumatherapeutische Interventionen.

In der Säuglings- und Kleinkindzeit ist neben der Behandlung der mütterlichen Erkrankung die Beobachtung und Behandlung der Mutter-Kind-Interaktion unabdingbar. Aufgrund ihrer eigenen Belastungen ist es den Frauen oft zeitweise oder dauerhaft nicht möglich, die Bedürfnisse der Kinder angemessen wahrzunehmen und zu beantworten. Realitätsferne und zu hohe Erwartungen an sich und das Kind müssen besondere Berücksichtigung finden.

Für die Förderung der Mutter-Kind-Bindung ist eine Auseinandersetzung mit eigenen Bindungserfahrungen der Mutter hilfreich. Ein wichtiges Augenmerk liegt auch auf der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Diese ist häufig schwierig und nicht selten kommt es zu Therapieabbrüchen. Dennoch kommt ihr große Bedeutung zu: Im Sinne eines „Reparentings“ bzw. einem „Mothering the Mother“ können korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht werden.

6.5 **A**MBULANTE SUCHTHILFE / **PSYCHOSOZIALE BERATUNGSSTELLE**

6.5.1 **E**RRREICHEN DER ZIELGRUPPE

Trotz des hohen Hilfebedarfs werden bisher in Deutschland der Zielgruppe der suchtkranken Schwangeren kaum explizite, gendergerechte, sichtbare Angebote gemacht. So fühlen sich die Frauen in ihren Multi-problemlagen häufig alleingelassen. Auch wenn sie einen Zugang zum

System der Gesundheits- und Kinder- und Jugendhilfen finden, verbergen sie hier häufig ihre Suchtthematik aus Scham- und Schuldgefühlen und aus Angst vor Sorgerechtsentzug.

Gerade in die ambulante Suchthilfe haben aber viele Frauen mit Drogenproblematik ein großes Vertrauen. Die Themen „Sucht“ und „Konsum“ sind bereits selbstverständlicher Bestandteil der Beratungen und können daher leichter kommuniziert werden. Auch sind viele Betroffene zum Zeitpunkt einer Schwangerschaft meist hoch motiviert für Veränderungen ihres Lebensstils, insbesondere in Richtung eines abstinenteren Lebens.

Die Begleitung Schwangerer entspricht in ihren Inhalten und Zielen den originären Aufgaben der Psychosozialen Suchtberatungsstellen im Sinne einer Verbesserung der psychosozialen, gesundheitlichen und sozioökonomischen Situation der Klientel.



Die Themen „Kinder suchtkranker Eltern“ und „Schwangerschaft/Elternschaft“ werden trotz des großen Hilfebedarfs in der ambulanten Suchthilfe noch immer zu wenig wahrgenommen.

6.5.2 HILFREICHES

Im Folgenden werden einige Anregungen gegeben, die geeignet sind, die Zielgruppe über die ambulante Suchthilfe zu erreichen und schwangere Frauen zu begleiten.

- Akzeptanzorientierte Suchthilfe,
- ganzheitlicher Arbeitsansatz,
- geschlechterspezifische Angebote,
- Angebote für Kinder,
- Angebote für Familien,
- niedrigschwellige Angebote, wie Spielzeug- und Kleiderspendenausgabe, Tagescafé mit Kinderbetreuung, kostenloses Mittagessen,
- sichtbare Angebote, die sich speziell an schwangere, suchtkranke Frauen wenden (Homepage, Flyer, Plakate),
- Angebote für (werdende) Väter,
- Möglichkeiten der Begleitung schwangerer Klientinnen zu den Institutionen wie Schwangerenberatung, Entbindungskliniken, Jugendämtern etc.
- Möglichkeiten aufsuchender und nachgehender Arbeit,

- das Thema „Familienplanung“ immer in die Beratungen mit einbeziehen,
- das Thema „Kinder“ in den Beratungen aktiv einbringen,
- Bereitstellung von Schwangerschaftstests.
- Unerlässlich ist die Erstellung eines Kinderschutzkonzeptes für die Einrichtung, in welcher das Vorgehen für die Mitarbeiter*innen in Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung verbindlich festgehalten ist.
- Hohe Transparenz insbesondere in Hinblick Möglichkeiten und Grenzen der Beratungsstelle sowie auf mögliche Interventionen in Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdungen oder Kontaktabbruch zur Klientin. *Siehe auch Anhang 9 Mütterhandzettel.*
- Fallübergreifende Entwicklung von verbindlichen Kooperationsstrukturen für die Zusammenarbeit mit Entbindungskliniken, Jugendhilfe, Hebammen, Substitutionspraxen, Schwangerenberatungsstellen, Frühen Hilfen etc.



Erfahrungen haben gezeigt, dass die ambulante Suchthilfe unter bestimmten Voraussetzungen besonders geeignet ist, die Zielgruppe der schwangeren Frauen mit Drogenproblematik zu erreichen. Es bedarf niedrighschwelliger, sichtbarer, bedürfnisorientierter und geschlechterspezifischer Angebote für Schwangere, Mütter, (werdende) Väter und Kinder.

6.5.3 KONKRETES VORGEHEN

Nach Feststellung einer Schwangerschaft können in der ersten Phase zunächst der Umgang mit Gefühlen und Ambivalenzen in Bezug auf die Schwangerschaft thematisiert werden. Auch bedarf es einer Klärung, ob die Klientin das Kind behalten möchte.

Falls die Klientin nicht über ein Telefon verfügt, sollte ihr ein Handy bereitgestellt werden, damit ein kontinuierlicher Beratungsprozess gesichert ist.

Grundsätzlich gilt, dass ohne einen gefestigten Vertrauensaufbau die Begleitung Schwangerer nur sehr schwer gelingt. Manchmal steht jedoch nur sehr wenig Zeit bis zum Entbindungstermin zur Verfügung, in der es nicht möglich sein wird, alle Wünsche der Klientin aufzugreifen. Dann ist es hilfreich, wenn mit der Klientin eine Art Vertrag geschlossen wird. Hierbei werden auch Prioritäten festgehalten, wie Sicherstellung der

Gesundheit von Mutter und Kind sowie die Abklärung der Betreuungssituation nach der Geburt auch in Hinblick auf die Sicherstellung des Kindeswohls. Ebenso sollte um einen Vertrauensvorschuss geworben werden, so dass Berater*innen mit Einverständnis der Klientin und mit Hilfe einer Schweigepflichtentbindung (Name, Adresse, Geburtstag der Klientin und errechneter Entbindungstermin) zumindest Termine mit den notwendigen Kooperationspartner*innen vereinbaren können.

Im weiteren Verlauf der Begleitung kann dann eine umfassendere Schweigepflichtentbindung erarbeitet werden, welche auch die medizinischen und psychosozialen Belange in Hinblick auf das (ungeborene) Kind, den Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt und die Gesundheit der Schwangeren sowie die Einleitung weiterführender Hilfen miteinbezieht.

Schwangere Frauen mit Drogenproblematik werden auch in der Suchthilfe nicht alles offenbaren. Hilfreich ist es aber, wenn Berater*innen zum Konsumstatus, zur gesamtfamiliären Situation, zu psychischen Erkrankungen, Erleben von Gewalt/Traumata und zu eventuellen früheren Schwangerschaften informiert sind.

Im Rahmen der Beratung und Begleitung Schwangerer erfolgen zudem:

- Aufklärung über mögliche Auswirkungen von Konsum in der Schwangerschaft auf das (ungeborene) Kind.
- Thematisierung der Verantwortung der Klientin für sich und das (ungeborene) Kind.
- Thematisierung möglicher Risiken von vermehrtem Konsum in der Schwangerschaft, insbesondere kurz vor der Geburt.
- Umgang mit Rückfällen, (ambivalenten) Abstinenzwünschen, Suchtdruck etc.
- Thematisierung der Bedürfnisse des Kindes.
- Abklärung der möglichen bzw. gewünschten Hilfestellungen.

6.5.4 VERMITTLUNGEN

Vermittlungen in das Hilfesystem verlangen in der Regel eine Begleitung zu den Erstkontakten. Zum einen fällt es vielen Klientinnen dann leichter, einen Zugang zum Hilfesystem zu finden, zum anderen zeigen Erfahrungen, dass Schuld- und Schamgefühle sowie Ängste häufig doch so groß sind, dass wichtige Informationen für die Fachkräfte sonst zurückgehalten werden.

Wichtige Kooperationspartner*innen sind vor allem:

- Substitutionspraxen,
- Suchthilfe: Entgiftungsklinik, Entwöhnungsbehandlung, Betreutes Einzelwohnen,
- Gynäkologie, insbesondere in Hinblick auf die Sicherstellung einer traumasensiblen, gynäkologischen Versorgung.
- Perinatalmedizin: Ultraschall zum Erkennen von Fehlbildungen. Dies kann auch zur Beruhigung und Motivation der Schwangeren beitragen und eine bindungsfördernde Wirkung haben.
- Entbindungsklinik, einschließlich der Schwangerenambulanz,
- Neonatologie,
- psychiatrische Hilfen.
- Jugendamt: Wichtig ist es, nicht mit dem Jugendamt zu drohen, sondern die Hilfsangebote der Jugendämter aufzuzeigen und auf deren Arbeitsweisen hinzuweisen.
- KoKi – Netzwerk frühe Kindheit (Bayern).
- Frühe Hilfen.

6.6 JUGENDAMT

Die Sorge schwangerer Frauen mit Drogenproblematik, ihr Kind könne ihnen nach der Geburt durch das Jugendamt weggenommen werden, ist nachvollziehbar. Häufig haben suchtkranke (werdende) Eltern schon in ihrer eigenen Kindheit Interventionen des Jugendamtes erlebt und wurden vielleicht gegen ihren Willen in einer stationären Jugendhilfeeinrichtung untergebracht. Auch sprechen sich Inobhutnahmen auf der Szene schnell herum und es wird davor gewarnt, Mitarbeiter*innen des Allgemeinen Sozialdienstes Probleme, insbesondere den Konsum von Drogen zu offenbaren.

Den Jugendämtern obliegt die Sicherstellung des Kindeswohls. (Werdende) Eltern mit einer Suchterkrankung bringen häufig viele Risikofaktoren für eine mögliche Kindeswohlgefährdung mit sich. Werden sie in ihren Multiproblemlagen nicht rechtzeitig unterstützt, wird eine Gefährdung der Kinder durch Vernachlässigung oder Misshandlung wahrscheinlicher. Eine Suchterkrankung stellt aber nicht automatisch eine Gefährdung des Kindeswohls dar. Vielmehr gilt es, die Familien frühzeitig, vor einer möglichen Gefährdung, zu unterstützen.

In der Einschätzung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, welche eine Inobhutnahme zwingend erforderlich macht, bezieht das Jugendamt unter anderem auch die Bereitschaft und Fähigkeit zur Mitwirkung der Elternteile mit ein. Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit sind ambulante Hilfestellungen einer stationären Unterbringung des Kindes vorzuziehen, sofern dadurch eine mögliche Gefährdung abgewendet werden kann.

Dennoch entscheiden letztendlich nicht die Jugendämter über die Herausnahme eines Kindes, sondern die Familiengerichte. Hier werden die Sorgeberechtigten erneut gehört. Und selbst in Fällen von Fremdunterbringungen haben Elternteile die Möglichkeit, in Kooperation mit dem Jugendamt Rückführungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Schwangere, suchterkrankte Klientinnen sollten immer zu einem Erstgespräch mit dem Jugendamt motiviert werden. Dies erleichtert später den Zugang zu den Kinder- und Jugendhilfen in etwaigen Krisensituationen. Eine frühzeitige Einbindung des Jugendamtes ermöglicht außerdem die Bereitstellung von Hilfestellungen im Vorfeld einer möglichen Kindeswohlgefährdung. Den Klientinnen können dadurch Ängste auch genommen werden. Der beständigen Sorge, das Kind könne nach der Geburt in Obhut genommen werden, kann entgegengewirkt werden, wenn gemeinsam mit den Mitarbeiter*innen des Jugendamtes bei Bedarf ein umfassendes, tragfähiges Hilfenetzwerk zur Unterstützung der Familie schon während der Schwangerschaft erarbeitet werden konnte.

Die Angebote der Jugendämter sind vielfältig und reichen von der Bereitstellung einer Tagesmutter oder ambulanten Hilfen bis hin zu stationären Hilfen wie eine vorübergehende Unterbringung des Kindes in einer Bereitschaftsfamilie oder auch eine Dauerpflegestelle. Eine Vermittlung an das Jugendamt sollte möglichst in Form von Dreiergesprächen erfolgen.

Bewährt zur Kooperation mit den Jugendämtern haben sich insbesondere die „Runden Tische“ (*siehe Kapitel 8.2 Runde Tische*).

Für Fachkräfte, welche sich um das Wohl eines Kindes sorgen, stellen die Jugendämter Ansprechpartner*innen bereit. Diese „insoweit erfahrenen Fachkräfte“ bieten anonymisierte Fallberatungen an. So können die Beteiligten entscheiden, ob sie gegebenenfalls das Jugendamt einschalten (müssen), auch gegen den Willen der Sorgeberechtigten. Eine solche Meldung an das Jugendamt sollte nach Möglichkeit noch während der Schwangerschaft und unter Einbeziehung des Risikos einer Frühgeburtlichkeit rechtzeitig vor dem errechneten Entbindungstermin erfolgen. Die rechtlichen Vorgaben zur Verpflichtung oder Erlaubnis einer

Datenweitergabe in Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung können sich je nach Berufsstand und Institution unterscheiden.

Viele Jugendämter nehmen dann noch während der Schwangerschaft Kontakt zur Familie auf und prüfen die Meldung. Gegebenenfalls wendet sich das Jugendamt an ein Familiengericht, selbst wenn eine Entscheidung über einen (teilweisen) Sorgerechtsentzug erst nach Geburt des Kindes gefällt werden kann bzw. Gültigkeit hat.



Um den Kontakt zum Jugendamt zu erleichtern ist eine Begleitung zum Termin durch eine*n Mitarbeiter*in der Drogenhilfe sehr beruhigend und entlastend. Meist kennt man sich schon länger, es besteht bereits eine Vertrauensbasis und die Begleitung wird als Schutz vor (vermuteter) Willkür durch das Amt wahrgenommen.

6.7 FRÜHE HILFEN

Die Frühen Hilfen wurden mit Einführung des Bundeskinderschutzgesetzes über das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) auf Länderebene eingerichtet. Durch koordinierte, regionale Hilfsangebote für Schwangere, Eltern und Kinder in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt 0-3 Jahre) sollen Familien in Belastungssituationen durch Beratung und Begleitung gestärkt werden, damit sich Eltern und Kinder möglichst gut entwickeln können. In den Netzwerken arbeiten Fachkräfte aus verschiedenen Institutionen der jeweiligen Regionen, die Ansprechpartner*innen für Schwangere und Familien mit Säuglingen/Kleinkindern sind. Die Aufgabe aller Akteur*innen der Frühen Hilfen ist es, Risiken für die kindliche Entwicklung und das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen und zu minimieren. Ein wesentliches Anliegen ist es, die Eltern in ihren Beziehungs- und Erziehungskompetenzen zu stärken.

Frühen Hilfen werden durch die Netzwerke Frühe Hilfen koordiniert. In Bayern erfolgt dies durch die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi), die an die Jugendämter angegliedert sind. Ziel war es von Anfang an, die Bereiche der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens gut zu vernetzen und den Familien in Belastungssituationen bedarfsgerechte Hilfen anbieten zu können. Es kooperieren vor allem Hebammen, Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern und -pfleger, Ärzt*innen und Sozialpädagog*innen.

Neben Erziehungs- und Schwangerenberatungsstellen, Frühförder-

stellen und Einrichtungen der Behindertenhilfe sind Einrichtungen der Suchthilfe essentielle Netzwerkpartner. Die Angebote der Frühen Hilfen sind freiwillig und kostenfrei. Wichtig ist, dass durch die Angebote v.a. Familien mit erhöhten psychosozialen Belastungen entlastet werden.



Die Erfahrungen zeigen, dass Frauen mit Suchtproblemen in ihren spezifischen Bedürfnissen von den allgemeinen Angeboten der Frühen Hilfen oft nicht hinreichend erreicht werden. Für sie braucht es gezielte, bedarfsgerechte Angebote.

6.8 SCHWANGERENBERATUNGSSTELLEN

Schwangerenberatungsstellen begleiten bei Fragestellungen in der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres des Kindes. Sie informieren und vermitteln bzgl. rechtlicher und finanzieller Fragestellungen und Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Eltern-/Kindergeld, Mutterschutz, Stiftungs-/Spendengelder, Hebammen und Kinderbetreuung).

Schwangere Frauen mit Drogenproblematik, welche sich in einer finanziellen Notlage befinden, sollten in Bayern in jedem Fall an eine staatlich anerkannte Schwangerschaftsberatungsstelle zur Beantragung einer Beihilfe durch die Landesstiftung "Hilfe für Mutter und Kind" vermittelt werden. Dieser Antrag kann nur während der Schwangerschaft gestellt werden.

Schwangerschaftsberatungsstellen bieten auch Hilfestellungen bei Ambivalenzen im Hinblick auf Schwangerschaft und Mutterschaft an (z.B. Schwangerenkonfliktberatung, Beratung zur anonymen oder vertraulichen Geburt, zur Adoption und Bereitschafts- oder Dauerpflege).

Eine bewusste Entscheidung für oder gegen das Kind erfordert eine Feststellung der Schwangerschaft vor der 12. Schwangerschaftswoche und eine Auseinandersetzung mit allen medizinischen und psychosozialen Aspekten, z.B. im Rahmen einer Schwangerenkonfliktberatung.



Anträge auf Beihilfe durch die Landesstiftung „Hilfe für Mutter und Kind“ in Bayern können nur während der Schwangerschaft und nur an einer staatlich anerkannten Schwangerenberatungsstelle gestellt werden.



7 ANFORDERUNGEN AN UND HILFREICHES IM HILFESYSTEM

7.1 ANFORDERUNGEN AN DAS HILFESYSTEM

Die Akteur*innen des Hilfesystems arbeiten mit verschiedenen (institutionellen) Vorgaben, Aufträgen, Zielen, Methoden und Möglichkeiten. In der Versorgung drogenabhängiger Schwangerer stellt dies an eine interdisziplinäre Kooperation besondere Anforderungen. Eine engmaschige Zusammenarbeit ist aber nicht zuletzt auch in Hinblick auf die Sicherstellung des Kindeswohls unabdingbar.

Neben einer guten, verbindlichen Zusammenarbeit bedarf es hierfür regelmäßiger, fallübergreifender Treffen der Kooperationspartner*innen, in denen Rahmen und Formen der Zusammenarbeit vereinbart und möglichst schriftlich festgehalten werden. Hierzu zählen insbesondere auch Abmachungen zur Schweigepflichtentbindung, Möglichkeiten zur gemeinsamen Gesprächen mit der Klientel, Teilnahme an RundenTischen, Vorgehen bei bestehender Sorge um das Kindeswohl u.a..

Schwangere Frauen mit Drogenproblematik verschweigen in den Hilfesystemen der gesundheitlichen, Kinder- und Jugend- sowie der Frühen Hilfen häufig ihre Suchterkrankung aus Angst vor möglichen Folgen, wie Sorgerechtsentzug oder auch aus Scham oder Schuldgefühlen heraus. In der Suchthilfe wiederum werden die Themen Schwangerschaft bzw. Kinder noch immer zu selten aufgegriffen.

Dies führt dazu, dass aktuell oder ehemals Drogen konsumierende schwangere Frauen trotz der multikomplexen Problemlagen oft keine bzw.

keine geeignete, ganzheitliche Unterstützung erhalten. Dazu verbleibt aufgrund der häufig spät erkannten Schwangerschaften nur wenig Zeit, den Frauen in allen Bereichen umfänglich Hilfestellungen zu geben.

Da die Zielgruppe der schwangeren Frauen mit Drogenproblematik nur schwer erreichbar ist, bedarf es besonderer Maßnahmen der beteiligten Institutionen, damit die Frauen Angebote erhalten und annehmen können. Dabei soll es der Klientel ermöglicht werden, ihre Schwangerschaft im Kontext Sucht offen zu kommunizieren.

Dies gelingt den Betroffenen leichter, wenn die beteiligten Fachkräfte aus den unterschiedlichen Disziplinen von sich aus das Thema Sucht und psychosoziale Belastungen in Kontakten mit schwangeren Frauen immer ansprechen. So können eine wertschätzende Haltung transportiert und Signale gesetzt werden, dass eine mögliche Suchterkrankung und Konsum von der Klientel thematisiert werden dürfen.

Schwangere Frauen mit Drogenproblematik entsprechen oft nicht den Bildern von Schwangeren, wie wir sie aus den Medien oder der Werbung kennen. Sie finden sich in diesen Bildern auch nur selten wieder. Die Wertvorstellungen und Erwartungen der Helfenden treffen unter Umständen auf werdende Mütter, die ohne geeignete Unterstützung nicht in der Lage sind, alles für ihr (ungeborenes) Kind zu tun. Mit Wissen um die möglichen Folgen für das Baby ist es für Fachkräfte häufig sehr schwer auszuhalten, wenn während der Schwangerschaft illegale Drogen, Alkohol oder Nikotin konsumiert werden. Um den Frauen mit der nötigen Wertschätzung entgegen treten zu können, wird von den Helfenden daher immer wieder ein hohes Maß an Eigenreflexion verlangt.

Trotz der häufig nur geringen verbleibenden Zeit bei gleichzeitigem Vorliegen von Multiproblemlagen ist es für viele Frauen, die illegale Drogen konsumieren, oft schwer Termine einzuhalten. Hier benötigen sie Hilfestellung, damit eine Nichtwahrnehmung von Terminen nicht zu einem Abbruch der Hilfe führt.

Gleichzeitig verschweigen viele suchtkranke Frauen oftmals aus Scham- und Schuldgefühlen einen Teil ihrer Lebensrealitäten oder stellen diese völlig anders dar, auch aus Angst, ein Bekanntwerden der Situation könnte negative Konsequenzen für sie haben. Hierfür bedarf es von Seiten der Fachkräfte viel Verständnis und eine hohe Transparenz gegenüber der Klientel.



Schwangeren Frauen mit Drogenproblematik fällt es leichter, Hilfsangebote wahrzunehmen, wenn Fachkräfte von sich aus Themen wie „Sucht“, „Drogen“, „Gewalt“ u.a. ansprechen und damit signalisieren, dass sie wertschätzend arbeiten, auch wenn diese Problematiken vorliegen.

Für die Patientinnen ist es sehr beruhigend, wenn Personen, zu denen sie bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben, ihnen vorab Angaben zu Positionen, Aufgaben und wahrscheinlichem Vorgehen anderer, eventuell mit Angst belasteter Institutionen machen können.

7.2 ZIELE

Eine Unterstützung schwangerer Frauen mit Drogenproblematik durch das Hilfesystem zielt immer auf die Verbesserung der psychosozialen und gesundheitlichen Situation der (werdenden) Elternteile ab. Gleichzeitig ist es Ziel, die gesundheitliche Situation und die bestmögliche Versorgung des (ungeborenen) Kindes sicherzustellen und einer möglichen Kindeswohlgefährdung nach der Geburt vorzubeugen, bzw. diese durch geeignete Maßnahmen abzuwenden:

- Verbesserung und Sicherstellung der finanziellen Situation,
- Verbesserung und Sicherstellung geeigneten Wohnraums,
- Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Situation der werdenden Mutter,
- Verbesserung der gesundheitlichen Situation des ungeborenen Kindes und Sicherstellung der medizinischen Versorgung des Kindes nach der Geburt.
- Bereitstellung von Unterstützungsangeboten für den (werdenden) Vater,
- Informationen für die Schwangere über Risiken von Konsum,
- Reduktion/Einstellung von Konsum,
- Unterstützung im Umgang mit Suchtdruck.
- Abklärung der Geburt:
 - Entbindungsklinik und Neonatologie müssen informiert sein über die Suchterkrankung, möglichen Konsum, psychische Erkrankungen, Risiko postpartaler psychischer Erkrankungen sowie weitere Geburtsrisiken bzw. Risiken für das Kind.
 - Sicherstellung der Substitution während des Klinikaufenthaltes

- Abklärung der Fahrt zur Entbindungsklinik, damit die Gebärende wirklich in der Klinik entbindet, mit welcher die Vorbereitungen getroffen wurden – z. B. durch die Übernahme von Taxikosten. (Wird ein Rettungswagen für die Fahrt zur Entbindungsklinik genutzt, erfolgt der Transport in der Regel zur nächstgelegenen Geburtsklinik mit freien Betten).
- Sicherstellung des Kindeswohls nach der Geburt.



Sucht ist eine Krankheit, keine Entscheidung des freien Willens. Das bedeutet, dass bei manchen Patient*innen die Suchtproblematik leider zu stark ausgeprägt ist und dass kein stabiles Niveau erreicht werden kann, das die Sicherheit des Kindes in der Familie oder bei der Mutter gewährleistet. Wenn Drogenkonsum weiter eher die Regel als die Ausnahme bleibt, die Patient*innen sich der Kooperation umfassend verweigern, Anzeichen für Vernachlässigung oder Misshandlung auftreten oder anderweitig eine Bedrohung des Kindeswohles besteht, ist eine Inobhutnahme zwingend und eine Information der zuständigen Stellen einzuleiten.

7.3 HILFREICHES FÜR DIE FACHKRÄFTE

Damit das größte Wohl für das (ungeborene) Kind gelingen kann, werden im Folgenden einige hilfreiche Punkte benannt:

- Ohne die Entwicklung einer wertschätzenden Haltung gegenüber der Klientel werden die Frauen weiter in die Isolation getrieben. Sie fühlen sich ohnehin in den meisten Fällen schon als die „schlechteren“ (werdenden) Mütter. Dies bedeutet für die Fachkräfte u. a. eine intensive Auseinandersetzung mit den eigenen Wertvorstellungen und Erwartungen. Um Verständnis für das Verhalten der Klientinnen/Patientinnen zu entwickeln, ist das Wissen um die Ursachen des Verhaltens und in diesem Zusammenhang vor allem auch Wissen um die Zusammenhänge zwischen Sucht – Trauma – Schwangerschaft hilfreich.
- Ohne diese Wertschätzung wird ein Vertrauensaufbau kaum gelingen. Darüber hinaus braucht es aber auch ausreichend Zeit hierfür. Ist diese Zeit in Hinblick auf einen nahenden Entbindungstermin nicht vorhanden, sollte eine Art Vertrag mit den Betroffenen

geschlossen werden, in welchem der Rahmen der Begleitung sowie priorisierte Inhalte festgelegt werden.

- Frauen mit Drogenproblematik kann es unter Umständen schwer fallen, Termine pünktlich und zuverlässig wahrzunehmen. Nach Möglichkeit sollte hier Unterstützung angeboten werden.
- An dieser Stelle sollte auch offen kommuniziert werden, welche Konsequenzen ein Kontaktabbruch haben könnte und welche Schritte unternommen werden, wenn sich die unterstützende Institution um das Wohl des Kindes sorgt. Der schwangeren Frau sollte zugesichert werden, dass sie nach Möglichkeit über diese Interventionen immer informiert wird, solange das Kindeswohl hierdurch nicht zusätzlich gefährdet wird.
- Hohe Transparenz gegenüber der Klientel über die Angebote der einzelnen Fachkräfte, ihre Aufgaben, institutionellen Vorgaben und ihre Handlungsweisen im Falle eines Verdachts auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung kann am ehesten eine vertrauensvolle, kooperative Beziehung zu den Schwangeren herstellen.



In einigen Fällen gelingt es trotz intensiver Unterstützung nicht, die Gefahr einer akuten Kindeswohlgefährdung nach Geburt des Kindes abzuwenden. Eine Meldung an das Jugendamt sollte dann sehr rechtzeitig und unter Einbeziehung des Risikos einer Frühgeburtlichkeit noch während der Schwangerschaft erfolgen.



→ **HANDZETTEL FÜR (WERDENDE) MÜTTER**

Lilith e.V. hat einen Handzettel für (werdende) Mütter entwickelt. Dieser wird Klient*innen im Laufe der ersten Beratungsgespräche erläutert und ausgehändigt. *Siehe Kapitel 9 Handzettel für (werdende) Mütter.*

- Helfende Personen sollten aufgrund der bekannten Ursachen Verständnis dafür signalisieren, wenn eine schwangere Frau nur einen Teil ihrer Lebensrealitäten offen legt und Problemlagen verschweigt. Gleichzeitig muss die Klientin/Patientin darüber unterrichtet werden, warum bestimmte wahrheitsgemäße Angaben

jetzt so wichtig sind und welche möglichen Folgen ihr Verhalten haben könnte. Eine Offenlegung der Situation ist natürlich auch eine Frage des Vertrauens zu den Fachkräften. Die Entscheidung hierzu liegt letztendlich aber bei den Klientinnen.

- Signale an die (werdenden) Eltern, dass diese die Expert*innen für ihr Leben und die Fachkräfte nicht die „besseren Eltern“ sind, erleichtern den Betroffenen eine gute Zusammenarbeit. Hierzu gehört auch die Bereitschaft zur Einbeziehung der (werdenden) Elternteile bei der Entwicklung von Unterstützungsangeboten.
- Hilfreich ist es auch, immer wieder das gemeinsame Ziel zu betonen, nämlich das gesunde Aufwachsen des Kinders bei seinen leiblichen Eltern.
- Der Blick auf die Ressourcen der Klientel darf dabei nie verloren gehen.
- Vorliegen eines Kinderschutzkonzeptes für jede beteiligte Institution: Dies bietet Sicherheit im Umgang mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdungen mit klaren, verbindlichen Handlungsvorgaben für alle Mitarbeiter*innen.
- Bereitschaft und Möglichkeiten der Fachkräfte zur Kooperation im Hilfesystem. Dies gilt sowohl für die fallübergreifende Zusammenarbeit als auch für die Kooperation in der Einzelfallarbeit.



⁸ KOOPERATIONEN AM BEISPIEL DER STADT NÜRNBERG

In der Stadt Nürnberg wird bereits seit vielen Jahren interdisziplinär, getragen von unterschiedlichen Institutionen und Fachkräften, erfolgreich zum Thema der verbesserten Versorgung schwangerer Frauen mit Suchtproblematik gearbeitet. Dabei gilt es, Kooperationsvereinbarungen möglichst verbindlich und schriftlich auch im Sinne des Kinderschutzes zu erstellen.

Mit den folgenden Beispielen aus Nürnberg sollen Anregungen für eine gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit zur verbesserten Versorgung Schwangerer gegeben werden.

Interdisziplinärer Arbeitskreis

Kind Sucht Hilfe

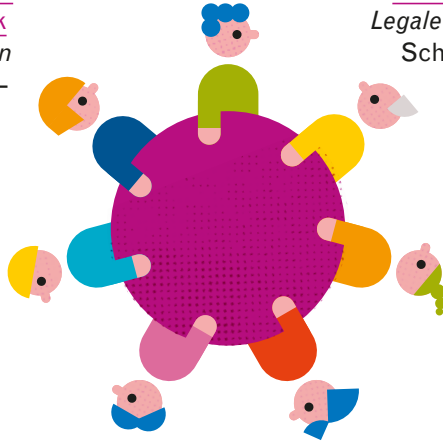
Legale & illegale Suchtmittel

Schwangere – Eltern –
Kinder

Koop Klinik
Hallerwiese-
Cnopfsche
Kinderklinik
Illegale Drogen
Schwangere –
Mütter

Runde Tische
Koop-Vereinbarung
der Stadt Nürnberg
Legale & illegale Suchtmittel
Schwangere – Eltern –
Kinder

Frühe Hilfen:
Lilith e.V.
Illegale Drogen
Schwangere –
Mütter – Kinder



Koop
Substitutions-
praxis
Substituierte –
Schwangere

Vorgehen Substitution
Praxis Dr. Seiler/
Wiesinger

Schwangere – Eltern – Kinder

Entgiftung
Klinikum Nürnberg
Legale & illegale Suchtmittel
Schwangere

8.1 **RUNDE TISCHE**

„Nicht über, sondern mit der Klientel sprechen“

Das Instrument der Runden Tische ist ein Teil der „Kooperationsvereinbarung zur Koordination interdisziplinärer Hilfen für Kinder und ihre suchtmittelabhängigen/substituierten Eltern in Nürnberg“ und wurde von Teilnehmer*innen des Arbeitskreises „Kind Sucht Hilfe“ entwickelt.

Die Runden Tische sind mittlerweile zum wichtigsten Instrument der Zusammenarbeit der Fachkräfte in der Begleitung suchtkranker Schwangerer und Familien geworden.

Dabei sind Hilfeplangespräche, wie sie beispielsweise von Seiten des Jugendamtes durchgeführt werden, kein Ersatz für die Runden Tische. Beide unterscheiden sich deutlich in der Zielsetzung, der Vorgehensweise und dem gesetzten Rahmen. Das Moderationsschema trägt dabei wesentlich zum Erfolg der Runden Tische bei.

8.1.1 ZWECK DER RUNDEN TISCHE

Die Runden Tische dienen der Abstimmung von individuell angepassten Hilfsangeboten unter Mitwirkung aller Beteiligten. Sie sind hilfreich im Sinne von:

- Kennenlernen aller Beteiligten: Hilfesystem, (werdende) Eltern, Kinder
- Verbesserung der Kooperation
- Klare Aufgabenverteilung im Hilfesystem
- Ziel- und Aufgabenkontrolle durch Protokoll und Überprüfung am nächsten Runden Tisch
- Informationsaustausch zur aktuellen Situation der Klient*innen
- Hohe Transparenz für die Fachkräfte
- Einschätzung möglicher Kindeswohlgefährdungsmomente
- Hohe Transparenz für Betroffene über Angebote, Arbeitsweisen, Vorgehen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung, Datenschutz/ Datenweitergabe u. a. innerhalb der beteiligten Institutionen
- Verbesserte Mitwirkung der Familie
- Klientel erlebt die Wertschätzung der Fachkräfte

8.1.2 TEILNEHMENDE

Runde Tische können von allen beteiligten Fachkräften einberufen werden, jedoch ausschließlich mit Zustimmung der Klientel.

Teilnehmende an den Runden Tischen sind die Betroffenen selbst, sowie alle beteiligten Fachkräfte, die Kontakt zur Familie haben. Eine Beteiligung des Jugendamts ist nicht zwingend notwendig, aber in der Regel sehr hilfreich.

Eine Teilnahme der werdenden Mütter ist unabdingbar. Hilfreich kann es sein, wenn sich auch die werdenden Väter oder andere Angehörige beteiligen. Hier gilt es jedoch genau abzuwägen: In Fällen häuslicher Gewalt beispielsweise oder konsumierender Lebenspartner*innen kann die betroffene Frau unter Umständen nicht offen kommunizieren, Problemlagen nicht klar benennen und Unterstützungsangebote können nicht umfassend besprochen werden.

8.1.3 HILFREICHES FÜR DIE RUNDEN TISCHE

- Es werden alle Informationen beigetragen, die für die Beurteilung der aktuellen Situation, insbesondere auch in Hinblick auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung, und des Hilfebedarfs notwendig sind.
- Im Rahmen der Vorbereitung sprechen die Fachkräfte im Voraus mit ihrer Klientel ab, welche Informationen unerlässlich sind und werben um ihr Einverständnis. Sollte eine Klientin nicht damit einverstanden sein, dass bestimmte, für die Einschätzung des Kindeswohls relevante Punkte eingebracht werden, sollte von einem Runden Tisch abgesehen oder dies am Runden Tisch offen kommuniziert werden.
- RunderTische für schwangere Frauen finden möglichst vor der Geburt in der Entbindungsklinik statt. Nach der Geburt wird ein zweiter RunderTisch in der Klinik durchgeführt. Dies ermöglicht eine Teilnahme des Klinikpersonals.
- Ein Austausch der Fachkräfte ohne die Betroffenen darf, selbst zeitweise, nicht erfolgen.
- RunderTische sollten in regelmäßigen Abständen stattfinden. Ein erster RunderTisch nach der Geburt mit glücklichen, hoch motivierten Elternteilen führt gelegentlich zu dem Trugschluss, dass es keiner weiteren Runden Tische bedarf. Erfahrungen haben gezeigt, dass die Situation sich nach der Klinikentlassung häufig schnell verschlechtern kann. Es sollte daher unbedingt ein Termin für den nächsten Runden Tisch vereinbart werden.

8.1.4 MODERATIONSSCHEMA

Das Moderationsschema ist die Basis für das Gelingen der Runden Tische.

Moderation

Die Moderation wird von einer beteiligten Fachkraft übernommen, welche nicht im Entscheidungsprozess über weiterführende Hilfen eingebunden ist (daher in der Regel nicht Mitarbeiter*innen des Jugendamtes) und zu welcher die Klientin bereits Vertrauen hat.

Moderator*innen sind dafür verantwortlich, dass alle benannten Themen und Wünsche der Teilnehmenden besprochen werden. Damit

die maximale Dauer von 90 Minuten für einen Runden Tisch nicht überschritten wird, gilt es nicht, für alle Problemlagen Lösungen am Runden Tisch zu erarbeiten. Vielmehr ist es Ziel, gemeinsam zu vereinbaren, welche Fachkräfte für bestimmte Fragestellungen der Klientel Hilfe anbieten können und diese möglichst zu konkretisieren.

Tagesordnung

- Vorstellungsrunde,
- Ergebnisse der Vereinbarungen/Aufträge aus dem letzten Runden Tisch anhand des Protokolls,
- Berichte aller Teilnehmer*innen zum aktuellen Stand,
- Sammlung der Fragestellungen/Themen für den Runden Tisch,
- Besprechung der Fragestellungen/Themen,
- Terminvereinbarung für den nächsten Runden Tisch.

Protokoll

Es werden die Ergebnisse, Aufträge und eine Vereinbarung zu einem eventuellen Informationsaustausch der Fachkräfte außerhalb der Runden Tische schriftlich konkret und detailliert festgehalten.

8.2 **KOOPERATIONSVEREINBARUNG ZWISCHEN SUBSTITUTIONSPRAXIS UND PSYCHOSOZIALER BERATUNGSSTELLE (PSB) ZUR VERBESSERTEN VERSORGUNG SCHWANGERER SUBSTITUIERTER FRAUEN**

Diese Kooperationsvereinbarung wurde gemeinsam von der Koordinierenden Kinderschutzstelle des Jugendamtes Nürnberg, der Substitutionspraxis Dr. Seiler/Wiesinger sowie der Nürnberger Drogenhilfe Mudra und Lilith e.V. – Drogenhilfe für Frauen und Kinder entwickelt.

Zielgruppe sind schwangere Frauen sowie Elternteile mit Kindern bis zum 8. Lebensjahr. Im Folgenden sind die Regelungen für Schwangere dargestellt, welche sich auf die Frequenz der Kontakte zur Psychosozialen Beratungsstelle (PSB) und der Kooperation mit der jeweiligen Substitutionspraxis beziehen.

Ziel ist eine verbesserte Versorgung der schwangeren, substituierten Frauen und der (ungeborenen) Kinder. Die Klientinnen sollen gesehen werden und regelmäßige Beratungsangebote erhalten.

- Die Schweigepflichtentbindung entbindet die Substitutionspraxen und PSB-Stellen gegenseitig von der Schweigepflicht. Sie endet 4 Wochen nach der Geburt des Kindes. Hierdurch können sich beide Stellen austauschen, insbesondere, wenn eine Stelle sich sorgt oder die Substitution/PSB unerwartet beendet wird.
- Sobald die Schwangerschaft bekannt wird, lässt sich die Stelle, welche zuerst von der Schwangerschaft erfährt, eine Schweigepflichtentbindung von der Klientin/Patientin unterzeichnen. Die Substitutionspraxis und die PSB erhalten je ein Exemplar.
- Die Stellen informieren sich zeitnah über das Vorliegen einer Schwangerschaft.
- Die PSB-Bescheinigung muss während der Schwangerschaft monatlich vorgelegt werden. Bei Nichtvorlage erfolgt ein Gespräch zwischen der PSB-Stelle und der Substitutionspraxis.
- Es findet ein gemeinsames Gespräch zwischen Klientin, Substitutionspraxis und PSB im letzten Trimenon der Schwangerschaft statt. (Inhalte: Geburtsvorbereitung, Gesundheitliche Situation, Kooperation mit der Entbindungsklinik, finanzielle und soziale Situation der Familie etc.)
- Zwei Wochen nach der Geburt findet ein Beratungsgespräch in der PSB statt (Inhalte: familiäre Gesamtsituation, Bedarf an weiterer Unterstützung, Fortsetzung der PSB etc.).
- Ein Wechsel der PSB-Stelle kann auf Wunsch der Klientin in Absprache mit allen Beteiligten erfolgen.

8.3 VORGEHEN SUBSTITUTIONSPRAXIS DR. SEILER/WIESINGER IN DER STRASSENAMBULANZ FRANZ VON ASSISI DER CARITAS NÜRNBERG

Die Straßenambulanz der Caritas Franz von Assisi ist eine Einrichtung der Obdachlosenhilfe und bietet Betroffenen Angebote bezüglich Kleidung, Nahrung, Hygienemaßnahmen wie Duschen und fungiert als Anlaufstelle bei medizinischen Problemen. Die Praxis Dr. Seiler/Wiesinger bietet allgemeinmedizinische und fachärztlich psychiatrische Versorgung für Patient*innen in der Obdachlosigkeit, bei fehlender Krankenversicherung, Suchtproblemen, für in der Illegalität Lebende, Haftentlassene und andere, die sich in prekären Lebenssituationen befinden.

In der Substitutionspraxis Dr. Seiler/Wiesinger werden schwangere Klientinnen umfänglich betreut.

Schwangere opiatabhängige Klientinnen werden zeitnah ohne lange Wartezeiten in das Substitutionsprogramm aufgenommen.

Die Substitutionspraxis arbeitet im Rahmen der „Kooperationsvereinbarung zwischen Substitutionspraxis und Psychosozialer Beratungsstelle (PSB) zur verbesserten Versorgung schwangerer substituierter Frauen“ (siehe Kapitel 8.3). Ziel ist es, die Patientinnen auf jeden Fall während der Schwangerschaft, aber nach Möglichkeit auch darüber hinaus in der Substitutionstherapie zu halten und Beigebrauchsfreiheit zu erreichen. Hält sich eine schwangere Frau nicht an diese therapeutischen Vorgaben, wird die Substitutionsbehandlung dennoch weitergeführt, auch wenn keine Stabilität erreicht werden kann, um den Schaden am ungeborenen Kind möglichst zu minimieren.

In Fällen vermuteter Kindeswohlgefährdung wird die Patientin in Kooperation mit der Psychosozialen Beratungsstelle aufgefordert, sich an das Jugendamt zu wenden. Erfolgt diese Kontaktaufnahme nicht, ergeht entsprechende Meldung an das Jugendamt.

Für die Entbindungsklinik wird der Schwangeren ein ärztliches Schreiben zur Medikation, bisherigem Behandlungsverlauf etc. mitgegeben. Dieses kann die Patientin in der Klinik vorlegen (siehe *Ärztliches Attest, Seite 82*).

Die Kooperation mit den weiteren beteiligten Fachkräften erfolgt überwiegend über die Runden Tische.

8.4 ENTGIFTUNG KLINIKUM NÜRNBERG

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie – Klinikum Nürnberg, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität werden Aufnahme und Behandlungsanfragen schwangere suchtkranker Frauen als Notfall eingestuft und Patientinnen deshalb priorisiert in die Behandlung aufgenommen.

8.5 FRÜHEN HILFE BEI LILITH E. V. FÜR SUCHTMITTELABHÄNGIGE ODER SUBSTITUIERTE FRAUEN MIT KINDERN ZWISCHEN 0 UND 6 JAHREN UND IHRE VERMITTLUNG AN DIE JUGENDHILFE

Lilith e.V. – Drogenhilfe für Frauen und Kinder ist eine Einrichtung der Drogenhilfe mit verschiedenen Angeboten für Frauen, die illegale Drogen konsumieren, konsumiert haben bzw. substituiert sind sowie für weibliche Angehörige.

Im Arbeitsbereich Liliput – Mutter + Kind werden seit dem Jahr 2000 Schwangere, Mütter und deren Kinder begleitet. 2015 konnte hier eine weitere Halbtagsstelle im Rahmen der Frühen Hilfen geschaffen werden, die sich an Schwangere und Müttern mit Kindern zwischen 0–6 Jahren wendet. Diese Stelle wird über das Jugendamt der Stadt Nürnberg, Koordinierende Kinderschutzstelle finanziert²⁵.

Zielsetzungen, Rahmenbedingungen und Qualitätsmanagement wurden gemeinsam mit der Koordinierenden Kinderschutzstelle der Stadt Nürnberg und Lilith e.V. entwickelt und in einer Kooperationsvereinbarung festgehalten.

Zusätzlich konnte mit Finanzierung des Bezirks Mittelfranken eine weitere sozialpädagogische Halbtagsstelle ausschließlich zur Begleitung schwangerer Frauen mit Drogenproblematik eingerichtet werden.

Mit Entwicklung eines Flyers, der sich gezielt an schwangere Frauen mit Drogenproblematik wendet, stieg die Zahl der Schwangeren, welche sich an Lilith e.V. wandten, sprunghaft an. Auch werden immer wieder schwangere Frauen von Freundinnen und Bekannten, welche Lilith e.V. bereits kennen, an diese Stelle vermittelt. Auch im Nürnberger Netzwerk ist Lilith e.V. gut bekannt, so dass eine Vermittlung an Lilith e.V. vor allem auch durch das Jugendamt, Substitutionspraxen und Entbindungskliniken erfolgen.

Erfolgreich ist die Arbeit unter anderem auch deshalb, weil das Thema Schwangerschaft und Kinder schon immer in allen Arbeitsbereichen von Lilith e.V. präsent war und die niedrigschwelligen Angebote wie das Frauencafé die Zugangswege zu Lilith e.V. erleichtern.

Die Bausteine der Frühen Hilfen sind im Einzelnen:

- **Einzelfallarbeit:** Die Einzelfallarbeit umfasst Beratung und die Vermittlung an und Begleitung zu den Kinder- und Jugendhilfen sowie in das Netz der Gesundheits- und Frühen Hilfen.
- **Gruppenangebote/Infoveranstaltungen:** Der Zielgruppe werden bedarfsorientierte Gruppenangebote und Informationsveranstaltungen bereitgestellt. Diese werden zum Teil in Zusammenarbeit mit anderen Anbieter*innen des Netzwerkes konzipiert und durchgeführt.
- **Angebote für Fachkräfte:** Fachkräfte des Netzwerkes können anonymisierte Fallberatungen und Informationen zu Themen wie Drogen, Substitution, Kindeswohl, Schwangerschaft etc. anfragen.

- Netzwerk- und Kooperationsarbeit: Die Netzwerk- und Kooperationsarbeit beinhaltet die Erarbeitung verbindlicher, praxisnaher Verfahrensabläufe im Sinne der Frühen Hilfen zur Sicherstellung des Kindeswohls²⁵.
- Fortbildungsangebote für Fachkräfte zu dem Thema Sucht-Schwangerschaft-Kinder

Ärztliches Attest
Schwangerschaft und Substitution
Nürnberg, 00.00.2021

Für Frau

Diagnose: *Opiatabhängigkeit*
in Substitutionsbehandlung F 11.2

Die Patientin ist seit bei uns in Substitutionsbehandlung mit mg/d. Die Aufnahme erfolgte in der Schwangerschaftswoche, die vorhergehenden Monate bestand kein Substitutionsschutz, als Konsumstoffe wurden primär Opiat (.....), Benzodiazepine und Methamphetamin angegeben.

Die Beigebrauchskontrollen nach Therapiebeginn ergaben Der Umgang mit der Patientin ist kooperativ, im organisatorischen Bereich, bei der Absprachefähigkeit und der Zuverlässigkeit Die Patientin ist frei von Hepatitis und HIV, die aktuellen Laborwerte liegen bei.

Von Seiten der Drogenhilfe wird die Patientin von Lilith e.V. betreut (0911/472218), von Seiten des ASD hat die Patientin Kontakt mit hergestellt. Als Familienhilfe fungiert

Mit freundlichen Grüßen,



⁹ HANDZETTEL FÜR (WERDENDE) MÜTTER

Liebe Mütter, liebe schwangere Frauen,

Herzlich willkommen bei Lilith e. V. !

Gerne bieten wir in allen Bereichen rund um das Thema Schwangerschaft, Mutterschaft und Kind Beratung und Unterstützung an.

Gelegentlich erfahren wir von (werdenden) Müttern, dass sie verunsichert sind, Hilfestellungen für sich, ihre Familie und die Kinder anzufragen. Sie haben Befürchtungen, dass etwas gegen ihren Willen unternommen werden könnte, wenn sie in einer Beratung von Problemen berichten. Manchmal steht die Frage im Raum: „Können mir dann meine Kinder weggenommen werden?“. Damit Ihr immer gut informiert seid über unsere Arbeitsweise, haben wir diesen Handzettel entworfen:

„ ... damit es Mutter und Kind gut geht“

- Wenn Du uns von Schwierigkeiten, Sorgen oder Problemen berichtest, die die Schwangerschaft oder Dein Kind betreffen und Du hier gerne Hilfestellungen von uns möchtest, werden wir gemeinsam mit Dir Unterstützungs- oder Veränderungsmöglichkeiten erarbeiten. Gerne beraten und begleiten wir Dich hierbei.
- Dabei stehen wir unter Schweigepflicht! Nur auf Deinen Wunsch hin und mit Deiner ausdrücklichen Schweigepflichtsentbindung geben wir Daten oder Inhalte aus Beratungsgesprächen nach außen weiter.

- Von dieser Regel gibt es nur eine Ausnahme (Fremd- oder Selbstgefährdung), die wir Dir hier gerne erklären möchten:

„... und was passiert, wenn es Mutter oder Kind einmal nicht gut geht?“

- Gelegentlich kann es vorkommen, dass wir uns sorgen, wenn wir von einer schwierigen Situation in einer Familie erfahren. Diese Sorge um Dich oder Dein Kind werden wir mit Dir immer offen ansprechen. So können wir gemeinsam überlegen, ob Du Unterstützung möchtest und wie diese Hilfestellung aussehen kann. Selbstverständlich liegt die Entscheidung, ob Du Hilfsangebote annehmen möchtest, bei Dir.
- Wenn wir befürchten müssen, dass das Kindeswohl ernsthaft gefährdet sein könnte, werden wir auch dies mit Dir besprechen und nach gemeinsamen Lösungen/Veränderungsmöglichkeiten suchen. Erst wenn dies nicht gelingt und das Kindeswohl akut gefährdet ist, sind wir gesetzlich verpflichtet, unter Umständen auch gegen Deinen Willen das Jugendamt einzuschalten. Wir werden Dich vorab informieren, bevor wir diesen Schritt tun.
- Wenn das Jugendamt hinzugezogen wird, geht es zunächst einmal darum, dass Du gemeinsam mit der Fachkraft des Jugendamtes nach Unterstützungsangeboten für Dich und Dein Kind suchst. Über das Jugendamt können viele Hilfsangebote finanziert werden, die es ermöglichen, dass Kinder auch in schwierigen Situationen dauerhaft in ihrer Familie aufwachsen können. Auch hier können wir Begleitung anbieten.
- Erst dann, wenn durch keine andere Hilfestellung mehr geeignete Lösungen gefunden werden können, kann es zu einer Herausnahme des Kindes aus der Familie kommen. Letztendlich entscheidet hierüber ein Gericht.

Vielleicht gibt es noch Fragen?

z.B. was ist denn eigentlich Kindeswohlgefährdung?

Die Beraterinnen von Lilith beantworten Dir gerne alle weiteren Fragen.

10 WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN UND LINKS



lilith-ev.de



fruehehilfen.de/grundlagen-und-fachthemen/fachthemen/kinder-psychisch-krank-er-elter-n



embryotox.de



zbfs.bayern.de/familie/hilfe-muki/schwangere-in-not/index.php



fruehehilfen.de



klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/psychiatrie

LITERATURVERZEICHNIS

1. ICD 10 2018, F10–F19, <https://www.dimdi.de/static/de/klaskifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f10-f19.htm>

2. Staudenmeyer, B., Kaschuba, G. & Stumpp, G. (2018). Forschungsbericht „Es ging nicht mehr ohne, es ging nicht mehr mit“ Crystal Meth Konsum von Frauen. Erhard Karls Universität Tübingen.

3. Lüdecke, Ch. (2010). Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatischer Belastungsstörung und Suchterkrankung. In: Chr. Lüdecke, U. Sachse & H. Faure (Hg.), Sucht – Bindung – Trauma (S.11–26). Stuttgart: Schattauer.

4. Tödte, M., Kaubisch, S., Leuders, A. (2016). Schwangerschaft und Mutterschaft bei drogenabhängigen Frauen. In: M. Tödte & Ch. Bernard (Hg.), Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme (S. 163–184). Bielefeld: transcript Verlag.

5. Huber, G. (2017). Schwangerenbetreuung bei Drogenkonsum. In: L. Gortner & J.W. Dudenhausen (Hg.), Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen (S. 39–42). München: Springer.

6. Mühlig, S., Dirks, H., Dyba, J., Klein, M., Paulick, J., Scherbaum, N. & Siedentopf, J.-P. (2016) Schwangere, junge Mütter und pränatale Schädigungen. In: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, DGPPN. S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen (s. 117–131). Berlin: Springer. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/42b731d6180ceea-ceae551fc8ae2a1b54eea591a/S3-LL-Methamphetamin_lang.pdf

7. Nagel, M. (2017). Interprofessionelle und interdisziplinäre Betreuung drogenabhängiger Schwangerer. In: L. Gortner & J.W. Dudenhausen (Hg.), Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen (S. 55–65). München: Springer.

8. <https://www.nacoa.de/fakten/zahlen>
9. Dorsch, V. & Rohde, A. (2016). Postpartale psychische Störungen. *Frauenheilkunde up2date* 4, 355-372.
10. Weidner, K. & Junge-Hoffmeister, J. (2018). Traumatisierte Frauen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt. In: Schellong, J., Eppel, F. & Weidner, K. (Hrsg.): *Praxisbuch der Psychotraumatologie*. S. 152-159. Atuttgart: Georg Thieme Verlag.
11. Dawirs, R. & Moll, G. (2011). „Ich bin schwanger! Wie soll ich damit umgehen?“ – Pränatale Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das Kind. In: S. Andresen, M. Brumlik & C. Koch (Hg.) *Das ElternBuch*. Weinheim: Beltz.
12. Gortner, L. (2017). Langzeitkonsequenzen der intrauterinen Drogenexposition. In: L. Gortner & J.W. Dudenhausen (Hg.), *Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen* (S. 9–20). München: Springer.
13. Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchtblasteten Schwangeren und werdenden Familien in geburtshilflichen Kliniken (2017) https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Handlungsempfehlungen_2017_1.pdf
14. Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (2020): Präventiver Kinderschutz bei Kindern psychisch und suchtkranker Eltern. Leitfaden für Fachkräfte im Gesundheitswesen. <https://dgkim.rm-select.de/leitfaden/14/praeventiver-kinderschutz-bei-kindern-psychisch-und-suchtkranker-eltern>
15. Roth, B. (2017). Pharmakologische Aspekte der intrauterinen Drogenexposition und klinische Konsequenzen. In: L. Gortner & J.W. Dudenhausen (Hg.), *Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen* (S. 21–38). München: Springer.
16. M. Nagel, J. Siedentopf, (2017) *Schwangerschaft Sucht Hilfe*, Charité Berlin, ISBN978-3-00-057442-9
17. Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituierungsgestützten Behandlung Opioidabhängiger, (April 2017)
18. F. Tretter, (2008) *Suchtmedizin kompakt*, Schattauer Verlag
19. Erbas, B., Huber, G., Tretter, F., & Wolstein, J. (2014), *Behandlung substituierter Frauen während Schwangerschaft und Geburt*, Verfügbar unter https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Informationspapier_Behandlung_Substituierter_Schwangerschaft_Geburt_Sept_2014.pdf
20. Huber, G. & Seelbach-Göbel, B. (2014). *Schwangerenbetreuung bei Drogenkonsum*. *Frauenheilkunde up2date* 2, S. 88-94.
21. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/finnegan-score>
22. Siedenkopf, J.- P. (2018). Therapieempfehlungen für opiatkonsumierende Schwangere. In: L. Gortner & J.W. Dudenhausen (Hg.), *Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen* (S. 43–54). München: Springer.
23. Saminathan Anbalagan; Magda D. Mendez, (Dez.2019) Neonatal Abstinence Syndrome, *StatPearls*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551498/#article-25652.s8>
24. T. Elstner, J. Korosec, S. Kastner, W. Werner, M. Wudy, (2009) *Schwangerschaft und Drogen professionell*, Sucht- und Drogenkoordination der Stadt Wien
25. Kaubisch, S., Leuders, A. (2016) *Drogenhilfe – unter Umständen anders*. In: M. Tödtte & Ch. Bernard (Hg.), *Frauensuchtarbeit in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme* (S. 253–269). Bielefeld: transcript Verlag.
26. Mücke, S. (2017). Diagnostik und Therapie bei Kindern drogenabhängiger Mütter. In: L. Gortner & J.W. Dudenhausen (Hg.), *Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen* (S. 66–82). München: Springer.

IMPRESSUM

Herausgeber

Bezirk Mittelfranken – Danziger Straße 5 – 91522 Ansbach

Autor*innen

Susanne Haller

Dr. Jörg Seiler – Praxis Dr. Seiler/Wiesinger, Nürnberg

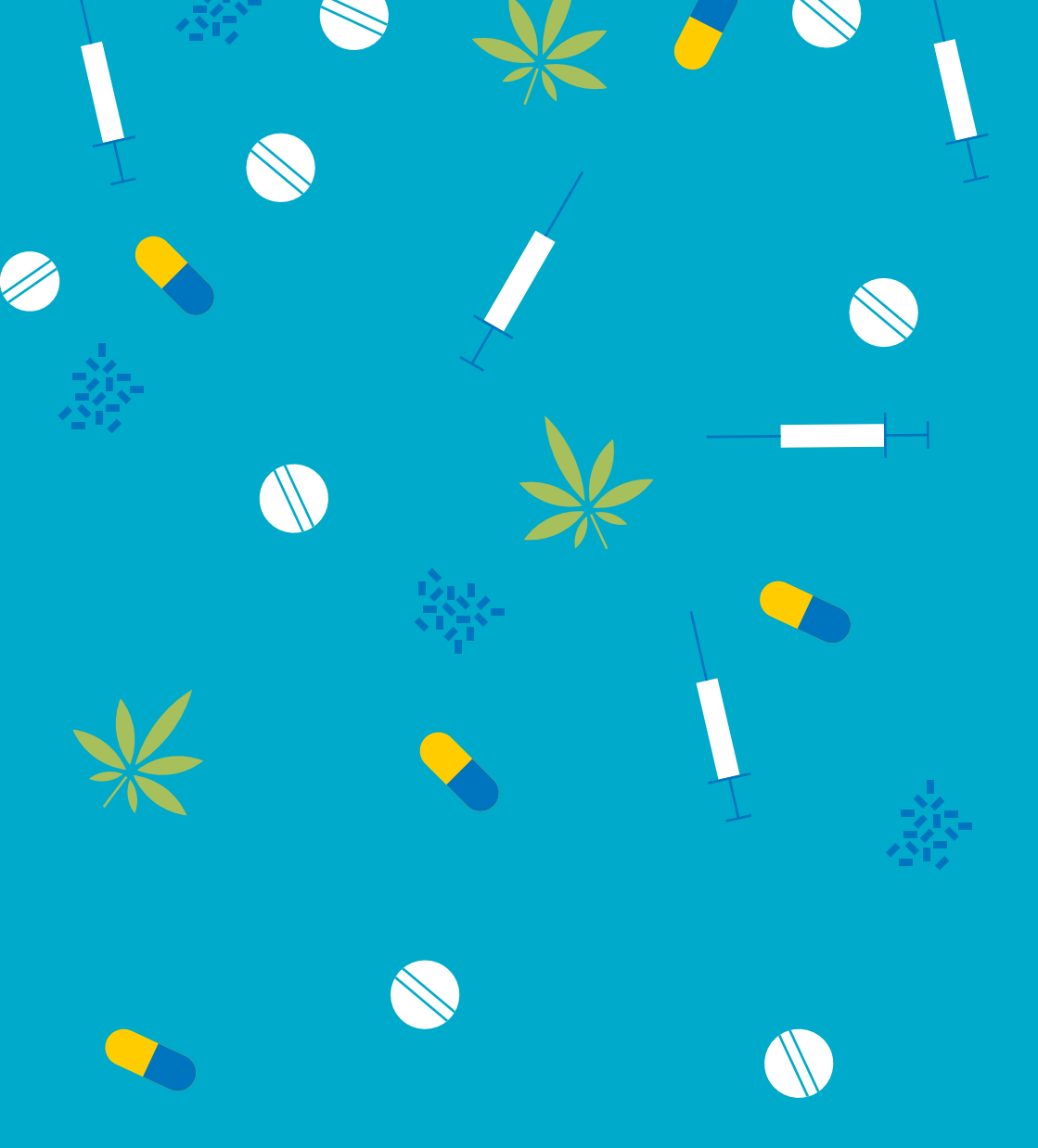
Anne Leuders – Lilith e.V. – Drogenhilfe für Frauen und Kinder,
Nürnberg – lilith-ev.de

Gestaltung & Illustration

Martin Rollmann – martinrollmann.de

Stand: 1.11.2021 – Änderungen vorbehalten!

Auflage: 750 Stück – gedruckt auf Recyclingpapier



BEZIRK
MITTELFRANKEN



Lilith