



T. Gredner, B. Erbas, N. Ploch, J. Wolstein  
Bayerische Akademie für Sucht und Gesundheitsfragen

# Schwangerschaft und Sucht

## Besonderheiten beim Umgang mit substanzabhängigen schwangeren Frauen

### Übersicht:

- **Epidemiologie:** Repräsentative Zahlen zur Prävalenz des pränatalen Substanzgebrauchs sind für Deutschland nur sehr eingeschränkt verfügbar (Ausnahmen: Alkohol, Nikotin).
- **Gefahren eines Mischkonsums:** Der gleichzeitige Konsum verschiedener Substanzen ist besonders schädlich, da sich die negativen Auswirkungen addieren.

### Auswirkungen auf die Gesundheit:

- **Gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind:** Der Konsum psychotroper Substanzen in der Schwangerschaft kann Auswirkungen auf die Gesundheit der werdenden Mutter als auch auf das Ungeborene haben.
- **Fehlgeburten:** Allgemein ist das Risiko einer Totgeburt durch Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft um das Zwei- bis Dreifache erhöht.
- **Psychosoziale Auswirkungen:** Dazu gehören u.a. erhöhter Stress, psychische Erkrankungen, mangelnde Unterstützung im sozialen Umfeld, finanzielle und rechtliche Notlagen. Postpartale Depression und Psychosen treten durch den Konsum mit höherer Wahrscheinlichkeit auf.
- **Fetale Risiken:** Die Risiken für das ungeborene Kind sind vielseitig und je nach Substanz mit Fehlbildungen, Störungen oder sogar dem Tod verbunden.
- **Fetale Alkoholspektrumstörungen:** Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für nicht genetisch bedingte und bereits bei Geburt vorliegende Behinderungen

### Probleme bei der Behandlung:

- **Ängste von Betroffenen:** Die Angst vor Verlust des Sorgerechts, vor rechtlichen Konsequenzen wie Strafverfolgung und Inhaftierung sowie die generelle Angst vor einer Behandlung können der Inanspruchnahme pränataler Vorsorgeangebote von Frauen mit Substanzmissbrauch im Weg stehen.
- **Ungeplante und unerkannte Schwangerschaften:** Rund 85 % der Schwangerschaften bei suchtkranken Frauen sind ungeplant. Die erste gynäkologische Untersuchung erfolgt oftmals erst nach dem ersten Trimester.
- **Drogengebrauchendes Umfeld:** Oftmals sind Personen aus dem sozialen Umfeld der Schwangeren ebenfalls Drogengebrauchende. Etwa 75 % der abhängigen Frauen sind in Suchtfamilien aufgewachsen. Zudem waren schätzungsweise 50 % der substanzmittelkonsumierenden Schwangeren in ihrer Kindheit oder Jugend Gewalterfahrungen ausgesetzt.

- Kalte Entzüge sollten während der Schwangerschaft vermieden werden. Bei Substanzen, die nicht abrupt abgesetzt werden dürfen (z. B. Heroin), kann eine Substitutionsbehandlung bzw. eine langsame Reduzierung der Substanzeinnahme erforderlich sein.

### **Behandlungserfolg:**

- **Frühzeitige Identifizierung und koordinierter Zugang:** Eine frühzeitige Identifizierung des Substanzkonsums, eine umfassende Beratung sowie ein koordinierter Zugang zu Behandlungs- und Unterstützungsangeboten sind für die erfolgreiche Durchführung therapeutischer Maßnahmen entscheidend.
- **Wertschätzende und transparente Haltung:** Um zu verhindern, dass Schwangere eine medizinische Behandlung meiden, ist eine einladende, wertschätzende und transparente Haltung dringend geboten.
- **Gründliche Anamnese:** Um eine während der Schwangerschaft nicht bekanntgegebene Drogenexposition festzustellen, ist eine gründliche Anamnese des Neugeborenen entscheidend.
- **Unterstützung im sozialen Umfeld:** Ein intaktes soziales Netzwerk ist eine wichtige Ressource während der Schwangerschaft. Fehlende Unterstützung ist hingegen eine bedeutsame Barriere für eine Behandlung.
- **Autonomie und Entscheidungsfreiheit:** Autonomie und Entscheidungsfreiheit im Behandlungskontext spielen eine wichtige Rolle für einen erfolgreichen Therapieverlauf.

### **Motivatoren für eine Behandlung:**

- **Der Wunsch nach Veränderung:** Zu Beginn der Schwangerschaft liegt häufig eine erhöhte Behandlungsmotivation vor.
- **Sorge vor Folgeschäden:** Aus Sorge vor Folgeschäden durch den pränatalen Substanzkonsums wird ein Konsum häufig eher offengelegt und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen.
- **Unvoreingenommenheit und Unterstützung:** Neben der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde, Familie und Partnerinnen/Partner spielt zudem die Beziehung zu medizinischen Dienstleistern eine entscheidende Rolle. Wichtig sind eine positive und nicht wertende Einstellung der Leistungserbringer.
- **Respektvolle Behandlung:** Einfühlungsvermögen, Respekt und Verständnis gegenüber den Betroffenen tragen dazu bei, dass der Konsum offen kommuniziert und eine Behandlung angenommen wird.

## 1. Hintergrund und Problemstellung

Frauen mit Substanzmittelkonsum in der Schwangerschaft stellen eine besonders vulnerable Personengruppe dar, da die Risiken des pränatalen Gebrauchs psychotroper Substanzen nicht nur schwerwiegende Auswirkungen auf die Gesundheit der Mutter, sondern auch auf die Gesundheit des ungeborenen bzw. neugeborenen Kindes haben kann (Ross et al., 2015). Um die negativen Folgen des Substanzmissbrauchs für Mutter und Kind möglichst gering zu halten, ist eine intensive und regelmäßige Schwangerschaftsbetreuung erforderlich (Gerhardt & Aschka, 2020). Der Umgang mit schwangeren Frauen, die psychotrope Substanzen konsumieren, stellt Fachkräfte im Gesundheitswesen aufgrund des erhöhten Bedarfs an medizinischer Unterstützung vor komplexe Herausforderungen. Verschiedene Faktoren wie z. B. die Stigmatisierung von Betroffenen können dazu führen, dass schwangere Frauen mit Substanzmissbrauch den Kontakt zum Gesundheitssystem meiden. Zudem liegen bei suchtkranken Schwangeren häufig multikomplexe Problemlagen vor, die die Inanspruchnahme oder den Verlauf einer Behandlung beeinflussen können (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2017). Dazu zählen:

- Schlechter gesundheitlicher Zustand, Komorbiditäten von physischen und psychischen Erkrankungen
- Schlechte sozioökonomische Lage, Gewalterfahrungen, Wohnungslosigkeit, soziale Isolation
- Probleme im sozialen Umfeld: Defizitäre Bindungserfahrungen in der eigenen Kindheit, Leben in der Drogenszene, Prostitution, Gewalt
- Traumatisierung durch Erleben von (sexualisierter) Gewalt (in der Kindheit) mit entsprechenden Folgen auch hinsichtlich der Bindungsmuster
- Häufig ungeplant und/oder ungewollte Schwangerschaften, verbunden mit einer hohen Stressbelastung; Retraumatisierung kann während der Schwangerschaft/Geburt zu erhöhtem Suchtdruck bzw. Konsum führen
- Stigmatisierungserfahrungen, Schuld- und Schamgefühle, mangelndes Selbstwertgefühl sowie Ängste (z. B. vor Sorgerechtsentzug)

Aufklärung und Verbesserung des allgemeinen Verständnisses hinsichtlich dieser Thematik sind essenziell. Die Bereitstellung von Handlungsempfehlungen zum Umgang mit suchtkranken schwangeren Frauen kann dazu beitragen, eine konsistente und wirksame Betreuung und Versorgung sicherzustellen sowie den Schutz der Mutter und des ungeborenen Kindes zu gewährleisten. Bereits verfügbare Empfehlungen zielen auf den **richtigen Umgang mit suchtbelasteten Schwangeren und jungen Müttern** in geburtshilflichen Kontexten ab (Fleming et al., 2017) und verdeutlichen die Wichtigkeit der Aufklärung des medizinischen Personals zu dieser Thematik.

Das vorliegende Informationspapier möchte Hintergrundinformationen zu den Folgen eines Substanzkonsums in der Schwangerschaft sowie zu den Besonderheiten beim Umgang mit substanzmittelkonsumierenden schwangeren Frauen zusammentragen.

## 2. Epidemiologie des Substanzgebrauchs in der Schwangerschaft

Die Evidenz zur Prävalenz des pränatalen Gebrauchs psychotroper Substanzen aus epidemiologischen Bevölkerungsstudien ist mangelhaft: Repräsentative Zahlen für Deutschland sind, bis auf Alkohol und Nikotin, nur in sehr eingeschränkter Form verfügbar. Das Pilotprojekt „Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis“ stellte einen ersten Überblick über das Ausmaß des Substanzkonsums während

der Schwangerschaft in Deutschland sowie der damit verbundenen Konsequenzen vor (Hoch et al., 2019). Laut Selbstausskunft einer in diesem Rahmen durchgeführten anonymen Online-Befragung hatten von den 1.503 teilnehmenden schwangeren Frauen und Müttern 13 % während der Schwangerschaft einen Substanzgebrauch (davon Nikotin 68,7 %, Alkohol 31,3 %, Cannabis 22,1 %, Opiate 2,1 %, Amphetamine 1,5 %, Benzodiazepine 1,0 %). Da ein Substanzgebrauch in der Schwangerschaft insbesondere aufgrund der damit verbundenen Stigmatisierung häufig nicht kommuniziert wird, ist darüber hinaus von einer hohen Dunkelziffer auszugehen (Batra, 2019; Huber et al., 2015).

Das Alter hat einen Einfluss auf den Substanzgebrauch: Schwangerschaften treten in einem Lebensalter auf, in dem auch die höchsten Konsumprävalenzen für Alkohol, Tabak und illegale Drogen ermittelt werden. Besonders schädlich ist der häufig auftretende Mischkonsum verschiedener Substanzen, da die negativen Auswirkungen der entsprechenden Substanzen kumuliert auftreten.

Wegen ihrer Abhängigkeit setzen viele Frauen auch nach Bekanntwerden der Schwangerschaft den Konsum fort. Es gibt verschiedene Faktoren, die das Risiko einer Substanzkonsumstörung in der Schwangerschaft erhöhen können. Unter anderem beeinflussen die **sozioökonomische Lage**, das **Vorhandensein von psychischen Erkrankungen** oder **traumatische Erlebnisse** das Risiko für eine Suchterkrankung in der Schwangerschaft (Batra, 2019; Cook et al., 2017; Gerhardt & Aschka, 2020; Walter et. al., 2019).

### Alkohol

Alkohol wird über die Plazenta an das ungeborene Kind weitergegeben und gelangt direkt in dessen Blutkreislauf. Aufgrund der noch nicht ausgereiften Stoffwechselfunktion des Fetus ist dieser der Alkoholexposition im Mutterleib länger ausgesetzt als die Mutter selbst.

Daten zur Prävalenz des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft in Deutschland sind uneindeutig: Je nach Untersuchung wird der Anteil an schwangeren Frauen, die Alkohol auch nach Bekanntwerden der Schwangerschaft konsumieren, zwischen 14 % und 58 % angegeben. Ein exzessiver Alkoholkonsum liegt bei 1,2 bis 3,5 % der Schwangeren vor. Der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist, im Gegensatz zu anderen Substanzen, mit einem höheren Alter und einem höheren sozioökonomischen Status assoziiert (Batra, 2019; Gerhardt & Aschka, 2020).

### Nikotin

Nach Alkohol ist Nikotin die am häufigsten konsumierte psychotrope Substanz in der Schwangerschaft. Laut Daten des Robert Koch-Instituts ist der Anteil der Mütter, die während der Schwangerschaft rauchen, in den vergangenen Jahrzehnten gesunken. Unter den Müttern von 0- bis 6-jährigen Kindern, die zwischen 2007 und 2016 geboren wurden, rauchten 10,9 % während der Schwangerschaft. Ein Nikotinkonsum während der Schwangerschaft wird grundsätzlich häufiger offengelegt als der Konsum von Alkohol, die angegebene Menge entspricht allerdings meist nicht der tatsächlich konsumierten Menge.

Die Auswirkungen eines Nikotinkonsums in der Schwangerschaft sind vielfältig. Folgen können unter anderem ein niedriges Geburtsgewicht, Entwicklungs- und Verhaltensprobleme, Hypertonie, Atemwegserkrankungen, Organschäden und eine schlechtere Lungenfunktion sein. (Banderali et al., 2015; Batra, 2019). Auch im Kontext der Behandlung von Drogengebrauchenden ist die Aufklärung über die mit einem Nikotinkonsum verbundenen Risikofaktoren sowie die Motivation zur Reduktion eine wichtige ärztliche Aufgabe, da **etwa 95 bis 98 % aller Drogenabhängigen rauchen** (Huber et al., 2014).

## Cannabis

Aussagekräftige Zahlen über den Cannabiskonsum bei schwangeren Frauen sind für Deutschland nicht verfügbar. Im Zusammenhang mit der Legalisierung von Cannabis in einigen Bundesstaaten der USA liegen Studienergebnisse vor, die einen Anteil von konsumierenden Müttern zwischen 2 bis 5 % berichten (Cook et al., 2017; Gerhardt & Aschka, 2020). Mit einem pränatalem Cannabiskonsum werden in der wissenschaftlichen Literatur verschiedene Auswirkungen wie ein erhöhtes Risiko für eine mütterliche Anämie, eine Frühgeburt, ein niedrigeres Geburtsgewicht und die Aufnahme auf eine neonatale Intensivstation in Zusammenhang gebracht (Hoch et al., 2019). Wird der Cannabiskonsum in der Schwangerschaft beendet, sind damit keine Risiken oder Schäden für das ungeborene Kind zu befürchten, weshalb ein sofortiger Stopp sicher und empfehlenswert ist.

## Illegale Drogen

Hinsichtlich des Konsums von illegalen Drogen begeben sich werdende Mütter am häufigsten aufgrund der Einnahme von Opioiden in ärztliche Behandlung. Ein bestehender Missbrauch von Opioiden wird in vielen Fällen trotz Schwangerschaft fortgeführt (Sanlorenzo et al., 2018). Verlässliche Prävalenzdaten zum Konsum von illegalen Drogen in der Schwangerschaft sind für Deutschland allerdings nicht verfügbar. Es wird vermutet, dass **pro Jahr ca. drei von 1000 Neugeborenen eine Mutter mit polyvalentem Drogenkonsum bzw. Mischkonsum** haben (Huber et al., 2014).

## 3. Auswirkungen auf die Gesundheit

Der Konsum von psychotropen Substanzen während der Schwangerschaft kann sowohl Auswirkungen auf die Gesundheit der werdenden Mutter als auch auf das Ungeborene bzw. Neugeborene haben. Im Folgenden werden einige dieser gesundheitlichen Risiken näher erläutert.

### Auswirkungen von Suchterkrankungen auf die Mutter (Maternale Risiken)

#### Fehlgeburten und weitere Komplikationen

Die genaue Ursache für eine Fehlgeburt ist oftmals nicht bekannt. Der Konsum von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen in der Schwangerschaft gehört allerdings zu den beeinflussbaren Risikofaktoren. Fehlgeburten treten überwiegend in der Frühschwangerschaft auf. In dieser Phase ist die Alkoholexposition aufgrund der oft noch nicht erkannten Schwangerschaft am stärksten ausgeprägt. Bei Frauen, die in der Schwangerschaft Alkohol konsumieren, ist die Wahrscheinlichkeit einer Fehlgeburt um 19 % höher als bei nicht exponierten Schwangeren (Sundermann et al., 2020). Ein Nikotin- und Kokainkonsum kann neben dem Konsum von Alkohol zu weiteren Komplikationen, wie Infertilität, Frühgeburten und plazentare Schädigungen führen. (Batra, 2019; Fleming et al., 2017). **Allgemein ist das Risiko einer Totgeburt durch Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft um das Zwei- bis Dreifache erhöht** (National Institute on Drug Abuse, 2021).

#### Psychosoziale Auswirkungen und Komorbidität

Eine Herausforderung für suchtkranke Schwangere sind die psychosozialen Auswirkungen. Zu diesen gehören unter anderem **erhöhter Stress, psychische Erkrankungen und mangelnde Unterstützung** im sozialen Umfeld. Neben den gesundheitlichen Risiken können auch finanzielle und rechtliche Notlagen aufgrund ihres Konsums für die Betroffenen entstehen (Cook et al., 2017). Es wird davon ausgegangen, dass die Hälfte der werdenden Mütter mit

einer Substanzkonsumstörung an weiteren psychischen Störungen wie z. B. Depressionen oder Angst- und Persönlichkeitsstörungen leiden (Batra, 2019; Huber et al., 2014).

Die Wechselwirkungen zwischen diesen Erkrankungen können zu einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs führen. Betroffene, die sowohl an einer Suchterkrankung als auch an psychischen Problemen leiden, weisen meist schwerwiegendere Symptome und Beschwerden auf. Für eine erfolgreiche Therapie ist die Diagnose und Behandlung vorhandener Begleiterkrankungen dringend erforderlich (National Institute on Drug Abuse, 2021). Bei der Behandlung ist zu berücksichtigen, dass sich Suchterkrankungen und psychische Erkrankungen gegenseitig auslösen können. Neben psychischen Komorbiditäten können unter anderem auch somatische Auswirkungen wie Mangelernährung und Infektionen auftreten (Cook et al., 2017). Ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht unter anderem für sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV und Hepatitis. (Gerhardt & Aschka, 2020).

Erhebungsdaten aus den USA legen nahe, dass junge Mütter mit **postpartaler Depression** (PPD) ein erhöhtes Risiko für Substanzkonsum haben (Chapman & Wu, 2013). Depressive Symptome nach der Geburt traten bei Frauen, die nach der Geburt Drogen konsumierten, sowie bei Müttern mit einem Drogenkonsum in der Vergangenheit häufig auf (zwischen 19,7 % und 46 %). Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass diese Daten nicht uneingeschränkt auf Deutschland übertragen werden können.

**Postpartale Psychosen** sind mit einer Häufigkeit von rund 0,1 bis 0,2 % eher selten, können jedoch durch verschiedene Risikofaktoren, wie zum Beispiel biologische Faktoren, verstärkt werden (Dorsch & Rohde, 2016). Es gibt Hinweise darauf, dass Frauen mit psychotischen Störungen ein relativ hohes Risiko für Substanz- und Alkoholmissbrauch haben (Menezes et al., 1996). Zudem zeigen Studien, dass Frauen mit Psychosen während der Schwangerschaft häufiger rauchen als Frauen ohne psychische Störungen (Bennedsen et al., 1999).

### Risiken für das ungeborene bzw. neugeborene Kind (Fetale Risiken)

Alkohol, Nikotin, Opioide und weitere illegale Drogen gehören zu den Substanzen, die über die Plazenta an das ungeborene Kind weitergegeben werden und bei der Schwangeren sowie beim Ungeborenen auf das Gehirn wirken. Eine Auflistung möglicher Wirkungen verschiedener Substanzen auf das ungeborene bzw. neugeborene Kind ist in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1:** Substanzkonsum und mögliche Risiken für das (ungeborene) Kind nach DHS, 2020

Substanz	Ausgewählte Risiken für das (ungeborene) Kind
Alkohol	Alkohol ist die Ursache für die häufigste vermeidbare angeborene Fehlbildung, das Fetale Alkohol Syndrom (FAS): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringeres Geburtsgewicht</li> <li>• Geringerer Saugreflex, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit</li> <li>• Körperliche Fehlbildungen der inneren Organe, z.B. des Herzens</li> <li>• Verformungen im Gesicht</li> <li>• Minderwuchs</li> <li>• Störungen in der geistigen Entwicklung bis zu schweren Schädigungen</li> </ul>
Nikotin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehl- und Frühgeburten</li> <li>• Höhere Sterblichkeit des Kindes kurz vor oder nach der Geburt</li> <li>• Niedrigeres Geburtsgewicht</li> <li>• Plötzlicher Kindstod</li> </ul>

Cannabis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachstumsstörungen des Ungeborenen</li> <li>• Fehl- und Frühgeburt</li> <li>• Fehlbildungen</li> <li>• Entzugssyndrom des Neugeborenen</li> <li>• Störungen der körperlichen und geistigen Entwicklung</li> </ul>
Heroin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwankender Gebrauch und abrupter Entzug ist lebensbedrohlich für das Kind im Mutterleib</li> <li>• Wachstumsstörungen und Untergewicht des Ungeborenen</li> <li>• Durch Beimischungen besteht die Gefahr von Fehlbildungen</li> <li>• Frühgeburt</li> <li>• Entzugssyndrom des Neugeborenen</li> <li>• Entwicklungs-, Verhaltensstörungen, Lernprobleme</li> </ul>
Kokain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlbildungen des Herzens, Gehirns, der Harn- und Geschlechtsorgane</li> <li>• Ablösung der Plazenta</li> <li>• Fehl- und Frühgeburt</li> <li>• Entwicklungsrückstände</li> </ul>
Benzodiazepine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gefahr von Atemstillstand und Entzugssymptomen nach der Geburt</li> <li>• Langwieriger Entzug beim Neugeborenen</li> </ul>
Ecstasy, Speed, Crystal Meth	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schädigungen des Nervensystems</li> <li>• Ausbildung von Herzfehlern, Gefäßverengungen, Fehlbildungen der Harn- und Geschlechtsorgane</li> <li>• Entwicklungs- und Wachstumsstörungen, z.B. kleiner Kopfumfang des Kindes; (Mikrozephalie) Neugeborene sind oft schreckhaft und haben einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus</li> <li>• Hyperaktivität und psychosoziale Entwicklungsstörungen können auftreten</li> </ul>

Bei einigen Frauen ist der Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft nicht bekannt, sondern wird erst nach der Geburt festgestellt. Das Auftreten unspezifischer Symptome erfordert eine gründliche Anamnese durch geschultes Personal, da beispielsweise Unruhe, Empfindlichkeit und ein verstärktes Saugbedürfnis auch Begleiterscheinungen anderer Krankheiten sein können (Gerhardt & Aschka, 2020). **Kinder, die einer pränatalen Drogenexposition ausgesetzt waren bzw. drogenabhängige Eltern haben, weisen ein bis zu sechsfach erhöhtem Risiko für die Entwicklung einer späteren Suchterkrankung auf** (Gortner & Dudenhausen, 2017).

### Fetale Alkoholspektrumstörungen

Als Folge eines hohen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft können lebenslange neurologische und psychiatrische Schädigungen auftreten, die unter dem Krankheitsbild der Fetalen Alkoholspektrumstörung (fetal alcohol spectrum disorders, FASD) zusammengefasst werden. Bundesweite Prävalenzschätzungen zum Fetalen Alkoholsyndrom (Fetal Alcohol Syndrome, FAS) liegen nicht vor. Allerdings schätzen Kraus et al. (2019) basierend auf dem hohen Anteil von Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol konsumieren, die **Inzidenz von FASD auf 1,77 Kinder pro 100 Lebendgeburten pro Jahr**. Dementsprechend werden **in Deutschland mehr als 12.000 Kinder pro Jahr mit FAS** geboren. Etwa 20 bis 30 % der Betroffenen (jährlich etwa 3.000 Kinder) weisen das Vollbild des FAS auf. Sowohl die Konsummenge als auch die Dauer der Alkoholexposition wirken sich auf die Auftretenswahrscheinlichkeit und Stärke dieses Syndroms aus (Batra, 2019).

**Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft ist die häufigste Ursache für nicht genetisch bedingte und bereits bei Geburt vorliegende Behinderungen.** Ausprägungen von FASD sind Kleinwuchs, Deformierungen im Gesichtsbereich und Verhaltensauffälligkeiten. Die Alkoholexposition in der Frühschwangerschaft führt zu somatischen Schäden, wie z.B. Organ- oder Skelettfehlbildungen. Alkoholmissbrauch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft beeinträchtigt das Wachstum und löst Entwicklungsstörungen aus. Körperliche Schädigungen treten bei einem späteren pränatalen Konsum weniger häufig auf als Verhaltensstörungen. Es gibt verschiedene Ausprägung der Erkrankung, die in Abbildung 1 dargestellt sind. Liegen **sowohl Fehlbildungen an Organen als auch Schädigungen des ZNS** vor, handelt es sich um **FAS** (Kahnert, 2017).

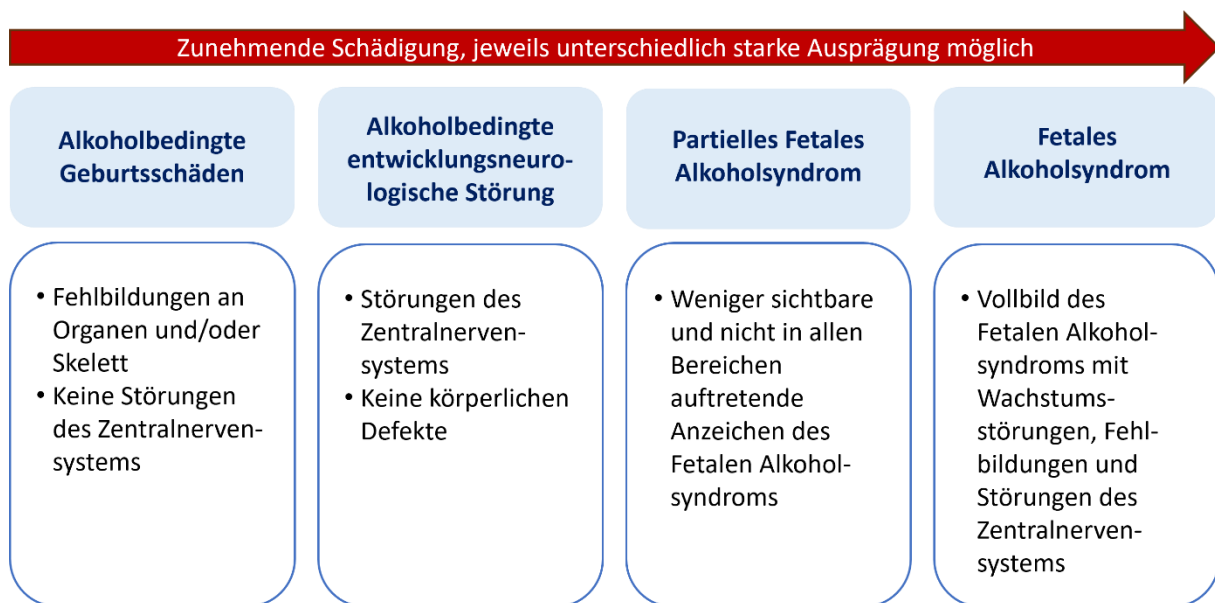


Abbildung 1: Ausprägungen der Fetalen Alkoholspektrumstörungen nach Kahnert (2017)

Die durch pränatalen Alkoholmissbrauch ausgelösten Fetalen Alkoholspektrumstörungen beeinträchtigen die Gesundheit der Betroffenen vom Säuglings- bis zum Erwachsenenalter (Kahnert, 2017). Die Auswirkungen in den verschiedenen Lebensphasen sind in Abbildung 2 zusammengefasst. Der Großteil der Kinder, die aufgrund von pränataler Alkoholexposition unter starken körperlichen und geistigen Einschränkungen leiden, wachsen in Pflegefamilien auf. Im Erwachsenenalter leiden Betroffene unter anderem an Aufmerksamkeitsdefizitstörungen, affektiven Störungen oder einer Intelligenzminderung und haben mit den daraus resultierenden Herausforderungen zu kämpfen.



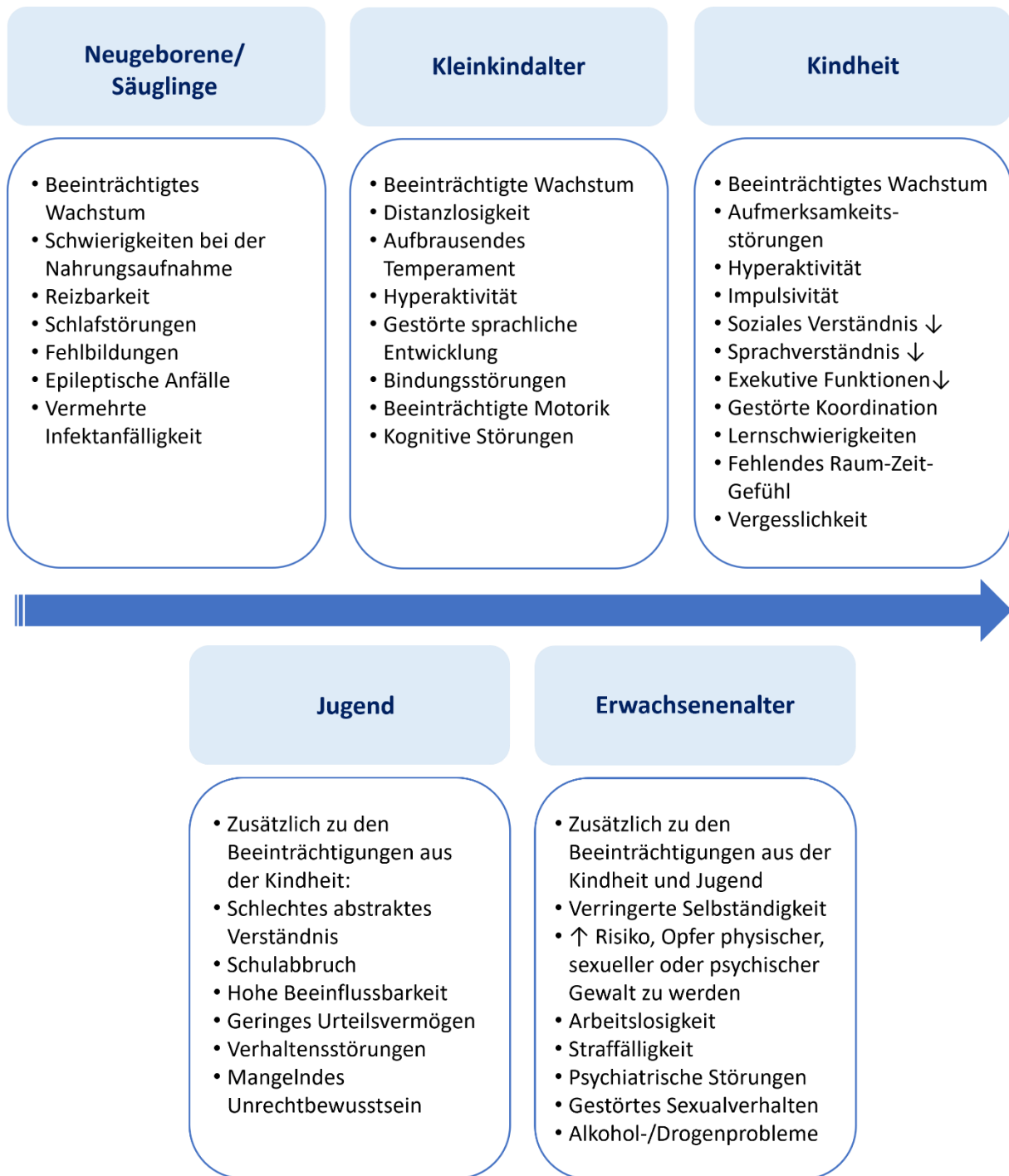


Abbildung 2: Auswirkungen von FASD in den verschiedenen Lebensphasen nach Kahnert (2017)

### Neonatales Abstinenzsyndrom

Waren Neugeborene aufgrund des Konsums der Mutter einer allgemeinen Drogenexposition ausgesetzt, tritt nach der Geburt in 75 bis 90 % der Fälle das **Neonatale Abstinenzsyndrom (NAS)** auf (Huber et al., 2014). Unter NAS versteht man eine multisystemische Störung, deren Auslöser das abrupte Beenden einer chronischen Drogenexposition im Mutterleib ist. Dies kann Auswirkungen auf das ZNS, den Magen-Darm-Trakt und das vegetative System haben. NAS kann durch verschiedene Substanzen ausgelöst werden, am häufigsten entsteht es durch pränatalen Opioid-Konsum. Substanzen, wie Nikotin und Alkohol, können allerdings ähnliche

Symptome hervorrufen. Durch Mehrfachsubstanzenkonsum erhöht sich der Schweregrad des Syndroms (Anbalagan & Mendez, 2021).

Die auftretenden Symptome können unterschiedlich stark ausgeprägt sein, da es neben den Faktoren des Substanzmissbrauchs (Art der Substanz, Dosis-Höhe, Mehrfachsubstanzenkonsum) auch weitere Einflussfaktoren wie das Schwangerschaftsalter und die Genetik gibt. Auch langfristige Auswirkungen und Beeinträchtigungen hinsichtlich der Entwicklung und des Verhaltens sind möglich. Eine fehlende Behandlung dieses Syndroms kann zum Tod des Kindes führen.

Die pränatal aufgenommenen Substanzen lösen beim Neugeborenen nach der Geburt eine gegenteilige Wirkung aus. Aufputschende Drogen führen beim Neugeborenen zu Schläfrigkeit und Reizempfindlichkeit, wohingegen sedierende Mittel bzw. Analgetika eine hohe Schmerzempfindlichkeit sowie ein erhöhtes Saugbedürfnis hervorrufen. Zu den typischen Symptomen des NAS zählen unter anderem Erbrechen, Durchfall, Krämpfe, Hypertonie und die Übererregbarkeit des ZNS sowie Schlafprobleme, Zittern, Schwitzen, Fieber und schrilles Weinen (Gerhardt & Aschka, 2020; University of Rochester Medical Center, 2022).

### **Plötzlicher Kindstod**

Während in den USA noch heute ein Großteil der post-neonatalen Mortalität auf den **plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS)** zurückzuführen ist, haben in Deutschland konsequente Aufklärungskampagnen über die Risikofaktoren dazu beigetragen, dass die Anzahl der Säuglingstodesfälle in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurückging: Starben vor 30 Jahren noch über 1000 Kinder pro Jahr am plötzlichen Kindstod in Deutschland, waren es im Jahr 2020 noch 84 Kinder (Deutsches Ärzteblatt, 2022; Elliot et al., 2020).

Verschiedene verhaltensbedingte Risikofaktoren können mit dem plötzlichen Kindstod in Verbindung gebracht werden. Eine Kohortenstudie aus dem Jahr 2020 beschreibt ein erhöhtes Risiko für SIDS bei einer über das erste Schwangerschaftstrimester hinausgehenden Exposition mit Alkohol oder Nikotin im Vergleich zu Schwangeren ohne bzw. mit einem vor dem zweiten Trimester beendeten Konsum. Beim Konsum von Alkohol oder Nikotin war das Risiko um das 1,6-fache bzw. um das 3,8-fache erhöht. Liegt sowohl eine Alkohol- als auch eine Nikotinexposition über das erste Trimester hinaus vor, ergibt sich ein synergistischer Effekt und die Wahrscheinlichkeit für SIDS steigt auf das rund 11,8-fache an (Elliot et al., 2020). Der Konsum von illegalen Drogen während der Schwangerschaft ist ebenfalls mit einem erhöhten SIDS-Risiko verbunden. Ein missbräuchlicher Konsum von Opioiden führt beispielsweise zu einem zwei- bis 15-fach erhöhten Risiko (Hunt & Hauck, 2006). **Maßnahmen, um den plötzlichen Kindstod zu vermeiden**, sind (AOK, 2022):

- Rücken- statt Bauchlage: die sicherste Schlafposition ist die Rückenlage. Auch die Seitenlage ist nicht zu empfehlen, da das Kind wieder in die Bauchlage rollen kann.
- In einem Schlafsack: Er hilft, dass sich das Kind nur schwer auf den Bauch drehen kann. Zudem ist es immer gut zugedeckt.
- Eigenes Bett im Elternschlafzimmer: Im Elternbett kann es zu ungewollten Unfällen kommen (z. B. Körperteil der Eltern liegt unbeabsichtigt auf dem Kind). Daher ist ein eigenes kleines Bett anzuraten.
- Drogenfrei während der Schwangerschaft und nach der Geburt: In der Schwangerschaft sollten sich Mütter weder Passivrauch noch aktivem Rauchen aussetzen. Das gilt für alle Drogen. Das Risiko für einen plötzlichen Kindstod sinkt deutlich, wenn das Kind in einem rauchfreien Zuhause aufwächst – vor und nach der Geburt.
- Stillen beugt vor: Ob volle sechs Monate oder kürzer – Stillen schützt vor SIDS.

- Impfen senkt das SIDS-Risiko: Studien zeigen, dass geimpfte Neugeborene ein deutlich niedrigeres Risiko für einen plötzlichen Kindstod aufweisen.

## 4. Behandlung suchtkranker schwangerer Frauen

### Herausforderungen bei der Behandlung

Ein Substanzkonsum in der Schwangerschaft ist mit vielen Risiken verbunden, weshalb die richtige Behandlung und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen essenziell ist. Zur Erzielung besserer Gesundheits- und Schwangerschaftsergebnisse müssen einige Barrieren von den Betroffenen überwunden werden (Frazer et al., 2019; Jessup et al., 2003).

### Inanspruchnahme von Hilfen

Eine wesentliche Herausforderung liegt in der Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten und Vorsorgeuntersuchungen. **Rund 85 % der Schwangerschaften bei suchtkranken Frauen sind ungeplant.** Eine Veränderung des Zyklus durch den Drogenkonsum und der daraus entstehenden möglichen Mangelernährung sowie eine fehlende Verhütung tragen dazu bei. Eine Schwangerschaft bleibt deshalb oft lange unbemerkt bzw. wird nicht eingestanden. Die erste gynäkologische Untersuchung erfolgt oftmals erst nach dem ersten Trimester. Bei diesen Risikoschwangerschaften müssen etwa alle zwei Wochen Vorsorgeuntersuchungen erfolgen, um Frühgeburtsanzeichen oder allgemeine Schädigungen beim Ungeborenen rechtzeitig zu erkennen (Gortner & Dudenhausen, 2017). Aus Angst vor sozialen oder (straf-)rechtlichen Problemen bei Inanspruchnahme der Hilfeleistungen nehmen einige Frauen allerdings in geringerem Ausmaß Unterstützungsangebote bzw. Vorsorgeuntersuchungen wahr (National Institute on Drug Abuse, 2021).

Eine Schwangerschaft ist für betroffene Frauen oft eine weitere Belastung in einer schwierigen Lebenssituation. Meist sind viele Personen aus dem sozialen Umfeld der Schwangeren ebenfalls Drogengebrauchende. **Etwa 75 % der abhängigen Frauen sind in Suchtfamilien aufgewachsen.** Zudem waren schätzungsweise 50 % der substanzmittelkonsumierenden Schwangeren in ihrer Kindheit oder Jugend Gewalterfahrungen ausgesetzt. Ein Vertrauensaufbau zum Hilfesystem ist dadurch oft erschwert (Gortner & Dudenhausen, 2017; Huber et al., 2015).

Nach der Geburt kann die Auseinandersetzung mit den eigenen Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen sehr belastend für Betroffene sein. Wichtig ist die Zurverfügungstellung von entsprechenden Unterstützungs- und Hilfsangeboten. Obwohl einige Frauen ihren Konsum während der Schwangerschaft beenden, ist die Gefahr eines Rückfalls innerhalb von sechs Monaten nach der Geburt besonders hoch. Eine kontinuierliche Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind auch nach der Schwangerschaft sind bedeutsam und sollten im Rahmen eines frühzeitigen Entlassungsmanagements organisiert werden (Chapman et al., 2013).

### Stationäre Entgiftung und Entwöhnung

Die stationäre Entgiftung und anschließende Entwöhnung von suchtkranken Schwangeren zielen auf die Erreichung einer anhaltenden Abstinenz ab. Dies erfordert eine intensive ärztliche Überwachung, vorzugsweise durch einen stationären Aufenthalt in einer spezialisierten Einrichtung. **Kalte Entzüge** während der Schwangerschaft sollten vermieden werden, da sie schwerwiegende Komplikationen wie vorzeitige Wehentätigkeit und fetale Herzprobleme verursachen können. Nach der Entgiftung ist die Phase der Rückkehr in das gewohnte Umfeld besonders kritisch und erfordert eine gute Kommunikation zwischen Drogenhilfesystemen und

gynäkologischem Fachpersonal, um Rückfälle frühzeitig zu erkennen und zu verhindern (Huber et al., 2015).

### **Substitutionsbehandlung**

Bei Substanzen, die nicht abrupt abgesetzt werden dürfen (z. B. Heroin), kann eine Substitutionsbehandlung bzw. eine langsame Reduzierung der Substanzeinnahme erforderlich sein, um die mit einem plötzlichen Entzug verbundenen hohen gesundheitlichen Risiken zu vermeiden. Bei einer Substitutionsbehandlung werden die konsumierten Substanzen unter ärztlicher Überwachung durch geeignete Medikamente wie Methadon, Levomethadon oder Buprenorphin ersetzt (Erbas et al., 2020; Fleming et al., 2017). Eine plötzliche Beendigung des Konsums ohne ärztliche Unterstützung bedeutet die Gefährdung des Ungeborenen und ist unbedingt zu vermeiden (National Institute on Drug Abuse, 2021). Im Rahmen einer Substitutionsbehandlung sollen substituierende Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen routinemäßig eine psychosoziale Betreuung (PsB) anbieten, durch die eine positive Veränderung der Lebenssituation erzielt werden soll.

### **Kenntnis(nahme) des medizinischen Personals**

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine frühzeitige Identifizierung des Substanzkonsums, eine umfassende Beratung sowie ein koordinierter Zugang zu Behandlungs- und Unterstützungsangeboten entscheidend sind für die erfolgreiche Durchführung therapeutischer Maßnahmen (Chasnoff et al., 2019; Jones et al., 2020). Dabei ist die Frage nach einem vorliegenden Substanzkonsum im Rahmen der medizinischen Behandlung auch ohne offensichtliche, äußerliche Hinweise immer empfohlen. Wichtig ist dabei zu beachten, dass ein moderater Konsum von harten Drogen nicht im äußeren Erscheinungsbild erkennbar sein muss (Huber et al., 2014).

Insbesondere niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen sehen häufig Barrieren und Schwierigkeiten im Umgang mit drogenkonsumierenden schwangeren Frauen. Sie sind oft gehemmt, den Substanzkonsum offen anzusprechen, da dieser von den Betroffenen meist verleugnet oder verharmlost wird (Batra, 2019). Fokusgruppenanalysen haben dabei gezeigt, dass die allgemeine Belastung im Arbeitsalltag, Stress, Zeitdruck sowie das teilweise „[...] fehlende Vertrauen in die eigene fachliche Kompetenz und die Ambivalenz hinsichtlich der Frage der Zuständigkeit bei Suchtfragen [...]“ Gründe hierfür sein können (Batra, 2019). Bei einigen Frauen lässt sich ein Substanzkonsum während der Schwangerschaft erst rückwirkend nach der Geburt feststellen. Eine ausreichende fachliche Expertise des Untersuchenden ist Voraussetzung für das Erkennen der Problematik und der Einleitung einer entsprechenden Behandlung (Gerhardt & Aschka, 2020).

### **Gefährdung des Kindeswohls**

Der gesetzliche Schutz des Ungeborenen im Zivilrecht ist nicht eindeutig definiert. Ein Schlüsselbereich ist § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), der gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung vorsieht. Es gibt eine juristische Debatte darüber, ob dieser Abschnitt auf Ungeborene angewendet werden sollte (Wissenschaftliche Dienste des deutschen Bundestages, 2020). Unabhängig von einer endgültigen Klärung dieser Rechtsfrage stellt sich die Frage nach angemessenen Maßnahmen, die ein Gericht im Fall einer (analog) angewandten § 1666 BGB gegenüber der Schwangeren treffen könnte. Eine Zwangstherapie hat keine ausreichende rechtliche Grundlage, und der Entzug des Sorgerechts könnte erst nach der Geburt eingeleitet werden. Dies gilt auch für die Bestellung eines Vormunds oder einer Pflegschaft. Nur unter bestimmten Voraussetzungen (zum Beispiel, wenn die Schwangere aufgrund einer

psychischen Krankheit oder Behinderung nicht in der Lage ist, ihre Angelegenheiten zu regeln; Suchterkrankungen allein reichen nicht aus) kann das Gericht eine Betreuung der Schwangeren anordnen.

Darüber hinaus sollte die Unfähigkeit zur freien Selbstbestimmung nicht allein daraus geschlossen werden, dass die betroffene Person eine ärztlich empfohlene Behandlung, deren Risiken im Vergleich zum erwarteten Nutzen als akzeptabel angesehen werden, ablehnt. Vielmehr umfasst die durch Grundrechte geschützte Freiheit auch die "Freiheit zur Krankheit" und damit das Recht, Eingriffe zur Heilung abzulehnen, selbst wenn sie nach dem aktuellen medizinischen Wissen dringend empfohlen werden.

### **Interdisziplinäres Geburtsmanagement**

Für die Betreuung von Frauen mit pränatalem Substanzkonsum ist, gerade auch wegen der multiplen Substanzwirkung des meist vorliegenden Mischkonsums, eine intensive suchtttherapeutische Betreuung durch ein interdisziplinäres Team notwendig (Huber et al., 2014). Neben der geburtsmedizinischen Betreuung können verschiedene Berufsgruppen unterstützend hinzugezogen werden. Dazu zählen:

- Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen
- Sucht- und Schmerztherapeutinnen/-therapeuten
- Substitutionsärztinnen/-ärzte
- Hebammenbetreuung
- Pädiaterinnen/Pädiater
- Psychologinnen/Psychologen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten
- Fachkräfte für Infektionskrankheiten und sexuelle Gesundheit
- Mitarbeitende von Jugendämtern
- Mitarbeitende von koordinierenden Kinderschutzstellen

Eine Vernetzung zwischen betreuendem gynäkologischen Fachpersonal und dem Hilfesystem trägt zur Risikoreduktion für Mutter und Kind bei (Gortner & Dudenhausen, 2017; Huber et al., 2015). Aufgrund vorhandener Komorbiditäten ist oftmals die gleichzeitige Behandlung verschiedener Erkrankungen notwendig, die eine individuelle Ausarbeitung der Behandlungsziele unter Berücksichtigung internistischer, psychiatrischer, suchtmmedizinischer, geburtshilflicher und psychosozialer Erfordernisse erfordert.

Vorteilhaft ist eine frühzeitige Mitteilung eines vorliegenden Substanzkonsums sowie eine Vorstellung in der Geburtsklinik, um bei Komplikationen eine schnelle Reaktion zu ermöglichen und das notwendige Vertrauen zu schaffen. Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Familienhebammen sollten ebenfalls im Vorfeld miteinbezogen werden. Das interdisziplinäre Team kann auch bei Behördengängen unterstützen und, falls erforderlich, Kontakt zum Jugendamt herstellen (Gerhardt & Aschka, 2020).

Da der Umgang mit drogengebrauchenden Schwangeren schwierig sein kann, ist für alle Fachkräfte, die mit suchtmittelkonsumierenden Schwangeren arbeiten wichtig, sich stets bewusst zu machen, dass Sucht eine Erkrankung mit häufig anhaltender Hirnfunktionsänderung ist, die zu einem auffälligen Verhalten führen kann. Eine Schwangerschaft stellt darüber hinaus für Betroffene eine zusätzliche Ausnahmesituation dar. **Um zu verhindern, dass Schwangere eine medizinische Behandlung meiden, ist eine einladende, wertschätzende und transparente Haltung dringend geboten** (Huber et al., 2015). Fehlendes Einfühlungsvermögen und eine negative Einstellung der medizinischen Leistungserbringer können das Vertrauensverhältnis und den Behandlungsverlauf hingegen negativ beeinflussen (Barnett et al., 2021; Boeri et al., 2021; Tsuda-McCaie & Kotera, 2022).

### **Kooperationsvereinbarung**

Die Zusammenarbeit mit anderen relevanten Akteuren (z.B. Beratungsstellen, Jugendamt, KoKi, Geburtsklinik) sollte frühzeitig hergestellt werden, wobei eine Kooperationsvereinbarung, wie beispielsweise des [Münchner Hilfenetzwerks für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern](#), zur Optimierung der Abstimmungsprozesse sehr hilfreich ist.

So sollte die Mutter schon vor der Geburt in Kreißsaal und Kinderklinik vorgestellt werden. Im Rahmen der Kooperationsvereinbarung wird außerdem frühzeitig geklärt, welche Hilfen erforderlich sind bzw. ob die Mutter ihr Kind versorgen kann. Ganz wichtig ist hierfür ein ungehinderter Informationsfluss zwischen allen beteiligten Personen und Institutionen.

Eine gut funktionierende Kooperationsvereinbarung kann dazu beitragen, dass Schwangerschaftskomplikationen, drogenbedingte Behinderungen und auch die Zahl der Fremdunterbringungen der Kinder reduziert werden. Nach Möglichkeit sollen schwangere Substituierte von Geburtshelferinnen und -helfern versorgt werden, die über die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ verfügen.

### **Anamnese des Neugeborenen**

Um eine während der Schwangerschaft nicht bekanntgegebene Drogenexposition festzustellen, ist eine gründliche **Anamnese des Neugeborenen** entscheidend. Da die meisten Neugeborenen keine offensichtlichen Anzeichen des Vollbilds der Symptome eines Neonatalen Abstinenzsyndroms aufweisen, sondern eher unspezifische Symptome wie Unruhe, starkes Saugbedürfnis und Berührungsempfindlichkeit, die auch bei anderen Erkrankungen auftreten können, ist eine besondere Sensibilisierung des medizinischen Personals notwendig (Huber et al., 2014).

Substanzabhängig können bei betroffenen Neugeborenen unterschiedliche Symptome auftreten. Bei pränataler Exposition stimulierender Mittel wie Aufputschmittel erleben Säuglinge nach der Geburt häufig eine Phase der Lethargie und Trinkschwäche. Sedierende und schmerzlindernde Mittel können hingegen zu gesteigerter Schmerzempfindlichkeit, vermehrtem Saugbedürfnis und Vulnerabilität führen. Das Neonatale Abstinenzsyndrom zeigt sich besonders deutlich bei Opiatmissbrauch oder einer Methadonsubstitution. Beim Nikotinkonsum der Mutter zeigen Neugeborene ähnliche Symptome wie bei Opiatabhängigkeit, jedoch ist die Dauer der Entzugssymptome kürzer (Gerhardt & Aschka, 2020).

Wenn ein Neugeborenes Symptome wie Zittern, Unruhe, Schwitzen, Krampfanfälle oder Sedierung zeigt, sollten Kinderärztinnen bzw. Kinderärzte konsultiert werden. Eine gezielte Befragung der Eltern sowie bei Bedarf eine toxikologische Untersuchung oder ein Drogenscreening des Mekoniums (umgangssprachlich: Kindspech) können durchgeführt werden, um den Verdacht auf Drogenexposition zu klären (Fleming et al., 2017).

### **Stigmatisierung von Betroffenen**

Suchtkranke Schwangere sind oftmals verschiedenen Stigmatisierungserfahrungen ausgesetzt, welche auch im Kontext einer medizinischen Behandlung und Betreuung auftreten können. Von Bedeutung hierbei sind moralische Vorstellungen Dritter bezüglich einer von den schwangeren Frauen wissentlich in Kauf genommenen Schädigung des ungeborenen Kindes sowie eine reduzierte Bereitschaft, die Suchterkrankung nicht als persönliche Entscheidung oder moralisches Versagen, sondern als psychische Störung wahrzunehmen (Batra, 2019; Weber et al., 2021, St Louis et al., 2022).

Drei Arten von Stigmatisierung können unterschieden werden:

- Die „**institutionelle bzw. strukturelle Stigmatisierung**“ findet auf der Ebene von Organisationen, Gemeinden und der Politik statt. Eine Benachteiligung in der Gesetzgebung, der Ressourcenverteilung oder der Gesundheitsversorgung können beispielsweise dazu führen, dass Betroffene nicht angemessen unterstützt oder der Zugang zur Behandlung erschwert werden.
- Bei der „**interpersonellen, bzw. tatsächlichen Stigmatisierung**“ werden die negativen Einstellungen in Interaktion mit anderen Personen manifestiert.
- Eine „**verinnerlichte Stigmatisierung**“ geht von betroffenen Personen selbst aus. Die negativen Erfahrungen und die Verurteilungen durch die Gesellschaft werden angenommen und als wahr empfunden. Die Betroffenen nehmen sich selbst als schlechte Personen wahr, isolieren sich oder entwickeln Ängste.

Die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen dabei, dass Stigmatisierung sowohl vom privaten Umfeld der Betroffenen, der Gesellschaft und von Leistungserbringern aus dem Gesundheitswesen ausgehen können (Barnett et al., 2021, Frazer et al., 2019, Hooks, 2015, Choi et al., 2021; Paris et al., 2020).

Stigmatisierung bzw. die Angst vor Stigmatisierung kann bewirken, dass der Kontakt zum Gesundheitssystem vermieden wird, die erforderlichen pränatalen Untersuchungen nicht wahrgenommen oder bereits begonnenen Behandlung negativ beeinflusst bzw. abgebrochen werden (Latuskie et al., 2019). Darüber hinaus können Stigmata weitere psychische Erkrankungen auslösen bzw. eine Verschlimmerung des Drogenkonsums bewirken und gehen häufig mit verschiedenen sozialen Faktoren, wie einem geringeren Selbstwertgefühl, Isolation, Angst oder Schuldgefühlen einher (Paris et al., 2020, Boeri et al., 2021). Suchtkranke schwangere Frauen sehen sich dabei häufig einer mehrfachen Stigmatisierung ausgesetzt. Diese kann sich auf verschiedene Weisen manifestieren, sei es im Zusammenhang mit Drogenkonsum im Allgemeinen, dem Leben als Frau mit Substanzkonsumproblemen oder speziell in Verbindung mit einer offensichtlichen Schwangerschaft (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 2023).

In einer qualitativen Studie aus dem Jahr 2020 wurde untersucht, wie und warum sich schwangere Frauen mit einer Suchterkrankung dazu entscheiden, ihren Ärztinnen bzw. Ärzten den Substanzgebrauch offenzulegen, wenn sie eine pränatale Betreuung wünschen. Exemplarisch schildert eine betroffene Frau folgende Barrieren, die einer offenen Kommunikation entgegensteht (Paris et al., 2020):

*„Es ist beängstigend, es ist ätzend, es all diesen Leuten gegenüber zuzugeben. [...] Ein durchschnittlicher Drogenabhängiger und ein Arzt sind zwei verschiedene Welten, man will sich nicht verurteilt fühlen. Du brauchst jemanden, der dich versteht.“*

(Paris et al., 2020).

### Ängste der Betroffenen

Eine Barriere in Bezug auf die Inanspruchnahme pränataler Vorsorgeangebote von Frauen mit Substanzmissbrauch sind Ängste. Dabei spielen sowohl Ängste vor Verlust des Sorgerechts und vor rechtlichen Konsequenzen wie Strafverfolgung und Inhaftierung sowie die generelle Angst vor der Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung eine Rolle (Jessup et al., 2003). Im Rahmen einer Studie aus dem Jahr 2022 wurden halbstrukturierte Interviews mit 26 Frauen mit pränatalem Opioidkonsum durchgeführt. Die Aussage einer betroffenen Frau verdeutlicht beispielhaft die Angst vor den Auswirkungen einer Substitutionstherapie auf das ungeborene Kind:

*„Während der gesamten Schwangerschaft hatte ich Angst, wie sie herauskommen würde, und ich hörte all diese Horrorgeschichten über diese Babys, die Morphium nehmen mussten [...], weil sie so krank waren, weil ihre Mutter Methadon oder [Buprenorphin] nahm. Ich hatte schreckliche Angst“*

(Schiff et al., 2022).

Insbesondere die Angst vor Verlust des Sorgerechts aufgrund der bestehenden Meldepflicht sowie vor der drohenden Überwachung durch die Behörden beschreiben Betroffene häufig als belastend (Paris et al., 2020, Roberts et al., 2011; Barnett et al., 2021, Renbarger et al., 2020). Folgende Aussage stellt exemplarisch die Sichtweise vieler Betroffenen dar:

*„Ich konnte nichts dafür, dass ich süchtig war, aber ich konnte auch nichts dafür, dass ich schwanger war, denn ich wollte meinen Sohn, aber ich wusste nicht, was ich tun sollte, als ich süchtig war [...] und ich wusste nicht, zu wem ich gehen sollte, weil mein Gynäkologe mich verraten würde.“*

(Paris et al., 2020)

### **Schuld- und Schamgefühle**

In Zusammenhang mit einem Substanzkonsum in der Schwangerschaft werden von Betroffenen häufig Schuld- und Schamgefühle berichtet. Diese Gefühle, an denen Personen mit einer substanzbezogenen Suchterkrankung generell häufig leiden, können sich durch das Vorliegen einer Schwangerschaft noch verstärken (Paris et al., 2020). Sie sind dabei tief verwurzelt und wirken in einer Behandlung dysfunktional, da Betroffene sich bei bestimmten Auslösern oft zurückziehen. Ein Beispiel für suchtspezifische Schuldgefühle ist die Überzeugung, dass die Sucht selbst verschuldet und keine Erkrankung sei. Suchterkrankte empfinden sich oft als „ewige Verlierer gegen sich selbst“, insbesondere beim Auftreten von Rückfällen, die mit extremer Scham verbunden sind. Eine therapeutische entlastende Herangehensweise kann hierbei sein, Person und Krankheit zu trennen, so dass ein Rückfall als Teil der Krankheit und nicht der Person betrachtet wird. Dies ermöglicht es, Verantwortung und Schuld voneinander zu trennen, so dass eine betroffene Person Verantwortung für ihr Handeln übernehmen kann, ohne sich für ihre Sucht schuldig zu fühlen (Goddemeier, 2017).

Schuld- und Schamgefühle sind häufig durch Stigmatisierung und Verurteilung bedingt und können durch verschiedene Faktoren wie einer späten Feststellung der vorliegenden Schwangerschaft oder bereits manifestierte Schäden beim Ungeborenen ausgelöst bzw. verstärkt werden. Konsequenzen können unter anderem eine Leugnung oder Geheimhaltung des Substanzgebrauchs, eine zusätzlicher Stressbelastung, Isolation oder Selbsthass sein. Zur Bewältigung der beschriebenen Faktoren wird der Konsum häufig fortgesetzt oder gesteigert (Escañuela Sánchez et al., 2022; Hall & van Teijlingen, 2006; Latuskie et al., 2019). Eine betroffene Frau bestätigte diesen Teufelskreis in einem Interview:

*„Ich hatte eine Risikoschwangerschaft, weil ich die ganze Zeit Drogen genommen habe. Ich habe auch Alkohol getrunken, aber ich habe nicht die Wahrheit gesagt, weil ich Angst hatte, dem medizinischen Personal davon zu erzählen. Sie würden mich wahrscheinlich wegen meiner Sucht verurteilen. Ich hatte ein schlechtes Gefühl, wenn ich nüchtern war, und dann wurde ich high, um alle Probleme zu vergessen“*

(Mejak & Kastelic, 2016).



### Soziale Unterstützung

Die Ergebnisse einiger Studien betonen die Bedeutung eines intakten sozialen Netzwerks als wichtige Ressource während der Schwangerschaft. Eine fehlende Unterstützung im familiären Umfeld, fehlendes Vertrauen und negative Beziehungen wurden hingegen als bedeutsame Barrieren für eine Behandlung identifiziert. Eine fehlende Unterstützung im familiären Alltag steht dabei mit einer Vernachlässigung und verminderten Inanspruchnahme von Therapien und Vorsorgeuntersuchungen in Verbindung (Boeri et al., 2021).

Wird eine Behandlung in Anspruch genommen, erfahren Betroffene teilweise negative Reaktionen oder den Verlust sozialer Unterstützungen aus ihrem drogengebrauchenden Umfeld. Ein Verlust der Freundinnen bzw. Freunde aus den Drogennetzwerken oder eine stetige Konfrontierung mit einem Suchtmittelkonsum in Suchtfamilien können dabei zusätzliche Hindernisse darstellen (Jackson & Schannon, 2012; Roberts et al., 2011; Söderström, 2012):

*„Es bedeutete, die stabilisierende und tröstende mentale Erfahrung aufzugeben und die damit verbundenen Beziehungen, Aktivitäten und Positionen in der Drogenszene zu verlieren. Der leere Raum war sehr schwer zu füllen“*  
(Söderström, 2012).

### Fehlende Autonomie und Entscheidungsfreiheit im Behandlungskontext

In verschiedenen qualitativen Untersuchungen wurde von betroffenen Frauen berichtet, dass sie im Rahmen ihrer Behandlung eine Einschränkung ihrer Autonomie und Entscheidungsfreiheit erlebten, die sich negativ auf den Verlauf der Therapie auswirkte. Das Gefühl, die Kontrolle über die eigene Gesundheit sowie die Gesundheit des ungeborenen Kindes zu verlieren, sich nicht ausreichend ernst genommen zu fühlen und nicht in Entscheidungen bezüglich der Behandlung einbezogen zu werden, wurde als belastend beschrieben.

Die mangelnde Autonomie führte bei den Betroffenen häufig zu Frustration und dem **Wunsch nach einer respektvollen Behandlung sowie einem Mitspracherecht** (Renbarger et al., 2020). Die Ergebnisse einer aktuellen Meta-Synthese beschreiben, dass sich einige Frauen mit Opiodabhängigkeit unter Druck gesetzt fühlen, sich einer Substitutionsbehandlung zu unterziehen, was mit negativen Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit verbunden war (Tsuda-McCaie & Kotera, 2022). Die Hälfte der Teilnehmerinnen einer qualitativen Studie berichteten, dass die fehlende Entscheidungsfreiheit ihre Behandlung beeinflusste und sie einen Zwang empfanden, die Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen (Schiff et al., 2022):

*„Ich wurde gezwungen, während meiner gesamten Schwangerschaft Buprenorphin zu nehmen. Es war nie meine Entscheidung [...]. Ich fühlte mich einfach nicht wohl, wenn ich diese Medikamente nahm [...].“*

*„[...] Ich habe einfach das Gefühl, wenn ich sage, dass ich es nicht nehmen will, sollte mich niemand zwingen oder unter Druck setzen [...]. Was viele Ärzte taten, als ich schwanger war. Das ist ein Grund, warum ich nicht mehr in die Klinik gegangen bin [...].“*  
(Schiff et al., 2022).

### Motivatoren für die Behandlung und Betreuung

Einige Faktoren, die als Barrieren für die Behandlung und Betreuung suchtkranker Schwangerer beschrieben wurden, werden in anderen Studien auch als wichtige Veränderungsmotivatoren für die Inanspruchnahme identifiziert.

### Schwangerschaft und der Wunsch nach Veränderung

In der wissenschaftlichen Literatur werden dabei am häufigsten die Schwangerschaft und Mutterschaft sowie ein damit verbundener Wunsch nach Veränderung der eigenen Lebensumstände genannt. Dabei liegt besonders zu Beginn einer Schwangerschaft eine erhöhte Behandlungsmotivation vor, die oft mit fortschreitender Schwangerschaft abnimmt (Jackson & Schannon, 2012). Auch Erfahrungen aus der Praxis zeigen auf, dass Frauen insbesondere während der Schwangerschaft, aber auch und in den frühen Phasen der Mutterschaft oftmals positiv auf Behandlungsangebote reagieren und die Bereitschaft zeigen, sich für Veränderungen zu öffnen und frühzeitig Hilfe anzunehmen, um Verbesserungen zu erzielen (Fleming et al., 2017).

Aus Sorge vor Folgeschäden durch den pränatalen Substanzkonsums wird ein Konsum eher offengelegt und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen. Eine Frau berichtete:

*„Ich war offener, ich war ehrlich [...] ich habe den Arzt wissen lassen, was ich konsumiert habe [...]. Sie hatten eher eine allgemeine Vorstellung davon, was passieren könnte, so dass sie mich vorbereitet haben [...], falls das Baby aus irgendeinem Grund Komplikationen haben sollte“.*

(Paris et al., 2020).

Dabei können verschiedene einer Suchtbehandlung begleitende Faktoren wie z. B. eine neu gewonnene Stabilität durch einen geregelten Tagesablauf positiv auf den Behandlungsverlauf wirken. Eine Suchtbehandlung wird von Betroffenen dabei oft als wichtiger Bestandteil eines umfassenderen Projekts zur Veränderung der Lebensumstände verstanden (Tsuda-McCaie & Kotera, 2022).

### Unterstützende Beziehungen

Wie bereits beschrieben, stellt ein fehlendes Unterstützungssystem im sozialen Umfeld suchtkrankere Schwangerer häufig ein Hindernis in Bezug auf eine Suchtbehandlung dar. Mithilfe der sozialen und emotionalen Unterstützung durch Familie oder Partnerinnen/Partner können schwangere Frauen motiviert werden, sich Suchtproblemen zu stellen und vorhandene Barrieren zu überwinden (Boeri et al., 2021, Roberts et al., 2011). In einer Fokusgruppendifkussion berichtete eine Frau von ihrer Erfahrung:

*„Meine Schwester hat mich lange Zeit unterstützt und mir klargemacht, dass ich in der Vergangenheit Fehler gemacht habe, aber dass ich eine gute Mutter sein werde [...]. [Ich] fühlte mich einfach schrecklich. Aber meine Schwester war da, um mich zu unterstützen und mir zu helfen [...]“* (Latuskie et al., 2019).

Neben der Unterstützung durch Freundinnen/Freunde, Familie und Partnerinnen/Partner spielt zudem die Beziehung zu medizinischen Dienstleistern eine entscheidende Rolle. Wichtig sind eine positive und nicht wertende Einstellung der Leistungserbringer. Einfühlungsvermögen, Respekt und Verständnis gegenüber den Betroffenen tragen dazu bei, dass der Konsum offen kommuniziert und eine Behandlung angenommen wird (Barnett et al., 2021; Kramlich et al., 2018; Latuskie et al., 2019; Renbarger et al., 2020).

### Angst vor einem Sorgerechtsverlust

Auch die Angst vor einem Sorgerechtsverlust kann sich motivierend auf die Inanspruchnahme einer Behandlung auswirken, da die Einhaltung von Behandlungsvorschriften und der Verzicht auf den Konsum von Betroffenen oft als Beweis für die Fähigkeit und das Engagement zur Elternschaft angesehen werden. Viele Frauen, die mit dieser Herausforderung konfrontiert

sind, erkennen die Bedeutung dieser Schritte für die Sicherung ihres elterlichen Status und die Wahrung des Wohlergehens ihrer Kinder. Sie sind sich bewusst, dass das Jugendamt informiert werden kann, wenn eine Suchterkrankung vorliegt, und dass dies potenziell zu weiteren Maßnahmen führen könnte, um das Wohl der Kinder sicherzustellen. Daher kann die Angst vor einem Eingreifen der Behörden zusätzlich zur Sorge um das eigene Kind dazu beitragen, dass Betroffene professionelle Hilfe suchen und sich bemühen, ihre Sucht zu überwinden. (Frazer et al., 2019, Boeri et al., 2021),

## Weiterführende Literatur

### Handlungsempfehlungen / Leitfaden



#### **Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchtbelasteten Schwangeren und werdenden Familien in geburtshilflichen Kliniken**

Herausgeber: Charité – Universitätsmedizin Berlin



#### **Drogen und Schwangerschaft. Ein Leitfaden für Fachkräfte**

Susanne Haller, Jörg Seiler, Anne Leuders  
Herausgeber: Bezirk Mittelfranken

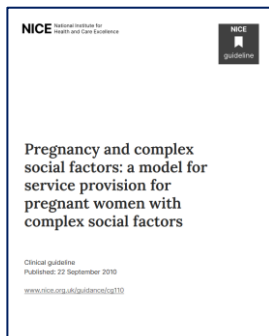


#### **Stimmen von Müttern mit Suchterkrankung. Stigmatisierung, Herausforderungen und Empfehlungen**

Michela Canevascini und Esther Kleinhage  
Herausgeber: Sucht Schweiz



**Schwangerschaft. Sucht. Hilfe. Ein Leitfaden**  
Manuela Nagel, Ja-Peter Siedentopf  
Herausgeber: Charité – Universitätsmedizin Berlin



**Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors**  
National Institute for Health and Care Excellence

## Kooperationsvereinbarungen (Beispiele)



**Münchener Hilfenetzwerk für Kinder und ihre drogenabhängigen Eltern- Kooperationsvereinbarung zur Koordination interdisziplinärer Hilfe**  
Herausgeber: Landeshauptstadt München Referat für Gesundheit und Umwelt



**Schwangerschaft • Kind • Sucht**  
**Rahmenvereinbarung zur Kooperation**

**Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Frauen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr**  
Herausgeber: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz  
Amt für Gesundheit

### Hintergrundinformationen



## Schwangerenbetreuung bei Drogenkonsum

Georgine Huber, Birgit Seelbach-Göbel



## Interdisziplinäre Betreuung von Schwangeren mit Drogenabhängigkeit und ihren Neugeborenen.

Andreas J. Gerhardt, Carmen Aschka



## Kinder aus suchtbelasteten Familien

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung

### Informationen für Betroffene



## Du bist schwanger ... ... und nimmst Drogen?

## Informationen und Hilfen für Drogen, Alkohol und Nikotin konsumierende Schwangere

Herausgeber: Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V.



**Du liebes Kind! Drogen und Schwangerschaft**  
Herausgeber: Deutsche Aidshilfe

**13. Verwendete Literatur:**

- Anbalagan S, Mendez MD. Neonatal Abstinence Syndrome. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [Stand: 01.04.2024]. Online verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551498/>
- AOK. Plötzlicher Kindstod und SIDS: Die Schlafumgebung ist wichtig. 2022. [Stand: 02.05.2024]. Online verfügbar unter: <https://www.aok.de/pk/magazin/familie/baby-kleinkind/ploetzlicher-kindstod-ursachen/>
- Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *J Transl Med* 2015; 13:327.
- Barnett ER, Knight E, Herman RJ, Amarakaran K, Jankowski MK. Difficult binds: A systematic review of facilitators and barriers to treatment among mothers with substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* 2021; 126:108341.
- Batra A. Schwangerschaft und Sucht. In: Suchtmedizin: Elsevier; 2019. S. 377–84.
- Bennedsen, B. E., et al. "Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia." *The British Journal of Psychiatry* 175.3 (1999): 239-245.
- Boeri M, Lamonica AK, Turner JM, Parker A, Murphy G, Boccone C. Barriers and Motivators to Opioid Treatment Among Suburban Women Who Are Pregnant and Mothers in Caregiver Roles. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY* 2021; 12.
- Chapman SLC, Wu L-T. Substance Use among Adolescent Mothers: A Review. *Child Youth Serv Rev* 2013; 35(5):806–15.
- Cook JL, Green CR, La Ronde S de, Dell CA, Graves L, Ordean A et al. Epidemiology and Effects of Substance Use in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39(10):906–15.
- DHS. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. Du bist schwanger...und nimmst Drogen. Informationen und Hilfen für Drogen, Alkohol und Nikotin konsumierende Schwangere. Broschüre. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.; 2020. [Stand: 01.04.2024]. Online verfügbar unter <https://shop.bzga.de/pdf/33224100.pdf>
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung. Kinder aus suchbelasteten Familien. 2017. [Stand: 01.04.2024]. Online verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Broschueren/Broschuere\\_Kinder\\_aus\\_suchbelasteten\\_Familien.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Broschueren/Broschuere_Kinder_aus_suchbelasteten_Familien.pdf)
- Dorsch, Valenka M., and Anke Rohde. "Postpartale psychische Störungen—Update 2016." *Frauenheilkunde up2date* 10.04 (2016): 355-374.
- Elliott AJ, Kinney HC, Haynes RL, Dempers JD, Wright C, Fifer WP et al. Concurrent prenatal drinking and smoking increases risk for SIDS: Safe Passage Study report. *EClinicalMedicine* 2020; 19:100247.
- Erbas B, Huber G und Wolstein J. Behandlung substituierter Frauen während Schwangerschaft und Geburt. Ein Informationspapier für Gynäkologen, Pädiater und Hebammen. 2020. [Stand: 01.04.2024]. Online verfügbar unter: [https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS\\_UG\\_Informationspapier\\_Behandlung\\_substituierter\\_Schwangerer\\_Nov\\_2020.pdf](https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_UG_Informationspapier_Behandlung_substituierter_Schwangerer_Nov_2020.pdf)
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Frauen und Drogen: gesundheitliche und soziale Maßnahmen. 2023 [Stand: 01.04.2024]. Online verfügbar unter: [https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses\\_de](https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/women-and-drugs-health-and-social-responses_de)
- Escañuela Sánchez T, Matvienko-Sikar K, Linehan L, O'Donoghue K, Byrne M, Meaney S. Facilitators and barriers to substance-free pregnancies in high-income countries: A meta-synthesis of qualitative research. *Women Birth* 2022; 35(2):e99-e110.
- Fleming U, Nagel M, Siedentopf J-P. Handlungsempfehlung zum Umgang mit suchbelasteten Schwangeren und werdenden

- Familien in geburtshilflichen Kliniken; 2017 [Stand: 01.04.2024]. Verfügbar unter: [https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user\\_upload/microsites/m\\_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Handlungsempfehlungen\\_2017\\_1.pdf](https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/Handlungsempfehlungen_2017_1.pdf) .
- Frazer Z, McConnell K, Jansson LM. Treatment for substance use disorders in pregnant women: Motivators and barriers. *Drug Alcohol Depend* 2019; 205:107652.
- Gerhardt AJ, Aschka C. Interdisziplinäre Betreuung von Schwangeren mit Drogenabhängigkeit und ihren Neugeborenen. *Die Hebamme* 2020; 33(04):30–9.
- Goddemeier C, Suchtkranke Menschen: Leiden an Scham und Schuld. *Dtsch Arztebl International* 2021; 11:507
- Gortner L, Dudenhausen JW, Hrsg. Betreuung drogenabhängiger Schwangerer und ihrer Neugeborenen. München: Springer Medizin Verlag GmbH; 2017.
- Hall JL, van Teijlingen ER. A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6:19.
- Hoch E, Apelt S, Lauffer P, Buchner S. Substanzgebrauch während der Schwangerschaft und seine Folgen für Mutter und Kind – Fokus Cannabis (Pilotprojekt CaSCH-T1) 2019 [Stand: 01.04.2024]. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5\\_Publikationen/Drogen\\_und\\_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Datien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/2019-07-31-CaSCH-T1_Abschlussbericht.pdf).
- Huber, G., & Seelbach-Göbel, B. (2015). Schwangerenbetreuung bei Drogenkonsum. *Frauenheilkunde up2date*, 9(02), 88–94.
- Hunt CE, Hauck FR. Sudden infant death syndrome. *CMAJ* 2006; 174(13):1861–9.
- Jackson A, Shannon L. Examining barriers to and motivations for substance abuse treatment among pregnant women: does urban-rural residence matter? *Women Health* 2012; 52(6):570–86.
- Jessup MA, Humphreys JC, Brindis CD, Lee KA. Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *JOURNAL OF DRUG ISSUES* 2003; 33(2):285–304.
- Kahnert S. *Alkoholatlas Deutschland 2017*. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers; 2017.
- Kraus L, Seitz N-N, Shield KD, Gmel G, Rehm J (2019) Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med* 17(1):59
- Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F., & Lampert, T. (2018). Rauchen in der Schwangerschaft–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends [Stand: 01.04.2024]. Online verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM\\_01\\_2018\\_Rauchen\\_Schwangerschaft\\_KiGGS-Welle2.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_01_2018_Rauchen_Schwangerschaft_KiGGS-Welle2.pdf?__blob=publicationFile)
- Latuskie KA, Andrews NCZ, Motz M, Leibson T, Austin Z, Ito S et al. Reasons for substance use continuation and discontinuation during pregnancy: A qualitative study. *Women Birth* 2019; 32(1):e57-e64.
- Lyall V, Wolfson L, Reid N, Poole N, Moritz KM, Egert S et al. "The Problem Is that We Hear a Bit of Everything...": A Qualitative Systematic Review of Factors Associated with Alcohol Use, Reduction, and Abstinence in Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(7).
- Mejak V, Kastelic A. The experience of pregnancy, childbirth and motherhood of drug-using women. *HEROIN ADDICTION AND RELATED CLINICAL PROBLEMS* 2016; 18(5):33–41.
- Menezes, Paulo R., et al. "Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illnesses in South London." *The British Journal of Psychiatry* 168.5 (1996): 612-619.
- Mutschler J, Müller CA, Soyka M. Alkohol. In: *Suchtmedizin*: Elsevier; 2019. S. 93–119.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Pregnancy and complex social factors: a model for service provision*



- for pregnant women with complex social factors 2010 [Stand: 01.04.2024]. Verfügbar unter:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/resources/pregnancy-and-complex-social-factors-a-model-for-service-provision-for-pregnant-women-with-complex-social-factors-pdf-35109382718149> .
- National Institute on Drug Abuse. Substance Use in Women Research Report; 2021 [Stand: 01.04.2024]. Verfügbar unter:  
<https://nida.nih.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/summary> .
- Paris R, Herriott AL, Maru M, Hacking SE, Sommer AR. Secrecy Versus Disclosure: Women with Substance Use Disorders Share Experiences in Help Seeking During Pregnancy. *MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL* 2020; 24(11):1396–403.
- Renbarger KM, Shieh C, Moorman M, Latham-Mintus K, Draucker C. Health Care Encounters of Pregnant and Postpartum Women with Substance Use Disorders. *West J Nurs Res* 2020; 42(8):612–28.
- Roberts SCM, Pies C. Complex calculations: how drug use during pregnancy becomes a barrier to prenatal care. *MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL* 2011; 15(3):333–41.
- Ross EJ, Graham DL, Money KM, Stanwood GD. Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology* 2015; 40(1):61–87.
- Sanlorenzo LA, Stark AR, Patrick SW. Neonatal abstinence syndrome: an update. *Curr Opin Pediatr* 2018; 30(2):182–6.
- Schiff DM, Work EC, Muftu S, Partridge S, MacMillan KDL, Gray JR et al. "You have to take this medication, but then you get punished for taking it:" lack of agency, choice, and fear of medications to treat opioid use disorder across the perinatal period. *J Subst Abuse Treat* 2022:108765.
- Soyka M. Diagnostische Kriterien für Suchterkrankungen. In: *Suchtmedizin*: Elsevier; 2019. S. 3–11.
- Soyka M (b). Notfallsituationen. In: *Suchtmedizin*: Elsevier; 2019. S. 319–32.
- Söderström K. Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *CHILD & FAMILY SOCIAL WORK* 2012; 17(4):458–67.
- St Louis J, Barreto T, Taylor M, Kane C, Worringer E, Eden AR. Barriers to care for perinatal patients with opioid use disorder: family physician perspectives. *Fam Pract* 2022; 39(2):249–56.
- Sundermann A, Zhao S, Young C, Lam L, Jones S, Velez Edwards D et al. Alcohol Use in Pregnancy and Miscarriage: A Systematic Review and Meta-Analysis 2020.
- Syvetsen JL, Toneff H, Howard H, Spadola C, Madden D, Clapp J. Conceptualizing stigma in contexts of pregnancy and opioid misuse: A qualitative study with women and healthcare providers in Ohio. *Drug Alcohol Depend* 2021; 222:108677.
- Tsuda-McCaie, F., & Kotera, Y. (2022). A qualitative meta-synthesis of pregnant women's experiences of accessing and receiving treatment for opioid use disorder. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 851-862.
- University of Rochester Medical Center. Neonatal Abstinence Syndrome; 2022 [Stand: 01.04.2024]. Verfügbar unter:  
<https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P02387> .
- Weber A, Miskle B, Lynch A, Arndt S, Acion L. Substance Use in Pregnancy: Identifying Stigma and Improving Care. *Subst Abuse Rehabil* 2021; 12:105–21.
- Walter M, Soyka M. Opioide. In: *Suchtmedizin*: Elsevier; 2019. S. 177–201
- Wissenschaftliche Dienste des deutschen Bundestages. Zum Schutz des Ungeborenen bei einer Drogen- oder Alkoholsucht der Schwangeren. *WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/684028/8f196bba4703f23101aec68dde5f145b/WD-9-093-19-pdf.pdf>

**Impressum****Bayerische Akademie für Sucht und Gesundheitsfragen**

BAS Unternehmergeellschaft (haftungsbeschränkt)

Landwehrstr. 60-62

80336 München

Tel.: 089.530 730-0

Fax: 089.530 730-19

E-Mail: [bas@bas-muenchen.de](mailto:bas@bas-muenchen.de)Web: [www.bas-muenchen.de](http://www.bas-muenchen.de)**Registergericht München:**

HRB 181761

**Geschäftsführung:**

Dr. med. Beate Erbas

**Bankverbindung:**

Bank für Sozialwirtschaft AG

IBAN:DE44 3702 0500 0008 8726 00

BIC/Swift: BFSWDE33MUE

**Gesellschafter:**

Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis BAS e.V.

**Vorstandsmitglieder:**

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Oliver Pogarell

2. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Norbert Wodarz

Prof. Dr. med. Jörg Wolstein

Marco Stürmer

Tobias Bayer