

Schwangerschaft und Drogen

Professionell

FACHSTELLE FÜR
SUCHTPRÄVENTION NÖ



sucht und drogen
koordination wien

Stadt  Wien

Inhaltsverzeichnis

1	Präambel	1
2	Vorwort	2
3	Einleitung	4
4	Suchterkrankung, Suchtentstehung	6
5	Sucht und andere psychische Erkrankungen	7
6	Schwangerschaft bei Substanzabhängigkeit	10
6.1	Die verschiedenen Substanzen und ihr Einfluss auf das Ungeborene	10
6.2	Substitution in der Schwangerschaft	14
7	Wichtige Punkte bei der Schwangerenvorsorge	18
7.1	Risikoambulanzen	18
7.2	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen während der Schwangerschaft	21
7.3	Angebote der Familienhebammen	24
8	Infektionskrankheiten und Schwangerschaft	25
8.1	HIV und Schwangerschaft	25
8.2	Hepatitis C in der Schwangerschaft	26
9	Die Angebote der Suchthilfeeinrichtungen – Psychosoziale Betreuung	28
10	Finanzielle Ansprüche	31
11	Die Entbindung	36
12	Das Neugeborene	38
12.1	Die Behandlung und Betreuung des Neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS)	38
12.2	Das Stillen	40
13	Die ersten Monate zu Hause	43
13.1	Die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und der Bindung	43
13.2	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nach der Geburt	46
14	Die Arbeit mit Kindern substanzabhängiger Mütter und deren Eltern am Beispiel der Entwicklungsambulanz	48
15	Jugendamt	51
16	Rechtlicher Teil: Besonderheit bei Schwangerschaft	55
16.1	Regelungen über die Substitutionsbehandlung	55
16.2	Meldepflichten und -rechte bei drogenabhängigen Schwangeren und jungen Müttern	56
17	Literaturangaben / Glossar / Adressteil	59

Präambel



Die Sucht- und Drogenkoordination Wien und die Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich haben im November 2010 gemeinsam eine Broschürenreihe zum Thema Sucht und Schwangerschaft gestartet. Die erste erschienene Broschüre „Schwangerschaft und Drogen“ richtet sich direkt an von illegalen Substanzen abhängige Schwangere. Die nun vorliegende Broschüre „Schwangerschaft und Drogen - professionell“ wendet sich an ProfessionistInnen. An all jene, die mit den Frauen und deren Angehörigen arbeiten.

Neben der Sucht- und Drogenkoordination Wien und der Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich haben zahlreiche ExpertInnen an dieser Broschüre mitgearbeitet und ihr Fachwissen in die verschiedenen Beiträge einfließen lassen. So haben die LeserInnen auch die Möglichkeit, gezielt für sie relevante Kapitel auszuwählen.

Ziel ist es, die wichtigsten Fragen rund um medizinische und soziale Aspekte, die das Thema Schwangerschaft für die spezielle Zielgruppe aufwirft, zu klären und alle wesentlichen Inhalte dieses umfassenden Themas so zu formulieren, dass die Broschüre für ein breites Fachpublikum verständlich ist und einen nützlichen Ratgeber darstellt.

Vorwort



Die Zahl der Personen im oralen Opioiderhaltungsprogramm ist in den letzten Jahren gestiegen. Damit nimmt auch die Zahl der jungen Frauen in dem Opioiderhaltungsprogramm zu, die geplant oder ungeplant Nachwuchs erwarten. An das Hilffssystem stellen sich besondere Anforderungen bei der Betreuung rund um Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. Spezifisches Wissen, Sorgfalt und hohes Engagement aller Fachkräfte sind gefordert, um die Chancen für Mutter und Kind zu verbessern. Eine Schwangerschaft ist auch für diese Frauen etwas Besonderes. Oft ist diese Zeit geprägt von großen Hoffnungen, aber auch Ängsten. Betroffene Frauen und ihre Kinder, aber auch ihre Partner und Angehörigen haben ein Recht auf Respekt, Wertschätzung und eine medizinische sowie psychosoziale, individuell angepasste Behandlung.

Diese Broschüre soll Sie in Ihrer Arbeit als ProfessionistIn bei der Betreuung in der Schwangerschaft und nach der Geburt unterstützen, damit diese möglichst frühzeitig und umfassend gelingen kann.

Dr.ⁱⁿ Ursula Hörhan
Niederösterreichische Suchtkoordinatorin
Geschäftsführerin der Fachstelle für Suchtprävention NÖ

Vorwort



Bereits vor mehr als fünfzehn Jahren haben wir in Wien damit begonnen, substanzabhängigen, schwangeren Frauen und Müttern mit Neugeborenen besonderes Augenmerk zu schenken. Die Intention war, diese Frauen so rasch wie möglich und so weit wie möglich in das Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsnetzwerk einzubeziehen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass eine gute Betreuung substanzabhängiger Frauen während der Schwangerschaft und nach der Geburt wesentlich zur medizinischen und psychosozialen Stabilität der Mütter beitragen kann. Vielen dieser Mütter wird es dadurch erleichtert, eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen. Dies trägt deutlich zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Entwicklung der Kinder bei. Die möglichst gute Zusammenarbeit und die Vernetzung der ProfessionistInnen und der Einrichtungen bilden dabei die Basis für die intensive Betreuung der (werdenden) Mütter und ihrer Kinder in dieser sensiblen Phase.

Die vorliegende Broschüre soll die wichtigsten Fragen rund um medizinische und soziale Aspekte beantworten, eine Anleitung und Unterstützung sein und Ihnen als ProfessionistInnen als wertvoller Arbeitsbehelf in der Betreuung dienen.

Michael Dressel, MA
Wiener Drogenkoordinator
Geschäftsführer Sucht- und Drogenkoordination Wien



Der Begriff „drogenabhängige Mutter“ löst bei jedem Menschen unterschiedliche Bilder und Assoziationen aus. Bei genauerer Betrachtung stellt man fest, dass dieser Begriff eine sehr inhomogene Gruppe umfasst, bei der die Unterschiede größer als die Gemeinsamkeiten sind. In Österreich spielen bei der Abhängigkeit von illegalen Substanzen die Opiode eine wesentliche Rolle, und viele davon abhängige Menschen sind in *Substitutionstherapie**, auch schwangere Frauen und Mütter. In Wien werden pro Jahr etwa 90 bis 100 Kinder von opioidabhängigen Frauen geboren.

Es gibt Frauen, die stabil substituiert sind und ohne Beikonsum leben. Sie sind sozial integriert, ihre finanziellen Angelegenheiten geregelt und ebenso die Wohnverhältnisse. Sie werden vom Partner unterstützt oder bilden mit dem Kind allein eine kleine Familie und unterscheiden sich somit nicht von anderen Familien. Andere wiederum benötigen Unterstützung bei der Klärung ihrer Angelegenheiten, haben mit dem Partner die unterschiedlichsten Probleme und auch Beikonsum spielt mitunter eine Rolle. Bei manchen hingegen sind die psychischen und/oder somatischen Begleiterkrankungen so stark ausgeprägt, dass sie nicht fähig sind, sich adäquat um ein Kind zu kümmern. Und schließlich gibt es noch jene, die ihren Drogenkonsum nicht kontrollieren können. Hierbei kann es sich etwa auch um missbräuchlich verwendete Schlaf- und Beruhigungsmittel (Benzodiazepine), Kokain, Alkohol oder auch andere psychoaktive Substanzen handeln.

Ebenso variiert der Zeitpunkt der Feststellung der Schwangerschaft – nicht wenige Frauen entdecken die Schwangerschaft spät oder erst knapp vor dem Geburtstermin.

So unterschiedlich die Frauen sind, so unterschiedlich sind auch die Anforderungen an das Hilfesystem. Reichen bei vielen Frauen Verständnis, emotionale Unterstützung und Informationen über die

Zeit rund um die Geburt und ihre finanziellen Ansprüche aus, so ist bei Schwangeren mit instabilem Drogenkonsum trotz Substitution eine gute Zusammenarbeit der einzelnen HelferInnen besonders notwendig. So können die Frauen gut durch die Schwangerschaft begleitet und Folgeerscheinungen für das Kind minimiert werden.

Trotz dieser Unterschiede haben sich in der Betreuung aller drogenabhängigen schwangeren Frauen folgende **Maßnahmen** als hilfreich und wichtig erwiesen:

die Herstellung einer stabilen psychosozialen Situation der Frau mit Unterstützung eines vernetzten HelferInnen-systems;



- das Halten der werdenden Mutter in einer ausreichenden *Substitutionstherapie**;
- Kontrolle, Beendigung oder zumindest weitgehende Reduktion des Beikonsums;
- die Stärkung der Motivation der Frauen, sich mit ihrer Schwangerschaft und ihrem zukünftigen Muttersein auseinanderzusetzen;
- die Abklärung möglicher somatischer Begleiterkrankungen in der Schwangerschaft, welche gegebenenfalls behandelt und bei der Planung der Geburt berücksichtigt werden;
- die Anmeldung zur Entbindung an einer Geburtsabteilung, die Erfahrung mit opioidabhängigen Frauen hat;
- die Sicherstellung der standardisierten Betreuung und Behandlung des häufig auftretenden Neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS).

4 – Suchterkrankung, Suchtentstehung

Bei Sucht handelt es sich um eine Erkrankung und nicht um ein soziales Fehlverhalten.

Die Ursache sucht man heute in einer Wechselwirkung biologisch-genetischer und psychosozial bedingter Faktoren, die die Entwicklung der Persönlichkeit belasten.

Ein hoher Anteil der Suchterkrankten hat schwere traumatische Erlebnisse wie Gewalt, Missbrauch oder Vernachlässigung emotionaler Grundbedürfnisse hinter sich.

Die Sucht ist oftmals ein Versuch der Selbstbehandlung bzw. Selbstmedikation mit legalen oder illegalen Suchtmitteln.

Diese PatientInnen verdienen einen wertschätzenden und respektvollen Umgang mit ihren individuellen Bedürfnissen wie alle anderen kranken Menschen auch.

Schwangere Drogenabhängige bedürfen unserer besonderen Aufmerksamkeit und Sorgfalt.

5 – Sucht und andere psychische Erkrankungen

Sucht und andere psychische Erkrankungen können auf mehrfache Weise zusammentreffen („Komorbidität“) und einander beeinflussen:

Die Sucht kann einer anderen psychischen Störung vorausgehen und diese mit auslösen: So begünstigen z.B. negative soziale Folgen der Sucht (Verlust des Arbeitsplatzes, Trennung vom Partner etc.) das Entstehen depressiver Zustände.

Umgekehrt kann eine andere psychische Störung die Entwicklung einer Sucht begünstigen. Einen solchen Weg beschreibt das Modell der Sucht als Versuch einer „Selbstbehandlung“ oder „Selbstmedikation“: Beispielsweise kann bei Angsterkrankungen das Erleben der beruhigenden Wirkung von Substanzen wie Alkohol, Benzodiazepinen oder Opioiden zu einer Abhängigkeitsentwicklung beitragen.

Oder es können sowohl die Sucht als auch die andere psychische Störung etwas Drittes als gemeinsame Ursache haben: So begünstigen z.B. Traumatisierungen sowohl das Entstehen von Abhängigkeitserkrankungen als auch die Entwicklung anderer

psychischer Störungen (posttraumatische Belastungsstörung, Angststörungen, Depressionen u.a.).

All diesen Varianten gemeinsam ist eine gewisse Komplexität (die ja bei genauem Hinsehen wohl ohnehin immer gegeben ist, in diesen Fällen aber unübersehbar wird):

Die Bewertung von Symptomen muss gut überlegt werden und kann zu ganz unterschiedlichen Einschätzungen der ursächlichen Zusammenhänge führen: Angstzustände können z.B. Symptom einer Schizophrenie sein oder aber auch die Folge eines Opioid-Entzugssyndroms.

Diese unterschiedlichen Einschätzungen führen dann auch zu ganz unterschiedlichen therapeutischen Konsequenzen: Sieht man die Schizophrenie als grundlegend an, wird man diese behandeln und annehmen, dass mit Besserung der Psychose auch die Angstzustände nachlassen; es kann auch der (kurzfristige) Einsatz von Benzodiazepinen sinnvoll und notwendig sein. Im Falle des Opioid-Entzugssyndroms wird man die Verschreibung von Benzodiazepinen hingegen möglichst vermeiden und eher eine Substitutionsbehandlung oder eine stationäre Entwöhnungstherapie ins Auge fassen.

Bei Schwangeren ist zusätzlich daran zu denken, dass es spezifische psychische Störungen in dieser Zeit gibt (z.B. „Kindbettpsychose“). Eine Schwangerschaft kann, v.a. bei ungünstigen sozialen Verhältnissen, auch eine Belastung darstellen, die den Ausbruch einer psychischen Störung oder die Verschlechterung einer bestehenden begünstigt. Oft ist aber auch ein umgekehrter Effekt zu beobachten und die Schwangerschaft hat günstige, stabilisierende Auswirkungen auf die Psyche.



Was also tun, angesichts der hohen Komplexität der Problematik?

Es sind wohl v.a. drei Konsequenzen zu ziehen:

Kombinationen von Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychischen Erkrankungen sind häufig und ihre Wahrnehmung hängt u.a. von der Genauigkeit des Hinsehens ab. Eine sorgfältige Anamneseerhebung und klinische Beurteilung auch der psychischen Situation sind daher von großer Bedeutung.

Jede psychiatrische Intervention geschieht in einer therapeutischen Beziehung und hängt in gewissem Ausmaß von einem Vertrauensverhältnis ab, das herzustellen ist. Auch deshalb ist es günstig, möglichst frühzeitig, schon bei Verdacht oder Unsicherheit, zur Abklärung eine/n PsychiaterIn beizuziehen. Im Krisenfall muss dann nicht eine völlig fremde Person hinzugezogen werden.

Diese/r PsychiaterIn sollte gleichermaßen mit Suchtkrankheiten wie mit anderen psychischen Störungen vertraut sein. Es gibt sowohl in vielen Suchtberatungen FachärztInnen für Psychiatrie als auch in einigen psychiatrischen Abteilungen mit Suchterkrankungen vertraute FachärztInnen bzw. spezielle Suchtambulanzen (siehe Anhang) sowie einige niedergelassene FachärztInnen.

Die medikamentöse Behandlung in der Schwangerschaft stellt oft eine besondere Herausforderung dar. Es ist fast immer die oft schwierige Abwägung zu treffen, wodurch dem Kind mehr Schaden droht: durch eventuelle Nebenwirkungen der Medikamente oder durch die Eskalation der psychischen Erkrankung der Mutter. Auch deswegen ist die frühzeitige Einbeziehung eines Psychiaters oder einer Psychiaterin wünschenswert.



6.1 Die verschiedenen Substanzen und ihr Einfluss auf das Ungeborene¹

Drogenabhängigkeit in der Schwangerschaft bedeutet in Österreich zumeist, dass die betroffenen Frauen in einer Substitutionsbehandlung sind. Wenn eine ausreichende Stabilisierung durch die Opioiderhaltungstherapie nur unvollständig gelingt, ist – je nach Schwere der Sucht und anderer Erkrankungen der Frauen – mit einer Reihe anderer Substanzen und ihren Wirkungen auf das Ungeborene zu rechnen. Hierbei sind aufgrund einer Begleiterkrankung verschriebene, aber auch missbräuchlich verwendete Medikamente sowie illegale und legale psychoaktive Sucht- und Genussmittel zu nennen. Alle Substanzen gehen durch die Plazen-

Schwangerschaft bei Substanzabhängigkeit

ta und haben Auswirkungen auf das rasch heranwachsende fetale Nervensystem. Dabei kommt es jedoch auf den Zeitpunkt und die Menge der Substanz an. Mit höherer Dosis und längerer Dauer der Einnahme steigt das Risiko. Darüber hinaus potenziert die Kombination mehrerer Noxen das Risiko für eine Schädigung des Nervensystems. Zusätzlich sind auch eine gleichzeitig bestehende Abhängigkeit bzw. der Konsum von Tabakrauch zu berücksichtigen.

Prinzipiell handelt es sich um verschiedene Arten von Schädigungen, die durch süchtigen Gebrauch von Substanzen in der Schwangerschaft hervorgerufen werden können:

Erstens kann die Substanz direkt toxisch oder *teratogen** auf das fetale Nervensystem wirken (wie beispielsweise Alkohol und Kokain).

Zweitens kann die Wirkung der Substanz auf den mütterlichen Körper indirekt entstehen. Tabakrauch führt z.B. durch chronischen O₂-Mangel und CO-Anreicherung im mütterlichen Blut zu einer interuterinen Mangelversorgung. Kokain und Nikotin erzeugen Gefäßspasmen und damit eine Minderdurchblutung der Plazenta, die zu Kleinwuchs und Mikrozephalie bei der Geburt führen kann. Drittens kann der unkontrollierte Konsum zu einer psychosozialen Destabilisierung beitragen. Diese erschwert die notwendigen Vorbereitungen auf die Geburt wie z.B.: Achten auf die eigene Ernährung und Gesundheit, Einhalten der notwendigen Schwangerschaftsvorsorge, Sicherung der Existenzgrundlagen, emotionale Einstimmung auf das zukünftige Leben mit einem Kind...

Und letztlich kann bei instabilem Konsum von Opioiden und Benzodiazepinen der immer wieder auftretende Entzug des Fötus zu einer Frühgeburt und den damit verbundenen Risiken führen.

Verschiedene Substanzen können also auf das ungeborene Kind einwirken. Die **Substitution mit Opioiden** (Methadon, retardierte Morphine, Buprenorphin) verhindert schwankende Opiatspiegel, die zu Entzugserscheinungen im Mutterleib führen, und stellt, wenn

sie regelmäßig erfolgt, **kein Risiko** für die ungeborenen Kinder dar. Nach der Geburt tritt bei 55 bis 94%² der Fälle ein Neugeborenen-Entzugssyndrom auf, das allerdings medizinisch gut behandelt werden kann. Ob und in welchem Ausmaß es auftritt, hängt nicht zwangsläufig von der Dosis und Art der Substitution ab. Es gibt allerdings mittlerweile Belege für eine geringere Ausprägung des Entzugssyndroms bei Buprenorphinsubstitution (sofern kein Beikonsum und kein Tabakmissbrauch vorliegen).

Benzodiazepine (eine Gruppe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Tranquilizern) sind wichtig in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, sind angst- und spannungslösend, haben aber ein hohes Missbrauchs- und **Abhängigkeitspotenzial**. Sie werden von vielen drogenabhängigen Frauen – teils ärztlich verschrieben, teils missbräuchlich – konsumiert. In Österreich existieren dafür leider eine sehr liberale Verschreibungspraxis und ein ausgedehnter Schwarzmarkt. Vor allem in der Spätschwangerschaft in hoher Dosis eingenommen, verlängern und komplizieren Tranquilizer das Neonatale Abstinenzsyndrom beträchtlich. Sie verstärken außerdem aufgrund ihrer Wirkung den Kontrollverlust, was den sonstigen Substanzkonsum betrifft. Beikonsum von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft verschlechtert sowohl die biologischen als auch die psychosozialen Entwicklungschancen für das Kind.

Kokain kann zu lebensgefährlichen Gefäßspasmen im Fetus und der Plazenta sowie auch bei der werdenden Mutter führen. Darüber hinaus ist es auch teratogen. In der mittleren Schwangerschaft beeinträchtigt es die feinstrukturelle Entwicklung des Zentralnervensystems in der Migrationsphase. Vor allem in Kombination mit Tabakkonsum kann es zu Wachstumsstörungen des Fetus und *Mikrozephalie** führen. Nach der Geburt können Erscheinungen auftreten, die einem Entzugssyndrom ähneln.

Die Auswirkungen von **Tabakrauch** in der Schwangerschaft werden weitgehend unterschätzt. Aufgrund des erhöhten Kohlenmonoxidspiegels im mütterlichen Kreislauf kann es zu **Wachstumsstörungen** im Mutterleib kommen. Bei genetischer



Vorbelastung erhöht Rauchen in der Schwangerschaft das Risiko für Schielen. Tabakrauch in der Schwangerschaft ist auch für spätere Verhaltensstörungen und ADHS ein unabhängiger Risikofaktor. Das Neonatale Abstinenzsyndrom wird verstärkt.

Sowohl die Häufigkeit als auch die Auswirkungen von problematischem **Alkoholkonsum** in der Schwangerschaft werden verharmlost. Gerade bei substituierten schwangeren Frauen wird der Alkohol als die für das ungeborene Kind schädlichste Substanz unter Umständen übersehen. **Alkohol ist ein Zellgift, für das es keine klare Untergrenze gibt, was schädliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind betrifft.** Das in der Literatur beschriebene Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) mit Minderwuchs, Fehlbildungen und Schädigungen des Zentralnervensystems hat lebenslange Konsequenzen. Bereits bei geringeren Dosen sind negative Effekte auf die kognitive Entwicklung und die Verhaltensregulation beschrieben.

Je nach Substanz folgen daraus unterschiedliche Betreuungsstrategien: Die Dosis der Opioidsubstitution sollte in der Spätschwangerschaft an die geänderte metabolische Situation angepasst und gegebenenfalls gesteigert werden bzw. aufgrund der kürzeren Halbwertszeit auf zwei Dosen täglich aufgeteilt werden. Bei manifester Benzodiazepinabhängigkeit ist ebenso wie bei Alkoholabhängigkeit ein ärztlich begleiteter und kontrollierter Entzug notwendig.

Manche drogenabhängige Frauen haben heftige Schuldgefühle wegen ihrer Opioiderhaltungstherapie, können aber schwer akzeptieren, dass ein legales Suchtmittel wie Zigaretten negative Auswirkungen haben soll. Hier gilt es, der allgemein verbreiteten Verharmlosung entgegenzuwirken, gründlich über die bekannten Gefahren zu informieren und zur Beendigung des Tabakkonsums oder zumindest zu einer weitgehenden Konsumreduktion zu motivieren. Tabakrauch verstärkt die negativen Auswirkungen anderer Substanzen. Dies betrifft vor allem auch das Neonatale Abstinenzsyndrom.



Über die Auswirkungen der zahlreichen und rasch neu entstehenden **Party- und Designerdrogen** auf die Schwangerschaft bzw. den Fötus ist wenig bekannt. Eine cerebrale Schädigung kann jedoch angenommen werden. Auf den Konsum all dieser Substanzen sollte komplett verzichtet werden.



Prinzipiell kann davon ausgegangen werden, dass Frauen, welche die Möglichkeit haben, sich aktiv innerlich mit der Schwangerschaft und der kommenden Geburt auseinanderzusetzen, besser in der Lage und motiviert sind, auf einen möglicherweise riskanten Konsum zu verzichten. **Daher dient alles, was den Frauen dabei hilft, sich psychisch zu stabilisieren, sich besser zu fühlen und vom Hilfesystem zu profitieren, auch der Verbesserung der Startchancen für das Kind und natürlich erst recht der Zeit danach.**

6.2 Substitution in der Schwangerschaft



Die *Substitutionstherapie** bietet, obwohl die Abhängigkeitserkrankung der werdenden Mutter weiterhin besteht, die größtmögliche Sicherheit für Mutter und Kind. Nach der Geburt ist mit einem Entzugssyndrom des Neugeborenen zu rechnen, das allerdings gut behandelbar ist. Ein Entzug von Opioiden oder eine Dosisreduktion der *Substitution** in der Schwangerschaft ist in jedem Fall kontraindiziert, da Entzugserscheinungen, die der Embryo zwangsläufig erleiden würde, ein hohes Risiko für vorzeitige Wehen, Frühgeburtlichkeit oder intrauterinen Fruchttod darstellen. Ein konstanter Plasmaspiegel des Substitutionsmittels, wie ihn eine stabile Substitutionstherapie gewährleistet, ist daher anzustreben. Es ist notwendig, die häufig zum Entzug hochmotivierten Schwangeren immer wieder darüber aufzuklären.

Im Sinne der harm reduction (Risikominimierung) wird durch die *Substitutionstherapie** auch die Gefahr von Infektionen bei i.v.-Konsum und Überdosierungen verringert. Ein positiver Nebeneffekt ist der durch die Substitutionsbehandlung notwendige regelmäßige Kontakt der Schwangeren zum behandelnden Arzt bzw. zur be-

handelnden Ärztin, der die kontinuierliche medizinische Begleitung durch die Schwangerschaft ermöglicht.

Jedenfalls hat das Bestreben, die werdende Mutter in der Behandlung zu halten, Priorität, da ein Abbruch eine reale Gefahr für Mutter und Kind darstellt. Dies verlangt von den TherapeutInnen oftmals eine hohe Motivation zu nachgehender Betreuung.

Bei der Wahl des Substitutionsmittels und den Überlegungen zu eventuellen Umstellungen sind folgende Gesichtspunkte zu beachten:

Grundsätzlich stellt die Anwendung von Substitutionsmitteln während der Schwangerschaft eine *Off-Label-Verwendung** dar. Eine Unterbrechung der *Substitutionstherapie** während der Schwangerschaft ist jedoch mit einem erheblich größeren Risiko für einen eventuellen Schaden des Ungeborenen verbunden als die Fortführung der Substitution.

Die Stabilität der Schwangeren ist das oberste Ziel. Dazu gehört auch, Beikonsum und missbräuchliche Verwendung anderer psychotroper Substanzen möglichst gering zu halten.

Es ist daher immer abzuwägen, welche Maßnahmen in Anbetracht aller Umstände zielführend sind und eine drogentherapeutische Behandlung ermöglichen.

Umstellungen (Wechsel des Substitutionsmittels) sollten nur nach sorgfältiger Abwägung von Nutzen und Risiken erfolgen, da auch damit die Stabilität der Schwangeren gefährdet werden kann.

Ein weiterer Aspekt ist die Kontrollierbarkeit über Harntests, die bei manchen Substitutionsmitteln nicht gegeben ist (Methadon und Buprenorphin können im Harntest eindeutig nachgewiesen werden, retardierte Morphine können missbräuchlich verwendet und von Heroin nicht unterschieden werden), weswegen man sich vermehrt auf klinische Aspekte verlassen muss.



Für den Einsatz von **Methadon** in der Schwangerschaft gibt es zahlreiche gesicherte Daten und langjährige klinische Erfahrung. Es ist die einzige Substanz, die uneingeschränkt empfohlen werden kann. Auch bei höhergradiger Opioidabhängigkeit kann eine befriedigende Einstellung gefunden und der Beikonsum reduziert werden. Eine Unterscheidung von anderen Opioiden im Harntest ist möglich.

Für das in Österreich neu zugelassene **L-Polamidon®** sind bei geringeren Nebenwirkungen ähnliche Ergebnisse anzunehmen. Es liegen allerdings noch kaum Studien vor.

Der Einsatz aller anderen Substanzen – in Österreich vor allem von Buprenorphin und retardierten Morphinen – ist mit einem weiteren, rechtlichen Risiko versehen: Bei der Anwendung dieser Substitutionsmittel in der Schwangerschaft handelt es sich um eine *Off-Label-Verordnung**, bei der eine besondere Aufklärungs- und Dokumentationspflicht und ein erhöhtes Haftungsrisiko der behandelnden ÄrztInnen bestehen. Wie in allen Fällen sind hier Vor- und Nachteile sorgfältig abzuwägen und die Patientinnen schriftlich zu informieren. Einen Vorschlag für ein Aufklärungsblatt finden Sie im Anhang.

Wenn vom Grad der Abhängigkeit her eine Behandlung mit **Buprenorphin (Subutex®, Bupensan®)** möglich ist, liefern neue Studien³ Hinweise auf eine hohe Sicherheit und ein relativ gering ausgeprägtes Entzugssyndrom beim Neugeborenen. Im Harntest ist Buprenorphin von anderen Opioiden unterscheidbar, wodurch dieser für einen eventuellen Beikonsum aussagekräftig bleibt.

Die Kombination von **Buprenorphin mit Naloxon (Suboxone®)** darf in der Schwangerschaft wegen der potenziell teratogenen Wirkung von Naloxon nicht angewendet werden.



Die **retardierten Morphine (Substitol® und Compensan®)** haben den Vorteil einer hohen Compliance bei den Patientinnen und erhöhen nach klinischen Erfahrungen die Haltequote auch bei schwer abhängigen Frauen. Sie sind gut verträglich und scheinen weniger Nebenwirkungen im affektiven Bereich und auf den Gastrointestinaltrakt zu haben. Allerdings ist ein Beikonsum von Opioiden im Harntest nicht nachweisbar und die Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung (i.v.-Konsum) gegeben.

Tramadol® begünstigt das Auftreten von epileptischen Anfällen und es gibt auch Hinweise auf Organschädigung beim Fötus. Es sollte daher in der Schwangerschaft nicht verwendet werden.

Für **codeinhaltige Präparate** liegen keine gesicherten Daten in Bezug auf den Einsatz in der Schwangerschaft vor. Bei allen Substitutionsmitteln kann während der gesamten Schwangerschaft, vor allem im letzten Trimenon, eine Dosissteigerung (Enzyminduktion, größeres Verteilungsvolumen) erforderlich sein. Oft genügt allerdings eine Umstellung auf fraktionierte Einnahme 2-mal täglich.

7.1 Risikoambulanzen

Drogenabhängige Frauen stellen eine Gruppe mit erhöhtem geburtshilflichen Risiko dar. Eine Kombination mehrerer Faktoren verursacht eine erhöhte Rate folgender Probleme: *Plazentainsuffizienz** mit *intrauteriner Wachstumsretardierung* (IUGR)**, vorzeitige Wehen und eventuelle Frühgeburt sowie Infektionen des Kindes mit Hepatitis B/C oder HIV. Psychosoziale Faktoren sind die häufig bestehende psychiatrische Komorbidität, die Arbeits- und/oder Unterstandslosigkeit sowie die schlechte Wohn- und Ernährungssituation. Dazu kommt die oft mangelnde Unterstützung durch den Partner und die Familie.

Die Betreuung drogenabhängiger Schwangerer stellt für alle HelferInnen, insbesondere aber für das Personal einer geburtshilflichen

Wichtige Punkte bei der Schwangerenvorsorge

Station eine spezielle Herausforderung dar. Dabei muss aber betont werden, dass in dieser Gruppe eine enorme Bandbreite besteht, die von sozial gut integrierten Frauen bis hin zu in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht schwer belasteten Patientinnen reicht. Ein erstes Ziel der Betreuung sollte es daher sein, das individuelle Risikoprofil der Patientin zu evaluieren und die Betreuung danach auszurichten. Diese muss in jedem Fall multidisziplinär sein und umfasst im Idealfall Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Geburtshilfe, *Neonatalogie**, Sozialarbeit und klinische Psychologie.

Psychologische Aspekte der Frühschwangerschaft

Substanzabhängige Frauen mit und ohne Substitution haben meist unregelmäßige und/oder *anovulatorische Zyklen**. So werden sie nicht selten von einer ungeplanten Schwangerschaft überrascht. Da ein unregelmäßiger Zyklus nichts Ungewöhnliches ist, wird die Schwangerschaft oft erst spät erkannt.

Wird die Schwangerschaft vor der vollendeten 12. Schwangerschaftswoche diagnostiziert, so ist eine Schwangerschaftskonfliktberatung unter Beachtung aller medizinischen und psychosozialen Begleitfaktoren sinnvoll.

Häufig steht bewusst oder unbewusst ein Wunsch nach Lebensveränderung im Hintergrund. Es gibt eigene Zukunftswünsche und -pläne, aber auch solche, die sich auf das erwartete Kind beziehen. Die Beratungsgespräche sind vielschichtig, weil die Bedürfnisse komplex sind und die sozialen und familiären Verhältnisse häufig kompliziert oder ungeklärt.

Mit der Schwangerschaft verbinden substanzabhängige Frauen die Hoffnung, Kraft für die Bewältigung ihrer Sucht zu gewinnen, und die Chance auf ein neues Leben. Dies setzt einerseits Kräfte und Motivation frei, kann aber auch eine Überforderung sein. Die Suchterkrankung ist oft mit einer niedrigen Frustrationstoleranz verbunden, und selbst bei großer Motivation kann es durch schwierige äußere Bedingungen rasch zur Gefahr eines Rückfalls kommen.



Schwangerenbetreuung

Der geburtshilfliche Anteil der Schwangerenbetreuung unterscheidet sich nicht wesentlich von jener bei anderen Risikogruppen. Die vordringlichste Aufgabe besteht bei vielen Patientinnen darin, sie zu kooperativer Mitarbeit und zum Wahrnehmen ihrer Kontrolltermine zu motivieren. Regelmäßige Kontrollen senken nämlich die Raten von typischen Komplikationen wie Frühgeburtlichkeit oder intrauteriner Fruchttod.

Für eine „Zwangsbehandlung“ aus Sorge um das Kindeswohl gibt es weder eine medizinische noch eine rechtliche Basis. Somit bleibt die Option einer motivierenden, nachgehenden Betreuung. Keinesfalls dürfen jedoch Patientinnen wegen Fehlverhalten von einer Betreuung ausgeschlossen werden.

Die pränataldiagnostischen Untersuchungen wie Ersttrimester-Screening mit Bestimmung der Nackentransparenz in der Schwangerschaftswoche (SSW) 11–13 und Zweittrimester-Screening mit Organultraschall in SSW 20–22 sind wünschenswert, aber bei Patientinnen, die noch „street drugs“ nehmen und erst im Zuge der Schwangerschaft in Ersatzprogramme aufgenommen werden, nicht immer möglich. Ab SSW 28 sind *sonografische Biometrie** und *Arteria-umbilicalis-Doppler** in 4-wöchigen Abständen zur Diagnose einer *Plazentainsuffizienz*/IUGR* (intrauterine Wachstumsverzögerung) sinnvoll.

Serologische Bestimmungen der Hepatitis B-/C- und HIV-Antikörper sowie routinemäßige vaginalabstriche zur frühzeitigen Diagnostik einer eventuellen wehenauslösenden *bakteriellen Vaginose** sind obligat. Die Durchseuchung mit Hepatitis C beträgt je nach Patientinnenselektion rund 50 %.

Perinatalergebnisse

Opioidabhängige Schwangere haben *kumulativ** ein 6-fach erhöhtes Risiko für mütterliche und kindliche Komplikationen wie niedriges Geburtsgewicht, *Präeklampsie**, *fetalen Distress** und



*Mekoniumaspiration**. Ein intrauteriner Fruchttod als schwerste Komplikation tritt aber nur äußerst selten auf. Ein Neonatales Abstinenzsyndrom (NAS) kommt häufig vor. Für die erhöhte SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)-Rate wird vor allem pränataler und postnataler Tabakkonsum verantwortlich gemacht.

Es besteht jedoch bei praktisch allen AutorInnen Übereinstimmung darüber, dass nicht die Substanzabhängigkeit an sich, sondern vielmehr ein ganzes Bündel von Risikofaktoren die Prognose von Mutter und Kind bestimmt. Dazu gehören Infektionen (sexuell übertragbare Erkrankungen, Hepatitis B/C, HIV), polytoxikomaner Beikonsum von Benzodiazepinen, Kokain und Alkohol sowie Tabakabusus bei einem hohen Prozentsatz der Frauen. Psychosoziale Faktoren sind instabile Partnerschaften, Gewalt, Mangelernährung, schlechte Wohn- und hygienische Verhältnisse und die geringe Inanspruchnahme von Schwangerschaftsuntersuchungen.

So etwa berichteten Jones et al. von der Johns Hopkins University, dass 70 % der opioidassoziierten neonatalen Morbidität (Geburtsgewicht < 2.500g) durch die Faktoren Nikotinabusus, Stress und fehlende Vorsorgeuntersuchungen erklärbar waren. Einzig bei zusätzlichem Kokain-Abusus zeigte sich ein rein substanzgebundener Effekt.

7.2 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen während der Schwangerschaft

Der Mutter-Kind-Pass ist eine Erfolgsgeschichte der Prävention in der Geburtshilfe, konnte doch durch diese 1974 eingeführte Maßnahme die jährliche Säuglingssterblichkeit wesentlich gesenkt werden. Damit liegt Österreich im internationalen Spitzenfeld.

Der Mutter-Kind-Pass gibt Auskunft über den Gesundheitszustand von Mutter und Kind und ermöglicht, allfällige Gefahren zu erkennen und entsprechend zu reagieren. Als Anreiz berechtigt erst der vollständig ausgefüllte Mutter-Kind-Pass zum vollständigen Bezug des Kinderbetreuungsgeldes im 2. Lebensjahr. Alle empfohlenen Untersuchungen werden unabhängig vom Versicherungsstatus der Patientin bezahlt.



Kapitel 7

Gleichzeitig ist der Mutter-Kind-Pass eine wichtige Informationsquelle für alle an der Betreuung der Mutter Beteiligten und kann gerade Drogeneinrichtungen unterstützen, die Mutter an die notwendigen Untersuchungen zu erinnern.

Wichtig ist die zeitgerechte und vollständige Durchführung der Untersuchungen von Beginn der Schwangerschaft an bis zur Vollendung des 60. Lebensmonats des Kindes.

Die **1. Mutter-Kind-Pass-Untersuchung (erste geburtshilfliche Untersuchung)** mit Ausstellung des Mutter-Kind-Passes soll bis zur **16. Schwangerschaftswoche** stattfinden und wird mit dem Stempel des niedergelassenen Gynäkologen bzw. der Gynäkologin dokumentiert. Von dieser Bestätigung wird die Anspruchsberechtigung für das vollständige Kinderbetreuungsgeld abgeleitet. Wird die Schwangerschaft zu einem späteren Zeitpunkt diagnostiziert, so wird dies vermerkt, wodurch fehlende Untersuchungen erklärt werden. Untersuchungen, die im Krankenhaus durchgeführt werden, müssen daher umgehend vom niedergelassenen Arzt/der niedergelassenen Ärztin bzw. dem Gynäkologen/der Gynäkologin eingetragen werden.

Zu Beginn wird die Anamnese erhoben und werden die Lebensumstände erfragt. Diese schließen Alkohol, Tabak und Drogenkonsum ein. Bei der geburtshilflichen Anamnese erhält man Informationen über vorausgegangene Schwangerschaften und Geburten. Hier werden Komplikationen während der Schwangerschaft, der Entbindungsmodus, Komplikationen bei der Geburt und im Wochenbett sowie allfällige Erkrankungen der Kinder festgehalten. Bereits hier ergibt sich eine Gelegenheit, mit der werdenden Mutter im Opioid-Erhaltungsprogramm die Risiken des Beikonsums für das werdende Kind zu thematisieren und auf zusätzliche Hilfsangebote zu verweisen.

Die Untersuchung selbst umfasst neben der spezifischen gynäkologischen Untersuchung (Krebsabstrich, Vaginalsekret, Tastuntersuchung, Brustuntersuchung) eine Blutabnahme. Es werden Infektions- und Blutgruppenparameter bestimmt. Die Ultraschallun-

Wichtige Punkte bei der Schwangerenvorsorge

tersuchung bestätigt den intrauterinen Sitz und stellt die Herzaktion und Größe (und damit das Alter) des Fötus fest. Gleichzeitig sollen eventuelle Mehrlingsschwangerschaften erkannt werden.

Zwischen der **17. und der 20. SSW** erfolgt die **interne Untersuchung**. Die interne Untersuchung kann von allen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und von allen FachärztInnen für Interne Medizin durchgeführt werden. Sie unterscheidet sich nicht von einer normalen klinischen Untersuchung. Ein Anamnesegespräch wird dem Arzt nicht abgegolten, ist aber gerade bei substanzabhängigen schwangeren Patientinnen hinsichtlich ihres Risikoverhaltens angezeigt. Frühere oder bestehende typische Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis, *Endocarditis**) können so manchmal aufgedeckt werden.

Besonderes Augenmerk ist jedoch auf zwei Untersuchungen zu richten: Es sollte dabei bewusst auf Einstichstellen geachtet und die Patientin gegebenenfalls zu einem Arzt / einer Ärztin überwiesen werden, der/die mit der Suchtbehandlung vertraut ist. Der zweite Fokus sollte sich auf Infektionsherde speziell an den Extremitäten und an den Zähnen richten. Die vorgesehene Laboruntersuchung beim Mutter-Kind-Pass ist leider nicht ausreichend, ein Screening auf sogenannte *blood-born diseases** wie Hepatitis B und HIV ist neben den routinemäßigen klassischen Untersuchungen wie Blutbild, Toxoplasmose- und Röteln-Antikörper vorgesehen. Eine zusätzliche Testung auf Hepatitis C ist indiziert und kann ohne Probleme und zusätzliche Kosten angefordert werden.

In den Rahmen der **2. geburtshilflichen Untersuchung (17. bis 20. SSW)** fällt auch die 2. Ultraschalluntersuchung. Dabei kann neben dem fetalen Wachstum die Plazentalokalisation und Fruchtwassermenge bestimmt werden. Auch die Beurteilung der fetalen Organsysteme ist bereits möglich, da alle Organe schon angelegt sind. Die spezielle weiterführende Untersuchung wird als Organscreening bezeichnet.

Die **3. geburtshilfliche Untersuchung zwischen der 25. und der 28. SSW** beinhaltet wieder eine Blutabnahme. Das Blutbild soll die





physiologische *Hämodilution** von einer tatsächlichen Anämie differenzieren. Zusätzlich wird das Hepatitis Bs-Antigen bestimmt. Zuletzt wird ein oraler *Glucosetoleranztest* *(30. SSW) durchgeführt.

Zwischen der **30. und der 34. SSW** sind die **4. geburtshilfliche Untersuchung** und eine Sonografie vorgesehen. Das Augenmerk richtet sich jetzt auf Frühgeburtsrisiken und die reguläre Entwicklung des ungeborenen Kindes: Mittels Ultraschall kann die Biometrie bereits eine genaue Gewichtsschätzung ermöglichen und eine Abweichung von der Norm festgestellt werden. Die Dopplersonografie liefert Informationen über den Blutkreislauf des Fötus und der Plazenta. Auf mütterlicher Seite wird speziell nach Symptomen der Gestose (Blutdruckerhöhung, Proteinurie, Ödeme) gesucht.



Die **letzte geburtshilfliche Untersuchung** im Mutter-Kind-Pass erfolgt zwischen der **35. und der 38. SSW**. Dabei wird noch einmal gezielt auf eine mögliche Wachstumsverzögerung des Kindes oder eine Gestose der Mutter geachtet. Es ist die geburtsvorbereitende Mutter-Kind-Pass-Untersuchung.



Gerade der Gynäkologe/die Gynäkologin ist für die werdende Mutter neben dem substituierenden Arzt/der substituierenden Ärztin eine wichtige Bezugsperson. Hier bietet sich die Chance, durch den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses positiv auf die Schwangere einzuwirken und insbesondere den vor allem für das Kind schädlichen Beikonsum zu minimieren.

7.3 Angebote der Familienhebammen



In Wien bieten die **Familienhebammen der Stadt Wien** gratis und unbürokratisch Unterstützung in allen Fragen der Schwangerschaft an, sowohl in Geburtsvorbereitungskursen als auch Einzelgesprächen. Nach der Geburt werden Stillgruppen, Babytreffs und Rückbildungsgymnastik offeriert, auch Hausbesuche sind möglich, ebenso ein gemeinsames Gespräch mit dem Partner. Alle Beratungen, Hausbesuche und Kurse sind kostenlos.

Auch Niederösterreicherinnen können zur persönlichen Beratung kommen oder eine telefonische Beratung in Anspruch nehmen. (Adressen siehe Anhang)

8.1 – HIV und Schwangerschaft

Bei HIV-positiven Müttern bestehen heute gute Chancen (über 98 %), dass die Infektion nicht auf das Kind übertragen wird, wenn bestimmte Maßnahmen getroffen werden.

Besondere Bedeutung kommt der *antiretroviralen Therapie** zu. Jede HIV-infizierte Frau, deren Immunwerte (CD4 Lymphozyten oder „Helferzellen“) einen bestimmten Schwellenwert unterschreiten, sollte grundsätzlich für die eigene Gesundheit eine antiretrovirale Kombinationstherapie erhalten. Bei der Auswahl der Medikamente ist eine Schwangerschaft oder ein möglicher Kinderwunsch zu bedenken. Hat eine schwangere Frau hingegen sehr gute Immunwerte und eine niedrige Virusbelastung, dann wird die Therapie lediglich als Übertragungsschutz im letzten Drittel der Schwangerschaft eingesetzt.

Die Entbindung erfolgt gewöhnlich mit einem geplanten Kaiserschnitt, bei optimalen Bedingungen und nicht nachweisbarer Virusbelastung wäre aber auch eine natürliche Geburt möglich. Das Neugeborene wird in den ersten Lebenswochen zusätzlich zu den beschriebenen Maßnahmen mit antiretroviralen Medikamenten im Sinne einer postexpositionellen Prophylaxe geschützt.

Auf das Stillen müssen HIV-positive Mütter verzichten. Falls sie selbst nach der Entbindung keine weitere HIV-Therapie benötigen, bestünde die Gefahr der HIV-Übertragung auf das Neugeborene, da die Muttermilch zu den infektiösen Flüssigkeiten zählt. Aber auch wenn die Mutter eine antiretrovirale Dauertherapie erhält, möchte man ein HIV-negatives Kind nicht länger als erforderlich mit HIV-Medikamenten (über die Muttermilch) belasten. Da das Baby die mütterlichen Antikörper bis zu 1,5 Lebensjahren im Blut hat, ist ein HIV-Antikörpertest bei ihm zunächst nicht aussagekräftig. Zum Ausschluss einer Infektion des Kindes wird deshalb ein spezieller Bluttest (ein direkter Virusnachweis mittels PCR) durchgeführt. Durch Verlaufskontrollen wird das Verschwinden der Antikörper dokumentiert und das HIV-negative Ergebnis abgesichert.



8. 2 – Hepatitis C in der Schwangerschaft



Substanzabhängigkeit mit i.v. Konsum beinhaltet ein großes Risiko, mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) infiziert zu werden. Ein hoher Prozentsatz der opioidabhängigen Substituierten in Wien ist HCV-positiv. Im Falle einer Schwangerschaft ist es für die Planung der Geburt wichtig, frühzeitig über den Infektionsstatus mit HCV Bescheid zu wissen.

Als Suchtest eignet sich ein HCV-Antikörpernachweis. Bei positivem Resultat sollte zum Beweis des Vorliegens einer HCV-Infektion eine – möglichst quantitative – Untersuchung des Serums auf Spuren von Virusnukleinsäure mittels der empfindlichen PCR-Methode folgen, die zudem Auskunft darüber gibt, ob eine Infektiosität vorliegt.

In analoger Weise verhält es sich bei Neugeborenen von HCV-positiven Müttern: Mütterliche HCV-Leihantikörper beim Neugeborenen finden sich aufgrund der Übertragung durch die Plazenta in jedem Fall und bleiben noch über Monate nachweisbar. Erst die PCR-Untersuchung kann unterscheiden, ob eine HCV-Infektion des Neugeborenen stattgefunden hat. Diese Untersuchung sollte bei positivem HCV-Antikörperstatus von Mutter und Kind im idealen Fall 4–6 Wochen nach der Geburt stattfinden. Auch bei negativer Untersuchung auf Virusnukleinsäure wird derzeit eine mehrmalige Kontrolle der HCV-Antikörper beim Kind bis zu deren Verschwinden empfohlen (dies ist in der Regel im zweiten Lebensjahr der Fall).



Was die erkrankten Frauen betrifft, ist bei stabiler Drogenerkrankung und aktiver HCV-Infektion eine *Behandlung der HCV-Infektion mit pegyliertem Interferon alpha/Ribavirin** indiziert, die je nach *Serotyp** unterschiedliche Erfolgsraten hat. Eine Schwangerschaft stellt jedoch aufgrund des Fehlbildungsrisikos eine Kontraindikation gegen diese Behandlung dar. Erst sechs Monate nach Therapieende mit Ribavirin® besteht keine Gefahr mehr für ein werdendes Kind.

Da eine Interferontherapie mit beträchtlichen Nebenwirkungen verbunden sein kann und aus medizinischen Gründen kein Zeitdruck

besteht, soll eine Behandlung der Mutter auch in den 1. Lebensmonaten des Kindes nur nach sorgfältiger Abwägung aller gesundheitlichen, psychischen und sozialen Faktoren begonnen werden.

Anders als bei der HIV-Infektion ab einer bestimmten Viruslast ist eine HCV-Infektion der werdenden Mutter keine zwingende Indikation für einen Kaiserschnitt. Stillen ist bei HCV-Infektion der Mutter möglich, wenn keine Verletzungen oder Entzündungen der Brustwarzen vorliegen (siehe Kapitel Stillen).

Die Infektiosität bei Hepatitis C ist verhältnismäßig gering und eigentlich nur durch massiven Blutkontakt möglich. Ein normales familiäres Zusammenleben und die übliche Zärtlichkeit zwischen Eltern und Kindern bergen keinerlei Infektionsrisiko.

Bei Kontakt mit Blut sollten allerdings die üblichen Vorsichtsmaßnahmen (Latexhandschuhe) eingehalten werden und Utensilien wie Zahnbürsten und Nagelscheren sollten nicht gemeinsam verwendet werden.

In wenigen Fällen kommt es während der Geburt zu einer Infektion des Kindes durch das Blut der Mutter. Die Übertragungsrate von der Mutter auf das Kind liegt zwischen 1 und 6 %. Höhere Infektionsraten von bis zu 36 % wurden allerdings bei HIV-Koinfektion der Mutter beobachtet.

Spontanheilungen (Viruselimination) sind bei während des Geburtsvorgangs infizierten Kindern nur in geringem Maß zu erwarten (die Wahrscheinlichkeit wird auf 6 bis 15 % geschätzt), daher sollte die Infektion zunächst durch regelmäßige Blutabnahmen kontrolliert werden. Der klinische Verlauf ist in der Regel unauffällig und ohne klinische Symptomatik. Bei chronischer HCV-Infektion sollten die Indikationsstellung zur Behandlung und deren Überwachung von einer/einem auf diesem Gebiet erfahrenen *Kindergastroenterologin/Kindergastroenterologen** erfolgen. Eine Therapie mit pegyliertem Interferon alpha/Ribavirin® ist frühestens ab dem vollendeten 3. Lebensjahr möglich.



Neben dem etablierten Netz von niedergelassenen substituierenden ÄrztInnen bieten die Wiener Suchthilfeeinrichtungen drogenabhängigen Personen medizinische (inkl. Substitution), psychiatrische und psychosoziale Betreuung unter einem Dach an.

Vor allem für Schwangere ist dies von großem Vorteil, da die Betreuung im multiprofessionellen Team besser auf ihre individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden kann. So können Substitution und eine eventuelle zusätzliche psychiatrische Begleitmedikation optimal angepasst werden. Die ÄrztInnen stehen für ausführliche Gespräche rund um Substitution, das Neonatale Abstinenzsyndrom und medizinische Fragen rund um die Schwangerschaft zur Verfügung.

In Niederösterreich arbeiten die Suchtberatungen im Prinzip auch nach den Grundsätzen der multiprofessionellen Teamarbeit. Da die Beratungsstellen aber keinen Ambulanzstatus haben und daher nicht selbst behandeln können, erfolgt die Behandlung bei niedergelassenen ÄrztInnen; dies erfordert eine zusätzliche Abstimmungsarbeit. Es gibt derzeit auch einen Mangel an niedergelassenen ÄrztInnen, die sich am Angebot einer flächendeckenden Versorgung bezüglich Substitutionsbehandlung beteiligen; es besteht aber die Hoffnung, dass eine Abgeltung des zusätzlichen Aufwands der Substitutionsbehandlung durch die Krankenkassen zu einer zahlreicheren Beteiligung niedergelassener KollegInnen beitragen wird. Um die Vernetzung und Zusammenarbeit der

Die Angebote der Suchthilfeeinrichtung

Suchthilfeeinrichtungen mit Institutionen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, niedergelassene ÄrztInnen etc.) und der Jugendwohlfahrt zu verbessern, wurde im Jahr 2010 das Projekt „DESK“ gestartet, das die Betreuung und Behandlung von Schwangeren in Niederösterreich optimieren soll (nähere Informationen zu DESK im Anhang).

Die psychosoziale Betreuung hat die Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation sowohl für die (werdende) Mutter als auch für ihr Kind zum Ziel.

Am Anfang der Betreuung steht eine ausführliche Anamnese. Diese umfasst neben dem Substanzgebrauch die finanzielle Situation, die Wohnsituation, das familiäre und partnerschaftliche Umfeld und die eigene Familiengeschichte. Ressourcen und Problemfelder werden dabei gewichtet und ein Betreuungsplan wird erstellt.

Im Hinblick auf die Drogenanamnese wird besonders darauf geachtet, wann und aus welchen Gründen Rückfälle in den unkontrollierten oder i.v.-Konsum bzw. Beikonsum stattfinden, sodass mit der Frau an Maßnahmen zur Rückfallsprophylaxe und Stabilität gearbeitet werden kann. Im Zuge dessen werden auch das Gesundheitsverhalten (Arztbesuche, Ess- und Trinkverhalten usw.) und der Tagesablauf (Ruhepausen, Rituale usw.) besprochen und geplant.

In den Betreuungsgesprächen gibt es Raum für Ängste, Schuldgefühle, Unsicherheiten und das immer wieder aufkommende Gefühl der Überforderung sowie natürlich auch für alle Wünsche, Erwartungen und Hoffnungen die neue Rolle als Schwangere und später als Mutter betreffend.

Auch eventuelle Probleme mit dem Partner und der Herkunftsfamilie werden thematisiert und mögliche Lösungen gesucht. Ebenso werden alle möglichen Ressourcen innerhalb des Familiensystems aufgezeigt. Oftmals erweisen sich gemeinsame Gespräche mit dem Partner oder nahen Angehörigen als klärend und unterstützend.



Kapitel 9 – Die Angebote der Suchthilfeeinrichtungen



Neben der psychischen Begleitung stellt auch die sozialarbeiterische Betreuung eine Herausforderung dar, da oftmals nur ein kurzer Zeitraum für essenzielle Angelegenheiten bleibt (z.B. die Schwangerschaft wird spät erkannt oder die Schwangere zur psychosozialen Betreuung erst knapp vor der Geburt zugewiesen).

Die Wohnsituation muss kindgerecht gestaltet werden, dabei kann es sich um Veränderungen in der bestehenden Wohnung handeln oder es muss eine neue Wohnmöglichkeit gefunden werden, z.B. mittels einer Anmeldung in einem Mutter-Kind-Heim oder beim „Betreuten Wohnen“. Der/die psychosoziale BetreuerIn kann nach Maßgabe der Ressourcen mit der Klientin die geeignete Form finden.



Der Einkommens- und Versicherungsstatus wird geklärt. Falls die Frau nicht versichert ist, müssen oft erst die Dokumente organisiert werden. Vor allem für die Zeit nach der Geburt benötigt die Frau alle Informationen über Kinderbetreuungsgeld, Familienbeihilfe und Zuschüsse und wo und wann sie ihre Ansprüche geltend machen kann. Das Informieren, Organisieren und teilweise auch Begleiten zu diversen Einrichtungen sind Teil der psychosozialen Betreuung. Bei nicht-österreichischen Staatsbürgerinnen ist meist noch mehr Unterstützung nötig, da zusätzlich sehr viele weitere Erledigungen erforderlich sind.



Gemeinsam mit der Frau wird besprochen, wie der Informationsaustausch mit den anderen Einrichtungen erfolgt. Absprachen mit anderen betreuenden Institutionen vermeiden, dass es zu Überschneidungen bei Aufgabengebieten kommt, zu viele Termine eine Überforderung für die Frau darstellen oder wichtige Angelegenheiten unerledigt bleiben.

Klarheit und Transparenz in der Kooperation bieten allen Beteiligten, vor allem der schwangeren Frau bzw. Mutter Sicherheit und ermöglichen eine bestmögliche Vorbereitung auf die neue Lebensphase als Mutter.

Die zuständigen Stellen, die diesen Service anbieten, finden Sie im Anhang für das jeweilige Bundesland.

Kapitel 10 – Finanzielle Ansprüche

Um alle finanziellen Ansprüche zu wahren, müssen viele Amtswegen in relativ kurzer Zeit absolviert werden. Einige dieser Wege können der Mutter aber auch von einer vertrauten Person abgenommen werden. Benötigt werden jedenfalls sämtliche Dokumente (Staatsbürgerschaftsnachweis, Geburtsurkunde, Meldezettel, Lichtbildausweis) sowohl von der Mutter als auch dem Vater des Kindes (sofern dieser bekannt ist und angegeben wurde). Sollten Originaldokumente fehlen, ist es wichtig, diese bereits während der Schwangerschaft zu organisieren.



Bei Bezug von Leistungen des AMS wird mit einem Formular der Gynäkologin oder des Gynäkologen spätestens acht Wochen vor der Geburt das Wochengeld bei der Krankenkasse beantragt. Das Wochengeld wird mit der Geburtsbestätigung und dem Entlassungsbrief vom Krankenhaus bei der Krankenkasse für weitere acht Wochen beantragt (bei Mehrlingsgeburten, Kaiserschnitt und Frühgeburt verlängert sich der Anspruch). Wenn eine Frau „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“ (BMS) vom Sozialamt bezieht, bekommt sie diese weiterhin, von der Geburt bis zum Zeitpunkt des Bezugs des Kinderbetreuungsgeldes, ausbezahlt. Allerdings muss dieser Betrag zurückgezahlt werden, sobald die Mutter Kinderbetreuungsgeld erhält.



Nach der Entbindung sind so rasch als möglich die Dokumente für das Kind (Geburtsurkunde, Meldezettel, Staatsbürgerschaftsnachweis) beim Standesamt, in dessen Zuständigkeit das Kind geboren wurde, zu besorgen. Mit den Dokumenten des Kindes und der Eltern wird beim Finanzamt die Familienbeihilfe beantragt (siehe Checklist). Mit dem Bescheid des Finanzamtes über den Bezug der Familienbeihilfe erfolgt die Beantragung des Kinderbetreuungsgeldes bei der zuständigen Krankenkasse. Frauen, die Wochenhilfe bezogen haben, erhalten es danach, Frauen die BMS bezogen haben, ab dem Zeitpunkt der Geburt. Es gibt fünf verschiedene Varianten des Kinderbetreuungsgeldes. Frauen, die bei der WGKK versichert sind, wenden sich an die Andreasgasse 3, 1070 Wien. Für Frauen, die bei der NÖGKK versichert sind, stehen die Bezirkstellen der Krankenkasse für eine Beratung zu Verfügung (siehe Anhang).

Link des Bundesministeriums für Wirtschaft, Familie und Jugend:
www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/Kinderbetreuungsgeld

WWW.

Information der Arbeiterkammer:
wien.arbeiterkammer.at; noe.arbeiterkammer.at

Auch dem Sozialreferat sollte bekannt geben werden, dass Familienbeihilfe bezogen wird und welche Variante des Kinderbetreuungsgeldes gewählt wurde. Liegt das Familieneinkommen unter der Höhe des Mindeststandards entsprechend der Bedarfsorientierten Mindestsicherung, kann beim Sozialreferat ein Anspruch mittels Antrag geprüft werden.



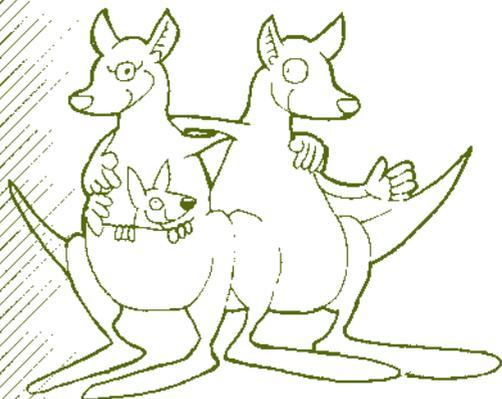
Weitere Angelegenheiten, die zu beachten sind:

Die Vaterschaftsanerkennung wird beim Standesamt beantragt (ist auch schon während der Schwangerschaft möglich). Die Mitversicherung des Kindes wird bei der Krankenkassa beantragt. Dafür muss der Krankenkasse die Geburtsurkunde des Kindes gezeigt werden. Sollte die Mutter selbst von Rezeptgebühren befreit sein, wird die Befreiung für das Kind mitbeantragt.



Bei Uneinigkeiten zwischen den Eltern bezüglich der Alimente (Unterhaltszahlungen) ist die Rechtsvertretung beim *Jugendamt** zuständig. Der/die zuständige SozialarbeiterIn des *Jugendamts** unterstützt dabei gerne.

Für den Aufenthalt des Kindes im Krankenhaus erhält die Mutter eine Rechnung über den Tagsatz. Dieser Tagsatz wird nur für 28 Tage bezahlt, auch wenn das Kind für längere Zeit im Krankenhaus bleiben muss. Bei geringem Einkommen wendet sich die Mutter bezüglich der Rückerstattung der Kosten mit dieser Rechnung am besten an den Unterstützungsfonds der zuständigen Krankenkasse.



Migrantinnen, Migranten – Bürgerinnen, Bürger ohne österreichische Staatsbürgerschaft

Für detaillierte Informationen ist die MA 35 (Wien) bzw. die für ihren Wohnort zuständige Bezirksverwaltungsbehörde (NÖ) oder eine der Beratungsstellen für MigrantInnen zuständig (siehe Adressenhang).

Besonders zu beachten sind die folgenden Punkte:



Wenn die Frau mit einem österreichischen Staatsbürger verheiratet ist, dann können die Eltern entscheiden, welche Staatsbürgerschaft (jene der Frau oder die des Partners) das Baby bekommt. Ob eine Doppelstaatsbürgerschaft möglich ist, muss einzeln angefragt werden.



Wenn die Frau nicht verheiratet ist, dann erhält das Kind automatisch die Staatsbürgerschaft der Mutter. Dazu muss bei der zuständigen Botschaft ein eigener Pass für das Baby beantragt werden (mit der Geburtsurkunde und dem Meldezettel des Kindes). Anschließend muss für das Kind ein gültiger Aufenthalt (innerhalb von 6 Monaten nach der Entbindung) bei der MA 35 beantragt werden. Mit dem rechtmäßigen Aufenthaltsbescheid des Kindes der MA 35 kann beim Finanzamt Familienbeihilfe und anschließend bei der Krankenkasse Kinderbetreuungsgeld beantragt werden. Auch



Briefkopf Arzt/Ärztin

Behandlungsvertrag

Aufklärungsblatt über die Opioiderhaltungstherapie in der Schwangerschaft

Während meiner Behandlung wurde mir von Ihnen die Weiterführung der Substitutionstherapie mit
.....
vorgeschlagen.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das obige Präparat laut Fachinformation (Beipackzettel) in der Schwangerschaft nur nach sorgfältigster Überlegung und Aufklärung eingesetzt werden darf. Gewisse Risiken für mein ungeborenes Kind können nicht ausgeschlossen werden.

Bei meinem neugeborenen Kind kann, wie bei jedem regelmäßigen Opioidkonsum während der Schwangerschaft, das sogenannte Neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) auftreten. Beikonsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln, Alkohol, Zigaretten und anderen Substanzen können das NAS wesentlich verstärken.

Das Absetzen des Substitutionsmedikaments stellt eine bei Weitem größere Gefahr für mich und mein Kind dar als die in der Fachinformation erwähnten Risiken bergen.

Handschriftliche Vermerke:

Behandlungsauftrag für folgende geplante Therapie mit

Herr/Frau Dr.

.....
hat heute mit mir, anhand des Aufklärungsprotokolls, das abschließende Aufklärungsgespräch durchgeführt.

Ich wurde über die Behandlung, deren Risiken für das werdende Kind und eventuell mögliche Konsequenzen informiert. Meine Fragen wurden ausführlich beantwortet. Ich habe alles verstanden und ich bin mit der geplanten Therapie einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Im Bedarfsfall aus der Broschüre lösen!

MigrantInnen können bis zum Bezug des Kinderbetreuungsgeldes weiterhin vom Sozialreferat Bedarfsorientierte Mindestsicherung beziehen (die ab Bezug zurückgezahlt werden muss).

Grundsätzlich gilt für die Familienbeihilfe für ausländische StaatsbürgerInnen (auch EU-BürgerInnen) zusätzlich:

Das Finanzamt verlangt einen Nachweis über den rechtmäßigen Aufenthalt nach §§ 8 oder 9 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) – auch vom Kind!

Für das Kinderbetreuungsgeld gilt: Ein rechtmäßiger Aufenthalt in Österreich muss nachgewiesen werden.

Ein Anspruch auf Kinderbetreuungsgeld besteht auch für Eltern und Kinder, die keine österreichischen StaatsbürgerInnen sind.

Dies gilt für:

- EU-/EWR-Bürger und -Bürgerinnen bzw. Schweizer und Schweizerinnen, die über eine Dokumentation ihres Niederlassungsrechts verfügen (sogenannte Anmeldebescheinigung),
- Drittstaatsangehörige mit entsprechenden Aufenthaltstiteln nach §§ 8 und 9 Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG),
- Asylberechtigte,
- subsidiär Schutzberechtigte, die unselbstständig oder selbstständig erwerbstätig sind und keine Leistungen aus der Grundversorgung erhalten bzw. darauf keinen Anspruch haben.



Wegen der Gefahr einer Plazentainsuffizienz sollte bei Erreichen des Geburtstermins eine Weheneinleitung angestrebt werden. Die Tatsache der Substitutionstherapie stellt per se keine Sectio-Indikation dar, Ausnahmen sind eine HIV-Infektion ab einer bestimmten Viruslast sowie Frühgeburtlichkeit und/oder drohende *intrauterine Asphyxie** auf Basis der Plazentainsuffizienz. Patientinnen unter Substitution haben einen ähnlichen Analgetika-Bedarf während einer vaginalen Geburt, allerdings benötigen sie bis zu 70 % mehr *Opioid-Analgesie** nach einem Kaiserschnitt als nicht substituierte Frauen.

Die Beziehung zwischen drogenabhängigen Patientinnen und dem Personal einer geburtshilflichen Abteilung

Der erste und wichtigste Schritt für das Personal besteht darin, Verständnis und Toleranz für die Probleme der Patientin zu entwickeln. Entscheidend erweist sich die Einsicht in den Zusammenhang der Drogenabhängigkeit mit begleitenden und/oder ursächlichen psychischen und sozialen Problemen. Parallel dazu muss aber auch unmissverständlich darauf hingearbeitet werden, dass die Patientin Verantwortung für ihre Situation übernimmt und eine verlässliche Partnerin für die Betreuung wird.

Eine potenzielle Gefahr besteht darin, dass die unterschiedlichen Professionen eines multidisziplinären Teams – bedingt durch ihre je eigenen Sichtweisen – unterschiedliche Ziele verfolgen oder sich von der Patientin in „gute“ und „schlechte“ HelferInnen spalten lassen. Dies kann etwa geschehen, wenn sich eine Gruppe eher mit der Frau, die andere eher mit dem Kind identifiziert, wie zum Beispiel in der Frage der Einschätzung einer kindlichen Gefährdung oder in letzter Konsequenz der Unterbringung des Kindes bei einer Pflegefamilie. Regelmäßige Gespräche und Fallkonferenzen müssen hier vertrauensbildend wirken.

Sind Patientinnen stationär, kann es – quasi spiegelbildlich zur oben erwähnten Spaltung – zu einer Haltung des Personals kommen, bei der zwischen „guten“ (= somatisch erkrankten) und „schlechten“ (= drogenabhängigen) Patientinnen unterschieden wird. Eine derartige Einstellung sollte im Rahmen von Stationsbesprechungen oder Supervisionen bearbeitet werden. Als hilfreich erweist sich auch hier eine professionelle Haltung, die die Drogenabhängigkeit als komplexe Erkrankung versteht und angemessene Maßnahmen ergreift.



12.1 Die Behandlung und Betreuung des Neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS)

Neugeborene opioidabhängiger Mütter entwickeln in vielen Fällen ein Neonatales Abstinenzsyndrom (NAS). Es tritt bei Substitution mit Opioiden mit einer hohen Wahrscheinlichkeit von 55–94%⁴ und bei regelmäßigem Konsum von Straßenheroin in der Schwangerschaft auf. Aber auch andere psychoaktive Substanzen sowie in der Schwangerschaft verschriebene Antidepressiva⁵ können Entzugserscheinungen oder neurobehaviorale Auffälligkeiten bei Neugeborenen verursachen. Die Symptome des NAS beinhalten Unruhe mit schrillum Schreien, Zittern, eine erhöhte Herzfrequenz, vermehrtes Saugbedürfnis, Störungen der Atmung, gesteigerte Reflexe, Fieber, Niesen, Schluckauf und andere vegetative Zeichen in variablem Ausmaß. Epileptische Krampfanfälle kommen selten vor, vermutlich in Zusammenhang mit Benzodiazepin-Beikonsum der Mutter. Abhängig vom verwendeten Substitutionsmittel setzen die Symptome innerhalb von 12–72 Stunden nach der Geburt ein, bei Buprenorphin und Methadon in der Schwangerschaft manchmal sogar erst bis zu einer Woche nach der Geburt.

Praktische Hinweise zur Therapie des NAS:

Eine Harnkontrolle des Neugeborenen auf psychoaktive Substanzen bei fehlender oder unklarer Anamnese ist sinnvoll. Mithilfe eines



Scores (modifizierter Finnegan-Score) wird die Intensität des Entzugssyndroms abgeschätzt und der Verlauf der Therapie gesteuert. Zu Beginn wird Morphinlösung in einer Dosis von 0,3–0,5mg/kg/d peroral in 6–7 Dosen pro Tag (bzw. selten i.v. bei Nahrungsunverträglichkeit) verabreicht. Je nach Punktescore erfolgt eine rasche Steigerung bis zur Stabilisierung. Danach wird die Dosis wieder schrittweise reduziert. Wenn Morphin bei gemischtem Entzug nicht ausreicht, haben sich Einzelgaben von Chloralhydratlösung bewährt. Phenobarbital als zusätzliche Dauermedikation ist in der Literatur beschrieben, aber praktisch nur selten nötig. Die Dauer und Intensität des neonatalen Abstinenzsyndroms ist nicht abhängig von der Dosis des Substituts, korreliert aber mit dem Beikonsum von Benzodiazepinen und mit der Anzahl gerauchter Zigaretten⁶. Die durchschnittliche Dauer eines Opioidentzugs beträgt 15–20 Tage. Eine neue multizentrische Studie unter optimalen Bedingungen (kein Beikonsum) lässt auf ein kürzeres und leichteres Entzugssyndrom unter Buprenorphin im Vergleich zu Methadon schließen⁷. Ein gemischter Entzug kann aber wesentlich schwerer zu behandeln sein und bis zu sechs Wochen oder länger dauern.

Supportive Therapieansätze können unter dem Begriff „comfort care“ zusammengefasst werden und beinhalten einen intensiven, abgestimmten und nahen Körperkontakt zur vertrauten Bezugsperson. Gerade dieser Kontakt kann zwischen drogenabhängigen Müttern und ihren Neugeborenen auf vielfältige Weise gestört sein. Aus äußeren und institutionellen Gründen können die Mütter/Eltern oft während der Entzugsbehandlung nicht bei ihren Kindern im Krankenhaus sein. Aber selbst wenn Mütter vermehrt den Kontakt zu ihren Kindern suchen, benötigen sie Hilfe bei der Bewältigung ihrer eigenen Ängste und Unsicherheiten, um ihre Kinder begleiten zu können.

Erfahrungen zeigen, dass die systematische aktive Unterstützung und Ermutigung zum Kontakt mit dem Kind und Rooming-in – wenn der Zustand der Mutter und des Kindes es erlauben – sich direkt positiv auf das Entzugssyndrom auswirken.



Stillen ist zu empfehlen, wenn es von den Müttern gewünscht wird und keine Kontraindikationen (HIV, Beikonsum oder starker Nikotinkonsum u.Ä.) vorliegen (siehe entsprechendes Kapitel). Wenn die Entlassung des Kindes zu den Eltern aufgrund von deren Instabilität nicht möglich erscheint, hilft eine zügige Klärung gemeinsam mit der Jugendwohlfahrt, verbunden mit der baldigen Etablierung einer verlässlichen Beziehung zu den künftigen Bezugspersonen.

Unerlässlich ist eine umfassende Begleitung der Eltern während dieser schwierigen frühen Phase mit psychologischer, sozialarbeiterischer und, wenn nötig, auch psychiatrischer Betreuung der Mutter bzw. der Eltern.

Die Prognose der Kinder hinsichtlich ihrer neurologischen Entwicklung nach Behandlung des NAS steht in Beziehung zum Verlauf und Beikonsum in der Schwangerschaft und den Risiken rund um die Geburt (siehe Kapitel 5 und 6). Intrauterine Wachstumsretardierung fand sich bei 20 %, Fehlbildungen und bleibende Mikrozephalie bei 8–10 % der kindlichen PatientInnen. Es besteht also ein variables biologisches Entwicklungsrisiko, das durch psychosoziale Faktoren noch verstärkt werden kann. Die Überweisung an eine Entwicklungsambulanz nach der Entlassung sowie eine kontinuierliche, aber individuelle Weiterbetreuung im Netzwerk der HelferInnen haben sich bewährt (siehe Kapitel 13).

12.2 Das Stillen

Vorbemerkung:

Eine Untersuchung am Boston Medical Center⁸ hat ergeben, dass sich von 187 opiatabhängigen Müttern, die die Kriterien zum Stillen erfüllten, nur 45 (24,1 %) für das Stillen entschieden, und von diesen 45 bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nur mehr 18 (40,0 %) tatsächlich stillten. Gerade Kinder opiatabhängiger Mütter würden besonders von den Vorteilen des Stillens und der Muttermilch profitieren⁹. Andererseits sind abhängige Mütter diesbezüglich aus vielen Gründen ambivalent oder ängstlich. Eine kritische Auseinandersetzung im Betreuungsteam mit diesem Thema sollte dazu beitragen, unter den substanzabhängigen Müttern



jene zu identifizieren, für die Stillen möglich ist, und ihnen bei Stillwunsch durch entsprechende Beratung zu einer erfolgreichen Stillbeziehung zu verhelfen¹⁰.

Argumente für das Stillen

Stillen ist die natürlich vorgegebene Form der Mutter-Kind-Beziehung nach der Geburt. Stillen bedeutet nicht nur Nahrungsaufnahme für den Säugling (Muttermilch ist der Goldstandard in der Säuglingsernährung), es hat auch nachweisbar positive Auswirkungen auf die Gesundheit und Psyche von Mutter und Kind und fördert eine spezielle Form der Beziehung. Obwohl darüber kaum evidenzbasierte Daten vorliegen, ist anzunehmen, dass das Stillen das Selbstbewusstsein der abhängigen Mutter stärkt, und die Fürsorge, die sie damit für ihr Kind übernimmt, sich positiv auch auf die Therapie ihrer Sucht auswirken könnte.

Durch das Stillen kommt es zu einer Verringerung des Neonatalen Abstinenzsyndroms – wobei dieser Effekt offensichtlich nicht auf einer pharmakologischen Wirkung der eingenommenen Substanzen beruht, sondern in der Tätigkeit des Stillens an sich (z.B.: häufige kleine Mahlzeiten, Hautkontakt) begründet ist¹¹.

Falls bei der Mutter kein Stillwunsch besteht, sollte sie hinsichtlich der Wahl der Formulanahrung und der Möglichkeiten des Bindungsaufbaus mit dem Baby ebenfalls fachlich kompetent und wertschätzend beraten werden.

Voraussetzungen für das Stillen

Enge Einbindung in ein Therapieprogramm mit Einhaltung der regelmäßigen Kontrollen von Mutter und Kind¹². Dem Therapieteam sollte auch eine erfahrene Stillberaterin angehören.

Kein Beikonsum (auch kein Alkohol!)

Keine HIV-Infektion

Nikotin kann zu Koliken und Unruhe beim Kind führen. Es geht rasch in die Muttermilch über, hat aber eine kurze Halbwertszeit. Daher ist zu beachten: Zumindest eine Stunde vor dem Stillen sollte nicht geraucht werden.





Bei einer Hepatitis-C-Infektion der Mutter ist gemäß den Empfehlungen der nationalen Stillkommission in Deutschland das Stillen nicht kontraindiziert, da bei chronischer Infektion bzw. niedriger Viruslast keine Übertragung der Infektion durch das Stillen zu erwarten ist. Es sollte jedoch eine eingehende Aufklärung der Mütter über ein theoretisches Restrisiko einer Infektionsübertragung erfolgen. Bei wunder Brustwarze sollte nur an der nicht betroffenen Brust gestillt werden!^{13/14/15}



Opioide gehen zu einem geringen Teil in die Muttermilch über. Beim Abstillen kann es daher zu milden Entzugserscheinungen kommen. Für andere Substanzen und Psychopharmaka sollte eine Evaluierung der Stillmöglichkeit durch eine entsprechende Beratungsstelle erfolgen. (Ambulanz für Reproduktionstoxikologie, Prof. Dr. Martin Ulm, Tel.: +43 1 40 400 2945)

Co-Sleeping wird nicht empfohlen, die Eltern sollten aber angehalten werden, das Kind im Zimmer der Eltern schlafen zu lassen. Eine Beratung zur optimalen Schlafumgebung für das Kind sollte im Hinblick auf die SIDS-Prophylaxe frühzeitig erfolgen (Rauchen in der Wohnung!)¹⁶.



Zusammenfassung:

Der Stillwunsch substanzabhängiger Frauen sollte ernst genommen werden, wobei aber individuelle innere und äußere Hindernisse zu respektieren sind. Prinzipiell ist die individuelle Stillberatung im Gesamtkontext einer umfassenden stationären Betreuung opiatabhängiger Mütter sinnvoll und muss mit den Frauen unter Einbeziehung ihrer persönlichen Situation besprochen werden. Speziell bei opiatabhängigen Frauen erfordert die Ermutigung zur Stillbeziehung Einfühlungsvermögen und Reflexion der damit verbundenen Emotionen bei allen Beteiligten.

Falls keine Kontraindikationen vorliegen, sollten diese Mütter so beraten werden, dass der Weg zum Stillen geebnet wird.

13.1 Die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und der Bindung

Ein Baby ist vom ersten Moment seines Lebens an auf Austausch mit seiner unmittelbaren Umgebung eingestellt. Wie Nahrung und körperliche Versorgung benötigt es ein feinfühliges und aufmerksames Gegenüber, das seine Bedürfnisse wahrnimmt und befriedigt. Das Baby selbst gestaltet die Beziehung von Anfang an aktiv mit. Es verstärkt durch seine Reaktionen – wie z.B. das soziale Lächeln ab etwa sechs Wochen – die Fürsorge seiner Umgebung und entfaltet dabei allmählich seine innere Welt.



Jede Frau, die schwanger wird, erlebt große Veränderungen. Sie bereitet sich innerlich darauf vor, das kommende Kind zum Zentrum ihres Interesses und ihrer Gefühle werden zu lassen. Man könnte von einem „Baby im Kopf“ sprechen. Nach der Geburt entwickelt sich die Beziehung im beständigen Zusammensein mit dem neu geborenen Kind. Das reale Baby hilft der Mutter, ihre Fantasien an die Wirklichkeit anzupassen. Dieser Prozess ist auch mit Enttäuschungen oder zwiespältigen Gefühlen verbunden. Wenn es der Mutter gelingt, ihr reales Baby zufriedenzustellen, wird sie durch das Kind zu einer „guten Mutter“ gemacht. Diese im Laufe der Zeit wachsende Sicherheit hilft ihr, ein gewisses Ausmaß an Spannung und Unsicherheit zu ertragen, beispielsweise wenn das Baby untröstlich weint oder unzufrieden schreit.



Besonders das erste Kind bringt seine Mutter in einen verletzlichen, aber gleichzeitig auch sehr für Veränderung offenen Zustand. Wie im Märchen „Dornröschen“ die Prophezeiungen der guten und bösen Feen an der Wiege beeinflusst die Haltung der Umgebung die Mutter in ihrer Fähigkeit, für ihr Kind da zu sein. Halt gebende Beziehungen zum Partner, zur eigenen Mutter oder zu anderen Frauen im familiären Umfeld stärken ihre Fähigkeit, mit den heftigen oder verwirrenden Gefühlen, die eine Geburt mit sich bringen kann, fertigzuwerden.



Drogenabhängige Frauen sind inneren und äußeren Belastungen ausgesetzt, die es ihnen schwerer machen, als Mutter ihrem Kind zur Verfügung zu stehen. Natürlich kann auch unter diesen Bedingungen eine stabile Eltern-Kind-Beziehung entstehen. Die Personen des Hilfesystems sollten aber darüber Bescheid wissen, was die Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Mutter/Eltern und Kind fördert, und dieses Wissen in die Betreuung einbauen.

Welche Faktoren können die Mutter-Kind-Bindung belasten? (Der Einfachheit halber wird hier vor allem die Mutter-Kind-Bindung genannt, obwohl auch Väter eine wichtige Rolle spielen können.) Von Seiten der Mutter ist hier das Fehlen von haltenden Beziehungen im Umfeld zu nennen, aber auch, in vielleicht noch bedeutenderem Ausmaß, das Fehlen von verinnerlichten positiven Beziehungserfahrungen.

Die Schwangerschaft kann ungeplant oder ohne bewussten Wunsch entstanden sein. Der Lebenspartner ist, wenn überhaupt vorhanden, oft selbst instabil, das Verhältnis zum eigenen Elternhaus brüchig oder konflikthaft und von der Gesellschaft wird die Schwangerschaft bei Drogenabhängigkeit manchmal geradezu als Delikt angesehen.

Viele Neugeborene werden für die Behandlung des NAS in ein anderes Spital transferiert, was zu einer Trennung von der Mutter im Wochenbett führt. Nicht nur, dass sie sich als Verursacherin der Schmerzen des Kindes schuldig fühlt oder schämt, erlebt sie sich dann unter Umständen in der Neugeborenenabteilung als Besucherin, deren Eignung als Mutter erst amtlich überprüft und festgestellt werden muss. Wenn sie ihr Baby in den Armen hält, ist sie vielleicht verzweifelt, wenn sie es wegen des Entzugs in ihrer eigenen Aufregung nicht beruhigen kann. Sie hat das Gefühl, sie könne es sich nicht erlauben, Unsicherheit oder negative Empfindungen, wie sie nach der Geburt häufig auftreten, vor sich oder anderen zugeben. Es ist paradox, dass ein Gespräch darüber mit einer Vertrauensperson sie entlasten könnte.

Alle Maßnahmen, Haltungen und Gesten, die der Mutter Sicherheit geben und sie in ihrer Rolle bestärken, fördern die Entwicklung der Bindung.

Wesentliche Elemente dabei sind Transparenz und Verbindlichkeit. Das beinhaltet bei instabilen psychosozialen Verhältnissen durchaus auch das Bestehen auf Rahmenbedingungen für Besuchskontakte seitens der Station, aber auch positive Rückmeldungen bei gelungenen Kontakten. Eltern, die wissen, was von ihnen auf der Station erwartet wird, können sich entspannter und mit mehr Selbstvertrauen ihrer eigentlichen Aufgabe widmen.

Alle organisatorischen Entscheidungsschritte sollten auch im Hinblick auf ihre Auswirkung auf die Mutter-Kind-Beziehung betrachtet werden. So ist es notwendig, die Eltern eingehend über die medizinische Behandlung des Kindes zu informieren und sich auch zu vergewissern, dass die Information richtig verstanden wurde.



WWW.

Als Unterstützung kann hierbei die 2010 erschienene Broschüre „Schwangerschaft und Drogen“ dienen. (www.drogenhilfe.at, www.suchtpraevention-noe.at)



Wenn Eltern in ihrer intuitiven emotionalen Verfügbarkeit oder Verlässlichkeit sichtlich eingeschränkt sind, wird in einem Abklärungsprozess entschieden, ob ihre gesundheitliche Verfassung und psychosoziale Situation eine Entlassung nach Hause erlauben bzw. welche zusätzlichen Unterstützungen dafür notwendig sind. Neben der Stabilität des Drogenkonsums muss die Beziehungs- und Erziehungsfähigkeit eingeschätzt werden. Für die Begleitung der Mutter/des Vaters und des Kindes ist ein interdisziplinäres Team der professionellen HelferInnen in Vernetzung mit dem Jugendwohlfahrtsträger notwendig.



Speziell in den ersten Wochen nach der Entlassung können Hausbesuche durch SozialpädagogInnen oder mobile Krankenschwestern sinnvoll sein.

13.2 Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen nach der Geburt

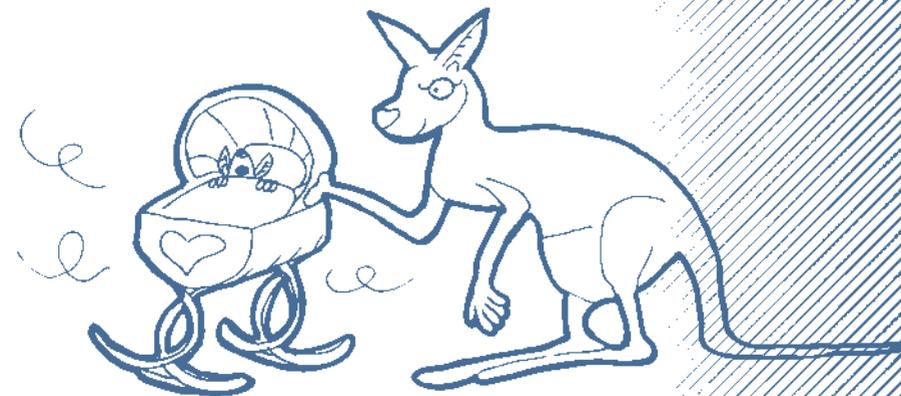


Im ersten Lebensjahr sind mehrere MKP-Untersuchungstermine vorgesehen (1. Lebenswoche, 4.–6. Lebenswoche, 3.–5. Lebensmonat, 7.–9. Lebensmonat, 10.–14. Lebensmonat).



Bei Drogenabusus oder Substitution in der mütterlichen Anamnese wird das Neugeborene zumeist bereits an der Geburtsstation in der ersten Lebenswoche auf etwaige Symptome untersucht – wenn nötig erfolgt eine stationäre Behandlung des Neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS, siehe oben). Bei den folgenden Untersuchungen – diese werden sowohl von AllgemeinmedizinerInnen als auch FachärztInnen für Kinder- und Jugendheilkunde durchgeführt – wird auf das somatische Gedeihen des Kindes und auf die neuromotorische Entwicklung geachtet:

Das normale Schädelwachstum wird durch das Gehirnwachstum bestimmt. Ein Zurückbleiben des Kopfwachstums im Verhältnis zur Altersgruppe bei wiederholten Messungen kann als Hinweis



auf eine sich anbahnende Entwicklungsstörung gelten, wobei als Hauptrisikofaktoren in dieser Risikogruppe die Folgen von Alkohol, Kokain und Tabak in der Schwangerschaft anzuführen sind. Beim Vollbild eines fetalen Alkoholsyndroms kommen zur Mikrozephalie noch typische Gesichtsmerkmale sowie eine Wachstumsstörung dazu.

Auch bei den folgenden Untersuchungen (22.–26. Lebensmonat, 34.–38. Lebensmonat, 46.–50. Lebensmonat und 58.–62. Lebensmonat) wird auf die grob- und feinmotorische sowie die mentale und sprachliche Entwicklung eingegangen.

Bei Auffälligkeiten ist die Zusammenarbeit mit bzw. die Überweisung an eine Spezialeinrichtung für Entwicklungsstörungen empfehlenswert,

sofern die Kinder nicht ohnehin in ein Nachbetreuungsprogramm integriert sind (siehe Kapitel 14).

Kapitel 14 – Die Arbeit mit Kindern substanzabhängiger Mütter

Anhand der Arbeit in der Entwicklungsambulanz für Kinder opioidabhängiger Mütter an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Rosenhügel/Hietzing – in der Folge „Entwicklungsambulanz“ genannt – wird beschrieben, welche Aufgaben im Rahmen einer präventiven Nachsorge für diese Risikogruppe zu bewältigen sind.

Bei der Entlassung aus der Neonatologie oder dem Kinderzimmer der Geburtsklinik erhalten die Mütter bereits einen ersten Termin in der Entwicklungsambulanz. Dieser in Jahren der Vernetzung etablierte Schritt führt dazu, dass etwa 70–80 % aller in Wien geborenen Kinder auf diesem Wege zumindest einmal gesehen werden.

Das erhöhte Risiko für biologisch-neurologische Störungen und dessen Ursachen wurden in Kapitel 5,6 und 11 ausgeführt. Fehlbildungen, Klumpfüße oder Schielen betreffen nur einige Kinder, treten aber in höherer Frequenz als in der Normalbevölkerung auf.

In Kontext der Entwicklungsambulanz geht es darum, bei den regelmäßigen Untersuchungen beispielsweise motorische und kognitiv-sprachliche Entwicklungsstörungen früh zu erfassen. Da auch subtile biologische Beeinträchtigungen durch psychosoziale Belastungen verstärkt werden, ist die Begleitung und Beratung

und deren Eltern am Beispiel der Entwicklungsambulanz¹⁷

der Eltern die wichtigste Maßnahme, um negativen Kettenreaktionen rechtzeitig entgegenzuwirken. Neben der neurologischen und kognitiven Entwicklung des Kindes gilt also ein besonderes Augenmerk den emotionalen Aspekten und der frühen Eltern-Kind-Beziehung.

Ziel ist es, die Mutter bzw. die Eltern mit ihren verantwortungsbewussten Anteilen „ins Boot zu holen“ und zu stärken. Dies ist leichter, wenn sie ihre Suchterkrankung nicht verheimlichen müssen.

Im Erstgespräch mit dem/der SozialarbeiterIn spricht die Mutter bzw. sprechen die Eltern in einer geschützten Atmosphäre über ihre persönliche Situation inklusive ihrer bisherigen Erfahrungen mit den Helfersystemen. Bei der folgenden fachärztlichen Untersuchung wird den Eltern die Grundhaltung vermittelt, ihr Baby als ein aktives, denkendes und fühlendes Wesen zu erkennen. Ein Kind, dessen Gefühle von seinen Hauptbezugspersonen wahrgenommen und gespiegelt werden, lernt sich selbst zu verstehen und sich auch unter schwierigen Bedingungen gesund zu entwickeln – dies wird in der Fachsprache Resilienz genannt.

Insbesondere das zweite und dritte Lebensjahr mit der zunehmenden motorischen Autonomie und der Aufgabe, Aufmerksamkeit zu steuern und Gefühle wie Trotz und Aggression zu regulieren, kann zur Destabilisierung der Familie führen. Hier ist in den meisten Fällen auch noch keine Kinderbetreuung etabliert und spätere Verhaltens- und emotionale Störungen können sich schon abzeichnen. Für die Wirksamkeit von frühen Interventionen bei Risikopopulationen findet sich in der Literatur breite Unterstützung (z.B. bei www.fruehehilfen.de).

Entwicklungskontrollen im Abstand von etwa drei Monaten in den ersten zwei Lebensjahren bieten ausreichende Kontinuität. Zeigen sich Symptome, werden die Termine verdichtet und zusätzliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen eingeleitet. Bei guter Entwicklung und stabiler Situation wird die Betreuung variabel gestaltet oder abgeschlossen und eine Einladung an die Eltern ausgesprochen, sich bei Bedarf zu melden.





Gelegentlich muss einer realen Gefährdung des Babys vorgebeugt und entschieden werden, ob das Kind im Familienverband bleiben kann. Die Beurteilung eines – von den betroffenen suchterkrankten Eltern verheimlichten – Kontrollverlusts ist schwierig und erfordert ein Netzwerk, bestehend aus Entwicklungsambulanz, Drogeneinrichtungen und Jugendamt.



Die Kommunikation zwischen den Institutionen erfolgt nach festgelegten gemeinsamen Qualitätsstandards unter größtmöglicher Transparenz den Eltern gegenüber. Die Fähigkeit der Eltern, Termine einzuhalten, ist dabei ein Hinweis auf ihre Verantwortlichkeit und Stabilität.



Zusammenfassung:

Inwieweit die Entwicklungsbegleitung für Kinder substanzabhängiger Mütter an einer Stelle oder an vielen erfolgen soll, kann diskutiert werden und hängt sicher auch von geografischen Gegebenheiten ab. Dafür sprechen die komplexen Anforderungen sowohl an die betreuende Stelle als auch an das damit verbundene Netzwerk.

Was benötigt also eine Entwicklungsambulanz für Kinder von drogenabhängigen Müttern über die Kompetenz zur entwicklungsneurologischen Beurteilung der Kinder hinaus?

- Eine gute persönliche Vernetzung mit den Kinderabteilungen, die die Neugeborenen behandeln,
- Fertigkeiten im Umgang mit suchterkrankten Eltern,
- Erfahrung in der Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und Drogeneinrichtungen,
- Wissen über die frühe Eltern-Kind-Beziehung und Entwicklungspsychiatrie,
- längerfristig und nachgehend angelegte Begleitungskonzepte,
- Standards der interinstitutionellen Kommunikation und Zusammenarbeit,
- die Bereitschaft, sich auf diese schwierige Gruppe von Kindern mit ihren Eltern einzulassen und ihnen bei der Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben zu helfen.

Kinderschutz und Unterstützung substanzabhängiger schwangerer Frauen und Mütter/Eltern

Schwangerschaft, Geburt und die Zeit unmittelbar danach gehören zu den wichtigsten Phasen im Leben der Menschen – und manchmal auch zu den schwierigsten. Das umfassende Beratungsangebot und die Förderungen des Jugendamts sollen helfen, diese Phase zu meistern, auftretende Fragen zu beantworten, mögliche Krisen zu überwinden und dem Baby den Start ins Leben zu erleichtern.

Kinder schützen – Eltern stützen

Jedes Kind hat das Recht auf eine gute Entwicklung und Entfaltung seiner Persönlichkeit. Das Jugendamt schützt Kinder und deren Rechte und hat die Verpflichtung, bei Gefährdung von Kindern und Jugendlichen unverzüglich einzuschreiten. Das Jugendamt setzt sich dafür ein, dass die Rechte von Kindern und Jugendlichen gewahrt werden und unterstützt Familien dabei, ihren Kindern die nötige Förderung zu ermöglichen.

Substanzabhängige schwangere Frauen und Mütter/Eltern leben sehr oft in einer besonders belastenden Situation. Das Jugendamt sowie andere betreuende Einrichtungen bieten Beratung und Unterstützung an, bei Bedarf in Zusammenarbeit mit MitarbeiterInnen der Suchtberatungen. Im Vordergrund der Beratung während der Schwangerschaft steht die Vorbereitung auf die Anforderungen als Familie. Wichtig ist uns die Stärkung der Verantwortung der Eltern, denn für die Betreuung eines Kindes sind die Zuverlässigkeit und die Stabilität der Eltern von größter Wichtigkeit.

Auch die Sicherung ihrer sozialen und wirtschaftlichen Situation ist von großer Bedeutung. Anlaufstellen für all diese Fragen sind sowohl die **18 Regionalstellen Soziale Arbeit mit Familien** als auch die **8 Eltern-Kind-Zentren** der **MAG ELF** in Wien sowie die 21 Bezirkshauptmannschaften, Fachgebiet Jugendwohlfahrt und die Jugendämter an den 4 Magistraten Niederösterreichs.

Nach der Geburt des Kindes erhalten Wiener Mütter/Eltern in den Eltern-Kind-Zentren/Elternberatungsstellen kostenlos und ohne E-Card ärztliche Beratung und Impfungen für ihr Kind.





Insbesondere die Angebote der **Wiener Eltern-Kind-Zentren** wie z.B.: **Elternschulen** bieten eine sehr gute Vorbereitung auf die Geburt und Elternschaft. Nach der Geburt des Kindes beraten SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen in den Eltern-Kind-Zentren und den **Elternberatungen** bei der Strukturierung des Alltags mit einem Baby/Kleinkind und bieten Informationen und Hilfestellungen bei Fragen wie z.B. Pflege, Ernährung, Erziehung, altersentsprechende Förderung, Spiel und Beschäftigung sowie Sicherheit im Haushalt mit Baby/Kleinkind etc. SozialarbeiterInnen beraten auch bei wirtschaftlichen Problemen und stellen bedarfsorientiert spezifische materielle Hilfen für Familien mit Kindern bereit.



In Niederösterreich bietet der Dienst der mobilen Kinderkrankenschwester bei Bedarf eine aufsuchende Beratung in Bezug auf Pflege und Betreuung des Säuglings in Form von Hausbesuchen an.

Risikofaktoren

Die Substanzabhängigkeit der schwangeren Frau bzw. der Eltern stellt nicht automatisch eine Kindeswohlgefährdung dar, wengleich der Konsum von Suchtmitteln ein erhöhtes Risiko für die Schwangerschaft bzw. die Gefahr möglicher Folgen für das Kind bzw. die Kinder birgt.

Bei der Betreuung und beim Beziehungsaufbau des Säuglings darf nicht übersehen werden, dass Kinder ein Recht auf konstante Zuwendung und Erfüllung der kindlichen Bedürfnisse haben.

Besondere Belastungsfaktoren in der Familie wie:

- außergewöhnliche psychische Reaktionen der Mutter nach der Geburt des Kindes,
- auffälliges Verhalten gegenüber dem Baby (Ablehnung, Überforderungsreaktionen),
- mangelnde bis gänzlich fehlende Vorbereitung und Einstellung auf das Leben mit dem Kind, eine unklare Wohnsituation, finanzielle Engpässe etc.,



- eine unbehandelte Suchterkrankung
- sowie Hinweise auf Gewalt in der Partnerbeziehung u.Ä.m. bergen ein mögliches Risiko für das Neugeborene und machen eine Gefährdungsabklärung seitens der Regionalstelle Soziale Arbeit mit Familien erforderlich.

Meldepflichten

Ärzte und MitarbeiterInnen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe gem. § 54 Abs. 6 ÄrzteG und § 8 Abs. 2 GuKG sowie alle anderen VertreterInnen von Gesundheitsberufen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen, LehrerInnen und KindergartenpädagogInnen sowie MitarbeiterInnen von freien Jugendwohlfahrtsträgern sind gem. § 37 Abs. 2 des JWG verpflichtet, dem Jugendwohlfahrtsträger den Verdacht einer Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung oder Misshandlung eines Kindes zu melden.

Gefährdungsabklärung

Die SozialarbeiterInnen des Jugendamts sind verpflichtet, jeder Meldung und Wahrnehmung einer vermuteten Gefährdung nachzugehen. Ziel der Gefährdungsabklärung ist es, rasch die mögliche Gefährdung eines Kindes einzuschätzen und im Falle einer akuten Gefährdung des Kindes notwendige Schutzmaßnahmen zu setzen. Zum Schutz des Kindes darf das Jugendamt auch in die Rechte der Eltern eingreifen, z.B. das Kind in einer akuten Gefährdungssituation mittels einer sogenannten Sofortmaßnahme (gem. § 215 ABGB i. V. m. 176 ABGB) aus der Familie nehmen. Sind die Eltern mit den Maßnahmen nicht einverstanden, ist die Entscheidung des Gerichts erforderlich.

Krisenunterbringung

Ist der Schutz eines Kindes in seiner Familie während der Gefährdungsabklärung nicht ausreichend gewährleistet, muss es in einer Krisenpflegefamilie (ab drei Jahren in einem Krisenzentrum) untergebracht werden. Während dieser (in Wien bis zu acht Wochen dauernden, in NÖ bis zu einem halben Jahr dauernden) Krisenunterbringung wird geklärt, ob und unter welchen Bedingungen das Kind in die Familie zurückkehren kann.





Unterstützung der Erziehung

Wird im Rahmen einer Gefährdungsabklärung die Gefährdung eines Kindes festgestellt, oder ist zu erwarten, dass diese auf Grund der festgestellten Risikofaktoren ohne entsprechende Unterstützungsmaßnahmen eintreten wird, so wird mit der Familie gem. §§ 33 und 35 Wr. Jugendwohlfahrtsgesetz 1990 eine Betreuung im Rahmen der Unterstützung der Erziehung vereinbart. Diese ambulante Betreuung ist dann möglich, wenn die Aussicht besteht, dass das Kind mit dieser Maßnahme vor allen Formen weiterer Gewalt geschützt wird. Grundlage der Arbeit mit den Obsorgeberechtigten ist eine Vereinbarung oder die mit Beschluss des Bezirksgerichtes verfügte Einschränkung der Obsorge der Eltern, die diese zur Zusammenarbeit mit dem JWT verpflichtet. Ziel der Unterstützung der Erziehung ist eine nachhaltige Veränderung des Erziehungsverhaltens, um den Schutz des Kindes in der Familie sicherzustellen.



Versorgung außerhalb der Familie – Volle Erziehung

Die SozialarbeiterInnen des Jugendamts wählen stets die schonendste Maßnahme, die den Schutz des Kindes gewährleistet. Ist jedoch der Schutz eines Kindes in der Familie trotz umfassender Unterstützungsmaßnahmen des Jugendamts nicht gewährleistet und kann es nicht von Verwandten oder im erweiterten Familiensystem versorgt werden, muss es im Rahmen der „Vollen Erziehung“ in einer Pflegefamilie oder in einer sozialpädagogischen Wohngemeinschaft untergebracht werden.



Datenschutz

Das Vertrauen der Familien ist ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer Betreuung, daher vereinbaren die SozialarbeiterInnen in der Unterstützung der Erziehung mit den Obsorgeberechtigten zwecks Klarheit und Transparenz, auch unter Berücksichtigung des erforderlichen Datenschutzes, die Form und Frequenz des fachlichen Informationsaustausches aller zugeschalteten Institutionen.

Weitere Informationen für Wien zu den umfassenden Angeboten der **MAG ELF** finden Sie unter:
www.wien.gv.at/menschen/magelf/



16.1 Regelungen über die Substitutionsbehandlung

Abgabemodus

Eine Abweichung vom gesetzlich vorgeschriebenen Abgabemodus der täglichen kontrollierten Einnahme des Substitutionsmittels unter Sicht in der Apotheke ist unter besonders berücksichtigungswürdigen Umständen, wie sie der Zeitraum um die Geburt eines Kindes wohl darstellt, möglich. Im Einzelfall wird es der Einschätzung des behandelnden Arztes obliegen, einen pragmatischen Mittelweg zwischen höchstmöglicher Sicherheit vor Missbrauch des Substitutionsmittels und unzumutbarer Belastung bei der Versorgung eines Neugeborenen zu treffen.

www.

Genauere Informationen findet man unter dem Link zum Rechtssystem des Bundes zur Suchtgiftverordnung (SV/SGV): <http://tinyurl.com/cqywxg9>

16.2 Meldepflichten und -rechte bei drogenabhängigen Schwangeren und jungen Müttern



Kommunikation mit Jugendwohlfahrtsbehörden während und nach der Schwangerschaft

Wird bei einer suchtkranken Patientin eine Schwangerschaft festgestellt, so stellt das keinen Anlass für eine Meldung bei der Jugendwohlfahrtsbehörde dar. Eine frühzeitige Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ist wünschenswert, kann aber nur im Einvernehmen mit der Schwangeren erfolgen. **Ein freiwilliger Kontakt während der Schwangerschaft erleichtert für alle Beteiligten die Betreuung nach der Geburt.**

Nach der Geburt des Kindes kann eine Meldepflicht (Gefährdungsmeldung) jedoch infrage kommen:



Bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Quälen eines Minderjährigen muss eine Meldung erstattet werden, wenn diese Meldung zur Verhinderung einer weiteren erheblichen Gefährdung des Kindeswohls erforderlich ist.

Liegen keine entsprechenden Hinweise auf eine mögliche Gefährdung vor, darf keine Meldung erstattet werden.

Im Zweifel wird eine Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt zur Abklärung einer eventuell vorliegenden Gefährdung empfohlen.



Mangelnde Kooperation der Schwangeren bei der Behandlung

Rechtliche Möglichkeiten, eine schwangere Frau „zum Schutz des ungeborenen Kindes“ gegen ihren Willen zu behandeln, gibt es nicht. Der volle Schutz des Kindes setzt erst mit der Geburt des Kindes ein, erst dann können Jugendwohlfahrt oder PflEGschaftsgericht zur Wahrung des Kindeswohls auch gegen den Willen der Mutter tätig werden.



Vor der Geburt eines ungeborenen Kindes ist dessen Rechtsstellung nur sehr eingeschränkt geregelt. Alle Überlegungen in Bezug auf den Fötus stehen im Spannungsverhältnis zum Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrecht der werdenden Mutter. Das Persönlichkeitsrecht der werdenden Mutter schützt sie weitgehend vor äußeren Entscheidungen in Bezug auf das werdende Kind. Mit Ausnahme der Regelungen über die Abtreibung gibt es im Prinzip keine Regelungen, die der Mutter in Bezug auf den Fötus Vorschriften machen. Hier stößt man naturgemäß auf ethische Problematiken: Jegliche Zwangsmaßnahme, die in Richtung „Schutz“ des Fötus ginge, würde natürlich auch den Körper der Schwangeren betreffen und damit in ihre Rechte eingreifen.

Eine Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz der Mutter während der Schwangerschaft („Unterbringung ohne Verlangen“) zum Schutz des Fötus scheidet somit aus diesen Gründen aus.

Eine Unterbringung kann nur zum Schutz der Mutter stattfinden. Als zentrale Frage ist zu klären, ob eine Selbstgefährdung im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung vorliegt. Die Diagnose der Suchterkrankung stellt aus juristischer Sicht keine psychische Krankheit im Sinne des *UbG** dar.



Schweigepflichten bei der Substitutionsbehandlung und Ausnahmen

Die früher „zwangsweise“ vorgesehene Entbindung von der Schweigepflicht im Substitutionsvertrag bei SubstitutionspatientInnen wurde Ende 2009 abgeschafft.

Anerkannte Drogenberatungseinrichtungen unterliegen einer sehr weitreichenden Verschwiegenheitspflicht (§ 15 SMG); die Schweigepflicht für sonstiges Gesundheitspersonal (ÄrztInnen, Hebammen, Krankenhauspersonal) ist nicht ganz so weitreichend.



Die in die Substitutionsbehandlung der Mutter/Eltern eingebundenen Stellen (dazu gehört das Jugendamt aber nicht!) dürfen sich, soweit sie der strengen Verschwiegenheitspflicht nach § 15 SMG (anerkannte Drogenberatungseinrichtungen) unterliegen, im



Einzelfall nur dann gegenseitig informieren, wenn dies zum Schutz der Gesundheit der Patientin oder des Patienten dringend erforderlich ist und die ausdrückliche Zustimmung der Patientin nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

Schwangere bzw. die Gefährdung der Leibesfrucht/eines Säuglings sind zwar nicht ausdrücklich genannt, diese Regelung kann in diesen Fällen trotzdem angewendet werden, wenn eine akute Gefährdung des Fötus oder Säuglings/Kleinkindes zu befürchten ist. In anderen Worten: Wenn es zum Schutz der Gesundheit der Leibesfrucht (oder des Säuglings/Kleinkindes) dringend erforderlich ist und die Zustimmung der Patientin nicht rechtzeitig eingeholt werden kann, dürfen sich auch in solchen Fällen in die Behandlung eingebundene Stellen gegenseitig wichtige behandlungsrelevante Informationen weitergeben.



Mit Einverständnis der Schwangeren/Mutter ist natürlich ein Austausch mit anderen betreuenden Stellen, auch dem Jugendamt, möglich. In vielen Stellen wird zwecks besserer Zusammenarbeit und Koordination eine standardisierte Zustimmungserklärung von der Betroffenen eingeholt. In unklaren oder möglicherweise kritischen Situationen kann damit – im Sinne der Schwangeren und/oder Kinder – eine Information an andere kooperierende Stellen weitergegeben werden, ohne dass bis zum Eintritt einer akuten Gefährdungssituation zugewartet werden muss.



Einrichtungen, die das Kind betreuen, unterliegen in der Regel nicht dieser Verschwiegenheitspflicht (§ 15 SMG) und können daher Informationen, die die Mutter/Eltern betreffen, an deren BehandlerInnen bzw. BetreuerInnen weitergeben, sofern sie nicht ihrerseits einer Verschwiegenheitspflicht unterliegen.



¹ Winklbaur, B., Kopf, N., Ebner, N., Jung, E., Thau, K. & Fischer, G., 2008, Treating pregnant women dependent on opioids is not the same as treating pregnancy and opioid dependence: a knowledge synthesis for better treatment for women and neonates, *Addiction* (Abingdon, England), 103(9), pp. 1429-40.

² Metz, V., 2011, Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? *Neuropsychiatry*, 2 (2012) Finnegan Score: <http://www.neonatalerdrogenentzug.de/neo/lmodel/Lmodel2.htm>

³ Jones, H.E., Kaltbach, K., Heil, S.H., Stine, S.M., Coyle, M.G., Arria, A.M., O'Grady, K.E., Selby, P., Martin, P.R. & Fischer, G., 2010, Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure, *New England Journal of Medicine*, 363(24), pp. 2320-31.

⁴ Metz 2011

⁵ Boucher, N., Bairam, A. & Beaulac-Baillargeon, L., 2008, A new look at the neonate's clinical presentation after in utero exposure to antidepressants in late pregnancy, *Journal of clinical psychopharmacology*, 28(3), pp. 334-9.

⁶ Bakstad, B., Sarfi, M., Welle-Strand, G.K. & Ravndal, E., 2009, Opioid maintenance treatment during pregnancy: occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. A national prospective study, *European addiction research*, 15(3), pp. 128-34.

⁷ Jones et al. 2010

⁸ Wachman AM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with Neonatal Abstinence Syndrome. *Breastfeeding Medicine* 2010;5(4):159-164

⁹ Pronczuk J, Moy G, Vallenias C. Breast Milk, an optimal food. *Environmental Health Perspectives* 2004;112:A722-A723

¹⁰ Obergruber A; Sucht und Stillen. *VSLÖ-News* 2009

¹¹ Abdel-Latif ME et al. Effects of breast milk on the severity and outcome of neonatal abstinence syndrome among infants of drug-dependent mothers. *Pediatrics* 2006;117(6);e1163

¹² The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee; ABM Protocol #21: Guidelines for Breastfeeding and the Drug-Dependant Woman. *Breastfeeding Medicine* 2009;4(4):225-228

¹³ Indolfi G, Resti M. Perinatal transmission of hepatitis C virus infection. *J Med Virol*. 2009 May;81(5):836-43.

¹⁴ Powell M, Bailey J, Maggio LA. Clinical inquiries. How should you manage children born to hepatitis C-positive women? *J Fam Pract*. 2010 May;59(5):289-90

¹⁵ Kashiwagi M et al. Opiatabhängigkeit und Stillen – Literaturübersicht und Empfehlungen, *Geburtsh Frauenheilk* 2005; 65: 938-941

¹⁶ The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee; ABM Clinical Protocol #6: Guideline on Co-Sleeping and Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2008,3(1):38-43

¹⁷ Elstner, Fiala-Preinsperger, & Berger. (2006). Entwicklungsbegleitung von Kindern substanzabhängiger Mütter - das Wiener Comprehensive Care Modell. *Neuropsychiatrie*, 20(2), 109-117

antiretrovirale Therapie
medikamentöse Behandlung der HIV-Infektion

anovulatorische Zyklen
Zyklen ohne Eisprung

Arteria-umbilicalis-Doppler
Ultraschall der Nabelarterie

Bakterielle Vaginose
Scheidenentzündung

Behandlung mit pegyliertem Interferon alpha/Ribavirin
medikamentöse Behandlung der Hepatitis-C-Infektion

blood-borne diseases
durch Blut übertragbare Krankheiten

Endocarditis
Herzklappenentzündung

Fetaler Distress
akute Gesundheitsgefährdung des Embryos

Gastroenterologe/Gastroenterologin
Internistin für Erkrankungen des Verdauungsapparats

Glucosetoleranztest
Test zur Entdeckung eines Schwangerschaftsdiabetes

Hämodilution
normale Blutbildveränderung, die von einer krankhaften Blutarmut zu unterscheiden ist

Intrauterine Asphyxie
Sauerstoffmangel

Intrauterine Wachstumsretardierung (IUGR)
Wachstumsverzögerung im Mutterleib

Jugendamt
Amt für Jugend und Familie Wien / Jugendwohlfahrt NÖ

kumulativ

sich summierend, alle einzelnen Punkte zusammengenommen

Mekoniumaspiration

Einatmen von Fruchtwasser

Mikrozephalie

geringer Kopfumfang als Ausdruck verringerten Gehirnwachstums

Neonatologie

Neugeborenenheilkunde

Off-Label-Verwendung

Einsatz eines zugelassenen Arzneimittels außerhalb der Zulassung (andere Personengruppe, Indikation etc.)

Off-Label-Verordnung

§ 8 Abs. 1 Z 2 des Arzneimittelgesetzes

Opioid-Analgesie

Schmerzbekämpfung mit Opioiden

Plazentainsuffizienz

Führt zu einer unzureichenden Versorgung des Fötus

Präeklampsie

eine besondere Form der Schwangerschaftserkrankung

Ribavirin

medikamentöse Behandlung der Hepatitis-C-Infektion



Serotyp

Erregeruntergruppe

Sonografische Biometrie

Vermessung des Embryos

Substitutionstherapie

Unter Substitutionstherapie wird in diesem Zusammenhang eine Erhaltungstherapie mit einem dafür geeigneten Opioid (z.B. Methadon, Buprenorphin, retardierte Morphine) verstanden. Der Begriff Substitutions- und Opioiderhaltungstherapie wird in dieser Broschüre synonym verwendet.

teratogen

Fehlbildungen auslösend

UbG

Unterbringungsgesetz

Vaginose

Scheidenentzündung

Adressteil NÖ

Suchthilfeeinrichtungen

Die Suchtberatungen des Landes NÖ bieten unentgeltliche Einzel- und Gruppentherapie, Beratung und Betreuung durch SozialarbeiterInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen nach Vereinbarung sowie kurz- und langfristig betreute Angehörigengruppen durch SozialarbeiterInnen und TherapeutInnen an.

SUCHTBERATUNG AMSTETTEN

Hauptplatz 35
3300 Amstetten
Tel.: 0676/83844532
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG BADEN

Helenenstraße 40/41
2500 Baden
Tel.: 01/88010-1370
E-Mail: baden@api.or.at
Homepage: www.api.or.at

SUCHTBERATUNG BRUCK/LEITHA

Wiener Gasse 3/Stiege B/DG
2460 Bruck/Leitha
Tel.: 02162/69101
E-Mail: office.sucht.2460@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG GÄNSERNDORF

Bahnstraße 51
2230 Gänserndorf
Tel.: 02282/60569
E-Mail: office.sucht.2230@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG GMÜND

Pestalozzigasse 3
3950 Gmünd
Tel.: 0676/83844533
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG HOLLABRUNN

Kühschelmgasse 5
2020 Hollabrunn
Tel.: 02952/306 60-210
E-Mail: office.sucht.2020@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG HORN

Bahnstraße 5
3580 Horn
Tel.: 0676/83844533
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG KLOSTERNEUBURG

Hundskehle 21/5
3400 Klosterneuburg
Tel.: 02243/35201-30
E-Mail: office.sucht.3400@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG KREMS

Bahnzeile 1,
Eingang Edmund-Hofbauer-Straße
3500 Krems
Tel.: 0676/83844395
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG LILIENFELD

Platzl 6
3180 Lilienfeld
Tel.: 0676/83844395
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG MELK

Stadtgraben 10
3390 Melk
Tel.: 0676/83844532
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG MISTELBACH

Hauptstraße 7-8
2130 Mistelbach
Tel.: 02572/20327
E-Mail: office.sucht.2130@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG MÖDLING

Sr. Maria Restitutastraße 33
2340 Mödling
Tel.: 01/88010-1360
E-Mail: sbmoedling@api.or.at
Homepage: www.api.or.at

SUCHTBERATUNG NEUNKIRCHEN

Eltzgasse 9
2620 Neunkirchen
Tel.: 01/88010-1390
E-Mail: neunkirchen@api.or.at
Homepage: www.api.or.at

SUCHTBERATUNG SCHEIBBS

Kapuzinerplatz 1
3270 Scheibbs
Tel.: 0676/83844532
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG SCHWECHAT

Wienerstraße 1/6
2320 Schwechat
Tel.: 01/70731 57-30
E-Mail: office.sucht.2320@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG ST. PÖLTEN

Brunngasse 23
3100 St. Pölten
Tel.: 0676/83844395
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG STOCKERAU

Kochplatz 7
2000 Stockerau
Tel.: 02266/63914-300
E-Mail: office.sucht.2000@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG TULLN

Königstetterstraße 1
3430 Tulln
Tel.: 02272/65188-40
E-Mail: office.sucht.3430@psz.co.at
Homepage: www.psz.co.at

SUCHTBERATUNG WAIDHOFEN/THAYA

Bahnhofstraße 18
3830 Waidhofen/Thaya
Tel.: 0676/83844533
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

SUCHTBERATUNG WAIDHOFEN/YBBS

Oberer Stadtplatz 20
3340 Waidhofen/Ybbs
Tel.: 0676/83844533
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

Adressteil Niederösterreich

SUCHTBERATUNG ZWETTL

Landstraße 29
3910 Zwettl
Tel.: 0676/83844533
Homepage: www.stpoelten.caritas.at

Jugend-Suchtberatung AGATHON

Purkersdorf
Homepage: www.agathon.cc

Jugend-Suchtberatung JUSY

Waidhofen/Ybbs
Homepage: www.jusy.at

Jugend-Sucht- Familienberatung WAGGON

Mödling
Homepage: www.waggon.at

Jugend-Suchtberatung AUFTRIEB

Wr. Neustadt
Homepage: www.jugendundkultur.at

LANDESKLINIKUM MOSTVIERTEL

AMSTETTEN-MAUER
Homepage: www.mauer.lknoe.at

Anton Proksch Institut (API)

Homepage: www.api.or.at

Grüner Kreis

Homepage: www.gruenerkreis.at

Geburtskliniken

Homepage: www.lknoe.at

Jugendwohlfahrt NÖ

Homepage: www.noe.gv.at/Gesellschaft-Soziales/Jugend/Jugendwohlfahrt.wai.html

Gewalt und Wohnen

Notschlafstelle St. Pölten und Frauen-Wohnheim

Tageszentrum und Notschlafstelle für Frauen
Homepage: www.emmaus.at

Mutter-Kind-Wohnheim St. Pölten und Hollabrunn

Homepage: www.noe.gv.at

Verein Autonome Österreichische

Frauenhäuser
Homepage: www.aeof.at

Arbeiterkammer Niederösterreich

Homepage: <http://noe.arbeiterkammer.at>

Fragen rund ums Kind

Entwicklungsambulanzen der NÖ

Landeskrankenhäuser in den Städten
Amstetten, Krems, Mistelbach, Mödling, St.
Pölten, Tulln, Wr. Neustadt und Zwettl
Homepage: www.lknoe.at

Krankenhaus Hietzing-Zentrum

Rosenhügel

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie –
Entwicklungsambulanz
Homepage: www.wienkav.at/kav/khr

DESK – Projekt zur Optimierung
der Behandlung und Betreuung von
suchterkranken Schwangeren in
Niederösterreich
Homepage: www.suchtpraevention-noe.at

Adressteil Wien

Adressteil Wien

Drogeneinrichtungen

Allgemeines Krankenhaus der Stadt

Wien – Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Suchtforschung und -therapie
Homepage: www.sucht-news.at

Anton Proksch Institut (API)

Homepage: www.api.or.at

Verein Dialog: Integrative Suchtberatung

Homepage: www.dialog-on.at

Verein Grüner Kreis

Homepage: www.gruenerkreis.at

Verein P.A.S.S.

Homepage: www.pass.at

Suchthilfe Wien (SHW)

Homepage: www.suchthilfe.at

Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW)

Homepage: www.drogenhilfe.at

Spitäler und Gesundheitsdienste

AMBER-MED ambulant medizinische
Versorgung, soziale Beratung und
Medikamentenhilfe für
Menschen ohne Versicherungsschutz, Diakonie
und Rotes Kreuz
Homepage: <http://amber.diakonie.at>

Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)

Homepage: www.wgkk.at

Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)

Homepage: www.wienkav.at

Familienplanung und Beratung zu Fragen während der Schwangerschaft

Diözesaner Hilfsfonds für Schwangere in Notsituationen, Erzdiözese Wien

Homepage: www.hilfsfonds.or.at

Aktion Leben, Verein

Homepage: www.aktionleben.at

Familienhebammen – Stützpunkte

Homepage: www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/eltern-kind/geburt/familienhebammen.html

Hebammenzentrum – Verein freier Hebammen

Homepage: www.hebammenzentrum.at

MA 40, Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht

Homepage: www.wien.gv.at/gesundheit/sozialabteilung

Familienplanung, MAG ELF – Amt für Jugend
und Familie
Homepage: www.kinder.wien.at

Fragen rund ums Kind

Krankenhaus Hietzing –

Zentrum Rosenhügel

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie –

Entwicklungsambulanz

Homepage: www.wienkav.at/kav/khr

Servicetelefon der MAG ELF

(Amt für Jugend und Familie)

Tel.: 01/4000-8011

Homepage: www.wien.gv.at/menschen/magelf/service/stelle.html

Für Migrantinnen

MA 35, Einwanderung, Staatsbürgerschaft, Standesamt

Homepage: www.wien.gv.at/verwaltung/personenwesen

Beratungszentrum für Migranten und Migrantinnen

Homepage: www.migrant.at

Genea, Caritas der Erzdiözese Wien

für in- und ausländische schwangere Frauen,
werdende Väter und Eltern

Homepage: www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/familie-und-kinder/genea/

Orient-Express, Frauenservicestelle

Homepage: www.orientexpress-wien.com

Redaktionsteam:

Dr. Thomas Elstner,

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hietzing – Rosenhügel / Entwicklungsambulanz

Drⁱⁿ Jutta Korosec, Verein Dialog

DSA Sonja Kuster, Abteilung Liaisondienste der Sucht- und Drogenkoordination Wien

Dr. Wolfgang Werner, PSZ-GmbH, Fachbereichsleitung Sucht

Dr. Max Wudy, prakt. Arzt, Referatsleiter der NÖÄK für Abhängigkeitsfragen

Diese Broschüre wurde erstellt mit der Unterstützung von:

Drⁱⁿ med. Gerlinde Balluch, AIDS Hilfe Wien

Oberarzt Dr. Alfred Dilch, Gottfried v. Preyer'sches Kinderspital

Drⁱⁿ Heidemarie Holzmann, Department für Virologie der MedUni Wien

Univ.-Prof. Dr. Martin Langer, Oberarzt der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der MedUni Wien

Impressum:

Medieninhaber und Herausgeber:

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Fachstelle für Suchtprävention NÖ

Für den Inhalt verantwortlich:

Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH

Fachstelle für Suchtprävention NÖ

Gestaltung: Bernhard Faiss [MA]

Hersteller: Druckerei Walla, 1050 Wien

Verlags- und Herstellungsort: Wien

Stand: August 2012

Fotonachweis:

Porträt Michael Dressel – © realtime productions / Matthias Brandstetter

