

# Folgen von Drogenmissbrauch während der Schwangerschaft

Dr. med. Birgit Moldenhauer

Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Aschersleben



## Neonatales Abstinenzsyndrom

- Verursacht durch mütterliches Drogenkonsum (Alkohol, Nikotin, Drogen)
- Hohe Dunkelziffer, keine genaue Zahlen
- Nach Schätzungen jährlich 2000 Kinder drogenabhängiger Mütter geboren
- Inzidenz ca. 1 : 3000 Lebendgeborenen
- Schädigung der Kinder durch intrauterine Alkoholexposition : jährlich 6500 Kinder,
- Inzidenz 1 : 1000

## Drogenmissbrauch in der Schwangerschaft

- Die Folgen für den Embryo, den Feten oder das Neugeborene sind
- abhängig von
- Dauer des Konsums , Höhe des Alkoholspiegels, der täglichen Zigarettenmenge,
- Bei Drogen nicht sicher bekannt, unterschiedliche Studien

# Folgen intrauteriner Drogenexposition (Embryo- und Fetotoxizität)

- Alkohol: Fetales Alkoholsyndrom
- fetale Alkoholdefekte
- Wachstumsretardierung
- Gesichtsdysmorphie (Abflachung des
- Mittelgesichtes, schmales und
- eingezogenes Lippenrot, tiefe Ohren )
- Mikrozephalie (Kopf zu klein)
- Fehlbildungen

## Folgen intrauteriner Drogenexposition (Embryo- und Fetotoxizität)

- Nikotin: intrauterine
- Wachstumsretardierung
- erhöhtes SIDS (plötzlicher Kindstod) Risiko
- Fehlbildungen, u.a. Lippen-
- Kiefer-Gaumenspalte

# Folgen intrauteriner Drogenexposition (Embryo- und Fetotoxizität)

- Kokain: Wachstumsretardierung
- Fehlbildungen
- Mikrozephalie
  
- Cannabis/Marihuana : intrauterine Wachstumsretardierung
  
- Opiate: Folgen nicht nachgewiesen
  
- Amphetamine: Wachstumsretardierung

# Schwangerschaftsverlauf und neonatale Schädigung

- Frühgeburtsrisiko auch bei konsequenter Vorsorge in Spezialambulanz auf 15 bis 20 % erhöht
- Jedes 4. Kind ist hypotroph (Gewicht < 10 .P., Länge normal)
- 15 % der Neugeborenen weisen eine isolierte Mikrocephalie auf.
- Sowohl das Frühgeburtsrisiko als auch die intrauterine Mangelernährung werden maßgeblich durch das Beigebrauchsmuster beeinflusst (zusätzlicher Konsum von Nikotin, Alkohol)

# Neonatales Abstinenzsyndrom

- 65-85 % der Neugeborenen opiatabhängiger Mütter entwickeln zwischen dem 2. und 7. Lebenstag Drogenentzugssymptome:
- **Magen-Darm-Trakt:** Erbrechen, Trinkschwäche, durchfällige Stühle,
- **ZNS:** Krampfanfälle, gesteigerter Muskeltonus, Myoklonien (kleinste Zuckungen), Ruhetremor (Zittrigkeit)
- **Vegetative Symptome:** Schwitzen, Fieber, vermehrtes Gähnen, marmorierte Haut
- **Häufiges/ständiges, schrilles Schreien, verkürzte Schlafphasen, große Unruhe,**

# Neonatales Entzugssyndrom

- Auftreten der Entzugssymptome in der Regel 40 bis 60 Stunden nach der Geburt, maximaler Entzugsscore nach 92 Stunden
- **Symptome:**
- Trinkschwierigkeiten, Erbrechen, Durchfall
- Schnelle Atmung, Schwitzen, Niesen
- Schrilles Schreien, kurze Schlafphasen, Zitterigkeit, muskuläre Hypertonie (gesteigerter Muskeltonus)
- Unruhe, Hyperaktivität, Fieber, Krämpfe

# Neonatales Entzugssyndrom

- Ob Stärke und Dauer des mütterlichen Drogensyndroms korreliert mit der Ausprägung auf das neonatale Drogenentzugssyndrom ist nicht bekannt, widersprüchliche Angaben
- **Weitere Probleme beim Neugeborenen:**
- Erhöhte Mortalität (Sterberate) im ersten Lebensjahr, wird mit 5 % angegeben
- **Prävention:**
- Gute medizinische Betreuung und Überwachung der drogenabhängigen Schwangeren sowie die Durchführung der Substitutionstherapie ab 32. SSW scheinen die Rate von Frühgeborenen und die Mortalität der Neugeborenen zu senken

# Neonatales Entzugssyndrom

- Weitere Probleme:
- Infektionen (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C)
- *Die Überprüfung, ob ein Kind einen Entzug entwickelt, erfolgt idealerweise des Finneganscore:*
- *Dreimal in 24 Stunden wird der Score gemacht*
- *(zweimal durch die Kinderkrankenschwester, einmal durch den Arzt)*

# Finnegan-Score zur Diagnose und Quantifizierung des neonatalen Drogenentzugssyndroms

Tabelle

Klinisches Kriterium	1	2	4	5
Schreien		häufig, schrill		
Schlafen nach dem Füttern	<3 Std.	<2 Std.		
Moro-Reflex		verstärkt		
Tremor bei Störung	leicht	mäßig		
Tremor in Ruhe			mäßig	
Hautabschürfungen	ja			
Myokloni				
Krampfanfälle				ja
Schwitzen	ja			
Fieber	37,2-38,2° C	>38,2° C		
Häufiges Gähnen	ja			
Marmorierte Haut	ja			
Verstopfte Nase		ja		
Niesen	ja			
Übermäßiges Saugen	ja			
Trinkschwäche		ja		
Erbrechen		Regurgitation		
Stühle		dünn		Tabell e

# Medikamentöse Therapie des neonatalen Abstinenzsyndroms

- individuelle klinische Indikationsstellung bei einem Finnegan-Score > 10 bis 12 Punkten
- Primäres Ziel: schnell und suffizient die Entzugssymptomatik auf ein für das Kind erträgliches Maß zu reduzieren und eine stoffliche Entwöhnung herbeizuführen
- Medikamente: orale Morphinhydrochloridlösung über 8 bis 28 Tage, Phenobarbital und Benzodiazepine auch möglich, (schlechtere Ergebnisse)
- Unterstützende zuwendungsintensive Pflege: reizarme Umgebung, eine haltgebende, begrenzende Lagerung, häufigere Mahlzeiten, im Wachzustand vermehrter Körperkontakt

# Neonatales Entzugssyndrom

- Dauer:
- **Heroin-Entzugssyndrom:**
  - in der Regel 4 – 8 Wochen,
  - kann allerdings bis zu 3 bis 6 Monaten fortbestehen
- **Methadonentzug:**
  - Schweregrad des neonatalen Methadonentzuges korreliert mit der maternalen (mütterlichen) Methadondosis

# Medizinisches Langzeit-Outcome

- Von Kindern nach neonatalem Drogenentzug ist insgesamt gut
- **Allerdings Störungen wie:**
- Schlafstörungen
- Hyperaktivität
- Heftiges schrilles Schreien
- Muskulärer Hypertonus
- Verzögerung der kognitiven vor allem der Sprachverzögerung
- Verhaltensauffälligkeiten und Konzentrationsdefizite

*sind möglich*

## Mortalität:

- Das Risiko für einen plötzlichen Kindstod ist 5 bis 10fach erhöht, trifft auch für Kinder mit mütterlichem Nikotin- und Alkoholabusus zu
- Gewalterfahrung, Vernachlässigung,

# Diagnosesicherung

- Geburtshelfer, Krankenschwestern, Hebammen und auch niedergelassene Kinderärzte sollten mit der Symptomatik vertraut sein.
- Genaue Anamnese wichtig
- toxikologische Untersuchung des Mekoniums: Drogennachweis im Mekonium informiert über den mütterlichen Drogenkonsum im letzten Trimenon
- aus Haaren und Nabelschnurgewebe auch Drogenanalyse möglich
- Mütterlicher Harn, wenn die kurzfristig zurückliegenden Konsumgewohnheiten der Mutter dokumentiert werden sollen
- ,

# Therapieziele in der Schwangerschaft

- Drogenabhängige Frauen stellen sich häufig erst weit nach dem 1. Schwangerschaftstrimenon vor.
- Neben der geburtshilflichen Betreuung sind eine angemessene suchtmmedizinische Begleitung mit einer situationsbezogenen Substitutionstherapie sowie eine intensive psychosoziale Begleitung zur Klärung der Lebenssituation mit entsprechenden Interventionen nötig

## Folgende Ziele müssen vordringlich verfolgt werden:

- Wahrnehmung von Schwangerenvorsorgeuntersuchungen
- Eingliederung in ein Opiatsubstitutionsprogramm
- Beendigung bzw. Minimierung des Beikonsums legaler und illegaler Drogen
- Diagnostik und Therapie von mit Drogenkonsum assoziierten Infektionskrankheiten (HIV, Hepatitis B und C)
- Stabilisierung der schließlich Wohnung, Einkommen, gegebenenfalls Aufenthaltsstatus
- Vorbereitung auf die Mutterrolle

## Erreichen dieser Ziele:

- Interdisziplinäre Kompetenz
- Gute Kooperation mit den lokalen Drogenhilfeeinrichtungen
- Ärzte, die die erforderliche Substitutionstherapie einleiten, kommen in eine ethisch und juristische problematische Situation, da auch die Substitutionstherapie einer Schwangeren das Risiko einer iatrogenen Schädigung des Feten beinhaltet.

## Wichtig:

- Vermeidung von Rückfällen hat absoluten Vorrang vor den Versuchen einer Dosisreduktion

## Wie reagiert die Mutter?

- Da das Neugeborene den körperlichen Entzug durchleidet, ist für die Mütter eine große emotionale Belastung
- Schuldgefühle werden dadurch verursacht
- Entwicklung einer natürlichen Mutter-Kind-Beziehung wird nachhaltig gestört

# Probleme im Umgang mit suchtkranken Eltern

- *Vorurteile des Pflorgeteams:*
  - unterschiedliche Erfahrungen und Einstellungen zu Drogen
  - Zweifel an elterlichen Kompetenzen
  - Beschützerinstinkte

## *Gefühle der Eltern:*

*Selbstunsicherheit, schlechtes Gewissen ,  
aggressives Verhalten  
Schuldzuweisung  
Gefühl der Bevormundung  
Mißtrauen gegenüber dem Pflorgeteam*

*Konsequenz: unregelmäßige Anwesenheit der Eltern beim Kind*

## Wichtig für Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung

- Einbeziehen der Eltern in die Versorgung des Kindes
- Herausforderungen für Kinderkrankenpflege:
  - Gelassene Pflege anstrengender Kinder
  - Vermittlung von Sicherheit durch koordinierten und konsistenten Umgang mit den Eltern
- Herausforderungen für Sozialarbeit:
  - ein gut funktionierendes klinikinternes und externes Netzwerk für die nachstationäre Betreuung der suchtkranken Familien

## Klinische Sozialarbeit

- Beratung und Betreuung der Mütter zu allen sozialen und finanziellen Fragen
- Herstellung von Kindeswohl und präventivem Kinderschutz
- Ganz wichtig: **Situationsbeschreibung der Mutter:**
  - soziale Situation
  - ihre Lebensumstände, ihre Biographie
  - ihr Umgang mit der eigenen Sucht
  - ihre Reaktion auf Stress
  - ihr Umgang mit dem Kind

## Erstellung eines Hilfeplanes

- Festlegung:
- Wer ist für Familie nach der Entlassung zuständig?
- Wer bietet weitere Fachberatung und Unterstützung im Alltag?
- Wie findet die Anbindung an die Hilfeangebote statt?
- Wer führt das Case Management? (Ablaufschema)

# Mütterliche Faktoren, die die Erstellung eines Hilfeplanes erschweren

- Verleugnung oder Verschweigen ihrer realen Lebensbedingungen
- Realitätsferne Zukunftsvorstellungen
- Unkenntnis oder gestörte Wahrnehmung der alltäglichen Kindsbedürfnisse
- Hohe Erwartungen an ihr Kind
- Realitätsferne Einschätzung ihrer sozialen Umgebung
- Unzuverlässigkeit

# Forderungen an die Zusammenarbeit verschiedener professioneller Instanzen

- Enger Austausch durch regelmäßiges Treffen
- Erstellung von Standards innerhalb der Fachgruppen
- Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Beurteilung der Familien
- Klientenbezogener Datenaustausch
- Zusammenfluss der Daten in den Zentralen des Netzwerkes
- Zusammengetragene Daten dienen als Grundlage der gemeinsamen Beratungen
- Aufgaben und Struktur des Netzwerkes müssen schriftlich definiert sein.

# Gesetzliche Grundlagen zu Kindeswohl und Kinderschutz in Deutschland

- **Grundgesetz Artikel 6: Ehe und Familie**
- **Bürgerliches Gesetzbuch: BGB:**
  - § 1626: Elterliche Sorge, Grundsätze
  - § 1631: Inhalt und Grenzen der Personensorge
  - § 1666 : Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls
  - § 1666a: Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, Vorrang öffentlicher Hilfen
- **8. Sozialgesetzbuch SGB VIII:**
  - § 8a: Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

## Neuere Drogentrends

- In den letzten Jahren verzeichnen Rechts- und Verkehrsmediziner sowie Toxikologen **81 neue Drogentypen (2013)**
- **Neue Begriffe: Designerdrogen, Legal Highs,**
- Diese Substanzen werden von den Konsumenten geraucht, geschluckt, geschnieft oder gespritzt,
- Mit dem Begriff Legal Highs soll suggeriert werden, dass Handel, Besitz und Konsum nicht gegen einschlägige Gesetze (Betäubungsmittelgesetz, Arzneimittelgesetz und Straßenverkehrsgesetz) verstoßen

## 2 wichtigste Substanzgruppen: Spice und Badesalze

- **Spice:** schwere Intoxikationen, Todesfälle, sind synthetische Cannabinoide, ( mittlerweile 300 Arten bekannt)
- *Symptome: ausgeprägte Tachykardien, starkes Erbrechen, ausgeprägte Sedierung, Panikattacken, Halluzinationen, sonstige psychotische Symptome*
- *Todesfälle bedingt durch Atemdepression, Krampfanfälle oder indirekt durch psychotische Störungen*

## Designerdroge „Badesalz“

- In Deutschland seit 2011 große Bedeutung
- Synthetische Substanzen, die Rauschzustände auslösen, z. B. Cathinonderivate
- Cathinon ist psychoaktiver Hauptwirkstoff von Kath
- Wirkung ähnlich wie Kokain, Amphetamin
-

## Neue Drogen

- **Crack:** ist eine neue Handelsform von Kokain
- Herstellung: handelsübliches Kokain + Wasser + Backpulver, 8 Minuten aufkochen lassen, durch Aufkochen wird die Wirkung des Kokains verstärkt
- Crack ist eine der gefährlichsten Drogen unserer Zeit.
- **Crystal:** Methamphetamin
- Droge **PEP:** kommt aus dem Englischen (Schwung) : Amphetamin (Speed)