

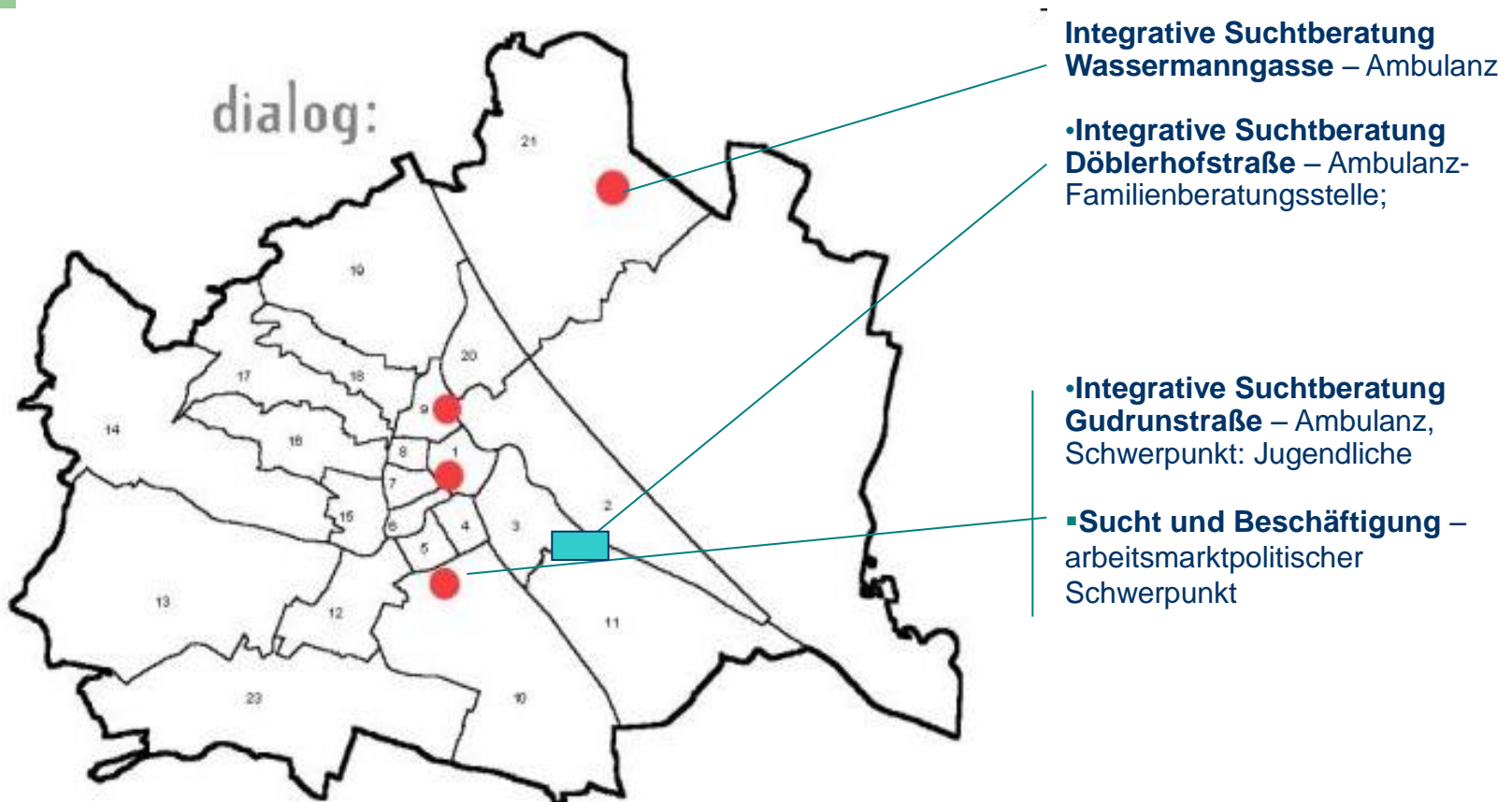
Substitutionstherapie in der Schwangerschaft: Eine zugleich heikle wie lohnende Aufgabe

**18. Substitutionsforum - Plattform
für Drogentherapie Mondsee 2015**

**Dr. med. Jutta Korosec,
Verein Dialog / Wien**



Standorte Verein Dialog



Häufigkeit

- In Wien sind etwa 1500 Frauen im Alter zwischen 15 und 44 im Substitutionsprogramm
- Pro Jahr werden in Wien etwa 80-85 Kinder opioidabhängiger Frauen geboren

Fallbeispiel

(Symbolfoto! Bildnachweis: eduard_orbitron / photocase.com)



Diagnose

Spät entdeckte Schwangerschaft bei substituierten Frauen oder nicht substituierten Konsumentinnen:

- Ausfall der Menstruation bei Opioidkonsum nicht ungewöhnlich, Schwangerschaft trotzdem möglich
- 80 % aller Schwangerschaften bei opioidabhängigen Frauen ungeplant
- Oft schlechtere Körperwahrnehmung, weniger Sorgfalt im Umgang mit körperlichen Befindlichkeiten

Besonderheiten bei Schwangerschaft Substanzabhängiger

Schwangerschaft oft Ansturm ambivalenter Gefühle

- Kann eine Motivation zur positiven Lebensveränderung sein
- Trifft oft tiefe Sehnsüchte nach „normalem Leben“
- Selbstzweifel an der eigenen Fähigkeit, die Mutterrolle gut zu erfüllen

Besonderheiten bei Schwangerschaft Substanzabhängiger

- Oft fehlendes positives Rollenbild eigener Kindheitserinnerungen
- Schuldgefühle dem Kind gegenüber
 - Wegen Angst vor Missbildungen
 - Wegen des Neugeborenen - Entzugssyndroms (NAS)
- Reaktion manchmal auch Verleugnung aller problematischen Aspekte

Anforderungen an die betreuende ÄrztIn

- Bereitschaft, viel Zeit und Einfühlungsvermögen für die schwangere Patientin aufzubringen
- Bereitschaft zur Kooperation mit anderen betreuenden Stellen (niedergelassene FrauenärztInnen, Abteilungen für Gynäkologie, Neonatologie, Kinderneuropsychiatrie, Amt für Jugend und Familie)

Behandlungsprinzipien in der medizinischen Betreuung

- Bindung an behandelnde Stelle →
Abbruch bedeutet reale Gefahr für Mutter und Kind
- Gesamtgesundheitliche Stabilisierung und Vermeidung von Rückfällen, Beendigung oder zumindest weitgehende Reduktion des Beikonsums →
Reduktion der Gefahr der Schädigung des Fetus

Behandlungsprinzipien in der medizinischen Betreuung

- Schwangerschaft ist **Kontraindikation für Entzugsbehandlung** im Bezug auf Opioide !
Konstante Plasmaspiegelkonzentrationen für das Kind am unschädlichsten, beim abrupten Absetzen Gefahr vorzeitiger Wehen, der Frühgeburt bis zum Tod des Kindes
- Wenn möglich **Miteinbeziehung der Partner**
(Besonders wenn diese ebenfalls substanzabhängig, aber auch falls diese „clean“ und wenig Verständnis für Partnerin)

Behandlungsprinzipien in der medizinischen Betreuung

- Durch die Substitutionstherapie regelmäßige und in ihrer Frequenz steuerbare Betreuungskontakte ermöglichen Einflussnahme auf das Einhalten von Vorsorgeterminen
- Regelmäßiger Blick in den Mutter-Kind-Pass, Ist Substitution vermerkt?

Häufige Komorbiditäten substituierter Schwangerer

- Mangel- bzw. Fehlernährung
- **Hepatitis:** Keine Interferontherapie während der Schwangerschaft (teratogen!)
 - Bei **Hepatitis C** geringes Übertragungsrisiko in der Schwangerschaft (2-6%), Neugeborene werden sofort nach der Geburt Hepatitis A+B geimpft
 - Kind durch mütterliche AK jedenfalls AK-positiv ->4-6 Wochen nach der Geburt PCR-Bestimmung (=direkter Virusnachweis)
 - Bei **Hepatitis B** 80-90% Übertragungsrisiko, aktive und passive Impfung des Neugeborenen

Häufige Komorbiditäten substituierter Schwangerer

- **HIV-Infektion:** Antiretrovirale Therapie in der Schwangerschaft (Übertragungsprophylaxe) je nach Viruslast ab 28.-32.SSW) und für Mutter und Kind auch in den ersten Wochen über die Geburt hinaus, Entbindung durch Kaiserschnitt (außer bei optimalen Bedingungen und nicht-nachweisbarer Viruslast), kein Stillen, dadurch: Übertragungsrate von 15 -20% auf <2% gesenkt
Mütterliche AK in den ersten 1 ½ Lebensjahren vorhanden
->In den ersten Lebensmonaten Tests zum direkten Virusnachweis mittels PCR
- **Psychiatrische Komorbiditäten** (Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Depressionen)

INDIREKTE Folgen von Substanzmissbrauch in der Schwangerschaft

Unkontrollierter Konsum führt zur psychischen und sozialen Destabilisierung, diese erschwert die notwendige Vorbereitung auf die Geburt:

- Achten auf Gesundheit
- Einhalten der Vorsorgetermine
- Kümmern um Existenzgrundlage
- emotionale Einstimmung auf das zukünftige Leben mit einem Kind (regelmäßige psychosoziale Gespräche!)

Direkte Folgen von Substanzmissbrauch

Werden im nachfolgenden Referat ausführlicher besprochen

Grundsätzliche Überlegungen dazu:

- Substitution: Gewährt die größtmögliche Sicherheit für Mutter und Kind, Gefahr des i.v.- Konsums: schädliche Blutspiegelschwankungen, Infektionen
- Manchmal im 3. Schwangerschaftsdrittel leichte Dosissteigerung durch hormonell bedingten Enzyminduktion notwendig, manchmal genügt Umstellung auf 2 x tägliche Einnahme

Direkte Folgen von Substanzmissbrauch

Frauen manchmal schwer vom Wunsch nach Substitutionsreduktion abzubringen:

- Hohe Motivation zur Lebensänderung
- Unbewusster Wunsch, das Neugeborenen-Abstinenz-Syndrom (NAS) des Kindes nicht miterleben zu müssen

-> Motivation auf andere Leistungen für das Kind umlenken, z.B. Nikotinreduktion

Direkte Folgen von Substanzmissbrauch

- Pragmatismus: Ausreichende Aufklärung der Schwangeren über Substanzwirkungen auf das Kind, Reihung der Gefährlichkeit, realistischer Blick auf das Mögliche! Alkohol > Kokain > Cannabis
- Benzodiazepine: Beikonsum verschlechtert sowohl die biologischen als auch die psychosozialen Entwicklungs-Chancen für das Kind-> Langsame, schrittweise Dosisreduktion in der SS wegen Gefahr der Entzugsepilepsie, stationäre Aufnahme zum Teilentzug erwägen

Substitutionsmittel

Methadon und L-Polamidon:

- Gemeinsam mit Buprenorphin Mittel der 1. Wahl bei der Substitution von Schwangeren
- **Vorteile:**
 - Gute Kontrollierbarkeit im Harntest (Motivation als Beweis für das Jugendamt)
 - Langjährige klinische Erfahrungen mit Wirkungen auf das Kind
- **Nachteile:**
 - Öfter Nebenwirkungen wie Antriebsverlust, Depressionen, Gewichtszunahme
 - Oft schlechte Akzeptanz bei Patientinnen

Substitutionsmittel

Retardierte Morphine (Substitol, Compensan):

- **Vorteile:**

- Höhere Akzeptanz und größeres Wohlbefinden bei Patientinnen, erhöhen nach klinischen Erfahrungen die Haltequote auch bei schwer abhängigen Frauen
- Gute Verträglichkeit

- **Nachteile:**

- Fehlende Kontrollierbarkeit im Harntest für Opioidbeikonsum
- Höheres Risiko einer missbräuchlichen Verwendung im Sinne eines i.v.-Konsums)
- Wenig Studien über Auswirkungen auf das Kind

Substitutionsmittel

Buprenorphin (Subutex, Bupensan):

- Vorteile:
 - Völlige geistige Klarheit und Nicht-Beeinträchtigung der Patientinnen
 - Höhere Sicherheit im Bezug auf Überdosierungen
 - geringer ausgeprägtes NAS
 - Gute Kontrollierbarkeit im Harntest (Motivation als Beweis für das Jugendamt)
- Nachteile:
 - Nicht geeignet bei schweren Abhängigkeitserkrankungen (Ceiling-Effekt)

Buprenorphin+Naloxon (Suboxone):

Aufgrund des potentiell teratogenen Anteils von Naloxon in der Schwangerschaft nicht indiziert

MOTHER-Studie

Double-blind, double-dummy Multicenter-Studie

Ziel der Studie: Vergleich des Einflusses von Buprenorphin und Methadon auf mütterliche und neonatale Outcome-Variablen bei der Behandlung von opioidabhängigen schwangeren Frauen

Neugeborene wurden an der Univ-Klinik für Kinderheilkunde bezügl. NAS bewertet, für mindestens 10 Tage, Beurteilung alle 4 Stunden nach dem Finnegan-Score

Mother-Studie

The MOTHER study indicates that buprenorphine and methadone are both effective in the treatment of opioid dependence during pregnancy

Given buprenorphine's benefits for the neonate it should be considered as a front line treatment option

Must recognize that buprenorphine is not appropriate for all patients and that a subgroup of pregnant women will require methadone

The primary consideration must always be what is best for the mother and child

Stillen

- In Österreich durch die Trennung des Kindes von der Mutter wegen NAS-Behandlung in der Praxis extrem selten
- Doch gerade Kinder opioidabhängiger Mütter würden besonders von den Vorteilen des Stillens und der Muttermilch profitieren, Förderung der Mutter-Kind-Bindung wichtig für beide Teile !
- Verringerung des neonatalen Entzugssyndroms (nicht aufgrund der Nahrung oder der pharmakologischen Substanzwirkung sondern aufgrund der Tätigkeit des Stillens an sich (Hautkontakt!))

Stillen

- Untersuchungen für Methadon: Geht nur zu einem geringen Teil in die Muttermilch über, Stillen ist unabhängig von der mütterlichen Dosis möglich
- Kontraindikationen für das Stillen: Beikonsum, HIV-Infektion, Hepatitis C-Infektion mit hoher Viruslast
- Nikotin kann zu Unruhe und Koliken bei gestillten Säuglingen führen -->mindestens 1 Stunde Abstinenz vor dem Stillen

Amt für Jugend und Familie/Jugendwohlfahrt

- **Motivation der Patientin freiwillig schon im Verlauf der Schwangerschaft Kontakt mit der Jugendwohlfahrt aufzunehmen**
 - mehr Zeit, soziale Probleme vor der Geburt zu regeln
 - längerer Beobachtungszeitraum erhöht Sicherheit des AJF bei der Entscheidung, ob das Kind bei der Mutter bleibt
- Betreuung der Frau während der Schwangerschaft kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen
- In Wien ist es üblich, dass die Geburt eines Kindes einer substituierten Mutter von der neonatologischen Abteilung dem AJF zur Gefährdungsabklärung gemeldet wird

Amt für Jugend und Familie/Jugendwohlfahrt

- Hilfsangebote:
 - Eltern-Kind-Zentren, Elternberatung
 - Mutter-Kind-Heime (bes. für junge, unsichere Mütter)
 - Familienhelferin
- Schriftliche Vereinbarung zwischen Jugendwohlfahrt und Eltern:
 - Termineinhaltung bei KinderärztIn, Termineinhaltung bei Drogenberatung, substituierender niedergelassener ÄrztIn (Zeitbestätigungen!)
 - In Wien: Kontrollen in der Entwicklungsambulanz des KH Rosenhügel
 - Oft auch regelmäßige (anfangs sogar wöchentliche) Harntests
- Bei Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls:
 - Krisenpflegefamilie (maximal 8 Wochen)
 - Dauerpflegefamilie

Kooperationsleitlinie AJF- Wiener SDHN

Zielsetzung:

- Möglichst große Transparenz gegenüber den Klientinnen im Hinblick auf die Kommunikation zwischen den Institutionen
- Klärung der Verantwortlichkeiten im Einzelfall und Vermeidung von Doppelgleisigkeiten
- Grundhaltung: Nicht-Konsum bedeutet nicht automatisch ausreichende elterliche Kompetenz, phasenweiser Konsum, der nicht im nennenswerten Maß mit den elterlichen Aufgaben kollidiert, bedeutet nicht automatisch das Fehlen der ausreichenden Kompetenz
- Jede Einrichtung informiert beim Erstkontakt über die Unterstützungsangebote der anderen Institutionen und wirkt auf einen Angstabbau gegenüber diesen hin.

Kinder als Begleitung

- Wenn Kinder mit sind: einerseits Möglichkeit, den Zustand des Kindes und die Mutter-Kind-Interaktion zu beobachten
- Andererseits: darauf achten, dass Frauen mit einer BetreuerIn ungestört reden können und sich jemand (PraktikantInnen; Journaldienst, psychosoziale MitarbeiterIn, ...) um Kind kümmert
- Achtung, wenn Kinder dazu dienen, dass unangenehme Themen nicht angesprochen werden !

Frühkindliche Entwicklung

Entwicklungsneurologische Ambulanz im KH Hietzing (Rosenhügel, OA Elstner): Seit 1995 Erfahrung mit der Entwicklungsbegleitung für Kinder drogenabhängiger Mütter

- Standardisierte entwicklungsneurologische Untersuchung bis zum 6.Lebensjahr (in den ersten 2 Lebensjahren alle 3 Monate)
- Früherfassung von motorischen oder kognitiv-sprachlichen Entwicklungsstörungen oder emotionalen Störungen der Eltern-Kind-Beziehung

Verlauf

- **Biologisches Risiko** unter regelmäßiger Substitutionsbehandlung gering (allerdings deutlich erhöht bei polytoxikomanem Beikonsum)
- Geburtsgewicht niedriger (wahrscheinlich v.a. durch teilweise massiven Nikotinkonsum)
- **Psychosoziale Risikobelastung spielt eine bedeutendere Rolle**

Verlauf

- 32,6 % primäre Überstellung nach der Geburt zu Pflegeeltern
- Bis zum 3.Lebensjahr weitere 15 % zu Pflegefamilien überstellt
- Zum Ende des Beobachtungszeitraums (6.Lebensjahr): 51,5 % bei Pflegeeltern (einschließlich Verwandte)

Verlauf

70% der Mütter mit ausschließlicher Opiatabhängigkeit behalten ihr Kind, aber nur 15% der Mütter mit Benzodiazepinbeikonsum

Probleme stellen sich oft erst nach dem 1. Lebensjahr -> Zunehmende Mobilität der Kleinkinder

Schlussfolgerungen

- Subtile biologische Risiken werden entweder durch fortdauernde psychosoziale Belastungsfaktoren potenziert oder durch protektive Aspekte gemildert
- Entscheidend für die Risikoverminderung ist zweifellos das Zusammenwirken eines multidisziplinären Netzes von Helfern und adäquate Unterstützungsangebote zur Stabilisierung der Lebenssituation der betroffenen Familien

Fallbeispiel

(Symbolfoto! Bildnachweis [photocasebaacljg852800692](#))



Zum Abschluss



Danke für Ihre
Aufmerksamkeit !