Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 46 (2020)
Heft: 2

Artikel: Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft
Autor: Fischer, Tina
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-881043

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 25.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Suchtmittelkonsum während der Schwangerschaft

2020-2
Jg. 46
S. 32-34

Der Bevölkerung und auch den betroffenen Frauen ist klar, dass Drogenkonsum in der Schwangerschaft schädlich ist. Opioidabhängige Schwangere sind oft gut mit Methadon eingestellt, hier ist der unkontrollierte Beikonsum das Hauptproblem für das ungeborene Kind. Ein früher Vertrauensaufbau ist für einen guten Schwangerschaftsausgang entscheidend. Daher sollte ein individuelles, interdisziplinäres Konzept früh erstellt werden. Während auf Alkohol noch verzichtet wird, ist Nikotin akzeptiert und wird sehr oft von den Frauen verharmlost.

TINA FISCHER
Dr. med., Leitende Ärztin Geburtshilfe, Frauenklinik, Kantonsspital, Rorschacher Strasse 95, CH-9007 St. Gallen,
Tel. +41 (0)71 494 18 66, tina.fischer@kssg.ch, https://www.kssg.ch/frauenklinik

Konsum psychoaktiver Substanzen in der Schwangerschaft

Drogenkonsum kommt in allen Gesellschaftsschichten und Altersgruppen vor und ändert sich in der Schwangerschaft oft nur minimal. Im klinischen Alltag ist den meisten Schwangeren der schädigende Einfluss psychoaktiver Substanzen auf die Schwangerschaft und das ungeborene Kind bewusst. Die Änderung des Suchtverhaltens ist allerdings in den meisten Fällen schwerer als gedacht. Die abhängigen Schwangeren gefährden dadurch nicht nur sich selbst, sondern auch ihr ungeborenes Baby.

Psychoaktive Substanzen wie Kokain, Heroin und Benzodiazepine werden nur in unter 1 % der Schwangerschaften konsumiert. Viele opioidabhängige Schwangere sind auch bereits in einem Methadonprogramm, was grundsätzlich einem unkontrollierten Konsum in der Schwangerschaft vorzuziehen ist. Bei stabilen Verhältnissen unter Methadon werden drogenabhängige Patientinnen häufiger schwanger, da dadurch auch der Menstruationszyklus positiv beeinflusst wird.

Allerdings kommt es auch bei Methadonsubstitution in 60–90 % zu einem ausgeprägten neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS) des Neugeborenen. Durch die lange Halbwertszeit des Methadons beginnt der Entzug des Neugeborenen meist spät. Er kann erst nach bis zu 14 Tagen auftreten und äussert sich durch Tremor (Zittern), Irritabilität, schrilles Schreien, gestörtes Schlafverhalten, Tachypnoe (überhöhte Atemfrequenz), Schnupfen, Trinkstörungen, Erbrechen, Diarrhoe, Niesen, Gähnen, Schwitzen, Fieber und Krampfanfälle (Jones 2010). Die Kinder werden vierstündlich anhand des Verhaltensscores nach Finnegan überwacht und bekommen eine Therapie, wenn der Score 2 Mal über 8 oder 1 Mal über 13 liegt oder wenn es zu einem Krampfanfall kommt. Zur Behandlung eingesetzt werden vor allem Opiate, aber auch Neuroleptika und Sedativa. Die Entzugsbehandlung ist langwierig und kann 4-10 Wochen dauern.

Alkohol

Hoher und regelmässiger Alkoholkonsum spielt in der Schwangerschaftsbetreuung eine untergeordnete Rolle. Glücklicherweise sehen wir in der Frauenklinik St. Gallen sehr wenige schwangere Patientinnen mit relevanter Alkoholabhängigkeit. Leider besteht in der Allgemeinbevölkerung und auch teilweise bei den ÄrztInnen die Meinung, ab und zu ein Glas Wein zu trinken würde dem Baby nicht schaden. Erschreckenderweise zeigte die Suchtmonitoringbefragung, welche in den Jahren 2011-2016 in der Schweiz im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit durchgeführt wurde, dass 18 % der Schwangeren wöchentlich Alkohol konsumieren und 6 % punktuell hohe Dosen an Alkohol konsumieren (BAG 2018).

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass Alkohol ungehindert durch die Plazenta kommt und so den ungeschützten Fetus negativ beeinflussen kann. Daher besteht aus medizinischer Sicht die klare Empfehlung, gänzlich auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu verzichten, insbesondere da Alkohol zu sehr ausgeprägten Schädigungen des ungeborenen Kindes führen kann (Spohr 2016).

Cannabis

Cannabiskonsum ist sicher am meisten unterschätzt. Die Frauen geben es selten bei der Anamneseerhebung an, da sie es als normal erachten und meist nicht explizit danach gefragt werden. Geschätzt wird, dass etwa 1,2-2,3 % der Frauen in der Schwangerschaft Cannabis konsumieren (El Marroun 2011; Saurel-Cubizolles 2010). Cannabiskonsum kann zu reduziertem Wachstum des Fetus und zur Frühgeburtlichkeit sowie in der Kindheit zu Verhaltensauffälligkeiten und Gehirnentwicklungsstörungen führen.

Nikotin

Nikotinabusus ist eines der Hauptprobleme in der Betreuung von Schwangeren. 7 % rauchten in den Jahren 2011-2016 während der Schwangerschaft, wovon 39,7 % ihren Konsum reduzierten, während 3,7 % angaben, weiter wie zuvor zu rauchen (BAG 2018). Allen schwangeren Raucherinnen ist bewusst, dass die Inhaltsstoffe des Rauchens schädlich sind und insbesondere zu geringem Geburtsgewicht (13-19 %), Frühgeburtlichkeit (5-8 %), Versterben des Kindes im Mutterleib und plötzlichem Kindstod im ersten Lebensjahr (5-7 %), führen können. Trotzdem können nur etwa 56,6 % der Schwangeren mit dem Rauchen aufhören. Bestärkt werden sie durch viele verharmlosende Mythen des Rauchens, die dann von den Schwangeren zitiert werden. Aber es stimmt nicht, dass Feten im Mutterleib einen Nikotinentzug durchmachen, dass die Geburt leichter wäre, wenn das Kind untergewichtig ist oder dass das Rauchen das Ungeborene entspannt. Das sind nur einige der vielen existierenden Irrtümer.

- «Ich habe in der ersten Schwangerschaft auch geraucht und mein Sohn ist gesund».
- «Ich habe doch schon reduziert und vor der Schwangerschaft habe ich viel mehr geraucht».
- «Es ist nicht schlimm, wenn mein Kind untergewichtig zur Welt kommt».
- «Ich bin jetzt im dritten Monat schwanger – es gibt für mich keinen Grund mehr mit dem Rauchen aufzuhören. Der Schaden ist bereits da».
- «Es ist einfacher aufzuhören, wenn das Kind geboren ist».

Mythen in der Schwangerschaft zum Rauchen (Lungenliga Schweiz).[1]

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten und Informationen wie die Broschüre «rauchfrei in der Schwangerschaft» der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,[2] «post partum – Jetzt erst recht!» des Forums für Tabakprävention und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitsinstitutionen FTGS,[3] psychosoziale Interventionen, Hypnose, Akupunktur, Nikotinersatz oder Bupropion, ein selektiver Noradrenalin/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer, welcher auch im Rahmen der Rauchstopp-Therapie angewandt werden kann, Rauchstopp-Sprechstunden in der Lungenliga oder an den Spitälern, um die Frauen individuell bei einem Rauchstopp zu unterstützen. Leider nutzen die Frauen diese Möglichkeiten zu wenig und sie werden oft auch zu wenig engagiert angeboten.

Mutterschutz versus Kinderschutz

Ein Fetus hat bis zur Geburt noch keine Rechte. Trotzdem sollten alle, die Schwangere betreuen, das Kindswohl nicht aus den Augen lassen. Jedem Kind steht ein angemessener Schutz vor und nach der Geburt zu. Dies ist auch in der UNO-Kinderkonvention so erklärt und ein wichtiges Anliegen der Gesellschaft. Wenn während der Betreuung der Eindruck entsteht, die Schwangere gefährde sich und ihr Kind und könne auch nach der Geburt das Neugeborene nicht adäquat versorgen, ist unbedingt der Sozialdienst und gegebenenfalls die KESB zu involvieren. Hiermit kann die psychosoziale Situation der Familie und auch die Umgebung des Kindes stabilisiert und positiv beeinflusst werden. Dabei ist zu beachten, dass viele schwangere Patientinnen bei Involvierung des Sozialdienstes oder der KESB oft unbegründete Ängste bezüglich eines möglichen Sorgerechtentzuges haben.

Betreuung von suchtkranken Schwangeren

Bei den polytoxikomanen Schwangeren erschweren neben den Ängsten und dem Gefühl der Isolation eine Vielzahl von Problemen die Schwangerschaft. Die Frauen haben mehr vaginale Infektionen, die den Fetus gefährden und zur Frühgeburt führen können. Sie ernähren sich schlechter und nehmen meist ungenügend zu. Sie haben mehr Zahnprobleme, welche wiederum auch zu mehr Frühgeburten führen können. Allen Drogen ist gemeinsam, dass sie Auswirkungen in Bezug auf eine zu geringe Gewichtszunahme der Feten und auf eine erhöhte Frühgeburtlichkeit haben. Auf die spezifischen Nebenwirkungen der verschiedenen Drogen kann hier nicht eingegangen werden (Enekwe 2015).

Die konsumierenden Schwangeren brauchen daher engmaschige Kontrollen, mit einem in der Suchtproblematik erfahrenen Team und möglichst konstanten Bezugspersonen. Leider ist die Compliance oft nicht gut ausgeprägt. Eine gute und offene Kommunikation der beteiligten Stellen ist nötig, unter Aufhebung der Schweigepflicht, um ein Ausspielen gegeneinander zu vermeiden. Um den Eltern und dem Baby eine grösstmögliche Unterstützung zu bieten, wird im Verlauf der Schwangerschaft ein gut strukturierter Plan mit Auffangnetzen aufgegleist.

Bei opiatabhängigen Schwangeren ist eine Umstellung auf Methadon oder Buprenorphin sinnvoll. Es wirkt sich positiv auf die Schwangerschaft, das fetale Gewicht sowie die Schwangerschaftsdauer aus und sorgt für stabilere Verhältnisse. Wichtig ist, dass die Schwangeren den Beikonsum in den Griff bekommen und offen deklarieren. Regelmässige Urinproben auf Substanzen sind daher nötig. Eine Reduktion des Methadons in der Schwangerschaft ist nicht sinnvoll. Starke Schwankungen im Opiatspiegel führen zu vorzeitigen Wehen, reduzierter Plazentaperfusion, fetalem Entzug und Störungen in der Gehirnentwicklung. Es ist wichtig, die minimal genügende, aber ausreichende Dosis zu finden. Die Dosierung muss meist sogar im letzten Drittel aufgrund der veränderten Halbwertszeit erhöht werden und die Dosis auf zweimal tägliche Gaben gesplittet werden, um den Beikonsum gering zu halten. Die Kinder von opioidabhängigen Frauen entwickeln in fast 90 % ein neonatales Abstinenzsyndrom. Zur Erkennung und Behandlung muss das Kind meist für mindestens zwei Wochen auf der Neonatologie überwacht werden. Bei einem schweren Entzug des Kindes kann sich der Aufenthalt jedoch über viele Wochen hinziehen. Eine gute Kommunikation im Vorfeld ist nötig, damit die Schwangere bzw. die Eltern nicht den Eindruck bekommen, man nehme ihnen das Kind weg. Das Stillen hängt sehr von der Art und Vielfalt der Suchtmittel und der Compliance der Wöchnerin ab und muss individuell und im Team besprochen werden.

Nikotinkonsum alleine führt primär nicht zu verstärkten Kontrollen, da die Frauen oft in einem stabileren Umfeld sind. Treten aber Nebenwirkungen, wie schwere Wachstumsrestriktion- oder abnehmende Bewegungen des Fetus auf, wird die Betreuung sehr zeitintensiv. Die

Schwangeren müssen teilweise sogar stationär überwacht werden. Ziel ist es, keine Frühgeburt zu generieren, aber auch, einen intrauterinen Kindstod zu vermeiden. Das Gleiche gilt für Cannabis. Stillen ist bei Nikotin erlaubt, bei Cannabis aber nicht empfohlen, da es zu auffälliger neurologischer Entwicklung, ADHS und eingeschränkter kognitiver Fähigkeit führen kann (Metz 2015).

Vorgehen bei fortgeführtem Konsum während der Schwangerschaft

Bei Nikotinabusus konsumieren ca. die Hälfte und bei Polytoxikomanie nahezu alle Schwangeren weiter. Daher ist es sehr wichtig, die Schwangeren ernst zu nehmen und ihnen unvoreingenommen beratend zur Seite zu stehen. Schwangerschaft ist durch das neu entstehende Leben eine Zeit der Hoffnung und oft die grösste Motivation einer Frau, etwas in ihrem Leben zu verändern, belohnt am Ende durch die Geburt ihres Kindes. Diese positiven Gefühle müssen ausgenutzt und bestärkt werden, um das Beste in der Schwangerschaft für die Frau und ihr ungeborenes Baby herauszuholen. Die Schwangere sollte individuell unterstützt werden, nicht nur bezogen auf die Schwangerschaft, sondern auch auf ihr Umfeld, ihren Alltag und ihre finanziellen Möglichkeiten. Alle betreuenden Disziplinen sollten einheitlich vorgehen und im Dialog stehen, damit kein Gegeneinander-Ausspielen möglich ist und ein klarer Betreuungsplan vermittelt wird. Alle Schwangeren, unabhängig davon, ob sie Drogen konsumieren oder nicht, haben die gleichen Erwartungen, Sorgen und Ängste und ein Recht auf eine korrekte Aufklärung, Information und objektive Behandlung. Geduld und Vertrauen aufbauen ist das Wichtigste und die bestmöglichste Unterstützung für die Schwangeren. So können sie gut informiert durch die Schwangerschaft begleitet werden und die Drogen und der Beikonsum werden so weit wie möglich minimiert oder teilweise sogar gestoppt.

ASK	– Schwangere befragen
ADVISE	– beraten durch Aufklärung
ASSESS	– beurteilen, Rauchstopp vereinbaren
ASSIST	– unterstützen beim Aufhören
ARRANGE	– Termine vereinbaren, Rückfallprophylaxe

Kurzintervention: die 5 A des Rauchstopps.

Rückfall, Alltag, Stress mit Neugeborenen

Das Ostschweizer Kinderspital und die Frauenklinik des Kantonsspitals St. Gallen bilden das Perinatalzentrum der Ostschweiz. Die Frauenklinik ist die zentrale Anlaufstelle für drogenabhängige Schwangere. Um die drogenabhängigen Schwangeren optimal zu betreuen, besteht seit mehr als 20 Jahren das «St. Galler Konzept». Dieses beinhaltet eine möglichst frühzeitige Kontaktaufnahme mit der Frauenklinik durch Zuweisung der Schwangeren möglichst früh in der Schwangerschaft. Ziel ist eine optimierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen GeburtshelferInnen, Hebammen, KinderärztInnen, PsychologInnen, Sozialdienst und allen beteiligten Stellen. Es wird ein Behandlungsplan und ein Betreuungsnetzwerk für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und danach aufgebaut. Durch standardisierte Fragebögen, Abläufe, Beratungen, Schwangerschaftskontrollen und Terminvereinbarungen mit der Schwangeren bzw. den werdenden Eltern wird ein einheitliches Vorgehen gefördert. Steter Austausch und interdisziplinäre Treffen vermeiden Doppelspurigkeiten. Auch nach der Geburt ist die gute Beratung und Kommunikation wichtig. Bei den drogenabhängigen Frauen wird daher im Rahmen des St. Galler Konzeptes auch für die Zeit nach der Geburt ein klar strukturierter Plan mit der Frau bzw. den Eltern erarbeitet, welcher von den Beteiligten unterzeichnet wird.

Aber nicht nur für drogenabhängige Frauen bringt die Zeit nach der Geburt viele Herausforderungen mit sich. Für alle kommen neben dem Alltag der Stress mit dem Neugeborenen, Hormonschwankungen, Schlafmangel, eine neue Rollenverteilung als Mutter und in der Familie hinzu – alles Faktoren, die zu Verzweiflung und Rückfällen führen können. Deswegen ist eine gute Betreuung auch nach der Geburt entscheidend, um Rückfälle in den Konsum psychoaktiver Substanzen zu vermeiden.

Eine letzte Frage

Abschliessend möchte ich noch folgende Fragen anführen: Würden Sie Ihr einjähriges Kind einen Zug von Ihrer Zigarette machen lassen oder ihm einen Schluck Wein geben? Diese Frage wird jedes Elternteil mit nein beantworten. Weshalb kommt dieses Verhalten dann in der noch viel sensibleren Phase der Schwangerschaft in Frage?

Literatur

BAG – Bundesamt für Gesundheit (2018): Faktenblatt: Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz. https://tinyurl.com/rjk9qqv, Zugriff 01.04.2020.

BAG (2018): Faktenblatt: Tabakkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz. https://tinyurl.com/yx2wbsz2, Zugriff 01.04.2020.

El Marroun, H. et al. (2011): Agreement between maternal cannabis use during pregnancy according to self-report and urinalysis in a population-based cohort: The Generation R study. European Addiction Research 17(1): 37-43.

Enekwe, A./Kimmig, R./Bialas, I./Köninger, A. (2015): Substanzabusus in der Schwangerschaft. Der Gynäkologe 48(6): 464-469.

Jones, H.E. et al. (2010): Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure. The New England Journal of Medicine 363(24): 2320-3100.

Lamy, S./Thilbaut, F. (2009): Psychoactive substance use during pregnancy: A review. L'Encéphale 36(1): 33-38.

Metz, T.D./Stickrath, E.H. (2015): Marijuana use in pregnancy and lactation: A review of the evidence. American Journal of Obstetrics & Gynecology 213(6): 761-778.

Saurel-Cubizolles, M.J./Prunet, C./Blondel, B. (2014): Cannabis use during pregnancy in France in 2010. BJOG 121:971-977.

Spohr, H.-L. (2016): Das Fetale Alkoholsyndrom im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin: De Gruyter.

Endnoten

1 Vgl. das Infoblatt «Irrtümer: Schwangerschaft und Rauchen» von Lungenliga St. Gallen und Kantonsspital St. Gallen. https://tinyurl.com/qkh5x9h, Zugriff 01.04.2020.

2 Vgl. Broschüre der BZgA. https://tinyurl.com/r4yl3t9, Zugriff 01.04.2020.

3 Vgl. Broschüre des FTGS. https://tinyurl.com/tunjrbj, Zugriff 01.04.2020.

Obstgarten
HABA
URKUNDE
uhlmann
F.F.E. 350 N
Level 1