

Positionspapier

« Drogen -
- Schwangerschaft -
Kind »

Vorstand und wissenschaftlicher Beirat des Fachverbands Drogen und Rauschmittel e.V. bedanken sich für Redaktion und Lektorat bei Dr. Constanze Jacobowski, Berlin und Prof. Dr. Christel Zenker MPH, Berlin sowie für die Anregungen aus der Mitgliederversammlung, vom Netzwerk „Familie - Sucht - Kind“ im (fdr) und von den im Literaturverzeichnis genannten Expertinnen und Experten

Positionspapier «Drogen, Schwangerschaft, Kind»

Herausgeber und Copyright

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.,
Odeonstr. 14, 30159 Hannover,
Tel.: 0511/18 333, Fax 18 326
mail@fdr-online.info,
www.fdr-online.info

September 2009

Zusammenfassung

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (**fdr**) hat mit einer Anhörung von Expertinnen und Experten aus Medizin, der Sucht- und der Jugendhilfe am 29. Januar 2007 in Berlin das Thema „Drogen - Schwangerschaft - Kind“ zu seinem Leitthema gemacht. Beim 31. BundesDrogenkongress am 28. und 29. April 2008 in Hamburg, mit dem Motto »Kinder sind Zukunft - die Suchthilfe positioniert sich«, wurde das Thema weiter vertieft.

Seine Bedeutung ergibt sich aus dem im Grundgesetz festgeschriebenen „Wächteramt“ des Staates und dem daraus abgeleiteten Schutzauftrag des Sozialgesetzbuches VIII (Kinder- und Jugendhilfe). Wenn Eltern eine drohende Gefährdung ihres Kindes nicht abwenden können oder wollen, sind rechtliche Eingriffe nicht nur erlaubt, sondern auch geboten, um das Kind zu schützen. Dabei müssen psychosoziale Maßnahmen darauf gerichtet sein, ein Höchstmaß an Gesundheit für das Kind zu garantieren.

Nicht immer ist es einfach, suchtmittelabhängige schwangere Frauen zu erreichen und in einen förderlichen Kontext einzubinden. Es besteht die Gefahr, dass sich drogenabhängige Frauen aus Angst vor Fremdplatzierung ihres zukünftigen Kindes der psychosozialen und medizinischen Betreuung entziehen, sobald sie von der Schwangerschaft erfahren. Grundlage fachlichen Handelns des Suchthilfesystems ist jedoch die Tatsache, dass, nach der Veränderung des Verfahrensgesetzes zum § 1666 BGB, Eingriffe in die elterliche Sorge nicht mehr möglich sind, wenn nicht vorher fachliche Hilfen zur Verhinderung solcher Eingriffe im Rahmen von Familienrechtsentscheidungen konzipiert wurden.

Drogenabhängige Schwangere müssen frühzeitig vom Suchthilfesystem erreicht werden, um die Schädigung des ungeborenen Kindes und seiner weiteren Entwicklung zu verhindern. Die Einstellung der Frau zur Schwangerschaft und späteren Versorgung des Kindes müssen besprochen und soziale Grundfragen geklärt werden. Die Schwangere muss zur Inanspruchnahme der regelmäßigen Vorsorge gemäß Mutterschafts-Richtlinien motiviert werden. Vorrangig ist die auf Drogenfreiheit gerichtete medizinische Rehabilitation („Drogentherapie“). Wenn diese nicht möglich ist, ist die Einbindung der Schwangeren in eine beigebrauchsfreie Substitutionstherapie mit situationsangemessenen stabilisierenden Begleitmaßnahmen anzustreben.

Die psychische und soziale Entwicklung von Kindern Drogen konsumierender Eltern ist durch die ungünstigen Lebensbedingungen im Umfeld der Drogen, die negativen Verhaltensweisen der Eltern und die soziale Marginalisierung von Kindern und ihren Eltern bzw. ihrer alleinerziehenden Mütter oft erheblich gefährdet.

Die betroffenen Hilfesysteme sollten deshalb eine generelle Sensibilität und Aufmerksamkeit für die Themen Schwangerschaft, Kinderwunsch sowie Betreuungs- bzw. Erziehungsfähigkeit der Eltern entwickeln. Je früher die Frauen erreicht werden, desto nachhaltiger kann Vertrauen aufgebaut werden und ein komplementäres Hilfemanagement greifen.

Der (fdr) sieht in der kooperativen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit aller beteiligten Hilfesysteme (Jugendhilfe, Medizin, Suchthilfe) auf regionaler Ebene eine unverzichtbare Voraussetzung dafür, die bestmögliche Hilfe für Kinder, Mütter und Eltern bereitzustellen. Die Leitung von Jugendhilfemaßnahmen obliegt der öffentlichen Jugendhilfe, die für eine angemessene Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII andere Fachdienste sowie die betroffenen Sorgeberechtigten, Kinder und Jugendlichen beteiligen soll. Angesichts der unterschiedlichen Aufgaben, Zuständigkeiten und institutionellen Kontexte muss die Form der Zusammenarbeit durch geeignete Kooperationsvereinbarungen geregelt werden. Die verbindliche gemeinsame Verantwortung für das Kind und seine Eltern sowie die Fallverantwortung müssen festgelegt werden. Die notwendige Weitergabe geschützter Daten muss im Interesse des Kindeswohls so geregelt werden, dass die kooperierenden Institutionen und Personen vor strafrechtlicher Verfolgung geschützt werden.

Notwendig ist auch eine langfristig angelegte Begleitforschung, um die Lebenslagen von Drogen konsumierenden Eltern mit Kindern und die Auswirkungen des Konsums auf die Entwicklung der Kinder besser verstehen zu lernen. Strukturierte Programme für betroffene Eltern und Kinder müssen evaluiert werden, um daraus standardisierte, geprüfte Hilfeangebote ableiten zu können.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	2
I Der (fdr) ist am Thema!	6
II Stand der Meinungsbildung im (fdr).....	8
1. Juristische Situation	8
1.1 Kinderrechte.....	8
1.2 Elternrechte und -pflichten	8
2. Illegale Drogen und Schwangerschaft	10
3. Weitere Entwicklung der Kinder	11
4. Hilfen für Kinder, Mütter und Eltern	12
4.1. Medizinische Betreuung.....	12
4.2 Aufgaben der Suchthilfe.....	13
4.3 Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und anderen Institutionen.....	16
5. Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen	17
5.1. Kooperationen.....	17
5.2. Weitergabe von Daten an Partner im Kooperationsverbund zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen:	19
6. Forschungsbedarf	20
7. Literatur	21

I Der (fdr) ist am Thema!

Unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, MdB, fand am 29. Januar 2007 in Berlin eine Anhörung des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V. von Expertinnen und Experten aus der der Forschung, der Sucht- und Jugendhilfe sowie aus der Medizin zum Thema "Drogen - Schwangerschaft - Kind" statt.

Übereinstimmend wurde als Grundlage allen Handelns das „Übereinkommen über die Rechte des Kindes“ der Vereinten Nationen (UN-Kinderrechtskonvention) benannt, wo es in Artikel 24 heißt: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.“ Artikel 33 legt fest: „Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen einschließlich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkünfte zu schützen ...“.

In Deutschland sind rund 150.000 Personen opiatabhängig, davon sind ca. 1/3 Frauen. Verschiedenen Untersuchungen zufolge haben 30-45% der opiatabhängigen Frauen (ca. 20.000) bereits mindestens ein Kind geboren.

Kinder drogenabhängiger Mütter sind vor und nach der Geburt einer Reihe von Risiken ausgesetzt. Der Drogenkonsum der Mutter, im Zusammenhang auch mit Mangelernährung und häufigen Infektionserkrankungen, beeinflusst die Entwicklung des Kindes negativ. Hinzu kommen die ungünstigen Lebensbedingungen im Umfeld der Drogen. Die Mütter selbst sind oft durch eigene traumatisierende Erfahrungen, durch ihre Abhängigkeitserkrankung und häufig auch durch schwere psychische Probleme (Komorbidität) in ihrer Erziehungskompetenz erheblich eingeschränkt. Es gibt viele Hinweise, dass eine umfassende interdisziplinäre (medizinische, psychologische, sozialarbeiterische) Betreuung der Frauen, die schon vor der Schwangerschaft beginnt und in den ersten Lebensjahren des Kindes fortgesetzt wird, die Prognose für diese Mütter und ihre Kinder entscheidend verbessern kann.

Beim 31. BundesDrogenKongress 2008 in Hamburg unter dem Motto »Kinder sind Zukunft - die Suchthilfe positioniert sich« wurde das Thema vertieft. In Deutschland werden 4-6 von 1000 Neugeborenen mit Alkohol bedingten Schädigungen geboren. Drei von 1000 Geborenen sind drogenexponiert, ohne dass Art und Zahl der Schädigungen durch illegale Drogen exakt beziffert werden könnte. Die Zahl der durch problematischen Medikamentenkonsum der Mutter belasteten Kinder ist unbe-

kannt. 25-30% der Menschen unter 25 Jahren müssen als suchtfährdet eingeschätzt werden, weil sie entweder schon als Ungeborene von Alkohol oder Drogen beeinflusst werden, in suchtblasteten Familien aufwachsen oder aus anderen Gründen zu früh und zu viel konsumieren. Etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit problematischem Suchtmittelkonsum haben vor dem 14. Lebensjahr mit dem Missbrauch begonnen. Neben dem persönlichen Leid der direkt und indirekt Betroffenen (ca. 5 Millionen), sind die ökonomischen Folgekosten für später notwendig werdende Maßnahmen immens.

Von Schwangeren konsumierte Suchtstoffe führen häufig zu einer Gefährdung des sich entwickelnden Kindes. Auch im weiteren Verlauf verhindern Drogenkonsum und das Lebensumfeld von süchtigen Eltern eine gesunde körperliche und geistig-seelische Entwicklung der Kinder und schränken deren soziale Fertigkeiten ein. Für die betroffenen Kinder heißt das, dass die erfüllte Teilhabe am Leben eingeschränkt oder verhindert wird, für die Gesellschaft, dass sie wichtiger Ressourcen beraubt wird.

„Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit. Jugendhilfe soll zur Verwirklichung dieses Rechtes durch verschiedene Maßnahmen beitragen“ (§ 1 Kinder- und Jugendhilfegesetz SGB VIII). Das bedeutet, dass Suchthilfe für Mütter, Eltern und Kinder nur gemeinsam mit der Jugendhilfe denkbar ist. Hilfen für Kinder, Jugendliche und Eltern sind komplex, sie berühren nicht nur unterschiedliche Sozialrechtssysteme und die unterschiedlichen Akteure der gesundheitlichen Versorgung (Gynäkologen, Pädiater, Hebammen, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater) sondern auch das Erziehungs-, Bildungs- und Rechtssystem.

Die fatalen Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauchs zu verhindern oder zu heilen heißt Fachkräfte aller beteiligten Arbeitsfelder als Kooperationspartner zu gewinnen, gemeinsam verbindliche Konzepte zu entwickeln, Ziele zu formulieren und Verantwortlichkeiten zu regeln. Dafür müssen Rechts- und Verwaltungsstrukturen überwunden werden, an deren Schnittstellen Menschen mangels Zuständigkeit oder divergierender Finanzierungssysteme und mangelnder finanzieller Ressourcen auf Dauer ausgegrenzt werden.

II Stand der Meinungsbildung im (fdr)

Die Aussagen in den folgenden Kapiteln beruhen im Wesentlichen auf Aussagen der Experten der o. g. Tagungen und Diskussionen, die im (fdr)- Vorstand und dem wissenschaftlichem Beirat geführt wurden.

1. Juristische Situation

1.1 Kinderrechte

Seit 1992 gelten die Übereinkünfte der UN-Kinderrechtskonvention (1989) auch in Deutschland. Neben den Rechten der Kinder, ihrer Förderung und Versorgung wird auch deren Schutz hervorgehoben, etwa der Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Verwahrlosung. Der Schutz vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchstoffen und psychotropen Stoffen soll durch geeignete Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen erreicht werden.

Demnach haben Kinder das Recht auf

- einen geeigneten Wach- und Schlafplatz,
- schützende Kleidung,
- altersgemäße Ernährung,
- sachgemäße Behandlung von Krankheiten und Entwicklungsstörungen,
- Schutz vor Gefahren,
- Zärtlichkeit, Anerkennung und Bestätigung,
- Sicherheit und Geborgenheit,
- Individualität und Selbstbestimmung sowie
- lang dauernde Bindung.

1.2 Elternrechte und -pflichten

In Artikel 6 (2) des Grundgesetzes heißt es „Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“ Konflikte entstehen, wenn die Lebensweise der Eltern eine objektive Gefährdung des Kindeswohls darstellt und Eltern- gegen Kinderrecht steht.

Der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdungen wird im SGB VIII § 8a geregelt. Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko „im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte“ abzuschätzen und notwendige Hilfen zur Abwendung der Gefährdung anzu-

bieten. Personensorgeberechtigte (d.h. in der Regel Eltern) und auch, soweit sinnvoll, das Kind oder der Jugendliche selbst sollen einbezogen werden. Notwendige Hilfen zur Abwendung der Gefährdung müssen den Personensorgeberechtigten angeboten werden.

Durch Vereinbarungen mit Trägern, Einrichtungen oder Diensten, die Leistungen nach dem SGB VIII erbringen, muss sichergestellt werden, dass deren Fachkräfte diesen Schutzauftrag ebenso wahrnehmen und bei den Eltern auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken. Bei nicht ausreichend erscheinenden Hilfen muss das Jugendamt informiert werden.

Mit den Bestimmungen zum Verfahrensgesetz zum § 1666 BGB ist vom Gesetzgeber vorgesehen, Eltern, Fachinstanzen und professionelle Dienste vor Eingriffen in das Elternrecht anzuhören, um den Eltern Hilfen anzubieten. So ergibt sich die Möglichkeit, geeignete fachliche Hilfen zu entwickeln und dem Familiengericht als Alternative vorgeschlagen zu können. Eingriffe in das Elternrecht sind nicht mehr legitimiert, wenn die vorrangigen Formulierungen von Hilfen nicht stattgefunden haben. Diese Entscheidungen müssen etwa vierteljährlich geprüft und die Beteiligten gehört werden. Erst wenn die gemeinsam abgestimmten Ziele nicht erreicht werden, besteht die dann berechnigte Möglichkeit, Eingriffe in das Elternrecht vorzunehmen.

Sind Eltern nicht bereit oder in der Lage zur kooperativen Mitarbeit bei der Abwendung von Gefährdungen, muss das Jugendamt das Familiengericht anrufen. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen nach § 42 SGB VIII „in Obhut zu nehmen“.

§ 50 des „Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit“ ermöglicht in Fällen der Kollision der Interessen von Eltern und Kind die Einrichtung einer Pflugschaft.

Experten beklagen, dass die derzeitige Rechtspraxis von den vorhandenen Möglichkeiten oft nur unzureichend Gebrauch macht.

2. Illegale Drogen und Schwangerschaft

Vorliegende Studien nennen folgende, z. T. deutlich voneinander abweichende, Zahlen: Drogenkonsumierende Frauen sind durchschnittlich 30 Jahre alt und hatten ihren ersten Heroinkonsum mit durchschnittlich 18 Jahren. Ca. 50% von ihnen leben von Prostitution. Bis zu 75% Frauen sind mit Hepatitis C infiziert und ca. 5% von ihnen sind HIV positiv.

Zu den typischen Kindheitserfahrungen dieser Frauen gehören eine negative soziale Familiensituation, Bildungsdefizite, Trennung bzw. Scheidung der Eltern, Tod eines Elternteils und Suchterkrankungen der Eltern. Mehr als drei Viertel der Frauen berichten über seelische, etwa die Hälfte über körperliche Gewalterfahrungen und mehr als ein Drittel der Frauen wurde in der Kindheit sexuell missbraucht. Als Erwachsene leiden sehr viele Frauen unter schweren körperliche Erkrankungen und seelischen Störungen.

Drogensüchtige Frauen konsumieren, neben Nikotin, durchschnittlich 5-6 psychotrope Substanzen: Hauptdrogen sind Cannabis und Alkohol, gefolgt von Opiaten, Kokain, beruhigenden und Schmerzmedikamenten sowie weiteren illegalen Drogen. Abhängig von der Qualität einer Substitutionsbehandlung konsumieren die Frauen neben dem Substitut legale und illegale Drogen (Nikotin, Cannabis, Alkohol, Benzodiazepine, Kokain und Opiate).

Bei den verschiedenen Substanzen, die auf das ungeborene Kind einwirken, kann zwischen den Folgen unterschieden werden, die aus Entzug und Intoxikation entstehen und solchen, die auf einer zell- und organotoxischen Wirkung beruhen und die zu Missbildungen und Entwicklungsstörungen führen können.

Wirkungen von psychotropen Substanzen auf das ungeborene Kind:	
Nikotin:	Höhere Abortrate, Mangelentwicklung, Unruhe, fragliche Fehlbildungen.
Alkohol:	Fetales Alkoholsyndrom/Alkoholembryopathie mit Missbildungen, Kleinwuchs und Intelligenzminderung.
Opiate/Opioide:	Erhöhte Abortrate, Frühgeburtlichkeit, Mangelentwicklung, geringes Hirnvolumen, neurologische Spätschäden. Bei abruptem Entzug Wachstumsstörungen, vorzeitige Wehen, vorzeitige Plazentalösung, Früh- und Fehlgeburten, intrauteriner Fruchttod. Neonatales Abstinenzsyndrom: Zittern, Unruhe, schrilles Schreien, verkürzte Schlafphasen, Krampfanfälle, Fieber, Niesen, Erbrechen, Durchfall und Atemstörungen.
Benzodiazepine:	Wachstumsretardierung, fragliche Fehlbildungen. Perinatal: Erhöhte Morbidität und Mortalität, Entzugssymptome beim Neugeborenen.
Cannabis:	Gefahr einer höheren Abortrate, Mangelentwicklung.
Kokain:	Früh- und Fehlgeburten, vorzeitige Plazentalösung, intrauteriner Fruchttod, Mangelentwicklung, Fehlbildungen.
Amphetamine:	Neurologische Störungen.
Halluzinogene:	Erhöhte perinatale Mortalität.

3. Weitere Entwicklung der Kinder

Ob eine Störung im späteren Leben der Kinder der direkten intrauterinen Drogenwirkung zuzuordnen ist oder den ungünstigen drogenmilieuspezifischen, psychosozialen Belastungen, denen die Kinder im weiteren Lebenslauf ausgesetzt sind, ist generell schwierig zu beurteilen und bisher wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht.

Vorliegende Studienergebnisse beschreiben, dass Kinder, die pränatal Heroin ausgesetzt waren, verstärkt Spannungssymptome und eine schwache Konzentrationsfähigkeit zeigen. Verglichen mit Kindern nicht drogenabhängiger Eltern sind sie in ihrer kognitiven und psychomotorischen Entwicklung gehemmt, die Rechenfähigkeit ist eingeschränkt, die Sprachentwicklung verzögert, in der Schule zeigen sich Lern- und Verhaltensprobleme. Häufig kommen Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen vor, bei adoptierten Kindern in gesunden Familien seltener als bei Kindern, die bei ihren suchtkranken Eltern aufwachsen.

Eine besonders starke Risikokonstellation für die psychosoziale Entwicklung der Kinder scheint die soziale Isolation heroinabhängiger Mütter zu sein. Diese berichten häufig über mangelnde soziale Bezüge, große Einsamkeit, fehlende emotionale Unterstützung und deutliche Zurückweisung.

Die möglichen Schädigungen bei Kindern drogenabhängiger, auch substituierter Eltern, können noch gravierender als bei Kindern Alkoholabhängiger sein. Denn diese Kinder sind häufiger von der Abhängigkeit beider Elternteile betroffen, wodurch die Kompensation negativer Effekte durch einen nicht abhängigen Elternteil entfällt und die Belastungen sich verdoppeln.

Die Kinder...

- ... sind vor allem in ihren frühen Lebensjahren von der Sucht eines oder beider Elternteile betroffen, was nach den Erkenntnissen der Entwicklungspsychologie ein starkes Entwicklungsrisiko in sich birgt.
- ... sind im Zusammenhang mit den systemischen Besonderheiten der Drogenszene (z.B. Beschaffungskriminalität, Prostitution) häufig traumatischen Situationen ausgesetzt.
- ... sind vermehrt dysfunktionalen Situationen, Emotionen und Verhaltensweisen ihrer Eltern ausgesetzt, da diese auf Grund eigener traumatischer und psychosozial desolater Kindheits- und späterer Lebenserfahrungen Störungen im Bindungsverhalten und ihrer Erziehungsfähigkeit aufweisen.
- ... sind häufig von Trennungen betroffen und wachsen entsprechend häufiger bei nur einem Elternteil, in der Regel der Mutter, auf.
- ... leiden unter der sozialen Marginalisierung der Familie, z.B. in Form von Armut, Arbeitslosigkeit und beengten Wohnverhältnissen.
- ... erleben soziale Isolation und Ächtung. Dadurch fehlen ihnen sozial förderliche Erfahrungen und sie erleben sich insgesamt in ihrem Selbstwertgefühl als instabil und gefährdet.
- ... sind durch die häufig vorhandene psychische Komorbidität ihrer Eltern gefährdet selbst psychische Störungen zu entwickeln.

4. Hilfen für Kinder, Mütter und Eltern

Drogenabhängige schwangere Frauen müssen suchtmmedizinisch, geburtshilflich und psychosozial behandelt und betreut werden.

4.1. Medizinische Betreuung

Die suchtmmedizinischen Grundfragen zur Behandlung lauten:

- Gibt es einen Wunsch nach Veränderung des Lebensstils?
- Welche Substanzen werden konsumiert ?
- Sind Abstinenz oder Substitution gewünscht und/oder angezeigt?
- Welches Substitut ist sinnvoll ?
- Wie steht es mit dem Beikonsum ?
- Besteht eine voraussehbare Compliance ?

Zur medizinischen Diagnostik gehören

- die Feststellung der somatischen und psychischen Erkrankungen,
- Informationen über potenziell schädliche, ärztlich verordnete Medikamente
- und über konsumierte Drogen (Substanzen, Konsummuster).

Zur psychosozialen Diagnostik gehört die Frage,

- welche psychosozialen Einflussfaktoren in der Schwangerschaft gewirkt haben, die eine Rückkopplung auf das zukünftige Kind erwarten lassen.

Es ist eine regelmäßige Vorsorge gemäß Mutterschafts-Richtlinien durchzuführen. Außerdem Abklärung von

- Infektionserkrankungen (HIV, Hepatitis),
- Veränderungen am Gebärmutterhals (Dysplasien),
- Schwangerschaftskomplikationen,
- Fehlbildungsausschluss (Ultraschall) und
- Wachstumsstörungen.

Eine beigebrauchsfreie Substitutionstherapie stellt die oberste Priorität bei der Betreuung opiatabhängiger Schwangerer dar, die (noch) nicht clean leben wollen. Die Standardtherapie für opiatabhängige Schwangere ist die Substitution mit Methadonrazemat, Levomethadon oder Buprenorphin:

- Methadon-Razemat ist das welt- und deutschlandweit am häufigsten eingesetzte Substitutionsmittel, substituierende Ärzte sind im Umgang damit sicher. Bezüglich der Anwendung in der Schwangerschaft besteht die umfangreichste Datenlage, verglichen mit anderen Substitutionsmitteln.
- Levomethadon enthält eine geringere Substanzmenge und stellt so ggf. eine geringere Belastung des Kindes dar.

- Buprenorphin führt möglicherweise zu einem geringeren und kürzeren Neugeborenen-Entzugssyndrom (NAS).

Die Wahl des Substitutionsmittels wird von der Erfahrung des substituierenden Arztes, dem erwarteten Nutzen (z.B. bezüglich des Neugeborenen-Abstinenzsyndroms) und vom Preis beeinflusst.

Wichtig ist, dass die Mutter jeweils über die Risiken aufgeklärt wird.

Suchttherapie ohne kompetente Berücksichtigung der individuellen psychosozialen Situation ist erfolglos. In einzelnen Fällen ist die Dosisreduktion bis hin zum warmen Entzug in der Schwangerschaft möglich und sinnvoll. Vom Arzt dürfen weitere suchtunterhaltende Stoffe, außer dem Substitut, nicht verordnet werden, weil jedes zusätzliche Medikament ein Risiko für das ungeborene Kind darstellen kann. Andererseits ist die Verweigerung einer Verordnung dann schwierig, wenn die Schwangere z.B. mit dem Abbruch der Substitutionsbehandlung droht. Ein Abbrechen der Substitution stellt eine vitale Gefährdung des ungeborenen Kindes dar. Ob substituierte Frauen stillen sollen, unterliegt einer kontroversen Diskussion.

Methadon geht nur in geringen Mengen in die Muttermilch über, daher raten manche Ärzte wegen der allgemeinen Vorteile zum Stillen. Aber auch alle anderen möglicherweise beikonsumierten Drogen gehen in die Muttermilch über und deren Auswirkungen auf die noch nicht abgeschlossene neurologische Entwicklung des Neugeborenen sind unklar. Eine Erlaubnis zum Stillen sollte daher nur gegeben werden, wenn keinerlei Beikonsum besteht. Die Bundesstillkommission enthält sich einer eindeutigen Stillempfehlung. Das Risiko einer Infektionsübertragung bei HIV- oder Hepatitis-C-infizierter Mutter muss vom Arzt abgeschätzt werden. In den Leitlinien zur Versorgung von Hepatitis und HIV wird das Stillen bei diesen Risikokonstellationen bei Müttern im Kontext von Sucht nicht empfohlen.

4.2 Aufgaben der Suchthilfe

Generell sollte mit jeder (cleanen, substituierten oder konsumierenden) Drogenabhängigen über deren Kinderwunsch und dessen eventuelle Realisierung, unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Klientin und des Kindeswohls gesprochen werden. Ebenso müssen substituierte und abstinente Drogenabhängige darüber aufgeklärt werden, dass mit der körperlichen Stabilisierung die Wahrscheinlichkeit, schwanger zu werden, steigt. Es muss erfragt werden, wie die Betroffene zu Elternschaft, Verhütungsmitteln, Schwangerschaftsabbruch und Fremdplatzierung steht. Diese vorbereitenden Gespräche bilden die Grundlage dafür, dass eine Frau ggf. schon frühzeitig bei einer Schwangerschaft Unterstützung und Begleitung sucht.

Bei bestehender Schwangerschaft müssen in der Kontakt- und Motivationsphase eine Situationsanalyse und Bedarfsklärung durchgeführt werden. So früh wie möglich muss die Einstellung der Frau zur Schwangerschaft erhoben werden:

- Ist die Schwangerschaft gewollt oder ungewollt?
- Besteht eine Bereitschaft zum Austragen?
- Ist eine Abruption noch möglich?
- Gab es frühere Geburten, von wem wird das Kind/werden die Kinder aufgezogen?
- Gab es frühere Adoptionsfreigaben?

Fällt die Entscheidung für ein Austragen der Schwangerschaft, muss die Schwangere zu einer Suchttherapie oder einer Substitution, der ärztlichen Behandlung etwaiger somatischer oder psychischer Krankheiten und zu einer regelmäßigen Mutterschaftsvorsorge motiviert werden. Die Frau benötigt darüber hinaus Information über die Wirkung psychotroper Substanzen auf das Kind und über die Vermeidung von Infektionskrankheiten. Erste gemeinsame Überlegungen und Aktivitäten führen zu einer Beziehungsstabilisierung und erleichtern weitere verbindliche Absprachen.

Jetzt müssen soziale Grundfragen geklärt werden:

- Wie sind die Wohnverhältnisse (fester Wohnsitz, Wohnung ausreichend groß)?
- Wie steht es um die finanzielle Grundversorgung (Grundsicherung, Job, Beruf)?
- Lässt sich soziale Unterstützung organisieren (Mutter, Schwiegermutter, Kindsvater, Geschwister, Freundinnen)?

Schwangere Abhängige sind häufig hoch motiviert, ihre Lebenssituation grundlegend zu verändern. Gemeinsam mit der Schwangeren können notwendige weitere Hilfen durch das Jugendamt, durch Gesundheits- und Sozialdienste initiiert werden.

Suchtmittelabhängigen Eltern fällt es meist schwer, ihre eigene Lebensgestaltung und die ihrer Kinder so zu planen und zu verwirklichen, dass diese Kinder bestmöglich gefördert werden. Auch wenn Schwangere oder Eltern substituiert werden, ist keine Garantie für eine stabile Situation gegeben. Vielmehr kann ein häufig bestehender Beikonsum das ohnehin bestehende Gefährdungspotential perpetuieren. Längst nicht alle suchtkranken Eltern suchen von sich aus Hilfe und Unterstützung von entsprechenden fachlichen Diensten und Einrichtungen oder nehmen sie dauerhaft in Anspruch. Andererseits stehen längst nicht überall in dem gebotenen Ausmaß genügend Fachkräfte in den Gesundheits- und Sozialdiensten zur Verfügung.

In Problemlagen ergibt sich komplexer Hilfebedarf. Frühe umfassende und interdisziplinär ausgelegte Hilfen stellen eine wichtige und erfolgreiche Strategie dar, um ein Kind vor einer Gefährdung zu schützen.

4.2.1. Entwöhnungstherapie

Aus Sicht von Suchthilfe und Suchtmedizin muss drogenabhängigen Schwangeren und Eltern, besonders auch im Interesse der (ungeborenen) Kinder, möglichst früh ein sucht therapeutisches Angebot gemacht werden. Das lässt sich vorzugsweise in einer auf Drogenfreiheit ausgerichteten Maßnahme der medizinischen Rehabilitation (Drogentherapie) umsetzen.

Falls schon Kinder zur Familie gehören, sind familientherapeutische Maßnahmen notwendig. In einer stationären Sucht-Rehabilitationsbehandlung muss sicher gestellt sein, dass parallel ein pädagogisch-therapeutisches Behandlungskonzept, mit dem Ziel, eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung aufzubauen, eingesetzt wird. Während der therapeutischen Behandlung der Eltern sollen weitere Kinder eine fachliche qualifizierte Betreuung in einer Maßnahme der Jugendhilfe erhalten.

4.2.2 Professionalität in der ambulanten Suchthilfe

Traditionell sieht die Suchthilfe ihre Hauptaufgabe in der Betreuung erwachsener und jugendlicher Suchtkranker. Seitdem in den letzten Jahren zunehmend die Problematik der Kinder von Suchtkranken in den Fokus der Aufmerksamkeit rückte, hat sich die Drogenhilfe der Erkenntnis geöffnet, dass auch die Kinder Drogenabhängiger ihre Parteilichkeit brauchen. Daraus erwächst ein Konflikt zwischen der Schweigepflicht zugunsten der betroffenen Mutter und der Gefährdungsmeldung, um Schaden vom Kind abzuwenden.

Alle psychosozialen Maßnahmen müssen darauf gerichtet sein, ein Höchstmaß an Gesundheit für Mutter und Kind zu garantieren. Die gesundheitliche und psychosoziale Stabilisierung einer schwangeren Frau und ihres Partners, mit dem Aufbau eines Betreuungsnetzwerkes und mit der Vorbereitung auf die Elternschaft, sind wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Eltern-Kindbeziehung. Eine lückenlose Betreuung in verschiedenen Phasen der Schwangerschaft bis hin zur Entlassung des Säuglings in die gemeinsame Wohnung wirkt stabilisierend und vorbeugend gegenüber zu befürchtenden Krisen.

Um adäquate und umfassende Hilfe leisten zu können, muss die Betreuerin oder der Betreuer die wichtigsten Informationen zu Lebensgeschichte, Drogenanamnese und aktuelle Situation kennen und dokumentieren. Ein Hausbesuch kann bei der Einschätzung der zukünftigen elterlichen Fürsorgekompetenz entscheidend sein. Um diesen Aufgaben gerecht zu werden sollten die Betreuer über eine suchttherapeutische Weiterbildung verfügen oder in wissenschaftlich gesicherten Verfahren, wie z.B. Case Management, Motivational Interviewing oder Psychoedukation geschult sein.

Entsprechende Kooperationen, die über die verschiedenen Angebote der Suchthilfe hinausgehen (s. Kapitel 5), müssen aufgebaut bzw. vorhandene Strukturen genutzt werden.

4.3 Zusammenarbeit zwischen Suchthilfe und anderen Institutionen

Allgemeines

Eine wirksame Option zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen lässt sich aus der bestehenden Gesetzessystematik ableiten. Wenn Eltern im Sinne des Art. 6 GG und der Bestimmungen der §§ 1666 f. BGB/Elternteil diesen Anforderungen nicht entsprechen können, haben sie einen Anspruch auf Hilfen nach dem Sozialgesetzbuch VIII. Das SGB VIII ist das vom Gesetzgeber vorgesehene Instrumentarium, um bei erkennbarer Einschränkung der elterlichen Kompetenz den Eltern die Option anzubieten, Hilfen für ihre Kinder zu beantragen. In solchen Hilfen sind interdisziplinäre Prozesse möglich. Nach § 36 SGB VIII ist gefordert, dass das Jugendamt bei der Entwicklung der Hilfeplanung andere Fachdienste zu hören und zu beteiligen hat. Dadurch kann die Fachkompetenz der Suchthilfe, verschiedener medizinischer sowie psychologischer Disziplinen in die Jugendhilfeplanung einfließen. Darüber hinaus bietet es sich an, regionale Modelle der Kooperation zu entwickeln, um auf eine bestehende Infrastruktur zurückgreifen zu können.

4.3.1. Medizin

Für die Erreichbarkeit der Zielgruppe hat der medizinische Bereich große Bedeutung. Suchtkranke Frauen werden von Hausärzten, substituierenden Ärzten oder Gynäkologen erreicht. Diese Berufsgruppen sollten hinsichtlich der Problematik Suchtmittel konsumierender Frauen und Schwangerer geschult und aktiv in Kooperationsysteme einbezogen werden. Das medizinische Versorgungssystem hat bei Betreuungsbeginn wesentlich mehr Verbindungen zum Suchthilfesystem als zur Jugendhilfe. Die Kombination niedrighwelliger Angebote aus Medizin und Suchthilfe mit Beratung für (werdende) Eltern hat die höchste Erfolgsquote bezüglich der frühen Kontaktaufnahme.

4.3.2. Jugendhilfe

Die Suchthilfe muss Wege finden, die den Eltern eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt ermöglichen und das Vertrauen der Frauen und Männer in Suchthilfe nicht unwiederbringlich zerstören. Es ist wichtig, die Energie, die Eltern in die Flucht vor den Hilfeagenturen investieren, auf ein Minimum reduzieren, um so die Kinder zu schützen und die Eltern zu unterstützen. Der persönliche Austausch über die Bewertung von Situationen und die gemeinsame Vereinbarung der geeigneten, notwendigen und machbaren Schritte sichern Transparenz und Verbindlichkeit.

5. Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen

5.1. Kooperationen

Für eine regionale Kooperation, die sich am Gedanken des Schutzes für suchtkranke Eltern und deren Kinder orientiert, sollten folgende Regeln und Verfahren gelten:

- Wahrnehmung und Diagnostik von Suchtgefährdung und Abhängigkeit bei schwangeren Frauen und Eltern,
- frühzeitige Unterstützung der Familie und der Kinder,
- Verbesserung der Voraussetzungen für eine risikoarme Schwangerschaft und Geburt,
- Verhinderung bzw. Verminderung suchtmittelinduzierter Beeinträchtigungen bei den Kindern,
- kompetente Begleitung der suchtkranken Frauen (und ihrer Partner) und Unterstützung bei der mittel- bis langfristigen Überwindung der Sucht,
- Beratung und Unterstützung der Eltern in der Wahrnehmung ihrer Verantwortung,
- Bereitstellung von Hilfen zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung, so dass das gemeinsame Leben von suchtgefährdeter bzw. suchtkranker Mutter, ihrem Partner und ihrem Kind (ihren Kindern) erhalten bleibt oder ermöglicht wird und
- Einleitung der notwendigen Schutzmaßnahmen bei Kindeswohlgefährdung.

Die Kooperation aller Beteiligten auf regionaler Ebene kann nur im Sinne eines partnerschaftlichen Miteinanders und gemeinsamer Verantwortungsübernahme für das Kind und seine Eltern gelingen. Dazu gehören Anerkennung und Respekt gegenüber den jeweiligen Kooperationspartnern sowie Wissen über deren Arbeitsweisen, Aufträge, Möglichkeiten und Grenzen. Grundlegende Voraussetzungen dafür sind die positive Grundhaltung zum Kinderschutz sowie Offenheit, Transparenz, und Konfliktfähigkeit ebenso wie das Wissen über die Dynamiken zwischen Klienten und dem Helfersystem.

Die unterschiedlichen Versorgungssysteme, die beteiligt werden müssen, haben voneinander abweichende gesetzliche Aufträge, unterschiedliche Rechtsformen und Finanzierungssysteme (privat, staatlich, freigemeinnützig) und werden von Fachkräften unterschiedlicher beruflicher Sozialisationen und fachlicher Schwerpunktsetzungen getragen (Sozialarbeiter, Ärzte, Hebammen, Psychologen, Richter etc). Deshalb ist es schwierig einheitliche Einschätzungen über „Gefährdungen“ zu entwickeln, die Balance im Spannungsfeld „Fördern und Fordern“ zu halten, Datenschutzfragen einvernehmlich zu regeln und mit je unterschiedlichen Haltungen umzugehen.

Eine gelungene Kooperation zeichnet sich durch klare Rollenverteilung, „kurze Wege“ der Kooperationspartner und nicht zuletzt durch Berücksichtigung der Wünsche von Müttern bzw. Eltern in Fallkonferenzen aus.

Die bestehenden Kooperationsstrukturen sind zumeist unzureichend, da es kaum Verpflichtungsmöglichkeiten zur Kooperation und zur Klärung von Zuständigkeiten gibt. Deshalb sollte in Kooperationsvereinbarungen die Pflicht der beteiligten Institutionen zur Kooperation festgelegt werden. Ebenso müssen Dokumentations-, Informations- und Berichtspflichten festgeschrieben werden. Es muss geklärt werden, bei welchen Institutionen die zentrale Verantwortung liegt und wie in Konfliktfällen entschieden wird.

Kooperationsverträge sollten dazu beitragen, dass

- indikationsgestützte Hilfepläne erstellt werden und
- verbindliche fachliche Weisungen bezüglich der Verantwortung für den Verbleib des Kindes in der Familie oder für eine Fremdplatzierung festgelegt werden.

Als Partner in einem Kooperationsverbund können, je nach regionalen Gegebenheiten, folgende Personen und Institutionen beteiligt werden:

- | | |
|--|---|
| • Suchtberatungsstellen | • Kinder-/ Jugendpsychiatrie und Psychotherapie |
| • Stellen zur psychosoziale Betreuung Substituierter | • Drogenentzugseinrichtungen |
| • AIDS-Hilfe | • Suchtfachkrankenhäuser |
| • Gynäkologen | • Jugendhilfe |
| • Niedergelassene und Familienhebammen | • Gesundheitsamt |
| • Hausärzte | • Sozialpädiatrisches Zentrum |
| • Psychiater | • Frühförderstelle |
| • Kinderärzte | • Sozialamt |
| • Frauen- und Geburtsklinik | • Erziehungsberatungsstellen |
| • Neonatologie | • Amtsvormundschaft |
| • Kinderklinik | • Familiengericht |
| • Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie | • Justizvollzug |
| | • Polizei |

Eine völlig andere Perspektive eröffnet der §140 a, b SGB V: Für alle Schwangeren bis zur Vollendung des dritten Lebensjahrs des Kindes wird ein integriertes Versorgungsangebot vorgeschlagen. Dafür sind eine Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung denkbar. Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung ist mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich. (ÖGD, Drogenhilfe, Jugendhilfe). Damit ergibt sich die Möglichkeit einer Zentralambulanz für alle Drogenabhängigen mit komplexem Hilfebedarf als Kooperationsprojekt verschiedener Leistungsträger und Leistungserbringer, für die ein Finanzierungspool aus GKV, Kommunen, Länder anzustreben ist. Dazu müssen allerdings noch Verhandlungen mit der gesetzlichen Krankenkasse geführt werden, die nach allen Erfahrungen schwierig sein werden.

5.2. Weitergabe von Daten an Partner im Kooperationsverbund zur Verhinderung von Kindeswohlgefährdungen

Die Kooperation verschiedener Stellen setzt die Weitergabe geschützter Daten voraus. Zu berücksichtigen ist die Verpflichtung bestimmter Berufsgruppen, ihnen anvertraute Geheimnisse nicht an Dritte weiterzugeben. § 203 Strafgesetzbuch (StGB) nennt u. a. Ärzte und Angehörige anderer Heilberufe, Psychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle, Mitglieder und Beauftragte einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, sowie staatlich anerkannte Sozialarbeiter und Sozialpädagogen.

Die Schweigepflicht gilt gegenüber jedem. Eine Weitergabe von Daten erfordert grundsätzlich das Einverständnis des Betroffenen.

Im Einzelfall kann jedoch ein rechtfertigender Notstand im Sinne des § 34 StGB vorliegen. In diesem Fall ist die Offenbarung des anvertrauten Geheimnisses ausnahmsweise nicht rechtswidrig, wenn eine Güterabwägung ergibt, dass die Weitergabe von Daten geeignet ist, eine drohende Gefahr abzuwenden und das schützende Rechtsgut das beeinträchtigte Rechtsgrund wesentlich überwiegt.

Die Hemmnisse für eine wirksame Kooperation zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdungen sind auch von der Bundesregierung erkannt worden. Berufsgeheimnisträger wie beispielsweise Ärzte, Psychologen und Beratungskräfte würden zwar oftmals Anhaltspunkte für die Gefährdung eines Kindes wahrnehmen, sie befürchteten jedoch, sich wegen eines Bruchs ihrer Schweigepflicht strafbar zu machen, wenn sie ihre Erkenntnisse bzw. Wahrnehmungen dem Jugendamt meldeten.

Die Bundesregierung beabsichtigt deshalb, den Kinder- und Jugendschutz erheblich auszuweiten und hat dazu den Entwurf eines Kinderschutzgesetzes auf den Weg gebracht. Er wurde am 21.01.2009 im Kabinett beschlossen. Damit der Datenschutz den Kinderschutz nicht behindere, solle nach dem neuen Gesetz für Berufsgeheimnisträger bei der Abwägung zwischen Schweigepflicht und Kinderschutz eine bundeseinheitliche Befugnisnorm außerhalb des Strafrechts geschaffen werden. Diese würde klarstellen, wann und unter welchen Bedingungen Ärzte und andere Berufsgruppen, die Kinder und Jugendliche erziehen, betreuen oder ausbilden, Daten an das Jugendamt weitergeben dürfen.

Bisher ist es nach § 8a Abs. 2 SGB VIII nur Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz erbringen, gestattet, das Jugendamt zu informieren, wenn angenommene Hilfen nicht ausreichend erscheinen, um eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden.

6. Forschungsbedarf

Bezogen auf die Lebenssituation und Entwicklungschancen von Kindern drogenabhängiger Eltern ist der Forschungsbedarf groß. Das Wissen über die betroffenen Kinder und ihren künftigen Werdegang ist marginal.

- Es gibt kaum Studien zur Lebenssituation und Entwicklung von Kindern substituierter Eltern.
- Anders als bisher muss die untersuchte Klientel (drogenabhängige vs. drogenabhängig-substituierte Eltern, mit oder ohne Beikonsum) exakt beschrieben und definiert werden, um valide Aussagen treffen zu können.
- Potenziell beeinflussende Variablen müssen stärker berücksichtigt werden, nämlich Herkunft, Kindheitsentwicklungen der Eltern, frühere und aktuelle soziale Lage (Armut, Arbeitslosigkeit) und Komorbidität.
- Die Studien müssen sich mehr auf nicht-klinische Stichproben stützen.
- Notwendig ist eine umfassende auf Dauer angelegte Begleitforschung, die der Vielfalt der aufgeworfenen Fragen der verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen nachgeht.
- Prospektive Studien, die während der Schwangerschaft beginnen und bis zur Einschulung reichen, müssen die Einflussgrößen darstellen, die für die Entwicklung der Kinder und deren Verbleib in der Familie bzw. deren Fremdunterbringung entscheidend sind.

7. Literatur:

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.); Ergebnisse der Experten/-innenanhörung „Drogen - Schwangerschaft - Kind“ am 29. Januar 2007;

<http://fdr-online.info/pages/suchthilfe/texte/tagungs-und-seminarberichte/drogen--schwangerschaft--kind.php>

Thema 1: Welche gesicherten Forschungsergebnisse gibt es über die Auswirkungen von Drogenabhängigkeit und Substitution auf die kindliche Entwicklung?

Dr. Markus Backmund, Dt. Gesellschaft für Suchtmedizin, München
Prof. Dr. Michael Klein, Katholische FH Nordrhein-Westfalen, Köln
Dr. Ruthard Stachowske, Jugendhilfe Lüneburg

Thema 2: Was tun, wenn drogenabhängige Frauen schwanger werden?

Dr. Jan-Peter Siedentopf, Klinik für Geburtsmedizin, CVK, Charité Berlin
Dr. med. Jörg Gölz, Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Berlin
Dr. Dieter Hüseman, Klinik für Neonatologie, CVK, Charité Berlin
Dr. Bernd Westermann, Substitutionsambulanz A.I.D., Notdienst e.V., Berlin

Thema 3: Welche psychosozialen Betreuungsmaßnahmen sind in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr des Kindes angezeigt? Wer muss mit wem kooperieren, wer finanziert die Maßnahmen?

Stefan Bürkle, Caritas Suchthilfe; Freiburg
Carola Fricke, WIGWAM, Berlin
Prof. Dr. Jochen Zenker, Gesundheitsamt Bremen
Marlis Otte, Jugendamt Lüneburg
Christine Gerber, Stadtjugendamt München
Prof. Dr. Lauer, Kinderschutzbund Deutschland, Hannover.

Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (Hrsg.); Ergebnisse des 31. BundesDrogenKongress am 28./29. April 2008 in Hamburg; ,

<http://fdr-online.info/pages/suchthilfe/tagungen-seminare-fortbildungen/bundesdrogenkongress/31.bundesdrogenkongress.php>

Christina Baumeister; Vernetzung zwischen Sucht- und Jugendhilfe – Wirkungsorientierte Vereinbarungen für die Jugendsuchtberatung in Hamburg;

<http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/31.BundesDrogenKongress/VB4%20Baumeister.pdf>

Monika Püschl; Kooperation gestalten – suchtgefährdete und suchtkranke Schwangere und Familien mit Kindern ...:

<http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/31.BundesDrogenKongress/VA4%20Pueschl.pdf>

Dr. Ruthard Stachowske; Komplex und geheimnisvoll – Ein Blick auf Betroffene und aufs System:

<http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/31.BundesDrogenKongress/V04%20Stachowske.pdf>

Rudolf von Bracken; Wenn das Wohl des Kindes gefährdet ist ...:

<http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/31.BundesDrogenKongress/V03%20von%20Bracken.pdf>

Prof. Dr. Jochen Zenker MPH; Berufs-, Sektor- und institutionsübergreifende Kooperationen – Hemmnisse und Notwendigkeiten:

<http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/31.BundesDrogenKongress/VB3%20Zenker.pdf>

Zusätzlich wurde auf folgende Quellen zurückgegriffen:

Arenz-Greiving, Ingrid; Marcus Kober Metastudie "Arbeit mit Kindern und deren suchtkranken Eltern" / i.A. des Bundesministeriums für Gesundheit, Münster, 2007

Bella Donna, Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW (Hrsg.) Drogenabhängige Mütter - innovative Wege der Kooperation zwischen Drogenhilfe, Jugendhilfe und Kliniken: Dokumentation der Fachtagung am Mittwoch, 24. April 2002, Essen, 2002.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), Familiengeheimnisse - wenn Eltern suchtkrank sind und die Kinder leiden: Dokumentation der Fachtagung vom 4. und 5. Dezember 2003. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin, in Kooperation mit der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS), Berlin, 2004

Klein, Michael (Hrsg.) Kinder und Suchtgefahren: Risiken - Prävention - Hilfen, Stuttgart: Schattauer, 2008

Nagel, Manuela; Jan-Peter Siedentopf; Schwangerschaft - Sucht - Hilfe: Ein Leitfaden zum Casemanagement; Berlin: Charité Campus Virchow-Klinikum, 2004

Sobot, Arnhild; Kinder Drogenabhängiger: Pränatale und frühkindliche Entwicklung; Münster: Monsenstein und Vannerdat, 2001. - 134 S.

Mit dem Positionspapier «Drogen - Schwangerschaft - Kind» legt der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. einen Leitfaden für umfassende, fachlich und rechtlich abgesicherte Hilfen vor, denn drogenabhängige Schwangere müssen frühzeitig vom Suchthilfesystem erreicht werden, um die Schädigung des ungeborenen Kindes und seiner weiteren Entwicklung zu verhindern. Die Schwangere muss zur Inanspruchnahme der regelmäßigen Vorsorge gemäß Mutterschafts-Richtlinien motiviert werden. Vorrangig ist die auf Drogenfreiheit gerichtete medizinische Rehabilitation („Drogentherapie“). Wenn diese nicht möglich ist, ist die Einbindung der Schwangeren in eine begebrauchsfreie Substitutionstherapie mit situationsangemessenen stabilisierenden Begleitmaßnahmen anzustreben.



fachverband drogen
und rauschmittel e.V.
Odeonstr. 14
30159 Hannover,
Tel.: 0511/18 333,
Fax 0511 / 18 326
mail@fdr-online.info,
www.fdr-online.info