

# „Mama denk‘ an mich“ (MAMADAM)

## Ein interdisziplinäres und multiprofessionales Hilfsangebot für Mutter und Kind mit Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft

J. Dinger<sup>1</sup>, J. Reichert<sup>1</sup> und Mitarbeiter des Dresdner Versorgungspfades Crystal\*

Sachsen zählt im Bundesvergleich bezogen auf die Geburtenrate zu den Spitzenreitern. Trotz dieser erfreulichen Tatsache bereitet den Geburtshelfern und Kinderärzten die stetige Zunahme von Neugeborenen, deren Mütter während der Schwangerschaft illegale Drogen konsumieren, große Sorgen. War vor zehn Jahren unser Augenmerk noch auf die Opiate gerichtet, zeichnet sich seit mehreren Jahren eine besorgniserregende Veränderung ab. Besonders beunruhigend ist die Zunahme von Neugeborenen in Sachsen, deren Mütter während der Schwangerschaft die Droge Methamphetamin (MA) konsumieren. Ein gesundes Aufwachsen dieser Kinder kann unter anderem durch

den mütterlichen Drogenkonsum während der Schwangerschaft gefährdet sein. Methamphetamin – auch Crystal Meth, Yaba, Crank, Speed oder Ice genannt – ist eine stimulierende und leicht verfügbare Substanz. Entgegen dem bundesweit leicht rückläufigen Konsum illegaler Drogen verzeichnen Sachsen und Bayern in den zurückliegenden Jahren eine wachsende Zahl von Personen, die Methamphetamin konsumieren. Während 2011 noch eine Konzentration des Klientenaufkommens in der Sucht- und Drogenberatung in den grenznahen Regionen festzustellen war, fand während der jüngst zurückliegenden Jahre eine Ausdehnung auch auf grenzfernere Regionen und insbesondere auf die Ballungsräume Chemnitz, Leipzig und Dresden statt. Zeitgleich verdoppelte sich die durchschnittliche Klientenzahl in der Drogenberatung von 58 auf 104 pro 100.000 Einwohner, resultierend aus einem sachsenweit zunehmenden Methamphetamin-Konsum.

Unter den Methamphetamin-Konsumenten finden sich vor allem junge Menschen – zwei Drittel sind 20 bis 30 Jahre alt – mit unterschiedlichen Konsummotiven und Zugangswegen zur Droge; ein Drittel sind Frauen. Das bedeutet, dass gerade Menschen in der Phase der aktiven Reproduktion und der Familienbildung einer besonderen Gefährdung unterliegen können. Eine Unterstützung der betroffenen Familien mit dem Ziel, die Auswirkungen des Drogenmissbrauchs zu minimieren, muss daher bereits rechtzeitig, das heißt spätestens während der Schwangerschaft, besser noch davor, beginnen. Die Auswirkungen des steigenden Dro-

genkonsums sind bis in geburtshilfliche und kindermedizinische Einrichtungen zu beobachten.

Mit der vorliegenden Publikation möchten wir über die epidemiologische Situation in Sachsen, die Erfahrungen bei der interdisziplinären medizinischen und multiprofessionellen Versorgung von Müttern und Neugeborenen nach Pränataler Methamphetamin-Exposition (PME), die am Perinatalzentrum des Universitätsklinikums Dresden in den Jahren 2007 bis 2017 stationär behandelt wurden, berichten und den Versorgungspfad „Mama, denk‘ an mich“ (MAMADAM) vorstellen.

### Entwicklung in Sachsen

Während für Sachsen umfangreiche Daten zum Methamphetamin-Konsum und den gesundheitlichen Auswirkungen auf Jugendliche und Erwachsene vorliegen, ist die Datenlage für Methamphetamin-konsumierende Schwangere und deren Neugeborene noch äußerst spärlich. In den zurückliegenden Jahren ist, basierend auf den Daten der Sächsischen Neonatalerhebung, eine erhebliche Zunahme der Neugeborenen mit PME von 0,6 auf 5,5 pro 1.000 Geburten im Vergleich der Jahre 2007 und 2017 zu verzeichnen; im Bundesdurchschnitt wird eine Häufigkeit von 2 pro 1.000 Neugeborene geschätzt. Allein 2017 wurden in Sachsen insgesamt 198 Früh- und Neugeborene mit Entzugssymptomen nach Einnahme abhängigkeits erzeugender Drogen durch die Mutter (P96.1), darunter 167 mit stationärer Behandlung nach der Geburt wegen einer Schädigung des Feten und Neugeborenen (P04.4) registriert. Die Abbildung 1 veranschaulicht die

\* Dresdner Versorgungspfad Crystal:

J. Hennig<sup>1</sup>, P. Hinner<sup>1</sup>, K. Nitzsche<sup>2</sup>,  
J. Pietsch<sup>3</sup>, M. Rüdiger<sup>1</sup>, U. Schmidt<sup>3</sup>,  
J. Schmitt<sup>4</sup>, U. S. Zimmermann<sup>5</sup>, N. Zöllner<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>3</sup> Institut für Rechtsmedizin, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>4</sup> Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

<sup>5</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

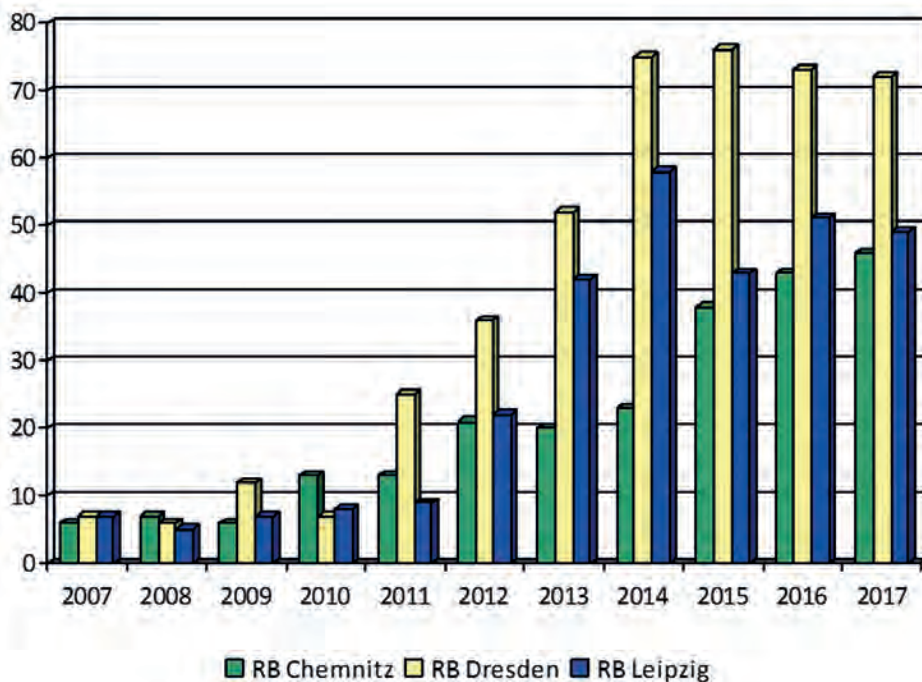


Abb. 1: Anzahl stationärer Aufnahmen von Neugeborenen mit PME in den sächsischen Regierungsbezirken 2007 bis 2017

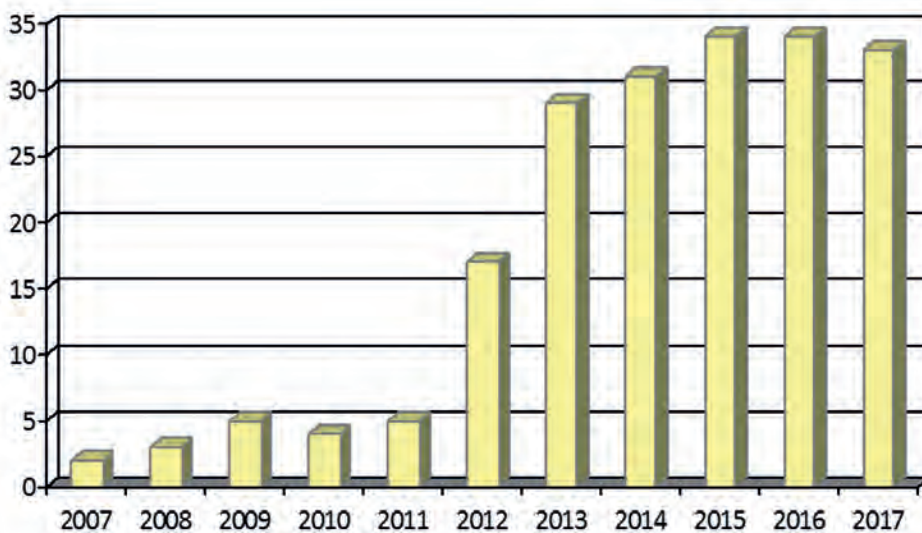


Abb. 2: Anzahl der am Universitätsklinikum Dresden behandelten Neugeborenen mit PME 2007 bis 2017

stationären Aufnahmen von Neugeborenen mit PME in den zurückliegenden zehn Jahren für die drei sächsischen Regierungsbezirke.

### Befunde zu Schwangeren, Mutter und Kind

#### Schwangere und

#### Schwangerschaftsverlauf

Im Zeitraum von Januar 2007 bis Dezember 2017 wurden 197 Neugebo-

rene mit PME unmittelbar nach der Geburt stationär im Perinatalzentrum des Universitätsklinikums Dresden aufgenommen. Nach rasantem Anstieg der Patientenzahlen zwischen 2011 und 2014 bleiben diese seit 2015 auf einem hohen Niveau stabil (Abb. 2).

Nahezu zwei Drittel der Frauen mit Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft waren zum Zeit-

punkt der Entbindung zwischen 20 und 30 Jahren alt. Hinsichtlich beruflicher und familiärer Situation fanden sich keine Auffälligkeiten. Alarmierend ist der Umstand, dass die Schwangeren die Untersuchungen im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge häufig unregelmäßig oder gar nicht wahrgenommen haben. Der Anteil von Frauen mit der ersten Untersuchung bis zur 13. Schwangerschaftswoche betrug nur 41 Prozent. Zum Vergleich: 2016 nahmen in Sachsen von 36.740 in der Perinatalstatistik erfassten schwangeren Frauen 32.952 (89,7 Prozent) bis zur 13. Schwangerschaftswoche diese Untersuchung wahr (Abb. 3).

Durch eine exakte Anamneseerhebung und gezielte Nachfrage – auch zum Konsum illegaler Drogen – wurde die Mehrzahl der Methamphetamin-Konsumentinnen identifiziert. Überwiegend gaben diese Frauen an, mit Bekanntwerden der aktuellen Schwangerschaft sofort den Konsum beendet zu haben. Mit einem Drogenscreening im Urin noch im Kreißsaal erklärten sich 80 Prozent von ihnen einverstanden. Im Gegensatz zur Angabe, sie hätten den Methamphetamin-Konsum mit Bekanntwerden der Schwangerschaft eingestellt, konnte bei nahezu 50 Prozent der Neugeborenen ein aktueller Konsum von Methamphetamin/Amphetamin kurz vor Aufnahme der Schwangeren zur Entbindung anhand eines positiven Screenings im Urin nachgewiesen werden.

### Befunde beim Neugeborenen

Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Heroin, Methadon beziehungsweise andere Opiate eingenommen haben, werden fast immer mit einem definierten Neonatalen Abstinenzsyndrom (NAS) auffällig, dessen Inzidenz in Deutschland auf circa 2 pro 1.000 Geburten geschätzt wird. Der Finnegan-Score erlaubt

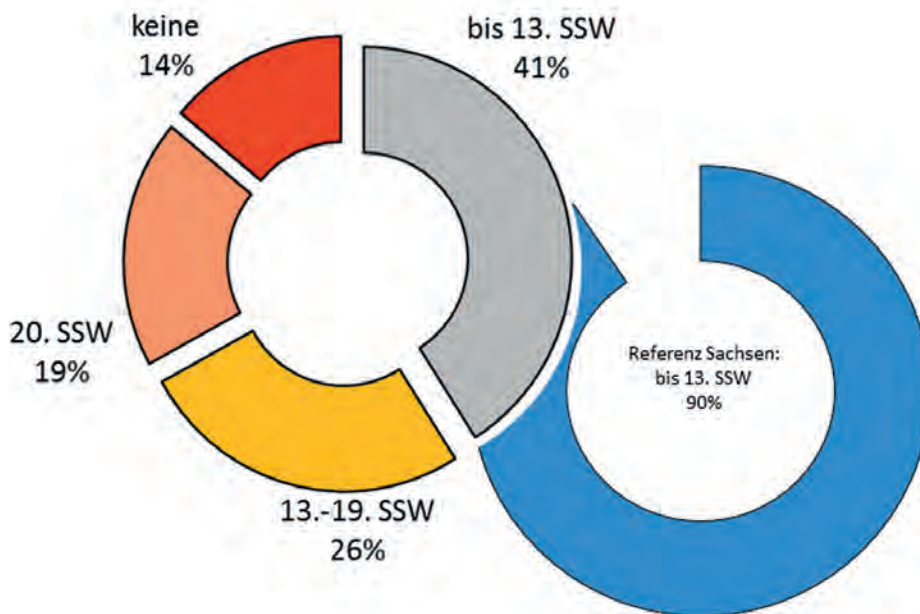


Abb. 3: Zeitpunkt der ersten Vorsorgeuntersuchung der Mütter der am Universitätsklinikum Dresden 2007 bis 2017 behandelten Neugeborenen mit PME (N = 197)

Tab. 1: Symptome des Opiatentzuges bei Neugeborenen (relative Häufigkeit, in Anlehnung an den Finnegan-Score)

75 – 100 Prozent	25 – < 75 Prozent	< 25 Prozent
Zittrigkeit	Trinkschwierigkeiten	Fieber
Irritabilität	Erbrechen	Krämpfe
Hyperaktivität	Durchfälle	
muskuläre Hypotonie	Niesen	
kurze Schlafphasen	Tachypnoe	
schrilles Schreien	Schwitzen	
übermäßiges Saugen		

Tab. 2: Symptome des Methamphetamin-Entzugs am Universitätsklinikum Dresden 2007 bis 2017 behandelter Neugeborener nach PME (relative Häufigkeit; N = 197)

75 – 100 Prozent	25 – < 75 Prozent	< 25 Prozent
keine	Zittrigkeit	Hyperaktivität
	Irritabilität	Schläfrigkeit
	Trinkschwierigkeiten/ Trinkschwäche	schrilles Schreien
		muskuläre Hypotonie
		muskuläre Hypertonie
		übermäßiges Saugen
		Schwitzen
		Tremor/Myoklonien
		Krämpfe

anhand typischer Symptome im klinischen Alltag neben einer sicheren Diagnosestellung auch eine gezielte Therapiesteuerung und -überwachung des NAS (Tab. 1).

Eine Analyse der klinischen Symptome und des unmittelbaren postnatalen klinischen Verlaufs der Früh- und Neugeborenen nach PME lässt erste Aussagen zu den möglichen Auswirkungen des mütterlichen Drogenkonsums auf den Feten sowie das Neugeborene zu. Für diese Neugeborenen ist bis heute noch ungenügend geklärt, ob und wenn ja, wie sich ihr Entzug nach PME gestaltet. Verfügbare Scores erweisen sich in der klinischen Praxis für diese Patientengruppe zur Erkennung und Erfassung als nicht geeignet.

Werden die unter zu Hilfenahme des Finnegan-Scores erhobenen Symptome nach PME analysiert, so ergibt sich für neonatale Entzugssymptome nach mütterlichem Methamphetamin-Konsum während der Schwangerschaft ein deutlich anderes Bild bezüglich der beobachteten Symptome im Vergleich zum NAS nach Opiat-Konsum. Dabei fällt neben einer anderen Verteilung in ihrer Häufigkeit auch auf, dass einerseits Symptome wie Erbrechen, Durchfälle und Niesen völlig fehlen und andererseits auch neue Symptome wie Schläfrigkeit und Trinkschwäche beobachtet wurden (Tab. 2).

Erklärungsmöglichkeiten für Variabilität und Heterogenität der Entzugssymptome des Neugeborenen liegen möglicherweise in Dauer, Ausmaß und Zeitpunkt der PME sowie in der Wirkung des parallelen Be- beziehungsweise Misch-Konsums anderer psychoaktiver Substanzen. In der hiesigen Studienpopulation ergab sich bei allen Frauen ein Beikonsum von unter anderen Nikotin (73 Prozent), Cannabis (27 Prozent), Alkohol (20 Prozent), Psychopharmaka (19 Prozent) und Opiaten (11 Prozent; Mehrfachnennungen).

Werden die Symptome der Neugeborenen noch einmal gesondert unter dem Aspekt eines positiven Nachweises von Methamphetamin im kindlichen Urin während der ersten 24 bis 48 Stunden nach der Geburt betrachtet, so fällt auf, dass die Neugeborenen äußerlich in der Mehrzahl der Fälle eher als ruhig und damit unauffällig bezüglich eines klassischen NAS erlebt und beschrieben werden (Tab. 3).

Deshalb können die Symptome von jenen Neugeborenen mit positivem Nachweis von Methamphetamin im Urin auch als Ausdruck einer möglichen Substanzwirkung diskutiert werden. Aufgrund der unspezifisch erscheinenden Symptome bei neonatalem Methamphetamin – im Gegensatz zu jenen bei Opiat-Entzug ist deshalb die Gefahr groß, entsprechende Symptome in der klinischen Praxis zu übersehen. Dieser Umstand stellt somit ein Risiko für ein Nichterkennen betroffener Neugeborener dar, weswegen zusätzlich mit einer hohen Dunkelziffer zu rechnen ist. Letztlich lässt sich die Frage, ob ein Entzugssyndrom nach PME beim Neugeborenen existiert oder die Symptome des Neugeborenen Ausdruck einer womöglich toxischen Wirkung von Methamphetamin sind beziehungsweise durch den mütterlichen Bei- und Mischkonsum hervorgerufen werden, erst durch weitere Untersuchungen beantworten.

Ungeachtet der noch wenig charakteristischen Entzugssymptome erlaubt die Analyse vorliegender klinischer Befunde aber erste Aussagen zu möglichen Auswirkungen einer PME auf den Feten beziehungsweise das Neugeborene:

- Unter den Neugeborenen nach PME findet sich mit 31,2 Prozent ein um mehr als das Vierfache erhöhter Anteil Frühgeborener mit einem Gestationsalter < 37 Schwangerschaftswochen im Vergleich zum Landesdurchschnitt Sachsens (2016: 7,4 Prozent).

Tab. 3: Symptome des Methamphetamin-Entzugs am Universitätsklinikum Dresden 2007 bis 2017 behandelter Neugeborener nach PME mit positivem Drogennachweis im Urin unmittelbar nach der Geburt (relative Häufigkeit; N = 72)

75 – 100 Prozent	25– < 75 Prozent	< 25 Prozent
keine	Schläfrigkeit	Hyperexzitabilität
	Trinkschwäche	muskuläre Hypertonie
	muskuläre Hypotonie	übermäßiges Saugen
	Unruhe/Irritabilität	schrilles Schreien
		Tremor/Myoklonien
		Krämpfe

- Verglichen mit Daten der sächsischen Neonatalerhebung sind untergewichtige (< 10. Perzentile) mit 23,7 Prozent und Neugeborene mit Mikrozephalie (Kopfumfang < 10. Perzentile) mit 21,1 Prozent deutlich überrepräsentiert.
- Bei sonografischen Untersuchungen waren pathologische Befunde und Fehlbildungen unter anderem am Zentralnervensystem (23 Prozent), Herz (11 Prozent) und Urogenitalsystem (9 Prozent) zu beobachten.

Unsicherheiten bestehen gegenwärtig noch hinsichtlich spezifischer langfristiger Konsequenzen für die weitere Entwicklung dieser Kinder. Es deutet sich jedoch eine erhöhte physische und vor allem auch psychische Problemlast für Mutter und Kind an. Langzeitlich betrachtet zeigen Kinder nach PME im Alter von circa drei Jahren ein Zurückbleiben in der motorischen Entwicklung, vierjährig eine, gegenüber ihren Altersgefährten verringerte Intelligenzleistung und mit sieben Jahren vermehrt kognitive Auffälligkeiten durch eingeschränkte exekutive Funktionen (unter anderem Aufmerksamkeitssteuerung, Planungskompetenz oder Sequenzierung von Handlungsabläufen), die dann bei den 14-Jährigen in niedrigen Schulleistungen (Sprache, Mathematik) münden. Die Neugeborenen und deren Familien bedürfen deshalb einer rechtzeitigen

und speziellen interdisziplinären medizinischen Unterstützung, deren Erfolg nicht unwesentlich von der Mitwirkungsbereitschaft der Mütter beziehungsweise Eltern abhängt. Sinnvoll und wichtig erscheint es, bereits in der Schwangerschaft beziehungsweise schon bei bestehendem Kinderwunsch geeignete Hilfen anzubieten. Eine Stigmatisierung kann in Misstrauen gegenüber Ärzten und mangelnder Compliance seitens der Konsumentinnen resultieren und stellt einen gravierenden Fehler dar, der – auch als eine Erkenntnis aus dem Umgang mit Heroinabhängigen in der Vergangenheit in den USA – nicht wiederholt werden sollte.

### „Mama denk' an mich“ (MAMADAM) Ein Weg aus der Sucht?

Von den in der Dresdner Universitätskinderklinik 2007 bis 2015 geborenen und stationär behandelten Kindern mit PME (N = 130) wurden auf Beschluss des zuständigen Jugendamtes und mit seiner Unterstützung etwa ein Drittel nach Hause zum konsumbelasteten Elternteil entlassen. Dieses Vorgehen und die Entlassung von etwa ein Drittel der Kinder mit PME in den elterlichen Haushalt sind durchaus repräsentativ für Sachsen. Nach Analyse von 306 Fallakten von Suchthilfeeinrichtungen aus Chemnitz, Leipzig, dem Vogtland und Zwickau (529 Kinder mit einem

Durchschnittsalter von 6,5 Jahren) fanden circa ein Drittel der Kinder ihren Lebensmittelpunkt im Haushalt des Methamphetamin-konsumierenden Elternteils; alle anderen waren in verschiedenen Formen fremduntergebracht.

Einer der wesentlichen Gründe, der eine Fremdunterbringung – gerade auch von Neugeborenen – erklärt, dürfte das in suchtbelasteten Familien erhöhte Risiko für eine Kindeswohlgefährdung sein. Etwa 30 Prozent aller Kinder von opiat- beziehungsweise kokainkonsumierenden Eltern machen Erfahrungen von Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch, die sich bei elterlichem Methamphetamin-Konsum bei den Kindern in Form von emotionalen Belastungen, Parentifizierung, psychiatrischen Auffälligkeiten, Aggression und Impulsivität sowie Defiziten in der kognitiven Entwicklung spezifizieren. Darüber hinaus ist zweifelsohne zu berücksichtigen, dass eine PME bei den Feten organische Schäden setzen beziehungsweise eine besondere Vulnerabilität hinterlassen kann. Diese können einerseits erhöhte Versorgungsaufwendungen – anhaltend bis in die Häuslichkeit – nach sich ziehen und andererseits erst im weiteren Entwicklungsverlauf im Zusammenwirken mit den sozialen Umweltfaktoren ihre volle Wirkung entfalten. Auch das Aufwachsen eines Kindes mit einer PME in einer Adoptivfamilie wirkt nur begrenzt kompensatorisch. So bleibt das Risiko auch unter dieser Bedingung für die Entwicklung von Störungen im Bereich der exekutiven Funktionen und des Verhaltens deutlich erhöht.

Allerdings scheinen Schwangerschaft und damit verbundene Veränderungen sowie Geburt mit der hinzukommenden Verantwortung für das Neugeborene Zäsurcharakter zu haben: Nahezu alle Mütter der insgesamt 197 in den Jahren 2007 bis 2017 an der Universitätskinderklinik behandelten Kinder mit

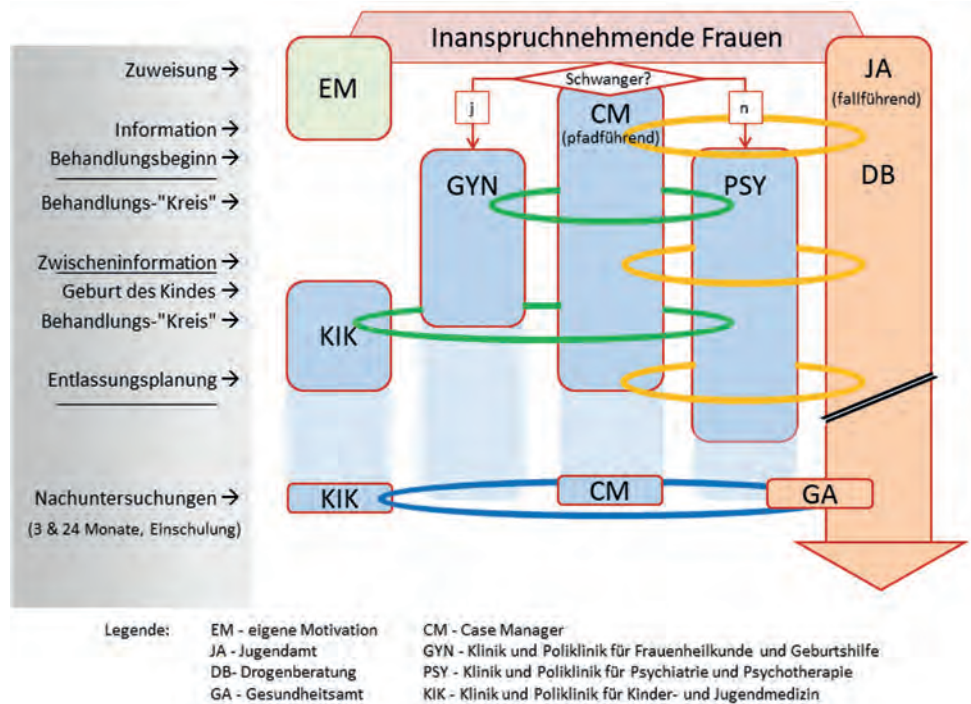


Abb. 4: Versorgungspfad MAMADAM

PME äußerten am Beginn der stationären Aufnahme des Kindes Änderungsabsichten und Abstinenzwünsche. Dies deckt sich mit Ergebnissen bundesweiter Befragungen von Methamphetamin-Konsumierenden, nach denen etwa drei Viertel Abstinenz anstreben, um ihre Kinder im Haushalt behalten oder eine Rückführung erreichen zu können.

Vor diesem Hintergrund wurde 2015 am Dresdner Universitäts-Kinder- und Frauenzentrum das Programm „Mama denk' an mich“ (MAMADAM) entwickelt, welches das stationäre und ambulante Leistungsangebot der Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie und Psychotherapie auf der einen und das städtische Angebot der Jugendämter sowie der Sucht- und Drogenberatungsstellen auf der anderen Seite in einem Patientenpfad verknüpft.

### Der Patientenpfad

Die Abbildung 4 veranschaulicht MAMADAM; sichtbar wird ein Patientenpfad, der die Inanspruchnahme

strukturierter und eng vernetzter Angebote klinischer und kommunaler Versorgungseinrichtungen ermöglicht.

Der Zugang zum Pfad kann in seiner jetzigen Form durch Frauen während der Schwangerschaft oder zur Geburt ihres Kindes erfolgen. Offen ist er auch für Methamphetamin-konsumierende Frauen mit Kinderwunsch, die sich bislang (2016 bis 2017) aber noch nicht vorstellten.

Von den Müttern der in den Jahren 2016/2017 im Pfad medizinisch betreuten 67 Kinder bestand bei etwa der Hälfte schon vor oder in der aktuellen Schwangerschaft Kontakt zum jeweils zuständigen Jugendamt, der bei Pfadeinschluss noch einmal aktualisiert wurde. Für alle anderen wurde dieser innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in den Pfad – meist durch die betreffenden Mütter selbst – hergestellt.

Das zuständige Jugendamt wirkt in MAMADAM fallführend, prüft die klinischen und kommunalen Versorgungs-

angebote vor dem Hintergrund des familiären Hilfebedarfs und trifft Festlegungen im Rahmen seiner Zuständigkeit nach SGB VIII.

Im klinischen Teil des MAMADAM-Versorgungspfades wirkt ein Case-Manager pfadführend, der die definierten Abläufe nach intern steuert und kontrolliert sowie nach extern die Kooperation mit den außerklinisch Beteiligten koordiniert. Bei ihm laufen alle wesentlichen Informationen zum Stand der Behandlung der Schwangeren beziehungsweise dann der Mutter wie auch des Kindes mit PME innerhalb der beteiligten klinischen und kommunalen Versorgungseinrichtungen zusammen. Er bereitet für die Zeit nach der stationären Behandlung des Kindes, die meist eher als die suchttherapeutische Behandlung der Mutter im ambulanten Setting abgeschlossen ist, den Übergang von der klinischen in die kommunale Versorgung der Familie vor. Regelmäßige Fallbesprechungen dienen dabei der Qualitätssicherung durch genaue Abstimmung der einzelnen Versorgungsangebote aufeinander. In der Klinik durchgeführte Helferkonferenzen des beteiligten Jugendamtes sind Ausdruck der Vernetzungsgüte.

Auftrag der Frauenklinik im MAMADAM-Versorgungspfades ist die ambulante und gegebenenfalls auch stationäre Begleitung der Schwangeren oder dann auch Mutter unter Beachtung der durch den Methamphetamin-Konsum begründeten Behandlungsbesonderheiten, wie zum Beispiel Behandlungseinsicht, Perspektivwechsel von sich auf das Kind oder tagesaktuelle Befindlichkeitschwankungen. Die Suchtambulanz der psychiatrischen Klinik hält ein ambulantes und Methamphetamin-spezifisches Behandlungsangebot im Umfang

von 16 Sitzungen von jeweils circa 45 Minuten Dauer vor, in denen unter anderem Themen wie motivationale Klärung, Umgang mit Suchtdruck oder Identifikation von möglichen sozialen Risikosituationen und Erarbeitung von Strategien für den Umgang mit diesen eine Rolle spielen. In der Kinderklinik liegt der Fokus neben der mitunter auch erforderlichen intensivmedizinischen Behandlung des Kindes auf der frühestmöglichen Befähigung der Eltern zur selbstständigen und ent-

---

**„Auftrag der Frauenklinik im MAMADAM-Versorgungspfades ist die ambulante und gegebenenfalls auch stationäre Begleitung der Schwangeren oder dann auch Mutter unter Beachtung der durch den Methamphetamin-Konsum begründeten Behandlungsbesonderheiten.“**

---

wicklungsorientierten Pflege und Versorgung des Neugeborenen unter Beachtung der kindlichen Entwicklungssignale durch Schulung, Anleitung und videogestützte Beratung, die im Durchschnitt etwa 15 bis 20 Stunden beanspruchen.

Der klinischen Versorgung schließen sich in enger Vernetzung mit dem Jugendamt und den weiteren regionalen Kooperationseinrichtungen Nachbetreuung sowie Nachuntersuchungen an, die auf die gesundheitliche Entwicklung des Kindes und die Funktionalität des familiären Systems gerichtet sind. Hier kommen die besonderen Verantwortungen der Fallführung durch das zuständige Jugendamt und der Pfadführung durch den MAMADAM Case-Manager noch einmal deutlich zum Tra-

gen, um betreffende Familien so lange wie erforderlich begleiten zu können.

### Bisherige Erfahrungen

Der klinische Versorgungspfad verbindet die Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie und Psychotherapie. Ein erster Vorteil dieses Versorgungspfades besteht in der Möglichkeit, die Behandlung des Kindes sowie die der Mutter und gegebenenfalls des Vaters zeitlich aufeinander abzustimmen. In der Kinderklinik können die Eltern zur Versorgung ihres Kindes anwesend sein und diese – durch das Pflegepersonal angeleitet – selbst übernehmen. Aber auch ihre Teilnahme an der Suchttherapie ist gesichert, und zwar immer dann, wenn ihr Kind keine Versorgung benötigt oder wenn das Pflegepersonal der Station diese sicherstellt. Für die Eltern entsteht dadurch eine Situation, in der sie einerseits als Eltern – in der Kinderklinik – und andererseits selbst als Patienten – in der Suchtambulanz – auftreten können.

Die oftmals erlebte Etikettierung „süchtig“ wird zumindest für ihren Aufenthalt bei ihrem Kind zeitweilig aufgehoben: Hier sind sie vorrangig Eltern und werden auch als solche angesprochen.

Ein zweiter Vorteil besteht darin, dass das Neugeborene nach PME regelhaft stationär zur Beobachtung und gegebenenfalls auch erforderlichen medizinischen Behandlung aufgenommen wird, wodurch Rahmenbedingungen geschaffen sind, den Eltern unter steuerbarer Belastung die Pflege und Versorgung ihres Kindes zu übertragen und den initialen Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung in der Kinderklinik adäquat zu begleiten. Hierfür sind – allerdings für andere gesundheitliche oder soziale Problemlagen – bereits gut etablierte Modelle verfügbar.

Drittens scheint ein wesentlicher Vorteil des MAMADAM-Versorgungspfades darin zu liegen, dass er Mutter oder Vater mit einer bislang vollkommen unvoreingenommenen Person – ihrem eigenen und gerade geborenen Kind – konfrontiert. Die Ko-Regulations- und Interaktionskompetenz der Eltern, die sonst häufig in die Richtung einer kindlichen Entwicklungsförderung diskutiert wird, ist hier auch gegenläufig von Bedeutung: Die Bezugsperson des Kindes kann Handlungssicherheit im Umgang mit ihrem Kind erlernen und eine Zunahme der Selbstwirksamkeit erleben. Im Sinne Antonovsky's ist die Annahme nicht unberechtigt, dass klare äußere Strukturen und Zugriff auf verfügbar gemachte innere Ressourcen für die betreffende Person sinnstiftend wirken kann, hier mit Blick auf Abstinenz, Elternschaft und Erziehungsfähigkeit.

Diese mutmaßlichen Zusammenhänge bedürfen noch weiterer theoretischer Vertiefung und empirischer Überprüfung, aber die dahinterstehenden Annahmen sind nicht ganz unbegründet: Die Suchtambulanz der psychiatrischen Klinik berichtet eine überraschend hohe Haltequote bezüglich der in das Therapieprogramm eingeschlossenen Patienten, die bei 77 Prozent bei einer Therapiedauer von 22 Wochen (Median) lag. Bislang wurden 13 Schwangere, 49 Mütter und 19 Väter vorstellig, von denen zu Therapiebeginn 71 Prozent überwiegend fremdmotiviert waren, 71 Prozent Arbeitslosengeld II bezogen und 38 Prozent eine Vorstrafe aufwiesen. Das Resümee dieser Erfahrungen lautet: Trotz einer hochrisikobehafteten Klientel gelang es im ambulanten Setting, den überwiegenden Anteil abstinent in Therapie zu halten; die ambulante psychiatrische Suchttherapie kann somit für Eltern eine sinnvolle Alternative zur stationären Langzeittherapie darstellen.

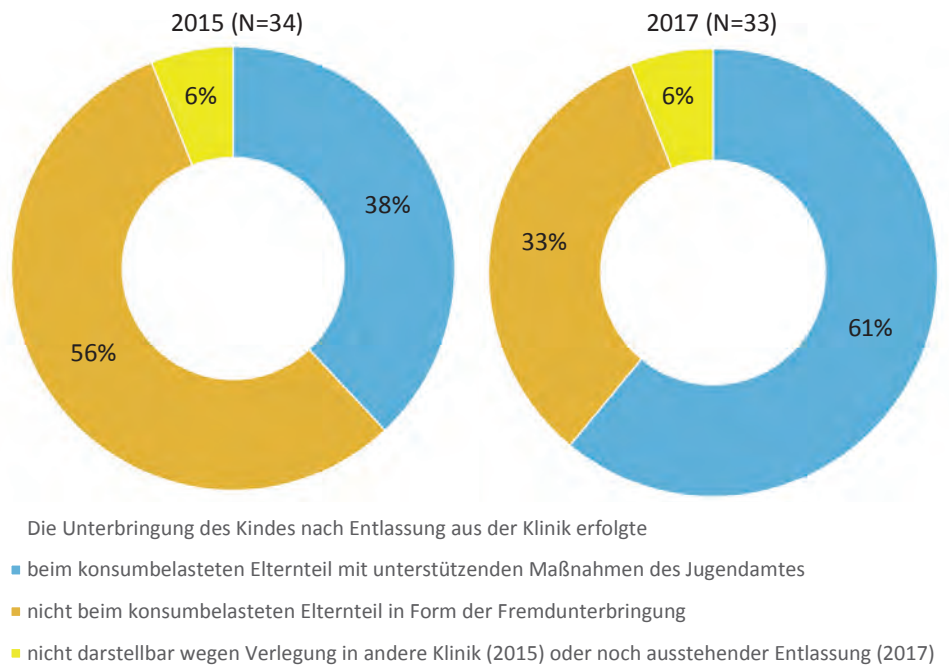


Abb. 5: Verbleib der Kinder nach Entlassung aus der Kinderklinik im Vergleich der Jahre 2015 und 2017

Die Frauenklinik weist darauf hin, dass Schwangere mit Methamphetamin-Konsum, welche die Gynäkologische Ambulanz in den zurückliegenden zwei Jahren aufsuchten, zu etwa 80 Prozent mit Überweisung ihres in der Niederlassung tätigen Gynäkologen kamen. Der Zugang zum Pfad gewinnt damit an Sicherheit, möglichst viele Frauen bereits in der Schwangerschaft zu erreichen und sie so adäquat versorgen zu können. Der Pfadzugang über Jugendämter oder Sucht- und Drogenberatungsstellen erscheint noch ausbaubar. Der Zugang Schwangerer über die psychiatrische Suchtambulanz wurde selten genutzt.

Letztlich macht die Kinderklinik darauf aufmerksam, dass sich im Vergleich vor und nach Einführung des MAMADAM-Versorgungspfades der Verbleib der Kinder – Entlassung in die Häuslichkeit oder Fremdunterbringung – grundsätzlich geändert zu haben scheint (Abb. 5).

Das Programm MAMADAM zur Betreuung von Mutter und Kind bedarf noch weiterer Ausdifferenzierung vor allem

an der Schnittstelle zwischen klinischen und kommunalen Versorgungsangeboten. Dennoch zeichnet sich ab, dass die Versorgung nach diesem Pfad bereits eine gute Inanspruchnahme durch Frauen, Schwangere und Mütter findet, die bei Methamphetamin-Konsum eine darauf angepasste suchttherapeutische Behandlung erhalten können und diese auch annehmen, und deren Kinder im Vergleich vor und nach seiner Einführung mit familienunterstützenden Maßnahmen des Jugendamtes doppelt so häufig in die mütterliche Familie entlassen werden konnten. ■

Literatur bei den Autoren

Interessenkonflikte: keine

Korrespondierender Autor:  
Priv.-Doz. Dr. med. Jürgen Dinger  
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der  
Technischen Universität Dresden  
Klinik und Poliklinik für  
Kinder- und Jugendmedizin  
Fachbereich Neonatologie und  
Pädiatrische Intensivmedizin  
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden  
E-Mail: jürgen.dinger@uniklinikum-dresden.de