



Landeskoordinierungsstelle
Frauen und Sucht NRW
BELLA DONNA

Gefördert vom

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**



Medikamentenabhängige¹ schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

Abschlussbericht

Juli 2019

¹ Der Begriff „Medikamente“ bezieht sich hier im Wesentlichen auf die Stoffe bzw. Stoffgruppen der Sedativa-Hypnotika, Analgetika und Psychostimulantien; der Begriff „Abhängigkeit“ umfasst den missbräuchlichen Konsum.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
2.	Epidemiologie der Medikamentenabhängigkeit.....	6
2.1.	Medikamentenabhängigkeit bei Frauen.....	7
2.2.	Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft.....	8
2.2.1.	Prävalenz von Benzodiazepinen.....	8
2.2.2.	Prävalenz von Opiat- und Opioidanalgetika.....	8
2.2.3.	Charakteristika der schwangeren Frauen.....	9
2.2.4.	Gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind.....	10
2.3.	Versorgung und Behandlung von Medikamentenabhängigen.....	10
3.	Zielsetzungen und Fragestellungen des Projekts.....	11
5.	Methodisches Vorgehen.....	12
6.	Medikamentenabhängige im Gesundheitssystem und der Suchthilfe – die Perspektive der Gesundheitsprofessionen.....	15
7.	Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen.....	17
7.1.	Beschreibung des Samples.....	17
7.2.	Einstieg in den Medikamentenkonsum.....	18
7.3.	Subjektive Sichtweise auf Medikamentenkonsum.....	18
7.4.	Schwangerschaft und Mutterschaft.....	19
7.5.	Erfahrungen mit dem Versorgungs- und Suchthilfesystem.....	20
7.5.1.	Information und Aufklärung.....	20
7.5.2.	Ärzt*in-Patientin-Interaktion.....	21
7.5.3.	Suchthilfe.....	21
7.6.	Strategien im Umgang mit der Abhängigkeit.....	22
7.6.1.	Informationssuchverhalten.....	23
7.7.	Unterstützungs- und Versorgungsbedürfnisse.....	23
8.	Diskussion.....	24
9.	Handlungsempfehlungen.....	27
9.1.	Handlungsfeld Prävention.....	27
9.2.	Handlungsfeld Behandlung und Versorgung.....	29
9.3.	Handlungsfeld Suchthilfe.....	31

9.4. Handlungsfeld Suchtselbsthilfe	32
10. Ausblick.....	33
Literatur.....	34
Anhang	37
1. Informationsblatt	37
2. Interviewleitfaden	37
3. Poster	37
4. Dokumentation der Fachtagung am 21. März 2019	37

Anlagen:

Recherche medizinische Literatur (2014)

Stand der internationalen sozialwissenschaftlichen Forschung (2016)

1. Einleitung

Schätzungen gehen von 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus. Darüber hinaus ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen. Frauen sind nach bisherigen Erkenntnissen doppelt so häufig von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen wie Männer. Die Abhängigkeit von Medikamenten gilt als die „typische Frauensucht“ – still, heimlich und unauffällig (Brunett, 2003).

Schädlicher Gebrauch und die häufig dadurch entstandene Abhängigkeit von Medikamenten, die auf die Psyche wirken (*psychotrop*), werden in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend erkannt und deshalb häufig nicht adäquat behandelt. Der Suchtbereich mit dem höchsten Anteil an Frauen taucht im Hilfesystem am wenigsten auf. Die größte Gruppe der süchtigen Frauen – die medikamentenabhängigen Frauen – ist fachlich bislang nicht im Fokus der behandelnden Mediziner*innen bzw. der Suchthilfe. Auch die Suchtselbsthilfe erreicht betroffene Frauen kaum (Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften [AWMF], 2006).

Die „Leitlinie Medikamentenabhängigkeit“ der AWMF stellt fest, dass „Arzneimittelabhängige (...) in Deutschland nur selten in Suchtfachkliniken einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen [werden], wenn man ihre große Zahl berücksichtigt“ (AWMF, 2006: 22). Und im Weiteren: „Evidenzbasierte Daten zu Differenzialindikationen und Effektivität von Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigen von Sedativa/Hypnotika existieren kaum.“ Zu geschlechtsbezogenen Aspekten wird formuliert: „Wünschenswert wären auch frauenspezifische Angebote (...)“ (ebd.)².

Über die Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit bzw. von missbräuchlichem Konsum in der Schwangerschaft liegen bislang so gut wie keine Erkenntnisse vor; ebenso wenig über die Situation der medikamentenabhängigen Frauen, die mit ihren Kindern zusammenleben. Auch fehlen entsprechende fachliche Reaktionen der Suchthilfe. Trotz der erdrückenden empirischen Belege für die Belastungen und Entwicklungsrisiken für Kinder suchtkranker Eltern einschließlich des erhöhten Risikos, selbst suchtkrank zu werden, sind die Kinder medikamentenabhängiger Frauen so gut wie gar nicht im Blick der Suchthilfe bzw. -forschung. Geschlechtsbezogene Aussagen fehlen umfänglich. Möglicherweise in der Praxis vorliegende Erkenntnisse zu erfolgversprechenden Angeboten/ Maßnahmen/Strategien sind nicht veröffentlicht und nicht systematisiert.

Erkenntnisse über die Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit bzw. missbräuchlichem Konsum bei schwangeren Frauen und Müttern mit Migrationshintergrund liegen ebenfalls nicht vor, ebenso wenig über die Situation ihrer Kinder.

Bereits die Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“, die von 2001 bis 2004 arbeitete, wählte „Frauen und Arzneimittel“ als eines der relevanten Themen aus dem Feld der Frauengesundheit aus. Neben den sozialen Implikationen der Geschlechtsrolle wurden relevante biologisch bedingte Geschlechtsunterschiede diskutiert. Eine wichtige damalige Forderung war die stärkere Berücksichtigung von Frauen in der pharmakologischen Forschung.

² Die Leitlinie befindet sich derzeit in Überarbeitung. Die Fertigstellung der S3-Leitlinie „Medikamentenbezogene Störungen“ ist für den 31. Juli 2020 angekündigt.

Weitere Forderungen richteten sich auf Werbeverbote für Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial, die Förderung unabhängiger Informationen über Medikamente, Verankerung dieser Problematik in den Curricula der ärztlichen Weiterbildung, verstärkte mädchen- und frauenspezifische Präventionsangebote seitens der Krankenkassen sowie Schulung der Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, damit diese die Problematik bei Frauen erkennen, sodass angemessene Therapien befürwortet und genehmigt werden und nicht zuletzt forderte sie die Apothekerkammern zur Thematisierung in ihrer Fortbildungs-, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit auf.

In diesen und den folgenden Jahren gab es eine Reihe von Aktivitäten in Nordrhein-Westfalen, die den beschriebenen Handlungsbedarf aufgriffen. Beispielfhaft seien die Folgenden genannt:

- Die Landesfachstelle Frauen & Sucht NRW, BELLA DONNA, veröffentlichte im Jahr 2003 eine kommentierte Bibliografie „Frauen und psychotrope Medikamente – Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit“ herausgegeben, die als Arbeitshilfe einen sorgfältigen Überblick über die Literatur gab.
- Für einzelne Berufsgruppen wurden Handreichungen entwickelt, die die Identifizierung von Medikamentenabhängigen erleichtern sollen wie z.B. die Handreichung „Basiswissen Sucht“ der Psychotherapeutenkammer NRW (Psychotherapeutenkammer NRW & Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, 2017).
- Auf Bundesebene hat die Bundesärztekammer (2007) in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft einen Leitfaden für die ärztliche Praxis herausgegeben, der Ärzt*innen für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit sensibilisieren, sie informieren und ihnen Hilfestellung für die Unterstützung betroffener Patient*innen geben soll. Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS] hat einen ärztlichen Leitfaden für die Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln entwickelt (DHS, o.J.).

Vor diesem Hintergrund verankerte die Landesregierung Nordrhein-Westfalen aus NRWSPD und Bündnis90/Die Grünen in ihrem Koalitionsvertrag 2012 bis 2019: „Zur Versorgung medikamentenabhängiger schwangerer Frauen, Mütter und ihrer Kinder werden wir Maßnahmen auf den Weg bringen“ (S. 96). Eine dieser Maßnahme war das Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“, das von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, durchgeführt wurde.

2. Epidemiologie der Medikamentenabhängigkeit

Da belastbare bevölkerungsrepräsentative Daten zur Prävalenz von Medikamentenabhängigkeit fehlen, werden Schätzungen auf der Basis von Verordnungsdaten vorgenommen. In Deutschland wird von 1,4 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen ausgegangen. Während der Gesundheits-survey des Robert Koch-Instituts eine Zahl von 1,3 Millionen Medikamentenabhängigen nennt (Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2016), geht der Epidemiologische Suchtsurvey gar von 2,6 Millionen Menschen mit klinisch relevantem Medikamentenkonsum aus (Gomes de Matos, Atzen-dorf, Kraus & Piontek, 2016). Darüber hinaus ist eine hohe Dunkelziffer anzunehmen.

Medikamentenabhängigkeit wird häufig mit dem Alter assoziiert. Tatsächlich zeigen die Prävalenzen der Frauen in allen Altersgruppen nicht nur den gegenüber den Männern erhöhten Anteil derjenigen, die Medikamente einnehmen³, sondern sie zeigen außerdem, dass sich die Prävalenzen zwischen Frauen und Männern erst bei den über 45-Jährigen annähern (s. Abbildung 1). Bei den 18- bis 29-jährigen sowie bei den 30- bis 44-Jährigen Frauen ist der Anteil derjenigen, die ärztlich verschriebene Medikamente einnehmen deutlich höher als bei den Männern. Die Daten weisen auf einen weiteren wichtigen Befund hin: in allen Altersgruppen und für beide Geschlechter zeigt sich ein deutlicher Bildungsgradient zuungunsten der unteren Bildungsgruppe.

Frauen	%	(95 %-KI)	Männer	%	(95 %-KI)
Frauen (gesamt)	58,9	(57,8–60,0)	Männer (gesamt)	52,0	(50,8–53,2)
18–29 Jahre	33,8	(31,4–36,4)	18–29 Jahre	21,3	(18,8–24,1)
Untere Bildungsgruppe	40,5	(34,3–46,9)	Untere Bildungsgruppe	25,6	(20,1–32,1)
Mittlere Bildungsgruppe	33,1	(29,9–36,5)	Mittlere Bildungsgruppe	20,1	(17,1–23,5)
Obere Bildungsgruppe	27,5	(23,3–32,2)	Obere Bildungsgruppe	19,0	(14,2–24,9)
30–44 Jahre	38,7	(36,6–40,8)	30–44 Jahre	31,9	(29,4–34,4)
Untere Bildungsgruppe	41,7	(34,9–48,9)	Untere Bildungsgruppe	36,9	(29,2–45,4)
Mittlere Bildungsgruppe	39,3	(36,5–42,1)	Mittlere Bildungsgruppe	35,3	(32,1–38,7)
Obere Bildungsgruppe	35,4	(32,1–38,8)	Obere Bildungsgruppe	22,9	(20,2–25,9)
45–64 Jahre	61,4	(59,8–63,1)	45–64 Jahre	58,5	(56,6–60,4)
Untere Bildungsgruppe	67,0	(62,5–71,3)	Untere Bildungsgruppe	67,0	(62,2–71,5)
Mittlere Bildungsgruppe	61,5	(59,4–63,5)	Mittlere Bildungsgruppe	59,7	(56,9–62,5)
Obere Bildungsgruppe	56,2	(53,4–58,8)	Obere Bildungsgruppe	53,5	(50,9–56,0)
≥ 65 Jahre	87,1	(85,5–88,5)	≥ 65 Jahre	86,3	(84,9–87,7)
Untere Bildungsgruppe	88,7	(86,5–90,7)	Untere Bildungsgruppe	86,3	(82,6–89,3)
Mittlere Bildungsgruppe	85,9	(83,4–88,0)	Mittlere Bildungsgruppe	87,0	(84,7–89,1)
Obere Bildungsgruppe	85,9	(82,7–88,7)	Obere Bildungsgruppe	85,2	(82,7–87,4)
Gesamt (Frauen und Männer)	55,5	(54,7–56,4)	Gesamt (Frauen und Männer)	55,5	(54,7–56,4)

KI = Konfidenzintervall

Abbildung 1: Prävalenz der Anwendung ärztlich verschriebener Medikamente in den letzten zwei Wochen nach Geschlecht, Alter und Bildungsstatus (Knopf, Prütz, Yong, 2017: 111; Datenquelle: GEDA 2014/2015-EHIS)

80 %, das entspricht 1,5 Mio. Menschen, sind von Benzodiazepinen z.B. mit den Wirkstoffen Lorazepam und Diazepam abhängig; hiervon sind zwei Drittel weiblich (Holzbach, Martens, Kalke & Raschke, 2010). Die Zahl der Schmerzmittelabhängigen wird auf ca. 300.000 bis 500.000 geschätzt.

Zu den am häufigsten verkauften und verordneten Arzneimitteln gehören Psychopharmaka (Anti-depressiva, Neuroleptika, Tranquilizer und Psychostimulanzien) sowie Benzodiazepine (Schlaf- und

³ Hormonelle Kontrazeptiva und andere Hormonpräparate wurden bei den Frauen ausgeschlossen.

Beruhigungsmittel) (Glaeske, 2018). Etwa 4 bis 5 % aller häufig verordneten rezeptpflichtigen Medikamente besitzen ein Abhängigkeitspotenzial, darunter vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel mit Wirkstoffen aus der Gruppe der Benzodiazepine und Benzodiazepinrezeptoragonisten (ebd.).

2.1. Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

Der Bevölkerungsanteil der Medikamentenabhängigen liegt mit insgesamt 5,2 % deutlich vor dem Anteil der Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit (3,4 %) (Gomes de Matos et al., 2016). Der Anteil der Medikamentenabhängigen an der Bevölkerung ist bei den Frauen drei Mal so hoch wie bei der männlichen Bevölkerung (6,0 vs. 2,0 %). In jeder Altersgruppe sind Frauen häufiger als Männer von Medikamentenabhängigkeit betroffen (s. Abbildung 1). Die Abhängigkeit von Medikamenten gilt daher als „typische Frauensucht“ – still, heimlich und unauffällig. Insgesamt wird der Frauenanteil an den Medikamentenabhängigen mit 60-70 % beziffert. Grund hierfür ist, dass Frauen gegenüber Männern eine erhöhte Konsumintensität aufweisen (Prävalenz, Häufigkeit der Einnahme, Anzahl der eingenommenen Arzneimittel). Die Daten der GKV zeigen, dass Frauen pro Kopf deutlich mehr Antidepressiva, Tranquillizer und Benzodiazepine, welche ein besonders hohes Abhängigkeitspotenzial haben, verschrieben werden (Glaeske, 2018). Dem steht eine geringe sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungsprävalenz gegenüber (Soyka, Queri, Kufner & Rösner, 2005).

Sehr früh wurden bereits frauenspezifische Gründe für Medikamentenkonsum diskutiert. Hierzu gehören das im Vergleich zu Männern andere Krankheitsspektrum von Frauen: Frauen sind häufiger als Männer von chronischen Erkrankungen wie z.B. rheumatischen Erkrankungen sowie von Beeinträchtigungen im psychosomatischen und psychischen Bereich betroffen. Als ein weiterer Erklärungsansatz wird das ärztliche geschlechtsbezogene Verschreibungs- und Diagnoseverhalten angeführt. So erhalten Frauen bei gleichen und vergleichbaren Beschwerden eher psychosomatische und Männer eher organische Diagnosen. Frauen erhalten doppelt so häufig die Diagnose Depression und ihnen werden zwei bis drei Mal häufiger psychotrope Arzneimittel, insb. Psychopharmaka und Antidepressiva verschrieben. Frauen suchen außerdem häufiger als Männer eine ärztliche Praxis auf, sie sind eher bereit über psychische Belastungen zu sprechen und sie nutzen häufiger Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen als Männer (Glaeske, 2018). Ursachen für Substanzkonsum von Frauen sind auch in frauentypischen Belastungen wie sexualisierte Gewalt in der Kindheit und im Erwachsenenalter, Doppel- und Dreifachbelastung, Armut und nicht zuletzt Geschlechterzuschreibungen zu suchen.

Wenig untersucht ist bisher der Zusammenhang von biologischem Geschlecht und Pharmakodynamik, d.h. der Art und Weise wie ein Wirkstoff vom Körper aufgenommen, transportiert, verteilt, verstoffwechselt und ausgeschieden wird. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Arzneimittel von Frauen- und Männerkörpern unterschiedlich verarbeitet werden. Gründe hierfür sind biologische Unterschiede bezogen auf Gewicht, Größe und Körperzusammensetzung sowie hormonelle Einflüsse auf Ausscheidungsprozesse. Bisher existiert jedoch keine systematische Forschung hierzu. Einzelne Studien weisen darauf hin, dass die Verstoffwechslung von Antidepressiva eng verbunden mit dem Hormonstatus ist und Östrogene die serotonergen Effekte von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) modulieren können (Kashuba & Nafziger, 1998; Kornstein, Schatzberg, Thase, Yonkers &

McCullo, 2000; Kornstein, Toups, Rush, Wisniewski, Thase, Luther, Warden, Fava & Trivedi, 2013; Martényi, Dossenbach, Mraz & Metcalfe, 2001). Auch bei häufig verordneten Schlafmitteln wie Zolpidem zeigt sich, dass der weibliche Organismus diesen Wirkstoff langsamer abbaut als der männliche. Dieser Befund führte in den USA zu angepassten geschlechtsspezifischen Dosierungsempfehlungen (U.S. Food and Drug Administration (FDA), 2013a & 2013b). Außerdem leiden Frauen stärker und häufiger unter Nebenwirkungen von Arzneimitteln als Männer. Relevante Unterschiede in der Pharmakologie zwischen Frauen und Männern finden bisher weder in der Arzneimittelforschung noch in der Verschreibungspraxis ausreichend Berücksichtigung.

2.2. Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft

Zur Häufigkeit der Einnahme von Medikamenten bei Schwangeren liegen kaum Daten vor. Die im Folgenden dargestellten Befunde basieren auf den Ergebnissen der im Rahmen des Projektes durchgeführten Literaturrecherchen (s. Kapitel 4: Methodisches Vorgehen).

2.2.1. Prävalenz von Benzodiazepinen

Die Prävalenzzahlen zu verschriebenen Benzodiazepinen und/ oder Benzodiazepinagonisten in der Schwangerschaft schwanken in den nordeuropäischen Staaten von 0,23-1,5 % (Askaa, Jimenez-Solem, Enghusen Poulsen & Traerup Andersen, 2014; Riska, Skurtveit, Furu, Engeland & Handal, 2014) bis hin zu 3,23-3,9 % im nordamerikanischen Raum (Daw, Mintzes, Law, Hanley & Morgan, 2012; Hanley & Mintzes, 2014; Kieviet, Dolman & Honig, 2013). Nach den Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) waren Benzodiazepine in einer US-amerikanischen Kohortenstudie die am zweithäufigsten konsumierten psychotropen Medikamente bei Schwangeren (Hanley & Mintzes, 2014). Oftmals nahm die Prävalenz für den Benzodiazepinkonsum von jungen Müttern während der Schwangerschaft und dem ersten Lebensjahr des Kindes ab, erhöhte sich jedoch, wenn das Kind älter wurde (Raitasalo, Holmila, Autti-Rämö, Martikainen, Sorvala & Mäkelä, 2014).

2.2.2. Prävalenz von Opiat- und Opioidanalgetika

Die Prävalenzzahlen für Opiat- und Opioidhaltige Medikamente während der Schwangerschaft liegen sowohl im nordeuropäischen als auch im nordamerikanischen Raum im Schnitt bei etwa 6 % (Handal, Engeland, Rønning, Skurtveit & Furu, 2011; Smith, Costello, & Yonkers, 2014; Bateman, Hernandez-Diaz, Rathmell, Seeger, Doherty, Fischer & Huybrechts, 2014; Daw et al., 2012).

In einer norwegischen Untersuchung erhielten die Frauen Opiat- und Opioidhaltige Medikamente oftmals nur einmal für eine Therapiedauer von etwa einer Woche (Handal et al., 2011). Der am häufigsten verschriebene Wirkstoff war Codein (ebd.). In US-amerikanischen Studien lösten 21,6 % der Frauen während der Schwangerschaft mindestens ein Rezept ein, in den einzelnen Staaten bis zu 41,6 % (Desai, Hernandez-Diaz, Bateman & Huybrechts, 2014). Auch hier wurden am häufigsten Codein und Hydrocodon verschrieben. Zu einer frühen Exposition des Neugeborenen mit Opiat- und Opioidanalgetika kam es bei 14,5 % aller Frauen (Epstein, Bobo, Martin, Morrow, Wang, Chandrasekhar & Cooper, 2013). Insgesamt stieg die Verschreibung von Opiat- und Opioidanalgetika, darun-

ter am häufigsten Hydrocodon, Codein und Oxycodon, im US-amerikanischen Raum im Zeitraum von 1995 bis 2009 um das Zweifache an (ebd.).

2.2.3. Charakteristika der schwangeren Frauen

Aus den Untersuchungen zu den Prävalenzraten ergaben sich zusätzlich die folgenden Informationen zu medikamentenabhängigen schwangeren Frauen.

Charakteristika von Benzodiazepin-konsumierenden Frauen: Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine und/ oder Benzodiazepinagonisten verschrieben bekommen haben, waren im Vergleich signifikant älter, haben häufiger geraucht und häufiger das dritte oder vierte Kind bekommen. Außerdem hatten diese Frauen vergleichsweise ein geringeres Einkommen, eine schlechtere Schulbildung und einen höheren BMI. Sie litten häufiger an einer psychiatrischen Störung (Raitasalo et al., 2014) und nahmen häufiger Antipsychotika, Anxiolytika und Antidepressiva ein (Askaa et al., 2014; Wikner, Stiller, Bergman, Asker & Källén, 2007; Wikner, Stiller, Källén & Asker, 2007). Die am häufigsten gefundenen psychiatrischen Diagnosen unter den Frauen, die während der Schwangerschaft psychotrope Medikamente eingenommen haben, waren Depressionen (25 %) und Angststörungen (24,4 %) (Hanley & Mintzes, 2014). Ein Fünftel der Frauen nahm neben den Benzodiazepinen auch Opiat- und Opioidanalgetika ein (Riska et al., 2014). Benzodiazepinkonsumierende Frauen wiesen ebenfalls häufiger Alkohol- oder anderen Substanzabusus (Raitasalo et al., 2014) auf. Die Charakteristika von Müttern, die während der Schwangerschaft Benzodiazepinagonisten (HBRA) konsumierten ähneln den Charakteristika von Benzodiazepin-konsumierenden Frauen (Wikner & Källén, 2011).

Charakteristika von Opiat- und Opioidanalgetika-konsumierenden Schwangeren: Opiat- und Opioidanalgetika wurden besonders häufig von jungen, unverheirateten und arbeitslosen Frauen während der Schwangerschaft eingenommen. Diese Frauen litten außerdem häufig an einer komorbiden psychiatrischen Störung (Martin, Longinaker & Terplan, 2014). Sie rauchten signifikant häufiger und tranken häufiger Alkohol (Kelly, Dooley, Cromarty, Minty, Morgan, Madden & Hopman, 2011). Frauen, die an einer psychiatrischen Störung litten, sowie Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, und Frauen, die ein Antidepressivum einnahmen, nahmen zweimal häufiger ein Opiat- oder Opioidanalgetikum während der Schwangerschaft ein, als Frauen, bei denen dies nicht der Fall war (Smith et al., 2014).

Für den deutschen Raum gibt es bislang nur vereinzelte Befunde. Egen-Lappe & Hasford (2004) fanden in ihrer Untersuchung an 41.293 schwangeren Frauen, dass 96,4 % mindestens ein Rezept in der Schwangerschaft erhielten; potentiell das Kind schädigende Medikamente wurden immerhin 1,3 % aller Frauen verschrieben. Entsprechende aktuelle Zahlen mit dem Fokus auf Benzodiazepinen und Opiat- oder Opioidanalgetika fehlen bislang und es bedarf weiterer Forschung in diesem Bereich. Ungeklärt bleibt in solch groß angelegten Kohortenstudien wie von Egen-Lappe & Hasford (2004), ob die untersuchten Frauen Medikamente möglicherweise aus anderen Quellen bezogen haben (Glaeske, 2013). Der Fokus zukünftiger Untersuchungen sollte daher eher auf der Untersuchung von Risikopopulationen liegen, d.h. z.B. Frauen mit psychischen Erkrankungen.

2.2.4. Gesundheitliche Folgen für Mutter und Kind

Die gesundheitlichen Auswirkungen des mütterlichen Medikamentenkonsums während der Schwangerschaft sind abhängig von der Art des Medikaments und vom Zeitpunkt, d.h. der Schwangerschaftswoche, in der sich die werdende Mutter befindet. Grundsätzlich überwinden alle Sedativa und Hypnotika die Plazentarschranke und gelangen auf diese Weise in den Blutkreislauf des Embryos bzw. Fötus. Während der Entwicklung der Organe reagiert der Embryo besonders empfindlich auf chemische Stoffe. Werden in dieser Zeit Benzodiazepine eingenommen, so verdoppelt sich das Risiko einer Fehlgeburt (Sheehy, Zhao & Bérard, 2019). Es kann außerdem zu Schädeldefektbildungen kommen. Opiat- und Opioidanalgetika können bei den Kindern Herzerkrankungen, Neuralrohrdefekte (z.B. Spina Bifida, Anenzephalie) sowie Bauch- und Gaumenspalten zur Folge haben (Enato, Moretti & Koren, 2011; El Marroun, White, Verhulst & Tiemeier, 2014; Palanisamy & Bailey, 2014; Fodor, Tímár & Zelena, 2014).

Die Folgen für die Mutter und das (ungeborene) Kind können vielfältig sein: so kommt es u.U. beim Absetzen der abhängig machenden Medikation während der Schwangerschaft zu einem Entzugsyndrom von Mutter und Kind (Gopalan, Glance & Azzam, 2014; Wong, Ordean & Kahan, 2011). Neugeborene, deren Mütter während der Schwangerschaft Opiat- und Opioidanalgetika oder Benzodiazepine eingenommen haben, zeigen typischerweise das „Floppy infant syndrome“, das durch einen verminderten Muskeltonus, Sedierung, Hypotonie, Trinkschwäche und Atemstörungen gekennzeichnet ist. Sie entwickeln außerdem mit hoher Wahrscheinlichkeit das neonatale Absetzsyndrom, welches lebensbedrohlich für das Neugeborene sein kann (Kocherlakota, 2014; Kieviet, Dolman & Honig, 2013).

Als mögliche Spätfolge zeigt sich außerdem, dass die Kinder später wiederum selbst häufiger Medikamente und potentiell abhängig machende Medikamente konsumieren (Log, Skurtveit, Selmer, Tverdal, Furu & Hartz, 2013).

All diese möglichen Folgen sind nicht nur den verschreibenden Ärzt*innen, sondern auch anderen behandelnden Ärzt*innen (wie Gynäkolog*innen) nicht immer bewusst.

2.3. Versorgung und Behandlung von Medikamentenabhängigen

Schädlicher Gebrauch und die häufig dadurch entstandene Abhängigkeit von psychotropen, d.h. von Medikamenten, die auf die Psyche wirken, werden in der medizinischen Versorgung bislang unzureichend erkannt und deshalb häufig nicht adäquat behandelt. Das bedeutet, dass derjenige Suchtbereich mit dem höchsten Anteil an Frauen im Hilfesystem am wenigsten auftaucht. Die größte Gruppe der süchtigen Frauen – die medikamentenabhängigen Frauen – ist fachlich bislang nicht im Fokus der behandelnden Mediziner*innen bzw. der Suchthilfe. Auch die Suchtselbsthilfe erreicht betroffene Frauen kaum (AWMF, 2006).

Möglicherweise in der Praxis vereinzelt vorhandene Erfahrungen mit Angeboten und Strategien sind weder veröffentlicht noch systematisiert. Die Erkenntnisse bezogen auf die generationenübergreifende Weitergabe von Suchtstörungen und die vorliegenden empirischen Befunde, die zahlreiche

Belastungen und Entwicklungsrisiken für Kinder suchtkranker Mütter, Väter oder Eltern einschließlich des Risikos dieser Kinder, selbst eine Abhängigkeitsproblematik zu entwickeln, verweisen auf Handlungsbedarf.

3. Zielsetzungen und Fragestellungen des Projekts

Vor dem skizzierten Hintergrund formulierte das Konzept vier Hauptzielsetzungen:

1. **Aufbereitung des Wissensstandes**

Durch systematische Recherche und Aufbereitung des nationalen und internationalen Forschungsstandes sollen wichtige zielgruppenspezifische Erkenntnisse zusammengetragen und verfügbar gemacht werden. Das Erkenntnisinteresse richtet sich hierbei auf den Medikamentenkonsum von schwangeren Frauen und Müttern, deren Lebenslagen und spezifische Problemstellungen sowie konsumbezogene biographische Hintergründe.

2. **Vernetzung und Wissenstransfer**

Durch gezielte Vernetzung von Akteur*innen der unterschiedlichen Berufsgruppen soll der arbeitsfeld- und berufsgruppenübergreifende Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer sowie der Aufbau von Kooperationen und Netzwerken angeregt und gefördert werden. Um das vorhandene Praxiswissen u.a. auch in Bezug auf Angebote und Beispiele guter Praxis erschließen, bündeln und explizieren zu können, werden Fokusgruppen durchgeführt.

3. **Entwicklung und Erprobung von Strategien und Angeboten**

Aufbauend auf den nationalen und internationalen Forschungsergebnissen sowie den durch die Fokusgruppen gewonnenen Erkenntnissen zum vorhandenen Praxiswissen und zu bestehenden Versorgungsangeboten sollen Strategien und Angebote zur Prävention und Frühintervention sowie zur Verbesserung der Erreichbarkeit betroffener Frauen und deren Kindern entwickelt und erprobt werden. Darüber hinaus sollen Arbeitshilfen für die im Hilfe- und Versorgungssystem (v.a. Suchthilfe, medizinische Versorgung, psycho-sozialer Bereich) Tätigen konzipiert werden.

4. **Ableitung und Implementierung von Qualifizierungskonzepten**

Basierend auf den Ergebnissen der Projektphasen ist es ein wesentliches Anliegen des Projekts, neben den Arbeitshilfen auch Qualifizierungsangebote für Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen zu konzipieren und zu implementieren, um für das Thema zu sensibilisieren und die fachliche Auseinandersetzung zu befördern. Ziel ist, eine integrierte, interdisziplinäre und intersektorale Versorgungsstruktur für die beschriebene Zielgruppe zu entwickeln.

Das Projekt lässt sich in zwei Phasen gliedern: die **erste Projektphase von 2014 bis 2017** folgte den vorstehend beschriebenen Zielen und adressierte entsprechend die relevanten Berufsgruppen und Einrichtungen in der Suchthilfe und der gesundheitlichen Versorgung. Insbesondere die Umsetzung der Ziele zwei bis vier wurde durch zu Projektbeginn nicht erwartete Hindernisse erschwert bis unmöglich (vgl. Kapitel 4: Methodisches Vorgehen und Kapitel 5: Ergebnisse). Zentral waren die folgenden Befunde:

- Medikamentenabhängige werden vom Hilfesystem nicht erreicht.
- Das Hilfesystem hält keine spezifischen Angebote für Medikamentenabhängige vor.

- Es herrscht weitgehend Unkenntnis über die Lebenslagen und Unterstützungsbedürfnisse von Medikamentenabhängigen.
- Die Gesundheitsprofessionen sind wenig bis gar nicht für dieses Problem sensibilisiert.

Angesichts dieser Erkenntnisse wurde für die **zweite Projektphase von 2017 bis 2019** eine konzeptionelle Modifikation vorgenommen. Im Zentrum des Interesses stand nun die Frage, wie zielgruppenspezifische Angebote der Hilfesysteme konzipiert sein müssen, damit sie medikamentenabhängige schwangere Frauen und Mütter erreichen. Dazu war notwendig, Erkenntnisse zu subjektiven Sichtweisen von Betroffenen, ihren Erfahrungen mit dem medizinischen und suchtspezifischen Hilfesystem sowie zu ihren Bedürfnissen hinsichtlich Unterstützung und Versorgung zu gewinnen.

5. Methodisches Vorgehen

Entsprechend der verschiedenen Zielsetzungen wurden unterschiedliche methodische Ansätze konzipiert.

- **Recherche Fachliteratur/Forschungsstand**

- Eine sozialwissenschaftliche Literaturrecherche (national und international) wurde durch die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, abgeschlossen sowie
- eine medizinische Literaturanalyse im Sinne einer Übersicht über Prävalenz, Folgeschäden und Therapiemöglichkeiten: „Abhängig machende Medikamente bei medikamentenabhängigen schwangeren Frauen, Müttern und deren Kindern“ durch die Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin, LVR Klinikum Essen, Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen, Herrn Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum, Frau Anna Silkens, durchgeführt.

- **Fachkonferenzen/Fokusgruppen und methodische Modifikationen**

Das Konzept war darauf angelegt, aktive Beteiligung, Vernetzung, gemeinsames Verständnis und gemeinsames Lernen im Fachumfeld zu initiieren. Zur Umsetzung wurden hier moderierte Fachkonferenzen bzw. Fokusgruppen gewählt. Dazu sollten Vertreter*innen aus den im Konzept benannten Beteiligten zu überschaubaren Gesprächskreisen eingeladen werden, um gemeinsam die Ziele der Fokusgruppen,

- verstreute Erfahrungen und lokal erfolgreiche Interventionen zusammenzutragen, vor allem: implizites Erfahrungswissen zu explizieren und damit verbreiten, verknüpfen und vertiefen zu können sowie
- die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen in ihren jeweiligen Organisationen im Hinblick auf die Implementierung von Angeboten als Übermittler*innen und Unterstützer*innen zu gewinnen,

umzusetzen.

Im Verlauf der ersten Projektphase wurden gezielt Vertreter*innen der im Konzept genannten Organisationen, Verbände, Netzwerke, Institutionen, Einrichtungen und Einzelpersonen, bei denen ver-

mutet werden konnte, dass ihnen die Thematik nicht fremd ist, per Mail bzw. durch den postalischen Versand von ca. 2.500 Flyern zum Projekt angesprochen. Auf die damit verbundene Bitte zur Kontaktaufnahme erfolgte kaum Resonanz. Zu den im Konzept als Beteiligte genannten Organisationen, Verbänden, Netzwerken etc. wurde anschließend telefonisch Kontakt aufgenommen. Eines der Ziele war es, die benannten Vertreter*innen zur Teilnahme an Fokusgruppen zu gewinnen. Dieser Ansatz erwies sich als nicht zielführend, da die genannten Vertreter*innen aus ihrer Sicht nahezu übereinstimmend angaben, über kein Expert*innen-Wissen zu verfügen, welches sie hätten einbringen können und/oder die Thematik zwar als vernachlässigt und „interessant“ einschätzten, für eine inhaltliche Auseinandersetzung im Rahmen von Fokusgruppen jedoch keine zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stellen konnten.

- **Fokusgruppen und Expert*inneninterviews**

Es konnten insgesamt zwei moderierte Fokusgruppen stattfinden. Die erste Fokusgruppe am 27.11.2014 war als „Spurensuche“ angelegt, hierfür konnten als Beteiligte aus NRW Vertreter*innen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe, der Qualifizierten Entgiftung, Psychiatrischen Institutionsambulanz und pro familia gewonnen werden. Die zweite Fokusgruppe am 21.10.2015 widmete sich der medizinischen Literaturrecherche und dem Versuch einer Analyse.

Die im Projektlaufverlauf regelmäßig stattfindende Analyse und Bewertung der konzeptionellen Grundlage und der jeweiligen Erkenntnisse führte zu der Entscheidung, Einzelgespräche sowohl mit ausgewählten Fachleuten, als auch mit betroffenen Frauen aus der Suchtselbsthilfe (persönlich und telefonisch) zu führen, um weiterführende Erkenntnisse zu generieren. Es konnten 72 leitfadengestützte Interviews mit Fachpersonen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe sowie der psycho-sozialen Beratung durchgeführt werden.

- **Leitfadengestützte Einzelinterviews mit Frauen mit Medikamentenabhängigkeit (2017-2018)**

Es zeigte sich, dass im gesundheitlichen Versorgungs- und Hilfesystem kaum Kenntnisse zur Problematik der Medikamentenabhängigkeit vorliegen. Es wurde daher eine weitere konzeptionelle Neuausrichtung vorgenommen und zur Perspektive der Betroffenen gewechselt. Hierfür wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Mithilfe qualitativer leitfadengestützter Interviews nach Witzel (2000) sollten konsumbezogene Biographien, Erfahrungen mit dem Hilfesystem nachgezeichnet werden⁴. Ziel dieses Vorgehens war, Erkenntnisse zu Unterstützungsbedürfnissen Betroffener zu generieren, um entsprechenden Bedarf daraus abzuleiten. Alle Interviews werden unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorgaben aufgezeichnet und anschließend volltranskribiert. Die Auswertung erfolgte mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2010; 2014). Diese Methode verbindet deduktives und induktives Vorgehen miteinander. In der Befragung wurden die subjektiven Sichtweisen medikamentenkonsumierender Frauen auf ihren Konsum, die damit verbundenen Gesundheitsrisiken, Versorgungsbedarfe und -bedürfnisse ermittelt und die zugrundeliegenden Deutungs- und Handlungsmuster rekonstruiert.

⁴ Der Leitfaden befindet sich im Anhang.

Einschlusskriterien waren: weibliches Geschlecht sowie aktuelle oder zurückliegende Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten. Im Fokus des Projekts standen zwar Frauen mit Kindern und schwangere Frauen, es zeigte sich jedoch, dass diese Spezifizierung für die Rekrutierung von Interviewpersonen nicht zielführend war. Es wurden daher medikamentenkonsumierende Frauen insgesamt angesprochen. Es gab keine Altersbegrenzung. Ausgeschlossen wurden hingegen Frauen, deren Medikamentenkonsument eher eine Begleiterscheinung des Konsums anderer Substanzen insb. illegaler Drogen war.

Die Rekrutierung der Interviewpartnerinnen erfolgte über Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchthilfe, die Suchtselbsthilfe, psycho-soziale Beratungseinrichtungen, die gynäkologische bzw. geburtshilfliche Versorgung sowie einschlägige Internetforen und das Schneeballprinzip. Es wurde davon ausgegangen, dass auf diese Weise eher Frauen erreicht werden, die ihren Medikamentenkonsument als problematisch einschätzen und bereits Unterstützungs- und Beratungsangebote der Suchthilfe als eine Form der Problemlösung nutzen. Es war kaum zu erwarten, dass aktuell abhängig konsumierende Frauen rekrutiert werden könnten. Die Ansprache der potenziellen Interviewpartnerinnen erfolgte mittels eines Informationsblattes⁵, das über das Anliegen informierte und über die o.g. Organisationen disseminiert wurde.

Das Vorgehen basierte auf forschungsethischen Überlegungen. Insbesondere galt es, vulnerable Personen, die aufgrund ihrer besonderen Lebenssituation oder einer Erkrankung durch die Teilnahme am Forschungsvorhaben in besonderem Maße belastet werden könnten, zu schützen (Schnell & Heinritz, 2006). Die Studie wurde daher unter Wahrung der folgenden ethischen Grundsätze durchgeführt: (1) *Freiwilligkeit der Teilnahme*: Die Entscheidung zur Teilnahme an einem Interview traf ausschließlich die Person selbst. Es entstanden ihr keine Nachteile durch eine Nichtteilnahme; (2) *Informierte Einwilligung*: Die Angesprochenen erhielten ausreichende Informationen über das Forschungsprojekt. Sie hatten außerdem ausreichend Zeit, sich zu entscheiden. Die Forscherin bot die Möglichkeit der Information und Beratung im Rahmen eines Vorgesprächs an, so dass die Angesprochenen sich eine eigene Meinung bilden konnten. Auch die Einrichtungen, über die die potenziellen Interviewpersonen angesprochen wurden, waren umfassend über das Vorhaben informiert; (3) *Vertraulichkeit und Datenschutz*: Die Forschung beachtete datenschutzrechtliche Vorgaben. Das bedeutet, dass die Verwendung der Daten der Zustimmung der Interviewperson unterlag. In einer Vertrauensschutzklärung versicherte die Forscherin die sichere Aufbewahrung der Daten, die Trennung von persönlichen und qualitativen Daten, so dass keine Rückschlüsse auf die Interviewperson möglich sind. Weiter wurde schriftlich erklärt, dass die Daten anonymisiert bzw. pseudonymisiert und ausschließlich zum vereinbarten Zweck der Studie verwendet wurden; (4) *Vermeidung von Verletzung und Schaden*: Denkbar wäre, dass die Interviewpersonen belastet und ihre psychische Verfassung negativ beeinflusst werden könnten, wenn sie sich im Rahmen des Interviews mit Problemen und Konflikten auseinandersetzen. Auch das Interview selbst könnte eine Belastungssituation darstellen. Studien aus psychiatrischen und psychotherapeutischen Settings zeigen, dass die beschriebenen Risiken gering einzuschätzen sind und die Interviews gar eine entlastende Wirkung haben können, da sie zu Reflexionsphasen führen (Schnell & Heinritz, 2006; Driessen, Bebro,

⁵ Das Informationsblatt befindet sich im Anhang.

Mertens, Piefke, Rullkoetter, Silva et al., 2004). Außerdem entscheiden die Interviewpersonen selbst, welche Themen sie ansprechen und welche Erfahrungen sie mitteilen mögen.

- **Fachgespräch, 03. Juli 2018**

Um die ersten Ergebnisse der Interviews auf dem Hintergrund von Praxiswissen zu diskutieren und zu validieren, wurde am 03.07.2018 ein Fachgespräch durchgeführt. Teilnehmende waren Expert*innen aus der ambulanten und stationären Suchthilfe, der Suchtselbsthilfe und der psycho-sozialen Beratung, Vertreterinnen der Ärztekammer und Apothekerkammer in NRW sowie ein Apotheker. Dieses partizipative Vorgehen sollte die Anschlussfähigkeit der Handlungsempfehlungen für die Praxis sicherstellen und die Akzeptanz der entwickelten Handlungsempfehlungen bei Akteur*innen aus der Praxis fördern.

- **Fachtagung, 31. März 2019**

Die Fachtagung diente der Präsentation und Diskussion der Projektergebnisse. Die Dokumentation befindet sich im Anhang.

6. Medikamentenabhängige im Gesundheitssystem und der Suchthilfe – die Perspektive der Gesundheitsprofessionen

Die Ergebnisdarstellung wird grob in zwei Teile geteilt. Zunächst werden die Erkenntnisse aus der ersten Projektphase und den Gesprächen mit den Expert*innen vorgestellt. Der zweite Teil widmet sich den Ergebnissen der qualitativen Interviews mit medikamentenabhängigen Frauen. In der Diskussion und den Handlungsempfehlungen werden diese Ergebnisse zusammengeführt.

Die Zielgruppe war allen angefragten Fachleuten bekannt – sowohl den Vertreter*innen der ambulanten und stationären Suchthilfe, als auch den im Konzept genannten beteiligten Berufsgruppen. Deutlich wurde, dass Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten in der Regel *kein Thema* in der Begleitung, Betreuung und/oder Behandlung von schwangeren Frauen bzw. Müttern und ihren Kindern ist. Im Allgemeinen werden Frauen, werdende Mütter und/oder Mütter nicht danach gefragt, ob sie (über einen längeren Zeitraum) regelmäßig Medikamente konsumieren. Auffälligkeiten/Komplikationen in den Geburtskliniken, die sich meist auf die Schwangerschaft bzw. die Geburtsvorbereitung/Geburt konzentrieren, werden nicht zwangsläufig mit einem Suchtmittelkonsum der Mutter in Verbindung gebracht. Zudem wirken die betroffenen Frauen selbst auf eine schnelle Entlassung hin. Auch aus eher engmaschigen Betreuungen, wie beispielsweise der Sozialpädagogischen Familienhilfe, wird berichtet, dass ein regelmäßiger bzw. längerfristiger Medikamentenkonsum nicht (unbedingt) auffällt.

Die Angebote der ambulanten Suchthilfe werden von Frauen, die medikamentenabhängig und schwanger oder Mütter sind, nicht genutzt. Für diese Nicht-Inanspruchnahme scheint die (befürchtete) Etikettierung/Stigmatisierung eine wesentliche Rolle zu spielen.

Der Indikation einer medikamentösen Behandlung schwangerer Frauen und Mütter mit psychischen Erkrankungen kommt eine besondere Bedeutung hinsichtlich einer differenzierten Diagnostik und Analyse der Situation der betroffenen Frauen zu. Die Bewertung der Verschreibung psychotroper Medikamente in der Schwangerschaft wird durch die verschiedenen Berufsgruppen ausgesprochen unterschiedlich bewertet (Psychiater*innen, Psychologen*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen).

Werden werdende Mütter mit größeren Komplikationen in der Schwangerschaft in ein Krankenhaus eingewiesen, wird eine Medikamentenabhängigkeit nicht unbedingt festgestellt.

Es gibt Beobachtungen, dass die Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft von Frauen häufig in der Hoffnung reduziert wird, Folgen für das ungeborene Kind zu vermeiden. Folgen durch den Konsum von Medikamenten sind den betroffenen Frauen jedoch häufig nicht bekannt. Aus suchtfernen Arbeitsfeldern, so z.B. pro familia Beratungsstellen, wird berichtet, dass schwangere Frauen sehr wohl die Beratung aus Sorge um mögliche Folgen ihres Medikamentenkonsums aufsuchen, jedoch keinen Anlass zum Besuch einer Suchtberatung sehen. Bei Hebammen oder Mitarbeitenden im Rahmen der Frühen Hilfen steht die Thematik eines riskanten Medikamentenkonsums schwangerer Frauen nicht im Fokus. Würde eine betroffene Frau diese Thematik selbst ansprechen oder gäbe es schwerwiegende Gründe für einen Verdacht, würde sie an die Suchthilfe verwiesen.

Die ambulante Suchthilfe sieht sich weder hinsichtlich ihrer Qualifikation, noch hinsichtlich ihrer zeitlichen und personellen Ressourcen in der Lage, Angebote für diese Zielgruppen vorzuhalten.

Übereinstimmend benannten die erreichten Fachleute aus allen Arbeitsbereichen, dass Scham und Schuldgefühle der betroffenen Frauen eine offene Kommunikation über ihre Lebenssituation eher verhinderten. Insbesondere die große Sorge, dass ihnen ihre Kinder entzogen werden könnten, halte sie in ihrem (häufig gut organisierten) System.

Neben diesen Aspekten zeigt sich jedoch aus den Gesprächen mit betroffenen Frauen, dass es vielmehr eine befürchtete oder tatsächlich erlebte Stigmatisierung ist, die Frauen davon abhält, im Suchthilfesystem Hilfe in Anspruch zu nehmen und über ihren Konsum psychotroper Medikamente sowohl während der Schwangerschaft zu sprechen, als auch in der Lebenssituation mit beispielsweise (kleinen) Kindern, als die tatsächliche Sorge um eine Inobhutnahme.

Auf die Frage, wo sich die betroffenen Frauen im Hilfesystem aufhalten oder aufhalten könnten, falls sie es in Anspruch nehmen würden, hatten die erreichten Fachpersonen i.d. Regel keine Antworten.

7. Erfahrungen und Bedürfnisse von Betroffenen

Es wurden insgesamt 19 qualitative Interviews mit medikamentenabhängigen Frauen geführt. Die Ergebnisse werden anhand der folgenden Forschungsfragen dargestellt:

- Welche subjektiven Sichtweisen haben die Betroffenen in Bezug auf ihren Medikamentenkonsum und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken v.a. in Verbindung mit einer Schwangerschaft und Mutterschaft?
- Welche Strategien wählen die Betroffenen im Umgang mit ihrer Abhängigkeit und welche Deutungs- und Handlungsmuster liegen dahinter?
- Welche Erfahrungen haben sie mit dem medizinischen und suchtspezifischen Hilfesystem gemacht?
- Welche Unterstützungs- und Versorgungsbedarfe formulieren Betroffene?

7.1. Beschreibung des Samples

Es wurden 19 qualitative Interviews geführt. Die befragten Frauen waren im Alter zwischen 23 und 65 Jahren (s. Tabelle 1). Der Altersdurchschnitt beträgt 46 Jahre; der Median liegt bei 47 Jahren.

Tabelle 1: Interviewte nach Altersgruppen

Altersgruppen	Anzahl Interviewte (n=19)
20 bis unter 30 Jahre	2
30 bis unter 40 Jahre	5
40 bis unter 50 Jahre	3
50 bis unter 60 Jahre	7
60 bis 65 Jahre	2

Das Sample ist sehr gemischt hinsichtlich Bildungsstatus, beruflichem Status und Einkommen. Fünf der Befragten haben Kinder, zwei haben einen Kinderwunsch bzw. planen eine Schwangerschaft, eine hat eine Schwangerschaft abgebrochen, elf Befragte haben keine Kinder. Zwei Interviewte haben eine Zuwanderungsgeschichte. 10 Interviewpersonen sind in NRW wohnhaft; die übrigen 9 leben in vier anderen Bundesländern.

Zwei Drittel der Befragten haben vor dem 25. LJ mit dem Medikamentenkonsum begonnen. Das niedrigste Einstiegsalter lag bei 14 Jahren, das höchste bei 45 Jahren. Hinsichtlich der konsumierten Medikamente fällt auf, dass ein knappes Drittel der Befragten Präparate aus einer Arzneimittelgruppe⁶ konsumiert. Knapp zwei Drittel konsumieren Substanzen aus drei oder mehr Arzneimittelgruppen. Der alleinige Konsum von Benzodiazepinen findet sich nur in einem Fall, bei weiteren 12 Befragten werden Benzodiazepine gemeinsam mit weiteren Psychopharmaka, mit Analgetika sowie Alkohol oder illegalen Drogen eingenommen. In sechs Fällen werden Präparate aus einer Arzneimittelgruppe, in zwei Fällen aus zweien und in 11 Fällen aus dreien oder mehr Arzneimittelgruppen konsumiert.

⁶ Die konsumierten Medikamente wurden in die Arzneimittelgruppen: Antidepressiva, Antipsychotika, Benzodiazepine, Analgetika eingeordnet.

Über die Hälfte der Interviewpersonen konnte über Frauensuchtberatungsstellen (N=7) und Internetforen (N=5) gewonnen werden. Weitere Zugänge waren Selbsthilfeorganisationen/-gruppen (N=3), psychosoziale Einrichtungen (N=3) und Suchtkliniken (N=1). Die Interviews fanden mehrheitlich in den Wohnungen der Befragten (16) statt, in zwei Fällen in einer Beratungsstelle und in einem weiteren Fall am Arbeitsplatz der Interviewten. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 88 Minuten; das kürzeste Interview dauerte 54 Minuten und das längste Interview umfasste 122 Minuten.

7.2. Einstieg in den Medikamentenkonsum

Abhängigkeit von ärztlich verschriebenen Arzneimitteln ist ein komplexes Geschehen, da es sich in einem Geflecht von psychischen und physischen Erkrankungen und in der Interaktion mit Gesundheitsprofessionen entwickelt. Meist stehen am Anfang physische und/oder psychische Beschwerden. Psychische Belastungen und Krisen werden oftmals im familiären oder beruflichen Kontext verortet. Erste Anlaufstelle ist meist der*die Hausarzt*ärztin oder auch eine Klinik. Häufig sind mit dieser gesundheitlichen Krise dramatische Ereignisse verbunden, die einen Einschnitt im Leben der Betroffenen darstellen. Diese sind gefordert, nicht nur die Probleme, die gleichsam die Ursache für die Medikation darstellen, sondern auch die Medikamenteneinnahme selbst zu bewältigen. Es gilt in der Regel außerdem, eine Diagnose zu verarbeiten sowie eine Fülle von krankheits- und medikamentenbezogenen Informationen aufzunehmen und zu verstehen.

Mögliche Lebenskrisen, aufgrund derer psychotrope Medikamente verschrieben werden, sind kein Anlass, das psycho-soziale Hilfesystem aufzusuchen. Eine psychotherapeutische Behandlung kommt eher selten in Frage, da es vielen Frauen „unangenehm“ ist, mit dieser Berufsgruppe in Verbindung gebracht zu werden. Hauptansprechpartner*innen bleiben die verschreibenden Ärzt*innen, auch wenn es keine Fachärzt*innen sind.

7.3. Subjektive Sichtweise auf Medikamentenkonsum

Anlass für die Einnahme von Medikamenten sind Beschwerden psychischer und/oder physischer Art. Die Medikamente sollen Abhilfe schaffen und Erleichterung bringen. Sie werden daher zunächst als Hilfestellung erlebt; sie dienen der Herstellung von Normalität, der Steigerung der Leistungsfähigkeit und ermöglichen soziale Kompatibilität. Der Konsum von psychotropen Medikamenten hilft, zu funktionieren und alltägliche Herausforderungen zu bewältigen. Insbesondere trifft dies auf Frauen in subjektiven und objektiven Belastungssituationen zu, wie beispielsweise in schwierigen sozialen und ökonomischen Lebenslagen.

„Ich war so normal, ich fand mich so normal wie alle anderen normal waren, ohne dass die was nehmen mussten.“ (4_53, 31)⁷

Im Gegensatz zu anderen Substanzen ist Medikamentenkonsum mit Aspekten verbunden, die seine Problematisierung erschweren. Medikamenteneinnahme ist gesellschaftlich akzeptiert und auch in

⁷ Die Codes der Interviewzitate enthält in der Reihenfolge die laufende Nr. des Interviews, das Alter der Befragten sowie den vom Programm MAXQDA 18 nummerierten Absatz, aus dem das Zitat stammt.

der Öffentlichkeit möglich, ohne negative Aufmerksamkeit zu erregen. Da es keine Substanzwahrnehmung wie z.B. bei Alkohol gibt, kann der Konsum unbemerkt vom sozialen Umfeld erfolgen.

*„Da ist so ne Tablette einfach. Ja, nimmt man kurz, keiner guckt blöd, könnte ja auch ne Kopfschmerztablette sein oder was weiß ich nicht. Wenn ich mir jetzt n Bier an n Hals setzen würde, das ist was ganz anderes.“
(6_37, 121)*

Tabuisiert und schambesetzt sind die Medikamenteneinnahme selbst sowie die dahinterliegenden Problemlagen, sodass der Konsum meist heimlich erfolgt.

Es zeigt sich deutlich, dass zu Beginn der Behandlung das Vertrauen in den*die Behandler*in, meist der*die Hausarzt*ärztin, sehr groß ist. Die erwünschten Wirkungen der Medikamente wie Sicherheit, Entspannung, Sedierung, bessere Bewältigung von Aufgaben in Alltag und Beruf, werden positiv bewertet. Evtl. Zweifel an ihrer Wirksamkeit oder Notwendigkeit werden beiseitegeschoben. Im Verlauf der Einnahme kann es jedoch zu massiven Nebenwirkungen kommen, so dass Zweifel an der Therapie und Aversionen gegenüber der Einnahme entstehen können. Insbesondere die Nebenwirkungen von Antidepressiva und Antipsychotika wie Dumpfheit, „alles ist tot“, sexuelle Unlust, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und das Gefühl von Abhängigkeit können eine große Belastung darstellen und dazu führen, dass die Betroffenen den Nutzen der Medikamente in Frage stellen.

Medikamentenkonsum wird zunächst nicht mit Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Vielmehr ist in den subjektiven Deutungsmustern Substanzabhängigkeit vor allem mit Alkohol und illegalen Drogen assoziiert. Vor allem, wenn es nicht zur Dosissteigerung kommt und die Einnahme nicht mit Freiwilligkeit und Genuss wie bspw. bei Alkohol oder anderen Rauschdrogen verbunden wird, wird kein Bezug zu abhängigem Konsum hergestellt.

„Ich wäre nie auf die Idee gekommen zu dem Zeitpunkt, dass auch ne Medikamentensucht ne Sucht in dem Sinne ist.“ (12_25, 94)

Bei verschreibenden Ärzt*innen wie anderen Gesundheitsprofessionen und bei Betroffenen selbst ist die Sensibilität für das Abhängigkeitspotenzial von Medikamenten nur eingeschränkt vorhanden. Medikamentenabhängige Frauen definieren sich nicht als abhängig, wenn die Medikamente ärztlich verschrieben werden. Vielmehr legitimiert die ärztliche Verschreibung die Einnahme. Entsprechend bestehen wenig Problembewusstsein und kein Anlass, das Suchthilfesystem aufzusuchen.

„Das war für mich auch immer noch so, ich hab mich immer so bestärkt gefühlt in dem, dass das doch alles gar nicht so schlimm sein konnte, wenn Ärzte so bereitwillig verschreiben. [...] Das war für mich wie n Freifahrtschein.“ (4_53, 11 + 19)

Abhängigkeit wird von allen Befragten in biomedizinischen Kategorien beschrieben. Es zeigen sich aber auch Unterschiede je nach Art der Medikamente.

7.4. Schwangerschaft und Mutterschaft

Im Sample war keine aktuell schwangere Frau. Diejenigen Frauen mit Kindern haben jedoch Aussagen zum Medikamentenkonsum und ihrer Mutterschaft getroffen. Sie gehen davon aus, dass ihr Konsum keine Auswirkungen auf das Kind/die Kinder hatte. Begründet wird dies damit, dass die Einnahme verheimlicht werden konnte.

Zwei der Befragten planen eine Schwangerschaft; beide nehmen Antidepressiva und Antipsychotika ein, die sie jedoch vor der Umsetzung des Kinderwunsches absetzen wollen. Eine Schwangerschaft halten beide für nicht kompatibel mit Medikamenteneinnahme. Es wird berichtet, dass die behandelnde Ärztin den bereits vorher geäußerten Absetzwunsch erst dann unterstützt hat, als der Kinderwunsch kommuniziert wurde. Außerdem war es schwierig, eine Gynäkologin zu finden, die über Expertise in diesem Bereich verfügt und den Absetzwunsch unterstützt bzw. begleitet.

7.5. Erfahrungen mit dem Versorgungs- und Suchthilfesystem

Hier werden sowohl die Erfahrungen mit dem medizinischen Versorgungssystem als auch mit der Suchthilfe beschrieben.

7.5.1. Information und Aufklärung

Bei der Auswertung der Interviews kristallisierte sich Informiertheit als eines der zentralen Themen heraus. Informationsbedürfnisse durchziehen den gesamten Behandlungsprozess, können sich aber im Verlauf der Erkrankung bzw. Behandlung auf unterschiedliche Bereiche richten. Zu Beginn steht im Vordergrund, die Diagnose zu verstehen und zu verarbeiten. Bei psychischer Erkrankung, die oftmals mit einem Psychriaufenthalt einhergeht, sind die Betroffenen gefordert, mit dem Diagnoseschock, mit Verunsicherung, Kontrollverlust und Ohnmachtsgefühlen umzugehen.

„Man ist erstmal schockiert, dass was passiert ist, dass man halt in der Psychiatrie gelandet ist.“ (8_37, 10)

Aufklärung über Diagnose und Therapie erfolgt dann häufig nur in der Klinik im Rahmen von Psychoedukation. Hinweise auf kurz- und langfristige (Neben-)Wirkungen der Medikamente und Alternativen zur medikamentösen Behandlung bleiben sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting aus, so berichten die Betroffenen.

Informationen über die Kompatibilität der verschriebenen Medikamente mit einer potenziellen Schwangerschaft und die Vorgehensweisen im Falle einer Schwangerschaft sind nicht Bestandteil des ärztlichen Informationsgesprächs, so berichten und beklagen vor allem die jungen Frauen im Sample. Es wird deutlich, dass die Befragten aktive Aufklärung wünschen.

„Auch halt Sachen wie irgendwie: Unter Medikamenten Kinder kriegen ist schwierig. Wird auch nie geredet. Also ich meine, klar, ich war 16. Dass ich jetzt nicht nächstes Jahr ein Kind kriege, konnte man sich denken. Aber dass mir noch nie irgendwer irgendwas zum Thema Schwangerschaft erzählt oder kann man zumindest mal einen Hinweis geben, irgendwie eine Broschüre mitgeben.“ (9_23, 54-56)

Beipackzettel werden schlecht verstanden oder nicht gelesen, da sie Befürchtungen auslösen. Da weder Ärzteschaft noch Apotheker*innen geeignete Ansprechpartner*innen zu sein scheinen, wird im Internet nach Gesundheitsinformationen gesucht. Dies führt häufig zu Verwirrung, da die Nutzer*innen auf widersprüchliche Informationen stoßen und es ihnen schwer fällt, diese einzuordnen und zu gewichten. Fehlen Ansprechpartner*innen, so werden die Medikamente weniger nach sachlicher Abwägung denn nach „Bauchgefühl“ eingenommen.

„Ich muss das alles selber recherchieren und hauptsächlich mache ich das dann im Internet. Und dann werde ich natürlich auch verwirrt. Dann steht das eine dort, da steht es so und jetzt habe ich gedacht, ich höre einfach mal auf mein Bauchgefühl und nehme dieses Medikament nicht mehr.“ (11_53, 5)

7.5.2. Ärzt*in-Patientin-Interaktion

Insgesamt kritisieren die Befragten nicht nur mangelnde Aufklärung über Diagnosen, Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente sowie kurz- und langfristige Effekte und Risiken der Medikamenteneinnahme.

„Da hätte ich mir mal mehr Aufklärung gewünscht und ein bisschen mehr Zeit und Gespräch (.) ne (.) nicht so abgefertigt werden.“ (11_53, 61)

Den Befragten fehlen Behandlungs- und Medikationspläne und sie vermissen Hinweise auf Alternativen sowie komplementäre außermedizinische Behandlungsmöglichkeiten. Sie fühlen sich außerdem unzureichend am Behandlungsprozess beteiligt, was sich nicht nur an der mangelnden Informiertheit, sondern auch an der unzureichenden Berücksichtigung ihrer Perspektiven und Präferenzen festmacht. Dies gilt sowohl für somatische als auch für psychische Erkrankungen und äußert sich vor allem darin, dass die Befragten sich mit Absetzwünschen und Belastungen durch Nebenwirkungen von Medikamenten nicht wahr- und ernstgenommen fühlen.

Mangelnde individualisierte und patientinnenorientierte Behandlung bemängeln die Befragten sowohl bezogen auf die hausärztliche als auch die fachärztliche Versorgung. Fachärzt*innen werden daher als „Dienstleister“ wahrgenommen, die hauptsächlich Rezepte ausstellen. Problematisch wird außerdem die Orientierung an „Einzeldiagnosen“ empfunden.

Diese Erfahrungen können mit Konflikten und Frustrationen verbunden sein, sodass es auch zu mehrmaligem Wechsel des*r Arztes*Ärztin kommen kann, bis im besten Fall ein*e Behandler*in gefunden wird, die den geschilderten Bedürfnissen entspricht. Ein anderer Effekt mißlingender Ärzt*in-Patientin-Kommunikation ist, dass eigenständige Reduktions- und Absetzversuche ohne Rücksprache mit dem*der behandelnden Arzt*Ärztin unternommen werden.

Die Befragten sehen die Ursachen auch in systembezogenen und strukturellen Faktoren wie enge Taktung von Patient*innengesprächen, Vergütungssystem der Ärzt*innen, Praxisorganisation etc..

Mängel formulieren die Befragten ebenfalls bezogen auf den Übergang von stationär zu ambulant. Besonders negativ wird die mangelnde Nachsorge nach dem Medikamentenentzug sowie die fehlende Orientierung hinsichtlich ambulanter Unterstützungsmöglichkeiten erlebt.

„Ich hab ja immer gedacht, es macht da irgendwo Klick im Kopf und dann bin ich wieder da und zwar in dem Moment, wo ich in die Wohnung komme. Das war aber umgekehrt. Es- es war- es ging eigentlich zurück, wurde viel schlimmer.“ (15_65, 30)

7.5.3. Suchthilfe

Aus den Interviews geht hervor, dass Suchthilfe vor allem mit Alkohol und illegalen Drogen verbunden wird. Medikamentenabhängige haben das Bedürfnis, sich gegen „Süchtige“ abzugrenzen, erst recht, wenn es um illegale Drogen geht. Diese Einstellung speist sich aus der Tatsache, dass Medikamente nicht als Drogen eingeordnet werden, legal sind und ärztlich verordnet werden. Da auf diese Weise nur schwer ein Selbstbild von Abhängigkeit entwickelt wird, ist die Suchthilfe keine geeignete Anlaufstelle. Aber auch wenn erste Probleme mit dem Medikamentenkonsum auftreten und Sensibilität für eine eigene Abhängigkeit entwickelt werden, wenden sich Betroffene nicht unbedingt an die

Suchthilfe. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Da Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit häufig zusammen genannt wird, wenn es um Beratungsangebote geht, fühlen sich Medikamentenabhängige nicht angesprochen, sondern eher „mitgemeint“. Ähnliches gilt übrigens ebenfalls für die Suchtselbsthilfe. Die Befragten äußern außerdem die Befürchtung, mit einer Medikamentenproblematik nicht ernst genommen zu werden und sie formulieren Angst vor Stigmatisierung. Weiter bestehen Zweifel an der Kompetenz der Mitarbeiter*innen bezogen auf das Thema Medikamente.

„Alkohol steht immer oben drüber. Und dann dieses: Medikamentenabhängige dürfen auch gerne kommen, so und da fühlt man sich nicht, da hat man nicht das Gefühl, wenn ich da jetzt hingehere, dann wissen die wie es mir geht oder ich kann es da besprechen. Hatte ich jedenfalls nicht.“ (15_65, 72)

„Also mit Medikamentenmissbrauch wär ich nicht auf die Idee gekommen, zur Suchtberatung zu gehen. Einfach auch aus der Unsicherheit heraus, einfach Angst ausgelacht zu werden, nicht ernst genommen zu werden oder auch Kompetenzprobleme der Mitarbeiter vielleicht.“ (12_25, 98)

Die Interviews zeigen außerdem, dass Angebote der Suchtberatung und Suchthilfe häufig nicht bekannt sind und die Betroffenen oftmals recht wenig Orientierung hinsichtlich Unterstützungsmöglichkeiten haben.

7.6. Strategien im Umgang mit der Abhängigkeit

Die Umgangsweisen mit der Abhängigkeit variieren im zeitlichen Verlauf und sind abhängig von der Art der konsumierten Arzneimittel.

Beim Konsum von Benzodiazepinen erfolgt die ärztliche Verschreibung in der Regel zunächst unproblematisch durch den*die gleiche Arzt*Ärztin; hierbei handelt es sich meist um den*die Hausarzt*ärztin. Es gibt außerdem Fälle, die Rezepte oder das Medikament selbst über private Netzwerke erhielten. Die Effekte der Benzodiazepine, d.h. Sedierung, „Funktionieren können“, sind erwünscht. In der Regel erfolgt der Konsum heimlich gegenüber dem sozialen Umfeld; dies ist verstärkt der Fall, wenn es zu Dosissteigerungen kommt. Solange es in dieser Routine nicht zu Veränderungen kommt, kann auch die meist erfolgende Dosissteigerung bewältigt werden. Es besteht subjektiv kein Anlass, diese Situation zu verändern. Treten jedoch Veränderungen ein, die die Verschreibung unterbrechen oder beenden (bspw. durch Verschreibungsstopp oder Praxisaufgabe des*r Hausarztes*ärztin) müssen Alternativen gefunden werden. Diese bestehen dann häufig darin, eine*n andere*n Arzt*Ärztin oder mehrere Ärzt*innen aufzusuchen, die*der das Medikament verschreiben. Es kommt vor, dass ärztlicherseits kommuniziert wird, dass eine Verschreibung auf Kassenrezept nicht mehr möglich ist und der Wechsel zum Privatrezept angeboten wird. Diese kostenintensive Variante wird von den Patientinnen so lange genutzt wie die finanziellen Möglichkeiten es zulassen. In letzter Instanz wird der sog. Schwarzmarkt aufgesucht, um die benötigten Benzodiazepine zu bekommen. Für die Betroffenen sind diese Ereignisse häufig mit großer Not, Verzweiflung und Scham verbunden. Trotz des einsetzenden Erkenntnisprozesses, dass eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen vorliegt, wird nicht in Betracht gezogen, das Suchthilfesystem in Anspruch zu nehmen. Im Verlauf der Zeit werden jedoch meist mehrere selbstständige und begleitete, d.h. stationäre Reduktions- und Ausstiegsversuche unternommen, so dass es zu Abstinenzzeiten kommt.

Bei Antidepressiva und Antipsychotika handelt es sich eher um Langzeitkonsum ohne Abstinenzzeiten, da die zugrunde liegende Erkrankung aus medizinischer Sicht meist die lebenslange Einnahme

von entsprechenden Medikamenten erfordert. Die Verschreibung erfolgt oftmals zunächst durch Allgemeinärzt*innen und anschließend durch Fachärzt*innen. Befragte berichten von wechselnden Diagnosen und Medikationen. Bei diesen Medikamenten kommt es nicht zur Dosissteigerung und es besteht auch kein Verlangen, die Medikamente einzunehmen. Wird die Dosierung verändert, kommt es jedoch zu Absetzsymptomen. Subjektiv wird daher weniger eine Abhängigkeit, denn ein Angewiesensein auf die Medikamente erlebt, was als negativ bewertet wird. Schwierig für die Betroffenen sind außerdem die teilweise sehr extremen und belastenden Nebenwirkungen der Medikamente. Häufig bleibt auch die erhoffte Besserung der ursprünglichen Symptome aus. Ist dies der Fall, entsteht der Wunsch, die Medikamente abzusetzen und langfristig medikamentenfrei zu leben. Wird dieser Wunsch ärztlicherseits nicht unterstützt, kommt es zu selbstständigen Absetzversuchen.

7.6.1. Informationssuchverhalten

Bei den Befragten ist der Wunsch nach unabhängigen, neutralen Informationen groß. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn diese sich durch behandelnde Ärzt*innen nicht ausreichend informiert fühlen. Wichtige Quelle für Informationen ist das Internet. Dabei fällt auf, dass die Qualität von Gesundheitsinformationen oftmals nicht beurteilt werden kann, da die Qualitätskriterien oder auch Qualitätssiegel wie der HON-Code nicht bekannt sind. So ist letztlich nicht gesichert, dass der Wunsch nach Informationen, die frei von Anbieterinteressen sind, auch realisiert werden kann.⁸

Apotheker*innen, die prinzipiell über die Expertise zur Beantwortung dieser Fragen verfügen, werden als Ansprechpartner*innen nicht wahrgenommen.

In der ambulanten und stationären Suchthilfe wie in der Suchtselbsthilfe sind Medikamentenabhängige nur vereinzelt vertreten. Aus Sicht der Suchtselbsthilfe gibt es nicht ausreichend Nachfrage nach Selbsthilfegruppen zur Medikamentenabhängigkeit, sodass Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit zusammengefasst wird. Die interviewten Frauen berichten, dass die Nutzung der Suchtselbsthilfe in den Überlegungen meist nicht vorkommt. Eine weitere Barriere bildet für einige der Befragten das Fehlen von Frauengruppen. Gleichzeitig formulieren die Interviewten das Bedürfnis nach Austausch mit anderen Betroffenen. An die Stelle der Selbsthilfegruppe treten dann teilweise Austauschforen im Internet.

7.7. Unterstützungs- und Versorgungsbedürfnisse

Die Expert*innengespräche zeigen, dass medikamentenabhängige Frauen das Hilfesystem kaum nutzen. Die Interviews geben Einblick in die möglichen Gründe. So berichten die Betroffenen, dass sie unzureichend über Möglichkeiten der Unterstützung informiert werden/sind und eine hohe Aktivität

⁸ Bei den Foren *Netdoktor* (<https://forum.netdoktor.at/forum/sucht>) und *Hoffnungsschimmer* (www.hoffnungsschimmer-forum.de) ist Abhängigkeit (Sucht) eines von vielen Themen. Im Forum *ADFD* hingegen geht es ausschließlich um Psychopharmaka (<https://adfd.org/> Unabhängige Information und Austausch über Nebenwirkungen und Absetzsymptome von Psychopharmaka).

entfalten müssen, um Hilfe zu erhalten. Während zu Beginn v.a. Hausärzt*innen zentrale Ansprechpersonen sind, werden im weiteren Verlauf neutrale Informationsquellen und Anlaufstellen bedeutsamer, um sich zu Medikamenten, deren Wirkungsweisen, Nebenwirkungen und evtl. Wechselwirkungen bei Polymedikation beraten zu lassen. Es zeigt sich außerdem, dass es Schwierigkeiten beim Verstehen des Beipackzettels gibt und auch hier Unterstützung benötigt wird. Betroffene wünschen spezifische Angebote und kompetente Ansprechpersonen im Rahmen der Suchthilfe und Suchtselbsthilfe. Speziell für einen gelingenden Übergang von stationärer Entzugsbehandlung zu ambulanter Weiterbehandlung halten die Befragten Informationen zu ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten für notwendig. Diese Informationen sollten bereits in der Klinik gegeben werden, damit die Rückkehr in den Alltag vorbereitet werden kann.

8. Diskussion

Ziel des Projekts war, Erkenntnisse zur Situation medikamentenabhängiger schwangerer Frauen, Mütter und ihrer Kinder zu generieren sowie Konzepte für deren verbesserte Versorgung zu entwickeln und zu erproben. Bereits sehr früh nach Projektstart zeigte sich, wie wenige Kenntnisse im System über die Zielgruppen vorhanden sind, was zum einen überraschend war und zum anderen methodische Modifizierungen erforderlich machte. Bei der qualitativen Befragung, die in der zweiten Projektphase durchgeführt wurde, stellte v.a. die Gewinnung von Interviewpartnerinnen eine zentrale Herausforderung dar. Auch hier war zunächst überraschend, wie wenig erfolgreich sich die Zugänge über Suchtkliniken und die Selbsthilfe erwiesen. Außerdem konnten keine aktuell medikamentenabhängigen Frauen gewonnen werden. Dies verdeutlicht einmal mehr, wie tabuisiert das Thema ist. Die Teilnahme an einem Interview schien auch eher hochschwellig zu sein, was sich daraus schließen lässt, dass die Teilnahmebereitschaft erhöht wurde, wenn eine Vertrauensperson, wie beispielsweise die Berater*in, das Vorhaben kommunizierte. Bedeutsam war außerdem für viele Interviewteilnehmerinnen, dass ihre Anonymität garantiert wurde und seitens der Interviewerin bzw. der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW keine Verbindung zur Pharmaindustrie besteht. Alle Befragten hatten die Abhängigkeit von mindestens einer Substanz überwunden und sich kritisch mit ihrem Medikamentenkonsum auseinandergesetzt. Die Motivation zur Teilnahme speiste sich bei fast allen Frauen aus dem Wunsch, „etwas verändern“ zu wollen. Dies bezog sich dann zum einen auf den biomedizinischen Umgang mit Erkrankungen und Beschwerden, die Verschreibungspraxis und mangelnde Aufklärung und Information. Dies und die Tatsache, dass ein knappes Drittel der Befragten über Internetforen gewonnen werden konnte, lässt vermuten, dass mit dem Sample ein Ausschnitt von eher kritischen Frauen repräsentiert wird. Frauen, die positive Erfahrungen gemacht haben und sich medikamentös gut behandelt fühlen, waren nicht im Sample vertreten. Da das Sample jedoch sehr heterogen war hinsichtlich Alter, Bildungsstatus, Erwerbsstatus und ökonomischer Situation, kann davon ausgegangen werden, dass ein breites Spektrum von möglichen Lebenslagen und Erfahrungen abgebildet werden konnte.

Die Projektergebnisse verdeutlichen, dass es spezifische Aspekte der Medikamentenabhängigkeit gibt, die ihre Thematisierung erschweren: gesellschaftliche Akzeptanz, unauffälliger Konsum, unzureichende Sensibilität für Risiko der Medikamentenabhängigkeit sowohl bei verschreibenden

Ärzt*innen als auch bei den Patientinnen. Besonders schwierig ist, dass, anders als bei anderen Substanzen, in der Regel eine Erkrankung oder Störung zugrunde liegt, die zur ärztlichen Verschreibung führt. Subjektiv legitimiert die Verschreibung den Konsum insbesondere bei Benzodiazepinen. Gleichzeitig trägt die Verordnungspraxis zur Medikalisierung psycho-sozialer Probleme bei.

Die Ergebnisse der Interviews machen auf Defizite im Bereich Information und Aufklärung sowie das Fehlen partizipativer Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess aufmerksam. Das daraus resultierende Verhalten der Patientinnen, das ärztlicherseits als mangelnde Compliance eingeordnet wird, ist aus Patientinnensicht rückführbar auf die mangelnde Qualität der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation. Auf Patientinnenseite kann die unzureichende Berücksichtigung ihrer Perspektiven und Präferenzen zu Unzufriedenheit und zu Konflikten mit Behandler*innen führen. Die Befunde sind anschlussfähig für das Konzept der Medication Literacy. Diese wird definiert als das Ausmaß, in dem Individuen patient*innenspezifische Informationen ihre Medikation betreffend erlangen, verstehen, kommunizieren und verarbeiten können, um informierte Entscheidungen bezogen auf ihre Medikation und Gesundheit treffen zu können. Ziel ist es, ihre Medikation sicher und wirksam anwenden zu können - unabhängig davon, in welcher Form der Inhalt vermittelt wird (z.B. schriftlich, verbal oder visuell) (Haslbeck, 2016). Medication Literacy stellt gleichsam einen Brückenschlag zwischen Health Literacy und dem Umgang mit Medikamenten dar und wählt hierzu die Patient*innenperspektive. Sie beinhaltet die Fähigkeit, sich Zugang zu Arzneimittelinformationen zu verschaffen, diese zu verstehen und dann medikamentenbezogene informierte Entscheidungen zu treffen. Voraussetzungen für die Förderung von Medication Literacy sind verständliche Gesundheitsinformationen und patient*innen-zentrierte Unterstützung durch Gesundheitsprofessionen, die als Lots*innen im Versorgungssystem zur Koordination beitragen sollen. Dass hier hoher Handlungsbedarf besteht, belegen die Projektergebnisse insbesondere der qualitativen Interviews mit medikamentenabhängigen Frauen.

Es gelingt der Suchthilfe bisher nicht, medikamentenabhängige Menschen zu erreichen. Gründe hierfür sind aus Nutzerinnenperspektive in der nicht ausreichend spezifischen Ansprache von Menschen mit medikamentenbezogenen Problemen, der Hochschwelligkeit der Angebote, der Angst vor Stigmatisierung, der nicht ausreichend kommunizierten Kompetenz diese Problematik betreffend sowie der Unkenntnis von Unterstützungsangeboten zu suchen (s. Tabelle 2). Sollte die Suchthilfe diesen Personenkreis erreichen wollen, so sind diese hinderlichen Faktoren abzubauen. Voraussetzung ist jedoch, entsprechende Kompetenzen zum Thema Medikamentenabhängigkeit aufzubauen. Bei der konsequenten Berücksichtigung von Geschlechteraspekten bei Abhängigkeitserkrankungen und deren Behandlung zeigt sich die Suchthilfe insgesamt eher zurückhaltend. Auch hier müssten Bewusstsein und Kompetenzen gebildet werden. Angesichts der knappen Ressourcen in der Suchthilfe ist dies nicht ohne externe Impulse und Unterstützung möglich.

Tabelle 2: Hinderliche und förderliche Faktoren bei Zugang zum Hilfesystem

Hinderliche Faktoren	Förderliche Faktoren
Keine spezifische Ansprache	Spezifische Ansprache
Hochschwelligkeit von Angeboten	Niedrigschwelligkeit von Angeboten
Angst vor Stigmatisierung	Qualifikation und Kompetenz von Berater*innen
Mangelnde Orientierung im Hilfesystem	Empfehlung durch Vertrauensperson
	Unabhängigkeit und Neutralität
	Wahrung der Anonymität
	Geschützte Frauenräume

Zur Frage, wie medikamentenabhängige Menschen erreicht werden können, lässt sich festhalten, dass sich dem Hilfesystem zahlreiche Kontaktmöglichkeiten bieten. Medikamentenabhängige können an vielen verschiedenen Stellen im Versorgungssystem auftauchen. Das Problem scheint vielmehr zu sein, dass bei den Gesundheitsprofessionen und in den sozialen Berufen keine ausreichende Sensibilität für das Thema besteht und Medikamentenkonsum nicht systematisch erfragt wird. Auch mögliche Auffälligkeiten werden seitens der Gesundheitsprofessionen nicht mit einer möglichen Abhängigkeit in Verbindung gebracht. Mit einer veränderten Aufmerksamkeit und Haltung ließen sich Medikamentenabhängige vermutlich sehr viel besser erreichen.

Zum Schluss sei noch angemerkt, dass keine Aussagen darüber getroffen werden können, wie sich die Situation für Männer, die Medikamente einnehmen, darstellt und ob bzw. inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf diese übertragen werden können. Dies stellt eine separate Fragestellung dar. Wenn es sich um systembedingte strukturelle Mängel handelt, sind Männer hiervon jedoch ebenso betroffen wie Frauen.

9. Handlungsempfehlungen

In die Handlungsempfehlungen fließen die Ergebnisse des Fachgesprächs am 3. Juli 2018 und der Tagung der Landeskoordinierungsstelle „Medikamentenabhängigkeit bei Frauen“ vom 21. März 2019 ein. Der Diskussion und Konkretisierung dienten insbesondere die fünf Thementische: (1) Prävention der Medikamentenabhängigkeit, (2) Medikamentenabhängigkeit enttabuisieren, (3) Zugang zu und Erreichbarkeit von medikamentenabhängigen Frauen verbessern, (4) Gesundheitsprofessionen für Gender sensibilisieren und (5) Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene.

Die Befunde verweisen auf Handlungsbedarf in verschiedenen Handlungsfeldern. Als relevant können die Handlungsfelder: Prävention, Behandlung und Versorgung sowie Suchtselbsthilfe identifiziert werden. Basierend auf den Ergebnissen werden im Folgenden für jedes Handlungsfeld Ziele, Zielgruppen, Maßnahmen sowie relevante Akteur*innen beschrieben. Außerdem werden mögliche Maßnahmen skizziert.

Deutlich wird, dass die Bearbeitung des Themas Medikamentenabhängigkeit verschiedener Ansätze bedarf, die in eine Gesamtstrategie eingebettet werden müssen. Dabei sollten die verschiedenen Handlungsebenen (Bund, Land, Region, Kommune) sowie die verschiedenen Professionen und Sektoren der medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie des Suchthilfesystems angesprochen werden. In NRW können vom Gesundheitsministerium, von der Landesgesundheitskonferenz und vom Fachbeirat Sucht wichtige Impulse für die (kommunale) Bearbeitung des Themas ausgehen. Auf kommunaler Ebene bietet sich an, bereits vorhandene Strukturen zu nutzen; in erster Linie sind dies die kommunalen Gesundheitskonferenzen.

9.1. Handlungsfeld Prävention

Interventionen der Prävention zielen darauf, die Risiken der Medikamentenabhängigkeit zu minimieren und Betroffene möglichst früh zu identifizieren⁹. Zur Anwendung kommen sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Ansätze. Adressiert werden sollten daher Ärzteschaft und hier v.a. Allgemeinmediziner*innen sowie weitere relevante Gesundheitsprofessionen.

Frauen mit einem Kinderwunsch sollten schon vor der Schwangerschaft über die Risiken der Medikamenteneinnahme für sich und das ungeborene Kind aufgeklärt werden und zu einem reflektierten Umgang mit Medikamenten, insbesondere während der Schwangerschaft, angeleitet werden. Insbesondere das kritische Bewusstsein von Ärzt*innen für die Verschreibung von Medikamenten an Frauen während der Schwangerschaft muss weiter gestärkt werden. Darüber hinaus sollten Ärzt*innen sensibilisiert werden, Medikamente und insbesondere Medikamente mit Abhängigkeitspotential, die Frauen während der Schwangerschaft einnehmen, zu erfragen, auch wenn sie diese nicht selbst verordnet haben.

⁹ Das häufig in der Suchtprävention zur Anwendung kommende triadische Spezifitätsmodell differenziert nach Zielgruppen und unterscheidet zwischen universeller Prävention, deren Interventionen sich auf die Gesamtbevölkerung richten, selektiver Prävention, die spezifische Zielgruppen adressiert und indizierter Prävention, die spezifische Hochrisikopersonen erreichen will, um schadensminimierend und rückfallpräventiv zu wirken.

Für Patient*innen und auch ihre Angehörigen ist die Förderung der Medication Literacy von besonderer Bedeutung, denn diese unterstützt den kompetenten Umgang mit Medikamenten und ermöglicht Betroffenen, informierte Entscheidungen bezogen auf ihre Medikation zu treffen.

Eine besondere Rolle kommt den Allgemeinmediziner*innen zu. Die Ergebnisse zeigen, dass diese häufig ein besonders Vertrauen seitens der Patient*innen genießen. Dieses Potenzial sollte für die Identifizierung und Weiterleitung von Medikamentenabhängigen ins Hilfesystem stärker genutzt werden.

Handlungsfeld Prävention			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Medikamenten-abhängigkeit enttabuisieren (universelle Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesamtbevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ öffentlichkeitswirksame Aufklärungskampagne ▪ Informationsabende an Volkshochschulen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BZgA¹⁰ ▪ DHS¹¹ ▪ Gesetzliche und private Krankenkassen ▪ MAGS NRW¹² ▪ VHS
Medikamenten-abhängigkeit verhindern (selektive Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzteschaft (v.a. Allgemeinmediziner*innen) ▪ Patient*innen ▪ Angehörige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veränderte Verschreibungspraxis ▪ Sensibilisierung von Gesundheitsprofessionen und Patient*innen für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit ▪ Information von Patient*innen über das Abhängigkeitspotenzial insb. von BZD 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztekammern ▪ IQWiG¹³
Medikamenten-abhängige früh erkennen und behandeln (indizierte Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsprofessionen (Ärzt*innen, Gynäkolog*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Screeninginstrumente entwickeln und einsetzen ▪ Gesundheitsprofessionen sensibilisieren und fortbilden ▪ Potenziale der Ärzt*in-Patientin-Beziehung in der hausärztlichen Versorgung nutzen ▪ Konzept für ambulante Entzüge entwickeln und umsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berufsverbände ▪ Ärztekammern ▪ Hausärzterverband
Verordnung von Benzodiazepinen senken (indizierte Prävention)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzteschaft ▪ Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung für Risiko der BZD-Abhängigkeit ▪ Förderung ambulanter Entzugskonzepte ▪ Verständliche Gesundheitsinformationen für Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztekammern ▪ IQWiG ▪ DHS
Förderung der	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neutrale, laienverständliche, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BMG¹⁴

¹⁰ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

¹¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen

¹² Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

¹³ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

¹⁴ Bundesministerium für Gesundheit

Medication Literacy	▪ Angehörige	evidenzbasierte, patient*innen-zentrierte Gesundheitsinformationen zu Medikamenten ▪ Aufklärung über Qualitätskriterien von Gesundheitsinformationen insb. Internetinformationen ▪ Verständliche Beipackzettel ▪ Online-Beratung ▪ Beratung durch Apotheker*innen	▪ IQWiG
<p><i>Mögliche Maßnahme:</i></p> <p>Entwicklung und Durchführung eines Fortbildungskonzepts für verschiedene relevante Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Konzeptentwicklung ○ Durchführung von Fortbildungen ○ Evaluation <p><u>Akteur*innen: Berufsverbände und -vertretungen (Ärzttekammern WL und NR, Apothekerkammer NRW, Hebammenverband NRW, Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit, Psychotherapeutenkammer NRW), Hochschulen)</u></p>			

9.2. Handlungsfeld Behandlung und Versorgung

In der Behandlung und Versorgung sind verschiedene Zielsetzungen zu verfolgen. In der medizinischen Versorgung gilt es, die Ärzt*in-Patient*in-Interaktion gemäß des Konzepts der Partizipativen Entscheidungsfindung (engl. Shared Decision Making - SDM) zu gestalten. Es bedeutet, dass Patient*in und Ärzt*in unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf Basis geteilter Information zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft kommen. Auf diese Weise wird Transparenz über Diagnose und Therapie hergestellt, der*die Patient*in erhält notwendige Informationen, um Entscheidungen treffen zu können und er*sie hat die Möglichkeit, die eigenen Präferenzen und Perspektiven einzubringen. In der Verordnungspraxis ist vor allem die Anzahl der Verordnungen von Benzodiazepinen zu senken und die aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials empfohlene maximale Einnahmedauer von vier bis sechs Wochen einzuhalten. Von Politik und Standesorganisationen auf Bundes- und Landesebene können wichtige Impulse für die Weiterverarbeitung des Themas ausgehen. So kann Politik unterstützen, dass das Thema Medikamentenabhängigkeit auf die politischen Agenden in Bund, Ländern und Kommunen gelangt. Relevante bundes- und landesweit agierende Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen können in ihren eigenen Strukturen wirken und das Thema auf den verschiedenen Ebenen bewegen. Es bietet sich weiter an, bereits bestehende Strukturen zu nutzen, die im besten Fall bereits interdisziplinär und intersektoral besetzt sind. Besondere Bedeutung kommt den Kommunen zu, denn Gesundheit „entsteht“ dort, wo Menschen leben und arbeiten. Für die Planung und Umsetzung konkreter Interventionen auf kommunaler Ebene stellen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen¹⁵ (KGK) in NRW einen ausgezeichneten Anknüpfungspunkt dar.

¹⁵ Im Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) ist die Einrichtung einer kommunalen Gesundheitskonferenz für alle Kreise und kreisfreie Städte in Nordrhein-Westfalen verpflichtend festgeschrieben. Sie beraten Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene, sprechen Empfehlungen aus, vereinbaren Lösungsvorschläge und setzen

Hier kann im Rahmen der kommunalen Gesundheitsberichterstattung die Relevanz des Themas nachvollzogen werden¹⁶, um auf dieser Grundlage passgenaue Analysen vorzunehmen und zielführende Handlungsempfehlungen und Interventionen zu entwickeln und umzusetzen. Entsprechende Impulse könnten von der Landesgesundheitskonferenz (LGK) des Landes NRW, die jährlich eine EntschlieÙung zu einem Themenschwerpunkt verfasst, ausgehen. Mit dem Landeszentrum für Gesundheit NRW (LZG.NRW) steht außerdem eine Institution zur Verfügung, deren Aufgabe u.a. die fachliche Begleitung und Unterstützung der KGKEn ist.

Handlungsfeld Behandlung und Versorgung			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Transparenz über Diagnose und Therapie herstellen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzteschaft (v.a. Allgemeinmediziner*innen) ▪ Patient*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsatz von Behandlungs- und Medikationsplänen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärztekammern ▪ Hausärzteverband
Gesundheitskompetenz und Medication Literacy fördern	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsprofessionen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Laienverständliche, barrierefreie, evidenzbasierte Informationen über (Neben-)Wirkungen von Medikamenten bereitstellen ▪ Partizipative Entscheidungsfindung umsetzen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ IQWiG ▪ Ärztekammern
Medikamentenabhängigen den Weg ins Hilfesystem bahnen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Apotheker*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweise auf Beratungsstellen und Unterstützungsangebote ▪ Flyer mit kommunalen Einrichtungen ▪ Nutzung bereits vorhandener kommunaler Strukturen ▪ Ggf. Bestandsaufnahme und Aufbau von Kooperationen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kommunale Strukturen: KGK, PSAG¹⁷, Psychiatriekoordination
Kommunale Strukturen der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit nutzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ LGK ▪ KGKEn ▪ Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung sowie der Suchthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Thema in LGK platzieren, Aufforderung an KGKEn ▪ Vorhandene kommunale Strukturen nutzen (PSAG, KGK, Psychiatriekoordination) ▪ KGKEn: Gründung von AKs; an bereits vorhandene Themen „andocken“ (z.B. psychische Gesundheit, Alter und Gesundheit, Arzneimitteltherapiesicherheit, ...) ▪ Entwicklung von Materialien für die kommunale Bearbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MAGS; LZG.RW ▪ Kommunale Strukturen wie KGK, PSAG, Psychiatriekoordination

diese im Rahmen von Selbstverpflichtung um. Beteiligt werden alle wichtigen Akteure des Gesundheitswesens. Weitere Informationen unter www.lzg.nrw.de.

¹⁶ Vgl. Stadt Münster, Gesundheitsamt (1999). Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Mißbrauch? Gesundheitsberichte Band 9. Münster

¹⁷ Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft

Mögliche Maßnahmen:

- **Entwicklung und Durchführung eines Interventionsprojekts zur besseren Erreichbarkeit medikamentenabhängiger Frauen durch die ambulante Suchthilfe:**
 - Konzeptentwicklung für die zielgruppenspezifische Ansprache, Unterstützung und Beratung medikamentenabhängiger Frauen
 - Umsetzung mit und in kooperierenden Einrichtungen der Suchthilfe
 - Entwicklung und Erprobung von psychosozialen Zugangswegen außerhalb der Suchthilfe (z.B. Frauenberatungsstellen, pro familia, Mütterzentren)
 - Evaluation

Akteur*innen: Psychosoziale Beratungs- und Hilfeeinrichtungen, Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe, LZG.NRW

- **Entwicklung eines Materialienkoffers für die kommunale Bearbeitung des Themas**
 - Zusammenstellung der Materialien
 - Modellhafte Erprobung des Einsatzes in Düsseldorf und Essen
 - Evaluation

Akteur*innen: LZG.NRW, Suchthilfe, KGK Essen

- **Befragung von niedergelassenen Ärzt*innen:**
(Häufigkeit der Benzodiazepinverschreibung, Prävalenz von Medikamentenabhängigen in der Praxis nach Geschlecht, Umgang mit (vermuteter) Abhängigkeit, Unterstützungs- bzw. Fortbildungsbedarf)

Akteur*innen: Ärztekammern, Hausärzteverband

- **Förderung ambulanter Benzodiazepinentzüge:**
 - Entwicklung einer Informationsbroschüre über BZD und ihr Abhängigkeitspotenzial für Patient*innen
 - Dissemination an Patient*innen über Allgemeinmediziner*innen
 - Fortbildungen für Allgemeinmediziner*innen zu ambulanten BZD-Entzügen
 - wissenschaftliche Begleitung / Evaluation

Akteur*innen: Ärztekammern, niedergelassene Allgemeinmediziner*innen, IQWiG

9.3. Handlungsfeld Suchthilfe

Da medikamentenabhängige Menschen nicht nur Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem haben, sind auch andere Versorgungssektoren wie beispielsweise psychosoziale Beratungsstellen aufgefordert, ihre Kontaktmöglichkeiten zu Medikamentenabhängigen zu nutzen und diesen einen Weg ins Suchthilfesystem zu bahnen. Die Suchthilfe selbst hält bisher keine spezifischen Angebote für Medikamentenabhängige vor. Auch hier wären Überlegungen anzustellen, wie medikamentenabhängige Menschen angesichts knapper Ressourcen und mangelnder Kompetenz bezogen auf Medikamentenabhängigkeit sowie Geschlecht besser erreicht werden können.

Handlungsfeld Suchthilfe			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Andere psychosoziale Beratungsstellen bieten Zugänge zum Suchthilfesystem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familienberatungsstellen, pro familia, Frauenberatungsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzepte für die Identifizierung und Ansprache von Medikamentenabhängigen entwickeln 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesverbände der Familienberatungsstellen, pro familia, Frauenberatungsstellen
Die Suchthilfe hält geeignete Angebote für Medikamentenabhängige vor	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spezifische Ansprache von Medikamentenabhängigen ▪ Entwicklung von Angeboten ▪ Aufbau von Kompetenzen bezogen auf Medikamentenabhängigkeit und Genderaspekte von Substanzabhängigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Landesstelle Sucht

9.4. Handlungsfeld Suchtselbsthilfe

Die Suchtselbsthilfe wird von medikamentenabhängigen Menschen bisher nur vereinzelt genutzt; gleichzeitig besteht Bedarf nach Austausch mit Betroffenen.

Handlungsfeld Suchtselbsthilfe			
Ziele	Zielgruppen	Maßnahmen	Akteur*innen/ Kooperationspartner*innen
Medikamentenabhängige Menschen erreichen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentenabhängige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medikamentenabhängigkeit aus der Koppelung mit Alkoholabhängigkeit lösen ▪ Spezifische, eigenständige Angebote/SHG für Medikamentenabhängige 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchtselbsthilfe ▪ KOSKON NRW ▪ Kommunale / regionale Selbsthilfekontaktstellen

10. Ausblick

Die Ergebnisse verweisen nicht nur auf breiten Handlungsbedarf, sondern sie verdeutlichen auch, dass die Bearbeitung der Problematik verschiedener Strategien auf unterschiedlichen Interventions-ebenen bedarf. Das bedeutet weiter, dass es gemeinsamer, abgestimmter Anstrengungen der verschiedenen Akteur*innen bedarf, um Fortschritte zu erzielen.

Gute Anschlussmöglichkeiten für die Verarbeitung der Projektergebnisse bieten außerdem der *Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz*¹⁸ der Bundesregierung sowie die Beschlüsse der 91. *Gesundheitsministerkonferenz der Länder* des Jahres 2018 unter TOP 4.1: „Patientenorientierung als Element einer zukunftsweisenden Gesundheitspolitik“¹⁹. Beide verfolgen u.a. die folgenden Ziele:

- Förderung von
 - patient*innenorientierter Versorgung und Shared Decision Making,
 - Vernetzung verschiedener Berufsgruppen und Versorgungssektoren,
 - Wissenstransfer sowie
- Stärkung der Gesundheitskompetenz und insb. Medication Literacy von medikamenten-abhängigen Frauen.

Hiermit wäre gleichsam ein politisches Dach gegeben, unter dem sich Initiativen entfalten könnten. Dass gemeinsame Überlegungen und Aktivitäten notwendig sind, zeigen nicht nur die vorliegenden Ergebnisse. Auch die seit Jahren steigenden Raten von psychischen Erkrankungen verweisen darauf, dass Medikamentenabhängigkeit in Zukunft mehr Menschen betreffen wird und daher mehr Beachtung benötigt.

¹⁸ <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/aktionsplan/>

¹⁹ <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=698&jahr=2018>

Literatur

- Askaa, B., Jimenez-Solem, E., Enghusen Poulsen, H. & Traerup Andersen, J. (2014). Maternal Characteristics of Women Exposed to Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonist during Pregnancy. *Obstetrics and gynecology international*, 2014, 945621.
- Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher und medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) (2006). Medikamentenabhängigkeit. (Sedativa-Hypnotika, Analgetika, Psychostimulantien). AWMF-Leitlinien-Register Nr. 076/009 Entwicklungsstufe 2.
- Bateman, B. T., Hernandez-Diaz, S., Rathmell, J. P., Seeger, J. D., Doherty, M., Fischer, M. A. & Huybrechts, K. F. (2014). Patterns of opioid utilization in pregnancy in a large cohort of commercial insurance beneficiaries in the United States. *Anesthesiology*, 120 (5), 1216-1224.
- Brunett, R. (2003). Frauen und psychotrope Medikamente. Konsum, Missbrauch und Abhängigkeit. Landesfachstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA (Hrsg.): Essen.
- Bundesärztekammer (2007): Medikamente - schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Daw, J. R., Mintzes, B., Law, Hanley, G. E. & Morgan, S. G. (2012). Prescription drug use in pregnancy: A retrospective, population-based study in British Columbia, Canada (2001-2006). *Clinical therapeutics*, 34 (1), 239-249.e2.
- Desai, R. J., Hernandez-Diaz, S., Bateman, B. T. & Huybrechts, K. F. (2014). Increase in prescription opioid use during pregnancy among Medicaid-enrolled women. *Obstetrics and gynecology*, 123(5), 997–1002.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (o.J.): Kurzintervention bei Patientinnen und Patienten mit problematischem Medikamentenkonsum von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte. DHS: Hamm.
- Driessen, M., Beblo, T., Mertens, M., Piefke, M., Rullkoetter, N., Silva Saveedra, S., Reddemann, L., Rau, H., Markowitsch, H.J., Wulff, H., Lange, W. & Woermann, F.G. (2004). Different fMRI activation patterns of traumatic memory in borderline personality disorder and without additional posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 15, 603-611.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016). Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016. Berlin.
- Egen-Lappe, V. & Hasford, J. (2004). Drug prescription in pregnancy: analysis of a large statutory sickness fund population. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60 (9), 659-666.
- El Marroun, H., White, T., Verhulst, F. C. & Tiemeier, H. (2014). Maternal use of antidepressant or anxiolytic medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(10), 973-992.
- Enato, E., Moretti, M. & Koren, G. (2011). The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada* JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC, 33 (1), 46-48.
- Epstein, R. A., Bobo, W. V., Martin, P. R., Morrow, J. A., Wang, W., Chandrasekhar, R. & Cooper, W. O. (2013). Increasing pregnancy-related use of prescribed opioid analgesics. *Annals of epidemiology*, 23 (8), 498-503.
- Fodor, A., Tímár, J., & Zelena, D. (2014). Behavioral effects of perinatal opioid exposure. *Life Sciences*, 104 (1-2), 1-8.
- Glaeske, G. (2013). Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe: Vol. 5. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Glaeske, G. (2018): Medikamente 2016 – Psychotrope und andere Arzneimittel mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hg.): Jahrbuch Sucht 2018. Lengerich: Pabst, S. 85-104.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L. & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *SUCHT*, 62 (5), 271-281.
- Gopalan, P., Glance, J. B. & Azzam, P. N. (2014). Managing benzodiazepine withdrawal during pregnancy: case-based guidelines. *Archives of Women's Mental Health*, 17 (2), 167-170.
- Handal, M., Engeland, A., Rønning, M., Skurtveit, S. & Furu, K. (2011). Use of prescribed opioid analgesics and co-medication with benzodiazepines in women before, during, and after pregnancy: a population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67 (9), 953-960.

- Hanley, G. E. & Mintzes, B. (2014). Patterns of psychotropic medicine use in pregnancy in the United States from 2006 to 2011 among women with private insurance. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 242.
- Haslbeck, J. (2017). Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In D. Schaeffer & J.M. Pelikan (Hrsg.), *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven* (S. 259-276). Bern: Hogrefe.
- Holzbach, R., Martens, M., Kalke, J. & Raschke, P. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt*, 53 (4), 319-325
- Kashuba, A. D. & Nafziger, A. N. (1998): Physiological changes during the menstrual cycle and their effects on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of drugs. *Clinical Pharmacokinetics*, 34 (3), S. 203–218.
- Kelly, L., Dooley, J., Cromatry, H., Minty, B., Morgan, A., Madden, S. & Hopman, W. (2011). Narcotic-exposed neonates in a First Nations population in northwestern Ontario: incidence and implications. *Canadian Family Physician – Médecin de Famille Canadien*, 57 (11), 441-447.
- Kelly, L. E., Poon, S., Madadi, P. & Koren, G. (2012). Neonatal Benzodiazepines Exposure during Breastfeeding. *The Journal of Pediatrics*, 161 (3), 448-451.
- Kieviet, N., Dolman, K. M. & Honig, A. (2013). The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1257.
- Knopf, H., Prütz, F. & Yong, D. (2017): Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2017 (4), S. 109-116.
- Kocherlakota, P. (2014). Neonatal Abstinence Syndrome. *PEDIATRICS*, 134 (2), e547.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Davis, S. M., Harrison, W. M. & Keller, M. B. (2000): Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (9), S. 1445–1452.
- Kornstein, S. G., Toups, M., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Thase, M. E., Luther, J., Warden, D., Fava, M. & Trivedi, M. H. (2013): Do menopausal status and use of hormone therapy affect antidepressant treatment response? Findings from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) study. *Journal of Women's Health*, 22 (2), S. 121–131.
- Kuckartz, U. (2010). Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2., durchgesehene Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Log, T., Skurtveit, S., Selmer, R., Tverdal, A., Furu, K. & Hartz, I. (2013). The association between prescribed opioid use for mothers and children: a record-linkage study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69 (1), 111-118.
- Martényi, F., Dossenbach, M., Mraz, K. & Metcalfe, S. (2001). Gender differences in the efficacy of fluoxetine and maprotiline in depressed patients: a double-blind trial of antidepressants with serotonergic or norepinephrine reuptake inhibition profile. *European Neuropsychopharmacology*, 11 (3), S. 227–232.
- Martin, C. E., Longinaker, N. & Terplan, M. (2014). Recent trends in treatment admissions for prescription opioid abuse during pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Palanisamy, A. & Bailey, C. R. (2014). Codeine in mothers and children: Where are we now? *Anaesthesia*, 69 (7), 655-660.
- Psychotherapeutenkammer NRW & Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (2017): Basiswissen Sucht. Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis.
- Raitasalo, K., Holmila, M., Autti-Rämö, I., Martikainen, J. E., Sorvala, V.-M. & Mäkelä, P. (2014). Benzodiazepine use among mothers of small children: a register-based cohort study. *Addiction*, n/a.
- Riska, B. S., Skurtveit, S., Furu, K., Engeland, A. & Handal, M. (2014). Dispensing of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs to pregnant women: A population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70 (11), 1367-1374.
- Schnell, H. W. & Heinritz, C. (2006). Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen für die Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Bern. Verlag Hans Huber.
- Sheehy, O., Zhao, J.-P. & Bérard, A. (2019). Association Between Incident Exposure to Benzodiazepines in Early Pregnancy and Risk of Spontaneous Abortion. *JAMA psychiatry*. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0963.

- Smith, M. V., Costello, D. & Yonkers, K. A. (2014). Clinical Correlates of Prescription Opioid Analgesic Use in Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*.
- Soyka, M., Queri, S., Kufner, H. & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Nervenarzt*, 76, 72-77.
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2013a). FDA drug safety communication: Risk of next-morning impairment after use of insomnia drugs; FDA requires lower recommended doses for certain drugs containing zolpidem (Ambien, Ambien CR, Edluar, and Zolpimist) (<https://www.fda.gov/media/84992/download>)
- U.S. Food and Drug Administration (FDA) (2013b). FDA drug safety communication: FDA approves new label changes and dosing for zolpidem products and a recommendation to avoid driving the day after using Ambien CR (<https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-drug-safety-communication-fda-approves-new-label-changes-and-dosing-zolpidem-products-and>)
- Wikner, B. N. & Källén, B. (2011). Are Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonists Teratogenic in Humans? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31 (3), 356-359.
- Wikner, B. N., Stiller, C.-O., Bergman, U., Asker, C. & Källén, B. (2007). Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16 (11), 1203-1210.
- Wikner, B. N., Stiller, C.-O., Källén, B. & Asker, C. (2007). Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: maternal characteristics. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16 (9), 988-994.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* (1), 2000 (22).
- Wong, S., Ordean, A. & Kahan, M. (2011). Substance use in pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada: JOGC*, 33 (4), 367-384.

Anhang

1. Informationsblatt
2. Interviewleitfaden
3. Poster
4. Dokumentation der Fachtagung am 21. März 2019

Gabriele Klärs
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
www.belladonna-essen.de



Frauen, die Medikamente einnehmen, gesucht!

Worum geht es?

Regelmäßiger Medikamentenkonsum kann viele Fragen aufwerfen und mit dem Wunsch nach Unterstützung verbunden sein. Die Anliegen und Sorgen von Frauen, die regelmäßig ärztlich verschriebene oder selbst erworbene Arzneimittel einnehmen, werden bisher nur unzureichend beachtet. Um mehr darüber zu erfahren, welche Art von Unterstützung benötigt wird, suchen wir Frauen, die Medikamente einnehmen oder eingenommen haben, für Einzelinterviews. Uns interessieren Ihre Erfahrungen, was hilfreich bzw. hinderlich ist und welche Art von Unterstützung Sie sich wünschen bzw. zu einem früheren Zeitpunkt gewünscht hätten.

Die Teilnahme ist freiwillig. Aus einer Nichtteilnahme entstehen Ihnen keine Nachteile.

Wie läuft das Interview ab?

Ich stelle verschiedene offene Fragen zu ein paar Themenbereichen, bei denen ich Sie bitten werde, einfach all das zu erzählen, was für Sie wichtig ist. Dabei gibt es kein „richtig“ und kein „falsch“. Sie werden genug Zeit für Ihre Ausführungen haben.

Das Gespräch wird etwa 1 Stunde in Anspruch nehmen.

Was passiert mit meinen Daten?

Damit ich nicht alles mitschreiben muss, sondern dem Gespräch besser folgen kann, möchte ich das Gespräch für die spätere Auswertung gern auf Band aufnehmen und es anschließend abschreiben. Die Aufnahme und das abgeschriebene Gespräch werden streng vertraulich und anonym behandelt. Das heißt: alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf Sie erlauben, werden gelöscht oder anonymisiert. Zu Beginn des Gesprächs werde ich Ihnen dies in einer Vertrauensschutzklärung schriftlich versichern. Darüber hinaus werden alle Daten auch nur dann anonymisiert ausgewertet, wenn Sie nach dem Gespräch Ihr Einverständnis dazu geben.

Bin ich die Richtige für ein Interview?

Ja. Wenn Sie die Bereitschaft und Offenheit haben, über Ihre Erfahrungen zu berichten, sind Sie eine interessante Gesprächspartnerin für mich. Termin und Ort vereinbaren wir individuell.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich zu einem Gespräch bereit erklären würden.

Als Dankeschön, dass Sie sich die Zeit für ein Interview nehmen, zahlen wir nach erfolgtem Interview eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 30,- €.

Auch wenn Sie sich zunächst noch weiter informieren möchten, bevor Sie sich entscheiden, melden Sie sich bitte gern bei mir. Ich rufe Sie auch gern sofort zurück.

Kontakt:

Gabriele Klärs
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Tel. 0201 – 85199436 oder mobil: 0177 963 79 09.
g.klaers@belladonna-essen.de

Interviewleitfaden

	Leitfrage	Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen
<p>Themenblock 1: Medikamentenkonsum</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kam es zum Medikamentenkonsum? • Wie würden Sie Ihren Konsum beschreiben? • Welchen Verlauf hatte der Konsum? • Was waren Wendepunkte in Ihrem Konsum? • Wie schätzen Sie Ihren Konsum ein? • Wobei helfen Ihnen Medikamente? • Welche Situationen sind besonders schwierig? • Was ist schwierig am Konsum? • Was ist Ihre größte Sorge / Angst? • Ein Leben ohne Medikamente... 	<p>Subjektive Sichtweisen auf Konsum</p> <p>Konsumgewohnheiten</p> <p>Funktion des Konsums</p> <p>Konsumintensität</p> <p>Lebenslagen und Konsum/Nichtkonsum</p> <p>Reflektion des Konsums</p> <p>Reflektion ärztlichen Verschreibungsverhaltens</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hat der Konsum begonnen? • Wie hat sich der Konsum entwickelt? • Was war in konsumintensiven Phasen in Ihrem Leben los? • Was war in konsumschwachen Phasen in Ihrem Leben los? • Wie ist Ihnen der Ausstieg / die Reduktion gelungen? • Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Ihr Medikamentenkonsum außer Kontrolle geraten ist? • Haben Sie die ärztliche Verordnung mal in Frage gestellt? • Machen Sie sich Sorgen um Ihren Konsum?
	<ul style="list-style-type: none"> • Was verstehen Sie unter Abhängigkeit? • Würden Sie sagen, dass Sie von Medikamenten abhängig sind? Woran machen Sie das fest? 	<p>Subjektive Theorien der Abhängigkeit</p> <p>Eigene Verortung</p>	

Themenblock 2: Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft	Wie sind Sie mit Ihrem Konsum umgegangen, als Sie von der Schwangerschaft erfahren haben? Welche Fragen sind bei Ihnen entstanden? Wie und wo haben Sie Antworten erhalten? Was ist/war Ihre größte Sorge / Angst?	Problembewusstsein Hilfesuch- und Informationsverhalten	Glauben Sie, dass der Konsum Ihrem Kind schadet / geschadet hat? Sind Sie, als Sie schwanger wurden, nach Ihrem Konsum gefragt worden?
Themenblock 4: Mutterschaft	Glauben Sie, dass Ihre Kinder von Ihrem Konsum wissen? Welche Auswirkungen hat Ihr Konsum auf Ihre Kinder? Was ist Ihre größte Sorge / Angst?		Glauben Sie, dass Ihr Konsum Ihrem Kind/Ihren Kindern schadet? Reagieren Ihre Töchter anders als Ihre Söhne? Welche Strategien wählen Sie, um den Konsum vor Ihren Kindern zu verheimlichen?
Themenblock 3: Soziales Umfeld	Wer weiß von Ihrem Medikamentenkonsum? Wie reagiert Ihr soziales Umfeld? Gibt es eine vertraute Person, mit der Sie über Ihren Konsum reden können? Wer oder was hilft Ihnen? Wer oder was unterstützt Sie?	Umgang mit dem Medikamentenkonsum im sozialen Umfeld Grad der Tabuisierung	
Themenblock 4: Erfahrungen mit dem Hilfesystem	Welche Unterstützungsangebote haben Sie genutzt? Wer oder was hat Ihnen geholfen? Wer oder was war wenig hilfreich?	Erfahrungen mit Hilfesystemen Kontaktmöglichkeiten seitens des Hilfesystems Förderliche und hinderliche Faktoren	Welche Anlaufstellen kennen Sie? Sind Sie im Versorgungssystem nach Medikamentenkonsum gefragt worden? Wie haben Sie reagiert?

		der Inanspruchnahme des Hilfesystems	Wären Sie gern gefragt worden? Haben Sie Ihren Konsum schon einmal verheimlicht? Würden Sie in eine Suchtberatungsstelle für Frauen gehen?
Themenblock 5: Wünsche an Unterstützung	Wann und von wem hätten Sie sich Unterstützung gewünscht? Wie müssten Angebote sein, damit Sie sie in Anspruch nehmen?	Bedürfnisse hinsichtlich Unterstützung Kontaktmöglichkeiten seitens des Hilfesystems	
Offene Ausstiegsfrage	Jetzt haben wir ja schon viel besprochen. Gibt es etwas, das bisher noch nicht zur Sprache gekommen ist, was Ihnen aber wichtig ist?		
Am Ende	Wie ging es Ihnen während des Interviews? Wie war das Interview für Sie? Was hat Sie bewogen, an dem Interview teilzunehmen?		



Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen

Gabriele Klärs

„Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt.“ Eine qualitative Befragung medikamentenabhängiger Frauen

Hintergrund

Von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum sind schätzungsweise 1,3 [1] bis 2,6 [2] Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Der Frauenanteil wird mit 60-70% beziffert. Bei den Frauen steht damit die Medikamentenabhängigkeit vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen. Dieser hohen Prävalenz stehen geringe stationäre und ambulante Behandlungsprävalenzen gegenüber [3]. Über problematischen Medikamentenkonsum in der Schwangerschaft und die Situation von Müttern liegen kaum Erkenntnisse vor. Ziel des vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ ist u.a., die Leerstelle im Hilfesystem mit Handlungsempfehlungen für die bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu füllen (Laufzeit: 2014 bis 2019).

Ziele und Methodik der qualitativen Befragung

- Teilprojekt (2017-2019): qualitative Befragung von medikamentenabhängigen Frauen
- Ziele:
 - Erkenntnisse zu Erfahrungen und Unterstützungsbedarf aus der Perspektive der Betroffenen,
 - Ableitung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für den Zugang zum Hilfesystem,
 - Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis.
- Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen erfolgte mittels Multiplikator*innen der ambulanten und stationären Suchthilfe, Suchtselbsthilfe, frauenspezifischen Beratung sowie der gynäkologischen/geburtshilflichen Versorgung.
- Auswertung mit Qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [4].



Beschreibung des Samples

- 19 Interviews; Interviewpartnerinnen im Alter von 23 bis 65 Jahren
- Niedrigstes Einstiegsalter: 14 Jahre, höchstes Einstiegsalter: 45 Jahre
- Konsumierte Substanzen: Benzodiazepine, Analgetika, Antipsychotika, Antidepressiva, illegale Drogen, Alkohol (einzeln oder in Kombination)

Ausgewählte Ergebnisse

- **Gesellschaftliche Akzeptanz** des Medikamentenkonsums und Stigmatisierung von Abhängigkeit erschweren die Entwicklung eines Problembewusstseins und die Inanspruchnahme von Hilfe.
- **Unzureichende Sensibilität** für Risiko der Medikamentenabhängigkeit bei Konsumentinnen sowie Professionellen im Gesundheitsbereich.
- **Verschreibungspraxis**
 - legitimiert subjektiv den Konsum insb. bei Benzodiazepinen und Analgetika,
 - trägt zur Medikalisierung psycho-sozialer Probleme bei.
- **Defizite hinsichtlich Aufklärung und Information** der Patientinnen über Wirkungsweisen, Langzeitfolgen und Absetzmöglichkeiten der Medikamente
- **Patientinnen fühlen sich zu wenig wahrgenommen** und wünschen sich mehr Beteiligung am Behandlungsprozess (i.S.d. Shared Decision Making).
- **Suchthilfe stellt keine Anlaufstelle für Betroffene** dar (Zweifel an Fachkompetenz der Berater*innen, Angst vor Stigmatisierung).
- **Brüche in der Versorgung** insb. im Übergang zwischen ambulant und stationär.
- **Betroffene müssen hohe Aktivität** entfalten, um Hilfe zu erhalten.

Schlussfolgerungen und Handlungsbedarf

Abhängigkeit entstigmatisieren

- Alltagsbilder von „Sucht“ und „Süchtigen“ verändern
- **Betroffene identifizieren**
- Berufsgruppen in der gesundheitlichen Versorgung sensibilisieren und fortbilden
- Potenziale der Ärzt*in-Patientin-Beziehung in hausärztlicher Versorgung nutzen
- Screeninginstrumente für Medikamentenkonsum einsetzen

„Medication Literacy“ fördern

- Laienverständlich über Diagnose, Therapie und (Neben-)Wirkungen von Medikamenten aufklären

Niedrigschwellige Angebote innerhalb und außerhalb der Suchthilfe implementieren

- Frauenspezifische Angebote in der Suchthilfe etablieren
- Kompetenzen bezogen auf Gender und Medikamentenabhängigkeit aufbauen

Literatur

- [1] Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.) (2016). Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2016. Berlin; Gomes de Matos, E., Attendorf, J., Kraus, L. & Florntal, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. SUCHT, 62 (5), 271-281.
[2] Gomes de Matos, E., Attendorf, J., Kraus, L. & Florntal, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. SUCHT, 62 (5), 271-281.
[3] Soyka, M., Quast, S., Köfner, H. & Riemer, S. (2005). Wie viele sind suchtkrank? 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? Narxomat, 76, 70-77.
[4] Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Kontakt

Gabriele Klärs, M.Sc. Public Health
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel. 0201-89 155 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de

Posterpräsentation auf dem Kongress „Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz“,
2./3. Mai 2019 in Bielefeld



Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Dr. Gabriele Klärs

„Ich bin da nach Bauchgefühl gegangen.“ Gesundheitskompetenz medikamentenkonsumierender Frauen

Hintergrund

Chronisch Erkrankte sind gefordert, Fähigkeiten der Krankheitsbewältigung und des Selbstmanagements zu entwickeln [1]. Insbesondere der Umgang mit der langfristigen Einnahme von Medikamenten kann mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden sein [2]. In allen Altersgruppen nehmen Frauen häufiger Medikamente ein als Männer [3; 4]. Gründe hierfür sind in einem im Vergleich zu Männern anderen Krankheitsspektrum, im geschlechtsbezogenen Diagnose- und Verschreibungsverhalten, frauentypischen Belastungen und nicht zuletzt Geschlechterzuschreibungen zu suchen. Das vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ hat zum Ziel, Handlungsempfehlungen für die bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu entwickeln.

Ziele und Methodik der qualitativen Befragung

- Teilprojekt (Erhebungszeitraum 2017-2018): qualitative Befragung von medikamentenkonsumierenden Frauen
- Ziele:
 - Erkenntnisse zu Erfahrungen und Unterstützungsbedarfen aus der Perspektive der Betroffenen,
 - Ableitung von hinderlichen und förderlichen Faktoren für den Zugang zum Hilfesystem,
 - Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Praxis.
- Die Rekrutierung von Interviewpartnerinnen erfolgte mittels Multiplikator*innen der ambulanten und stationären Suchthilfe, Suchtselbsthilfe, psychosozialen Beratung sowie der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung.
- Auswertung mit Qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [5].



Beschreibung des Samples

- 19 Interviews; Interviewpartnerinnen im Alter von 23 bis 65 Jahren
- Niedrigstes Alter bei Beginn des Medikamentenkonssums: 14 Jahre, höchstes Einstiegsalter: 45 Jahre
- Konsumierte Substanzen: Benzodiazepine, Analgetika, Antipsychotika, Antidepressiva, illegale Drogen, Alkohol (einzeln oder in Kombination)

Ergebnisse

- Beipackzettel von Medikamenten werden häufig nicht gelesen bzw. verstanden.
- Die Befragten kritisieren unzureichende Beteiligung am Behandlungsprozess; sie vermissen Behandlungs- und Medikationspläne.
- Sie beklagen Informationsdefizite hinsichtlich Diagnose und Therapie, (Neben-)Wirkungen, Langzeitfolgen und Absetzmöglichkeiten der verordneten Medikamente sowie mangelnde Aufklärung über mögliche Alternativen.
- Zunächst ist das Vertrauen v.a. in den*die Hausarzt*in hoch; negative Erfahrungen im Verlauf der Behandlung führen dazu, dass andere Informationsquellen gesucht werden (Internet, Foren). Dies hat mehrere Konsequenzen: (1) Es werden andere Ärzt*innen aufgesucht, (2) die zum Teil widersprüchlichen Informationen führen zu Verunsicherung, (3) es kommt zu eigenständigen Reduktions- und Ausstiegsversuchen und (4) Medikamente werden nach „Bauchgefühl“ eingenommen.
- Die Qualität von Gesundheits- und insb. Internetinformationen kann meist nicht eingeschätzt werden.

Diskussion und Handlungsbedarf

Die Ergebnisse machen auf Defizite im Bereich Information und Aufklärung sowie das Fehlen partizipativer Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess aufmerksam. Die Auswirkungen auf das Verhalten der Patientinnen, die ärztlicherseits als mangelnde Compliance eingeordnet werden, sind aus Patientinnensicht rückführbar auf die mangelnde Qualität der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation. Auf Patientinnenseite kann die unzureichende Berücksichtigung ihrer Perspektiven und Präferenzen zu Unzufriedenheit und zu Konflikten mit Behandler*innen führen. Die Befunde verweisen weiter auf die Notwendigkeit der Förderung der Medication Literacy.

Verbesserung der Ärzt*in-Patientin-Kommunikation

- Laienverständliche Aufklärung über Diagnose, Therapie und (Neben-)Wirkungen von Medikamenten
- Partizipative Entscheidungsfindung im Behandlungsprozess

Medikamentenbezogene Informationen

- Neutrale Informationsmöglichkeiten zu Medikamenten

- Verständliche Beipackzettel
- Transparenz über die Qualität von Gesundheits- und insb. Internetinformationen
- Unterstützung bei der Suche und Einordnung von Gesundheits- und insb. Internetinformationen.

Wie sich die Situation für Männer, die Medikamente einnehmen, darstellt und ob bzw. inwieweit die vorliegenden Ergebnisse auf diese übertragbar sind, stellt eine separate Fragestellung dar. Wenn es sich um strukturelle Mängel handelt, sind Männer hiervon jedoch ebenso betroffen wie Frauen.

Literatur

- [1] Schaeffer, D. (2017). Chronische Krankheit und Health Literacy. In: D. Schaeffer & J.M. Felikan (Hrsg.), Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven (S. 55-70). Bern: Hogrefe.
- [2] Haselbeck, I. (2017). Medication Literacy – Gesundheitskompetenz, chronische Krankheit und Selbstmanagement bei Medikamenten. In D. Schaeffer & J.M. Felikan (Hrsg.), Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven (S. 259-276). Bern: Hogrefe.
- [3] Knoop, H., Prütz, F. & Du, Y. (2017). Arzneimittelanwendung von Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2 (4): 109-116.
- [4] Gomes de Matos, F., Atzendorf, J., Kraus, L. & Flentke, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice* 42 (5), S. 271-281.
- [5] Kuckartz, U. (2014). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Kontakt

Dr. PH Gabriele Klärs
Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel. 0201-89 153 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 – 24 84 17-1/-2, info@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Tagung

„Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ - Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

21. März 2019

Von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum sind Schätzungen zufolge 1,1 bis 2,6 Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Der Frauenanteil wird mit 60 bis 70% beziffert. Damit rangiert die Medikamentenabhängigkeit bei den Frauen noch vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen. Dieser hohen Prävalenz steht eine geringe sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungsprävalenz gegenüber. Über die Hintergründe sowie Unterstützungsbedürfnisse und -bedarfe betroffener Frauen ist nur wenig bekannt. Noch weniger Erkenntnisse liegen zur Situation von konsumierenden Schwangeren und Frauen, die mit Kindern zusammenleben, vor.

Wo liegen die Knackpunkte beim Thema Medikamentenabhängigkeit? Wie kann Medikamentenabhängigkeit vermieden werden? Wie können medikamentenabhängige Frauen erreicht und unterstützt werden? Diese Fragen stehen im Mittelpunkt der Tagung.

Das Grußwort hält Frau Dr.in Sandra Dybowski vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Für die Vorträge am Vormittag konnten Herr Prof. Dr. Gerd Glaeske und Frau Prof.in Dr.in Petra Thürmann gewonnen werden. Gabriele Klärs wird die Ergebnisse des landesgeförderten Projekts „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ präsentieren.

Am Nachmittag steht die Arbeit an spezifischen Themen im Fokus. Ziel ist es, einen lebendigen Gedanken- und Ideenaustausch zu ermöglichen und konkrete Handlungsansätze zu entwickeln.

Herzlich eingeladen sind Fachfrauen/-männer aus den verschiedenen Sektoren der generischen und frauenbezogenen Suchthilfe (ambulant, stationär, akut, rehabilitativ), aus der Selbsthilfe, der psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung, der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung, Wissenschaft und Forschung sowie Akteure*innen aus der Selbstverwaltung.

Veranstaltungsort: GHOTEL hotel & living, Hachestr. 63, 45127 Essen



Programm

ab 9:30	Ankommen, Begrüßungskaffee
10:00	Begrüßung Dr.in Gabriele Klärs LANDESKOORDINIERUNGSSTELLE FRAUEN UND SUCHT NRW, BELLA DONNA Grußwort Dr.in Sandra Dybowski REFERATSLEITUNG AIDS, SUCHT UND DROGEN IM MAGS NRW
10:15	Pillen für Schwache oder schwach durch Pillen? Prof. Dr.Gerd Glaeske
10:50	Kurze Diskussion
11:00	Geschlechteraspekte in der Pharmakotherapie Prof.in Dr.in Petra Thürmann
11:35	Kurze Diskussion
11:45	Ergebnisse des Projekts „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“ Dr. in Gabriele Klärs
12:15	Kurze Diskussion
12:20	Ausblick auf den Nachmittag und Vorstellung der Arbeit an den Thementischen
12:30	Mittagspause
13:20	Moderierte Thementische <ol style="list-style-type: none">1. Prävention der Medikamentenabhängigkeit (Input: Prof. Dr. Gerd Glaeske, Moderation: Armin Koeppel)2. Medikamentenabhängigkeit enttabuisieren (Input: Dr. Peter Raiser, Moderation: Dr.in Anne Pauly)3. Zugang zu und Erreichbarkeit von medikamentenabhängigen Frauen verbessern (Input: Martina Tödte, Moderation: Gerda Schmieder)4. Gesundheitsprofessionen für Gender sensibilisieren Input: N.N., Moderation: Dr.in Gabriele Klärs)5. Handlungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene (Input: Dr. Udo Puteanus, Moderation: N.N.)
14:30	Kurze Pause
14:40	„Markt“ / Rundgang
15:15	Zusammenfassung und Verabschiedung
15:30	Ende der Veranstaltung



Referent*innen:

Prof. Dr. Gerd Glaeske

Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik an der Universität Bremen; Professur für Arzneimittelanwendungsforschung am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen; Leiter der Forschungseinheit „Arzneimittelberatung und Arzneimittelinformation“

Dr.in Gabriele Klärs

Gesundheitswissenschaftlerin, Dipl. Sozialarbeiterin; Arbeitsschwerpunkte: Genderaspekte von Gesundheitsförderung und Prävention, Frauengesundheit, qualitative Sozialforschung; seit 2017 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht BELLA DONNA, Projektleitung „Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder“

Prof.in Dr.in Petra Thürmann

Fachärztin für Klinische Pharmakologie, Ärztliche Direktorin des Philipp Klee-Instituts für Klinische Pharmakologie am HELIOS Universitätsklinikum Wuppertal; Ordentliches Mitglied der Arzneimittelkommission seit 2006, seit 2011 Mitglied des Sachverständigenrats des Bundesgesundheitsministeriums zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; Arbeitsschwerpunkt u.a. Genderaspekte in der Pharmakotherapie

Außerdem Input an den Thementischen:

Dr. Udo Puteanus

Pharmazeut; Fachkoordinator Sozialpharmazie am Landeszentrum für Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)

Dr. Peter Raiser

Referat „Grundsatzfragen“ / stellv. Geschäftsführung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.

Martina Tödte

Dipl. Sozialpädagogin; Geschäftsführerin des Vereins zur Hilfe suchtmittelabhängiger Frauen Essen e.V.

Moderation der Thementische:

Armin Koeppel

Diplom-Sozialwirt; Landeskoordinierungsstelle Suchtvorbeugung NRW bei g!nko Stiftung für Prävention

Dr.in Anne Pauly

Dipl. Sozialpädagogin; Geschäftsstelle Landesstelle Sucht NRW

Gerda Schmieder

Dipl. Sozialpädagogin; Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Rheinland

Gesamtmoderation: Dorothea Herrmann

Dipl. Psychologin (Wirtschaftspsychologie), Wirtschaftsinformatikerin (M.Sc.), Coach – Supervisorin (DGSv), Expertin für Neue Lerntechnologien, Geschäftsführende Gesellschafterin synexa consult, Standort Essen



Tagung der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW,
BELLA DONNA, am 21. März 2019

„Ich hab mich da manchmal so abgefertigt gefühlt“ -
Medikamentenabhängigkeit bei Frauen

- Tagungsbericht -

Die Tagung diente der Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse des vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes Nordrhein-Westfalen geförderten Projekts: *Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder* (Laufzeit: Mai 2014 bis Juni 2019). 50 interessierte Fachleute aus den verschiedenen Sektoren der gesundheitlichen Versorgung und der Suchthilfe waren nach Essen gekommen, um am Vormittag Vorträge zu hören und am Nachmittag miteinander an Thementischen Überlegungen zum Transfer der Befunde in konkretes Handeln anzustellen.

Zunächst begrüßten Frau Dr.in Gabriele Klärs von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, und Frau Dr.in Sandra Dybowski vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW die Anwesenden und führten in das Thema der Tagung ein.

Der anschließende Vortrag von Herrn Prof. Gerd Glaeske von der Universität Bremen vermittelte die relevanten Daten. So sind von problematischem bis abhängigem Medikamentenkonsum Schätzungen zufolge 1,3 bis 2,6 Mio. Menschen in Deutschland betroffen. Damit steht die Medikamentenabhängigkeit noch vor der Alkoholabhängigkeit an zweiter Stelle der Abhängigkeitserkrankungen. Der Frauenanteil wird mit 60-70% beziffert. Die Prävalenzen variieren stark nach Alter, Geschlecht und sozio-ökonomischem Status zuungunsten von Frauen, Alten und Armen. Dieser hohen Prävalenz steht eine geringe sowohl stationäre als auch ambulante Behandlungsprävalenz gegenüber. Zum problematischen Medikamentenkonsum in der Schwangerschaft liegen so gut wie keine Erkenntnisse vor; ebenso wenig über die Situation der konsumierenden Frauen, die mit Kindern zusammenleben. Prof. Glaeske stellte Verordnungsdaten der meistverkauften Beruhigungs- und Schlafmittel vor, von denen ca. 1,5 Mio. Menschen abhängig sind. Dies betrifft v.a. ältere Menschen und in allen Altersgruppen vermehrt Frauen. Die Hälfte dieser Verordnungen erfolgt durch Allgemeinärzt*innen. Als Ursachen benannte Prof. Glaeske unzureichende Sensibilität für das Risiko der Abhängigkeit sowohl bei verschreibenden Ärzt*innen als auch bei Patient*innen. Für die Überrepräsentanz der Frauen führte er deren höhere Betroffenheit von Gründen für die Verschreibung von Benzodiazepinen wie z.B. Schlafstörungen und Ängste sowie frauenspezifische Belastungen und von Geschlechterzuschreibungen geleitetes ärztliches Diagnose- und Verschreibungsverhalten an.

Frau Prof.in Petra Thürmann vom Helios Universitätsklinikum Wuppertal sprach über Geschlechteraspekte in der Pharmakokinetik. Demnach werden Arzneimittel von Frauen- und Männerkörpern unterschiedlich verarbeitet. Gründe hierfür sind biologische Unterschiede bezogen auf Gewicht, Größe und Körperzusammensetzung sowie hormonelle Einflüsse auf Ausscheidungsprozesse. Es existiert jedoch keine systematische Forschung hierzu. Einzelne Studien weisen darauf hin, dass die

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Projektleitung: Dr.in Gabriele Klärs
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Verstoffwechslung von Antidepressiva eng verbunden mit dem Hormonstatus ist und Östrogene die serotonergen Effekte von Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) modulieren können. Auch bei häufig verordneten Schlafmitteln wie Zolpidem zeigt sich, dass der weibliche Organismus diesen Wirkstoff langsamer abbaut als der männliche. Dieser Befund führte in den USA zu angepassten geschlechtsspezifischen Dosierungsempfehlungen. Außerdem leiden Frauen stärker und häufiger unter Nebenwirkungen von Arzneimitteln als Männer. Relevante Unterschiede in der Pharmakologie zwischen Frauen und Männern finden bisher weder in der Arzneimittelforschung noch in der Verschreibungspraxis ausreichend Berücksichtigung.

Die Projektergebnisse stellte Frau Dr.in Gabriele Klärs von der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, vor. Ziel des Projekts war, vorhandenes Wissen aufzubereiten und zu systematisieren, die Vernetzung der verschiedenen Akteur*innen des Hilfesystems zu fördern und die weitgehende Leerstelle im Versorgungs- und Hilfesystem mit Handlungsempfehlungen und Konzepten für die bedürfnisgerechte Versorgung medikamentenabhängiger Frauen zu füllen. In der ersten Projektphase (2014-2017) wurden der wissenschaftliche Erkenntnis- und Forschungsstand aufgearbeitet und 72 Expert*innen im Themenfeld Sucht, Suchtselbsthilfe, psychosoziale Beratung sowie gesundheitliche und geburtshilfliche Versorgung befragt. Es konnte festgestellt werden, dass über die Zielgruppen wenig bekannt ist, betroffene Frauen als „stille“ Abhängige schlecht oder gar nicht erreicht werden, es keine spezifischen Angebote für sie gibt, die Konsumierenden sich selbst nicht als abhängig definieren und auch vom Hilfesystem nicht als solche identifiziert werden. Für die zweite Projektphase (2017-2019) wurde daher zur Perspektive der Betroffenen gewechselt. Mit Hilfe qualitativer Interviews sollten Erkenntnisse zu Lebenssituationen, abhängigkeitsbezogenen Biografien, Erfahrungen mit Hilfesystemen sowie zu Unterstützungsbedürfnissen gewonnen werden. Es zeigte sich, dass sowohl bei Gesundheitsprofessionen als auch bei Patient*innen eine unzureichende Sensibilität für das Risiko der Medikamentenabhängigkeit vorhanden ist. Gesellschaftliche Akzeptanz der Medikamenteneinnahme und die ärztliche Verschreibung legitimieren subjektiv den Konsum. Die befragten Frauen stellen Defizite in der Ärzt*in-Patient*in-Kommunikation fest. Insbesondere kritisieren sie mangelnde Aufklärung und Information über Diagnose, Therapie und (Neben-)wirkungen von Medikamenten. Ihnen fehlen Behandlungs- und Medikationspläne, die Transparenz über die Therapie herstellen könnten. Die Befragten wünschen sich außerdem Hinweise auf Alternativen zu Medikamenten und die stärkere Berücksichtigung ihrer Präferenzen. Folgen dieser Defizite sind häufige Arzt/Ärztinnenwechsel, eigenständige Reduktions- und Ausstiegsversuche sowie mangelnde Orientierung und Informiertheit über Unterstützungsmöglichkeiten. Angebote der Suchthilfe werden als eher hochschwellig eingeordnet. Die Befragten fühlen sich als Medikamentenabhängige nicht angesprochen und äußern Zweifel an der Kompetenz und Qualifikation der Mitarbeiter*innen.

Aus den Befunden kann Handlungsbedarf abgeleitet werden: Medikamentenabhängigkeit ist zu enttabuisieren und Betroffene müssen besser identifiziert werden. Patient*innen sind in ihrer Gesundheitskompetenz und insb. ihrer Kompetenz bezogen auf den Umgang mit Medikamenten zu stärken. Weiter werden niedrigschwellige Angebote innerhalb und außerhalb der Suchthilfe benötigt und schlussendlich muss es darum gehen, Medikamentenabhängigkeit zu verhindern.

Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA
Projektleitung: Dr.in Gabriele Klärs
Kopstadtplatz 24-25, 45127 Essen
Tel.: 0201 - 85 199 436
g.klaers@belladonna-essen.de
www.belladonna-essen.de



Welche konkreten Handlungsansätze zielführend sein könnten, wurde am Nachmittag an fünf Thementischen diskutiert. Die Themen reichten von: Prävention der Medikamentenabhängigkeit über verbesserte Erreichbarkeit von medikamentenabhängigen Frauen bis hin zu kommunalen Handlungsmöglichkeiten. Die Teilnehmenden formulierten Knackpunkte und Probleme und sammelten Ideen für Lösungen. Beispielhaft seien die folgenden Vorschläge genannt: laienverständliche und barrierefreie Medikamenteninformationen, Aufklärungskampagne Medikamentenabhängigkeit, Entwicklung und Implementierung niedrigschwelliger Angebote, verstärkte Kooperation der Berufsgruppen im Gesundheitswesen mit der Suchthilfe, Verankerung genderbezogenen Wissens in der ärztlichen Aus- und Fortbildung, Unterstützung kommunaler Aktivitäten sowie Platzierung des Themas in der Landesgesundheitskonferenz und in kommunalen Gesundheitskonferenzen.

Die Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, wird die Ergebnisse weiter verarbeiten und Handlungsempfehlungen formulieren.

Die vollständige Dokumentation mit den Vortragsfolien und den Ergebnissen der Thementische sind auf der Homepage der Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW, BELLA DONNA, zu finden:

<https://www.belladonna-essen.de/herzlich-willkommen/aktuelles/#c723>

Anlagen:

Recherche medizinische Literatur (2014)

Stand der internationalen sozialwissenschaftlichen Forschung (2016)



LVR-Klinikum Essen
Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen

Medikamentenabhängige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen
Klinik für abhängiges Verhalten und Suchtmedizin

Prof. Dr. med. Norbert Scherbaum

Verfasst von: Anna Silkens
Kontakt: anna.silkens@lvr.de

2014

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	- 3 -
2	Methodik.....	- 7 -
3	Ergebnisse	- 8 -
3.1	Prävalenz	- 8 -
3.2	Charakteristika der Schwangeren	- 9 -
3.3	Folgestörungen	- 10 -
3.4	Therapie	- 15 -
3.5	Stillzeit.....	- 18 -
4	Exkurs I: Frauen mit Migrationshintergrund.....	- 19 -
5	Exkurs II: Psychopharmaka in der Schwangerschaft	- 20 -
5.1	Folgestörungen bei Fortsetzen der Medikation	- 21 -
5.2	Therapiehinweise	- 24 -
6	Fazit.....	- 26 -
	Literatur	- 28 -

1 Einleitung

Die Medikamentenabhängigkeit ist mit etwa 1,9 Mio. Betroffenen eine der häufigsten Abhängigkeitserkrankungen in Deutschland. Nach der Tabakabhängigkeit steht sie damit an zweiter Stelle noch vor der Alkoholabhängigkeit (Soyka, Queri, Küfner, & Rösner, 2005). Die Jahresprävalenz für eine Medikamentenabhängigkeit von Schmerzmitteln liegt bei 3,4%, von Schlafmitteln bei 0,8% und für Beruhigungsmittel bei 1,4%. Etwa 6,9 Mio. Menschen in Deutschland leiden an einer medikamentenbezogenen Störung (Pabst, Kraus, de Matos & Piontek, 2013).

Eine besondere Brisanz besteht darin, dass die Medikamentenabhängigkeit oftmals iatrogen, d.h. vom Arzt verordnet, verursacht wird. Etwa 4-5% aller viel verordneten Arzneimittel besitzen ein Missbrauchs- oder Abhängigkeitspotential (BÄK, 2007). Die Mehrzahl aller Patienten, etwa 80% bekommt ihr Medikament von nur einem Arzt verschrieben (Holzbach, Martens, Kalke, & Raschke, 2010). Darüber hinaus gibt es jedoch noch vielfältige andere Wege, sich Medikamente zu besorgen, beispielsweise durch illegale Zukäufe auf dem Schwarzmarkt oder über das Internet. Bislang nicht ausreichend erforscht sind Wege über Dritte, bei denen sich Suchtmittelabhängige über Freunde oder Verwandte ihre Medikation verschreiben lassen (Glaeske, 2013).

Folgende Arzneimittelgruppen weisen ein rasches körperliches Abhängigkeitspotential auf (Glaeske, 2013): Benzodiazepine und deren Agonisten (z.B. Diazepam, Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), Barbiturate, die jedoch heute kaum noch Bedeutung haben, sowie Opiat- und Opioidanalgetika (z.B. Schmerzmittel und Codein haltige Hustenstillen) (vgl. Abbildung 1). Etwa 70% aller Arzneimittelabhängigen sind benzodiazepinabhängig (Jahnsen & Glaeske, 2002).

Auch Stimulanzien wird ein Abhängigkeitspotential nachgesagt; dabei wird reines Amphetamin nicht mehr als Arzneimittel verkauft und die u.a. bei Narkolepsie und ADHS eingesetzten Amphetaminderivate Modafinil und Methylphenidat führen zu keiner direkten körperlichen Abhängigkeit (Glaeske, 2013). Bei indikationsgerechter Anwendung sind laut Bundesärztekammer bislang keine Fälle von Missbrauch oder Abhängigkeit für ADHS-Medikamente (z.B. Pemolin und Methylphenidat) bekannt (BÄK, 2007). Auch bestimmte Narkosemittel weisen ein Abhängigkeitspotential auf, werden jedoch überwiegend von Ärzten oder medizinischem Personal in missbräuchlicher oder

abhängiger Weise eingenommen. Antidepressiva weisen kein körperliches Abhängigkeitspotential auf (Glaeske, 2013).

Stoffgruppe	Indikation	Nebenwirkungen	Entzugssymptome bei Absetzen
<u>Benzodiazepine</u> (u.a. <i>Diazepam, Nitrazepam, Bromazepam, Lorazepam</i>) & <u>Benzodiazepinagonisten</u> (u.a. <i>Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon</i>)	Eingesetzt als Schlaf- und Beruhigungsmittel	Mnestische Störungen, psychomotorische Behinderung und Affektverflachung	Unruhe, Angst, gesteigerte Erregbarkeit, Schlaflosigkeit; bei lang andauernder Abhängigkeit: Krampfanfälle, Delir, Psychosen, u.a.
Analgetika <u>Opiate</u> (<i>Codein, Morphin</i>) & <u>Opioide</u> (synthetische Substanzen mit morphinartigen Eigenschaften, u.a. Oxycodon)	Schmerzen	Langfristige Organ-, insb. Nierenschäden	Motorische Unruhe, Schwitzen und Gänsehaut, Erbrechen, Durchfall, Muskelkrämpfe, Schlaflosigkeit u.a.

Abbildung 1 Übersicht Benzodiazepine und Opioid-/Opiatanalgetika

Die von Patienten häufig angeführten Gründe, die zur Verschreibung von abhängig machenden Medikamenten führen sind „psychovegetative Beschwerden“, „Überforderungs- und Überlastungsgefühle“, „Schlafstörungen“, „Unruhe und Nervosität“ bis hin zu „Depressionen“ (BÄK, 2007). Etwa 50% der Hausarztkontakte sind durch chronische Schmerzen veranlasst (BÄK, 2007). Frauen leiden doppelt so häufig an Depressionen (Wittchen, 2006) und nehmen häufiger Medikamente ein als Männer (Pabst et al., 2013). Die Jahresprävalenz für eine Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln ist mit 2,0% bei den 50-59-Jährigen am höchsten. Ein Missbrauch von Schmerzmitteln findet sich demgegenüber häufiger bei den 25-39-Jährigen (Pabst et al., 2013). Ab dem 40. Lebensjahr steigt die Prävalenz für eine Medikamentenabhängigkeit bei Frauen, ab

dem 60. Lebensjahr stellt sie wie beschrieben ein weit verbreitetes Problem dar (BÄK, 2007).

Häufig werden Medikamentenabhängige von Ärzten aufgrund fehlender Abhängigkeitskriterien wie Toleranzentwicklung und Kontrollverlust jedoch verkannt. Daher ist es bei der Medikamentenabhängigkeit wichtig zwischen einer Niedrig-Dosis- und einer Hoch-Dosis-Abhängigkeit zu unterscheiden (Holzbach, 2010). Holzbach (2010) hat ein Phasenmodell entwickelt, welches in der Praxis der Erkennung einer Medikamentenabhängigkeit helfen und Betroffenen einen schnelleren Weg ins Hilfesystem ermöglichen soll. Von einer Niedrig-Dosis-Abhängigkeit spricht man in Phase I des Modells. Die Pat. bekommen die Medikamente zwar länger verordnet als empfohlen, nehmen diese jedoch gewissenhaft ein („wie vom Arzt verschrieben“); ein Problembewusstsein besteht in der Regel nicht. Bei abruptem Absetzen der Medikation treten jedoch aufgrund der Wirkumkehr relative Entzugserscheinungen auf. Diese werden dann von Arzt und Patienten fehlinterpretiert („ich muss das Medikament doch weiternehmen, ohne geht es mir schlechter“) und führen so zur weiteren Einnahme. In Phase II tritt dann eine Trias aus affektiver Indifferenz, Gedächtnis und Kognitionseinbußen und fehlender körperlicher Energie auf. Der Patient berichtet dem Arzt dann von einer Symptomverschlechterung, sodass eine vom Arzt geführte Dosissteigerung durchgeführt wird. In dieser Phase beginnt dann die Toleranzentwicklung. In Phase III beginnt dann der Kontrollverlust der Patienten über die Medikamenteneinnahme. Die Betroffenen beginnen sich auch über andere Beschaffungswege ihr Suchtmittel zu beschaffen, da die vom Arzt verschriebene Dosis nicht mehr ausreicht oder der Arzt nun auch die Verschreibung der Medikation einstellt (vgl. Abb. 2).

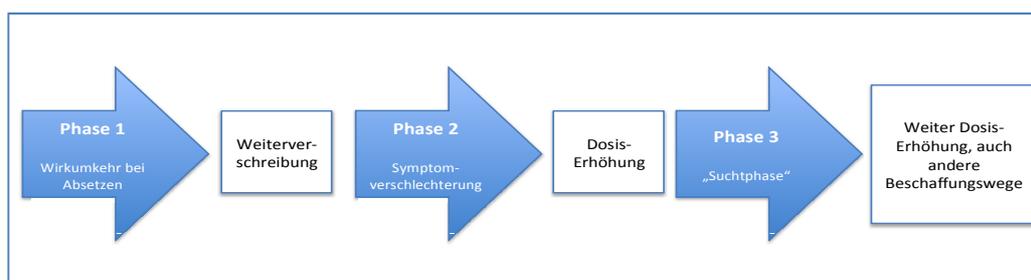


Abbildung 2 Phasenmodell nach Holzbach (2010)

Holzbach et al. (2010) untersuchten mittels des norddeutschen Medikamenten-Monitors Medikamentenabhängige in Hinblick auf das Phasenmodell. Von knapp 16,3 Mio. untersuchten Personen erhielten 896.122 im Untersuchungszeitraum mindestens ein Rezept für ein Benzodiazepin oder einen Benzodiazepinagonisten. 14,7% dieser Personen fielen nach dieser Untersuchung in Phase 1-2 (Niedrig-Dosis-Abhängigkeit), nur 2,8% der untersuchten Personen befanden sich in Phase 3 (Hoch-Dosis-Abhängigkeit). Nach Holzbach (2010) beginnen die meisten Patienten erst in Phase III ein rudimentäres Verständnis und eine Einsicht für ihre Abhängigkeit zu entwickeln. Die meisten Medikamentenabhängigen haben somit also kein oder nur ein geringes Problembewusstsein.

Die meisten Befunde zu Medikamentenabhängigkeit beziehen sich auf Patienten in der zweiten Lebenshälfte (Holzbach, 2010). Kritisch zu diskutieren ist, in wie weit eine Medikamentenabhängigkeit ohne aktuellen Leidensdruck der Betroffenen tatsächlich behandlungsbedürftig ist und der Nutzen einer Behandlung, die Kosten, die für die individuelle Person entstehen, übersteigt. Unstrittig ist jedoch, dass es in dem Moment zu einem Problembewusstsein kommen sollte, in dem auch Dritte, wie z.B. Kinder, direkt, wie in der Schwangerschaft, oder indirekt, das heißt wenn im gleichen Haushalt, vom Konsum mit betroffen sind. Zu Frauen in der ersten Lebenshälfte und dem Konsum potentiell abhängig machender Medikamente gibt es bislang jedoch nur wenige Befunde.

In der vorliegenden Übersicht soll daher der Gebrauch von abhängig-machenden Medikamenten, vorwiegend Benzodiazepine und Opiat- und Opioidanalgetika, von Frauen in der Schwangerschaft und Stillzeit dargestellt werden. Dabei sollen die Prävalenzraten, die Folgen für Mutter und Kind und Therapiemöglichkeiten hervorgehoben werden.

2 Methodik

Gesucht wurde in der englischsprachigen medizinischen Literaturdatenbank *Pubmed* nach den Begriffen „pregnancy“, „mothers“, „children“, „childhood“, „detoxification“, „withdrawal“, „migration background“ und jeweils den Begriffen „psychotropic medication“, „benzodiazepine“, „anxiolytic medication“, „prescribed opioid analgesics“, „opioid medication“, „codeine“, „tramadol“, „tilidine“ und „oxycodone“. Die Auswahlkriterien der hier zitierten Artikel sind in Abbildung 3 dargestellt.

Auswahlkriterien
<ul style="list-style-type: none">• nur Untersuchungen am Menschen• deutsche oder englischsprachige Artikel• Artikel der letzten 10 Jahre• In dem Artikel wurden verschreibungspflichtige Medikamente untersucht, keine illegalen Drogen• In dem Artikel geht es nicht um Medikation im Rahmen einer Substitutionsbehandlung

Abbildung 3 Auswahlkriterien für die zitierten Artikel

Die gefundenen Abstracts wurden einzeln gesichtet und nach den o.g. Kriterien ausgewählt.

Die ausgewählten Artikel beginnen in 2004, u.a. um aktuelle Prävalenzzahlen darzustellen. Ausführliche und kritische Reviews zum Forschungsstand bis 2004 werden in dieser Arbeit mit aufgeführt (u.a. Bellantuono, Tofani, Di Sciascio, & Santone, 2013; Fodor, Tímár, & Zelena, 2014; Palanisamy & Bailey, 2014).

3 Ergebnisse

Im Folgenden werden Prävalenzzahlen, Charakteristika, Folgestörungen und Therapieoptionen von Benzodiazepinen und Opiat- und Opioidanalgetika von schwangeren Frauen, Müttern und deren Kindern differenziert dargestellt.

3.1 Prävalenz

Zunächst werden Punktprävalenzen zu eingenommenen Benzodiazepinen und Opiat- und Opioidanalgetika von Frauen in der Schwangerschaft aufgeführt. Die dargestellten Studien berücksichtigen nicht die vollständige Erfüllung der Kriterien für eine Medikamentenabhängigkeit (nach ICD-10 oder DSM-IV), sondern sind Punktprävalenzen für die Einnahme der jeweiligen Substanz in der Schwangerschaft. Differenzierte Befunde zu schwangeren Frauen mit einem ausgeprägten Missbrauch oder einer Medikamentenabhängigkeit lagen nicht vor.

3.1.1 Prävalenz von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft

Die Prävalenzzahlen zu verschriebenen Benzodiazepinen und/ oder Benzodiazepinagonisten in der Schwangerschaft schwanken von 0,23-1,5% in den nordeuropäischen Staaten (Askaa, Jimenez-Solem, Enghusen Poulsen, & Traerup Andersen, 2014; Riska, Skurtveit, Furu, Engeland, & Handal, 2014) bis hin zu 3,23-3,9% im nordamerikanischen Raum (Daw, Mintzes, Law, Hanley & Morgan, 2012; Hanley & Mintzes, 2014; Kieviet, Honig, & Dolman, 2013). Nach SSRIs waren Benzodiazepine in einer US-amerikanischen Kohortenstudie die am zweithäufigsten konsumierten psychotropen Medikamente bei den Schwangeren (Hanley & Mintzes, 2014).

Oftmals nahm die Prävalenz für den Benzodiazepinkonsum von jungen Müttern während der Schwangerschaft und dem ersten Lebensjahr ab, erhöhte sich jedoch, wenn das Kind älter wurde (Raitasalo et al., 2014)

3.1.2 Prävalenz von Opiat- und Opioidanalgetika in der Schwangerschaft

Die Prävalenzzahlen für Opiat- und Opioidhaltige Medikamente während der Schwangerschaft liegen sowohl im nordeuropäischen als auch im nordamerikanischen

Raum im Schnitt bei etwa 6% (Handal, Engeland, Rønning, Skurtveit, & Furu, 2011; Smith, Costello, & Yonkers, 2014; Bateman et al., 2014; Daw et al., 2012).

In einer norwegischen Untersuchung erhielten die Frauen Opiat- und Opioidhaltige Medikamente oftmals nur einmal für eine Therapiedauer von etwa einer Woche (Handal et al., 2011). Der am häufigsten verschriebene Wirkstoff war Codein (Handal et al., 2011). In US-amerikanischen Studien lösten 21,6% der Frauen während der Schwangerschaft mindestens ein Rezept ein, in den einzelnen Staaten bis zu 41,6% (Desai, Hernandez-Diaz, Bateman, & Huybrechts, 2014). Auch hier wurde am häufigsten Codein und Hydrocodon verschrieben. Zu einer frühen Exposition des Neugeborenen mit Opiat- und Opioidanalgetika kam es bei 14,5% aller Frauen (Epstein et al., 2013). Insgesamt stieg die Verschreibung von Opiat- und Opioidanalgetika, darunter am häufigsten Hydrocodon, Codein und Oxycodon, im US-amerikanischen Raum im Zeitraum von 1995-2009 um das Zweifache an (Epstein et al., 2013).

3.2 Charakteristika der Schwangeren

Aus den Untersuchungen zu den Prävalenzraten ergaben sich zusätzlich die folgenden Informationen zu medikamentenabhängigen Schwangeren.

3.2.1 Charakteristika von Benzodiazepin-konsumierenden Frauen

Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine und/ oder Benzodiazepinagonisten verschrieben bekommen haben waren im Vergleich signifikant älter, haben häufiger geraucht und häufiger das dritte oder vierte Kind bekommen. Außerdem hatten diese Frauen vergleichsweise ein geringeres Einkommen, eine schlechtere Schulbildung und einen höheren BMI. Sie litten häufiger an einer psychiatrischen Störung (Raitasalo et al., 2014) und nahmen häufiger Antipsychotika, Anxiolytika und Antidepressiva ein (Askaa et al., 2014; Wikner, Stiller, Bergman, Asker, & Källén, 2007; Wikner, Stiller, Källén, & Asker, 2007). Die am häufigsten gefundenen psychiatrischen Diagnosen unter den Frauen, die während der Schwangerschaft psychotrope Medikamente eingenommen haben, waren Depressionen (25%) und Angststörungen (24,4%) (Hanley & Mintzes, 2014). Ein Fünftel der Frauen nahm neben den Benzodiazepinen auch Opiat- und Opioidanalgetika ein (Riska et al., 2014).

Benzodiazepinkonsumierende Frauen betrieben ebenfalls häufiger Alkohol- oder anderen Substanzabusus (Raitasalo et al., 2014).

Die Charakteristika von Müttern, die während der Schwangerschaft Benzodiazepinagonisten (HBRA) konsumierten ähneln den Charakteristika von Benzodiazepin konsumierenden Frauen (Wikner & Källén, 2011).

3.2.2 Charakteristika von Opiat- und Opioidanalgetika-konsumierenden Schwangeren

Opiat- und Opioidanalgetika wurden besonders häufig von jungen, unverheirateten und arbeitslosen Frauen während der Schwangerschaft eingenommen. Diese Frauen litten außerdem häufig an einer komorbiden psychiatrischen Störung (Martin, Longinaker, & Terplan, 2014). Sie rauchten signifikant häufiger und tranken häufiger Alkohol (Kelly et al., 2011).

Frauen, die an einer psychiatrischen Störung litten, sowie Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, und Frauen, die ein Antidepressivum einnahmen, nahmen zweimal häufiger ein Opiat- oder Opioidanalgetikum während der Schwangerschaft ein, als Frauen, bei denen dies nicht der Fall war (Smith et al., 2014).

3.3 Folgestörungen

Im Folgenden werden sowohl die Langzeitfolgen für die (ungeborenen) Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine oder Opiat- und Opioid-Analgetika eingenommen haben, sowie die unmittelbaren Folgen für das Neugeborene nach der Geburt, dargestellt.

3.3.1 Folgen von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft

In großangelegten Kohortenstudien, bei denen große Fallzahlen von Schwangeren und deren Konsum von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft mit möglichen Folgeschäden beim Neugeborenen statistisch berechnet werden, findet man bislang nur wenig Evidenz für einen Zusammenhang (Ban et al., 2014; Uzun, Kozumplik, Jakovljević, & Sedić, 2010; El Marroun, White, Verhulst, & Tiemeier, 2014). Auch für die Einnahme von Benzodiazepinagonisten (HBRA) während der Schwangerschaft konnte in einer Kohortenstudie kein erhöhtes Risiko für Folgeschäden

der Kinder festgestellt werden (Wikner & Källén, 2011). Metaanalysen zum Zusammenhang von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft und Folgestörungen, wie der Hirnentwicklung der Ungeborenen, gibt es bislang keine.

Sieht man sich jedoch Daten aus Fall-Kontrollstudien an, geben diese deutliche Hinweise auf ein erhöhtes Risiko für angeborene Fehlbildungen Schädeldefektbildungen, darunter Gaumenspalten, anormale Nasen und Ohren und schräge Augen (Enato, Moretti, & Koren, 2011, El Marroun et al., 2014).

Bei Frauen, die einen Suizidversuch mit Benzodiazepinen in der Schwangerschaft durchgeführt hatten, gab es Hinweise darauf, dass Nitrazepam, Bromazepam und Lorazepam in Zusammenhang gestanden haben mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Folgeschäden des Kindes, wie z.B. Anomalitäten des Verdauungstraktes (Bellantuono et al., 2013). Es bestand außerdem ein zweifach erhöhtes Risiko für Gaumenspalten bei den Neugeborenen (Enato et al., 2011). Wikner, Stiller, Bergman et al. (2007) und Wikner, Stiller, Källén et al. (2007) fanden ein höheres Risiko für eine vorzeitige Geburt, ein geringeres Geburtsgewicht sowie ein erhöhtes Risiko für Fehlbildung bei Kindern von Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine eingenommen hatten.

Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine eingenommen hatten kamen fast 7-mal häufiger zu früh auf die Welt (OR 6,79); bei der Einnahme von Lorazepam während der Schwangerschaft bestand ein fast 8-fach vergrößertes Risiko (OR 7,94) (Calderon-Margalit, Qiu, Ornoy, Siscovick, & Williams, 2009). Je später diese Frauen mit der Einnahme von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft begonnen hatten, desto größer war das Risiko für eine Frühgeburt. Erhöhte Wahrscheinlichkeiten für ein geringes Geburtsgewicht, geringere Apgar-Werte und ein Atemnot-Syndrom wurden ebenfalls gefunden. Des Weiteren waren diese Neugeborenen häufiger intensivpflichtig (Calderon-Margalit et al., 2009). Neugeborene von Müttern, die während der Schwangerschaft hohe Benzodiazepinmengen eingenommen haben, insbesondere solche mit einer langen Halbwertszeit, litten häufiger unter dem sog. „floppy infant Syndrom“, welches sich nach der Geburt durch Muskelhypotonie, Lethargie und Trinkschwäche zeigt (Kieviet et al., 2013).

3.3.2 Folgen von Opiat- und Opioidanalgetika in der Schwangerschaft

Ähnlich wie bei den Untersuchungen zu Benzodiazepinen in der Schwangerschaft (vgl. Abschnitt 3.2.1) deuten Befunde aus groß angelegten Kohorten Untersuchungen nicht auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für bestimmte angeborene Defekte hin, die eindeutig auf einen Opiat- oder Opioidanalgetikakonsum in der Schwangerschaft zurückzuführen wären (Juurlink et al., 2012). Dies mag u.a. bedingt sein durch die Komplexität der Wirkweisen von Opiaten und Opioiden auf die Hirnentwicklung und die mangelnde Erfassung von Konsummenge und Konsummuster in Kohortenstudien (Fodor et al., 2014).

Einige Studien jedoch geben dennoch Hinweise auf Zusammenhänge. Verschiedene Übersichtsarbeiten zeigen eine erhöhte Inzidenz für angeborene Defekte, darunter insbesondere Herzerkrankungen und Spina Bifida, sowie Neuralrohrdefekte und Neuroblastomen bei Opiat- und Opioidanalgetikaeinnahme während der Schwangerschaft (Palanisamy & Bailey, 2014; Fodor et al., 2014).

Broussard et al. (2011) fanden einen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Opioiden in der frühen Schwangerschaft (einen Monat vor der Schwangerschaft und im ersten Trimester) und Defekten am Herzen, Spina Bifida und Bauchspalten mit etwa jeweils einer doppelten Wahrscheinlichkeit.

Auch die Befundlage zu Tramadol lässt derzeit noch keine eindeutigen Schlüsse für die Verwendung des Medikaments während der Schwangerschaft zu, es gibt jedoch einige Hinweise auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen frühzeitigen Abort bei der regelmäßigen Einnahme von Tramadol während der Schwangerschaft (Bloor, Paech, & Kaye, 2012).

Nezvalová-Henriksen, Spigset, & Nordeng (2011) fanden einen Zusammenhang zwischen akuten und geplanten Kaiserschnitten, sowie einen Zusammenhang zwischen Codeineinnahme während der Schwangerschaft und Nachblutungen bei den Frauen. Yazdy, Mitchell, Tinker, Parker, & Werler (2013) fanden ein 2,2-fach erhöhtes Risiko für eine Neuralrohrfehlbildung bei denjenigen Frauen, die während der Schwangerschaft Opioide eingenommen hatten.

Die Einnahme von Codein in der Schwangerschaft stand in zwei Fällen im Zusammenhang mit arteriellen vorgeburtlichen Schlaganfällen (Reynolds, Riel-Romero, & Bada, 2007).

Zwei Drittel der Kinder, deren Mütter während der Schwangerschaft täglich Oxycodon eingenommen hatten, entwickelten nach der Geburt ein neonatales Abstinenzsyndrom (Kelly et al., 2011). Die Einnahme von Oxycodon stand im Zusammenhang mit einer vorzeitigen Geburt und einem längeren Krankenhausaufenthalt.

3.3.3 Neonatales Abstinenzsyndrom nach Einnahme von Benzodiazepinen und Opiat- oder Opioidanalgetika in der Schwangerschaft

Das Neonatale Abstinenzsyndrom (NAS) tritt bei Neugeborenen auf, deren Mütter während der Schwangerschaft psychotrop wirksame Substanzen, insbesondere verschriebene Benzodiazepine und Opiat- oder Opioidanalgetika, eingenommen haben (Kocherlakota, 2014; Kieviet et al., 2013). Die genaue Entstehung eines NAS ist bislang unbekannt. Zum einen kann das NAS durch Entzugssymptome nach der Geburt entstehen, da das Neugeborene somit nicht mehr mit dem Blutkreislauf der Mutter verbunden ist. Dafür spricht, dass das NAS meist zeitverzögert auftritt. Eine andere Hypothese betrifft die Toxizität der Substanzen, die selbst Symptome wie Nervosität und Hyperreflexie auslösen. Man geht davon aus, dass beide Mechanismen bei der Geburt wirken (Kieviet et al., 2013). Senczuk-Przybylowska et al. (2013) untersuchten Haarproben von Müttern, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine eingenommen hatten, und deren Neugeborenen. Sie fanden, dass das Level von Diazepam bei den Neugeborenen höher war als bei deren Müttern. Somit ist von einer langsameren Metabolisierung in den Organismen der ungeborenen Kinder und des Neugeborenen auszugehen. Das NAS schließt Störungen des zentralen und autonomen Nervensystems, sowie des Gastrointestinaltraktes mit ein. Es führt zu schwerwiegenden Symptomen beim Neugeborenen, wie Zittern, Irritabilität, Durchfall und Krampfanfällen. Die Neugeborenen leiden unter Ess- und Schlafstörungen. Der Verlauf des NAS kann aufgrund von verschiedenen Substanzen beim Neugeborenen unterschiedlich sein. Bei Neugeborenen von Frauen, die während der Schwangerschaft Opiat- und Opioidanalgetika eingenommen haben, liegt die Wahrscheinlichkeit für ein NAS bei 5-20%, es tritt etwa 36-72 Stunden nach der Geburt auf und kann bis zu 30 Stunden anhalten. In der Literatur finden sich verschiedene Fallberichte von Säuglingen, deren Mütter aufgrund von chronischen Schmerzen während der

Schwangerschaft regelmäßig Opiat- und Opioidanalgetika erhalten hatten und später ein schweres Entzugssyndrom, mit u.a. Zittern und Schlafstörungen ausgebildet haben und deswegen überwachungspflichtig waren (Willaschek, Wolter, & Buchhorn, 2009). Neugeborene, die nach der Geburt ein NAS entwickeln können oftmals ohne eine direkte Behandlung nicht überleben (Niesters, Overdyk, Smith, Aarts, & Dahan, 2013).

Eine Möglichkeit, das NAS beim Neugeborenen zu messen besteht mittels den Finnegan Scores (Finnegan, Kron & Connaughton, 1975). Ursprünglich entwickelt wurden die Scores für die Kinder von opiatabhängigen Müttern, sie werden jedoch mittlerweile auch bei anderweitig ausgelösten NAS verwendet (Finnegan et al., 1975). Die Scores bestehen aus 21 Symptomen, die auf einer Skala von 0-5 eingeschätzt werden sollen. Ab acht Punkten spricht man von schweren Symptomen des NAS, dann sollte die Überwachung des Neugeborenen ausgedehnt und ein Kinderarzt hinzugezogen werden (Kieviet et al., 2013). In der Literatur gibt es einige Fallberichte, die die Notwendigkeit der Finnegan Scores verdeutlichen (vgl. Hartenstein, Proquitté, Bauer, Bamberg, & Roehr, 2010).

3.3.4 Folgen von Benzodiazepinen und Opiat- und Opioid-Analgetika im Kindesalter

Im Folgenden werden Einzelbefunde zu mütterlichem Medikamentenkonsum und den Auswirkungen auf die Kinder dargestellt.

Auch nach der Schwangerschaft bestehen für das Kind Risiken durch den mütterlichen Konsum. Kinder im Alter von 0-3 Jahren, deren Eltern Rezepte für Benzodiazepine oder Benzodiazepinagonisteneinnahmen erhielten, bekamen signifikant häufiger selbst ein Schlafmittel verordnet. Erhielt die Mutter Rezepte für Benzodiazepine oder –agonisten, verdoppelte sich sogar die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind Schlafmittel erhielt (Holdo, Handal, Skurtveit, & Bramness, 2013).

Es gibt außerdem Untersuchungen zum Zusammenhang vom Opioidanalgetika-Konsummuster von Müttern älterer Kindern und dem Konsummuster der Kinder selbst. Log et al. (2013) untersuchten hierzu 97.574 Jugendliche, deren Mütter während des Untersuchungszeitraumes von 2004-2009 vier oder mehr Rezepte für Opioidanalgetika erhalten hatten. Der Anteil an Jugendlichen, die selbst regelmäßig Opioidanalgetika

erhalten hatten, war höher bei denjenigen, deren Mütter selbst regelmäßig Opioidanalgetika einnahmen (8,4%), als bei den Jugendlichen, deren Mütter dies selbst nicht regelmäßig einnahmen (2,4%). Die Wahrscheinlichkeit für Kinder selbst Opioidanalgetika einzunehmen verdreifachte sich, wenn die Mutter selbst regelmäßig Opioidanalgetika eingenommen hatte. Mädchen hatten dabei eine höhere Wahrscheinlichkeit selbst Opioidanalgetika einzunehmen als Jungen.

3.4 Therapie

In den nächsten Abschnitten werden Therapiemöglichkeiten vor, während und nach der Schwangerschaft für Mutter und Kind dargestellt.

3.4.1 Vor der Schwangerschaft

Die Entscheidung für oder gegen eine Medikation sollte im besten Fall schon vor der Schwangerschaft getroffen werden (Howland, 2009). Dabei sollten die Risiken einer medikamentösen Behandlung gründlich gegenüber einer unbehandelten (psychiatrischen) Erkrankung der Schwangeren abgewogen werden. In jedem Fall sollte die Schwangere regelmäßig ärztlich untersucht werden. Sollte zugunsten einer medikamentösen Behandlung entschieden worden sein, muss auf jeden Fall eine möglichst geringe Dosis verabreicht werden. Da SSRI bei verschiedenen Angststörungen ebenfalls wirksam sind, sind diese gegenüber Benzodiazepinen zu bevorzugen (Howland, 2009). Auch bei Schlafstörungen können verschiedene Antidepressiva herangezogen werden. Ebenfalls effektiv und nicht invasiv und deswegen bei Schlaf- und Angststörungen der Medikation zu bevorzugen sind verschiedene Methoden der kognitiv-behaviouralen Psychotherapie. Die Risiken und die Vorteile einer bestimmten Behandlungsmethode sollten in jedem Fall gründlich abgewogen werden (Howland, 2009).

3.4.2 Entzugssyndrombehandlung von Schwangeren und dem Ungeborenen Kind

Sollte die Medikation mit Opioidanalgetika oder Benzodiazepinen während der Schwangerschaft abgesetzt werden, sind einige Dinge zu beachten. In jedem Fall sollte eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten (Gynäkologen etc.) erfolgen. Die Schwangere muss aufgeklärt werden über die Risiken und in die Abwägung mit einbezogen werden, ob die Medikation fortgesetzt wird oder eine Entzugssyndrombehandlung indiziert ist. Auch muss ein Screening auf andere mögliche konsumierte Substanzen erfolgen. Wenn möglich, sollte eine multimodale Behandlung erfolgen (Gopalan, Glance, & Azzam, 2014).

3.4.2.1 Entzugssyndrombehandlung von Benzodiazepinen in der Schwangerschaft

Sollte die Schwangere noch nie unter Entzugserscheinungen gelitten haben, sollte bei der Abdosierung von Benzodiazepinen symptomorientiert vorgegangen werden. Sollten die Entzugssymptome bei einem symptomorientierten Vorgehen zu stark werden, muss die zuvor eingenommene Menge ermittelt werden und ein Abdosierungsschema erstellt werden. Bei komplikationsbehafteten Entzügen in der Vergangenheit oder medizinischen Komplikationen sollte ein Abdosierungsschema mit einem länger-wirksamen Benzodiazepin begonnen werden und zusätzlich Bedarfsmedikation gestellt werden. Bei einem Abdosierungsschema sollte über 24h zunächst geprüft werden, wie viel die Schwangere an Benzodiazepinen benötigt. Dann sollte die Dosis um tgl. 20-33% reduziert werden. Die Exposition mit verschiedenen Substanzen sollte möglichst verhindert werden (Gopalan et al., 2014). Sollten ein Abdosierungsschema und ein symptomorientiertes Schema gleichzeitig gegeben werden, sollen auf jeden Fall dieselbe Substanz eingesetzt werden. Bei Frauen, die kurzwirksames Benzodiazepin eingenommen haben, sollte bei der Entzugssyndrombehandlung ein länger-wirksames Benzodiazepin eingesetzt werden, um den Entzugserscheinungen entgegenzuwirken. Trotz einer schlechteren Metabolisierung der Kinder (vgl. Abschnitt 3.3.3) steht das subjektive Empfinden der

Mutter während der Entzugssyndrombehandlung immer im Vordergrund um einem möglichen Rückfall und ggf. Therapieabbruch vorzubeugen (Gopalan et al., 2014).

3.4.2.2 Entzugssyndrombehandlung von Opiat- und Opioidanalgetika in der Schwangerschaft

Bei der Behandlung schwangerer Frauen, die genuin schmerzbedingt Opiat- oder Opioidanalgetika eingenommen haben, besteht das oberste Ziel darin, die Frauen auf die niedrigste effektive Dosis einzustellen (Wong, Ordean, & Kahan, 2011). Opiat- oder Opioidabhängige Frauen sind häufiger sensitiv für Schmerzen und haben Angst, bei inadäquater Behandlung an Schmerzen zu leiden. Eine Entgiftungsbehandlung sollte deshalb aufgrund hoher Rückfallraten nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden. Die Frauen müssen jedoch über die Folgen für das Neugeborene bei der Einnahme von Opiat- und Opioid-Analgetika während der Schwangerschaft aufgeklärt werden (Wong et al., 2011).

3.4.3 Therapie des NAS beim Neugeborenen

In der Behandlung von NAS wird zwischen nicht-pharmakologischer Therapie und pharmakologischer Therapie unterschieden (Kieviet et al., 2013; Kocherlakota, 2014). Zunächst sollte eine nicht-pharmakologische Therapie ausgetestet werden, da sie weniger Nebenwirkungen hervorruft, besser akzeptiert wird und weniger kostet. Hierzu gehören eine ständige Überwachung des Neugeborenen, Aufwecken, wenn es somnolent ist, regelmäßiges Füttern mit hoch-kalorischer Kost und Körperkontakt. Reicht das nicht aus, um die Symptome des NAS zu lindern, sollte eine pharmakologische Therapie begonnen werden. Dies geschieht bei 27-91% der Neugeborenen mit einem NAS. Als Mittel der Wahl stehen hier in erster Linie Morphin und Phenobarbital (bei Neugeborenen, bei denen es sich nicht um ein Opioid-indiziertes NAS handelt) zur Verfügung. Methadon oder Buprenorphin sollten dann gegeben werden, wenn auch die Mutter in der Schwangerschaft diese Medikamente eingenommen hat und das NAS mutmaßlich hierdurch ausgelöst wurde.

3.5 Stillzeit

Stillen ist nicht kontraindiziert bei Frauen, die psychotrope Medikation einnehmen (Kocherlakota, 2014). Auch spezifische Befunde zu einzelnen Wirkstoffen geben aufgrund der geringen Plasmakonzentration der Medikation in der Muttermilch grünes Licht für die Anwendung von Benzodiazepinen und Opioiden in der Stillzeit (Kelly, Poon, Madadi, & Koren, 2012; Palanisamy & Bailey, 2014, Sauberan et al., 2011, Seaton, Reeves, & McLean, 2007; Ilett et al., 2008). Es gibt darüber hinaus jedoch auch Befunde, die eine individuelle Einschätzung der Vergabe von Medikamenten während des Stillens an die Mutter unabdingbar machen. So berichtet Timm (2013) über ein Neugeborenes, dessen Mutter nach Kaiserschnitt insgesamt 15 mg Oxycodon eingenommen hatte. Das Neugeborene zeigte sich einige Stunden nach dem Füttern später lethargisch, schläfrig und ließ sich nicht füttern. Durch die Einmalgabe von Naloxone besserten sich die Symptome binnen Minuten; die Mutter wurde instruiert, kein Oxycodon mehr einzunehmen und die nächsten 24 Std. die Muttermilch zunächst abzupumpen; danach durfte sie weiter stillen.

Verschiedene Arbeitsgruppen haben darüber hinaus Richtlinien für die sichere Vergabe von Medikamenten, darunter Codein, an stillende Mütter herausgearbeitet (Madadi et al., 2009; Niesters et al., 2013; Palanisamy & Bailey, 2014). Insbesondere Mütter, die ihr Kind per Kaiserschnitt auf die Welt gebracht haben, erhalten häufig Codein zur Schmerzlinderung. Sollte sich der Arzt für die Vergabe von Codein aussprechen, so sollte er darauf achten, ob die Mutter an einer ZNS Depression (Anmerkung: Verlangsamung des ZNS im Körper, mit u.a. Verlangsamung von Atem und Herzschlag) leidet. Ist dies der Fall, muss unbedingt geprüft werden, ob auch das Baby daran leidet. Wenn sich das Baby nicht richtig füttern lässt, wenn es nicht erweckbar ist, sollte ein Arzt konsultiert werden. Insgesamt sollte Codein nicht länger als vier Tage verordnet werden. In einer Studie von Kelly et al. (2013) kam es bei 2,1% der Neugeborenen, deren Mütter nach der Geburt Codein eingenommen hatten, zu einer ZNS Depression. Diese Mütter hatten allesamt mehr als vier Tage lang Codein eingenommen. Das Neugeborene sollte außerdem in keinem Fall mehr als 10% der therapeutischen Dosis für Kinder ausgesetzt sein (Seaton et al., 2007;).

Es sollte geprüft werden, wie die Mutter genetisch auf die Codeineinnahme reagiert und der vorliegende Polymorphismus überprüft werden. Menschen, die

sogenannte „Ultra-rapid Metabolizer“ sind, verarbeiten die Medikation anders, sodass es zu Komplikationen wie Atemdepression kommen kann (Niesters et al., 2013; Palanisamy & Bailey, 2014).

Es bleibt daher eine Einzelfallentscheidung, ob der stillenden Mutter Medikamente verabreicht werden oder eben nicht.

4 Exkurs I: Frauen mit Migrationshintergrund - besonders gefährdet?

In Deutschland beträgt der Anteil der ausländischen Bevölkerung etwa 9%, mit etwa 7,6 Mio. Menschen eine große Subgruppe (Statistisches Bundesamt, 2013). Es gibt jedoch immer noch Schwierigkeiten, diese Menschen adäquat zu integrieren, insbesondere in Hinblick auf das Gesundheitssystem.

Gerade weibliche Migrantinnen sind im Vergleich zu männlichen Migranten massiv benachteiligt, z.B. bei der Inanspruchnahme von gynäkologischen Untersuchungen. Auch bei der Geburtsvorsorge haben Migrantinnen eine schlechtere Gesundheitsvorsorge und gehen damit Gesundheitsrisiken für sich und ihr ungeborenes Kind ein. Bei Schwangerschaften von Migrantinnen besteht ein höheres Risiko für eine Säuglingssterblichkeit (Wimmer-Puchinger, Wolf, & Engleder, 2006). Ein jüngeres Alter, eine fehlende Partnerschaft, schlechtere Bildung und schlechte Sprachkenntnisse konnten eine schlechtere Geburtsvorsorge vorhersagen (Heaman et al., 2013). Oftmals ist der Ehemann die einzige Informationsquelle über den weiblichen Körper (Wimmer-Puchinger et al., 2006).

Migrationshintergrund wird als ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Störungen angesehen (Bhugra et al., 2011). In einer Studie von Yilmaz & Riecher-Rössler (2012) führten türkische Migrantinnen im Alter von 15-25 Jahren statistisch häufiger Suizidversuche durch als die schweizerische Vergleichsgruppe, was auf eine deutliche psychische Belastung hindeutet. Auch in der Behandlung von psychischen Störungen erhalten sie weniger wahrscheinlich professionelle Hilfe (Lay, Lauber, Nordt, & Rössler, 2006). Migrantinnen leiden öfter unter postnatalen Depressionen; etwa 42%, im Vergleich zu 10-15% bei nicht-Migrantinnen (Almeida, Caldas, Ayres-de-Campos, Salcedo-Barrientos, & Dias, 2013; Collins, Zimmerman, &

Howard, 2011). Auch perinatal leiden Migrantinnen häufiger an Ängsten und Depressionen (Neale & Wand, 2013).

Die ohnehin schon oftmals missverständliche Kommunikation zwischen Arzt und Patient wird durch sprachliche und kulturelle Barrieren noch zusätzlich erschwert.

Migrantinnen leiden insgesamt häufiger unter psychosomatischen Symptomen und Schmerzsymptomen und weisen einen höheren Medikamentenkonsum auf als nicht-Migrantinnen (Wimmer-Puchinger et al., 2006).

Sie zeigen gleichzeitig eine deutlich verminderte Nutzung des Suchthilfesystems (Lindert et al., 2008). Es ist also davon auszugehen, dass Migrantinnen eine möglicherweise besonders betroffene Subpopulation der in dieser Übersichtarbeit beschriebenen Schwangeren und Müttern darstellt und damit noch schwerer den Weg ins Suchthilfesystem finden. Einzelne Befunde hierzu stehen noch aus.

5 Exkurs II: Psychopharmaka in der Schwangerschaft - wann medizinisch indiziert?

Während missbräuchlicher und/ oder abhängiger Konsum von Medikamenten wie Benzodiazepinen oder Opioid- und Opiatanalgetika immer überprüft und thematisiert werden sollte, insbesondere bei schwangeren Frauen, stellt sich andersherum die Frage, wann bestimmte Psychopharmaka, ohne Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential, auch während der Schwangerschaft verabreicht werden sollten. Etwa 15% aller Schwangeren leiden an psychiatrischen Problemen, besonders unter Depressionen und Ängsten (Kieviet et al., 2013). Werden diese Probleme nicht adäquat behandelt, kann dies zu unterschiedlichen Problemen führen: es kann zu Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen wie einem geringen Geburtsgewicht oder einer frühzeitigen Entbindung des Kindes kommen, Ängste und Depressionen der Mutter können zu Irritationen, Agitationen oder Lethargie beim Kind führen. Unbehandelte psychiatrische Symptome bei der Mutter können später zu gestörten Mutter-Kind Beziehungen führen, die sich später wiederum auf das Verhalten des Kindes auswirken können (Kieviet et al., 2013, Galbally, Snellen, & Lewis, 2011).

Etwa 3,5% aller Schwangeren in den westlichen Industrienationen erhalten daher während der Schwangerschaft psychotrop wirksame Medikamente (Kieviet et al., 2013).

Gezielte Studien sind aber aus ethischen Gründen nicht möglich (Rohde, Dorsch, & Schaefer, 2012). Grundlegende Probleme bei der Untersuchung von Risiken und Folgen der Einnahme von Psychopharmaka während der Schwangerschaft bei bestehenden Untersuchungen sind methodologische Probleme, wie fehlende randomisierte Fall-Kontroll-Studien oder Follow-Up Untersuchungen (Einarson & Boskovic, 2009). Auch werden konfundierende Variablen häufig nicht mitberücksichtigt oder es wird der Zeitpunkt und die genaue Menge der konsumierten Substanzen nicht erfasst (Galbally et al., 2011). Es ist daher schwierig, genaue Instruktionen für die Vergabe von Psychopharmaka an Schwangere zu verfassen, so dass die tatsächliche Vergabe letztlich immer eine Einzelfallentscheidung bleibt, bei der Nutzen und Risiken für Mutter und Kind abgewogen werden müssen (vgl. Abbildung 4).

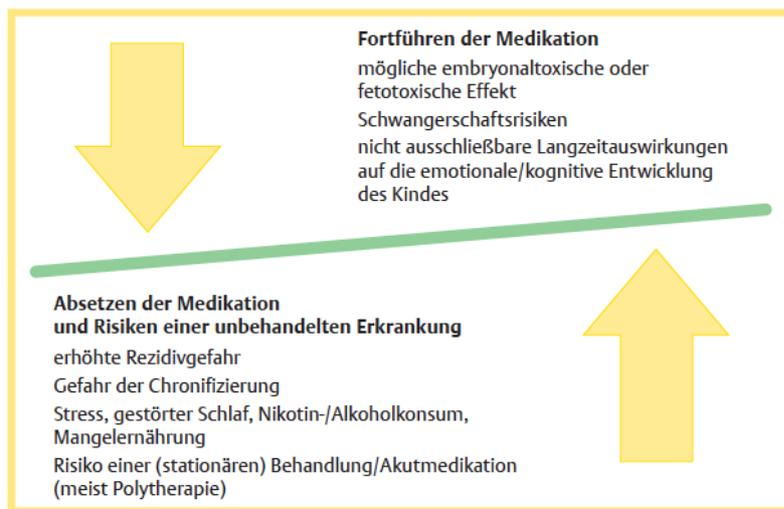


Abbildung 4 Nutzen-Risiken-Abwägung Fortführen vs. Absetzen der Medikation in der Schwangerschaft (aus Rohde et al., 2012)

5.1 Folgestörungen bei Fortsetzen der Medikation

Im Folgenden werden einige in der Literatur systematisch dokumentierte Risiken für Mutter und das (ungeborene) Kind bei Fortsetzen einer psychopharmakologischen Medikation in der Schwangerschaft dargestellt.

5.1.1 Folgen von Antidepressiva in der Schwangerschaft

Bislang gibt es nur begrenzte Evidenzen dafür, dass die Einnahme von Antidepressiva während der Schwangerschaft zu signifikanten Schäden des Neugeborenen führen. Es gibt einzelne Befunde zu erhöhtem Risiko für Herzfehlbildungen und pulmonarer Hypertonie (Byatt, Deligiannidis, & Freeman, 2013; Fenger-Grøn, Thomsen, Andersen, & Nielsen, 2011), das absolute Risiko für Folgeschäden scheint aber gering und die Vergabe von Antidepressiva daher relativ sicher (Byatt et al., 2013; Ray & Stowe, 2014; Udechuku, Nguyen, Hill, & Szego, 2010). Auch Antidepressiva und Stillen schließen sich nicht aus, insbesondere für die Vergabe von Sertralin, Paroxetin, Nortryptilin und Imipramin während der Stillzeit liegen gute Evidenzen vor (Lanza di Scalea, Teresa & Wisner, 2009). Langzeituntersuchungen zu den Kindern ergeben keine Hinweise auf schwere Entwicklungsstörungen (Howland, 2009).

5.1.2 Folgen von Antipsychotika in der Schwangerschaft

Auch für Antipsychotika gibt es nur begrenzt Hinweise auf gravierende Schädigungen am Kind bei Einnahme während der Schwangerschaft oder der Stillzeit; sie scheinen daher relativ sicher (Howland, 2009, Robinson, 2012).

Als mögliche Risiken der Einnahme von Antipsychotika während der Schwangerschaft finden sich in der Literatur Geburtskomplikationen wie eine frühzeitige Geburt, ein verändertes Geburtsgewicht und Schwangerschaftsdiabetes (Galbally, Snellen, & Power, 2014).

Insgesamt scheint jedoch ein größeres Risiko für Mutter und Kind bei einem Auslassen der medikamentösen Behandlung in Hinblick auf einen möglichen Symptomrückfall zu bestehen (Galbally et al., 2014; Gentile, 2010; Robinson, 2012).

5.1.4 Folgen von Phasenprophylaktika in der Schwangerschaft

Eine erhöhte Teratogenität und ein erhöhtes Risiko für Folgeschäden ist für alle Phasenprophylaktika bei Einnahme in der Schwangerschaft bekannt (Galbally, Snellen, Walker, & Permezel, 2010; Galbally, Roberts, & Buist, 2010).

Insbesondere durch die Einnahme von Carbamazepin und Valproinsäure können diverse Kindsschädigungen auftreten, darunter Organfehlbildungen und Dysmorphien (Galbally, Roberts et al., 2010). Die Gabe von Valproinsäure in der Schwangerschaft kann zusätzlich langfristige Auswirkungen, z.B. auf die Entwicklung der verbalen Intelligenz bei vorgeburtlicher Exposition, haben (Banach, Boskovic, Einarson, & Koren, 2010). Die Einnahme von Lithium während der Schwangerschaft kann bei Neugeborenen zu Schädigungen am Herzen führen, das relative Risiko ist jedoch geringer als bisher angenommen (Galbally, Roberts et al., 2010). Während der Stillzeit sollte von der Vergabe von Lithium aufgrund eines hohen Anteils in der Muttermilch abgesehen werden (Austin, Middleton, Reilly, & Highet, 2013).

Die Einnahme von Lamotrigin steht bislang nicht im Zusammenhang mit Schädigungen am Neugeborenen; Befunde zum Stillen liegen bislang jedoch nicht ausreichend vor (Howland, 2009).

5.1.2 Folgen von Psychostimulanzien bei ADHS Erkrankung in der Schwangerschaft

Die Einnahme von ADHS Medikation hat in den letzten Jahren stetig zugenommen (Haervig, Mortensen, Hansen, & Strandberg-Larsen, 2014). Befunde zu ADHS Medikation in der Schwangerschaft gibt es jedoch bislang nur wenige; Folgeschäden sind bislang nicht hinreichend erfasst. Vereinzelt Untersuchungen geben Hinweise auf häufiger induzierte Abtreibungen und ein erhöhtes Risiko für Fehlgeburten (Haervig et al., 2014). In einer Übersichtsarbeit zu Methylphenidat in der Schwangerschaft waren die untersuchten Frauen nicht repräsentativ für die durchschnittliche ADHS Erwachsenenpopulation, sondern vielmehr polyvalente Substanznutzer, sodass eine direkte Verbindung zwischen dem Methylphenidatkonsum in der Schwangerschaft und den Folgen für das Neugeborene nicht hergestellt werden konnte (Bolea-Alamanac, Green, Verma, Maxwell, & Davies, 2014).

5.1.1 Neonatales Abstinenzsyndrom nach Einnahme von Psychopharmaka in der Schwangerschaft

Bei nahezu allen psychotrop wirksamen Medikamenten kann nach der Geburt ein neonatales Abstinenzsyndrom auftreten (vgl. Abschnitt 3.3.3) (Kieviet et al., 2013). Bei Antidepressiva hat jedoch, anders als bei den Benzodiazepinen oder Lithium, die eingenommene Menge keinen Einfluss auf die Ausprägung des Abstinenzsyndroms. Stillen nach der Geburt kann, insbesondere bei SSRIS, Mirtazapin und Venlafaxin einem NAS vorbeugen (Kieviet et al., 2013).

5.2 Therapiehinweise

Die Therapiehinweise für nicht abhängig machende Psychopharmaka ähneln den Therapiehinweisen für Benzodiazepine und Opioid- und Opiatanalgetika (vgl. Abschnitt 3.4). Alle Frauen, die an einer psychiatrischen Störung leiden und/ oder Psychopharmaka einnehmen, sollten immer schon vor einer möglichen Schwangerschaft auf ihren Kinderwunsch angesprochen werden (Seeman, 2013; Rohde et al., 2012).

Bei Umstellung der Medikation während der Schwangerschaft muss berücksichtigt werden, in welchem Stadium sich die Schwangere befindet. Der Zeitpunkt der Exposition des ungeborenen Kindes mit der Medikation ist hier von großer Relevanz. Insbesondere in der Embryonalentwicklungsphase (15.-60. Tag nach der Befruchtung) besteht eine besondere Vulnerabilität, in diesem Zeitraum ist auch das Risiko für Fehlbildungen am größten. Im zweiten und dritten Abschnitt der Schwangerschaft können Fehlbildungen im eigentlichen Sinne nicht mehr hervorgerufen werden. Gerade bei ungeplanten Schwangerschaften, die meist erst ab der 8. SSW festgestellt werden, sollte daher berücksichtigt werden, dass ein abruptes Absetzen der Medikation oftmals kontraindiziert ist, da die wesentliche Embryonalentwicklung bereits abgeschlossen ist (Rohde et al., 2012, Austin, Middleton, Reilly, & Highet, 2013).

Im Allgemeinen gelten für die Vergabe von Psychopharmaka in der Schwangerschaft folgende Richtlinien: es sollte immer die niedrigste wirksame Dosis vergeben werden und Medikamentenwechsel während der Schwangerschaft sollten wenn möglich vermieden werden. Es soll wenn möglich eine Monotherapie erfolgen

(Rohde et al., 2012). Die Vergabe von Medikamenten während der Schwangerschaft sollte regelmäßig ärztlich überwacht werden und die Schwangere über Risiken der Vergabe und der Nicht-Vergabe aufgeklärt werden (Howland, 2009, Rohde et al., 2012).

Zusammenfassend kann aus der bestehenden Literatur geschlussfolgert werden, dass die meisten Psychopharmaka auch während der Schwangerschaft relativ sicher vergeben werden können (Rohde et al., 2012). Einzig von Valproinsäure sollte aufgrund der hohen Teratogenitätsrate während der Schwangerschaft abgesehen werden (Gentile, 2011; Rohde et al., 2012). Lithium sollte aufgrund seines hohen Anteils in der Muttermilch während des Stillens vermieden werden (Austin, Middleton, Reilly, & Highet, 2013). Bei der Vergabe von Lithium während der Schwangerschaft sollten außerdem engmaschige Serumspiegelkontrollen durchgeführt werden (Rohde et al., 2012). Bei der Behandlung von Bipolaren Störungen mit Phasenprophylaktika kann außerdem eine Umstellung auf ein atypisches Neuroleptikum überlegt werden (Rohde et al., 2012).

In jedem Fall sollte immer eine individuelle Abwägung der Risiken und Nutzen mit der Schwangeren erfolgen (Austin, Middleton, Reilly, & Highet, 2013, Gentile, 2011; Howland, 2009, Rohde et al., 2012).

Zur Unterstützung bei diesem Abwägungsprozess sei im deutschsprachigen Raum auf wissenschaftlichen Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Prof. Dr. med. Anke Rohde verwiesen, sowie auf die Homepage des Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie (www.embryotox.de). Hierrüber können Einzelfallinformationen für die einzelnen Arzneimittel eingeholt werden.

6 Fazit

In der vorliegenden Übersicht werden Prävalenzzahlen, Folgeschäden und Therapiemöglichkeiten für medikamentenabhängige Schwangere, Mütter und ihre Kinder dargestellt. Ergänzend werden Befunde zu Migrantinnen als möglicherweise stark betroffene Subpopulation dargestellt, sowie Befunde zur Vergabe von nicht-abhängig-machenden Psychopharmaka in der Schwangerschaft.

Die hier dargestellten Prävalenzzahlen aus Studien im nordamerikanischen und nordeuropäischen Raum zum Konsum von Benzodiazepinen und Opiat- und Opioidanalgetika in der Schwangerschaft geben Anlass zur Besorgnis. Immer noch werden Medikamente, die potentiell kindsschädigend sind (vgl. Abschnitt 3.3) an Schwangere verschrieben. Für den deutschen Raum gibt es bislang nur vereinzelte Befunde. Egen-Lappe & Hasford (2004) fanden in ihrer Untersuchung an 41.293 schwangeren Frauen, dass 96,4% mindestens ein Rezept in der Schwangerschaft erhielten, potentiell Kind schädigende Medikamente wurden immerhin 1,3% aller Frauen verschrieben. Entsprechende aktuelle Zahlen mit dem Fokus auf Benzodiazepinen und Opiat- oder Opioidanalgetika fehlen bislang und es bedarf weiterer Forschung in diesem Bereich. Ungeklärt bleibt in solch groß angelegten Kohortenstudien wie von Egen-Lappe & Hasford (2004), ob die untersuchten Frauen Medikamente möglicherweise aus anderen Quellen bezogen haben (Glaeske, 2013). Der Fokus zukünftiger Untersuchungen sollte daher eher auf der Untersuchung von Risikopopulationen liegen, d.h. z.B. Frauen mit psychischen Erkrankungen (vgl. Abschnitt 3.2).

Die Folgen für die Mutter und das (ungeborene) Kind sind vielfältig: so kommt es u.U. beim Absetzen der abhängig machenden Medikation während der Schwangerschaft zu einem Entzugssyndrom von Mutter und Kind (Gopalan et al., 2014; Wong et al., 2011). Nach der Geburt entwickeln Neugeborene von Müttern, die während der Schwangerschaft Opiat- und Opioidanalgetika oder Benzodiazepine eingenommen haben, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ein neonatales Abstinenzsyndrom, was lebensbedrohlich für das Neugeborene sein kann (Kocherlakota, 2014; Kieviet et al., 2013). Auch bestehen Langzeitfolgen für diese Kinder, darunter angeborene Fehlbildungen wie Gaumenspalten, Herzdefekte, Spina Bifida oder Neuralrohrdefekte

(Enato et al., 2011, El Marroun et al., 2014; Palanisamy & Bailey, 2014, Fodor et al., 2014). Als Spätfolge zeigt sich, dass die Kinder später wiederum selbst häufiger Medikamente und potentiell abhängig machende Medikamente konsumieren (Log et al., 2013). All diese Folgen sollten den verschreibenden Ärzten aber auch den anderen behandelnden Ärzten (wie Gynäkologen) im Umgang mit den entsprechenden Patienten bewusst sein.

Wichtig sind neben den dargestellten Therapiemöglichkeiten (vgl. Abschnitt 3.4) vor allem verschiedene Präventionsmaßnahmen. Frauen mit einem Kinderwunsch sollten schon vor der Schwangerschaft über die hier dargestellten Risiken für sich und das ungeborene Kind aufgeklärt werden und zu einem reflektierten Umgang mit Medikamenten, insbesondere während der Schwangerschaft, angeleitet werden. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei insbesondere auf Migrantinnen, die bislang ohnehin nur selten das Hilfesystem in Anspruch nehmen und nur unzureichend im Suchthilfesystem repräsentiert sind, gerichtet werden (Lay et al., 2006; Lindert et al., 2008).

Die Mehrzahl aller medikamentenabhängigen Patienten (rund 80%) bekommt ihre Medikation von nur einem Arzt verschrieben (Holzbach et al., 2010). Entsprechende Aufklärungsmaterialien für Hausärzte zum Umgang mit potentiell abhängig machenden Medikamenten liegen vor (z.B. Bericht der Bundesärztekammer zum Umgang mit abhängig machenden Medikamenten; BÄK, 2007), die Thematik muss jedoch, wie die Prävalenzzahlen zeigen, sicherlich noch weiter ins Bewusstsein der behandelnden Ärzte gelangen (vgl. Abschnitt 3.1).

Insbesondere das Bewusstsein der Ärzte für Verschreibung von Medikamenten an Frauen während der Schwangerschaft muss weiter gestärkt werden. Darüber hinaus sollten die Ärzte sensibilisiert werden, Medikamente und insbesondere Medikamente mit Abhängigkeitspotential, die Frauen während der Schwangerschaft einnehmen, zu erfragen, auch wenn sie diese nicht selbst verordnet haben. Ein Vorteil in der Behandlung medikamentenabhängiger Schwangerer liegt dabei sicherlich darin, dass diese sich meist neben der hausärztlichen Behandlung auch in gynäkologischer Behandlung befinden. Hier sollte es zukünftig eine enge Vernetzung zwischen den Gynäkologen, Hausärzten und dem Suchthilfesystem geben.

Literatur

- Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346–1354.
- Askaa, B., Jimenez-Solem, E., Enghusen Poulsen, H., & Traerup Andersen, J. (2014). Maternal Characteristics of Women Exposed to Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonist during Pregnancy. *Obstetrics and gynecology international*, 2014, 945621.
- Austin, M.-P. V., Middleton, P., Reilly, N. M., & Highet, N. J. (2013). Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. *Women and Birth*, 26(1), 2–9.
- Ban, L., West, J., Gibson, J. E., Fiaschi, L., Sokal, R., Doyle, P., Homberg, J. (2014). First Trimester Exposure to Anxiolytic and Hypnotic Drugs and the Risks of Major Congenital Anomalies: A United Kingdom Population-Based Cohort Study. *PLoS ONE*, 9(6), e100996.
- Banach, R., Boskovic, R., Einarson, T., & Koren, G. (2010). Long-term developmental outcome of children of women with epilepsy, unexposed or exposed prenatally to antiepileptic drugs: a meta-analysis of cohort studies. *Drug safety*, 33(1), 73–79.
- Bateman, B. T., Hernandez-Diaz, S., Rathmell, J. P., Seeger, J. D., Doherty, M., Fischer, M. A., & Huybrechts, K. F. (2014). Patterns of opioid utilization in pregnancy in a large cohort of commercial insurance beneficiaries in the United States. *Anesthesiology*, 120(5), 1216–1224.
- Bellantuono, C., Tofani, S., Di Sciascio, G., & Santone, G. (2013). Benzodiazepine exposure in pregnancy and risk of major malformations: a critical overview. *General hospital psychiatry*, 35(1), 3–8.
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D., . . . Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 10(1), 2–10.
- Bloor, M., Paech, M. J., & Kaye, R. (2012). Tramadol in pregnancy and lactation. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 21(2), 163–167.
- Bolea-Alamanac, B. M., Green, A., Verma, G., Maxwell, P., & Davies, S. J. (2014). Methylphenidate use in pregnancy and lactation: A systematic review of evidence. *British journal of clinical pharmacology*, 77(1), 96–101.
- Broussard, C. S., Rasmussen, S. A., Reefhuis, J., Friedman, J. M., Jann, M. W., Riehle-Colarusso, T., & Honein, M. A. (2011). Maternal treatment with opioid analgesics and risk for birth defects. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(4), 314.e1-11.
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007): Leitfaden „Medikamente schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Leitfaden für die ärztliche Praxis. Köln.
- Byatt, N., Deligiannidis, K. M., & Freeman, M. P. (2013). Antidepressant use in pregnancy: a critical review focused on risks and controversies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(2), 94–114.

- Calderon-Margalit, R., Qiu, C., Ornoy, A., Siscovick, D. S., & Williams, M. A. (2009). Risk of preterm delivery and other adverse perinatal outcomes in relation to maternal use of psychotropic medications during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *201*(6), 579.e1.
- Collins, C. H., Zimmerman, C., & Howard, L. M. (2011). Refugee, asylum seeker, immigrant women and postnatal depression: rates and risk factors. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(1), 3–11.
- Daw, JR, Mintzes, B., Law, Hanley, G. E., & Morgan, S. G. (2012). Prescription drug use in pregnancy: A retrospective, population- based study in British Columbia, Canada (2001-2006). *Clinical therapeutics*, *34*(1), 239-249.e2.
- Desai, R. J., Hernandez-Diaz, S., Bateman, B. T., & Huybrechts, K. F. (2014). Increase in prescription opioid use during pregnancy among Medicaid-enrolled women. *Obstetrics and gynecology*, *123*(5), 997–1002.
- Egen-Lappe, V., & Hasford, J. (2004). Drug prescription in pregnancy: analysis of a large statutory sickness fund population. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *60*(9), 659–666.
- Einarson, A., & Boskovic, R. (2009). Use and safety of antipsychotic drugs during pregnancy. *Journal of psychiatric practice*, *15*(3), 183–192.
- El Marroun, H., White, T., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2014). Maternal use of antidepressant or anxiolytic medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *23*(10), 973–992.
- Enato, E., Moretti, M., & Koren, G. (2011). The fetal safety of benzodiazepines: an updated meta-analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, *33*(1), 46–48.
- Epstein, R. A., Bobo, W. V., Martin, P. R., Morrow, J. A., Wang, W., Chandrasekhar, R., & Cooper, W. O. (2013). Increasing pregnancy-related use of prescribed opioid analgesics. *Annals of epidemiology*, *23*(8), 498–503.
- Fenger-Grøn, J., Thomsen, M., Andersen, K. S., & Nielsen, R. G. (2011). Paediatric outcomes following intrauterine exposure to serotonin reuptake inhibitors: a systematic review. *Danish medical bulletin*, *58*(9), A4303.
- Finnegan LP, Kron RE, Connaughton JF et al.: Assessment and treatment of abstinence in the infant of drug-dependent mother. *Int J Clin Pharmacol* 12 (1975): 19-32.
- Fodor, A., Tímár, J., & Zelena, D. (2014). Behavioral effects of perinatal opioid exposure. *Life Sciences*, *104*(1-2), 1–8.
- Galbally, M., Roberts, M., & Buist, A. (2010). Mood stabilizers in pregnancy: a systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *44*(11), 967–977.
- Galbally, M., Snellen, M., & Lewis, A. J. (2011). A review of the use of psychotropic medication in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, *23*(6), 408–414.
- Galbally, M., Snellen, M., & Power, J. (2014). Antipsychotic drugs in pregnancy: a review of their maternal and fetal effects. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, *5*(2), 100–109.

- Galbally, M., Snellen, M., Walker, S., & Permezel, M. (2010). Management of antipsychotic and mood stabilizer medication in pregnancy: recommendations for antenatal care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 99–108.
- Gentile, S. (2010). Antipsychotic Therapy During Early and Late Pregnancy. A Systematic Review. *Schizophrenia Bulletin*, 36(3), 518–544.
- Gentile, S. (2011). Drug treatment for mood disorders in pregnancy. *Current opinion in psychiatry*, 24(1), 34–40.
- Glaeske, G. (2013). *Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe: Vol. 5.* Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Gopalan, P., Glance, J. B., & Azzam, P. N. (2014). Managing benzodiazepine withdrawal during pregnancy: case-based guidelines. *Archives of Women's Mental Health*, 17(2), 167–170.
- Haervig, K. B., Mortensen, L. H., Hansen, A. V., & Strandberg-Larsen, K. (2014). Use of ADHD medication during pregnancy from 1999 to 2010: a Danish register-based study. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 23(5), 526–533.
- Handal, M., Engeland, A., Rønning, M., Skurtveit, S., & Furu, K. (2011). Use of prescribed opioid analgesics and co-medication with benzodiazepines in women before, during, and after pregnancy: a population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(9), 953–960.
- Hanley, G. E., & Mintzes, B. (2014). Patterns of psychotropic medicine use in pregnancy in the United States from 2006 to 2011 among women with private insurance. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 242.
- Hartenstein, S., Proquitté, H., Bauer, S., Bamberg, C., & Roehr, C. C. (2010). Neonatal abstinence syndrome (NAS) after intrauterine exposure to tramadol. *Journal of Perinatal Medicine*, 38(6).
- Heaman, M., Bayrampour, H., Kingston, D., Blondel, B., Gissler, M., Roth, C., . . . Gagnon, A. (2013). Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(5), 816–836.
- Holdo, I., Handal, M., Skurtveit, S., & Bramness, J. G. (2013). Association between prescribing hypnotics for parents and children in Norway. *Archives of Disease in Childhood*, 98(9), 732–736.
- Holzbach, R. (2010). Benzodiazepin-Langzeitgebrauch und -abhängigkeit. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 78(07), 425–434.
- Holzbach, R., Martens, M., Kalke, J., & Raschke, P. (2010). Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53(4), 319–325.
- Howland, R. H. (2009). Prescribing psychotropic medications during pregnancy and lactation: principles and guidelines. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 47(5), 19–23.
- Ilett, K. F., Paech, M. J., Page-Sharp, M., Sy, S. K., Kristensen, J. H., Goy, R., . . . Scott, K. L. (2008). Use of a sparse sampling study design to assess transfer of tramadol and its O-desmethyl metabolite into transitional breast milk. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 65(5),

- Jahnsen, Katrin; Glaeske, Gerd (2002): Benzodiazepine- immer noch zu hoch und zu lange dosiert! In: *Sucht aktuell*, 10(2), 5-10.
- Juurlink, D. N., Gomes, T., Guttman, A., Hellings, C., Sivilotti, Marco L. A., Harvey, M.-A., & Mamdani, M. M. (2012). Postpartum maternal codeine therapy and the risk of adverse neonatal outcomes: A retrospective cohort study. *Clinical Toxicology*, 50(5), 390–395.
- Kelly, L. E., Chaudhry, S. A., Rieder, M. J., 't Jong, G., Moretti, M. E., Lausman, A., . . . Rogers, L. K. (2013). A Clinical Tool for Reducing Central Nervous System Depression among Neonates Exposed to Codeine through Breast Milk. *PLoS ONE*, 8(7), e70073.
- Kelly, L. E., Poon, S., Madadi, P., & Koren, G. (2012). Neonatal Benzodiazepines Exposure during Breastfeeding. *The Journal of Pediatrics*, 161(3), 448–451.
- Kelly, L., Dooley, J., Cromarty, H., Minty, B., Morgan, A., Madden, S., & Hopman, W. (2011). Narcotic-exposed neonates in a First Nations population in northwestern Ontario: incidence and implications. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 57(11), e441-7.
- Kieviet, N., Honig, & Dolman. (2013). The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1257.
- Kocherlakota, P. (2014). Neonatal Abstinence Syndrome. *PEDIATRICS*, 134(2), e547.
- Lanza di Scalea, Teresa, & Wisner, K. L. (2009). Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3), 483–497.
- Lay, B., Lauber, C., Nordt, C., & Rössler, W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(3), 199–207.
- Lindert, J., Priebe, S., Penka, S., Napo, F., Schouler-Ocak, M., & Heinz, A. (2008). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 58(03/04), 123–129.
- Log, T., Skurtveit, S., Selmer, R., Tverdal, A., Furu, K., & Hartz, I. (2013). The association between prescribed opioid use for mothers and children: a record-linkage study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69(1), 111–118.
- Madadi, P., Moretti, M., Djokanovic, N., Bozzo, P., Nulman, I., Ito, S., & Koren, G. (2009). Guidelines for maternal codeine use during breastfeeding. *Canadian family physician Médecin de famille canadien*, 55(11), 1077–1078.
- Martin, C. E., Longinaker, N., & Terplan, M. (2014). Recent trends in treatment admissions for prescription opioid abuse during pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment*.
- Neale, A., & Wand, A. (2013). Issues in the evaluation and treatment of anxiety and depression in migrant women in the perinatal period. *Australasian Psychiatry*, 21(4), 379–382.
- Nezvalová-Henriksen, K., Spigset, O., & Nordeng, H. (2011). Effects of codeine on pregnancy outcome: results from a large population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(12), 1253–1261.
- Niesters, M., Overdyk, F., Smith, T., Aarts, L., & Dahan, A. (2013). Opioid-induced respiratory depression in paediatrics: a review of case reports. *British Journal of Anaesthesia*, 110(2), 175–182.

- Pabst, A., Kraus, L., Matos, Elena Gomes de, & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *SUCHT - Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis / Journal of Addiction Research and Practice*, 59(6), 321–331.
- Palanisamy, A., & Bailey, C. R. (2014). Codeine in mothers and children: where are we now? *Anaesthesia*, 69(7), 655–660.
- Raitasalo, K., Holmila, M., Autti-Rämö, I., Martikainen, J. E., Sorvala, V.-M., & Mäkelä, P. (2014). Benzodiazepine use among mothers of small children: a register-based cohort study. *Addiction*, n/a.
- Ray, S., & Stowe, Z. N. (2014). The use of antidepressant medication in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 71–83.
- Reynolds, E. W., Riel-Romero, R. M. S., & Bada, H. S. (2007). Neonatal Abstinence Syndrome and Cerebral Infarction Following Maternal Codeine Use During Pregnancy. *Clinical Pediatrics*, 46(7), 639–645.
- Riska, B. S., Skurtveit, S., Furu, K., Engeland, A., & Handal, M. (2014). Dispensing of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs to pregnant women: A population-based cohort study. *European journal of clinical pharmacology*, 70(11), 1367–1374.
- Robinson, G. E. (2012). Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology = Journal de la thérapeutique des populations et de la pharmacologie clinique*, 19(3), e380-6.
- Rohde, A., Dorsch, V., & Schaefer, C. (2012). Die Behandlung mit Psychopharmaka in der Schwangerschaft - Teil I: So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 80(04), 227–240.
- Sauberan, J. B., Anderson, P. O., Lane, J. R., Rafie, S., Nguyen, N., Rossi, S. S., & Stellwagen, L. M. (2011). Breast milk hydrocodone and hydromorphone levels in mothers using hydrocodone for postpartum pain. *Obstetrics and gynecology*, 117(3), 611–617.
- Seaton, S., Reeves, M., & McLean, S. (2007). Oxycodone as a component of multimodal analgesia for lactating mothers after Caesarean section: relationships between maternal plasma, breast milk and neonatal plasma levels. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 47(3), 181–185.
- Seeman, M. V. (2013). Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(1), 12–22.
- Senczuk-Przybyłowska, M., Florek, E., Piekoszewski, W., Merritt, T. A., Lechowicz, E., Mazela, J., . . . Miechowicz, I. (2013). Diazepam and its metabolites in the mothers' and newborns' hair as a biomarker of prenatal exposure. *Journal of physiology and pharmacology : an official journal of the Polish Physiological Society*, 64(4), 499–504.
- Smith, M. V., Costello, D., & Yonkers, K. A. (2014). Clinical Correlates of Prescription Opioid Analgesic Use in Pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*.
- Soyka, M., Queri, S., Küfner, H., & Rösner, S. (2005). Wo verstecken sich 1,9 Millionen Medikamentenabhängige? *Der Nervenarzt*, 76(1), 72–77.
- Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung: Ausländerzahl in Deutschland 2013

- Timm, N. L. (2013). Maternal Use of Oxycodone Resulting in Opioid Intoxication in Her Breastfed Neonate. *The Journal of Pediatrics*, 162(2), 421–422.
- Udechuku, A., Nguyen, T., Hill, R., & Szego, K. (2010). Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(11), 978–996.
- Uzun, S., Kozumplik, O., Jakovljević, M., & Sedić, B. (2010). Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 90–93.
- Wikner, B. N., & Källén, B. (2011). Are Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonists Teratogenic in Humans? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31(3), 356–359.
- Wikner, B. N., Stiller, C.-O., Bergman, U., Asker, C., & Källén, B. (2007). Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: neonatal outcome and congenital malformations. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(11), 1203–1210.
- Wikner, B. N., Stiller, C.-O., Källén, B., & Asker, C. (2007). Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: maternal characteristics. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 16(9), 988–994.
- Willaschek, C., Wolter, E., & Buchhorn, R. (2009). Tramadol withdrawal in a neonate after long-term analgesic treatment of the mother. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 65(4), 429–430.
- Wimmer-Puchinger, B., Wolf, H., & Engleder, A. (2006). Migrantinnen im Gesundheitssystem. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 49(9), 884–892.
- Wittchen, H.-U. (2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie: Mit 122 Tabellen. Springer-Lehrbuch*. Heidelberg: Springer.
- Wong, S., Ordean, A., & Kahan, M. (2011). Substance use in pregnancy. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC*, 33(4), 367–384.
- Yazdy, M. M., Mitchell, A. A., Tinker, S. C., Parker, S. E., & Werler, M. M. (2013). Periconceptional Use of Opioids and the Risk of Neural Tube Defects. *Obstetrics & Gynecology*, 122(4), 838–844.
- Yilmaz, A. T., & Riecher-Rössler, A. (2012). Attempted Suicide in Immigrants from Turkey: A Comparison with Swiss Suicide Attempters. *Psychopathology*, 45(6), 366–373.

Medikamentenabhängige¹ schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder

Stand der internationalen sozialwissenschaftlichen Forschung

Oktober 2016

¹ Der Begriff „Medikamente“ bezieht sich hier im Wesentlichen auf die Stoffe bzw. Stoffgruppen der Sedativa-Hypnotika, Analgetika und Psychostimulanzien; der Begriff „Abhängigkeit“ umfasst den missbräuchlichen Konsum.

Inhaltsverzeichnis

0.	Zusammenfassung und Vorabbemerkungen.....	3
0.1	Erkenntnisse zur Prävalenz potenziell schädlicher oder/und psychoaktiver Medikamente in der Schwangerschaft.....	3
0.1.1	Einzelne Substanzgruppen.....	3
0.2	Erkenntnisse zu den (soziodemographischen) Charakteristika der schwangeren Frauen und Mütter	5
1.	Ergebnisse der einzelnen Studien.....	5
1.1	Studien zur Prävalenz psychoaktiver Medikamente bei schwangeren Frauen und jungen Müttern	5
	Psychoaktive Medikamente insgesamt	5
	Opioide	8
	Benzodiazepine und Z-Substanzen	10
	Antidepressiva	11
	Neuroleptika/Antipsychotika.....	13
	Psychostimulanzien	13
	Kombinierter Konsum verschiedener Klassen von psychoaktiven Medikamenten	14
	Nicht medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten	14
	„Besondere“ Gruppe von schwangeren Frauen: Substituierte, Frauen in Behandlung etc..	14
1.2	Erkenntnisse zu (soziodemographischen) Charakteristika der schwangeren Frauen und Mütter	15
1.3	Sonstige Erkenntnisse.....	18
	Wirksamkeit von Beratung und Behandlung.....	18
	Charakteristika der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte	19
2.	Literaturverzeichnis	20
3.	Tabellarische Auflistung der Studien	23

Stand der internationalen sozialwissenschaftlichen Forschung

0. Zusammenfassung und Vorabbemerkungen

- Da es sich bei den meisten Studien um Sekundäranalysen amtlicher Statistiken handelt (z.B. Abgabe von Medikamenten in Apotheken, Geburtenregister, Daten der Krankenversicherungen), beziehen sie sich auf die Prävalenz von verschriebenen Medikamenten. Es können deshalb keine Aussagen darüber getroffen werden, ob diese Medikamente überhaupt bzw. wie sie eingenommen werden, ebenso sind Aussagen über einen missbräuchlichen Konsum bzw. den Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente, ohne dass hierfür ein Rezept vorliegt, i.d. Regel nicht möglich. (Ausnahme: eine US-Studie)
- In den wenigen Studien, die durch direkte Befragung der Frauen den Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft erheben, zeigt sich die Tendenz zu einem Underreporting. Dies betrifft insbesondere den kurzfristigen/temporären Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente.
- Nur wenige Studien berücksichtigen den möglicherweise kombinierten Konsum mehrerer Medikamentengruppen (Implikationen?).
- Weitere Forschungsfragen: Inwiefern lassen sich die Ergebnisse internationaler Studien auf Deutschland übertragen: Gibt es bspw. hierzulande einen ähnlichen Anstieg des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente in der Gesamtbevölkerung, der sich dann auch in einem erhöhten Konsum während der Schwangerschaft widerspiegelt? Welche Daten lassen sich hierfür heranziehen (z.B. ESA im Erhebungsvergleich, Arzneimittelreport etc.)?

0.1 Erkenntnisse zur Prävalenz potenziell schädlicher oder/und psychoaktiver Medikamente in der Schwangerschaft

Die Prävalenz für die **Einnahme potenziell schädlicher Medikamente** (nach US oder australischem Risikoklassifikationssystem Medikamente der Kategorie D) liegt in den Studien für europäische Länder zwischen 2% (Italien) und 59% (Frankreich) (Niederlande: 10%; Finnland: 20,4%) und für Nordamerika bei 4,8% (USA) bis 7,3% (Kanada). Studien, die ein anderes Klassifikationssystem zugrunde legen, weisen Prävalenzwerte zwischen 6,3% (Kanada) und 21% (Niederlande) auf. Was die Verschreibung von **kontraindizierten Medikamenten** während der Schwangerschaft betrifft (Medikamente der Kategorie X), so liegen hierfür die Prävalenzwerte in europäischen Studien zwischen 0,9% (Dänemark) und 3,4% (Finnland) (Italien: 1%; Frankreich: 1,6%), in nordamerikanischen Studien im Vergleich dazu höher bei 3,9% (Kanada) bzw. 4,6% (USA).

Die Verschreibung bzw. Einnahme **psychoaktiver Medikamente** während der Schwangerschaft liegt zwischen 5% (Norwegen) und 10,3% (USA); eine ältere international vergleichende Studie (22 Länder) weist eine Prävalenz von 3,5% auf. Diesbezüglich zeigt sich übereinstimmend in den Studien ein Rückgang des Konsums psychoaktiver oder potenziell schädlicher bzw. kontraindizierter Medikamente während der Schwangerschaft, jedoch ein Wiederanstieg in den ersten Wochen bzw. Monaten nach der Geburt. Eine neuere, onlinebasierte internationale Studie, die auf den Selbstangaben der Frauen beruht, weist eine Prävalenz von 2,9% für den Konsum der Gruppe von **Psychoanaleptika** und von 2,2% für den Konsum von **Psycholeptika** auf.

0.1.1 Einzelne Substanzgruppen

Benzodiazepine und Z-Substanzen:

In einer älteren, international vergleichenden Studie lag die Prävalenz für die Einnahme von Benzodiazepinen während der Schwangerschaft bei 3%, neuere europäische Studien weisen hingegen geringere Werte von 0,1% (Nordeuropa) bzw. 0,2% (West- und Osteuropa) bis 1,5% (Norwegen) (Dänemark: 0,3%)

auf. Insgesamt etwas höher im Vergleich zu Europa liegt der Konsum der Substanzen in den Studien für Australien (0,5%), die USA (3,9%) und Kanada (3,2% -3,9%).

Opioide

Die Prävalenz für die Einnahme von Opioiden liegt in den Studien für Europa zwischen 0,1% (Osteuropa) bzw. 1,2% und 1,8% für West- bzw. Nordeuropa (Norwegen: 1,3%). Deutlich höhere Werte zeigen sich für die USA, für die verschiedene Forschungsarbeiten zu Werten von 6% (Selbstberichte von Frauen) bzw. 14,4% bis zu 21,6% kommen. Letzterer Wert liegt aus einer Studie vor, die sich auf eine Stichprobe von Frauen bezieht, die zum Zeitpunkt der Schwangerschaft Medicaid (staatliches Gesundheitsfürsorgeprogramm für Menschen mit geringem Einkommen) erhielten, während sich die 14,4% auf eine Stichprobe von Frauen mit privater Krankenversicherung (i.d. Regel über ArbeitgeberInnen) bezieht. D.h., dass sozial schlechter gestellte Frauen möglicherweise häufiger Opioiden während der Schwangerschaft verschrieben bekommen. Die vergleichsweise hohen Zahlen für die Verschreibung von Opioiden während der Schwangerschaft in den USA sind möglicherweise ein Effekt eines im Vergleich zu europäischen Ländern generell höheren Opioidgebrauchs in der US-Bevölkerung. Dies ist auch vor dem Hintergrund eines in den letzten Jahren zu beobachtenden Anstieges der Opioid-Verordnungen und des Opioid-Konsums in den USA zu sehen.

Antidepressiva

Die ausgewerteten Studien deuten insgesamt darauf hin, dass der Konsum von Antidepressiva in den letzten Jahren angestiegen ist und sich dies auch in einem gestiegenen Konsum während der Schwangerschaft niederschlägt. Während in der international vergleichenden Studie von Marcetti et al. (1993) die Prävalenz noch bei 0,1% lag, kommt die internationale Onlinestudie von Lupatelli et al. (2014) bereits auf einen Wert von 2,4%. Etwas niedrigere Werte offenbart eine Studien in Norwegen, Schweden, Finnland, Dänemark und Island (1,1%), während für die Niederlande eine Prävalenz von 2% (erstes Trimester) ermittelt wurde. Ein Anstieg des Antidepressiva-Konsums in der Schwangerschaft wird vor allem für die USA seit Anfang der 2000er Jahre beobachtet. Mittlerweile kommen die vorliegenden Studien zu Prävalenzwerten von 6,5%-13,4%. Letzterer Wert bezieht sich dabei wieder auf sozial schlechter gestellte schwangere Frauen mit einer Versorgung über Medicaid. Eine etwas niedrigere Prävalenz (4,5%) findet sich in einer kanadischen Studie.

Neuroleptika/Antipsychotika

In international vergleichenden Studien liegt die Prävalenz dieser Substanzen während der Schwangerschaft bei 0,1% bis 0,6%; mit den niedrigsten Werten für Nord- und Westeuropa (jeweils 0,1%) und höheren Werten für Nordamerika (0,6%) und Australien (1,4%). In einer britischen Studie lag die Prävalenz bei 0,2%, wobei ein Anstieg der Verschreibung von atypischen Antipsychotika seit 2007 beobachtet wurde. Deutlich höher wird die Prävalenz mit 1,1% für die USA geschätzt. Zu bemerken ist jedoch, dass sich die meisten der Verschreibungen hier auf das erste Trimester der Schwangerschaft beschränken.

Psychostimulanzien:

Insgesamt wird der Konsum von Psychostimulanzien während der Schwangerschaft eher selten in den vorliegenden Studien gesondert erhoben. Erkenntnisse hierzu liegen lediglich aus einer US-amerikanischen Studie vor, in der die Prävalenz bei 0,6% lag.

Kombinierter Konsum psychoaktiver Medikamente

Der kombinierte Konsum mehrere Medikamentengruppen findet in den meisten Studien ebenfalls wenig Berücksichtigung. In einer norwegischen Studie hatte jeweils knapp ein Fünftel der Frauen mit einer Verschreibung für Benzodiazepine oder Z-Substanzen auch ein Opioid oder Antidepressivum verschrieben bekommen. In einer niederländischen Studie hatte ein Drittel der Frauen, die vor der Schwangerschaft Antidepressiva eingenommen hatten, auch eine Verschreibung für Benzodiazepine, dieser Wert ging jedoch bis zum dritten Trimester auf unter 4% zurück. In einer US-amerikanischen Studie hatten 1,6% der Frauen während der Schwangerschaft psychoaktive Medikamente unterschiedlicher Gruppen eingenommen, am häufigsten eine Kombination aus Antidepressivum und Anxiolytikum.

„Missbräuchlicher“ Konsum (ohne Verschreibung)

Einzig eine US-amerikanische Studie liefert Erkenntnisse zum Konsum von verschreibungspflichtigen Medikamenten ohne Rezept. Hiernach hatten 9,6% der schwangeren Frauen verschreibungspflichtige Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen, mit den höchsten Werten für Schmerzmittel (5.27%), gefolgt von Tranquilizern (1.65%), Stimulanzien (1.93%) und Sedativa (0.51%).

0.2 Erkenntnisse zu den (soziodemographischen) Charakteristika der schwangeren Frauen und Mütter

Relativ übereinstimmend zeigen die Studien signifikante Zusammenhänge zwischen dem Konsum bzw. der Verschreibung psychoaktiv wirksamer Medikamente während der Schwangerschaft und einem höheren Alter der Frauen, einem geringeren Bildungsniveau und einer schlechteren ökonomischen Situation (geringes Einkommen/Arbeitslosigkeit) sowie dem Leben ohne Partner bzw. Vater des Kindes auf. Ein erhöhter Medikamentenkonsum steht zudem in allen Studien, die dies untersuchen, mit dem Rauchen während der Schwangerschaft, teils auch mit dem Konsum anderer Substanzen (Alkohol und illegale Drogen) im Zusammenhang. In europäischen Studien finden sich zudem Hinweise darauf, dass Frauen, die bereits mehrfach schwanger waren, Fehlgeburten hatten oder ungeplant schwanger geworden waren, häufiger Medikamente während der Schwangerschaft konsumieren. Des Weiteren zeigen sich auch Zusammenhänge zwischen Medikamenteneinnahme der Frauen und einem höheren BMI und – nicht überraschend – chronischen Erkrankungen und psychiatrischer Komorbidität. Eine international vergleichende Onlinestudie zeigt zudem für Europa einen geringeren Medikamentenkonsum für Frauen mit Migrationshintergrund. Studien für die USA offenbaren teilweise einen höheren Medikamentenkonsum unter „weißen“ Frauen und unter Frauen im ländlichen Gebiet.

1. Ergebnisse der einzelnen Studien

1.1 Studien zur Prävalenz psychoaktiver Medikamente bei schwangeren Frauen und jungen Müttern

Psychoaktive Medikamente insgesamt

A) International vergleichende Studien

In der älteren Studie von Marchetti et al. (1993), für die 14.778 Frauen in 22 Ländern befragt wurden, gaben 3,5% (n=520) an, psychoaktive Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen zu haben. Mit 85,4% (n=444; 3% der Gesamtstichprobe) gaben die meisten dieser Frauen den Konsum von Benzodiazepinen an, während ein deutlich geringerer Anteil (auch) Neuroleptika (16%; n= 83; 0,6% der Gesamtstichprobe) und Antidepressiva (3,3%; n=17; 0,1% der Gesamtstichprobe) während der Schwangerschaft verschrieben bekommen hatte.

Die Übersichtsarbeit von Daw et al. (2011), für die insgesamt 17 Studien (davon 12 europäische, 3 US-amerikanische und 2 kanadische) zum Medikamentenkonsum unter schwangeren Frauen von 1989 bis 2010 ausgewertet wurden (Erhebungszeitraum der Studien 1981 bis 2006) fand in den verschiedenen Ländern Prävalenzen für den Konsum von kontraindizierten Medikamenten (Kategorie X) von 0,9% (Dänemark 1991–1996) bis zu 4,6% (USA; 1996–2000, vgl. Andrade et al. 2004), Italien: 1,0% (vgl. Gagne et al. 2008). Die Prävalenz für die Einnahme von Medikamenten der Kategorie D (potenzielle Risiken für Schwangerschaft) reichte von 2,0% (Italien; 2004, vgl. Gagne et al. 2008) bis 59,3% (Frankreich; 1995–

2001, vgl. Lacroix et al. 2000; s.o.) (USA: 4.8%; vgl. Andrade et al. 2004). Andere Studien, die ein anderes Risikoklassifikationssystem verwendeten, kommen zu Werten für den Konsum von Medikamenten mit nachgewiesenem fetalen Risiko von 18,7% in Dänemark (vgl. Olesen et al. 2006), 21% in den Niederlanden (vgl. Bakker et al. 2006) und 6,3% in Kanada (vgl. Kulaga et al. 2009).

Die neuere, international vergleichende Studie von Lupattelli et al. (2014), mit der schwangere Frauen und junge Mütter (max. einjähriges Kind) in Europa, Nord- und Südamerika sowie Australien zwischen dem 1. Oktober 2011 bis 29 Februar 2012 mittels eines Online-Fragebogens zu ihrem Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft befragt wurden, zeigt für die Stichprobe der 9.459 Frauen, die den Fragebogen aufgefüllt hatten, eine Prävalenz von 2,9% für den mindestens einmaligen Konsum von Psychoanaleptika, von 2,2 % für den mindestens einmaligen Konsum von Psycholeptika und von 0,8% für den mindestens einmaligen Konsum von Antiepileptika während der Schwangerschaft.

B) Europäische Studien

Zwei europäische Studien aus den 1990er Jahren weisen ebenfalls vergleichsweise hohe Prävalenzwerte für den Gebrauch potenziell für den Fötus schädlicher Medikamente während der Schwangerschaft auf. Bei Olesen et al (1999), die Daten für Dänemark von nahezu 16.000 Frauen auswerteten (Erhebungszeitraum 1991 bis 1996), hatten 18% der Frauen während der Schwangerschaft mindestens ein Medikament mit nachgewiesenen oder potenziell schädlichen Effekten für den Fötus eingenommen (Kategorisierung nach schwedischem System). 1% der Frauen hatten während der Schwangerschaft fünf oder mehr Verschreibungen für Medikamente dieser Kategorien erhalten.

In der französischen Studie von Lacroix et al (2000), mit der die Verschreibungen während der Schwangerschaft von 1.000 Frauen im Jahr 1996 untersucht wurden, hatten 59% eine Verschreibung für ein Medikament der Kategorie D (potenziell schädlich, aber mit Nutzen, der die Einnahme rechtfertigt) erhalten, 79% hatten Medikamente eingenommen, für die keine Informationen zur Sicherheit während der Schwangerschaft vorlagen. Darüber hinaus hatten 1,6% der Frauen mindestens eine Verschreibung für Medikamente der Kategorie X erhalten, deren Einnahme während der Schwangerschaft kontraindiziert ist.

In der niederländischen Vergleichsstudie von Schirm et al. (2004), die Apothekendaten zur Abgabe von Medikamenten aus den Jahren 1997 bis 2001 nutzt, hatten 3% der Schwangeren ein Medikament mit unbekanntem Risiko während der Schwangerschaft eingenommen (B1 und B2 nach australischem Klassifikationssystem), 10% ein potenziell schädliches Medikament (B3, C, D und X nach australischem Klassifikationssystem) und 2% ein Medikament ohne Klassifikation.

In der norwegischen Kohortenstudie von Engeland et al. (2008) (Erhebungszeitraum 2004-2006; Stichprobengröße n= 106.329, basierend auf dem norwegischen Geburtenregister/“Medical Birth Registry“ und dem Verschreibungsregister/“Norwegian Prescription Database“) hatten 7,3% der Frauen in den drei Monaten vor der Schwangerschaft psychoaktiv wirksame Medikamente eingenommen, dieser Wert sank im ersten Trimester der Schwangerschaft auf 5%, im zweiten Trimester auf 2,9% und im dritten Trimester auf 2,8%. In den drei Monaten nach der Schwangerschaft lag er dann wieder bei 4,3%. Diese Reduktion der Einnahme psychoaktiver Medikamente zwischen den drei Monaten vor und während der Schwangerschaft ließ sich insbesondere für Opioide (2,5% auf 1%), Antidepressiva (1,8% auf 0,4%) und Anxiolytika (1,8 auf 0,6%) beobachten.

In der finnischen retrospektiven Kohortenstudie von Malm et al. (2004), hatten 20,4% der schwangeren Frauen mindestens ein Medikament der Kategorie D erworben, 3,4% ein Medikament der X-Kategorie. Der Erwerb von Medikamenten der Klasse D und X ging im Vergleich zwischen ersten und zweiten Trimester signifikant zurück. 0,2% der Frauen hatten mindestens 10 verschiedene Medikamente während der Schwangerschaft erhalten.

C) Nordamerikanische Studien

Die retrospektive Studie von Andrade et al. (2004), die auf die Datenbank von 8 Gesundheitsorganisationen, die Teil des Netzwerks „Health Maintenance Research Network Center for Education and Research on Therapeutics“ waren, zurückgreift, weist für die Stichprobe der 129.616 Frauen, die zwischen 1996-2000 ein Kind in einer der zugehörigen Kliniken zur Welt gebracht hatten, eine Prävalenz von 4,8% für Medikamente der Kategorie D und 4,6% der Kategorie X während der Schwangerschaft aus. 3,4% der Frauen hatten auch nach dem ersten Vorsorgetermin ein Medikament der Kategorie D erhalten und 1,1% ein Medikament der X-Kategorie.

In der US-amerikanischen Kohortenstudie von Riley et al. (2005), Stichprobe: 1.626 Frauen, Erhebungszeitraum 2001-2003, lag die Prävalenz für Medikamente der Kategorie D oder X bei 4%.

In der kanadischen Studie von Wen et al. (2008), die sich auf eine Stichprobe von 18.575 Frauen bezieht, die zwischen Januar 1997 und Dezember 2000 ein Kind geboren hatten, hatten 7,3% der Frauen während der Schwangerschaft ein Medikament der Kategorie D verschrieben bekommen und 3,9% ein Medikament der Kategorie X.

Hanley/Mintzes (2014) beziehen sich mit ihrer retrospektiven Kohortenstudie auf eine Stichprobe von 343.299 privat versicherten Frauen in den USA, die zwischen 1. Januar und 31. Dezember 2006 ihr Kind zur Welt gebracht hatten. Von diesen hatten 10,3% mindestens ein psychotropes Medikamente während der Schwangerschaft erhalten: 7,2% im ersten Trimester, 4,6% im zweiten und 5,3% im dritten Trimester (Spanne zwischen den einzelnen Staaten für psychotrope Medikamente während der Schwangerschaft: 6-15%). Im Erhebungszeitraum hatte sich dieser Prävalenzwert kaum verändert. Am häufigsten hatten die Frauen Antidepressiva (6,5%) erhalten, gefolgt von Anxiolytika (4,2%), Antipsychotika (1,1%) und Psychostimulanzien (0,6%). 1,6% hatten Medikamente aus mindestens zwei unterschiedlichen Gruppen konsumiert: am häufigsten eine Kombination aus Antidepressivum und Anxiolytikum (1,2%). Von den Frauen, die psychoaktive Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen hatten, hatte knapp die Hälfte (49,7%) eine relevante psychiatrische Diagnose, am häufigsten eine psychiatrisch diagnostizierte Depression (25,0%) oder Angststörung (24,4%). 73,9% derer, die mehr als ein psychotropes Medikament während der Schwangerschaft eingenommen hatten, hatten mindestens eine relevante psychiatrische Diagnose.

Im Durchschnitt hatten die Frauen 104 Tage während der Schwangerschaft psychotrope Medikamente zu sich genommen (Median 60 Tage). Signifikante regionale Differenzen zeigten sich dahingehend, dass der Konsum psychoaktiver Medikamente in der Schwangerschaft am niedrigsten in New York und Kalifornien war (6,4% und 7%), deutlich höher hingegen in den Südstaaten.

Im Unterschied zu den oben zitierten Studien untersuchen Hardt et al. (2013) die Prävalenz von verschreibungspflichtigen Medikamenten, Alkohol und illegalen Substanzen in nicht-natürlichen Todesfällen von Frauen in Florida der Jahre 1999-2005. Sie beziehen sich dabei auf insgesamt 169 Todesfälle von Frauen während oder kurz nach der Schwangerschaft, die positiv auf eine psychoaktive Substanz getestet wurden. Insgesamt waren 58% der Frauen zum Todeszeitpunkt schwanger gewesen. Bei gut der Hälfte der Todesfälle (n=91; 54%) wurden verschreibungspflichtige Medikamente nachgewiesen, bei 46% (auch) illegale Substanzen und bei 41% Alkohol. Bei einem Viertel der Todesfälle wurden ausschließlich verschreibungspflichtige Substanzen gefunden. Verschreibungspflichtige Opioide (alleine oder in Kombination) machten mit 30% die Mehrheit der Todesfälle aus, Benzodiazepine wurde bei einem Viertel der Todesfälle gefunden. Zudem fand sich häufig eine Kombination aus Benzodiazepinen und Opioiden (12% der Todesfälle). Unter den Frauen, die zum Zeitpunkt des Todes schwanger waren, konnten bei 34% verschreibungspflichtige Medikamente im Körper nachgewiesen werden, bei 50% (auch) illegale Drogen und bei 32% Alkohol. Hintergrund der Studie war die zu beobachtende Entwicklung in den USA und Florida, dass nicht nur der Anteil an verschreibungspflichtigen Medikamenten bei substanzbezogenen Todesfällen/Überdosierungen deutlich innerhalb der letzten Jahre angestiegen war, während der Anteil an illegalen Substanzen deutlich zurückging, sondern v.a. auch, dass in Florida Daten darauf hinwiesen, dass die Zahl der Neugeborenen, die wegen Entzugserscheinungen von verschreibungspflichtigen Medikamenten behandelt werden, um das 5fache gestiegen war.

Opiode

A) International vergleichende Studien:

In der international vergleichenden Online-Studie von Lupattelli et al. (2014) lag unter den 9.459 Teilnehmerinnen die Prävalenz des Konsums opioidhaltiger Analgetika bei insgesamt 1,1%, wobei sich deutliche Unterschiede zwischen Australien (5,5%), Nordeuropa (1,8%), West-Europa (1,2%), Nordamerika (0,8%) und Osteuropa (0,1%) fanden.

B) Europäische Studien

In der norwegischen Kohortenstudie von Engeland et al. (2008) (Stichprobengröße n= 106.329), mit der der Konsum von verschriebenen Medikamenten bei Frauen drei Monate vor, während und drei Monate nach der Schwangerschaft untersucht wurde, lag die Prävalenz für die Einnahme von Opioiden während der Schwangerschaft bei 1,3% während des ersten Trimesters und jeweils 1% während des zweiten und dritten Trimesters (drei Monate vor der Schwangerschaft: 2,5%).

In einer weiteren norwegischen Kohortenstudie (Handal et al. 2011), - Stichprobe n= 194.937 Schwangerschaften der Jahre 2004 bis 2009 (Datenbasis wie bei Engeland et al. 2008, Verknüpfung zwischen „Medical Birth Registry of Norway“ und der „Norwegian Prescription Database“) – hatten 6% der Frauen drei Monate vor, während und drei Monate nach der Schwangerschaft Opiode verschrieben bekommen und die entsprechenden Rezepte eingelöst. Fast alle Frauen hatten schwach wirksame Opiode erhalten, hauptsächlich handelte es sich dabei um kurzwirksames Codein in Kombination mit Paracetamol. Die Einnahme von Codein (eingelöste Rezepte) reduzierte sich von 2,4% drei Monate vor der Schwangerschaft auf 1% im letzten Trimester der Schwangerschaft, stieg dann aber wieder auf 1,7% in den drei Monaten nach der Schwangerschaft an. Die meisten Frauen hatten Codein nur einmal und nur für kurze Zeit (etwa eine Woche) erhalten. Nur eine kleine Gruppe (n = 271; 0,14% der Gesamtstichprobe) hatten in allen Schwangerschaftstrimestern Opiode erhalten. Ein Anstieg des Benzodiazepinkonsums wurde im Zusammenhang mit einem ansteigenden Opioidkonsum in den Monaten nach der Schwangerschaft beobachtet.

C) Nordamerikanische Studien

Die neuere US-amerikanische Studie von Bateman et al. (2014) bezieht sich auf eine Stichprobengröße von 534.500 Frauen mit vollendeter Schwangerschaft (Erhebungszeitraum 2005-2011), die in einer privaten (kommerziellen) Krankenversicherung (inklusive einer zumindest teilweisen Abdeckung der Kosten für medizinische Behandlung und Medikamente) waren (Register der Krankenkasse als Datenbasis). Insgesamt hatten 14,4% der Frauen (n= 76.742) mindestens einmal während der Schwangerschaft ein Opioid eingenommen, 9,3% dieser Frauen (n=7.135) hatten in dieser Zeit einen Krankenhausaufenthalt mit operativem Eingriff. Jeweils 5,7% der mehr als 76.000 Frauen hatte während des ersten und zweiten Trimesters der Schwangerschaft ein Opioid eingenommen, 6,5% während des dritten Trimesters; insgesamt hatten damit rund 6% der Frauen in allen drei Schwangerschaftstrimestern ein Opioid erhalten. Am häufigsten wurde den Frauen Hydrocodon (6,8%), Codein (6,1%) und Oxycodon (2,0%) verschrieben. Hier lag die durchschnittliche Einnahmedauer bei 5 bzw. 4 Tagen, während die Verschreibungsdauer für die deutlich weniger prävalenten Opiode Morphin (32 Tage), Fentanyl (71 Tage), Methadon (94 Tage) und Buprenorphin (116 Tage) deutlich höher lagen. 2,2% der Frauen hatten dreimal oder häufiger Opiode während der Schwangerschaft eingenommen. Der häufigste Grund für die Einnahme waren Rückenschmerzen (37% bei Frauen, die überhaupt während der Schwangerschaft Opiode eingenommen hatten und 76% derer, bei denen diese dreimal oder häufiger der Fall war), gefolgt von Abdominalschmerzen (32% bzw. 43%), Gelenkschmerzen (12% bzw. 23%) und Migräne (10% bzw. 22%). 5.838 Frauen der Gesamtstichprobe (2%) waren vor der Schwangerschaft „chronische Gebraucherinnen“ von Opioiden (definiert als Personen, die in den 180 Tagen vor der Schwangerschaft drei oder mehr Monate ein Opioid verschrieben bekommen hatten). Von diesen chronischen Gebraucherinnen hatten, je nach

Opioid, zwischen 67% und 95% auch im ersten Schwangerschaftsdrittel ein Opioid erhalten: In der Regel war dies das gleiche Opioid, das sie auch vor der Schwangerschaft eingenommen hatten, während zwischen 8% und 15% ein anderes Opioid erhielten (vergleichsweise häufig gewechselt wurde bei Morphin und Oxycodon, selten bei Hydrocodon und Buprenorphin). Während des zweiten Trimesters ging die Einnahme von Opioiden bei der Gruppe der chronischen Gebraucherinnen etwas zurück, der Anteil der Frauen, die während des zweiten Schwangerschaftsdrittels ein anderes Opioid als zuvor erhielt, stieg auf 11% bis 28% an (auf häufigsten wurde von Morphin, Tramadol, und Fentanyl gewechselt; vergleichsweise selten auch hier von Hydrocodon und Codein). Als wesentliche Ursachen für die regelmäßige Einnahme von Opioiden vor und entsprechend auch während der Schwangerschaft rangierten auch bei dieser Gruppe Rückenschmerzen an erster Stelle (68%), gefolgt von Abdominalschmerzen (41%), Gelenkschmerzen (28%) und Migräne (22%).

Bemerkenswerte Unterschiede zwischen der Prävalenz des Opioidkonsums (und damit offenbar der Verschreibungspraxis) fand die Studie zwischen unterschiedlichen Regionen: Während im Nordosten der USA die Prävalenz bei „lediglich“ 6,5% lag, betrug sie im Süden bis zu 26,5%. Im Erhebungszeitraum ging die Einnahme von Opioiden während der Schwangerschaft etwas zurück, von 14,9% (2005) auf 12,9% (2011).

In einer weiteren US-amerikanischen Vergleichsstudie (Smith et al. 2014) gaben hingegen nur 6% der befragten 2.748 Frauen an, während der Schwangerschaft Opioide konsumiert zu haben. Zum größten Teil handelte es sich hierbei um Oxycodon in Kombination mit Paracetamol (39%), gefolgt von Codein mit Paracetamol (27,5%) und Hydrocodon mit Paracetamol (10,2%). Die Prävalenzwerte liegen damit deutlich niedriger als in der Studie von Bateman et al., wobei zu berücksichtigen ist, dass die o.g. Studien sich auf Prävalenzen von Apotheken- bzw. Krankenversicherungsdaten beziehen, während sich die Werte bei Smith et al. aus den Selbstberichten der Frauen ergeben und möglicherweise zu einem Underreporting geführt haben. Zudem unterscheidet sich die Methodik der Studie von Smith et al. auch dahingehend, dass nicht auf ein vorhandenes Register von schwangeren Frauen zurückgegriffen wurde, sondern die Teilnehmerinnen eigens für die Studie über verschiedene Kliniken nach bestimmten Kriterien rekrutiert wurden. Diese Kriterien umfassten: Mindestalter 18 Jahre, maximal 16. Schwangerschaftswoche, schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie sowie etwa gleich große Vergleichsgruppen. 1. Gruppe: positives Screening für eine depressive Episode innerhalb der letzten 5 Jahre und/oder erlebtes Trauma und/oder aktuell in Behandlung wegen Depressionen. 2. Gruppe: negatives Screening für o.g. Belastungen. Insofern fand über die Rekrutierung und das notwendige Einverständnis der Frauen zur Teilnahme an der Studie bereits eine Vorauswahl der Interviewpartnerinnen statt. (was möglicherweise dazu geführt hat, dass Frauen mit Opioidkonsum während der Schwangerschaft unterrepräsentiert sind). In diesem Zusammenhang ist auch auf die Studie von Jaiswal et al. (2010) zu verweisen, die zu dem Ergebnis kommen, dass insbesondere in Bezug auf den Konsum von Opioiden während der Schwangerschaft und hier v.a. wenn es sich um eine kurze, periodische Einnahme handelt, Selbstberichte von Frauen häufig ungenau sind und daher in Studien zum Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft diese anhand von Selbstberichten gewonnenen Daten mit anderen „objektiven“ Daten ergänzt werden sollten. Anders verhält es sich beim chronischen Gebrauch, hier sind Selbstberichte häufig verlässlicher.

Desai et al. (2014), die mit ihrer Kohortenstudie die Prävalenz des Opioidkonsums unter mehr als 1,1 Mio. schwangeren Frauen in den USA, die Medicaid (Krankenversicherung/Gesundheitsfürsorgeprogramm für sozial bedürftige Personen) erhielten, untersuchen (Erhebungszeitraum 2000-2007), kommen zu dem Ergebnis, dass 21,6% der Frauen während der Schwangerschaft ein Rezept für Opioide ausgestellt bekommen und eingelöst hatten. Dieser im Vergleich zu anderen Untersuchungen bereits hohe Anteil war zwischen 2000 und 2007 von 18,5% auf 22,8% gestiegen. Die am häufigsten verschriebenen Opioide waren Codein und Hydrocodon. Unter Frauen, die mindestens ein Rezept für Opioide während der Schwangerschaft eingelöst hatten, lag der Median für die Anzahl der Rezepte bei 1 (Spanne: 1-2) und der Median für die Anzahl an Tagen der Einnahme bei 5 (Spanne: 3-13 Tage)

Benzodiazepine und Z-Substanzen

A) International vergleichende Studien

In der älteren Studie von Marcetti et al. (1993) hatten insgesamt 3% der Stichprobe (14.778 Frauen in 22 Ländern) während der Schwangerschaft Benzodiazepine verschrieben bekommen. Einen chronischen Benzodiazepingebrauch hatten 7% der Frauen, die überhaupt während der Schwangerschaft diese Medikamente eingenommen hatten.

In der Online-Studie von Lupattelli et al. (2014) hatten 0,1% der Frauen während der Schwangerschaft Benzodiazepine konsumiert (Online-Befragung, Selbstberichte der Frauen). Vergleichsweise hohe Prävalenzen (0,5%) zeigten sich für Australien, während in West- und Osteuropa die Werte bei 0,2% lagen, in Nordeuropa bei 0,1%. (k.A. für Nord- und Südamerika).

B) Europäische Studien

In der dänischen retrospektiven Kohortenstudie von Askaa et al. (2014) – mit der insgesamt 911.569 Geburten aus den Jahren 1997-2010 untersucht wurden (Datenbasis: Dänisches Geburtenregister/“The Danish Birth Registry“ und die Statistik zur Angabe medizinischer Produkte/“The Registry of Medicinal Product Statistics“) – wurde in 0,3% die Einnahme von Z-Substanzen während der Schwangerschaft festgestellt.

In der norwegischen Kohortenstudie von Riska et al. (2014), für die ebenfalls wie in den anderen norwegischen Studien das nationale Geburtenregister und das nationale Verschreibungsregister gekreuzt wurden (Stichprobengröße: 345.703 Schwangerschaften im Zeitraum 04/2004 bis 1/2011), hatten 1,5% (n= 5.135) der Frauen während der Schwangerschaft mindestens einmal eine Verschreibung für Benzodiazepine oder Z-Substanzen in einer Apotheke eingelöst; 1.617 (0,5 % der Stichprobe) zwei oder mehrmals. Insofern hatte die weit überwiegende Mehrheit der Frauen (68,5 %), nur einmal ein Rezept für diese Substanzen während der Schwangerschaft eingelöst, 17,5% (n= 897) hatten mindestens ein Rezept in zwei unterschiedlichen Trimestern eingelöst und 14% (n=720) hatten mehrere Rezepte innerhalb desselben Trimesters eingelöst.

Der Median für die verschriebenen Tagesdosen lag bei 15, unter den 25% derer, die die höchsten Dosierungen verschrieben bekamen, bei 40 Tagesdosen (die oberen 10% der Frauen mit der höchsten Anzahl an Verschreibungen hatten 220 Tagesdosen (Median) erhalten). Jeweils knapp ein Fünftel der Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine oder Z-Substanzen erhalten hatten, hatten ebenfalls ein Opioid oder Antidepressivum verschrieben bekommen. Unter diesen Frauen mit Co-Medikation lag der Anteil derer, die nur einmal während der Schwangerschaft ein Rezept für Benzodiazepine oder Z-Substanzen eingelöst hatten, lediglich bei 27,6 % bzw. 30,9 % und damit deutlich niedriger als in der Gesamtgruppe der Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine/Z-Substanzen eingenommen hatten. Riska et al. schlussfolgern, dass die Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen während der Schwangerschaft in Norwegen zwar nicht besonders weit verbreitet ist, die Resultate jedoch darauf hindeuten, dass es eine relevante Anzahl an schwangeren Frauen gibt, die diese Medikamente häufig und in hoher Dosierung verschrieben bekommen und zudem eine Co-Medikation mit anderen psychoaktiv wirksamen Medikamenten (Opioiden, Antidepressiva) vorliegt. Der Anteil an Frauen, die Benzodiazepine/Z-Substanzen verschrieben bekommen hatten, ging im Vergleich zu den 3 Monaten vor der Schwangerschaft während der Schwangerschaft zurück, erhöhte sich dann wieder in den 3 Monaten nach der Geburt, erreichte jedoch nicht mehr das Niveau wie vor der Schwangerschaft. Vor der Schwangerschaft wurden den Frauen Z-Substanzen häufiger als Benzodiazepine verschrieben, während die Prävalenz von Z-Substanzen während der Schwangerschaft niedriger war als die von Benzodiazepinen. Im Vergleich der Erhebungsjahre (2004 – 2011) wurden keine Veränderungen in der Prävalenz der verschriebenen Benzodiazepine und Z-Substanzen bei schwangeren Frauen beobachtet.

C) Nordamerikanische Studien

Andrade et al. (2004) dokumentieren mit ihrer Studie eine Prävalenz von 1,3% für Sedativa/Hypnotika unter schwangeren Frauen in den USA (1996–2000).

In der US-amerikanischen Studie von Hanley/Mintzes (2014) lag die Prävalenz für Anxiolytika bei 4,2%; fast immer handelte es sich hierbei um Benzodiazepine/Z-Substanzen: 3,9% (am häufigsten Zolpidem, Alprazolam, Diazepam und Lorazepam). Im Durchschnitt hatten die Frauen 43,2 Tage Anxiolytika eingenommen (Median: 30 Tage). 2,9% der Frauen hatten die Substanzen erst während der Schwangerschaft verschrieben bekommen, 1,3% bereits in den 6 Monaten zuvor. 2,2% hatten eine Verschreibung erst in den 180 Tagen nach der Geburt erhalten.

In der kanadischen Studie von Kulaga et al. (2009) hatten 3,9 % (4.245 von 109.344) der schwangeren Frauen (Erhebungszeitraum 1998–2002) mindestens ein Rezept für Benzodiazepine eingelöst.

In einer weiteren kanadischen Studie von Daw et al. (2012) wurde 3,2% der schwangeren Frauen Benzodiazepine verschrieben.

Antidepressiva

A) International vergleichende Studien

In der älteren Studie von Marcetti et al. (1993) hatten insgesamt 0,1% der Gesamtstichprobe (14.778 Frauen in 22 Ländern) Antidepressiva während der Schwangerschaft verschrieben bekommen.

In der Online-Studie von Lupattelli et al. (2014) gaben 2,4% der befragten 9.549 Frauen an, während der Schwangerschaft ein Antidepressivum genommen zu haben, hauptsächlich handelte es sich hierbei um Selektive Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRIs); mit einer Prävalenz von 1,7%. Bezüglich der Unterschiede zwischen den einzelnen Regionen zeigte sich die höchste Prävalenz von Antidepressiva während der Schwangerschaft in Australien (10,6%; SSRIs: 6,5%), die niedrigste Prävalenz in Süd-Amerika (0,3%, SSRIs: k.A.) und Ost-Europa (0,5%; SSRIs 0,3%). Vergleichsweise hohe Prävalenzwerte ließen sich auch in Nordamerika (5,4%; SSRIs 2,6%) und Nordeuropa (3,5%; SSRIs: 2,9%) feststellen (Westeuropa: 1,9%; SSRIs: 1,4%).

B) Europäische Studien

Kieler et al. (2012) berichten eine Prävalenz von 1,1% für den Konsum von SSRIs während der ersten Wochen der Schwangerschaft (bis zum 55. Tag) und 0,7% in den letzten Wochen der Schwangerschaft (ab 140. Tag) in 5 nordeuropäischen Ländern (Dänemark, Finnland, Island, Norwegen, Schweden) für die Jahre 1996 bis 2007 (Stichprobengröße: 1.618.255 Geburten). Ihre Ergebnisse beziehen sich für alle Länder auf die Geburtenregister, Verschreibungsregister und Sterberegister. Für Dänemark, Schweden, Island und Finnland wurde zudem das Patientenregister genutzt (für Dänemark zusätzlich das zentrale Register für psychiatrische Diagnosen), sodass Aussagen über psychiatrische (Vor-)Erkrankungen der Mutter und des Neugeborenen möglich sind. Insgesamt hatten 85,2% der Frauen mit einer psychiatrischen Vor-erkrankung/Diagnose während der Schwangerschaft kein Antidepressivum eingenommen.

In der niederländischen Studie von Ververs et al. (2006), die auf den Daten einer der größten nationalen Krankenversicherung basieren (Krankenakten und Verschreibungen) und eine Stichprobe von 29.005 Frauen umfasst, die zwischen Januar 2000 und Juli 2003 ein Kind zur Welt gebracht hatten, lag die Prävalenz für die Verschreibung bzw. Einnahme von Antidepressiva im ersten Trimester bei 2%, in den beiden folgenden Trimestern bei 1,8%. Nahezu 60% der Frauen, die vor der Schwangerschaft Antidepressiva eingenommen hatten, stoppten die Einnahme im ersten Trimester, 19% im zweiten Trimester; jedoch begannen rund 10% der Frauen wieder mit der Einnahme während der Schwangerschaft. Von allen Frauen, die während der Schwangerschaft Antidepressiva einnahmen, hatte ein Drittel erst in der Schwanger-

schaft mit der Einnahme begonnen. In den drei Monaten nach der Geburt lag die Prävalenz für Antidepressiva dann wieder nahezu genauso hoch, wie vor der Schwangerschaft (2,9%). Die am häufigsten konsumierten Antidepressiva waren die SSRIs Paroxetin und Fluoxetin. Bezüglich der Co-Medikation mit Benzodiazepinen zeigte sich, dass ein Drittel der Frauen, die vor der Schwangerschaft Antidepressiva eingenommen hatten, auch Benzodiazepine erhalten hatten. Der Konsum von Benzodiazepinen ging jedoch während der Schwangerschaft sehr deutlich zurück, so dass im dritten Trimester nur noch 3,4% dieser Frauen ein Benzodiazepin konsumierten. Von den 495 Frauen, die die Einnahme von Antidepressiva während der Schwangerschaft beendet hatten, hatten 17% weiterhin eine Verschreibung für Benzodiazepine im ersten Trimester, 3,2% im zweiten Trimester und 2,8% im dritten Trimester.

C) Nordamerikanische Studien

Studien weisen für Nordamerika darauf hin, dass der Konsum von psychoaktiven Medikamenten, insbesondere von Antidepressiva, während der Schwangerschaft seit den frühen 2000er Jahren angestiegen ist.

Bérard/Sheehy (2014), die für ihre Studie die Daten von 289.688 Schwangerschaften von 186.165 Frauen in Quebec im Zeitraum von 1998 bis 2008 auswerten, finden eine Prävalenz von 4,5% für die Verschreibung/Einnahme von Antidepressiva während der Schwangerschaft (im Vergleich zu 7,9% im Jahr nach der Schwangerschaft). Während der Schwangerschaft ging der Konsum von Antidepressiva von 4,3% im ersten Trimester auf 2,4% im zweiten Trimester und schließlich 1,6% im letzten Trimester zurück.

In der US-amerikanischen retrospektiven Kohortenstudie von Cooper et al. (2007), die sich auf 105.335 Schwangerschaften zwischen 1999-2003 bezieht, zu deren Zeitpunkt die Frauen Medicaid erhielten, lag die Prävalenz für den Gebrauch von Antidepressiva bei insgesamt 8,7% (6,2% SSRIs), wobei ein deutlicher Anstieg der Prävalenz über den Erhebungszeitraum hinweg festgestellt wurde (von 5,7% in 1999 auf 13,4% in 2003). Dieser Anstieg war vor allem auf die zunehmende Verschreibung von SSRIs zurückzuführen.

In einer weiteren US-amerikanischen Studie von Hanley/Mintzes (2014) waren Antidepressiva mit einer Prävalenz von 6,5% die am häufigsten verschriebenen psychoaktiven Medikamente während der Schwangerschaft. Am häufigsten wurden SSRIs verschrieben (5,1%) (Sertralin, Fluoxetin und Escitalopram), gefolgt von SNRIs (0,8%). Im Durchschnitt hatten die Frauen Antidepressiva 125,3 Tage eingenommen (Median 90 Tage), also fast die Hälfte der Schwangerschaft. Für SSRIs zeigte sich eine identische Dauer, während SNRIs etwas kürzer verschrieben wurden, im Durchschnitt 111,1 Tage (Median: 60 Tage). Andere Antidepressiva wurden für durchschnittlich 100 Tage (Median: 60 Tage) verschrieben. 4,4% der Frauen hatten bereits in den 6 Monaten vor der Schwangerschaft Antidepressiva eingenommen, während 2,1% der Frauen erst während der Schwangerschaft ein Antidepressivum verschrieben bekamen (keine Einnahme in den 6 Monaten vor der Schwangerschaft). 4,6% der Frauen hatten erst in den 180 Tagen nach der Geburt eine Verschreibung für ein Antidepressivum erhalten. 31,5% der Frauen mit Konsum von Antidepressiva hatten eine Diagnose für eine Angststörung, 35,5% für eine Depression. Umgekehrt hatte 57% der Frauen mit einer Diagnose für Depression und 62% der Frauen mit einer Diagnose für Angststörungen keine psychoaktiven Medikamente während der Schwangerschaft konsumiert bzw. hierfür ein Rezept eingelöst.

Auch die Studie von Mitchell et al. (2013), die sich auf Daten der Epidemiology Center Birth Defects Study (BDS) der Jahre 1976 bis 2008 und der National Birth Defects Prevention Study (NBDPS) der Jahre 1997 bis 2003 stützt und damit auf eine Gesamtstichprobe beider Studien von mehr als 30.000 Frauen, die zu ihrem Medikamentenkonsum während der Schwangerschaft befragt wurden, zeigt, dass der Konsum von Antidepressiva unter schwangeren Frauen in den USA angestiegen ist: von weniger als 1% in 1988-90, auf 7,5% in jüngster Zeit. Was die einzelnen Substanzen betrifft, ließ sich zwischen 2000 und 2002 ein Anstieg für Fluoxetin und zwischen 2003 und 2005 ein Anstieg für Paroxetin beobachten, gefolgt von einem jeweiligen Rückgang. Angestiegen ist in den letzten Jahren hingegen der Gebrauch bzw. die Verordnung von Sertralin.

Neuroleptika/Antipsychotika

A) International vergleichende Studien

In der oben zitierten Studie von Lupattelli et al. (2014) gaben insgesamt 0,1% der Frauen, die an der Online-Befragung teilgenommen hatten, an, während der Schwangerschaft Neuroleptika eingenommen zu haben, mit den höchsten Prävalenzwerten in Australien (1,4%) und Nordamerika (0,6%) und niedrigeren Werten in West- und Nordeuropa (jeweils 0,1%) (k.A. für Osteuropa, und Südamerika).

In der älteren Studie von Marcetti et al. (1993) lag die Prävalenz für den Konsum von Neuroleptika während der Schwangerschaft bei 0,6% der Gesamtstichprobe (14.778 Frauen in 22 Ländern).

B) Europäische Studien

In der britischen Studie von Petersen et al. (2014), die sich auf Daten des Health Improvement Network (THIN) beziehen, die größte Datenbasis in GB zur Primärversorgung, und hier auf 495.953 Schwangerschaften zwischen 1995 und 2012, hatten 0,29% der Frauen sechs Monate vor der Schwangerschaft ein Antipsychotika verschrieben bekommen, 0,19% auch zu einem Zeitpunkt, zu dem die Schwangerschaft wahrscheinlich bekannt war (sechs Wochen). Zwischen 1995 und 2007 hatte sich die Prävalenz für die Verschreibung von Antipsychotika vor und während der Schwangerschaft kaum verändert, seit 2007 ist die Prävalenz deutlich angestiegen (dies v.a. aufgrund eines Anstiegs bei den Verschreibungen von atypischen Antipsychotika). Bei den atypischen Antipsychotika reduzierten sich die Verschreibungen zwischen sechs Monaten vor der Schwangerschaft und den ersten sechs Wochen der Schwangerschaft auf 54% der Frauen, im dritten Schwangerschaftstrimester erhielten nur noch 38% der Frauen eine Verschreibung hierfür. Bei Frauen, die typische Antipsychotika einnahmen, reduzierte sich die Prävalenz auf 35% nach den ersten sechs Wochen der Schwangerschaft und auf 19% im dritten Trimester. Insbesondere Frauen, die geringere Dosierungen erhielten, hatten eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Einnahme während der Schwangerschaft zu beenden.

C) Nordamerikanische Studien

In der US-amerikanischen Studie von Hanley/Mintzes (2014) lag die Prävalenz für Antipsychotika bei 1,1%, am häufigsten verschrieben wurde Prochlorperazin (wird vorwiegend gegen Übelkeit und Erbrechen, als Antiemetikum und bei Migräne, seltener als Antipsychotikum eingesetzt). Fast die Hälfte der Verschreibungen war auf das erste Trimester der Schwangerschaft beschränkt. Lediglich 17% der Frauen, die typische Antipsychotika verschrieben bekommen hatten, lösten ein zweites Rezept während der Schwangerschaft ein. Das am häufigsten verschrieben atypische Antipsychotika/Neuroleptika war Quetiapin, aber auch hier war der Gebrauch während der Schwangerschaft sehr selten (0,1%). Die durchschnittliche Einnahmedauer von Antipsychotika lag bei 46,4 Tagen (Median 14 Tage), wobei typische Antipsychotika für durchschnittlich 14,7 Tage (Median 8 Tage) eingenommen wurden, atypische Antipsychotika für durchschnittlich 103,8 Tage (Median: 60 Tage). 0,5% der Frauen hatten erst während der Schwangerschaft Antipsychotika verschrieben bekommen, 0,2% bereits in den 6 Monaten vor der Schwangerschaft. Bei 0,2% erfolgte eine Verschreibung erst in den 180 Tagen nach der Schwangerschaft.

Psychostimulanzien

A) Nordamerikanische Studien

Eine der wenigen Studien, die überhaupt näher den Konsum von Psychostimulanzien während der Schwangerschaft untersucht, ist die von Hanley/Mintzes (2014): In ihrer Kohortenstudie zeigte sich eine Prävalenz von 0,6%. Die durchschnittliche Einnahmedauer während der Schwangerschaft lag bei 79,8 Ta-

gen bei einem Median von 49 Tagen. Knapp die Hälfte der Frauen mit Konsum von Psychostimulanzien hatte eine Diagnose für ADHS und 72,3% hatten eine Diagnose für mindestens eine psychische Störung.

Kombinierter Konsum verschiedener Klassen von psychoaktiven Medikamenten

A) Nordamerikanische Studien

In der retrospektiven Kohortenstudie von Hanley/Mintzes (2014) hatten rund 1,6% der schwangeren Frauen Medikamente aus mindestens zwei unterschiedlichen Gruppen konsumiert: am häufigsten ein Antidepressivum und Anxiolytikum (1.2%).

Nicht medizinischer Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten

A) Nordamerikanische Studien

Eine der wenigen Studien, die den nicht-medizinischen Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten untersucht, stammt von Bali et al. 2010. Nach den Ergebnissen des US-amerikanischen National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) aus dem Jahr 2007 lag die Prävalenz für den nicht medizinischen Gebrauch verschreibungspflichtiger Medikamente unter schwangeren Frauen bei 9,62%. Die höchste Prävalenz wurde für verschreibungspflichtige Schmerzmittel festgestellt (5,27%), gefolgt von Tranquilizern (1,65%), Stimulanzien (1,93%) und Sedativa (0,51%).

„Besondere“ Gruppe von schwangeren Frauen: Substituierte, Frauen in Behandlung etc.

Einen hohen Gebrauch von verschreibungspflichtigen Medikamenten (Co-Medikation) findet die norwegische Studie von Lund et al. (2013) unter schwangeren Frauen in Methadonsubstitution. (Datenbasis: Geburtenregister kombiniert mit Verschreibungsregister, Erhebungszeitraum: 2004-2010). Stichprobengröße: 138 Frauen mit 158 Schwangerschaften. Insgesamt hatten 45% der Frauen psychoaktiv wirksame Medikamente während der Schwangerschaft eingenommen: 21% hatten Benzodiazepine/Anxiolytika konsumiert, 15% Opioid-Analgetika und 13% Benzodiazepine/Hypnotika. Demgegenüber hatten „nur“ 5% ein Antidepressivum erhalten.

Die US-amerikanische Studie von Martin et al. (2014), die auf Daten des Treatment Episodes Data Set (vergleichbar mit Dt. KDS) zurückgreift, verzeichnet für den Zeitraum von 1992 und 2012 zwar einen relativ gleichbleibenden Anteil an schwangeren Frauen im Behandlungssystem der Sucht- und Drogenhilfe, jedoch einen sehr deutlichen Anstieg des Ge- bzw. Missbrauchs von verschreibungspflichtigen Opioiden in dieser Gruppe: von 2% auf 28% (insbesondere in den südl. USA). Behandlungen von schwangeren Frauen wegen Opioiden als Hauptdiagnose stiegen im gleichen Zeitraum von 1% auf 19% an. Unter Frauen, die wegen einer Problematik aufgrund verschreibungspflichtiger Opioide im Behandlungssystem waren, nahm der Anteil derer, bei denen dies auch die Hauptdiagnose war, von 38% in 1992 auf 70% in 2012 zu.

1.2 Erkenntnisse zu (soziodemographischen) Charakteristika der schwangeren Frauen und Mütter

Verschiedene Bevölkerungsstudien (Johnell et al. 2006, Fang et al. 2009, Karjalainen et al. 2011) zeigen einen Zusammenhang zwischen Benzodiazepingebrauch und sozialer Benachteiligung (geringes Bildungsniveau, niedriges Einkommen, geschieden oder verwitwet sein) auf.

A) International vergleichende Studien

In der online-basierten international vergleichenden Studie von Lupattelli et al. (2014) (9.459 schwangere Frauen und junge Mütter (Kind max. 1 Jahr alt) in Europa, Nord- und Südamerika sowie Australien) zeigt sich, dass ältere Frauen, Frauen mit einem niedrigeren Bildungsniveau, Hausfrauen sowie Frauen, die ungeplant schwanger geworden waren, häufiger Medikamente für chronische bzw. länger andauernde Krankheiten konsumiert hatten. In nord- und westeuropäischen Ländern berichteten Frauen mit Migrationshintergrund seltener über den Konsum von Medikamenten während der Schwangerschaft für chronische/langandauernde Krankheiten als Frauen ohne Migrationshintergrund.

B) Europäische Studien

Die dänische Studie von Olesen et al. (2006) widmet sich explizit der Frage nach dem Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und dem Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente während der Schwangerschaft (bevölkerungsbasierte Kohortenstudie, Stichprobe: 19.874 Frauen, die zwischen 1991–1998 ein Kind zur Welt gebracht hatten). Nach den Ergebnissen konsumieren Frauen mit einem geringeren Bildungsniveau und einem geringeren Haushaltseinkommen, Frauen, die nicht mit dem Vater des Kindes zusammen leben und deren Partner ein niedriges Bildungsniveau hat, häufiger verschreibungspflichtige Medikamente während der Schwangerschaft. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die Studie keine Aussagen zum Konsum von psychoaktiven verschreibungspflichtigen Medikamenten zulässt. (sondern sich auf Medikamente gegen Asthma, Infektionen etc. bezieht).

Bezogen auf die Einnahme von Z-Substanzen während der Schwangerschaft kommt die dänische retrospektive Kohortenstudie von Askaa et al. (2014) (Stichprobe n=911.569 Geburten aus den Jahren 1997-2010) zu dem Ergebnis, dass Frauen, die Z-Substanzen während der Schwangerschaft eingenommen hatten (insgesamt n= 2.552 bzw. 0.3% der Stichprobe) im Vergleich zu schwangeren Frauen ohne Einnahme dieser Medikamente, älter waren, einen höheren BMI hatten, häufiger ihr drittes oder viertes Kind erwarteten, ein geringeres Einkommen und Bildungsniveau hatten, häufiger (auch) und mehr während der Schwangerschaft geraucht hatten und häufiger zusätzlich zu den Z-Substanzen (Zopiclone machte 59% aller Fälle aus, Zolpidem 44%, keine Einnahme von Zaleplon) auch eine Medikation mit Antipsychotika, Anxiolytika und/oder Antidepressiva erhalten hatten. Die Ergebnisse stützen die schwedische Studie von Wikner et al. (2007), die ebenfalls unter Frauen mit Einnahme von Benzodiazepinagonisten während der Schwangerschaft höhere Raten an Raucherinnen, ältere Altersgruppen, ein geringeres Bildungs- und Einkommensniveau sowie einen höheren BMI fanden. Auch hier hatten Frauen, die bereits zwei oder mehrmals schwanger gewesen waren, häufiger Z-Substanzen verschrieben bekommen.

In ihrer vergleichenden Follow-up-Studie untersuchen die finnischen Autorinnen Raitasalo et al. (2015) den Erwerb von Benzodiazepinen unter Frauen, die 2002 ein Kind zur Welt gebracht hatten (insgesamt n=54.519). Die Frauen wurden über einen Zeitraum von insgesamt 11 Jahren (vier Jahre vor der Geburt des Kindes bis sieben Jahre danach) (d.h. 1998-2009) jährlich befragt. Es wurden fünf Kategorien von Müttern gebildet: 1) Mütter mit Substanzmissbrauch (Alkohol, illegale Drogen, oder Alkohol und illegale Drogen) (1% der Stichprobe), 2) Mütter mit psychiatrischer Erkrankung (1% der Stichprobe), 3) Mütter mit einem Risiko für soziale Marginalisierung (11% der Stichprobe), 4) Mütter mit geringerer/latenter sozialer Problemlage (18% der Stichprobe) und 5) als Vergleichsgruppe: Mütter mit keinen identifizierbaren Problemlagen (69% der Stichprobe). Frauen wurden der ersten Gruppe zugeteilt, wenn sie 1) mit einer entsprechenden primären oder sekundären ICD-10-Diagnose (F10-19) registriert waren, oder 2) eine ambulante oder stationäre Therapie wegen Substanzproblemen in Anspruch genommen hatten, oder 3) eine registrierte Verschreibung von Medikamenten zur Behandlung einer Alkohol- oder Opiatabhängigkeit

hatten (Medikamente mit ATC Code N07BB; z.B.: Disulfiram/„Antabus“; Naltrexone oder Code N07BC; z.B. Methadon, Buprenorphine, Diamorphin), oder 4) im Zusammenhang mit einer alkohol- oder drogenbezogenen Diagnose verstorben waren oder 5) bei ihren Neugeborenen Symptome einer pränatalen Alkohol- oder Drogenexposition diagnostiziert worden waren. Frauen wurden der zweiten Gruppe zugeteilt, 1) wenn sie mit einer entsprechenden primären oder sekundären ICD-10-Diagnose registriert waren, oder 2) eine stationäre Behandlung wegen Schizophrenie oder verwandten Krankheitsbildern (F20-F29), affektiven Störungen (F30-F39), neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69) in Anspruch genommen hatten oder 3) für eine höhere Rück-erstattung der Kosten für Medikamente für schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen registriert waren.

Dauerhafte und zeitweise Armut, Schulbildung (Abitur) und das Zusammenleben mit einem Partner zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes wurden als soziodemographische Statusfaktoren genutzt. Als dauerhafte Armut wurde definiert, wenn die Frauen für mindestens drei Jahre mehr als drei Monate pro Jahr staatliche Unterstützungsleistungen/Sozialhilfe erhalten hatten. Als zeitweise Armut galt, wenn die Frauen jemals Sozialhilfe nach der Geburt bis zum 7. Lebensjahr des Kindes erhalten hatten. Bezüglich der Schulbildung wurde zwischen weiterführender Schule bzw. abgeschlossene Ausbildung/Studium und keinem Schulabschluss/Hauptschule unterschieden, bzw. bzgl. der Partnersituation, ob die Frauen zum Zeitpunkt der Geburt mit oder ohne Partner lebten/alleinerziehend waren. Im Ergebnis zeigt sich, dass über den Vergleichszeitraum der 11 Jahre in den einzelnen Jahren zwischen 0,7% und 3,2% der Frauen Benzodiazepine über eine Apotheke erworben hatten. Insgesamt hatten 8% (N=4296) der Frauen mindestens einmal ein Benzodiazepin in den 11 Jahren erworben, 28% der Käufe wurde von der kleinen Gruppe der „Frauen mit Substanzproblemen“ getätigt, 30% von der großen Vergleichsgruppe der Frauen „ohne identifizierte Probleme“. 21% der Käufe entfielen auf die Gruppe der Frauen mit einem Risiko für soziale Marginalisierung, 13% auf Frauen mit geringeren sozialen oder substanzbezogenen Problemen und nur 7% auf die Gruppe der Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen. Die alterskorrigierten Daten zeigten in der Vergleichsgruppe (ohne identifizierte Probleme) die niedrigste Wahrscheinlichkeit für den Erwerb von Benzodiazepinen und auch die niedrigste Anzahl an Käufen. Demgegenüber war sowohl die Wahrscheinlichkeit für den Erwerb von Benzodiazepinen als auch die Anzahl der Käufe in den Gruppen der Frauen mit Substanzproblemen und psychiatrischen Erkrankungen am höchsten, während die Anzahl der Käufe in der Gruppe mit Substanzproblemen am höchsten war. Über alle Gruppen hinweg reduzierte sich jedoch sowohl der Anteil an Frauen, die Benzodiazepine erworben hatten, sowie die Anzahl an Käufen während der Schwangerschaft und im Jahr der Geburt des Kindes, gefolgt von einer wieder deutlichen Zunahme des Erwerbs ab dem zweiten Jahr nach der Geburt, dies v.a. in den Gruppen mit Substanzmissbrauch, psychiatrischen Erkrankungen und Risiko für soziale Marginalisierung.

Insgesamt schlussfolgern die Autorinnen, dass Mütter mit Substanzproblemen und psychiatrischen Erkrankungen wesentliche Risikogruppe für den Gebrauch von Benzodiazepinen während Schwangerschaft und auch nach der Geburt des Kindes sind. Die temporären Variationen im Erwerb (insbesondere die Reduzierung des Gebrauchs während Schwangerschaft und noch im ersten Jahr nach der Geburt und der danach folgende Anstieg), lassen sich nach Meinung der Autorinnen auf folgende wesentliche Faktoren zurückführen. 1) Die Sorge der Frauen, ihr ungeborenes Kind zu schädigen. Dies wird verstärkt durch soziale Normen, die sich gegen den Gebrauch von Alkohol, Drogen und Medikamenten während der Schwangerschaft richten. 2) Die Betreuung und Unterstützung die schwangere Frauen in Finnland erhalten (durch Kliniken, Mutterschutz und Elternzeit von knapp einem Jahr) tragen möglicherweise ebenfalls zu einem reduzierten BZD-Konsum bei. 3) Die Hilfe und Beratung, die werdende Mütter erhalten, führen möglicherweise zu einem besseren Wohlbefinden und dazu, dass die Frauen abstinenter von Drogen und Alkohol sein können. 4) Im Gegensatz dazu trägt die Doppelbelastung durch Versorgung kleiner Kinder und Vollzeit-Erwerbstätigkeit (wie dies normalerweise in Finnland für Mütter der Fall ist) möglicherweise zu einem erhöhten BZD-Konsum im ersten Jahr nach Geburt des Kindes (wenn die Mütter i.d. Regel wieder in die Berufstätigkeit zurückkehren) bei. 5) Das Risiko einer Abhängigkeit steigt mit der Dauer der Einnahme von BZDs. D.h. dass Frauen, die bereits über mehrere Jahre BZDs einnehmen, ein höheres Risiko für eine Abhängigkeit haben und sich somit auch die Wahrscheinlichkeit für einen gesteigerten Gebrauch erhöht. Um Mütter mit Benzodiazepin-Missbrauch zu identifizieren und besser zu erreichen, müsse, so die Autorinnen, der Blick stärker auf die psychosoziale Situation von Müttern mit kleinen Kindern gerichtet werden.

In der norwegischen Studie von Riska et al. (2014) waren Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine oder Z-Substanzen verschrieben bekommen hatten, im Vergleich zu schwangeren Frauen ohne Benzodiazepin/Z-Substanzen-Konsum, älter, lebten seltener in einer Partnerschaft (und waren seltener verheiratet), hatten häufiger bereits eine Fehlgeburt, waren häufiger chronisch krank und hatten häufiger während der Schwangerschaft geraucht.

Die Studie von Kieler et al. (2012) zum Gebrauch von SSRIs während der Schwangerschaft in nordeuropäischen Ländern kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen mit Konsum von SSRIs während der Schwangerschaft älter waren und häufiger Raucherinnen als Frauen ohne SSRI-Konsum.

Auch die niederländische Studie von Ververs et al. (2006) weist auf einen höheren Konsum von Antidepressiva unter älteren Frauen hin: Dieser lag unter schwangeren Frauen über 35 Jahre fast doppelt so hoch, wie unter Frauen unter 35 Jahren.

Die britische Studie von Petersen et al. (2014) zur Einnahme von Antipsychotika während der Schwangerschaft kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen, die älter sind (35 Jahre und älter) dreimal häufiger die Einnahme während der Schwangerschaft fortsetzen als Frauen unter 25 Jahren. Weitere Faktoren, die eine fortgesetzte Medikation während der Schwangerschaft wahrscheinlicher machen, sind die Dosierung und die Dauer der Behandlung (mehr als 12 Monate vs. weniger als 6 Monate vor der Schwangerschaft).

C) Nordamerikanische Studien

In der US-amerikanischen Studie von Buitendijk/Bracken (1991) fand sich ein erhöhter Gebrauch, sowohl von rezeptfreien als auch rezeptpflichtigen Medikamenten, unter „weißen“ Frauen sowie unter Frauen, die während der Schwangerschaft mehr als 20 Zigaretten pro Tag rauchten, Alkohol getrunken hatten, Koffein zu sich genommen hatten und Cannabis konsumiert hatten. Insofern legen, so die AutorInnen, die Forschungsergebnisse einen Zusammenhang zwischen anderen riskanten Verhaltensweisen und dem Konsum von Medikamenten während der Schwangerschaft nahe, d.h. dass der Gebrauch von Medikamenten eine unter mehreren riskanten Verhaltensweisen darstellt.

Bezüglich Medikamenten der Kategorie D oder X lag in der Studie von Riley et al. (2005) die Prävalenz unter Afroamerikanerinnen höher als unter weißen Frauen. Zusammenhänge zeigten sich darüber hinaus darin, dass ein geringeres Bildungsniveau mit einem höheren Konsum assoziiert war. Frauen, die verheiratet waren oder mit einem Partner zusammen lebten, nahmen seltener D oder X-Medikamente während der Schwangerschaft ein.

Die US-amerikanische prospektive Kohortenstudie von Smith et al. (2014) untersucht u.a. die demographischen Faktoren in Bezug auf den Gebrauch opioidhaltiger Analgetika während der Schwangerschaft. Von den 2.748 schwangere Frauen der Stichprobe (Einschlusskriterien und Rekrutierung; s.o.) hatten 6% (n=165) während der Schwangerschaft Opiode konsumiert. 20% der Opioidgebraucherinnen (n=33) hatten eine aktuelle oder chronische Erkrankung, die eine Behandlung mit Opioiden rechtfertigte bzw. notwendig machte, in der Vergleichsgruppe der Nicht-Opioidgebraucherinnen waren dies 8% (n=203). Bezüglich der demographischen Charakteristika zeigte sich, dass die Frauen mit Opioid-/Analgetikakonsum signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe ohne Konsum eine psychische Erkrankung hatten (34% vs. 17%): Auch bei den einzelnen Erkrankungen zeigten sich meist signifikante Unterschiede: Depressionen (16% vs. 8%), generalisierte Angststörungen (18% vs. 9%), posttraumatische Belastungsstörungen (4% vs. 1%) – einzig in Bezug auf Panikstörungen (6% vs. 4%) erreichte der Unterschied zwischen beiden Gruppen keine statistische Signifikanz. Signifikante Unterschiede zeigten sich zudem bezüglich des Gebrauchs von Antidepressiva/SSRI (23% vs. 10%) und dahingehend, dass Opioidgebraucherinnen signifikant häufiger illegale Substanzen während des 2. und 3. Schwangerschaftstrimesters konsumiert hatten (4% vs. 0,5%) und häufiger während der Schwangerschaft (1-3. Trimester) geraucht hatten (1. Trimester: 10% vs. 6%, 2. oder 3. Trimester: 23% vs. 7,5%). Keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen wurden hingegen für den Konsum von illegalen Drogen im ersten Schwangerschaftstrimester (8,5% vs. 6%), dem regelmäßigen bzw. intensiven Konsum von Alkohol (definiert als 4 oder mehr Gläser Alkohol pro Woche oder drei oder mehr Gläser pro

Trinkgelegenheit; 1,8% vs. 0,9%), Früh- oder Fehlgeburten und Größe entsprechend des Gestationsalters festgestellt. Und auch bezüglich des soziodemographischen Faktors Bildungsniveau fand die Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Ergebnisse von Smith et al. widersprechend damit den Ergebnissen zahlreicher anderer Studien.

Bezüglich des nicht-medizinischen Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente während der Schwangerschaft kommt die US-amerikanische Studie von Bali et al. (2010) zu dem Ergebnis, das ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem nicht-medizinischen Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente innerhalb des letzten Jahres, einem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand und dem Nikotinkonsum besteht.

In der US-Studie von Shannon et al. (2010), die sich auf die Daten von 114 schwangeren Frauen bezieht, die sich wegen einer Opiat-Entgiftung in ein Krankenhaus begeben hatten und mit denen Face-to-Face-Interviews geführt wurden, lag der illegale Opiatkonsum und der illegale Konsum von Sedativa/Benzodiazepine innerhalb der vergangenen 30 Tage unter Frauen aus dem ländlichen Raum höher als bei schwangeren Frauen aus dem städtischen Raum. Frauen aus ländlichen Gebieten hatten 8,4 mal häufiger nicht verschriebene Opiate und 3,3 mal häufiger nicht verschriebene Sedativa/Benzodiazepine in den 30 Tagen vor der Entgiftungsbehandlung konsumiert als Frauen aus Städten.

In der US-amerikanischen Studie von Cooper et al. (2007) korrelierte der Konsum von Antidepressiva während der Schwangerschaft mit einem höheren Alter der Schwangeren (über 25 Jahre) und der Länge der Schulbildung (über 12 Jahre). Zudem hatten häufiger „weiße“ Frauen Antidepressiva eingenommen.

Bezogen auf schwangere Frauen, die sich wegen ihres Substanzkonsums in Behandlung begeben, zeigt die US-amerikanische Studie von Martin et al. (2014), dass die 21-bis 29-Jährigen die größte Gruppe der Frauen mit Konsum von verschreibungspflichtigen Opioiden ausmachten (1992 bis 2012 lag ihr Anteil zwischen 41%-68%), häufig unverheiratet waren (69-85% im Erhebungszeitraum), nicht einer ethnischen Minderheit angehörten (62%-85%), eine eigene Wohnung hatten (76%-94%) und mindestens den Highschool-Abschluss hatten (61–68%). Allerdings waren die Frauen häufig arbeitslos (81–88%) und zwischen 14 und 43% hatten komorbide Störungen/Erkrankungen. Über den Erhebungszeitraum hinweg wurde ein sinkendes Alter bei den wegen einer Problematik im Zusammenhang mit verschreibungspflichtigen Opioiden behandelten schwangeren Frauen beobachtet, mit einem steigenden Anteil unter den 18–29-Jährigen, insbesondere (wie oben dargestellt) bei den 21-bis 29-Jährigen (Anstieg von 48% in 1992 auf 68% in 2012). Steigende Anteile wurden zudem für „weiße“ Frauen (62% auf 83%) festgestellt sowie für Frauen mit komorbiden psychischen Erkrankungen (14% in 1992 auf 31% in 2012). Rund ein Drittel der Frauen (32–40%) mit einer Problematik wegen verschreibungspflichtiger Opioide hatte sich zum ersten Mal in eine substanzbezogene Behandlung begeben, die Mehrheit von ihnen (50–56%) hatte 1 bis 4 vorherige Behandlungserfahrungen. Die meisten Behandlungsaufnahmen erfolgten in ein ambulantes Setting (69–77%), 16–23% in eine stationäre Einrichtung und 6–15% in eine Entgiftung. Die meisten Behandlungen (56%-63%) erfolgten ohne Substitution, dies war auch bei denjenigen mit einer Hauptdiagnose für verschreibungspflichtige Opioide der Fall (58%-78%). Der Anteil an Frauen, die über das Justizsystem in eine Behandlung kamen, stieg im Erhebungszeitraum von 11% auf 17% an. Der Anteil an Frauen, die ihre Behandlung regulär beendeten, stieg von rund der Hälfte (2006) auf zwei Drittel (2012) an.

1.3 Sonstige Erkenntnisse

Wirksamkeit von Beratung und Behandlung

Die kanadische Studie von Einarson et al. (2001) untersucht einerseits die Auswirkungen, die das abrupte Absetzen von Antidepressiva oder Benzodiazepinen während der Schwangerschaft für Mutter und Kind hat, und andererseits, welchen Einfluss Beratung der schwangeren Frauen hierauf nimmt. Studienteilnehmerinnen waren Frauen, die sich zwischen November 1996 und Dezember 1997 an das

„Motherrisk Programme“ gewendet hatten, die die Einnahme von Antidepressiva oder Benzodiazepinen mit dem Bekanntwerden der Schwangerschaft beendet hatten und ihre Zustimmung zur Studienteilnahme erteilt hatten. Die Frauen wurden zunächst interviewt, erhielten Beratung und wurden zu zwei Zeitpunkten (nach einem Monat der ersten Kontaktaufnahme sowie nach der Geburt ihres Kindes) mittels eines Fragebogens befragt. Im Ergebnis zeigte sich, dass von den 36 Frauen, die bis zum Ende an der Studie teilgenommen hatten, 34 (94%) die Medikamenteneinnahme wegen der Sorge, ihr ungeborenes Kind zu schädigen, abrupt beendet hatten, darunter 28 Frauen (77%) die dies auf ärztlichen Rat hin getan hatten. 26 Frauen (70.3%) berichteten nach Absetzen der Medikamente über körperliche und psychische Nebenwirkungen, 11 Frauen (30,5%) berichteten ausschließlich über psychische Nebenwirkungen und ebenfalls 11 Frauen über Suizidgedanken (bei 4 Frauen erfolgte eine Klinikeinweisung). Nach der Inanspruchnahme der Beratung nahmen 22 der 36 (61.1%) Frauen die Einnahme von Antidepressiva oder Benzodiazepinen wieder auf, von den restlichen 14 Frauen waren 4 der Ansicht, dass sie die Medikamente nicht mehr brauchten. Eine Frau hatte eine (therapeutische) Abtreibung und 2 Frauen eine Fehlgeburt. 33 Frauen brachten ein gesundes Kind bzw. Kinder zur Welt. Unter den 21 Müttern, die ihre Kinder stillten, waren 14 Frauen, die während des Stillens psychoaktive Medikamente einnahmen, ohne dass diesbezügliche Nebenwirkungen berichtet wurden. Insofern, so die AutorInnen, müssen in Bezug auf eine Kosten-Nutzen-Abwägung bezüglich der Einnahme von Antidepressiva und Benzodiazepinen in der Schwangerschaft sich sowohl schwangere Frauen als auch ihre ÄrztInnen bewusst sein, dass das abrupte Absetzen der Medikation zu ernsthaften Beeinträchtigungen führen kann und die Beratung/Aufklärung der Frauen wesentlich dazu beitragen kann bzw. sie darin bestärken kann, die Medikation auch während der Schwangerschaft aufrechtzuerhalten.

Charakteristika der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte

Basierend auf Bevölkerungsdaten aus Taiwan untersucht die Forschungsarbeit von Weng et al. (2013) den Zusammenhang zwischen den Charakteristika von Ärztinnen und Ärzten und ihrer Verbreitungspraxis von Medikamenten der Kategorien D und X. Die Stichprobe umfasste insgesamt 14.430 Frauen, die insgesamt 198.420 Verschreibungen während der Schwangerschaft erhielten, von denen 4,2% Medikamente der Kategorien D und X betrafen. Bezüglich der Charakteristika der verschreibenden Ärztinnen und Ärzte kommt die Studie zu dem Ergebnis, dass ältere MedizinerInnen häufiger Medikamente der Kategorien D und X an Schwangere verschrieben: ÄrztInnen im Alter von 40 -49 Jahre taten dies 1,22 mal häufiger als ÄrztInnen im Alter von 30-39 Jahren, bei den 50 – 59-jährigen war die Rate 1,51 mal höher. Unterschiede wurden auch bezüglich des Geschlechts gefunden: Ärztinnen verschrieben Schwangeren häufiger Medikamente dieser Kategorien als Ärzte. Eine häufigere Verschreibung fand sich auch bei ÄrztInnen aus anderen Fachbereichen als der Gynäkologie/Geburtshilfe. Zudem wurden diese Medikamente von ÄrztInnen in ländlichen Regionen häufiger als von ÄrztInnen in städtischen Regionen verordnet. Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass die Charakteristika von ÄrztInnen – deren Geschlecht, Alter, Fachgebiet/Spezialisierung und Standort Einfluss auf die Verschreibungspraxis von potenziell für den Fötus schädlichen Medikamenten hat.

2. Literaturverzeichnis

Andrade, Susan E./Gurwitz, Jerry H./Davis, Robert L. et al. (2004): Prescription drug use in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191 (2): 398-407.

Askaa, Bjarke/Jimenez-Solem, Espen/Enghusen Poulsen, Henrik/ Traerup Andersen, Jon (2014): Maternal Characteristics of Women Exposed to Hypnotic Benzodiazepine Receptor Agonist during Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology International*, 201: 1-5.

Bakker, Marian K./Jentink, Janneke/ Vroom, Fokaline/Van Den Berg, Paul B. et al. (2006): Drug prescription patterns before, during and after pregnancy for chronic, occasional and pregnancy related drugs in the Netherlands. *BJOG, An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 113 (5): 559–568.

Bali, Vishal/Raisch, Dennis W./Moffett, Maurice/ Khan, N. (2010): Predictors of non-medical use of prescription drugs among pregnant women in the United States. *Value in Health*, 13 (3): A181.

Bateman, Brian T./Hernandez-Diaz, Sonia/Rathmell, James P./Seeger, John D./Doherty, Michael/Fischer, Michael (2014): Patterns of Opioid Utilization in Pregnancy in a Large Cohort of Commercial Insurance Beneficiaries in the United States. *Anesthesiology*, 120 (5): 1216-1224.

Bérard, Anick/Sheehy, Odile (2014): The Quebec Pregnancy Cohort – Prevalence of Medication Use during Gestation and Pregnancy Outcomes. *PLOS ONE*, 9 (4): 1-11.

Buitendijk, Simone/Bracken Michael B. (1991): Medication in early pregnancy: prevalence of use and relationship to maternal characteristics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 165 (1): 33-40.

Cooper, William O./Willy, Mary E./Pont, Stephen J./Ray, Wayne A. (2007): Increasing use of antidepressants in pregnancy. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 196 (6):544e1–544e5.

Daw, Jamie R./Hanley, Gillian E. /Greyson, Devon L./Morgan, Steven G. (2011): Prescription drug use during pregnancy in developed countries: a systematic review. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20 (9): 895–902.

Daw, Jamie R./Mintzes, Barbara/Law, Michael R./Hanley, Gillian E./Morgan, Steven G. (2012): Prescription Drug Use in Pregnancy: A Retrospective, Population-Based Study in British Columbia, Canada (2001–2006). *Clinical Therapeutics*, 34 (1): 239-249.

Desai, Rishi J./Hernández-Díaz, Sonia/Bateman, Brian T./Huybrechts, Krista F. (2014): Increase in Prescription Opioid Use During Pregnancy Among Medicaid-Enrolled Women. *Obstetrics and Gynecology*, 123 (5): 997-1002.

Einarson, Adrienne/Selby, Peter/Koren, Gideon (2001): Abrupt discontinuation of psychotropic drugs during pregnancy: fear of teratogenic risk and impact of counselling. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 26:44-48.

Engeland, Anders/Bramness, Jørgen G./Daltveit, Anne Kjersti/Rønning, Marit/Skurtveit, Svetlana/Furu, Kari (2008): Prescription drug use among fathers and mothers before and during pregnancy. A population-based cohort study of 106,000 pregnancies in Norway 2004–2006. *British Journal of Clinical Pharmacology*; 65: 653–660.

Fang, Shao-You/Chen, Chuan-Yu/Chang, I-Shou et al. (2009): Predictors of the incidence and discontinuation of long-term use of benzodiazepines: A population-based study. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 104 (1-2): 140-146.

Gagne, Joshua J./Maio, Vittorio/ Berghella, Vincenzo/Louis, Daniel/Gonnella, Joseph S. (2008): Prescription drug use during pregnancy: a population-based study in Regione Emilia-Romagna, Italy. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64 (11):1125–1132.

Handal, Marte/Engeland, Anders/Rønning, Marit/Skurtveit, Svetlana/Furu, Kari (2011): Use of prescribed opioid analgesics and co-medication with benzodiazepines in women before, during, and after pregnancy: a population-based cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67 (9): 953-960.

Hanley, Gillian E./Mintzes, Barbara (2014): Patterns of psychotropic medicine use in pregnancy in the United States from 2006 to 2011 among women with private insurance. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14: 242-253.

Hardt, Nancy/Wong, Tit D./Burt, Martha J./Harrison, Ross/Winter, Will/Roth, Jeffrey (2013): Prevalence of Prescription and Illicit Drugs in Pregnancy-Associated Non-natural Deaths of Florida Mothers, 1999–2005. *Journal of Forensic Sciences*, 58 (6): 1556-4029.

Jaiswal, Pallavi/Sarangarm, Preeyaporn/Young, Bonnie N. et al. (2010): Validity of self-report with respect to prescription medications among pregnant women. *Value in Health*, 13 (3): A20.

Johnell, Kristina/Månsson, Nils-Ove/Sundquist, Jan et al (2006): Neighborhood social participation, use of anxiolytic-hypnotic drugs, and women's propensity for disability pension: a multilevel analysis. In: *Scandinavian Journal of Public Health*, 34 (1): 41-48.

Karjalainen, Karoliina/Lintonen, Tomi/Impinen, Antti et al. (2011): Socio-economic determinants of drugged driving - a register-based study. In: *Addiction*, 106 (8): 1448-1459.

Kieler, Helle/ Artama, Miia/Engeland, Anders et al. (2012): Selective serotonin reuptake inhibitors during pregnancy and risk of persistent pulmonary hypertension in the newborn: population based cohort study from the five Nordic countries. *BMJ online*. 344:d8012.

Kulaga, Sophie/Zagazadeh, Amir H./Bérard, Anick (2009): Prescriptions filled during pregnancy for drugs with the potential of fetal harm. *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 116: 1788–1795.

Lacroix, Isabelle/Damase-Michel, Christine/Lapeyre-Mestre, Maryse/Montastruc, Jean-Louise (2000): Prescription of drugs during pregnancy in France. *Lancet*, 356: 1735-1736.

Lupattelli Angela/Spigset Olav/ Twigg Michael J, et al. (2014): Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ open* 4(2):e004365.

Malm, Heli/Martikainen, Jaana/Klaukka, Timo/Neuvonen, Pertti J. (2004): Prescription of hazardous drugs during pregnancy. *Drug Safety*, 27 (12): 899-908.

Marchetti, Federico/Romero, Marilena/ Bonati, Maurizio/ Tognoni, Gianni (1993): Use of psychotropic drugs during pregnancy. A report of the international co-operative drug use in pregnancy (DUP) study. Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy (CGDUP). *European Journal of Clinical Pharmacology*, 45 (6): 495-501.

Mitchell, Allen A./Gilboa, Suzanne M./Werler, Martha M./Kelley, Katherine E./Louik, Carol/ Hernández-Díaz, Sonia and the National Birth Defects Prevention Study (2011): Medication Use During Pregnancy, With Particular Focus On Prescription Drugs: 1976-2008. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 205(1): 51.e1–51.e8.

Olesen, Charlotte/Steffensen, Flemming Hald/Nielsen, Gunnar Lauge et al. (1999): Drug use in first pregnancy and lactation: a population-based survey among Danish women. European Journal of Clinical Pharmacology 55: 139-144.

Olesen, Charlotte/Thrane, Nana/Henriksen, Tine Brink/Ehrenstein, Vera/Olsen, Jørn (2006): Associations between socioeconomic factors and the use of prescription medication during pregnancy: a population-based study among 19,874 Danish women. European Journal of Clinical Pharmacology, 62 (7):547–553.

Raitasalo, Kirsimarja/Holmila, Marja/Autti-Rämö, Ilona/Martikainen, Jaana E./Sorvala, Veli-Matti/Mäkelä, Pia (2015): Benzodiazepine use among mothers of small children: a register-based cohort study. Addiction, 110 (2).

Riska, Brit Solvor/Skurtveit, Svetlana/Furu, Kari/Engeland, Anders/Handa, Marte (2014): Dispensing of benzodiazepines and benzodiazepine-related drugs to pregnant women: a population-based cohort study. European Journal of Clinical Pharmacology, 70 (11):1367- 1374.

Schirm, Eric/Meijer, Willemijn M./Tobi, Hilde/T.W de Jong-van den Berg, Lolkje (2004): Drug use by pregnant women and comparable non-pregnant women in The Netherlands with reference to the Australian classification system. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 114 (2): 182-188.

Shannon, Lias M./Havens, Jennifer R./Hays, Lon (2010): Examining differences in substance use among rural and urban pregnant women. American Journal on Addictions, 19 (6): 467-473.

Smith, Megan V./Costello, Darce/Yonkers, Kimberly A. (2014): Clinical Correlates of Prescription Opioid Analgesic Use in Pregnancy. Maternal Child Health Journal, 19 (3): 548-556.

Ververs, Tessa/Kaasenbrood, Hans/Visser, Gerard/Schobben, Fred/de Jong-van den Berg, Lolkje/Egberts, Toine (2006): Prevalence and patterns of antidepressant drug use during pregnancy. European Journal of Clinical Pharmacology, 62 (10): 863-870.

Wen, Shi Wu/Yang, T./Krewski, Daniel et al. (2008): Patterns of pregnancy exposure to prescription FDA C, D and X drugs in a Canadian population; Journal of Perinatology (2008) 28, 324–329.

Weng, Sung-Shun/ Chen, Yi-Hua/Lin, Ching-Chun/Keller, Joseph J./Wang, I-Te/ Lin, Heng-Ching (2013): Physician characteristics and prescription drug use during pregnancy: a population-based study. Annals of Epidemiology, 23 (2): 54-59.

Wikner, Birgitta Norstedt/Stiller, Carl-Olav/Källén, Bengt/Asker, Charlotte (2007): Use of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists during pregnancy: maternal characteristics. Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 16 (9): 988–994.

3. Tabellarische Auflistung der Studien

AutorInnen	Art der Studie	Stichprobengröße	Erhebungszeitraum	Erkenntnisinteresse	Land/Länder
Andrade et al. (2004)	Retrospektive Kohortenstudie	Datenbank von Gesundheitsorganisationen n= 129.616 Frauen, die im Erhebungszeitraum ein Kind zur Welt gebracht haben	1. Januar 1996-31. Dezember 2000,	Gebrauch verschreibungspflichtiger Medikamente während der Schwangerschaft	USA
Askaa et al. (2014)	Retrospektive Kohortenstudie	n=911.017 schwangere Frauen	1. Januar 1997-31. Dezember 2010	Charakteristika von Frauen, die während der Schwangerschaft Benzodiazepine/Z-Substanzen eingenommen haben	Dänemark
Bakker et al. (2006)	Kohortenstudie	n= 5.412 Frauen, die im Erhebungszeitraum ein Kind zur Welt gebracht haben	1994 - 2003	Konsum verschreibungspflichtiger Medikamente von Frauen 2 Jahre vor bis 3 Monate nach der Schwangerschaft bzgl. Art der Medikamente und fetalem Risiko	Niederlande
Bali et al. (2010)	Sekundäranalyse einer Bevölkerungsbefragung (National Household Survey on Drug Use and Health)	n=965	2007	Nicht-medizinischer Gebrauch verschreibungspflichtiger Medikamente unter schwangeren Frauen	USA
Bateman et al. (2014)	Kohortenstudie	N=534.500 privat krankenversicherte Frauen mit vollendeter Schwangerschaft	2005-2011	Einnahme und Konsummuster von Opioiden während der Schwangerschaft	USA
Bérard/Sheehy (2014)	Kohortenstudie, Verknüpfung von vier Datenbanken, zusätzliche Fragebogenerhebung	Datenbanken: n=186.165 Frauen mit 289.688 Schwangerschaften; Fragebogenerhebung: zufällige Auswahl von 8.505 Frauen, die zwischen 1998 und Dezember	1997-2009	Prävalenz des Medikamentenkonsums während der Schwangerschaft und Auswirkungen	Kanada

		2003 ein Kind geboren hatten.			
Buitendijk/Bracken (1991)		n=4.186 Frauen, die im Yale-New Haven Hospital ein Kind zur Welt gebracht hatten	1980-1982	Häufigkeit der Einnahme von rezeptfreien und verschreibungspflichtigen Medikamenten während der Schwangerschaft sowie Zusammenhänge mit Charakteristika der Frauen.	USA; New Haven, CT.
Cooper et al. (2007)	Retrospektive Kohortenstudie	n= 105.335 Schwangerschaften von Frauen mit Medicaid	1999-2003	Verbreitung des Konsums von Antidepressiva unter schwangeren Frauen mit Medicaid	USA, Tennessee
Daw et al. (2011)	Literaturreview		1989-2010	Konsummuster von verschreibungspflichtigen Medikamenten während der Schwangerschaft nach Kategorie der Medikamente und Risiko für fetale Schädigung	Nordeuropa und Nordamerika
Daw et al. (2012)	Retrospektive Kohortenstudie, basierend auf nationalen Gesundheitsdaten	n = 163.082 vollendete Schwangerschaften	2001-2006	Häufigkeit und Zeitpunkt/Dauer des Konsum sechs Monate vor, während und sechs Monate nach der Schwangerschaft sowie Art der eingenommenen Medikamente.	Kanada, British Columbia
Desai et al. (2014)	Retrospektive Kohortenstudie	n>1,1 Millionen Frauen mit vollendeter Schwangerschaft	2000-2007	Prävalenz des Konsums von verschreibungspflichtigen Opioiden und Konsumtrends unter schwangeren Frauen mit Medicaid	USA
Einarson et al. (2001)	Interviews (vor Inanspruchnahme von Beratung) beratung),	n=36 Frauen im Motherisk Programm, die die Einnahme von	November 1996 - Dezember 1997	Auswirkungen des abrupten Absetzens von Antidepressiva und	Kanada

	Fragebogenerhebung einen Monat nach Beratung sowie nach Geburt	Antidepressiva oder Benzodiazepinen mit Bekanntwerden der Schwangerschaft eingestellt hatten		Benzodiazepinen während der Schwangerschaft auf Mutter und Kind sowie Einfluss von Beratung hierauf	
Engeland et al. (2008)	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie; Verknüpfung des Geburtenregisters mit dem Verschreibungsregister	n=106.000 Schwangerschaften	2004-2006	Prävalenz des Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente von Müttern und Vätern vor und während der Schwangerschaft	Norwegen
Gagne et al. (2008)	Bevölkerungsbasierte retrospektive Kohortenstudie; Verknüpfung Datenbank Gesundheitswesen	n=33.343 Geburten	1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2004	Prävalenz von verschreibungspflichtigen Medikamenten während der Schwangerschaft	Italien, Region Emilia-Romagna
Handal et al. (2011)	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie, Verknüpfung des nationalen Geburtenregisters mit dem Verschreibungsregister	n=194.937 vollendete Schwangerschaften	März 2004- Januar 2009	Prävalenz von verschreibungspflichtigen Opioid-Analgetika und etwaige Co-Medikation mit Benzodiazepinen 3 Monate vor, während und 3 Monate nach der Schwangerschaft	Norwegen
Hanley/Mintzes (2014)	Retrospektive Kohortenstudie	n=343,299 privat versicherte Frauen mit vollendeter Schwangerschaft	1. Januar 2006-31. Dezember 2011	Einnahme von psychotropen Medikamenten während der Schwangerschaft differenziert nach Med.-Kategorie und primärer Indikation (Antidepressiva, Antipsychotika, Anxiolytika und Psychostimulanzien), Schwangerschaftstrimester, Trends, regionalen Unterschieden und	USA

				In-dikation des Konsums.	
Hardt et al. (2013)	Retrospektive Kohortenstudie	n=169 nicht natürliche Todesfälle unter schwangeren Frauen, die positiv auf Drogen/ Medikamente getestet wurden	1999-2005	Prävalenz von verschreibungspflichtigen Medikamenten und illegalen Drogen bei nicht-natürlichen Todesfällen unter schwangeren Frauen	USA, Florida
Jaiswal et al. (2010)	Querschnittsanalyse, Vergleich der eigenen Angaben schwangerer Frauen (Fragebogenerhebung) mit deren Krankenakte	n=92 schwangere Frauen	2009	Validität von Selbstangaben bezüglich der Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten während der Schwangerschaft	USA, New Mexico
Kieler et al. (2012)	Restrospektive Bevölkerungs-basierte Kohortenstudie	n= 1.618.255 Geburten	1996-2007	Prävalenz des Konsums von SSRI's während der Schwangerschaft und damit zusammenhängendes PPH (Persistierenden pulmonalarterielle Hypertonie)-Risiko für Neugeborene	Dänemark, Finnland, Island, Norwegen und Schweden
Kulaga et al. (2009)	Querschnittstudie /Kohortenstudie, Verknüpfung drei unterschiedlicher medizinischer Datenbanken (n= 109.344 schwangere Frauen	1. Januar 1998 bis 31. Dezember 2002	Prävalenz der Verschreibungen von potenziell den Fötus schädigenden Medikamenten während der Schwangerschaft und deren Folgen	Kanada
Lacroix et al. (2000)	Retrospektive Kohortenanalyse	n=1.000 schwangere Frauen	Mai bis Dezember 1996	Verschreibungen für Medikamente während der Schwangerschaft	Frankreich, Haute-Garonne
Lupatelli et al. (2014)	International vergleichende Online-befragung mittels eines anonymisierten Frage-bogens	n= 9.459 schwangere Frauen und Frauen, die innerhalb des zurückliegenden Jahres ein Kind geboren hatten	1. Oktober 2011 bis 29. Februar 2012	Internationaler Vergleich des Konsums von Medikamenten (u.a. Gebrauchsmuster und Faktoren) während der Schwangerschaft mit Fokus auf den Kategorien der Medikamente und	Multinational: West-, Nord- und Osteuropa, Nord- und Südamerika, Australien

				der Einnahme-Indikation	
Malm et al. (2004)	Retrospektive Kohortenstudie mit Kontrollgruppendesign; Verknüpfung von drei nationalen Registern	n=43.470 schwangere Frauen und n=43.470 nicht-schwangere Frauen (Matching nach Alter und Krankenhausdistrikt)	1999	Verschreibung von Medikamenten mit potenziellem und nachgewiesenem fetalem Risiko während der Schwangerschaft sowie kombinierter Medikamentenkonsum	Finnland
Marchetti et al. (1993)	Fragebogenerhebung in 148 Entbindungsstationen	n=14.778 Frauen	1988 bis 1990	Einnahme psychotroper Medikamente während der Schwangerschaft, Indikationen für die Einnahme, und Zusammenhänge mit den Charakteristika der Mütter	Multinational: 22 Länder
Mitchell et al. (2011)	Kombination zweier Studien: 1) Fragebogenerhebung: Face-to-Face (1976-1998), ab 1998: telefonisch, Interviews jeweils 6 Monate nach Geburt 2.) Bevölkerungsbasierte Kontrollstudie	1.) n= 25.313 Mütter, davon 19.297 Mütter von Kindern mit Geburtsdefekt, 6.016 Mütter von Kindern ohne Fehlbildung 2.) n=5.008 Mütter von Kindern mit Geburtsdefekt	1) 1976-2008 2) 1997-2003	Konsum von Medikamenten während der Schwangerschaft mit Fokus auf verschreibungspflichtige Medikamente im ersten Trimester, Längsschnittlicher Vergleich	USA
Olesen et al. (2006)	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie	n=19.874 Frauen, die im Erhebungszeitraum ein Kind geboren hatten	1991-1998	Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten während der Schwangerschaft	Dänemark
Olesen et al. (1999)	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie, Verknüpfung des Geburtenregisters mit dem	n=16.001 Frauen, die im Erhebungszeitraum ihr erstes Kind geboren hatten	1991-1996	Verschreibung von Medikamenten unter Frauen 12 Wochen vor der Schwangerschaft bis 12 Wochen nach der	Dänemark, Nord Jutland

	Verschreibungsregister			Geburt	
Raitasalo et al. (2015)	Prospektive bevölkerungsbasierte Kohortenstudie	n= 54. 519 Frauen, die im Erhebungszeitraum ein Kind geboren hatten	2002	Erwerb von Benzodiazepinen von unterschiedlichen Gruppen von Müttern mit kleinen Kindern, längsschnittlicher Vergleich vier Jahre vor der Schwangerschaft bis sieben Jahre nach der Geburt des Kindes.	Finnland
Riska et al. (2014)	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie, Verknüpfung von nationalem Geburtenregister und Verschreibungsregister	n=345.703 Schwangerschaften	1. April 2004 -1. Januar 2011	Abgabe von Benzodiazepinen und Z-Substanzen an Frauen, 3 Monate vor, während und 3 Monate nach der Schwangerschaft, Charakteristika der Frauen und Ausmaß der Co-Medikation	Norwegen
Schirm et al. (2004)	Querschnittsstudie mit Kontrollgruppendesign basierend auf den Abgabezahlen von Apotheken	n=7.500 schwangere Frauen sowie n=6.489 nicht-schwangere Frauen als Kontrollgruppe gematcht nach Alter und selbe/r Ärztin/ Arzt	1997 - 2001	Einnahme von potenziell den Fötus schädigenden Medikamenten (nach Australischem Klassifikationssystem) unter schwangeren Frauen im Vergleich zu nicht-schwangeren Frauen	Niederlande
Shannon et al. (2010)	Face-to-face Interviews	N=114 schwangere Frauen, in einer stationären Entgiftungsstation, hauptsächlich wegen Opioidentzug	k. A.	Unterschiede bezüglich des Substanzkonsums (Medikamenten und illegale Drogen) unter schwangeren Frauen im städtischen und ländlichen Raum	USA
Smith et al. (2014)	Prospektive Kohortenstudie mit Kontrollgruppendesign, Erhebungsmethode	n= 2.748 schwangere Frauen, davon jeweils die Hälfte mit einer depressiven Episode innerhalb	2005 - 2009	Konsum von Opioid-Analgetika während der Schwangerschaft und Zusammenhänge mit klinischen und	USA, Connecticut und Western Massachusetts

	de: Fragebogen-Interviews	der letzten 5 Jahre oder in med. Behandlung mit Antidepressiva und Kontrollgruppe ohne diese medizinischen Charakteristika.		soziodemografischen Faktoren	
Ververs et al. (2006)	Retrospektive Kohortenstudie basierend auf dem Verschreibungsregister einer nationalen Krankenversicherung	n= 29.005 Frauen, die im Erhebungszeitraum ein Kind geboren hatten	2000-2003	Prävalenz und Muster des Konsums von Antidepressiva vor, während und nach der Schwangerschaft.	Niederlande
Wen et al. (2008)	Retrospektive Kohortenstudie	n=18. 575 Frauen, die im Erhebungszeitraum ein Kind geboren hatten	Januar 1997 - Dezember 2000	Konsum von Medikamenten der Kategorie C,D und X (amerik. Klassifikation) unter schwangeren Frauen	Kanada, Saskatchewan
Weng et al. (2013)	Bevölkerungsbasierte Kohortenstudie	n=14.430 schwangere Frauen	k. A.	Zusammenhang zwischen Charakteristika von ÄrztInnen und ihrer Verschreibungspraxis von Medikamenten der Kategorien D und X für schwangere Frauen	Taiwan
Wikner et al. (2007)	Retrospektive Kohortenstudie basierend auf dem nationalen Geburtenregister	n=2.149 Frauen mit Konsum von Benzodiazepinen oder Z-Substanzen während der Schwangerschaft, Kontrollgruppe: n=859. 455 schwangere Frauen ohne Konsum dieser Medikamente	Juli 1995– Dezember 2004	Einnahme von Benzodiazepinen und Z-Substanzen während der Schwangerschaft und Zusammenhänge mit den Charakteristika der Mütter	Schweden