

# Schwangerschaft und Mutterschaft bei Opioidabhängigkeit

*Eine Betrachtung aus Sicht der Sozialpsychiatrie*

**Schwangerschaft und Geburt sind für jede Frau eine Herausforderung, und gesellschaftlich verankerte Normen und das Wissen um potenziell schädigende Einflüsse legaler und illegaler Substanzen erhöhen den Druck auf die Mütter, während der Schwangerschaft ein entsprechend verantwortungsvolles Leben zu führen. Was aber, wenn das Handeln nicht nur der willentlichen Kontrolle unterliegt? Wenn das Drängen nach Substanzkonsum immer wieder andere Überlegungen in den Schatten stellt?**

ULRIKE SANWALD



Ulrike Sanwald

## Persönlichkeitsrechte und Fürsorgepflicht

Auffälligkeiten bei Kindern substanzabhängiger Mütter wurden lang direkt der Substanz angerechnet (1). Der enorme Einfluss psychosozialer Rahmenbedingungen auf die kindliche Entwicklung ist heute jedoch bestätigt (2, 17). Es gibt auch nicht «die Süchtigen» und nicht «den Lebensalltag einer Süchtigen», was eine Auswertung und die Vergleichbarkeit negativer Entwicklungsverläufe bei Kindern suchtkranker Mütter erschwert (3). Heute ist die Sucht als komplexe Erkrankung anerkannt und stellt für die Invalidenversicherung keine Ausschlussdiagnose mehr dar (4). Das Stigma von fehlendem Mutterinstinkt, mangelnder Verantwortungsfähigkeit und willentlich unmoralischem Verhalten hält sich dennoch hartnäckig. Die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung bedeutet jedoch nicht, dass den betroffenen Frauen automatisch die Kompetenz abgesprochen werden darf, ihr Leben frei, selbstverantwortlich und mündig zu gestalten, und zwar mit allen sozialen Rollen und Identitäten, die sich aus ihrem «Frausein» ergeben (5).

Gleichwohl wissen wir, dass Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen häufig über eingeschränkte körperliche, seelische und soziale Ressourcen verfügen. Dieses Spannungsfeld aus Schutz der Persönlichkeitsrechte der Frau und der Pflicht zur Fürsorge dem entstehenden Leben gegenüber erfordert eine dynamische und genaue Analyse und Abwägung von Risiko und Ressourcen (Tabelle 1), Transparenz und Privatsphäre (3, 6).

## Schwangerschaft und Opioidabhängigkeit

### Rückblick

Spätestens seit dem Film «Platzspitzbaby» ist die ehemalige offene Drogenszene rund um den Zürcher Platzspitz den meisten in der Schweiz wieder ein Begriff. Im Kielwasser der Freiheits- und Hippiebewegung der 1970er- und 1980er-Jahre erreichten auch harte Drogen wie Kokain und Heroin den einheimischen Markt – mit unvergleichlich höherem Suchtpotenzial als Psychedelika und THC. Heroin mit seiner kurzen Halbwertszeit, schnellen Toleranzentwicklung und deshalb notwendigen zeitintensiven Beschaffung machte eine soziale Integration in normale Gesellschaftsstrukturen für die Betroffenen fast unmöglich. Die hohe Abhängigkeit von der Substanz und der häufig intravasale Konsum bei desolaten Hygieneverhältnissen öffneten Infektionskrankheiten Tür und Tor und prägen bis heute unser Bild drogenabhängiger Menschen.

Die Vernetzung verschiedenster Akteure aus Sozialbereichen, Medizin, Polizei, Justiz und Politik führte unter grossem Druck der Öffentlichkeit zu einem Umdenken im Umgang mit der Sucht. Die Abkehr von reinem Abstinenzdenken und Repression sowie der Einbezug einer differenzierten Suchtpolitik mit Prävention, Therapie, Schadensminderung und Repres-

## Merkmale

- Sowohl Schwangerschaft als auch Elternschaft sind im Rahmen einer Opioidabhängigkeit möglich.
- Voraussetzung ist ein multiprofessionelles Helfernetz mit guter Balance zwischen wertschätzender Unterstützung und fürsorglicher Kontrolle.
- Die Substitution mit Opioiden soll ausreichend bemessen werden, um Beikonsum unter allen Umständen zu vermeiden.
- Die Geburt erfordert stets eine perineonatologische stationäre Behandlung.
- Stillen soll unter Erfüllung der nötigen Kriterien nach Möglichkeit unterstützt werden.
- Transparente Kooperation im multiprofessionellen Team ist auch nach der Geburt zwingend erforderlich und stellt eine Herausforderung für das Helfernetz wie für die Mutter/Eltern dar.

Tabelle 1:

**Risikoabwägung für süchtige schwangere Frauen, Mütter und ihre Kinder**  
**Grobe Abschätzung ohne dezidierte Cut-off-Werte**  
 (Belastungs- und Risikokatalog für schwangere Frauen und Mütter, ISW [3])

	Ressourcen (0 Punkte)	← →	Defizite (10 Punkte)
<b>Suchtspezifisch</b>	Kein körper- und fetusschädigender Konsum, Alltagsbewältigung nicht tangiert vom Substanzkonsum		Körper- und fetusschädigender Konsum Verhalten um und nach Konsum beeinträchtigen die Alltagsbewältigung
<b>Somatisch</b>	«Fit» für Schwangerschaft (SS) und Kinderbetreuung, übernimmt Verantwortung für die eigene Gesundheit, lässt Krankheiten behandeln und nimmt Vorsorgeuntersuchungen wahr.		SS-gefährdende Krankheiten, keine Einsicht in Behandlungsnotwendigkeit oder Vorsorgeuntersuchungen Keine Verantwortungsübernahme für eigene Gesundheit
<b>Psychisches Befinden und Belastbarkeit</b>	Stabil (unabhängig von anderen psychiatrischen Diagnosen), auch unter Stress, Stressbewältigung adäquat Kann Hilfe holen und annehmen, keine Psychosegefahr		Hohes Risiko für psychiatrische Entgleisung oder floride Krankheit, psychisch instabil ohne nennenswerte Stressbewältigungsstrategien
<b>Wohnraum, Bindung, finanzielle Lage</b>	Genügend und sicherer Wohnraum Minimale Schulbildung Regelmässiges Einkommen (Verdienst, Rente, Sozialleistungen usw.)		Obdachlos oder fluktuierender Wohnort Keine Schulbildung Kein regelmässiges Einkommen
<b>Compliance</b>	Authentische Gespräche nicht möglich Zuverlässigkeit in der Behandlung Transparenz der Lebenslage Realistische Einschätzung der Ressourcen/Defizite		Authentische Gespräche nicht möglich, unzuverlässig und intransparent bzgl. Lebenslage und Konsum Kein Realitätsbezug bzgl. Ressourcen und Defizite
<b>Beziehung</b>	Unterstützung durch Partner (evtl. Kindsvater), FreundInnen, Familie Keine Gewalt in den Beziehungen bekannt		Allein lebend oder in unsteten, destruktiven Partnerschaften Kein funktionelles soziales Netz Gewaltbereites Umfeld
<b>Lebenspraktische Fähigkeiten (Bewältigungsstrategien im Alltag)</b>	Planung und Strukturierung von Alltag, Finanzen, Hygiene möglich Fähigkeit zur Selbstfürsorge und Empathie vorhanden		Keine Fähigkeit zur Planung, Strukturierung und zum Einhalten rudimentärer Selbstfürsorge- und Hygieneregeln Keine Empathiefähigkeit
<b>Kognitive Fähigkeiten</b>	Vorausdenkend, kann Gedanken strukturieren, Inhalte aufnehmen und adäquate Schlüsse ziehen, adäquate Risikoeinschätzung		Leben im Moment, kann Planung/Zielsetzung nicht verfolgen, fluktuierende Prioritäten Keine adäquate Anpassung an Unvorhergesehenes Keine adäquate Risikoeinschätzung

sion als tragende Pfeiler und die Berücksichtigung der konsumierten Substanz und des Konsummusters in der Behandlung sind noch heute die Grundlage der Suchtpolitik in der Schweiz, die sich stetig weiterentwickelt (7, 8).

**Epidemiologie**

Heute liegt Heroin als Strassendroge glücklicherweise nicht mehr «im Trend» (18). Durch flächendeckende Substitutionsangebote in der Schweiz, welche die ärztliche kontrollierte Opioidagonistherapie (OAT) und die heroingestützte Behandlung (HeGeBe) zur Verfügung stellen, ist auf den Strassen keine offene Drogenszene mehr sichtbar. Unterdessen verzeichnen die Behandlungszentren abnehmende Zahlen. Laut Angaben der unabhängigen und gemeinnützigen Stiftung *Sucht Schweiz* berichteten 0,4% der Frauen (Männer: 1,0%) in der Schweizer Bevölkerung von der Anwendung von Heroin in ihrem Leben (9). Im Jahr 2020 waren insgesamt 16 144 Personen in einer Substitutionsbehandlung mit deutlicher Häufung im höheren Lebensalter (9). Betrachtet man den Konsum opioidhaltiger Schmerzmittel in Europa, findet man regionale Unterschiede; eine Abhängigkeitswelle wie in den USA in den vergangenen Jahren hat sich jedoch nicht eingestellt (10).

**Biografische Besonderheiten**

Wie erwähnt, gibt es nicht «die Süchtige» und somit auch nicht «die süchtige Opioidabhängige». Jedoch sehen wir häufig Frauen mit langen, frühen und polytoxikomanen Konsummustern und schweren traumatisierenden Erlebnissen und Bindungserfahrungen. Jede Substanz hat ihren eigenen Fingerabdruck mit entsprechender Passung zu den individuellen Bedürfnissen und Sehnsüchten der Konsumierenden. Im Fall der Opiode berichten Betroffene von einem unermesslichen Gefühl der Geborgenheit, der Zuversicht und der inneren Ruhe, das mit keiner bisherigen realen Erfahrung vergleichbar ist und wie auf Knopfdruck Sehnsüchte in diesem Bereich stillt, zumindest für einen kurzen Moment. Neben den neurobiologischen Besonderheiten ist diese emotionale Abhängigkeit von der Substanz ein wichtiger Aspekt der problematischen Suchtdynamik. Die Betroffenen haben mit brüchigem Selbstwert und desolaten Bindungserfahrungen den Anforderungen des Alltags häufig wenig entgegenzusetzen, und die Substanz fungiert als zuverlässige Bindungsfigur und als Schutzschild.

**Opiode während der Schwangerschaft**

Viele Frauen mit illegalem Substanzkonsum zeigen eine Amenorrhö, und die Frauen wännen sich des-

Tabelle 2:

**Steckbrief ausgewählter Opioide und Handhabung im Substitutionskontext (ISW)**

	<b>Methadon</b>	<b>Retardiertes orales Morphin (SROM)</b>	<b>Buprenorphin</b>	<b>Diacetylmorphin</b>
<b>Handelsnamen</b>	Methadon Ketalgin	Morphin Sevre-long Kapanol MST	Buprenorphin Subutex Temgesic	Diaphin Heroin (Strasse)
<b>Indikation</b>	Standard-OAT	OAT-Schmerzmedikation	OAT (stabil bei niederer/mittlerer Abhängigkeit), Schmerzmedikation	Therapieresistenz OAT
<b>Applikationsform</b> (gängige Praxis ISW)	1 x/Tag p. o. (Tl., Tbl.)	1 x/Tag p. o. (Kps.)	1 x/Tag – alle 3 Tage s. l. (Tbl.)	Bis 3 x/Tag i. v. i. m., nasal, p. o. (Amp., Tbl.)
<b>Bevorzugter Abbauweg</b>	Leber	Niere	Leber	Niere (Aktiver Methabolit: → Morphin)
<b>Spezifika</b>	QTc-Zeit-Verlängerung Viele Interaktionen mit Medikamenten Toleranzdynamik: – stabiler Aufbau 1 Woche – Verlust nach 5 Tagen Kumulationsgefahr: <b>(«start slow – go slow»)</b>	Gut verträglich Wenig Interaktionen Toleranzdynamik: – stabiler Aufbau 1 Woche – Verlust nach 5 Tagen Kumulationsgefahr: <b>(«start slow – go slow»)</b>	<b>Parzieller Antagonist →</b> verdrängt andere Opioide vom Rezeptor → Gabe, wenn erste Entzugssymptome auftreten wenig Interaktionen <b>Geringe Überdosierungsgefahr</b>	Wenig Interaktionen Sehr schnelles Anfluten Eindosieren nur in spezialisierten Zentren Kontrolle BAG <b>Gefahr Überdosierung</b>
<b>Nebenwirkungen (NW)</b>	Libidostörung Gewichtszunahme Schwitzen «Wattegefühl» <b>Atemdepression</b> Obstipation	Weniger NW als Methadon <b>Atemdepression</b> Obstipation	Kaum NW <b>Kaum</b> Atemdepression Obstipation	Starke Sedation (kurzer Flash) Libidostörung <b>Atemdepression</b> Obstipation
<b>Einfluss der Substitution auf Schwangerschaft</b>	Stabile Einstellung! Dosis fraktionieren, um Schwankungen zu verringern Gilt nicht als teratogen	Stabile Einstellung! Dosis fraktionieren, um Schwankungen zu verringern Gilt nicht als teratogen <b>Geringe Datenlage!</b>	Stabile Einstellung! Gilt nicht als teratogen	Per se stärkere Schwankungen, da Flash Gilt nicht als teratogen <b>Geringe Datenlage!</b>
<b>Stillen</b>	Wird empfohlen Geringe Menge in Muttermilch → CAVE: Beikonsum! Kontrolle erforderlich	Wird empfohlen Geringe Menge in Muttermilch → CAVE: Beikonsum! Kontrolle erforderlich	Wird empfohlen Geringe Menge in Muttermilch → CAVE: Beikonsum! Kontrolle erforderlich	Keine Kontraindikation → Morphin Geringe Datenlage CAVE: Beikonsum! Kontrolle erforderlich

Eigene Zusammenstellung der Autorin aus Embroytox.de (11), Empfehlungen SSAM-SAPP (18)

halb häufig in Sicherheit. Eine Schwangerschaft schliesst das aber per se nicht aus. Vor allem unter OAT stabilisiert sich der Ovulationzyklus häufig wieder, selbst wenn es nicht zur regelmässigen Menstruation kommt. Orale Kontrazeptiva interagieren nicht mit den Opioidagonisten (18).

Opioide gelten an sich nicht als teratogen (11). Unklar ist jedoch bei multifaktorieller Beeinflussung die Wirkung der Substanz auf die intrauterine und postnatale Entwicklung des Kindes (18). Bei unklarem Beikonsum sind weiterführende Ultraschalluntersuchungen indiziert.

Bei der Anwendung von Opioiden während der Schwangerschaft muss zwischen Schmerzmedikation und OAT unterschieden werden. Bei Ersterem sollte nach Möglichkeit auf die Verschreibung alternativer

Schmerzmittel wie Paracetamol oder bis zur 28. Schwangerschaftswoche auf Ibuprofen ausgewichen werden (11). Sind zentral wirksame Schmerzmittel unabdingbar, sind Tramadol oder Buprenorphin die Mittel der Wahl (11). Wie bei den Substitutionsmitteln muss bei längerer Anwendung von Schmerzmitteln im 2./3. Trimenon mit Entzugssymptomen beim Neugeborenen gerechnet werden.

Eine Substitutionsbehandlung sollte so früh wie möglich, idealerweise vor der Schwangerschaft, begonnen werden, um intrauterine Entzüge zu verhindern. Ziel ist, die passende Substanz in der idealen Dosierung zu finden (Tabelle 2), die es der Schwangeren ermöglicht, auf Beikonsum völlig zu verzichten und psychosoziale Probleme mit Unterstützung anzugehen. Das erfordert zwingend die Einbindung

von Suchtspezialisten. Mitunter wird so eine adäquate gynäkologische Begleitung erst möglich.

Ein Zusammenhang zwischen der Dosis der Substitution und dem kindlichen Befinden bzw. der Intensität der postnatalen Entzugssymptome konnte bislang nicht nachgewiesen werden (11). Die verschiedenen in der Schweiz gängigen Substitutionsmittel zeigen im Hinblick auf den kindlichen Outcome wenig signifikante Unterschiede. Studienergebnisse erscheinen jedoch nur schwer vergleichbar, da schon bei der Auswahl des Substitutionsmittels selbst eine Vorselektion durchgeführt wird. Frauen mit Buprenorphin-Substitution zeichnen sich durch eine stabilere allgemeine Ausgangslage aus, was einen weit größeren Einfluss auf die Entwicklung des Fetus haben dürfte als die Substanzexposition selbst (2). Bei Heroin-Exposition im Mutterleib lässt sich laut der Abteilung Neonatologie des Kantonsspitals Winterthur klinisch ein intensiverer, dafür häufig kürzerer Entzug beim Neugeborenen beobachten.

### Helfernetz

Aus Schuld, Scham und Angst vor Stigmatisierung sprechen schwangere Süchtige häufig erst spät über ihre Schwangerschaft (13). Hier gilt es, eine tragfähige und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen und einen wertschätzenden und transparenten Umgang zu pflegen – vielleicht auch die Frage nach dem Kinderwunsch frühzeitig zu stellen.

Die frühe Vernetzung mit Gynäkologie, Suchtspezialisten, privaten Hebammen sowie Kinderschutzgruppen, Mütterberatung und perinatologischen Zentren hat sich in der Vergangenheit als sinnvoll und hilfreich erwiesen (4, 6). Interventionen müssen stets indikationsgeleitet sein und den Ressourcen und Defiziten der Schwangeren gerecht werden, und zwar ohne stereotype Automatismen. Das Spektrum reicht hier von engmaschigerer Betreuung über den Entzug von anderen Substanzen in einer Suchtfachklinik bei hohem Beikonsum bis zur frühen Anbindung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) (4, 6, 12). Spätestens bei der Geburt erfolgt vonseiten der Klinik der Einbezug des Sozialdienstes und der mit Kinderschutz befassten Organisationen.

### Geburt und perinatale Phase

Schwangerschaften opioidabhängiger Frauen gelten generell als Risikoschwangerschaften, bei denen die Entbindung und die stationäre Nachbetreuung des Säuglings in einem perinatologischen Zentrum vorgesehen sind (4, 6, 12,18).

### Entzug

50 bis 90% aller Neugeborenen opioidabhängiger Mütter machen einen postpartalen Entzug durch, der in Ausprägung und chronologischem Verlauf nicht abzuschätzen ist (13). Die Symptome, die mit 72 Stun-

den Verzögerung nach der Geburt auftreten können, sind dem Wegfall der intrauterinen Suchtmittelexposition geschuldet und mit Irritation vor allem des zentralen und autonomen Nervensystems verbunden.

Irritabilität, schrilles Schreien, Zittern, muskuläre Hypertonie und Temperaturanstieg sowie gastrointestinale Beschwerden und Atemfrequenz werden mithilfe des Finnegan-Scores (16) mehrmals täglich objektiv erhoben, um weitere Interventionen zu planen. Die Untersuchung des Mekoniums auf Substanzen gibt Aufschluss über die tatsächliche Exposition des Fetus in den letzten 6 Monaten, was Rückschlüsse auf die Transparenz der Schwangeren zulässt.

Nicht medikamentöse Interventionen bei Entzugssymptomen sind die Mittel der ersten Wahl (11, 12, 15). Dazu gehören Unterstützung der Eltern-/Mutter-Kind-Beziehung mit aktivem Einbeziehen der Bezugspersonen in der Pflege, körperliche Kontakte, wo immer möglich, und Rooming-in-Angebote. Hier bedarf es häufig individueller Lösungen und einer wertschätzenden, geduldigen, aber auch realistischen Einschätzung vorhandener Ressourcen im Familiensystem. Viele Frauen kämpfen mit Schuld- und Schamgefühlen gegenüber ihrem Kind, für dessen Entzug sie sich verantwortlich fühlen. Enger Körperkontakt kann mit negativen biografischen Erlebnissen und daraus folgenden Kontakthemmungen verknüpft sein, was Schuld, Scham und die Prämisse, keine gute Mutter zu sein, noch verstärkt.

Bei medikamentöser Behandlung des Säuglings ist eine Überwachung auf der Neonatologie unabdingbar. In der Schweiz kommen vor allem umfangreich untersuchte, gut steuerbare und oral zu verabreichende Morphinpräparate zum Einsatz. Weitere Möglichkeiten wären Methadon und Buprenorphin. In Abhängigkeit des Finnegan-Scores erfolgt eine dynamische Anpassung (12).

### Stillen

Stillen hat einen signifikant verringernden Einfluss auf die Notwendigkeit und die Dauer einer medikamentösen Behandlung und die generelle Hospitalisationszeit, nicht jedoch auf die Intensität der Entzugssymptome selbst (15). Das Substitutionsmittel der Mutter wird nur in geringen Mengen in die Muttermilch ausgeschieden und gilt als weitgehend unbedenklich (11). Beikonsum anderer Substanzen muss jedoch vermieden werden. Kokainkonsum ist aufgrund der schweren Schäden für den Säugling kontraindiziert. Mütter werden zum Stillen motiviert, müssen sich hierfür jedoch einer wöchentlichen Urinkontrolle unterziehen (6, 12).

### Elternschaft

Während der Entzugsphase des Säuglings sind eine engmaschige Unterstützung, Behandlung, aber auch

Beobachtung der Ressourcen und Defizite im Familiensystem durch das stationäre Setting gewährleistet.

Eine transparente und wertschätzende Begleitung nach Spitalaustritt ist mindestens ebenso wichtig. Hier gilt es, im multiprofessionellen Team eine gute Balance zu finden zwischen aktiver Unterstützung des Betreuungssystems, Befähigung zu Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit der Eltern sowie Beobachtung, Kontrolle und der Pflicht zur Fürsorge dem Kind gegenüber, um, wenn nötig, alternative Möglichkeiten für die Betreuung des Neugeborenen zu klären respektive einzuleiten (6). ■

**Dr. med. Ulrike Sanwald**

Leitende Ärztin/Ko-Leiterin ISW  
Akut-Tagesklinik + Ambulatorium Winterthur  
Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland  
8408 Winterthur  
E-Mail: [Ulrike.Sanwald@ipw.ch](mailto:Ulrike.Sanwald@ipw.ch)

Interessenkonflikte: keine.

Quellen:

1. Boyd S, Marcellus L.: *With Child. Substance Use during Pregnancy: A woman-centred Approach*. Fernwood Publishing, Halifax 2007.
2. Schiemann S.: *Kognitive und emotionale Entwicklung von Kindern mit pränataler Opiatexposition in Abhängigkeit der postnatalen Betreuungsbedingungen*. Dissertation; Universität Frankfurt am Main 2006.
3. Integrierte Suchthilfe Winterthur (ISW): *Schwangerschaft/Elternschaft und Substanzabhängigkeit (Sucht). Behandlungskonzept der Integrierten Suchthilfe Winterthur 2017*.
4. Liebrecht M et al.: *Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankung. Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281*. Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, 60. Jg. 2016.
5. Velez ML et al.: *Parenting knowledge among substance abusing woman in treatment*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004; 27.
6. Fachstelle Okey & Kids Punkt: *Winterthurer Betreuungskonzept für Neugeborene mit Entzugssymptomen und deren Eltern*. 2017.
7. Seidenberg A.: *Das blutige Auge des Platztspitzhirsches*. 2020.
8. Bundesamt für Gesundheit, Schweiz: *Nationale Strategie Sucht*. 2018.
9. Sucht Schweiz: *Zahlen und Fakten – Opiode*.  
Gmel G et al.: *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2016*. Lausanne, Sucht Schweiz 2017.
10. Seyler T et al.: *Is Europe facing an opioid epidemic: What does European monitoring data tell us?* *Eur J Pain*. 2021; 25 (5): 1072-1080.
11. Zusammenstellung aus [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)
12. Universitätsspital Zürich (USZ): *Betreuung von Neugeborenen mit Entzugsproblematik, Angebot der Klinik für Neonatologie*.
13. Ko JY et al.: *«Incidence of neonatal abstinence syndrome – 28 states, 1999–2013*. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report* 2016; 65; 799–802.
14. Rizk AH et al.: *Maternity care for pregnant woman with opioid use disorder: A review*. *J. Midwifery Womens Health* 2019; 64 (5): 532-544.
15. Liangliang Chu et al.: *Meta-Analysis of breastfeeding effects for infants with neonatal abstinence syndrome*. *Nursing Research* 2022; 71 (1); 54-65.
16. Psychrembel online: *Pädiatrie > Neonatologie > Neonatologie > ZustandsDiagn. des Neugeborenen > Finnegan-Score*.
17. Burris HH et al.: *Birth outcome racial disparities: a result of intersecting social and environmental factors*. *Semin Perinatol* 2017; 41(6): 360-366.
18. Beck T et al.: *Medizinische Empfehlungen für Opioidagonistentherapie (OAT) bei Opioidabhängigkeits-Syndrom*. 2020. <https://www.ssam-sapp.ch>