

Alkohol
! Verantwortung
setzt die Grenze

Alkoholfrei ***durch die Schwangerschaft***

Beratungsmanual
für die Schwangerenvorsorge





***Alkoholfrei
durch die Schwangerschaft***

Beratungsmanual
für die Schwangerenvorsorge

Inhalt

- 4 Vorbemerkungen
- 5 Einführung
- 8 Grundlagen der Beratung
- 9 Motivierende Gesprächsführung
- 12 Stadien der Verhaltensänderung

Beratungskonzept

- 18 Phase 1
Feststellen des Konsum-Status
- 28 Phase 2
Motivation zur Verhaltensänderung
- 38 Phase 3
Hilfen bei der Verhaltensänderung
- 48 Phase 4
Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung

Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf

- 54 Häufig gestellte Fragen und
mögliche Antworten
- 56 Basisprinzipien der Motivierenden
Gesprächsführung
- 59 Umgang mit problematischen
Beratungssituationen

Vertiefende medizinische Grundlagen Gynäkologische Aspekte des Alkoholmissbrauchs

- 64** FAS:
Definition und Symptombild
- 66** FAE:
Definition und Symptombild
- 67** Pathophysiologische Aspekte
- 68** Auswirkungen des Alkohols in den
Entwicklungsphasen
- 70** Schwierigkeiten in der Diskussion
eines toxischen Schwellenwertes
- 71** Diagnostik

Ergänzende Angebote und Materialien

- 74** Telefonische Beratung
- 75** Beratungsbroschüren
»Auf dein Wohl, mein Kind!« und »Alles klar?«
- 76** Hilfreiche Adressen
- 77** Quellenangaben

Kopiervorlagen und Bestellformular in der Umschlagklappe

- Fragebogen zum Alkoholkonsum
- Kosten-Nutzen-Analyse
- Trinktagebuch
- Bestellformular für Beratungsmaterialien

Vorbemerkungen

Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr in Deutschland etwa 10.000 Kinder schon bei ihrer Geburt durch Alkohol geschädigt sind; ca. 2.000 Neugeborene weisen schwerste Entwicklungsstörungen auf. Es ist nicht nur intensiver Alkoholkonsum, der diese Schäden verursacht. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass auch ein geringer Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen können.

Alle alkoholbedingten Folgeschäden sind vermeidbar! Um dies zu erreichen, ist Information und Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft notwendig. Aufgrund des hohen Risikos gesundheitlicher Folgeschäden durch Alkohol zu Beginn der Schwangerschaft sollten sich die Beratungsgespräche nicht nur auf Schwangere konzentrieren, sondern möglichst schon die Paare einschließen, die eine Schwangerschaft planen.

Die regelmäßigen medizinischen Untersuchungen in der Schwangerschaft und Gespräche im Rahmen einer geplanten Mutterschaft bieten eine ideale Voraussetzung, mit den zukünftigen Eltern über einen nicht schädigenden Umgang mit Alkohol zu reden.

Das vorliegende Manual richtet sich an Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Gynäkologie und an Hebammen. Es soll ihnen helfen, einen kritischen Alkoholkonsum zu erkennen und eine erfolgreiche Beratung mit dem Ziel des Alkoholverzichts durchzuführen.

Wir hoffen, mit dem Beratungsleitfaden und ergänzenden Hilfeangeboten – wie Broschüren und Beratungstelefon – Programmelemente anbieten zu können, die helfen, den negativen Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft erfolgreich entgegenzuwirken.

Köln, im Mai 2007

Einführung

Alkohol ist unbestritten neben Tabak der Suchtstoff Nr. 1 in Deutschland. Die Bundesrepublik liegt weltweit betrachtet mit in der Spitzengruppe, wenn es um den Konsum von Alkohol geht. Für das Jahr 2005 wird der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken – ausgedrückt als Konsum reinen Alkohols – mit etwa 10 Litern angegeben (*Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren, 2007*).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit werden regelmäßig Repräsentativerhebungen zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland durchgeführt. Danach überschreiten mehr als 15 % der Männer und mehr als 7 % der Frauen die Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum deutlich (*Kraus & Augustin, 2005*). Etwa 1,5 Millionen Menschen dieser Altersgruppe erhalten nach DSM-IV die Diagnose Alkoholabhängigkeit, weitere 1,6 Millionen Menschen weisen einen Alkoholmissbrauch auf (*Kraus & Augustin, 2001*).

Alkoholmissbrauch ist nicht ausschließlich ein Phänomen der oberen Altersgruppen. Es wird vermutet, dass in Deutschland etwa 1 bis 2 % alkoholabhängige Frauen im gebärfähigen Alter sind. Weiterhin ist alarmierend, dass nur etwa 20 % der Frauen während der Schwangerschaft überhaupt keinen Alkohol trinken (*Statistisches Bundesamt, 1998; Wiesner, 1995*).

Dabei ist der schädigende Einfluss von Alkohol auf die intrauterine Entwicklung des Kindes seit Langem bekannt, wenngleich das genaue klinische Bild der Defizite, die unter dem Begriff »Fetales Alkoholsyndrom (FAS)« zusammengefasst werden, erstmals 1968 beschrieben wurde (Lemoine et al., 1968): FAS, oder auch Alkoholembryopathie genannt, äußert sich in prä- und postnatalen Wachstumsstörungen, Gesichtsfehlbildungen sowie Störungen der geistigen und psychomotorischen Entwicklung des Kindes.

In Abgrenzung zum Vollbild FAS werden weniger schwere alkoholbedingte Folgeschäden unter dem Begriff Fetale Alkoholeffekte (FAE) zusammengefasst (siehe z.B. Löser, 1995).

Exakte Angaben über den Prozentsatz Kinder, die mit FAS oder FAE geboren werden, gibt es für Deutschland nicht. Schätzungen gehen davon aus, dass in jedem Jahr etwa 2.000 Kinder mit dem klinischen Vollbild einer Alkoholembryopathie (FAS) geboren werden. Die Zahl der Kinder, die von Geburt an durch Fetale Alkoholeffekte (FAE) in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, dürfte um ein Vielfaches höher liegen. Viele Fälle bleiben bei der Geburt unentdeckt.

Das Risiko gesundheitlicher Schäden für das Kind steigt mit zunehmendem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. Eine untere Grenze, unterhalb welcher der Konsum von Alkohol werdenden Müttern bedenkenlos empfohlen werden kann, gibt es nicht. Der beste Rat für die Schwangerschaft ist daher der völlige Alkoholverzicht.

Häufig bestehen bei den werdenden Eltern ungenaue oder falsche Vorstellungen über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Darüber hinaus wird oft ein für das Baby bereits als kritisch anzusehender Alkoholkonsum von Schwangeren toleriert und als unbedenklich angesehen (Dufour et al., 1994; Lelong et al., 1995).

Hier ist Beratung und Information von medizinischer Seite dringend notwendig. Diese Maßnahmen sind erfolgreich. Mehrfach haben Untersuchungen gezeigt, wie groß der Einfluss der Beratung durch Gynäkologinnen, Gynäkologen und Hebammen bei der Änderung des Alkoholgebrauchs in der Schwangerschaft ist (Waterson et al., 1989b; Lelong et al., 1995; vgl. auch Niedersächsisches Sozialministerium, o. J.).

Dabei geht es bei der Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft und der möglichst frühzeitigen Diagnose von FAS und FAE nicht um eine Stigmatisierung von Müttern und ihren Kindern, sondern vielmehr um eine rechtzeitige Weichenstellung zu adäquater Hilfe und Versorgung (Wegman et al., 1997).

Wichtig für Sie:

Viel wäre bereits erreicht, wenn die werdenden Mütter und Väter auf ihren Alkoholkonsum angesprochen würden und zu einem möglichst risikolosen Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft motiviert werden könnten.

Diese motivationsfördernde Beratung muss weder sehr arbeitsintensiv noch sehr zeitaufwendig sein. Für Schwangere mit moderatem Alkoholkonsum hat sich eine einfache Beratung und Ermutigung, den Alkoholkonsum einzustellen, als erfolgreiche Maßnahme erwiesen.

Viel könnte darüber hinaus erreicht werden, wenn eine Alkoholabhängigkeit frühzeitig erkannt wird und die Betroffenen zu einer weiterführenden intensiven Betreuung zu motivieren sind (Waterson & Murray-Lyon, 1990; Peterson & Lowe, 1992; Reynolds et al., 1995).

Erfolgreiche Beratungsansätze umfassen:

- **Individuelle Beratung in einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre**
- **Informationen über Alkohol in der Schwangerschaft**
- **Motivation zum Alkoholverzicht**
- **Erkennen und Erweitern von Alternativen zum Trinken**
- **Zusicherung von Beratung in der Schwangerenvorsorge und nachfragendes Interesse am Verlauf der Bemühungen zum Alkoholverzicht**
- **Ergänzende Hilfen (wie z.B. Broschüren, Adressen von Beratungs- und Hilfeinrichtungen)**

Wie kann eine Beratung möglichst effektiv gestaltet werden?

Grundlagen der Beratung

Unter dieser Fragestellung haben in den letzten Jahren zwei Modelle in der Beratung zur Verhaltensänderung besondere Beachtung gefunden: zum einen die von Miller und Rollnick entwickelte »Motivierende Gesprächsführung« (1991 [dt. Ausgabe 1999]) und zum anderen das Modell der Verhaltensänderung (»Transtheoretisches Modell«) von Prochaska, Norcross und DiClemente (1994).

Beide Modelle haben sich in der Praxis bewährt. Die Kombination beider Konzepte bildet die Grundlage für ein erfolgreiches Beratungsgespräch. Der Erfolg wird dadurch erreicht, dass die einzelnen Beratungsschritte bei den Kenntnissen und Motiven der Schwangeren ansetzen und auf ihren Handlungsmöglichkeiten aufbauen.

Die Basisprinzipien der »Motivierenden Gesprächsführung« und die Phasen der Verhaltensänderung nach dem »Transtheoretischen Modell« werden in den folgenden Abschnitten zunächst kurz erläutert.

Ziel der Motivierenden Gesprächsführung (*Motivational Interviewing*) ist es, mit kurzen, aber effektiven Beratungsgesprächen eine **Änderung des Verhaltens zu erreichen** (Miller & Rollnick, 1991; Rollnick et al., 1999).

Wichtige Voraussetzung für eine Verhaltensänderung ist das Erkennen von ambivalenten Einstellungen und Gefühlen gegenüber den alten Gewohnheiten sowie der Umgang mit Ablehnung einer Verhaltensänderung.

Motivierende Gesprächsführung

Ambivalente Gefühle und Diskrepanzen wahrnehmen

Häufig entwickeln Personen mit Suchtmittelgebrauch, wie z.B. Alkohol und Nikotin, ihrem eigenen Verhalten gegenüber ambivalente und diskrepante Gefühle und Einstellungen. Diese ambivalenten Bewertungen des eigenen Verhaltens sind oft auch bei Schwangeren, bezogen auf ihren Genussmittelgebrauch, anzutreffen.

Auf der einen Seite wissen sie um die negativen, gesundheitsschädigenden Folgen ihres Handelns für sich und ihr Baby, auf der anderen Seite knüpfen sie aber auch positive Erwartungen und Effekte an ihr Verhalten. Werden sie von außen angeregt, ihr Verhalten zu überdenken und zu verändern, fühlen sie sich in einem Entscheidungs dilemma: Die Gründe, die für das Aufrechterhalten der alten Gewohnheiten sprechen, sind häufig so gewichtig wie die Gründe, die dagegen sprechen.

Eine Verhaltensänderung kann nur erreicht werden, wenn die positiven Aspekte für eine Änderung überwiegen. Ziel der Beratung sollte es daher zunächst sein, die Aspekte, die für eine Verhaltensänderung sprechen, zu erkennen und zu stärken.

Widerstand gegen Veränderungen abbauen

Die Erfahrungen zeigen, dass nicht in jedem Fall eine Verhaltensänderung erreicht werden kann. Der Weg über Druck und direkte Aufforderungen ist in keinem Fall ein geeignetes Mittel, eine Verhaltensänderung durchzusetzen, und erzeugt oft mehr Widerstand als Änderungsbereitschaft.

Ablehnende Haltungen und Widerstand äußern sich in typischen Verhaltensweisen:

- Das schädigende Verhalten wird bagatellisiert, ignoriert oder ganz geleugnet.
- Es werden Einwände gegen die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung formuliert und eine Änderung des Verhaltens wird boykottiert.

Eine ablehnende Haltung und Widerstand gegen eine Verhaltensänderung ist aber auch zu erwarten, wenn

- die Schwangeren unsicher sind und nicht genau einschätzen können, was auf sie zukommt und wie sie mit der neuen Situation umgehen können;
- die Schwangeren sich zu viel auf einmal vorgenommen haben, sich unrealistische Ziele setzen, den Überblick verlieren, frustriert und enttäuscht reagieren.

Das Erkennen und der richtige Umgang mit Ablehnung und Widerstand im Beratungsverlauf trägt entscheidend zu einem positiven Beratungserfolg bei.

Damit Widerstand und Ablehnung gering bleiben und eine hohe Veränderungsbereitschaft erreicht wird, werden einige Motivationsstrategien empfohlen (nach Miller, 1985):

1. Zeigen Sie Verständnis und Anteilnahme

- Vermeiden Sie eine aufdrängende und moralisierende Gesprächshaltung, indem Sie die Wert- und Verhaltensvorstellungen der Schwangeren nachvollziehen und respektieren, erzeugen Sie weniger Widerstand gegen eine Verhaltensänderung.
- Nutzen Sie die Technik des »Aktiven Zuhörens«: Zuhören – Gesprächsinhalte zusammenfassen und Gefühle verbalisieren – Zuhören.

2. Geben Sie Hinweise, Erläuterungen und Empfehlungen

- Identifizieren Sie möglichst genau den Problembereich.
- Erläutern Sie, warum eine Verhaltensänderung nötig ist.
- Vertreten Sie ein klares Ziel für die Verhaltensänderung.

Eine weiterführende Darstellung der Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung und Hinweise zum Umgang mit Ablehnung finden Sie auf den Seiten 56 bis 61.

3. Steigern Sie den Wunsch nach Veränderungen

- Finden Sie heraus, wo die Vorteile und positiven Anreize des bisherigen Verhaltens liegen.
- Suchen Sie nach Wegen, die vermeintlichen Vorteile zu relativieren, indem Sie auch die möglichen Nachteile zu bedenken geben.

4. Beseitigen Sie Hindernisse

- Helfen Sie den Schwangeren, Hemmnisse für die Verhaltensänderung zu erkennen.
- Unterstützen Sie sie bei der Suche nach Lösungsmöglichkeiten.

5. Bieten Sie Wahlmöglichkeiten

- Lassen Sie den werdenden Müttern die Freiheit (und Verantwortlichkeit) der persönlichen Entscheidung.
- Versuchen Sie nichts zu erzwingen, bieten Sie verschiedene Möglichkeiten an.

6. Geben Sie Rückmeldungen

- Ein deutliches Bewusstsein und genaue Kenntnisse über die aktuelle (Gesundheits-)Situation aufseiten der werdenden Mütter ist die Grundvoraussetzung für eine Verhaltensänderung.
- Geben Sie eine Einschätzung der Situation der Schwangeren aus Ihrer Sicht und nennen Sie die Risiken und Konsequenzen, die sich aus den jetzigen Verhaltensweisen ergeben.

7. Ziele formulieren

- Vollziehen Sie nach, was die Schwangeren als normal und akzeptabel für sich und ihr Verhalten verstehen.
- Helfen Sie den Schwangeren, realistische und erreichbare Ziele zu setzen.

8. Bieten Sie aktive Hilfe und Unterstützung an

- Zeigen Sie ein ehrliches Interesse an einer Verhaltensänderung bei den werdenden Müttern.
- Die Entscheidung zur Verhaltensveränderung liegt in der Verantwortung der Schwangeren, aber Sie haben großen Einfluss darauf, ob und wie diese Entscheidung erfolgt.

Die Änderung einer Verhaltensweise verläuft nach dem Modell von Prochaska, Norcross und DiClemente in verschiedenen Stadien (Prochaska et al., 1994).

Die einzelnen Stadien der Veränderung bauen aufeinander auf und verlaufen von einem Stadium der »Vorüberlegungen und Absichtslosigkeit« bis zu einem Stadium der »stabilen und anhaltenden Verhaltensänderung«. Allerdings gelingt eine Verhaltensänderung nicht immer im ersten Anlauf. Häufig kommt es zu einem Rückschritt in vermeintlich bewältigte Veränderungsphasen bzw. zu einem Rückfall in die alten Gewohnheiten. Eine aktive Auseinandersetzung mit dem Rückfallgeschehen bietet die Chance für den folgenden, erfolgreicherer Versuch der Verhaltensänderung.

Stadien der Verhaltensänderung

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht den Prozess der Verhaltensänderung nach dem Modell von Prochaska et al. (1994).



Für das Problemfeld »Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft« lassen sich die Stadien wie folgt beschreiben:

Stadien der Veränderung

Stadium der Vorüberlegungen und Absichtslosigkeit

- Stadium, in dem kein Interesse besteht, einen kritischen Alkoholkonsum zu ändern. Mögliche gesundheitliche Schäden für das Baby sind nicht bekannt, werden nicht wahrgenommen oder werden nicht als riskant eingestuft.

Stadium der Überlegung und Absichtserklärung

- Eine unentschiedene, zum Teil zögerliche und widersprüchliche Haltung ist vorherrschend. Das eigene Verhalten wird zwar als problematisch angesehen, zu einer Änderung kommt es aber (noch) nicht. Absichten werden geäußert, aber nicht ausgeführt oder wieder verworfen. Das kann dazu führen, dass trotz wiederholt genannter Absichten und Willenserklärungen über einen längeren Zeitraum nichts Konkretes im Hinblick auf eine Verhaltensänderung unternommen wird.

■ *Versuchen Sie, die Haltung nachzuvollziehen und die Gründe für die bisherige Einstellung zu verstehen.*

■ *Informieren Sie die Schwangere über die möglichen Risiken des Alkoholkonsums für sich und ihr Baby und stellen Sie die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung heraus.*

■ *Loten Sie ergänzenden Beratungsbedarf aus und unterbreiten Sie weitere Gesprächsangebote.*

■ *Stellen Sie die ambivalenten Gefühle und Einstellungen in den Mittelpunkt der Beratung und stellen Sie die Ernsthaftigkeit der Absichten für eine Verhaltensänderung fest.*

■ *Steigern Sie den Wunsch nach Verhaltensänderung durch Hinweise, Erläuterungen und Empfehlungen.*

Interventionsstrategien der Motivierenden Gesprächsführung

Stadien der Veränderung

Stadium der Entscheidungsfindung und Handlungsvorbereitung

- Zwischen Pro und Contra des Alkoholverzichts wird gründlich abgewogen. Die Schwangeren sind überzeugt, dass die Gründe für die Einschränkung des Alkoholkonsums oder gar des Alkoholverzichts überwiegen und eine Änderung der Trinkgewohnheiten vorteilhaft wäre. Unsicherheit besteht bei ihnen noch darüber, wie sie den Entschluss in die Tat umsetzen können und ob sie damit auch erfolgreich sein werden.

Aktions-Stadium

- Das Aktions-Stadium ist gekennzeichnet durch eine Reduzierung des Alkoholkonsums. Die Absichten konkretisieren sich im Handeln. In dieser Phase ist allerdings das Risiko noch groß, doch wieder in alte Gewohnheiten zurückzufallen.

■ *Unterstützen Sie die Schwangeren bei einer Entscheidungsfindung.*

■ *Suchen Sie gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten für Situationen, in denen ein Verzicht auf Alkohol mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Für diese Situationen sollten verschiedene alternative Verhaltensweisen gefunden und ausprobiert werden, sodass Auswahlmöglichkeiten bestehen.*

■ *Legen Sie gemeinsam konkrete und realistische Verhaltensziele fest.*

■ *Informieren Sie sich über den Erfolg der Verhaltensänderung und bieten Sie Unterstützung bei der Suche nach Lösungen für kritische Situationen an.*

Interventionsstrategien der Motivierenden Gesprächsführung

Wichtig zu erkennen:

Verhaltensänderungen müssen nicht immer linear verlaufen, sondern können einen kreisförmigen Verlauf nehmen. Über einen langen Zeitraum erlernte Verhaltensroutinen und -programme lassen sich nicht einfach abschalten, sondern müssen durch die bewusste Aneignung neuer Verhaltensweisen ersetzt werden. Häufig gelingt dies erst nach dem mehrmaligen Durchlaufen der verschiedenen Stadien.

Stadium der Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung

- In dieser Phase richten sich die Bemühungen auf die Aufrechterhaltung der Verhaltensänderungen. Die neuen Verhaltensweisen werden zunehmend zur Gewohnheit. Die Gefahr eines Rückfalles in die alten Gewohnheiten nimmt ab.

(Möglicherweise) Rückfall-Stadium

- Wiederaufnahme des Alkoholkonsums oder erneutes Erreichen einer kritischen Konsumgrenze. Aufgrund des hohen Risikos einer Gefährdung des Babys durch Alkohol, insbesondere zu Beginn der Schwangerschaft, sollten möglichst schnell die Gründe für den Rückschritt erfasst und ein erneuter Anlauf zur Reduzierung des Alkoholkonsums oder zum Alkoholverzicht durchgeführt werden.

■ *Fragen Sie weiterhin regelmäßig nach dem Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft und würdigen Sie den Erfolg des Alkoholverzichts.*

■ *Motivieren Sie die Schwangeren zu einem erneuten Versuch, den Alkoholkonsum zu reduzieren bzw. auf Alkohol zu verzichten.*

■ *Ziehen Sie bei anhaltendem kritischem Alkoholkonsum die Möglichkeit einer ergänzenden sucht-therapeutischen Beratung in Erwägung und sichern Sie Ihre weitere Unterstützung zu.*

Sie können den Beratungsverlauf und das Beratungsergebnis deutlich verbessern, indem Sie Ihre Beratung zum Alkoholverzicht an dem Kreismodell orientieren und Ihre Beratung auf die Position der Schwangeren im Veränderungsprozess abstimmen.



Beratungskonzept



Das Beratungskonzept ist in vier Phasen gegliedert, die sich – unter Berücksichtigung der theoretischen Grundlagen – am Ablauf der alltäglichen Beratungspraxis orientieren.

In den meisten Beratungsgesprächen wird es ausreichend sein, nach der Feststellung des aktuellen Trinkverhaltens und des bisherigen Konsums an Alkohol im Schwangerschaftsverlauf (Phase 1 »Feststellen des Konsum-Status«) ergänzende Informationen zum Thema Alkohol in der Schwangerschaft zu vermitteln, um einen Alkoholverzicht zu erreichen.

Ohne dass dann weitere Zwischenschritte in der Beratung notwendig sind, sollten Sie von Zeit zu Zeit nachfragen, ob die Verhaltensänderung erfolgreich aufrechterhalten wird (Phase 4 »Sicherung der Abstinenz«).

Feststellen des Konsum-Status

Motivation zur Verhaltensänderung

Hilfen bei der Verhaltensänderung

Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung

Phase 1 Feststellen des Konsum-Status



- *Erkunden Sie die Gesprächsbereitschaft*
- *Erfragen Sie die Trinkgewohnheiten*
- *Erfragen Sie Einstellungen und ergänzen Sie Informationen*
- *Fassen Sie den Gesprächsverlauf zusammen und empfehlen Sie einen Alkoholverzicht*
- *Stellen Sie die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest*

Sprechen Sie grundsätzlich alle Frauen, die eine Schwangerschaft planen oder bereits schwanger sind, zum Thema Alkohol in der Schwangerschaft an.

Das Thema Alkohol ist häufig mit Unsicherheit, Schuld- und Schamgefühlen besetzt. Versuchen Sie daher eine Gesprächseröffnung zu wählen, die nicht zum Gefühl der Stigmatisierung aufseiten der Frauen führt.

- Lassen Sie die Entscheidung bei den Frauen, ob sie mit Ihnen über das Thema sprechen möchten oder nicht.
- Eine drängende Haltung ruft lediglich Widerstand hervor.

Beispiele für die Gesprächseröffnung:

»Grundsätzlich spreche ich mit allen werdenden Müttern die Bereiche an, die für einen positiven Verlauf der Schwangerschaft wichtig sind. Damit sind wir ganz sicher, dass wir möglichst frühzeitig alles für eine gesunde Entwicklung des Kindes tun können.

- *Dazu gehört auch das Thema »Alkohol«.*
- *Darf ich sie zunächst kurz zu Ihrem Alkoholkonsum befragen?«*

»Darf ich Sie zunächst kurz zu Ihrem Alkoholkonsum befragen?«

Reaktion: Positiv, »Ja!« ...

- Gehen Sie über zur Anamnese des Alkoholkonsums und erfragen Sie die Trinkgewohnheiten (Seite 21).

**Reaktion: Ambivalent, »Weiß nicht«
Negativ, »Nein!«**

- Versuchen Sie vorsichtig, die Hintergründe der ambivalenten oder ablehnenden Haltung zu verstehen.
- Berücksichtigen Sie mögliche Schuld- und Schamgefühle oder Misserfolgserwartungen, die zu einer Tabuisierung des Themas führen.
- Stellen Sie Ihr Anliegen in den Vordergrund, zunächst allgemein zum Thema informieren zu wollen.

Nach dem Modell der Verhaltensänderung könnten sich die Frauen im Stadium der »Vorüberlegungen und Absichtslosigkeit« befinden.

Bieten Sie als Information zum Umgang mit Alkohol während der Schwangerschaft die Beratungsbroschüre »Auf dein Wohl, mein Kind!« an (siehe Seite 75 und Umschlagklappe) und kommen Sie beim nächsten Termin noch einmal auf das Thema zurück.

»Gerade zum Umgang mit den Genussmitteln Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft bestehen häufig Unsicherheiten und es gibt viele Fragen vonseiten der werdenden Eltern. Deshalb spreche ich dieses Thema immer an.

- Lassen Sie uns mit dem Thema »Alkohol« beginnen.
- Darf ich Sie zunächst kurz zu Ihrem Alkoholkonsum befragen?«

Erfragen Sie die Trinkgewohnheiten

Zur Strukturierung Ihres Anamnesegesprächs finden Sie einen Fragebogen zum Alkoholkonsum in der Umschlagklappe.

Der Fragebogen kann auch zum Ausfüllen an die Schwangeren weitergegeben werden. Erfahrungsgemäß schafft allerdings das direkte Gespräch eine entspanntere Atmosphäre zur Diskussion des Themas.

Die Anamnese zum Trinkverhalten sollte einen Überblick geben über

- den aktuellen Konsum an alkoholischen Getränken sowie
- den Konsum von Alkoholika in der Zeit zwischen Konzeption und Bekanntwerden der Schwangerschaft.

Zur genauen Einschätzung des Alkoholkonsums sind Angaben erforderlich zur

- Trinkhäufigkeit
 - »An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie normalerweise Alkohol?«
- Trinkmenge
 - »Welches Getränk und welche Menge trinken Sie dann in der Regel?«

Bewertung der Trinkgewohnheiten

Ergebnis: Kein Alkoholkonsum

Bestärken Sie die Schwangere in ihrer Haltung, auch weiterhin während der Schwangerschaft keinen Alkohol zu trinken, und fragen Sie im Schwangerschaftsverlauf sporadisch nach dem Trinkverhalten (siehe Phase 4 »Sicherung der Abstinenz«).

Ergebnis: Alkoholkonsum

Das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen steigt mit der Höhe des Alkoholkonsums. Eine Grenze für einen risikolosen Alkoholgebrauch lässt sich in der Schwangerschaft zweifelsfrei nicht ziehen. Daher sollte mit allen Schwangeren, die Alkoholkonsum nennen, ein Beratungsgespräch über die Einschränkung des Konsums geführt werden.

Besondere Beachtung sollten Sie in Ihrer Beratung dabei auf Schwangere richten, die einen hoch riskanten Alkoholgebrauch angeben:

- **Alkoholkonsum an mindestens 2 Tagen pro Woche während der Schwangerschaft oder**
- **bei (einzelnen) Trinkgelegenheiten mehr als ein Glas Alkohol pro Tag seit Bekanntwerden der Schwangerschaft oder**
- **bei (einzelnen) Trinkgelegenheiten 2 oder mehr Gläser Alkohol pro Tag in der Zeit zwischen Konzeption und Bekanntwerden der Schwangerschaft.**

Neben einer völligen Unkenntnis oder Falsch einschätzung der Risiken des Alkoholgebrauchs in der Schwangerschaft könnte hier möglicherweise ein abhängiger Alkoholkonsum deutlich werden.

Zur genauen Klärung der Diagnose siehe auch Seiten 63 bis 71 »Vertiefende medizinische Grundlagen«.

VÄSE-Fragen:

Verringern des Alkoholkonsums?

Ärger über Kritik am Trinkverhalten?

Schuldgefühle?

Erstes Trinken am Morgen?

Zusätzliche Anhaltspunkte für einen möglicherweise problematischen Alkoholgebrauch erhalten Sie über die Angaben der Schwangeren zu den Fragen 10 bis 13 des Fragebogens zum Alkoholkonsum.

Diese sogenannten VÄSE-Fragen sind ein anerkanntes Diagnoseinstrument, das unterschiedliche Aspekte des Konsumverhaltens beleuchtet (John 1998; John et al., 1996; siehe auch Mayfield et al., 1979):

Positive Angaben zu den VÄSE-Fragen sind ein Indikator für einen problematischen Alkoholgebrauch.

Nutzen Sie die Angaben, um zu erkennen, welche Funktion der Alkoholgebrauch haben könnte und wie bisher mit einem möglicherweise kritischen Konsum umgegangen wurde.

>>Hatten Sie schon einmal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?«

- »Welche Alkoholmenge haben Sie für sich als zu hoch bewertet?«
- »Haben Sie Ihren Konsum reduzieren können, und wie ist es Ihnen dabei ergangen?«

>>Hat jemand Sie einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?«

- »Wie sind Sie mit der Kritik umgegangen?«

>>Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?«

- »Steht das Schuldgefühl im Zusammenhang mit Ihrer Schwangerschaft?«
- »Befürchten Sie, dass Sie Ihrem Baby schaden könnten oder bereits geschadet haben?«

>>Haben Sie einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?«

- »Wie oft ist das bisher während der Schwangerschaft vorgekommen?«
- »Hätten Sie auch ohne Alkohol durch den Tag kommen können?«

Bewertung der Trinkgewohnheiten

Ergebnis: Unklar, »Weiß nicht mehr genau«

Ungenaue Angaben in der Befragung zum Alkoholkonsum lassen entweder einen riskanten Alkoholkonsum vermuten und/oder ein Vermeiden von Antworten aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen oder Versagensängsten in Bezug auf den eigenen Alkoholkonsum. Schuld- und Angstgefühle wegen des Trinkens müssen nicht unbedingt mit einem hohen Alkoholkonsum zusammenhängen.

- Hinweise auf Schuld-, Scham- und Angstgefühle erhalten Sie über die VÄSE-Fragen. Versuchen Sie über die Antworten zu den Fragen zu einer Beurteilung der Konsumhöhe und Einschätzung der Funktionen des Trinkens zurückzukommen.
- Als weiterer Versuch, eine differenzierte Anamnese des Alkoholkonsums zu erstellen, kann die Bereitschaft zum Führen eines Trinktagebuchs oder die Auflistung der Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums (Kosten-Nutzen-Analyse) abgeklärt werden.
Bitten Sie bei einem unklaren Anamneseergebnis ggf. die Schwangere, bis zum nächsten Vorsorgetermin ein Trinktagebuch zu führen oder eine Kosten-Nutzen-Analyse zu erstellen, um möglichst schnell über das weitere Beratungsverfahren entscheiden zu können.

*Kopiervorlagen für
das Trinktagebuch
und die Kosten-Nutzen-
Analyse finden Sie in
der Umschlagklappe.*

Häufig bestehen unklare oder sogar falsche Vorstellungen über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Fragen Sie die Schwangeren nach ihren Kenntnissen und Informationen. Gehen Sie nicht davon aus, dass die Schwangeren über die gesundheitlichen Folgen eines zu hohen Alkoholkonsums für sich und ihr Baby ausreichend informiert sind.

Stellen Sie fest, wie die Schwangere ihren Alkoholkonsum selbst beurteilt und wie ausgeprägt die Bereitschaft zur Änderung ihres Verhaltens ist:

- »Wie bewerten Sie selber Ihren Alkoholkonsum?«
- »Wie sehen Sie die Notwendigkeit, Ihren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu ändern?«

Erfragen Sie Einstellungen und ergänzen Sie Informationen

Ergänzen Sie die Kenntnisse der Schwangeren und stellen Sie falsche Informationen richtig. Bleiben Sie bewusst sachlich bei der Darstellung der möglichen gesundheitlichen Gefahren für das Kind. Wecken Sie keine unnötigen Ängste; verschweigen Sie aber auch nichts.

Informieren Sie über:

- Pathophysiologische Aspekte des Alkoholkonsums,
- Fetales Alkoholsyndrom (FAS) und
- Fetale Alkoholeffekte (FAE).

Einige im Gesprächsverlauf häufig gestellte Fragen und entsprechende Antwortvorschläge sind im Abschnitt »Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf« auf den Seiten 54 bis 55 zusammengestellt.

Informationen zu den Symptombildern FAS und FAE finden Sie im Abschnitt »Vertiefende medizinische Grundlagen« auf den Seiten 63 bis 71.

Fassen Sie den bisherigen Gesprächsverlauf zusammen unter Berücksichtigung von

- Daten aus der Anamnese zum Alkoholkonsum,
- Einstellungen und Meinungen der Schwangeren zu ihrem Alkoholkonsum.

Fassen Sie den Gesprächsverlauf zusammen und empfehlen Sie einen Alkoholverzicht

Nach dem heutigen Stand der Forschung gibt es keine gesicherte Konsumgrenze für Alkohol in der Schwangerschaft, die als unbedenklich für das Kind eingestuft wird. Je mehr Alkohol konsumiert wird, desto größer das Risiko. Abhängig vom Stadium in der Schwangerschaft können auch schon geringe Mengen Alkohol ungünstig für die Entwicklung des Kindes sein.

Deshalb:

Empfehlen Sie Schwangeren den vollständigen Alkoholverzicht, um alkoholbedingte gesundheitliche Risiken für das Kind auszuschließen!

Klären Sie die Absicht der Schwangeren zum Alkoholgebrauch im weiteren Schwangerschaftsverlauf.

Frage:

»Wollen Sie für die Zeit der Schwangerschaft auf das Trinken von Alkohol verzichten?«

Orientieren Sie Ihre weiteren Beratungsschritte an dem bisherigen Alkoholkonsum der Schwangeren und der Reaktion auf die Aufforderung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft.

Stellen Sie die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest

Keine Bereitschaft zum Alkoholverzicht:

- Fragen Sie nach den Gründen der Ablehnung, damit Sie die Haltung nachvollziehen können. (Prüfen Sie auch, ob der Widerstand gegen eine Verhaltensänderung mit dem Gesprächsablauf zu tun haben könnte. Hinweise dazu finden Sie im Abschnitt »Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf« auf den Seiten 56 bis 61.)
- Betonen Sie die persönliche Entscheidungsfreiheit, aber stellen Sie auch die besondere Verantwortung für den Schwangerschaftsverlauf heraus.
- Händigen Sie die Beratungsbroschüre »Auf dein Wohl, mein Kind!« (siehe Seite 75) aus.
- Fragen Sie, ob Sie beim nächsten Vorsorgetermin noch einmal auf das Thema zu sprechen kommen können.
- Bieten Sie Ihre Unterstützung und Hilfe an, falls sich die Haltung der Schwangeren ändern sollte.

Beim nächsten Termin: Wiederbeginn mit Phase 1 »Erkennen des Stadiums der Änderungsbereitschaft«.

Notieren Sie das Ergebnis der Anamnese und das weitere Vorgehen in Ihren Unterlagen über die Schwangerschaft.

Zögerliche Bereitschaft zum Alkoholverzicht:

Zögern, Unsicherheit, »Weiß nicht!«

- Sprechen Sie die Bedenken an und fragen Sie nach den Gründen der Ablehnung.

Weiter mit Phase 2

»Motivation zur Verhaltensänderung«.

Bereitschaft zum Alkoholverzicht:

- Bestärken Sie die Entscheidung zum Alkoholverzicht.
- Klären Sie, ob Bedarf an zusätzlicher Unterstützung bei der Änderung des Trinkverhaltens besteht:

Falls **Ja**:

Weiter mit Phase 3 »Verhaltensänderung«.

Falls **Nein**:

Weiter mit Phase 4 »Sicherung der Abstinenz«.

*Phase 2 Motivation zur
Verhaltensänderung*

Entscheidung zum Alkoholverzicht fördern:

- *Verdeutlichen Sie selbst motivierende Aussagen*
- *Verstärken Sie ambivalente Gefühle (Bewertung von Vor- und Nachteilen)*
- *Analysieren Sie Stärken und Schwächen*
- *Analyse des Trinktagebuchs*
- *Fördern Sie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten*
- *Ziehen Sie eine Gesprächsbilanz*

Phase 2

Achten Sie im Gesprächsverlauf auf Aussagen, die die Motivation der Schwangeren deutlich machen und die Richtung einer möglichen Verhaltensänderung signalisieren. Diese Aussagen geben einen Eindruck über Veränderungen im Problembewusstsein, auf denen Sie in der Beratung aufbauen können.

- Nicht immer ist die Botschaft und Tendenz der eigenen Aussagen sowie ihre zugrunde liegende Motivation ganz bewusst.
- Machen Sie deshalb auf selbst motivierende Aussagen aufmerksam, indem Sie diese wiederholen oder zusammenfassen, um so die Verhaltensänderung zu fördern.

Verdeutlichen Sie selbst motivierende Aussagen

Beispiele für selbst motivierende Aussagen:

Ausdruck von:

>>Ich habe bisher nicht realisiert, dass ich meinem Kind damit schaden kann.«

Problemerkennung

>>Ich bin jetzt um die Gesundheit meines Kindes richtig besorgt. Wie konnte ich nur so leichtfertig sein?«

Ausdruck von Sorge

>>Ich denke, es ist Zeit, etwas zu verändern. Was kann ich tun?«

Veränderungsabsicht

>>Ich habe mich entschieden. Ich denke, ich schaffe das!«

Optimismus

>>Ich kann es nicht allein. Dazu fühl' ich mich nicht in der Lage!«

Pessimismus

Die Einschränkung des Trinkens oder ein Alkoholverzicht wird nur gelingen, wenn die selbst wahrgenommenen positiven Aspekte einer Verhaltensänderung gegenüber den möglichen negativen Konsequenzen überwiegen und die Vorteile höher bewertet werden als die erwarteten Nachteile (Kosten-Nutzen-Analyse).

Bitten Sie die Schwangere, eine Bilanz der durch sie wahrgenommenen Vor- und Nachteile ihres Alkoholkonsums zu erstellen. Für dieses Vorgehen ist oft die bildliche Darstellung in Form einer Waagschale hilfreich. Lassen Sie die Vorteile des Alkoholkonsums gegen die Nachteile abwägend bewerten.

Verstärken Sie ambivalente Gefühle

Die Kosten-Nutzen-Analyse gibt Ihnen einen Einblick in den Grad der Ambivalenz der Entscheidung sowie die möglichen Funktionen des Alkoholkonsums und Hemmnisse für einen Alkoholverzicht.

»Welche positiven Aspekte verbinden Sie für sich mit dem Trinken von Alkohol?«

»Welche Nachteile oder Schwierigkeiten erwarten Sie beim Alkoholverzicht?«

Helfen Sie, möglichst viele überzeugende Gründe für einen Alkoholverzicht zu finden, und stärken Sie die Vorteile, die mit einer Verhaltensänderung zu erreichen sind.

Ein sorgfältiges Abwägen des Für und Wider des eigenen Trinkverhaltens erfordert etwas Zeit. Die Bilanz der Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums kann daher auch zur Vorbereitung der nächsten Vorsorgeuntersuchung zu Hause erstellt werden.

Als Hilfe zur Vorbereitung kann ein 4-Felder-Schema dienen, in das die Vor- und Nachteile stichwortartig notiert werden (vgl. Petry, 1997).

Kopiervorlagen für die Kosten-Nutzen-Analyse finden Sie in der Umschlagklappe.

Beispiel für eine Kosten-Nutzen-Analyse

Wenn ich mein Trinkverhalten beibehalte wie bisher, ...

Meine Nachteile

- befürchte ich gesundheitliche Schäden für mich und das Baby
- bin ich ein schlechtes Vorbild für die Kinder
- bleiben meine Schuldgefühle
- ...

Meine Vorteile

- habe ich mehr Genuss
- komme ich leichter in ausgelassene Stimmung
- fühle ich mich entspannter
- ...

Wenn ich während der Schwangerschaft auf den Alkoholkonsum verzichte, ...

- befürchte ich mehr Anspannung
- erlebe ich weniger Genuss
- fühle ich mich sozial gehemmt
- ...

- bin ich mir sicher, ein gesundes Kind zu bekommen
- habe ich weniger Angst- und Schuldgefühle
- erhöhe ich meine Selbstachtung
- ...

Um eine Verhaltensänderung zu planen und neue Verhaltensstrategien zu entwickeln, ist es notwendig zu wissen, auf welchen Verhaltensstärken und Verhaltensschwächen aufgebaut werden kann. Ermuntern Sie die Patientin darin, ihre eigene Einschätzung der Stärken und Schwächen zu erforschen:

Analysieren Sie Stärken und Schwächen

- *>>Hat es in der Schwangerschaft schon Situationen gegeben, in denen Sie auf Alkohol verzichtet haben, obwohl in Ihrer Umgebung getrunken wurde?«*
- *>>In welchen Situationen fällt es Ihnen schwer, auf Alkohol zu verzichten?«*

Arbeiten Sie die Situationen heraus, in denen es möglicherweise bereits gelungen ist, den Alkoholkonsum einzuschränken oder ganz auf Alkohol zu verzichten. Machen Sie auf die vorhandenen Stärken/Verhaltenskompetenzen aufmerksam, um zu weiteren Verhaltensänderungen zu motivieren.

Versuchen Sie aber auch, die Situationen zu ermitteln, in denen bisher kein Alkoholverzicht gelungen ist bzw. in denen von der werdenden Mutter mehr getrunken wurde als sie sich eigentlich vorgenommen hatte.

Stärken und Schwächen äußern sich auf der emotionalen, sozialen oder funktionalen Ebene:

Stärken

Emotionale Ebene

- *»Ich freue mich auf das Kind! Da fällt es mir leicht, während meiner Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten.«*
- *»Jetzt, wo ich weiß, wie schädlich Alkohol ist, möchte ich mich nicht schuldig fühlen müssen.«*

Soziale Ebene

- *»Wenn ich Alkohol angeboten bekomme, kann ich gut Nein sagen.«*
- *»Mein Partner unterstützt mich dabei, keinen Alkohol zu trinken. Wir wollen beide weniger trinken.«*

Funktionale Ebene

- *»Bisher habe ich Alkohol auch nach der Arbeit zum Durstlöschen getrunken. Das lass' ich ab sofort!«*
- *»Ich kann mich auch gut ohne Alkohol amüsieren.«*

Schwächen

Emotionale Ebene

- *»Bei Kritik und dem Gefühl von Überforderung ziehe ich mich am liebsten zurück und trinke etwas.«*
- *»Ich bin unsicher, ob ich tatsächlich die gesamte Schwangerschaft ohne Alkohol durchhalten kann.«*

Soziale Ebene

- *»Wenn ich mit anderen zusammen bin, kann ich mir gar nicht vorstellen, auf Alkohol zu verzichten.«*
- *»Wir trinken immer am Abend zusammen ein Gläschen. Das ist schon Ritual. Wie soll ich da verzichten?«*

Funktionale Ebene

- *»Nach dem Job muss ich mich oft erst mit einem Glas entspannen.«*
- *»Um in Stimmung zu kommen, brauche ich erst einen Schluck.«*

Eine Hilfe für die Ermittlung von Situationen, in denen es schwierig ist, auf Alkohol zu verzichten, ist die Auswertung des Trinktagebuchs von den werdenden Müttern, die in der Anamnese über ihren Alkoholkonsum zunächst keine genaue Auskunft geben konnten.

Neben der Bewertung der Konsumhöhe an Alkohol ergibt sich aus den Trinktagebüchern ein genauer Einblick in die (sozialen) Umstände des Konsums, auf die sich die Schwangeren vorbereiten müssen, um diese möglichst ohne Alkohol bewältigen zu können.

Analyse des Trinktagebuchs

Lassen sich aus dem Trinktagebuch Anzeichen für Alkoholabhängigkeit oder Alkoholmissbrauch entnehmen?

- Liegt der Alkoholkonsum bei mehr als 2 Gläsern Bier (zu je ca. 0,25 l) oder Wein/Sekt (zu je ca. 0,125 l) pro Tag?
- Wird im Tagesverlauf getrunken, um Zittern, Angst, Unruhe oder andere (Entzugs-)Symptome zu vermeiden?

Diese Anzeichen und Symptome können Ihnen eine Alkoholabhängigkeit oder einen Alkoholmissbrauch anzeigen.

Zur genaueren Diagnosestellung siehe auch »Vertiefende medizinische Grundlagen« auf den Seiten 64 bis 71.

Neben dem hohen gesundheitlichen Risiko für das ungeborene Kind besteht ein erhebliches gesundheitliches Risiko für die Schwangere selbst.

- Klären Sie die Ernsthaftigkeit eines Alkoholverzichts in der Schwangerschaft, machen Sie auf die Dringlichkeit einer Änderung der Trinkgewohnheiten aufmerksam und weisen Sie auf die besondere Gefährdung für das Kind hin.
- Bieten Sie Ihre Unterstützung bei der Änderung des Trinkverhaltens an und klären Sie, welche ergänzenden suchtspezifischen Hilfsangebote wahrgenommen werden können.

Siehe auch »Hilfreiche Adressen« auf Seite 76.

Knüpfen Sie an den genannten Stärken an, um das Selbstbewusstsein und die Selbstsicherheit zu steigern, damit möglichst ein Alkoholverzicht erreicht wird.

Fördern Sie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

Fördern Sie die Eigenwahrnehmung für das bisher schon Erreichte. Häufig besteht eine Fokussierung auf die noch nicht erreichten Ziele. Hieraus können Gefühle von Versagen und Frustration entstehen, die für eine weitere Verhaltensänderung demotivierend sind.

>>Machen sie sich jetzt nicht mutlos.

Erkennen sie auch an, um wie viel sie ihren Alkoholkonsum bereits eingeschränkt haben.<<

Stärken Sie durch positiven Zuspruch und lassen Sie auch Ihr Vertrauen in das Gelingen einer Verhaltensänderung erkennen:

>>Auch wenn sie sich selbst vielleicht noch nicht so ganz sicher fühlen, so erlebe ich sie doch als sehr entschlossen, ohne Alkohol auskommen zu wollen.<<

Positive Erfahrungen und Zuspruch erhöhen die Motivation und steigern die Energie zum Durchhalten.

Fassen Sie die motivationsfördernden Voraussetzungen für den Alkoholverzicht zusammen und bilanzieren Sie das Gespräch.

Stellen Sie erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest.

Ziehen Sie eine Gesprächsbilanz

»Wollen sie für die Zeit der Schwangerschaft auf das Trinken von Alkohol verzichten?«

Die Voraussetzungen für die konkrete Planung und Durchführung der Verhaltensänderung sind dann gegeben, wenn

1. die Schwangere von den Vorteilen einer Einschränkung des Alkoholkonsums oder des Alkoholverzichts überzeugt ist,
2. sie selbst eine Änderung ihres Verhaltens will und nicht nur das Gefühl hat, einer Verhaltensnorm folgen zu sollen, die für sie nicht akzeptabel ist,
3. sie das Gefühl der Sicherheit hat, dass sie eine Änderung ihres Verhaltens auch (schrittweise) erreichen kann.

Sind die Voraussetzungen für den Alkoholverzicht gegeben, weiter mit:

■ Phase 3

»Hilfen bei der Verhaltensänderung«

Sind die Voraussetzungen für den Alkoholverzicht nicht gegeben:

Versuchen Sie in einem weiteren Gespräch, den Wunsch nach Verhaltensänderung noch zu stärken und stellen Sie erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest (weiter mit Seite 27).

Händigen Sie die Beratungsbroschüre »Auf dein Wohl, mein Kind!« aus (siehe Seite 75).

*Phase 3 Hilfen bei der
Verhaltensänderung*

Verhaltensänderung vorbereiten:

- *Entscheidung dokumentieren*
- *Sozialem Druck widerstehen:
»Nein« sagen lernen*
- *Alternativen
zum Alkoholkonsum suchen*
- *Für Belohnung und
positive Verstärkung sorgen*
- *Unterstützungssystem aufbauen*
- *Über Zwischenschritte zum Ziel?*

Phase 3

Der Alkoholverzicht sollte möglichst umgehend erreicht werden. Legen Sie gemeinsam einen Zeitpunkt fest, von dem an die Entscheidung gilt und der Alkoholkonsum gesenkt wird.

Entscheidung dokumentieren

Verdeutlichen Sie die Ernsthaftigkeit Ihrer gemeinsamen Bemühungen, indem Sie

- die Entscheidung erkennbar für die Schwangere in Ihren Patientenunterlagen dokumentieren,
- noch einmal die Verbindlichkeit der Vereinbarung hervorheben.

Um erfolgreich an das gewünschte Ziel zu gelangen, sind möglicherweise einige Hilfestellungen erforderlich, die in den folgenden Abschnitten erläutert werden.

Nicht selten wird gegen die eigene Überzeugung gehandelt, nur um nicht allein dazustehen und einer Gruppenmeinung nicht zu widersprechen. Dies führt auch dazu, dass aus lauter Gefälligkeit mitgetrunken wird.

Sozialem Druck widerstehen: »Nein« sagen lernen

Fragen Sie, ob es der werdenden Mutter schwerfällt »Nein« zu sagen, weil sie z.B.

- **das Gefühl hat, sich auszuschließen und im Abseits zu stehen,**
- **befürchtet, nicht mehr akzeptiert zu werden,**
- **glaubt, für das Nichttrinken eine Erklärung oder Entschuldigung abgeben zu müssen.**

Machen Sie deutlich, dass es nicht unhöflich ist, ein angebotenes Getränk abzulehnen oder nach einer alkoholfreien Alternative zu fragen.

Versuchen Sie, die Selbstsicherheit zu steigern, so dass es gelingt, die eigenen Interessen und die ihres Kindes entschlossen und überzeugend zu vertreten.

In einzelnen Situationen wird es vielleicht nicht ausreichen, nur eine ablehnende Haltung einzunehmen, um keinen Alkohol zu trinken.

Trinkgewohnheiten sind oft über einen langen Zeitraum gelernt und in ganz bestimmte Verhaltensabläufe eingebettet. Sie laufen immer nach denselben Regeln wie ein Programm ab.

Alternativen zum Alkoholkonsum suchen

Sind diese Abläufe erkannt, müssen für diese Situationen neue Verhaltenswege gesucht werden, um die alten Gewohnheiten zu ersetzen. Aufgrund der langen Routine mit dem »alten Programm« sollten solche Ersatzstrategien gut vorbereitet sein.

Je konkreter die Festlegung von Handlungsalternativen erfolgt, umso geringer sind kritische Überraschungsmomente, in denen die Schwangere nicht weiß, wie sie einzelne Situationen ohne Alkohol bewältigen kann. Es empfiehlt sich, mögliche Alternativen in Gedanken oder auch laut mehrfach durchzuspielen, um eine zunehmende Sicherheit zu bekommen und um Gefühlen von Angst und Unsicherheit nachzugehen.

Erkunden Sie mit der werdenden Mutter, welche Situationen eine intensive Vorbereitung notwendig machen und lassen Sie geeignete Alternativen suchen. Die Alternativen sollten sich an den Funktionen orientieren, die für den Alkoholkonsum genannt werden.

Häufig genannte Funktionen des Alkoholkonsums

Mögliche Alternativen

Genuss und Geselligkeit

Zubereitung von alkoholfreien Getränken

Häufig haftet alkoholfreien Getränken das Stigma »langweilig« an. Das lässt sich verhindern. Versuchen Sie z.B., die werdende Mutter für geschmack- und fantasievolle – und trotzdem alkoholfreie – Cocktails zu begeistern. Sie bieten Genuss (und soziale Anerkennung).

Entspannung

Neue Formen der Entspannung

Alkohol hat unter Umständen eine entspannende Wirkung, auf die zu verzichten schwerfällt. Helfen Sie, andere Möglichkeiten zu finden, um ein entspanntes Lebensgefühl auch ohne Alkohol erreichen zu können. Eine kleine Auswahl:

Lesen:

Eine spannende Lektüre kann dazu verhelfen, den anstrengenden Tag auf angenehme Weise ausklingen zu lassen.

Tee:

Kräuter- oder Gewürztees wirken besonders entspannend (in gut sortierten Teeläden sind spezielle Mischungen für unterschiedliche Gelegenheiten und Stimmungslagen erhältlich).

Muskelentspannung/Yoga/Meditation:

Durch Übungsbücher oder (am besten) in einem Kurs lassen sich Entspannungsübungen lernen, die leicht in den Alltag zu integrieren sind. Für die Zeit der Schwangerschaft bieten sich ohnehin besonders Yoga, Autogenes Training oder Meditation an.

Verdrängung unangenehmer Gefühle

Neue Wege im Umgang mit unangenehmen Gefühlen

Möglicherweise wird Alkohol getrunken, um unangenehme Gefühle wie z.B. Kritik, Ärger, Versagensängste oder Langeweile »wegzuspülen«.

Helfen Sie, neue Wege aufzuzeigen, um konstruktiv mit unangenehmen Gefühlen umzugehen, wie z.B.:

- **Suche nach anderen Konfliktlösungsstrategien,**
- **bessere (Zeit-)Planung zur Vermeidung von Überforderung,**
- **realistische Aufgabenwahl.**

Der Alkoholkonsum kann auch auf besonders belastende und unangenehme Lebensumstände, wie z.B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Alleinerziehung, Belastungen durch weitere Kinder, zurückzuführen sein. Überlegen Sie gemeinsam, welche wohnortnahen Einrichtungen möglicherweise zur Entlastung beitragen können (z.B. Soziale Dienste, Familienhebammen).

Unterstützung in Form von positivem Zuspruch, Bestärkung und Belohnungen sind mitentscheidend für die Aufrechterhaltung der Motivation für die erstrebte Verhaltensänderung.

Ziel eines »Belohnungssystems« ist es,

- die Wahrnehmung für Erfolge und Fortschritte bei der Verhaltensänderung zu sensibilisieren und
- die eigene Leistung positiv anzuerkennen.

Wichtig ist, dass Belohnungen nicht nur geplant und angekündigt werden, sondern tatsächlich erfolgen!

Auch positiv bewältigte Zwischenschritte und Etappenziele sind eine Belohnung für die Bemühungen wert.

Übrigens:

Auch Ihre Anerkennung für den bisherigen Erfolg ist wichtig.

Äußern Sie Ihre Anerkennung, loben Sie für das bisher Erreichte und bieten Sie Ihre weitere Unterstützung an.

Für Belohnung und positive Verstärkung sorgen

Wann soll Belohnung erfolgen?

- Bei jeder Ablehnung und Entscheidung gegen ein alkoholisches Getränk.
- Am Ende eines jeden Tages, an dem kein Alkohol konsumiert wurde.
- Am Ende einer jeden Woche, in der kein Alkohol getrunken wurde.

Womit kann Belohnung erfolgen?

Formeln der Selbstverstärkung:

Eine sehr einfache, aber sehr effektive Form der Belohnung, weil sie unmittelbar erfolgen kann und sehr genau auf das eigene Verhalten achten lassen, sind Formeln der Selbstverstärkung:

- Gut, dass es mir gelungen ist, in dieser Situation auf Alkohol zu verzichten und Nein zu sagen!
- Ich bin stolz, weil ich durchgehalten habe!
- Ich merke, dass es mir immer leichter fällt, nicht zu trinken, auch wenn andere in meiner Umgebung zum Alkohol greifen!
- Ich fühle mich besser. Endlich kein schlechtes Gewissen!

Andere Belohnungsmöglichkeiten können sein:

- Ausgehen (Café, Kino, Museum, Konzert etc.)
- Zeitschrift, Magazin, Buch kaufen
- Kleidung, Parfüm, Musik-CD etc. kaufen
- ein Hobby (wieder) aufnehmen

Neben Ihrer Unterstützung während der Vorsorgeuntersuchungen ist es von ebenso großer Bedeutung, wie das soziale Umfeld reagiert bzw. unterstützend helfen kann.

Die Rolle des Partners

Erkundigen Sie sich nach dem Trinkverhalten des Partners und ob Möglichkeiten der Unterstützung durch ihn gegeben sind.

Häufig beeinflussen sich die Partner in ihrem Trinkverhalten wechselseitig, so dass ein Alkoholverzicht für die werdende Mutter möglicherweise leichter zu realisieren ist, wenn sich der Partner rücksichtsvoll verhält.

Überlegen Sie, ob eine gemeinsame Beratung der zukünftigen Eltern zu ihrem Trinkverhalten möglich ist.

Familienangehörige, Freunde und Bekannte informieren

Um weiteren Angeboten von Alkohol zuvorzukommen, kann es sinnvoll sein, die Entscheidung über das geänderte Trinkverhalten im sozialen Umfeld bekannt zu machen.

Unterstützungssystem aufbauen

Vorteile der Vorgehensweise:

- Die Schwangere verpflichtet sich auch gegenüber ihrem sozialen Umfeld zu ihrem Vorsatz, weniger zu trinken.
- Freunde und Bekannte können sich in ihrem Verhalten darauf einstellen, entsprechend Rücksicht nehmen oder in kritischen Situationen Unterstützung gewähren.

Keinen Alkohol in der Schwangerschaft zu trinken und damit am besten bereits vor der Konzeption zu beginnen, ist der sicherste Weg, alkoholbedingte Schäden vom Kind abzuwenden.

Dieses Ziel kurzfristig zu erreichen, könnte für einzelne Frauen eine Überforderung darstellen. In Einzelfällen mag es daher sinnvoll sein, Zwischenschritte zu vereinbaren, über die eine Verminderung des Alkoholkonsums erreicht wird.

Über Zwischenschritte zum Ziel?

Bitte beachten Sie bei einer solchen Vorgehensweise aber:

- Halten Sie am Ziel einer möglichst schnellen Reduzierung des Alkoholkonsums fest!
- Lassen Sie sich nicht auf immer neue Zugeständnisse ein!
- Zeigen Sie Verständnis, aber geben Sie nicht den Eindruck, dass aus Ihrer Sicht ein Alkoholkonsum während der Schwangerschaft akzeptabel ist!
- Klären Sie, ob ergänzender Hilfebedarf notwendig und möglich ist. Vermitteln Sie die Schwangeren dann persönlich an eine Hilfeeinrichtung (z.B. Suchtberatungsstelle, Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle) weiter und erkundigen Sie sich bei Folgeterminen nach dem Beratungsverlauf und der Beratungszufriedenheit.

Hinweise

- **Alle Informationen zum Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft und Strategien zur Reduktion des Alkoholgebrauchs sind in der Broschüre »Auf dein Wohl, mein Kind!« ausführlich beschrieben. (Siehe auch Seite 75.)**
- **Manchmal ist es mit der Beratung in der Praxis allein nicht getan! Sollte weiterer Informationsbedarf bestehen, weisen Sie bitte auch auf das Informationstelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hin: (02 21) 89 20 31, Mo. bis Do. 10–22 Uhr, Fr. bis So. 10–18 Uhr**
- **Das Beratungstelefon informiert auch vertraulich über suchtspezifische Hilfen bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. (Weitere hilfreiche Adressen finden Sie auf Seite 76.)**

Termin:

Wählen Sie den Termin für die nächste Untersuchung so, dass Sie die Schwangere nach ihren bisherigen Erfahrungen und möglichen Schwierigkeiten bei der Zielerreichung befragen können.

Weiter mit Phase 4
»Sicherung der Abstinenz«.

Phase 4 ***Sicherung der Abstinenz
und Rückfallbewältigung***

Nutzen Sie den regelmäßigen Kontakt:

- *Würdigen Sie den Erfolg und stellen Sie ggf. auch Teilerfolge positiv heraus!*
- *Thematisieren Sie die Gründe für den erneuten Alkoholkonsum!*
- *Bieten Sie Ihre weitere Unterstützung an!*
- *Versuchen Sie, gemeinsam eine Lösung für kritische Situationen zu finden!*
- *Versuchen Sie, zu einem neuen Anlauf zu motivieren, und vereinbaren Sie einen Folgetermin!*

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge sind Sie in regelmäßigem Kontakt mit der werdenden Mutter. Nutzen Sie die Möglichkeit, bei diesen Terminen nach dem Ergebnis der Bemühungen zum Alkoholverzicht zu fragen:

»Haben Sie Ihren Vorsatz, auf alkoholhaltige Getränke zu verzichten, durchhalten können?«

Antwort: »Ja!«

- Würdigen Sie durch Ihre Anerkennung das Bemühen um den Alkoholverzicht und stellen Sie die positiven gesundheitlichen Effekte noch einmal heraus.
- Fragen Sie bei den Nachfolgeterminen gelegentlich wieder nach, ob sich im Verlauf der Schwangerschaft an der Einstellung zum Alkoholverzicht etwas geändert hat.

Antwort: »Nein!«

- Versuchen Sie, Gefühle persönlichen Versagens zu erkennen und zu reduzieren:

In welchen Situationen ließ sich der Konsum von Alkohol nicht vermeiden?

In welchen Situationen konnte auf Alkohol verzichtet werden?

Schwierigkeiten ergeben sich möglicherweise durch die:

Soziale Situation

- Geselliges Beisammensein
- Gewohnheitsmäßige Abläufe/Verhaltensroutinen
- Sozialer Druck
- Doppel- und Dreifachbelastung (Kinder, Beruf, Haushalt)

Psychische Situation

- Stresssituationen mit negativ empfundenen Gefühlszuständen
- Dauerhafte Belastungen
- Unzureichende Motivation
- Missbrauch/Abhängigkeit

- Würdigen Sie auch Teilerfolge, wenn der Alkoholkonsum nicht wie beabsichtigt reduziert werden konnte.
- Verdeutlichen Sie, dass der Verzicht auf Alkohol möglicherweise ein Lernprozess ist, der vielleicht mehrfach durchlaufen werden muss, bis er gelingt. Ein Rückschritt, der aufgearbeitet wird, kann der erste Schritt zu einem erfolgreicherem Lernzyklus sein.
- Ermutigen Sie zu einem weiteren Versuch, auf den Alkohol zu verzichten, und orientieren Sie Ihr weiteres Vorgehen an der Bereitschaft zur Verhaltensänderung:
- **Machen Sie der Schwangeren noch einmal die Gründe ihrer Entscheidung bewusst: Sind Sie noch von der Wichtigkeit eines Alkoholverzichts überzeugt?**
(Phase 2 »Motivation zur Verhaltensänderung«)
- **Gehen Sie noch einmal gemeinsam die kritischen Situationen durch, die zum Alkoholkonsum geführt haben, und überprüfen Sie die bisherigen Verhaltensalternativen auf ihre Wirksamkeit.**
(Phase 3 »Hilfen bei der Verhaltensänderung«)

Sichern Sie Ihre weitere Unterstützung zu. Der einfühlsame Umgang mit Rückschritten ist ein wichtiger Bestandteil des Beratungserfolges. Er bedarf vor allem Geduld, Verständnis und Ermutigung.

Überlegen Sie, ob zusätzlicher Beratungsbedarf durch andere Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht.

Informieren Sie ggf. über suchtspezifische Hilfeangebote. Adressen finden Sie auf Seite 76.





***Ergänzende Informationen
zum Beratungsverlauf***

In der nachfolgenden Übersicht sind einige typische Fragen und mögliche Antworten zum Thema Schwangerschaft und Alkohol zusammengestellt, wie sie häufig im Beratungsgespräch vorkommen.

Häufig gestellte Fragen und mögliche Antworten

»Ich möchte schwanger werden. Soll ich jetzt schon meinen Alkoholkonsum reduzieren?«

»Ja. Die Schädigungen durch Alkohol sind in der Frühphase der Schwangerschaft besonders groß. Daher ist es am besten, schon vor der Schwangerschaft möglichst ganz auf Alkohol zu verzichten.«

»Ich habe aber gehört, dass ein Glas Wein pro Woche in der Schwangerschaft überhaupt nicht schadet. Stimmt das?«

»Das lässt sich leider so absolut nicht sagen! Es gibt keine exakte Grenze, ab welcher Menge Alkohol dem Ungeborenen schadet. Bei einem Achtel Wein in der Woche ist die Gefahr einer Schädigung Ihres Kindes zwar gering, aber nicht völlig ausgeschlossen. Um ganz sicher zu sein, sollten Sie deshalb vollständig auf Alkohol verzichten.«

»Wo beginnt denn das Risiko? Wie viel Alkohol darf ich denn maximal trinken?«

»Es gibt keinen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ohne Risiko. Deshalb sollten Sie möglichst ganz darauf verzichten. Das Risiko steigt mit jedem Glas. Unter keinen Umständen sollten Sie mehr als ein Glas pro Woche trinken. Mit einem Glas ist ein kleines Bier von etwa 0,3 l oder ein Glas Wein/Sekt (ca. 0,15 l) gemeint.

Damit wir uns nicht missverstehen: Auch diese Menge ist nicht risikolos und sollte deshalb die Ausnahme sein, keinesfalls die Regel für jede Woche! Je weniger Alkohol, desto geringer die Gefahr. Daher nochmals: Am besten ist es, keinen Alkohol während der Schwangerschaft zu trinken!«

»Ich bin jetzt im dritten Monat schwanger. Im ersten Monat habe ich bei einer Gelegenheit viel Alkohol getrunken. Was soll ich jetzt machen?«

»Die Gefahr einer Schädigung ist in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten besonders hoch. Jedes Kind reagiert allerdings unterschiedlich, sodass man nicht mit Sicherheit sagen kann, ob Ihr Kind bereits Schaden genommen hat. Wenn Sie jetzt auf Alkohol verzichten, ermöglichen Sie Ihrem Baby auf jeden Fall im weiteren Verlauf der Schwangerschaft eine ungestörte Entwicklung.«

»Reicht es nicht aus, wenn ich meinen Alkoholkonsum reduziere?«

»Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Aber besser ist es, ganz zu verzichten, da es keine sichere Menge gibt.«

»Ich habe in der vorherigen Schwangerschaft auch hin und wieder Alkohol getrunken und das Kind war völlig gesund.«

»Nicht alle Kinder werden gleichermaßen negativ betroffen. Ungeborene reagieren auf schädigende Einflüsse sehr unterschiedlich. Dass Ihr Kind gesund geboren wurde ist keine Garantie, dass bei Ihrem nächsten Kind auch nichts passiert.«

»Macht es einen Unterschied, ob ich Wein oder Bier trinke?«

»Nein, das macht keinen Unterschied für Ihr Baby. Egal welche alkoholischen Getränke Sie zu sich nehmen, Ihr Kind wird über die Nabelschnur auch mit dem Alkohol versorgt und hat schnell denselben Blutalkoholwert wie Sie. Ihr Kind hat aber den Nachteil, dass seine Leber noch nicht richtig entwickelt ist. Es kann den Alkohol daher viel langsamer abbauen; es bleibt viel länger alkoholisiert.«

»Ich habe gehört, dass Alkohol nur in den ersten Wochen der Schwangerschaft schädlich ist, danach nicht mehr. Stimmt das?«

»Das ist nicht richtig! Im gesamten Schwangerschaftsverlauf kann es zu Entwicklungsschäden beim Kind kommen. In den letzten Monaten der Schwangerschaft entwickelt sich zum Beispiel das Gehirn sehr stark. Durch Alkohol kann die Entwicklung behindert werden. Diese Behinderung hat Ihr Kind sein Leben lang. Deshalb sollte während der gesamten Schwangerschaft möglichst kein Alkohol getrunken werden.«

»Ich genieße mein Glas Wein am Abend. Es würde mir sehr schwerfallen, darauf zu verzichten.«

»Alkohol vermittelt Ihnen ein Stück Lebensgenuss. Für Ihr Baby ist ein Glas Wein pro Abend aber absolut kein Genuss, sondern bedeutet ein gesundheitliches Risiko. Treffen Sie bitte selbst Ihre Entscheidung. Ich rate Ihnen, auf den Alkohol zu verzichten. Vielleicht gelingt es Ihnen, eine Alternative für den Wein zu finden, die Sie auch genießen können. Haben Sie eine Idee?«

»Ich möchte mein Baby gerne stillen. Kann ich während der Stillzeit Alkohol trinken?«

»Alkohol gelangt über die Muttermilch in den Organismus des Kindes. Deshalb ist es ratsam, während der Stillzeit möglichst wenig alkoholhaltige Getränke zu sich zu nehmen. Wenn Sie doch mal ein Glas trinken wollen, sollten Sie beachten, dass Ihr Körper etwa 2 Stunden für jedes Getränk braucht, bis der Alkohol vollständig in Ihrem Körper abgebaut ist. – Erst danach stillen Sie Ihr Kind mit alkoholfreier Milch.«

Nach Miller und Rollnick lässt sich der Beratungserfolg durch die Berücksichtigung einiger Basisprinzipien und Motivationsstrategien deutlich verbessern (siehe Miller & Rollnick, 1999; Rollnick et al., 1999). Mithilfe der Motivierenden Gesprächsführung soll die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung möglichst erhöht und Ablehnung sowie Widerstand gegen eine Veränderung gering gehalten werden. Um dies zu erreichen, sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung:

- Empathische, verstehende Gesprächshaltung
- Stärken vorhandener Fähigkeiten

Basisprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung

■ Empathische, verstehende Gesprächshaltung

Empathie ist die Basiskompetenz der Motivierenden Gesprächsführung. Empathie bedeutet, dass Sie die Lebenssituation der werdenden Mutter verstehen, nachvollziehen und respektieren.

Hilfen hierbei können sein:

Aktives Zuhören

Versuchen Sie, durch aktives Zuhören und Nachfragen die Lebenssituation der Schwangeren zu verstehen und die Gründe für ihr bisheriges Verhalten nachzuvollziehen. Ihr Verständnis zeichnet sich beim Aktiven Zuhören durch Respekt, Achtsamkeit, Sorge, Mitgefühl, ehrliches Interesse und Unterstützung aus.

Aktives Zuhören ist die wichtigste Methode im gesamten Gesprächsverlauf. Sie fördert die Fähigkeit der Schwangeren, sich über ihre eigene Situation und die Chancen zur Veränderung bewusst zu werden.

Angebot offener Fragen

Sie erhalten bei »offen« gestellten Fragen mehr Informationen als nur die Antworten »Ja« oder »Nein« (*Beispiel für eine geschlossene Frage: »Trinken Sie Alkohol?«; offene Frage: »Was bedeutet Ihnen das Trinken von Alkohol?«*).

Offene Fragen regen verstärkt zur Erläuterung der eigenen Situation an. Diese Informationen geben Ihnen einen genaueren Einblick, wie sehr sich die werdende Mutter bisher mit der Thematik »Alkohol und Schwangerschaft« auseinandergesetzt hat.

Zusammenfassen

Fassen Sie am Ende eines Gespräches oder bei einzelnen Gesprächsabschnitten alle wichtigen Äußerungen und Ergebnisse zusammen. Schildern Sie aus Ihrer Sicht, wie Sie den Gesprächsverlauf wahrgenommen haben. Wiederholen Sie ambivalente Äußerungen der Schwangeren. Verbalisieren Sie die vorhandenen Probleme und fassen Sie alle geäußerten Veränderungswünsche, -versuche und -pläne zusammen. Lassen Sie sich getroffene Absprachen und Festlegungen noch einmal bestätigen.

■ Stärken vorhandener Fähigkeiten (Selbstwirksamkeit)

Das Prinzip der Selbstwirksamkeit unterstützt die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Schwangeren. Stärken Sie im Gesprächsverlauf das Zutrauen der werdenden Mütter in ihre eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen. Je stärker das Zutrauen und die Selbstsicherheit in die eigenen Handlungsmöglichkeiten ist, desto mehr sehen sie sich in der Lage, das infrage stehende Verhalten zu ändern.

Hilfen hierbei können sein:

Positive Bestätigung und Unterstützung

Konzentrieren Sie sich im Beratungsverlauf nicht nur auf das, was bisher (noch) nicht erreicht wurde, sondern geben Sie positive Rückmeldungen und Bestätigungen für das bisher schon Geleistete. Machen Sie auch Teilerfolge deutlich. Positive Bestätigungen halten die Motivation zur Verhaltensänderung aufrecht oder steigern sie sogar.

Förderung der eigenen Motivation

Diese Strategie hilft, die ambivalenten Gefühle gegenüber dem zu verändernden Verhalten zu erkennen, zu äußern und nach Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Unterstützen Sie die werdende Mutter darin, ihre eigenen Motive für eine Verhaltensänderung zu benennen und damit ihre Selbstmotivation zu steigern. Selbst motivierende Aussagen bestätigen Ihnen, dass die Schwangere ihr Problem anerkannt hat und beabsichtigt, ihr Verhalten zu ändern.

Erkennen von Handlungsalternativen

Änderung eines Verhaltens ist nur möglich, wenn es bessere Alternativen gibt. Lassen Sie die Schwangere nach Alternativen suchen. Wichtig ist, dass sie bei der Auswahl ihre Eigenverantwortung behält. Die infrage kommenden Alternativen für das zukünftige, geplante Handeln soll sie deshalb vorwiegend selbst wählen.

Konkrete Zielformulierungen

Nachdem sich die werdende Mutter für eine bestimmte Handlungsalternative entschieden hat, kann sie ihre konkreten Ziele formulieren und einen zur Zielerreichung notwendigen Handlungsplan festlegen. Weit entfernt erscheinende Ziele sollten in mehrere Teilschritte gegliedert werden. Eine Zielhierarchie – die Aufgliederung in eher zu erreichende Teilziele – minimiert die Gefahr von Überforderung und Frustration. Teilziele gewährleisten schnellere Erfolgserlebnisse und damit frühzeitig positive Bestätigung. Sie ermöglichen auch die Überprüfung der Realisierbarkeit des eingeschlagenen Weges.

Schwierige Beratungssituationen ergeben sich häufig dann, wenn die Schwangere mit Ablehnung oder Widerstand gegen eine Verhaltensänderung reagiert. Widerstand und Ablehnung deuten nach Miller und Rollnick auch auf eine gestörte Interaktion zwischen Berater und Klient hin: Die Schwangere hat das Gefühl, etwas leisten zu sollen, was sie nicht will oder nicht kann. Ablehnung ist die Folge.

Diese Haltung kann nach Miller und Rollnick (1999) zwei Ursachen haben:

- Der Berater hat sich in einer Gesprächsfalle gefangen.
- Die Schwangere ist unsicher und/oder hat Angst vor Veränderung und reagiert mit Ablehnung gegenüber einer Verhaltensänderung.

Umgang mit problematischen Beratungssituationen

Gesprächsfallen

1. Vorschnelles Festlegen auf gesundheitsschädigende Verhaltensaspekte

Versuchen Sie zunächst, das Trinkverhalten (Mengen, Situationen, Funktionen etc.) der werdenden Mutter zu verstehen, problematisieren Sie das Verhalten nicht zu schnell. Schaffen Sie vor allem eine angenehme, offene, respektvolle Gesprächsatmosphäre, die Vertrauen schafft, vielleicht auch als kritisch angesehene Verhaltensweisen zu äußern.

2. Konfrontationsfalle

Versuchen Sie nicht, die Schwangere unbedingt von der Schädlichkeit ihres Verhaltens zu überzeugen, indem Sie sie mit Argumenten und Beweisen für ihr Fehlverhalten konfrontieren. Dabei besteht die Gefahr, dass sie mit ihren eigenen Argumenten und Beweisen dagegenhält und das Gespräch blockiert. Finden Sie stattdessen heraus, was die werdende Mutter will, und was sie in Bezug auf ihren Alkoholkonsum wirklich verändern möchte. Stellen Sie die Verantwortung der Schwangeren für sich selbst und das Kind in den Mittelpunkt der Beratung.

3. Etikettierung

Suchen Sie nicht »verkrampft« nach einer Diagnose. Sie legen sich dabei fest und verlieren möglicherweise den »offenen Blick« für die Situation.

4. Schuldzuweisung

Schuldgefühle und schlechtes Gewissen hemmen den Gesprächsverlauf. Die Schwangere fühlt sich möglicherweise zurechtgewiesen und nimmt eine ablehnende Haltung ein. Versuchen Sie, das bisherige Verhalten der werdenden Mutter zu verstehen und nachzuvollziehen.

5. Frage-Antwort-Ritual (Ja-Nein-Ritual)

Wenn Sie »geschlossene« Fragen stellen, auf die die Schwangere nur kurze, einsilbige Antworten gibt, werden Sie wahrscheinlich wenig über ihre Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen erfahren. Über »offene Fragen«, die zum Erzählen anregen, ist es eher möglich, ein umfassendes Meinungs- und Verhaltensbild zu bekommen (siehe auch Seite 57).

6. Expertenfalle

Sie müssen nicht auf jede Frage der Schwangeren eine Antwort wissen. Zuzugeben etwas nicht zu wissen, bringt auch Sympathie.

Anzeichen von Widerstand und Ablehnung sollten zum Anlass genommen werden, das Vorgehen zu überdenken und das Gesprächsverhalten zu ändern. Miller und Rollnick (1999, S. 166 ff.) geben einige Anhaltspunkte, wie mit Ablehnung und Widerstand umgegangen werden kann.

Widerstand ausdrücklich anerkennen.

»Ich habe kein Problem mit dem Alkohol. Ich trinke nur, weil ich mich nach der Arbeit entspannen muss!«

»Für Sie ist es so, dass Ihr Stress am Arbeitsplatz der Grund für Ihren Alkoholkonsum ist.«

Widerstand anerkennen, aber übertreiben, so dass es möglicherweise zu einer Relativierung der Meinung kommt.

»Ist das nicht übertrieben mit dem Alkohol? Bei meinem ersten Kind habe ich das auch nicht so streng genommen!«

»Sie sind der Meinung, dass Sie sich keine Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums machen müssen. Ihnen und Ihrem Kind kann nichts passieren.«

Umgang mit Widerstand und Ablehnung

- **Besprechen Sie mit der Schwangeren noch einmal die Ziele und den Handlungsplan:**
 - Kann sie noch mit dem vereinbarten Ziel übereinstimmen oder ist eine Änderung nötig?
 - Sind die unterstützenden Maßnahmen (noch) ausreichend und angemessen?
- **Signalisieren Sie Offenheit für Veränderungen in der Zielvereinbarung und im Handlungsplan.**
- **Erstellen Sie in Übereinstimmung mit der Schwangeren gegebenenfalls einen neuen bzw. modifizierten Handlungsplan mit geänderter Zielsetzung und angepasstem Unterstützungssystem. Möglicherweise sind nur kleine Veränderungen notwendig, um die Ablehnung gegen eine (weitergehende) Verhaltensänderung zu reduzieren.**

Verschieben des Gesprächsschwerpunktes.

»Dauernd werde ich mit guten Ratschlägen genervt. Kaum greife ich zum Glas, kommt der Hinweis, dass ich das lassen soll. Da trinke ich schon extra!«

»Sie fühlen sich bevormundet und gegängelt. Aus unserem Gespräch habe ich aber auch entnommen, dass Sie sich Sorgen um Ihr Kind machen.«

Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit.

»Sie sagen mir, dass ich keinen Alkohol mehr trinken soll. Ich habe aber gehört, dass man das gar nicht so streng sagen kann!«

»Ich habe Ihnen meine Einschätzung und Empfehlung erläutert. Welche Folgerungen Sie aus unserem Gespräch ziehen, können Sie frei entscheiden. Wichtig ist, wie Sie sich entscheiden.«



Vertiefende medizinische Grundlagen

Gynäkologische Aspekte des Alkoholmissbrauchs

Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom »FAS«)

Unter Alkoholembryopathie versteht man ein spezifisches polymorphes Fehlbildungsmuster mit körperlichen Fehlbildungen, geistigen, statomotorischen und verhaltensbezogenen Veränderungen aufgrund mütterlicher Alkoholabhängigkeit oder eines Alkoholmissbrauchs in der Schwangerschaft.

FAS: Definition und Symptombild

Die Diagnose Fetales Alkoholsyndrom (FAS) wird gestellt, wenn der mütterliche Alkoholkonsum belegt ist und die Untersuchung des Kindes folgende Kriterien erfüllt:

- Prä- und postnatale Wachstumsretardierung
- Dysfunktionen des ZNS (neurologische Auffälligkeiten, Entwicklungsverzögerungen, mentale Retardierung)
- (Mindestens) zwei der drei kraniofazialen Auffälligkeiten:
 - Mikrozephalus
 - schmale Lidspalten
 - schmale Oberlippe, wenig modelliertes Philtrum, Abflachung des Mittelgesichtes

Symptome bei Alkoholembryopathie:

(Aus: Spohr 1997, S. 792)

Die nachfolgende Auflistung gibt einen Überblick über das gesamte Spektrum der Symptome bei Alkoholembryopathie.

Kardinalsymptome

- **Minderwuchs und Untergewicht (vor- und nachgeburtlich)**
- **Kleinköpfigkeit (Mikrozephalie)**
- **Mentale und statomotorische Entwicklungsverzögerung**
Sprach- und Hörstörungen
Ess- und Schluckstörungen (bei Säuglingen)
Hyperaktivität/Verhaltensstörungen
Muskelhypotonie
Feinmotorische Dysfunktion/
Koordinationsstörungen

Kraniofaziale Dismorphie

- **Auge**
klein und schmal, zum Teil verschieden groß
nach unten gestellte Lidachsen
»Mongolenfältchen«
- **Ohr**
nicht ausgeformt
oft tief angesetzt, schräg stehend, nach hinten gedreht
- **Nase**
Nasolabialfalten
Stupsnase
- **Mund**
schmales Oberlippenrot
hoher Gaumen/Gaumenspalte
wenig modelliertes Philtrum

Fakultative Symptome

- **Kardiovaskuläre Fehlbildungen**
Herzfehler
Hämangiom
- **Urogenitale Fehlbildungen**
Nierenfehlbildung
Hypospadie
Kryptorchismus
Klitorishypertrophie
Steißbeingrübchen
Leistenbruch
- **Extremitäten- und Skelettfehlbildungen**
Verkürzung und Beugung des Kleinfingers
bleibende Verkrümmung des Kleinfingers
Verwachsung von Elle und Speiche
Unterentwicklung der Fingerendglieder
Hüftluxation
kleine Zähne
Trichterbrust

Alkoholeffekte (Fetale Alkoholeffekte »FAE«)

Unter Alkoholeffekten werden die geringeren Krankheitserscheinungen mit überwiegend neurotoxischen Auswirkungen bezeichnet: Hirnfunktionsstörungen, Hirnleistungsschwächen des Groß- und Kleinhirns und Verhaltensstörungen, die nicht per se als alkoholspezifisch zu erfassen sind.

FAE: Definition und Symptombild

Symptome für FAE können sein (nach Löser, 2000):

- Intellektuelle Leistungsminderung im logischen Denken und im Lösen komplizierter Probleme, besonders im Rechnen und kombinatorischen Denken, Defizite in der Schnelligkeit der Informationsverarbeitung
- Merkschwächen
- Beeinträchtigung der visuellen, akustischen und haptischen Perzeption
- Fein- und grobmotorische Störungen infolge cerebellärer Defizite
- Emotionale Labilität, gehobene Grundstimmung
- Verhaltensauffälligkeit:
Hyperaktivität, vermehrte Ablenkbarkeit, Ungehemmtheit, oft distanzlose, vertrauensselige Kontaktsuche, Redseligkeit, unangepasstes Sozialverhalten

- Alkohol gelangt ungehindert über die Plazenta zum Embryo und zum Feten und erreicht dort die gleiche Konzentration wie bei der Mutter.
 - Der Abbau erfolgt embryofetal nur in geringem Maße, da Alkoholdehydrogenase (ADH) und Aldehyddehydrogenase (ALDH) beim Feten noch nicht induziert sind.
 - Die Elimination aus dem Kompartiment der Amnionhöhle ist verzögert, die Einwirkzeit des Alkohols auf Embryo und Fet ist entsprechend länger.
 - Bei größeren Alkoholmengen ist daher die Kumulation möglich (toxische Gefahr beim sogenannten Binge-Drinking [gelegentliches Exzessivtrinken] größer).
 - Alkohol und sein Metabolit Acetaldehyd wirken direkt toxisch und verursachen in der frühen und späten Schwangerschaft vielfache Funktionsänderungen.
- Alkohol (be)wirkt**
- **als Mitosegift**
eine Wachstumshemmung im Sinne einer Hypoplasie und Hypotrophie (Untergewicht, Mikrozephalie),
 - **Störung der Organogenese**
durch Hemmungsmissbildung, alle Organsysteme können betroffen sein,
 - **als neurotoxische Substanz**
an den Neuroblasten, der Dendritenstruktur und den dendritischen Spines; bei höheren Schweregraden ist die Myelinisierung mangelhaft, die Synapsen sind verringert und die Neurotransmitter in ihrer Biochemie verändert,
 - **als Suchtmittel**
und hat Auswirkungen auf die Neurotransmitter und Endorphine. Frühe Gewöhnung und Toleranzentwicklung können so das postnatale Suchtrisikobahnen. Es wird von 20 % bis 40 % späterer Alkoholabhängigkeit berichtet (Löser, 1995; Streissguth, 1997).

Pathophysiologische Aspekte

Pathophysiologische Auswirkungen des chronischen Alkoholkonsums, die für die Schwangerschaft bedeutsam sind:

■ Vitaminstoffwechsel: Resorptionsmangel

Vitamin A

Einschränkung des kindlichen Sehvermögens

Vitamin B12

Störung des Erythropoese-Systems mit nachfolgender Anämie

Vitamin D

Störung des Calcium-Stoffwechsels mit möglichen Folgen für die fetale Knochenreifung

Folsäure

Gefahr fetaler Spaltbildungen

Vitamin B2 und B6

Polyneuropathien

Vitamin C

Verminderung antioxydativer Prozesse (Onkogenese, Infekthäufigkeit)

Vitamin E

Hepatopathien

■ Mineralstoffwechsel

Störung des Zinkstoffwechsels mit möglichen Fehlbildungen durch den Zinkmangel (Feuerlein et al., 1998; Löser, 2000).

Steigerung der Magnesium- und Calcium-Ausscheidung im Urin mit Folgen für die Erregbarkeit der Muskulatur (Wadenkrämpfe, Kontraktilität der Uterusmuskulatur).

Auswirkungen des Alkohols in den Entwicklungsphasen

Embryonalphase/Fetalperiode

- In den ersten 14 Tagen post conceptionem wird der Embryo durch das mütterliche Blut ernährt, welches durch das extraembryonale Zölon und den Dottersack diffundiert. Alkohol und Acetaldehyd erreichen den Trophoblasten auch in dieser Zeit. Dennoch wird davon ausgegangen, dass Alkohol keine bleibenden Schäden verursacht. Im Sinne des »Alles-oder-Nichts-Prinzips« können die zu dieser Zeit noch pluripotenten Zellen die geschädigten Zellen ersetzen; oder die toxische Wirkung ist so groß, dass es zur Störung des Trophoblasten und zum Frühabort kommt (ggf. ohne dass die Schwangerschaft als solche erkannt wird).
- Während der Organogenese besteht eine besondere Sensibilität gegenüber allen toxischen Einflüssen, die genannten Fehlbildungen des FAS werden in dieser Zeit ausgelöst.
- Es wurde eine strenge Assoziation zwischen moderatem Alkoholkonsum (>30 ml alc. zweimal pro Woche) und Aborten im zweiten Trimenon gefunden. Alkohol in dieser Menge erhöht das Abortrisiko um das 2–4-Fache, als akutes fetales Toxin (*Briggs et al., 1998*).
- In allen Phasen der Entwicklung kann Alkohol in die Gehirnentwicklung eingreifen (*Löser, 1995*):
 1. Proliferation bis 22. ssw
 2. Migration 8. bis 27. ssw
 3. Differenzierung 15. ssw bis 4. Lebensjahr
 4. Synaptogenese 18. ssw
 5. Myelinbildung 14. ssw bis circa 12. bis 15. Lebensjahr
- Kein Organ reagiert in dieser Phase so empfindlich auf Alkohol wie das Zentralnervensystem. Die komplexen Funktionsdefizite lassen sich bei pränataler Exposition nach Quantität, Zeitpunkt der Einnahme und Form bisher nicht spezifizieren.

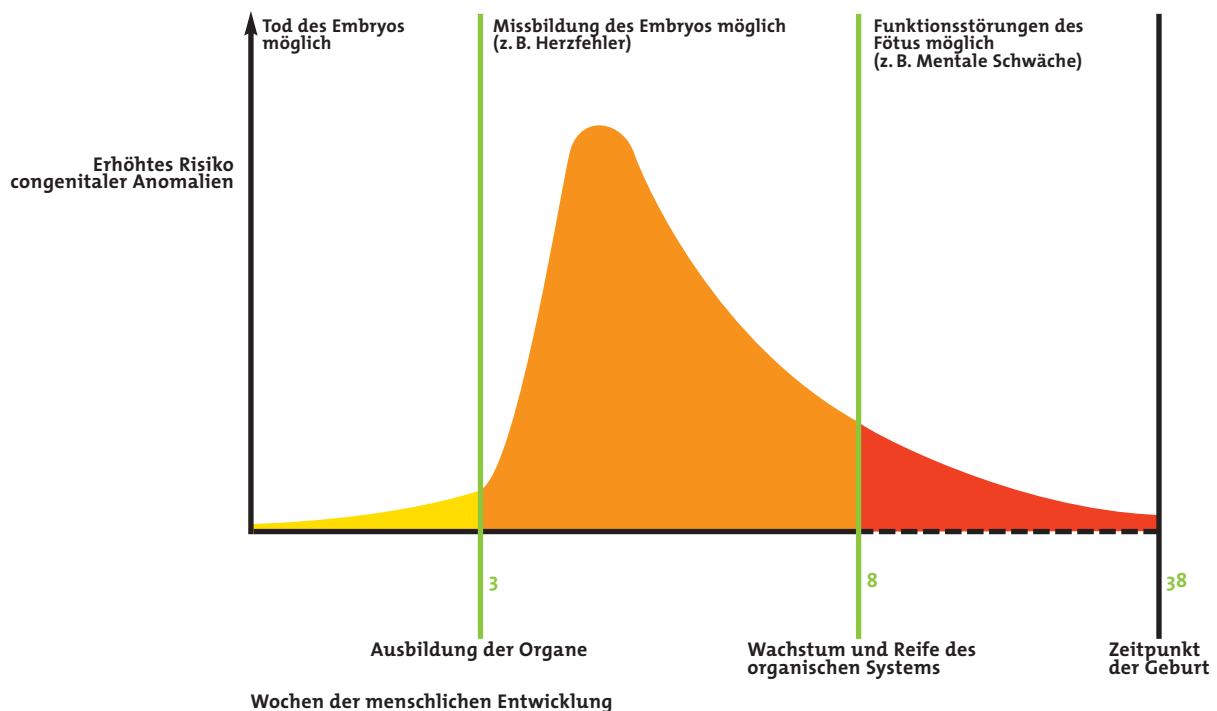
Stillperiode

Die Alkoholkonzentration im Blut und in der Muttermilch verläuft annähernd parallel. Regelmäßiger Alkoholkonsum hat Auswirkungen auf die mentale und motorische Entwicklung: Bei einem täglichen Konsum von 15 g Alkohol pro Tag durch die Mutter zeigten die Kinder eine deutliche Entwicklungsretardierung (*Spielmann et al., 1998*).

Spätfolgen

Mit zunehmendem Alter lassen sich die Merkmale des FAS im Gesicht weniger gut erkennen. Mikrozephalie, psychische, neurologische und mentale Entwicklungsstörungen persistieren bis in die Adoleszenz (*Spohr, 1997; Streissguth, 1997; Löser 1995*).

Verlauf des Risikos für Schädigungen in den Entwicklungsphasen



Quelle: in Anlehnung an Spielmann et al., 1998

- **Die Auswirkungen des Alkohols in der Schwangerschaft werden beeinflusst durch:**
 - Genetische Faktoren der Mutter
 - Alkoholstoffwechsel der Mutter
 - Entwicklungsstadium des Embryo/Feten (siehe Abbildung Seite 69)
 - Dosis-Wirkungsbeziehungen (mit steigender Dosis des toxischen Faktors nimmt die Störung von »nicht-toxisch« bis »embryo-letal« zu)

- **Fetale Alkoholeffekte (FAE)** zeigen ein unspezifisches Bild der Entwicklungsstörung und sind nur durch aufwendige Entwicklungstests zu diagnostizieren.

- **Verlässlichkeit der anamnestischen Angaben** zum Alkoholkonsum sind nicht immer gegeben; Validität der genannten Konsumhöhen ist problematisch.

- **Begleitende Auswirkungen von möglichen Kofaktoren wie Nikotin und Drogen, Mangelernährung, Sozialstatus, Medikamente.**

Schwierigkeiten in der Diskussion eines toxischen Schwellenwertes

- Es ist keine exakte Prognose möglich, bei welcher Menge konsumierten Alkohols mit welcher Schädigung zu rechnen ist.

- Eine Schwellendosis der Schädigung resp. eine sichere Dosis der Verträglichkeit ist bis heute nicht bekannt. Dennoch gilt als gesichert, dass ein Alkoholkonsum von 30 g Alkohol/Tag zu einem milden FAS führt und bei einem Konsum von 60 g/Tag schwere Formen des FAS gesehen werden.

- Schädigende Auswirkungen bei einem Alkoholkonsum von ein bis zwei alkoholischen Getränken in der Woche sind bisher nicht eindeutig belegbar, es werden jedoch leichte Effekte auf die Entwicklung diskutiert.

Anamnese

- Möglichst genaue Anamnese, wie viel Alkohol, seit wann und mit welchem Trinkmuster (in abhängiger Weise, missbräuchlich oder moderat).

Definition von Abhängigkeit:

Nach der derzeit gültigen Form der ICD (ICD-10) handelt es sich beim Abhängigkeitssyndrom allgemein um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum einer Substanz oder einer Substanzklasse für die betreffende Person Vorrang hat gegenüber anderen Verhaltensweisen, die von ihr früher höher bewertet wurden. Ein entscheidendes Charakteristikum ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.

Im Einzelnen werden 6 Diagnosekriterien genannt:

- **Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren**
- **Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums**
- **Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums**
- **Nachweis einer Toleranz: Dosissteigerung zur Erreichung der ursprünglichen Wirkung**
- **Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Alkoholkonsums**
- **Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen**

Die Diagnose sollte nur gestellt werden, wenn für das letzte Jahr 3 oder mehr der genannten Kriterien zutreffen.

(Hinweise zur Anamnese und Diagnostik finden sich auch in Feuerlein et al., 1998; Löser, 2000; Soyka, 1999, 2000.)

Diagnostik

Laborparameter

- Bei chronischem Alkoholkonsum ist die Bestimmung der Gamma-GT ein empfindlicher, aber unspezifischer Parameter für den Schweregrad der mütterlichen Alkoholkrankung (Gamma-GT über 18 mmol/l).
- Die Bestimmung von Zink und Magnesium im Serum weist auf schädigende Kofaktoren hin.

Ultraschall

- Bei Verdacht auf Alkoholschäden kann eine Ultraschallfeindiagnostik (nach DEGUM Stufe II) indiziert sein, um Organfehlbildungen zu erkennen.
- Weiterhin können die intrauterine Retardierung und die Mikrozephalie sonographisch erfasst werden, diese sind aber nicht für den Alkoholschaden spezifisch.

Da es sich bei den neurologischen Symptomen um Störungen der Funktion handelt, ist eine Diagnostik mit bildgebenden Verfahren nicht möglich. Ob es in Zukunft durch die 3D-Sonographie gelingen wird, eine faziale Dysmorphologie zu diagnostizieren, bleibt abzuwarten.

Amniozentese

- Hierdurch könnte ein erhöhtes Alpha-Fetoprotein einen Hinweis auf einen Neuralrohrdefekt geben, welcher jedoch selten beim FAS vorkommt.

Postpartale Diagnostik

- Ganzkörperliche Untersuchung zur Erfassung der typischen Dysmorphologie, Länge, Gewicht und Kopfumfang
- Neurophysiologische Untersuchung und Entwicklungsscores
- Leichtere Formen der FAE werden nicht im Neugeborenenalter diagnostiziert, sondern erst bei späteren Verhaltensauffälligkeiten des Kindes durch aufwendige Testverfahren der statomotorischen Entwicklung
- Die Bestimmung von FAE im Mekonium oder aus dem Haar von Mutter und Kind kann helfen, Alkoholschäden frühzeitig zu diagnostizieren. Beide Verfahren bedürfen noch weiterer Standardisierung und Evaluation. (Neumann et al., 2006)





Ergänzende Angebote und Materialien

Telefonische Beratung

Bei der Beratung zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ergeben sich möglicherweise Fragen oder ein Beratungsbedarf, der im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge nicht vollständig abgedeckt werden kann.

Bitte ermutigen Sie die Schwangeren, von den telefonischen Beratungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, falls Unterstützung und Hilfen gesucht werden oder Fragen zum Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft bestehen. Die Beratung ist vertraulich. Die Anonymität der Ratsuchenden bleibt gewahrt.

BZgA-Info-Telefon

02 21-89 20 31

Mo. bis Do. 10–22 Uhr

Fr. bis So. 10–18 Uhr

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung und bietet eine erste persönliche Beratung bei Suchtproblemen mit dem Ziel, an geeignete lokale Hilfe- und Beratungsangebote zu vermitteln.

Weitere Informationen und die Adressen von Hilfeangeboten vermitteln auch:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Postfach 1369

59003 Hamm

Tel.: 0 23 81/90 15-0

Fax: 0 23 81/90 15-30

www.dhs.de

Die **Telefonseelsorge** bietet kostenlose und anonyme Beratung rund um die Uhr und kann ebenfalls geeignete Beratungsstellen nennen:

0800 111 0 111 oder **0800 111 0 222**

Beratung auch per E-Mail und im Chat: www.telefonseelsorge.de



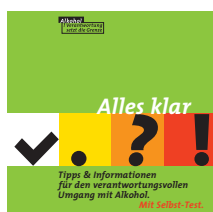
**»Auf dein Wohl, mein Kind!«
Ein Ratgeber zum Thema Alkohol für
werdende Eltern**

Die Broschüre ist als Ergänzung der Beratungsgespräche in der Schwangerschaftsvorsorge gedacht. Sie kann das direkte Gespräch allerdings nicht ersetzen.

Neben Informationen über die Notwendigkeit des Alkoholverzichts in der Schwangerschaft enthält der Ratgeber praktische Tipps zur Reduzierung des Alkoholkonsums.

Im Beratungsgespräch kann auf die Broschüre Bezug genommen werden, da die Gliederung der Broschüre dem Beratungskonzept folgt.

Beratungsbroschüren



**»Alles klar?«
Tipps und Informationen für den
verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol**

Diese Broschüre informiert allgemein über den Umgang mit Alkohol. Leserinnen und Leser können mit einem einfachen Einstiegstest ihren Alkoholkonsum kritisch überprüfen. Die Broschüre richtet sich an die Allgemeinbevölkerung und ist zum Auslegen im Wartezimmer geeignet.

Die Broschüre »Auf dein Wohl, mein Kind!« sollte den Schwangeren im Anschluss an das erste ausführliche Beratungsgespräch ausgehändigt werden.

Diese und weitere für Schwangere und junge Eltern interessante Broschüren können Sie kostenlos bestellen. Ein Bestellformular finden Sie in der Umschlagklappe. Die Bestellung ist auch online unter www.bzga.de möglich.

Ein umfassendes Verzeichnis von über 1.300 Suchtberatungsstellen finden Sie unter der Internetadresse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):

www.bzga.de
(in der Auswahlliste Service/Beratungsstellen)

Hilfreiche Adressen

Verbände der Suchtkrankenhilfe (Auswahl):

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)
Westernwall 4
59065 Hamm
Tel.: (0 23 81) 90 15-0
www.dhs.de

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht)
Wilhelmstr. 125
59067 Hamm
Tel.: (0 23 81) 41 79 98
www.dg-sucht.de

Fachverband Sucht e.V.
Walramstr. 3
53175 Bonn
Tel.: (02 28) 26 15 55
www.sucht.de

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. „buss“
Wilhelmshöher Allee 273
34117 Kassel
Tel.: (05 61) 77 93 51
www.suchthilfe.de

Arbeiterwohlfahrt (AWO) Bundesverband e.V.
Oppelner Str. 130
53119 Bonn
Tel.: (02 28) 66 85-0
www.awo.org

Deutscher Caritasverband e.V.
Referat Basisdienste und besondere Lebenslagen
Karlstr. 40
79104 Freiburg
Tel.: (07 61) 2 00-3 69
www.caritas.de

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS)
Altensteinstr. 51
14195 Berlin
Tel.: (030) 84 31 23 55
www.sucht.org

Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V. – Referat Gefährdetenhilfe
Oranienburger Str. 13–14
10178 Berlin
Tel.: (030) 246 36-0
www.paritaet.org

Quellenangaben

- Bearer, C. F.; Lee, S.; Salvator, A. E.** et al. (1999): Ethyl linoleate in meconium: a biomarker for prenatal ethanol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*, 23, 3; p. 487 to 493.
- Briggs, G. G.; Freeman, R. K. & Yaffe, S. J.** (1998, 5. Auflage): *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Williams & Wilkens: Baltimore.
- Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.) (2000): *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)** (Hrsg.) (2007): *Jahrbuch Sucht 2007*. Neuland Verlag: Geesthacht.
- Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H.** (1999, 3. Auflage): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Huber Verlag: Göttingen.
- Dufour, M. C.; Williams, G. D.; Campell, K. E. & Aitken, S. S.** (1994): Knowledge of FAS and the risks of heavy drinking during pregnancy, 1985 and 1990. *Alcohol Health & Research World*, Vol. 18, No. 1, p. 86 to 92.
- Feuerlein, W.; Küfner, H.; Soyka, M.** (1998, 5. Auflage): *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit*. Thieme Verlag: Stuttgart.
- John, U.** (1998, 2. Auflage): Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: *Mann, K. & Buchkremer, G.* (Hrsg.): *Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Gustav Fischer Verlag: Ulm, S. 135 bis 145.
- John, U.; Hapke, H.-J.; Rumpf, A.** et al. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. *Nomos Verlag, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 71*: Baden-Baden.
- Kraus, L. & Augustin R.** (2001): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 2000. *Sucht*, (47) Sonderheft 1, S. 3 bis 87.
- Kraus, L. & Augustin R.** (2005): Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003. Sucht*, (51) Sonderheft 1, S. 1 bis 58.
- Lelong, N.; Kaminski, M.; Chwalow, J.; Bean, K. & Subtil, D.** (1995): Attitudes and behaviour of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption. *Patient Education and Counseling*, Vol. 25, No. 1, p. 39 to 49.
- Lemoine, P.; Harousseau, J.; Borteyru, J. P. & Menuet, J. C.** (1968): Les enfants de parents alcooliques: anomalies observées: à propos des 127 cas. *Quest Med*, No. 8, 476 à 482.

- Löser, H.** (1995):
Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart.
- Löser, H.** (1998):
Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen beim Kind. *Kinderkrankenschwester*, Vol. 17, Nr. 1, S. 3 bis 6.
- Löser, H.** (2000):
Alkohol und Schwangerschaft – Embryopathie und Alkoholeffekte. *Therapeutische Umschau*, Vol. 57, No. 4, S. 1 bis 7.
- Mayfield, D.; McLeod, G. & Hall, P.** (1979):
The *Cage* questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, p. 1121 to 1123.
- Miller, W. R.** (1985):
Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98, p. 84 to 107.
- Miller, W. R. & Rollnick, S.** (1999):
Motivierende Gesprächsführung – Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Lambertus Verlag: Freiburg im Breisgau. (Originalausgabe 1991: *Motivational Interviewing*. Guilford Press: New York.)
- Miller, W. R. & Sanchez, V.** (1991):
Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: *Howard, G.* (Ed.): *Issues in alcohol and misuse by young adults*. University of Notre Dame Press: Notre Dame, IN.
- Moore, K. L. & Persaud, T. V. N.** (1996, 4. Auflage):
Embryologie, Entwicklungsgeschichte des Menschen. Schattauer: Stuttgart, New York.
- Niedersächsisches Sozialministerium** (Hrsg.) (o. J.):
Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern. Abschlußbericht eines Modellprojektes. *Berichte zur Suchtkrankenhilfe*. Niedersächsisches Sozialministerium: Hannover.
- Peterson, P. L. & Lowe, J. B.** (1992):
Preventing fetal alcohol exposure: a cognitive behavioral approach. *International Journal of Addictions*, Vol. 27, No. 5, p. 613 to 626.
- Petry, A.** (1997):
Erste Erfahrungen mit Kurzintervention in einer Allgemeinanzpraxis. In: *Aktion psychisch Kranke* (Hrsg.): *Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen*. Lambertus Verlag: Freiburg, S. 79 bis 86.
- Prochaska, J. O.; Norcross, J. C. & DiClemente, C. C.**:
Changing for Good. William Morrow and Company: New York, 1994.
- Reynolds, K. D.; Coombs, D. W.; Lowe, J. B.; Peterson, P. L. & Gayoso, E.** (1995):
Evaluation of a self-help program to reduce alcohol consumption among pregnant women. *International Journal of the Addictions*, Vol. 30, No. 4, p. 427 to 443.

Rollnick, S.; Mason, P. & Butler, C. (1999):
Health behavior change.
A guide for practitioners.
Churchill Livingstone:
Edinburgh.

Schmidt, L. (1997):
Alkoholkrankheit und Alko-
holmißbrauch. Kohlhammer
Verlag: Stuttgart.

**Simon, R.; Tauscher, M.
& Pfeifer, T. (1999):**
Suchtbericht Deutschland
1999. Schneider Verlag:
Hohengehren.

Soyka, M. (1999):
Alkoholabhängigkeit –
Grundlagen und Therapie.
Springer Verlag: Berlin.

Soyka, M. (2000):
Praxisratgeber Alkohol-
abhängigkeit. UNI-MED
Verlags AG: Bremen.

**Spielmann H.; Schaefer, C.;
Schaefer Ch. & Bunjes, R.
(1998, 5. Auflage):**
Arzneiverordnung in
Schwangerschaft und Stillzeit.
Gustav Fischer Verlag:
Stuttgart.

Spoehr, H. L. (1997):
Das fetale Alkoholsyndrom.
Zeitschrift für Allgemein-
medizin, Vol. 73, S. 791 bis 797.

**Statistisches Bundesamt
(Hrsg.) (1998):**
Gesundheitsbericht für
Deutschland. Metzler-Poeschel:
Stuttgart.

Streissguth, A. (1997):
Fetal Alcohol Syndrome.
Paul Brookes: Baltimore.

**Streissguth, A. & Kanter, J.
(1997):**
The Challenge of Fetal Alcohol
Syndrome. University of
Washington Press: Seattle
and London.

**Waterson, E. J.
& Murray-Lyon I. M.
(1989 a):**
Drinking and smoking
patterns amongst women
attending an antenatal
clinic – I. Before pregnancy.
Alcohol and Alcoholism,
Vol. 24, No. 2, p. 153 to 162.

**Waterson E. J.
& Murray-Lyon, I. M.
(1989 b):**
Drinking and smoking
patterns amongst women
attending an antenatal
clinic – II. During pregnancy.
Alcohol and Alcoholism,
Vol. 24, No. 2, p. 163 to 173.

**Waterson E. J.
& Murray-Lyon, I. M. (1990):**
Preventing alcohol related
birth damage: a review.
Social Science and Medicine,
Vol. 30, No. 3, p. 349 to 364.

**Wegmann, W.; Colfax, L.;
Gray, M. & Reed, B. (1997):**
Assessment and resource
guide for FAS/FAE. Pen
Print Inc.: Port Angeles,
Washington.

Wiesner, G. (1995):
Alkoholasoziierte Mortalität.
In: *Casper W.; Wiesner, G.
& Bergmann, K. E. (Hrsg.):*
Mortalität und Todesursachen
in Deutschland.
Robert-Koch-Institut (RKI):
Berlin, S. 355 bis 384
(RKI-Heft 10/95).

Wilson, J. D. (1977):
Embryotoxicity of drugs to
man. In: Handbook of
Teratology, Vol. 1. Wilson, J. D.,
F. C. Frazer (Hrsg.).
New York: Plenum Press, 1977;
p. 305 to 355.0

Impressum

Herausgeber

*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*

Konzeption und Text

*Peter Lang, Beate Leinberger und Mura Kastendieck,
Bremer Institut für Präventionsforschung und
Sozialmedizin (BIPS)*

Gestaltung

Typoly, Berlin

Fotografie

*Ronald Schmets, Den Haag
Zellteilung Seite 61, Bilderberg Hamburg*

Bestelladresse:

*BZgA, 51101 Köln
order@bzga.de*

*Dieser Leitfaden wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Er ist nicht zum
Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.*

Bestellnummer

32040000

Auflage: 4.20.6.07

Stand: Mai 2007

Alle Rechte vorbehalten.



BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung