



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

**ALKOHOLFREI
IN DER
SCHWANGERSCHAFT**

**Bewusst verzichten:
Alkoholfrei in der
Schwangerschaft**

Praxismodule für die Beratung Schwangerer

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

**Bewusst verzichten:
Alkoholfrei in der Schwangerschaft**
Praxismodule für die Beratung Schwangerer

Diese Praxismodule sind entstanden mit der fachlichen Unterstützung von:



Berufsverband der Frauenärzte e.V.



DGPF e.V.
Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Frauenheilkunde
und Geburtshilfe e.V.



Deutscher
Hebammen
Verband

Vorwort

Eigentlich ist es ganz einfach: Der komplette Verzicht auf alkoholische Getränke während der Schwangerschaft verhindert alkoholbedingte Schädigungen beim Kind. Schädigungen, die durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft verursacht werden, können so gravierend sein, dass die Kinder ein Leben lang darunter leiden.

Es muss also das Ziel der Schwangerenvorsorge sein, darauf hinzuwirken, dass Frauen während dieser Lebensphase keinen Alkohol trinken. Doch so einfach dieses vermeintliche Ursache-Wirkungs-Prinzip ist, so schwierig kann es sein, dieses Thema in den Beratungsalltag aufzunehmen. Viele Fragen tauchen hier bei den Verantwortlichen auf, wie: »Muss es denn wirklich der komplette Alkoholverzicht sein?«, »Wie integriere ich diese heikle Fragestellung in das Beratungsgespräch mit der Schwangeren?«, »Was mache ich, wenn ich feststelle, dass eine Frau tatsächlich riskant Alkohol konsumiert?«. In unterschiedlichen Situationen tauchen diese unterschiedlichen Fragen auf. Und genau hier setzen die vorliegenden Beratungsmodule an: Sie bieten neben konkreten Hilfestellungen für die Beratungssituation auch umfangreiche Hintergrundinformationen sowohl zu den medizinischen Grundlagen der alkoholbedingten fetalen Störungen als auch zum Modell der Beratung. Ihr modularer Aufbau unterstützt dabei, genau die Antworten auf Fragen zu finden, die für die jeweilige Beratungssituation aktuell sind.

Mein Anliegen ist es, dass das Gespräch über Alkoholkonsum und -verzicht in den Vorsorgegesprächen selbstverständlich wird, dass es nicht bei einer einmaligen Erfassung des Konsumstatus bleibt, sondern dass sich dieses Thema bei der Begleitung Schwangerer dauerhaft etabliert. Dies erfordert von den Gynäkologinnen und Gynäkologen und von den Hebammen und Geburtshelfern nicht unbedingt mehr Aufwand, sondern in erster Linie ein tief greifendes Verständnis für diesen Problemkomplex. Ich freue mich sehr, dass die BZgA von den Verbänden der Schwangerenvorsorge dabei unterstützt wird, dieses Thema in die Praxis zu tragen und dort als festen Bestandteil der Beratungsarbeit zu verankern. Denn wenn wir alle unsere Fähigkeiten und Wege nutzen, wird es uns gelingen, ein vertieftes Bewusstsein für die Risiken von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zu schaffen. Gemeinsam können wir daran arbeiten, dass zukünftig keine Kinder mehr mit alkoholbedingten Schädigungen geboren werden.

Dr. med. Heidrun Thaiss, Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Impressum

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Maarweg 149-161

50825 Köln

Tel.: 0221 8992-0

Fax: 0221 8992-300

Leitung: Dr. med. Heidrun Thaiss

www.bzga.de

Projektleitung: Kristina Schmid, BZgA, Köln

Redaktion: Dr. Christine Hutterer, LEBENSWERKE, München

Gestaltung: LC Lead Communications, Köln

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 3.1,5.09.18

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Bestellnummer: 32040000

© 2015

Fotonachweis

fotolia.com: Titel © Dmitriy Melnikov, S. 25 © MNStudio, S. 38 © Monkey Business, S. 84 © Alexander Rath

Thinkstockphotos.de: S.7 © Wavebreak Media Ltd, S. 76 © Alex Rath

corbisimages.com: S.21 © Mario Castello, S. 29 © Wavebreak Media Ltd

shutterstock.com: S.22 © Wavebreak Media Ltd

gettyimages.de: S. 52 © Brand X Pictures

deutsch.istockphoto.com: S. 81 © byryo

Inhalt

Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft

Praxismodule für die Beratung Schwangerer

Aus der Praxis für die Praxis	6	Das Beratungsgespräch und die motivierende	
Einführung	7	Gesprächsführung	70
Fahrplan durch die Praxismodule	10	Das Modell der Verhaltensänderung	70
Beratungsgrundlagen zur Alkoholprävention	12	Motivierende Gesprächsführung	75
		Grundlegende Gesprächstechniken	78
Die Phasen der Beratung		Weitere Hilfsangebote für Schwangere	86
Phase 1: Feststellen des Konsumstatus	20	Telefonische Beratung	86
Phase 2: Motivation zur Verhaltensänderung	30	Beratungsbroschüren	88
Phase 3: Hilfen bei der Verhaltensänderung	40	Hilfreiche Adressen	90
Phase 4: Sicherung der Abstinenz und		Weiterführende Links/Internetangebote	90
Rückfallbewältigung	48		
Vertiefende medizinische Grundlagen	52	Ergänzende Materialien – Kopiervorlagen und	
FASD: Definition und Symptombild	52	Bestellformulare	91
FAS: Definition und Symptombild	53	Literatur	92
S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen			
Alkoholsyndroms	54		
Pathophysiologische Folgen für			
das Ungeborene	56		
Auswirkungen des Alkohols in den			
Entwicklungsphasen	58		
(K)ein toxischer Schwellenwert	60		
Alkoholkonsum in der Stillzeit	61		
Alkohol – Eigenschaften und Wirkungen	63		
Diagnostik des Alkoholmissbrauchs und			
der Alkoholabhängigkeit	66		

Aus der Praxis für die Praxis

Gynäkologinnen, Gynäkologen, Hebammen und Geburtshelfer sind die Expertinnen und Experten für alle Themen rund um die Schwangerschaft. Die Schwangeren profitieren von ihrem Wissen und ihren Erfahrungen und sie begleiten sie nach den neuesten Erkenntnissen und Empfehlungen durch die Schwangerschaft. Diese Praxismodule möchten ein besonderes Augenmerk auf den

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft legen. Auch wenn das Thema im Rahmen der Schwangerenvorsorge kurz angesprochen wird, ist dies häufig nicht ausreichend.

»Das Thema Alkohol ist genauso wichtig wie Infektionen in der Schwangerschaft. Nur, wenn wir mit einem solchen Selbstverständnis hingucken, wie z. B. beim Antikörpersuchtest, können wir Schwangere und die ungeborenen Kinder noch besser unterstützen.«

Dr. Christian Albring, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte

Die Beratungsmodule möchten die alltägliche Arbeit unterstützen, indem konkrete Hilfestellungen die Ansprache und die Begleitung Schwangerer erleichtern.

»Wir sind Frauen in einer besonderen Phase ihres Lebens nah. Wir können diese ›Partnerschaft‹ nutzen, um Frauen mit Alkoholkonsum die Hilfen an die Hand zu geben, die sie konkret brauchen.«

Aleyd von Gartzen, Beauftragte für Stillen und Ernährung des Deutschen Hebammenverbandes e. V.

Der Kinderwunsch und die veränderte Lebenssituation in einer Schwangerschaft bieten für die Frauen manchmal erst den Anlass, um den (problematischen) Alkoholkonsum zu ändern.

»Alkohol in Maßen ist breit akzeptiert, es gehört für viele von uns zum Lebensgenuss. In der Schwangerschaft ist das anders, da stellt Alkohol eine Gefahr dar für das werdende Leben. Das gilt es zu vermitteln, klar und ohne Vorwurf.«

Dr. Claudia Schumann, Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Einführung

Alkohol wird in unserer Gesellschaft zu vielen Gelegenheiten getrunken: bei Feiern und Festen, zu Mahlzeiten oder zur Entspannung nach einem anstrengenden Tag. Dagegen ist grundsätzlich nichts einzuwenden, denn Alkohol ist, in geringen Mengen genossen, für gesunde Erwachsene nicht schädlich. Bilder von Erwachsenen mit alkoholischen Getränken in der Hand sind kein ungewöhnlicher Anblick. Anders dagegen ist es bei Schwangeren. Alkohol ist ein Zell- und Nervengift, das zu jedem Zeitpunkt einer Schwangerschaft dem Fötus irreparable Schädigungen zufügen kann. Auch wenn das Bild einer Schwangeren mit einem Glas Bier oder Wein in der Hand viele noch nicht irritiert, muss es das Ziel der Beratung Schwangerer sein, genau hier für die Gefahren dieses Verhaltens zu sensibilisieren. Studien zeigen, dass in Europa zwischen 12,5 % und 30 % der Schwangeren wiederholt wissentlich Alkohol konsumieren und so den Grundstein für Fehlentwicklungen legen (Bergmann et al., 2006, S3-Leitlinie Diagnostik des FAS). Schon kleine Mengen Alkohol können, je nach Entwicklungsphase, schwerwiegende Folgen haben.



Wussten Sie ...

..., dass mindestens jede siebte Schwangere mindestens einmal im Monat Alkohol trinkt?

Davon trinken doppelt so viele Frauen aus höheren sozialen Statusgruppen Alkohol während der Schwangerschaft, als es bei Frauen aus niedrigen sozialen Statusgruppen der Fall ist (Bergmann et al., 2007).



Alkoholkonsum der Mutter – lebenslange Beeinträchtigung des Kindes

Schädigungen des kindlichen Gehirns sind die ersten Folgen von Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Sie können auch bei geringem Konsum entstehen und stellen daher ein erhebliches Problem dar. Äußerlich ist den Kindern nichts anzusehen, während das Gehirn bereits Schädigungen erlitten hat.

Treten auch äußerlich sichtbare Veränderungen auf, so ist das Gehirn in jedem Fall bereits stark geschädigt. Das »Fetale Alkoholsyndrom (FAS)« als Folge des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft stellt nur das Vollbild der Erkrankung dar. Im Wesentlichen handelt es sich hierbei um eine krankhafte Veränderung des Gehirns (statische Enzephalopathie). Das klinische Bild des FAS oder der Alkoholembryopathie äußert sich in prä- und postnatalen Wachstumsstörungen, bleibenden Gesichtsfehlbildungen sowie bleibenden Störungen der geistigen und psychomotorischen Entwicklung des Kindes. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann daher zu lebenslangen Einschränkungen führen. Da die Abgrenzung zwischen FAS und anderen alkoholbedingten Effekten schwierig ist, wird übergeordnet von Fetal Alcohol Syndrome Disorder (FASD) gesprochen. Seit Dezember 2012 gibt es eine S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. Damit wird unter anderem der großen Bedeutung dieses Krankheitsbilds erstmals Rechnung getragen (weitere Informationen finden Sie im Abschnitt »Vertiefende medizinische Grundlagen« [→ ab Seite 52](#)).

Zielgruppe: Schwangere und Frauen mit Kinderwunsch

In der Bevölkerung ist das Bewusstsein für den schädigenden Einfluss von Alkohol auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes an vielen Stellen noch zu gering. Die möglichen Folgen auch geringer Mengen Alkohols während der Schwangerschaft sind weitgehend unbekannt. Jedes Jahr sind aber nach Schätzungen ca. 10.000 Kinder – vermutlich mehr – von Geburt an durch FASD in ihrer Entwicklung beeinträchtigt, mindestens 2.000 Kinder werden nach Schätzungen mit dem klinischen Vollbild einer Alkoholembryopathie (FAS) geboren.

In der Schwangerschaft ist schnelles Handeln notwendig!

Mehrfach haben Untersuchungen gezeigt, dass die Beratung durch Gynäkologinnen, Gynäkologen, Hebammen und Geburtshelfer bei der Änderung des Konsumverhaltens in der Schwangerschaft wirksam ist (Waterson et al., 1989 b; Lelong et al., 1995; vgl. auch Niedersächsisches Sozialministerium, o. J.). Entscheidend ist, dass es bei der Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft und der möglichst frühzeitigen Diagnose von FASD **nicht** darum geht,

Mütter und ihre Kinder zu stigmatisieren. Ziel ist es vielmehr, rechtzeitig die Weichen zu angemessener Hilfe und Versorgung zu stellen. Dazu ist es wichtig, auch die werdenden Väter – wenn möglich – aktiv in die Beratung miteinzu beziehen. Väter, die ihre Partnerinnen zu Vorsorgeterminen begleiten, sollten auf ihre Verantwortung und ihre Möglichkeiten zur Unterstützung der Schwangeren aufmerksam gemacht werden.

All diese Kinder leiden unter Schädigungen, die vollständig vermeidbar wären. Daher möchten wir Sie dafür gewinnen, Ihre schwangeren Patientinnen im Rahmen der Schwangerenvorsorge und -betreuung, aber auch schon Frauen mit Kinderwunsch, für das Thema Alkohol, so wie auch für andere Toxine (z. B. Nikotin), immer wieder zu sensibilisieren. Das lässt sich gut mit den regelmäßigen Terminen der Krebsvorsorge kombinieren und intensivieren, wenn die Frau ihren Kinderwunsch bzw. den Wunsch einer Schwangerschaft gezielt äußert. Eine wiederholte Ansprache des Themas ist hier Erfolg versprechender als die einmalige Abfrage im Rahmen der Feststellung einer Schwangerschaft.



Wussten Sie ...

..., dass im Durchschnitt ein Kind pro Schulklasse von FASD betroffen ist (Paditz, E., 2013)?

Der beste Rat für die Schwangerschaft ist der völlige Alkoholverzicht. Die meisten Schwangeren werden den Alkoholkonsum einstellen, wenn ihnen das Risiko bewusst ist. Für Frauen, deren Alkoholkonsum bereits vor der Schwangerschaft problematisch war, ist die Enthaltensamkeit nicht so leicht. Dennoch ist gerade für diese Frauen die Schwangerschaft häufig ein günstiger Zeitpunkt, um für Hilfsangebote offen und für entsprechende Hilfestellungen empfänglich zu sein.

Aufgrund der begrenzten Schwangerschaftsdauer liegt in der Beratung eine besondere Situation vor. Für das Wohl des Kindes ist es notwendig, möglichst auf ein sofortiges Einstellen des Alkoholkonsums hinzuwirken. Als Gynäkologinnen, Gynäkologen, Hebammen und Geburtshelfer sind Sie eine der ersten und glaubwürdigsten Ansprechpersonen für Frauen mit Kinderwunsch und für Schwangere. Bei Hausbesuchen, wie sie Hebammen und Geburtshelfer im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchführen, ergibt sich häufig eine vertraute Gesprächsatmosphäre. Dadurch ist möglicherweise auch die Schwangere eher bereit, bei einem noch bestehenden Alkoholkonsum diesen einzugestehen und auch für weitere Informationen genauer nachzufragen. Daher ist es empfehlenswert, wenn Gynäkologinnen und Gynäkologen schon zu einem frühen Zeitpunkt in der Schwangerschaft auf die Möglichkeit der Hebammenbetreuung hinweisen.

Fahrplan durch die Praxismodule

Diese Praxismodule zum Thema »Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft« möchten Sie bei Ihrer Arbeit mit Alkohol konsumierenden Schwangeren unterstützen. Je nachdem, wie vertraut Sie mit dem Thema und der Betreuung von Schwangeren mit Alkoholkonsum sind, werden mehr oder weniger Informationen für Sie neu oder relevant sein. Daher ist der Inhalt modular aufgebaut, sodass Sie gezielt die Informationen und Praxistipps erhalten, die Sie wünschen. Sie erhalten Informationen zu Beratungsangeboten, die Sie Ihrer Patientin bei riskantem Alkoholkonsum oder einer Alkoholabhängigkeit empfehlen können.

Über das Farbsystem am oberen Seitenrand können Sie schnell zu den für Sie relevanten Themen navigieren. Farbige Seitenverweise führen Sie zu den entsprechenden Themenbereichen. Es ist nicht notwendig, alles komplett durchzuarbeiten, um die Inhalte nutzen zu können. Für die Betreuung der meisten Patientinnen werden die im Anschluss an den Fahrplan folgenden Informationen ausreichen. Je tiefer Sie in die Materie einsteigen möchten, desto wertvoller werden die Erklärungen des Phasenmodells. Der Fahrplan auf dieser Seite gibt Ihnen eine Orientierung darüber, wo Sie welche Themen finden. Gleichzeitig erhalten Sie gezielte Handlungsempfehlungen – geclustert nach unterschiedlichem Trinkverhalten von Schwangeren.

Typ 1:

Die Schwangere gibt an keinen Alkohol zu trinken.

Empfehlung:

Bekräftigen Sie die Schwangere auch weiterhin keinen Alkohol zu trinken.

Material/Information:

Nutzen Sie hierzu unsere Gesprächsanregungen

→ ab Seite 15.

Die Grundlagen der Beratung

→ ab Seite 12 geben Ihnen Sicherheit im Umgang mit dem Thema (auch bei Typ 2-4).

Bieten Sie weiterführende Informationen an, wie z. B. die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« der BZgA.

Typ 2:

Der Schwangeren war das Risiko des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft nicht bewusst, sie möchte aber ab jetzt verzichten.

Empfehlung:

Ihre Empfehlung muss klar ein 100%iger Verzicht sein. Fragen Sie im Verlauf der Schwangerschaft (im Zusammenhang mit anderen Themen an passender Stelle) immer mal wieder nach, ob die Schwangere den Alkoholverzicht jetzt durchhalten kann.

Material/Information:

Nutzen Sie hierzu unsere Gesprächsanregungen [→ ab Seite 15](#) und bereiten Sie sich auf mögliche Patientinnenfragen vor [→ Seite 50](#). Geben Sie der Schwangeren Argumentationshilfen zum »Nein-Sagen« an die Hand [→ Seite 16+41](#). Bieten Sie weiterführende Informationen an, wie z. B. die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« der BZgA.

Typ 3:

Die Schwangere kann einen Alkoholverzicht nicht einfach umsetzen.

Empfehlung:

Informieren Sie die Schwangere über die Risiken des Konsums [→ Seite 58+60](#).

Nutzen Sie unser Phasenmodell [→ ab Seite 20](#). Bieten Sie kürzere Vorstellungintervalle an.

Material/Information:

Bieten Sie weiterführende Informationen an, wie z. B. die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« der BZgA. Weisen Sie auf anonyme Möglichkeiten der Beratung hin, wie z. B. das BZgA-Info-Telefon oder die IRIS-Plattform [→ Seite 17](#).

Typ 4:

Die Schwangere hat oder Sie vermuten einen problematischen Alkoholkonsum.

Empfehlung:

Stützen Sie Ihren Verdacht mit dem T-ACE-Fragebogen [→ Seite 24](#). Bleiben Sie wohlwollend und stigmatisieren Sie nicht. Nutzen Sie auch hier das Phasenmodell zur positiven Verstärkung [→ ab Seite 21](#). Wirken Sie darauf hin, dass die Schwangere weiterführende Unterstützung durch spezialisierte Angebote der Suchthilfe annimmt [→ Seite 87](#).

Material/Information:

Bieten Sie weiterführende Informationen an, wie z. B. die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« der BZgA. Weisen Sie auf anonyme Möglichkeiten der Beratung hin [→ Seite 17](#) und nutzen Sie Ihr Netzwerk.

Beratungsgrundlagen zur Alkoholprävention

Vertrauensverhältnis zur Patientin

Beratung fußt auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin/Arzt/Hebamme/Geburtshelfer und der Patientin, das von Ihnen durch empathischen Umgang und Wertschätzung der Patientin und ihrer Probleme, Fragen oder Beschwerden aufgebaut und gepflegt wurde/wird. Die Schwangerschaft ist eine Zeit, in der von den Frauen viel erwartet wird. Gelegentlich scheint es sogar so, dass die werdende Mutter als »Person« in den Hintergrund tritt, weil sich alle Bemühungen und Sorgen um das Kind drehen. Daher ist es für Sie als Ärztin/Arzt/Hebamme/Geburtshelfer eventuell eine Gratwanderung, die Frauen einerseits nicht mit allen zu berücksichtigenden Aspekten zu überfordern, andererseits für so komplexe Themen, wie Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, zu sensibilisieren. Das Ziel sollte es sein, dass Frauen sich in ihren Bedürfnissen wahr- und ernstgenommen fühlen und gleichzeitig die bestmöglichen Voraussetzungen für das ungeborene Kind geschaffen werden.

Gynäkologinnen oder Gynäkologen haben meist schon vor einer Schwangerschaft die Möglichkeit, eine Bindung zu den Patientinnen aufzubauen. Für Hebammen oder Geburtshelfer kann das frühestens mit Beginn der Schwangerschaft geschehen. Unabhängig davon, hängt der Erfolg einer Beratung von verschiedenen Faktoren ab:

- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre
- Individuelle Beratung unter Berücksichtigung der persönlichen Situation
- Berücksichtigung der partnerschaftlichen Situation
- Sensibles Vorgehen beim Feststellen des Konsumstatus
- Zusicherung von weiterer Beratung in der Schwangerenvorsorge

Folgende Aspekte und Handlungsoptionen sollten Sie entsprechend der jeweiligen Ausgangssituation ansprechen:

- Informationen über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft
- Motivation zum Alkoholverzicht
- Gegebenenfalls Verweis an eine Suchtberatungsstelle
- Adaptierte Häufigkeit von Beratungsterminen, engmaschige Überwachung
- Gemeinsames Erkennen und Erarbeiten von Alternativen zum Trinken

Wie Ihnen das auf einfache, unproblematische und praktikable Weise gelingen kann, erfahren Sie anhand von konkreten Tipps und Beispielen auf den folgenden Seiten.

Selbstreflexion

Trotz aller Hilfestellungen kann es vorkommen, dass eine Beratung auch für Sie emotional belastend sein kann. Damit Sie von einer solchen Reaktion nicht überrascht werden, hilft die Auseinandersetzung mit dem Thema in diesen Praxismodulen. Lassen Sie sich nicht entmutigen. Antworten auf mögliche Fragen von Patientinnen finden Sie auf [→ Seite 50](#).

Das Thema Alkohol ist eine zwiespältige Angelegenheit: Auf der einen Seite ist Alkohol für viele ein Genussmittel, das selbstverständlich und für die meisten unproblematisch im Alltag vorkommt. Auf der anderen Seite birgt ein Alkoholkonsum gesundheitliche Gefahren. Möglicherweise hilft es Ihnen auch, sich einmal mit Ihrer eigenen Einstellung zum Thema Alkoholkonsum auseinanderzusetzen.

Selbstreflexion: Ihre Meinung zum Thema?

Eine Beratung fußt nicht nur auf schlüssigen Argumenten, denn sensible Themen unterliegen auch immer einer subjektiven und individuell unterschiedlichen Wahrnehmung. Die persönliche Haltung zu einem Thema und Erfahrungen mit diesem, Sympathie oder Antipathie, Verständnis oder Ablehnung spielen eine wichtige Rolle für die Gesprächssituation und spiegeln sich auch in der Körpersprache wider.

Daher möchten wir Ihnen ans Herz legen, einmal die eigene Einstellung zum Thema Alkohol, den gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol und das Empfinden beim Thema Alkohol in der Schwangerschaft kritisch zu hinterfragen und sich Ihrer persönlichen Haltung bewusst zu werden.

- Ist Alkohol für Sie eher ein Genuss- oder ein Suchtmittel?
- Wie würden Sie selbst bei einer Schwangerschaft mit dem Thema

Alkohol umgehen oder was würden Sie Ihrer Partnerin empfehlen?

- Welche Haltung möchten Sie nach außen transportieren?
- Haben Sie in Ihrer Familie oder Ihrem Bekannten- und Freundeskreis Menschen, deren Umgang mit Alkohol Sie in irgendeiner Weise geprägt hat?

Es gibt in unserer Gesellschaft anerkannte Grenzen, in denen der Konsum von Alkohol als risikoarm akzeptiert ist. Falls Sie Interesse haben, können Sie unter www.kenn-dein-limit.de einen Selbsttest durchführen. Schwangere haben gegenüber dem ungeborenen Kind jedoch eine besondere Verantwortung. Daher ist bei der Schwangerenberatung Ihr professioneller Blick auf das Thema Alkohol in der Schwangerschaft sehr wichtig.

Alkoholkonsum: von alkoholfrei bis abhängig

Natürlich hat nicht jede Frau, die in der Schwangerschaft hin und wieder ein wenig Alkohol trinkt, ein schweres Alkoholproblem, das sofort behandlungsbedürftig ist. Doch sie setzt ihr Kind damit Risiken aus, über die sie vielleicht nur unzureichend Bescheid weiß. Daher geht es bei der Beratung in der Mehrzahl der Fälle um Information und Aufklärung und es ist ausreichend, wenn die werdenden Mütter und Väter auf ihren Alkoholkonsum angesprochen werden, klare Empfehlungen zum Verhalten in der Schwangerschaft bekommen und zum risikolosen Umgang mit Alkohol motiviert werden können. Diese Form der Beratung sollte jedoch immer erfolgen, da trotz (geringem) Alkoholkonsum häufig die sozial erwünschte Antwort »nein, ich trinke keinen Alkohol« gegeben wird. Viel könnte darüber hinaus erreicht werden, wenn riskanter Konsum oder 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; Hankin J.R., 2002). Adressen und Informationsmöglichkeiten finden Sie [→ ab Seite 90](#).



Warum eigentlich ...

... »Null Alkohol« in der Schwangerschaft?

Bis heute ist nicht klar, zu welchem Entwicklungszeitpunkt konsumierter Alkohol welche Auswirkungen hat. Das Glas Wein am heutigen Tag kann viel schlimmere Auswirkungen haben, als es einige Tage früher oder später der Fall (gewesen) wäre. Zudem ist nicht bekannt (und kann aus ethischen Gründen nicht erforscht werden), ob es eine kritische Alkoholmenge gibt, unter der der Konsum unschädlich wäre. Dagegen wurde gezeigt, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft die Gehirnentwicklung nachhaltig stört (Treit et al., 2013). Daher ist nur der komplette Alkoholverzicht zu empfehlen, um das Kind sicher vor Schädigungen zu schützen.

Typisches Konsumverhalten

Vielleicht haben Sie im ersten Moment Bedenken, ob eine solche motivationsfördernde Zuwendung aufwendig und/oder unangenehm sein könnte. Gleich vorweg: Es ist nicht zeitaufwendig, das Thema stärker als bisher evtl. üblich zu betonen. Wenn Sie das Thema so ernst nehmen wie Infektionen und Bluthochdruck und es so selbstverständlich ansprechen wie Toxoplasmose, Rauchen oder Saunabesuche in der Schwangerschaft, ist die Gesprächsatmosphäre professionell und für beide Seiten angenehm:



Beispiel für eine 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‹.

Wie halten Sie es mit Alkohol? Trinken Sie – hin und wieder oder regelmäßig – Alkohol?«

Auf diese Frage hin kann sich das Gespräch in verschiedene Richtungen entwickeln:

Typ 1: Die Schwangere gibt an keinen Alkohol zu trinken.

Bekräftigen Sie die Schwangere auch weiterhin keinen Alkohol zu trinken. Gegebenenfalls können Sie ihr anbieten, weitere Informationen auszuhändigen, z. B. die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« der BZgA.

Es ist nicht selten, dass auf diese Frage die sozial erwünschte Antwort »nein« gegeben wird. In diesem Fall können Sie mit einem einfachen Kommentar die Thematik dennoch platzieren:



»Das ist gut so. Manche Frauen wissen ja gar nicht, dass unter Umständen schon ein Gläschen zum falschen Zeitpunkt irreversible Schäden beim Kind hervorrufen kann. Darum sollten Sie das auch auf jeden Fall weiterhin so beibehalten.«

Grundsätzlich sollten alle Schwangeren im Verlauf der Schwangerschaft wiederholt darauf angesprochen werden, ob es mit dem Verzicht auf Alkohol noch immer gut klappt, besser geworden ist o.ä. Versuchen Sie doch einfach, das Thema mit typischen anderen Fragen der Schwangerenvorsorge zu verknüpfen.

Typ 2: Der Schwangeren war das Risiko des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft nicht bewusst, sie möchte aber ab jetzt verzichten.

Die Schwangere sollte hier sachlich, ohne zu dramatisieren über die Risiken von Alkoholkonsum aufgeklärt werden.



»Wir wissen nicht, zu welchem Zeitpunkt Alkohol welchen Einfluss hat. Ein Glas Alkohol heute kann unter Umständen viel schwerere Folgen haben als drei Gläser in ein paar Tagen. Daher ist es das Beste, während der Schwangerschaft komplett auf Alkohol zu verzichten. In der Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« finden Sie weitere Informationen, warum der Alkoholverzicht so wichtig ist. Es finden sich darin auch Anregungen, wie der Verzicht leichter gelingt.«



Tipps für die Schwangere

Alkohol ist in unserer Gesellschaft eine sozial akzeptierte Droge. Jeder trinkt mal ein Glas und bei vielen Menschen weckt das Nichttrinken von anderen Personen Argwohn. Für Schwangere kann diese Situation insbesondere in den ersten drei Monaten, in denen die Schwangerschaft häufig im Umfeld noch nicht bekannt ist, Stress bedeuten und sie dazu veranlassen, mitzutrinken. Sie können der Schwangeren ohne viel Aufwand helfen, diese Situationen gestärkt anzugehen:

»Sie werden möglicherweise in die Situation kommen, dass Sie »auffallen« könnten, wenn Sie keinen Alkohol trinken. Am besten ist es, einfach klar und deutlich »nein danke« zu sagen. Dies kommt auch unabhängig von einer Schwangerschaft immer häufiger vor,

fühlen Sie sich nicht verpflichtet Ihr »Nein« zu erläutern. Wenn es aber nicht so einfach ist, dann lassen Sie uns doch einfach ein paar Ideen oder »Notlügen« sammeln, wie Sie damit umgehen könnten.«

Oft hilft eine Alternative, z. B. :

»Nein danke, ich nehme lieber einen Traubensaft«, »ich muss noch Auto fahren«, »ich verzichte gerade ganz auf Alkohol«, »ich habe morgen einen anstrengenden Tag« usw.

Wenn die Schwangerschaft nicht mehr verborgen bleiben soll, sollte es selbstverständlich sein, dass alkoholische Getränke mit dem Hinweis auf die Schwangerschaft abgelehnt werden. Aber auch hier können die o.g. Tipps helfen.

Typ 3: Die Schwangere kann einen Alkoholverzicht nicht einfach umsetzen.

Vermutlich ist es, wie bereits erwähnt, aufgrund sozial gewünschter Antworten nicht gleich offensichtlich, dass eine Frau Schwierigkeiten hat, ihren Alkoholkonsum zu reduzieren. Wenn Sie jedoch vermuten oder wissen, dass eine solche Situation vorliegt, sollten Sie die Schwangere über die **Risiken des Konsums** (→ Seite 58 und 60) informieren und versuchen, auf eine Reduktion oder Einstellung des Alkoholkonsums hinzuwirken.

Dafür bieten wir Ihnen mit dem **Phasenmodell** (→ ab Seite 20) konkrete Vorgehensmöglichkeiten an. Zudem sollten Sie kürzere Vorstellungintervalle anbieten, um der Schwangeren Unterstützung zu signalisieren und weitere sinnvolle Schritte kurzfristig anzugehen.

Unterstützend können Sie die **Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung«** aushändigen. Zudem ist es sinnvoll, die Betroffene auf anonyme Möglichkeiten der Beratung hinzuweisen.

Die Telefonberatung der BZgA ist vertraulich und anonym:

BZgA-Info-Telefon: 0221 892031*

Mo. – Do.: 10 bis 22 Uhr / Fr. – So.: 10 bis 18 Uhr

(*Preis entsprechend der Preisliste des Telefonanbieters für Gespräche ins Kölner Ortsnetz)

IRIS-Plattform:

IRIS ist ein Online-Programm speziell für Frauen zur



Unterstützung beim Alkohol- und Tabakverzicht während der Schwangerschaft.

www.iris-plattform.de

Typ 4: Die Schwangere hat oder Sie vermuten einen problematischen Alkoholkonsum.

Wenn Sie aufgrund der Ihnen bekannten Vorgeschichte der Patientin, ihrer Reaktionen oder Aussagen oder anderer Faktoren denken, dass ein problematischer Alkoholkonsum vorliegen könnte (siehe T-ACE-Fragen in der Phase 1, → Seite 24), so ist Ihr unterstützender, wohlwollender und nicht stigmatisierender Einsatz für die Patientin weiterhin von großer Bedeutung. Doch sollten Sie auch darauf hinwirken, dass Unterstützung durch spezialisierte Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen werden (siehe Informationen → Seite 87).

Die Hintergründe des Alkoholkonsums, egal in welcher Ausprägung dieser vorliegt, können nur im direkten Gespräch mit der Schwangeren eruiert werden. Ebenso können Verhaltensänderungen nur auf Basis von individuellen Gegebenheiten und Absprachen erarbeitet und umgesetzt werden. Im Rahmen der Beratung der Schwangeren sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass auch das soziale Umfeld, besonders der Partner, mitunter eine große Rolle dabei spielen kann, das Trinkverhalten zu ändern oder auch nicht zu ändern.

Dennoch liegt es in Ihrer Funktion als Gynäkologin, Gynäkologe oder Hebamme, Geburtshelfer nicht in Ihrer Macht, eine Suchtberatung durchzuführen und den Entwöhnungsprozess zu begleiten. Vielmehr könnten Sie aufgrund des engen Kontakts zu der Schwangeren das Bindeglied sein, das über ein tragfähiges Netzwerk verfügt und der werdenden Mutter sinnvolle Möglichkeiten in ihrer Situation anbietet.

Alkoholmissbrauch und Abhängigkeit – was tun?

Als Gynäkologin, Gynäkologe, Hebamme oder Geburtshelfer liegt Ihr Hauptaugenmerk auf der Gesundheit der Schwangeren und des ungeborenen Kindes. Wenn Sie im Gespräch feststellen, dass die Schwangere ein schweres Alkoholproblem hat, was nicht mit Aufklärung behoben werden kann, so befinden Sie sich in einer schwierigen Situation. Einerseits möchten Sie die Patientin nicht verschrecken, sondern motivieren, auch weiterhin regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen zu kommen. Denn nur dann haben Sie die Möglichkeit, die Schwangerschaft bestmöglich zu begleiten. Gleichzeitig wäre es hilfreich, wenn sich die Schwangere Hilfe bei einer Suchtberatungsstelle holen würde.

Ein Druck in diese Richtung könnte jedoch dazu führen, dass die Schwangere auch zu den wichtigen Vorsorgeuntersuchungen nicht mehr erscheint. Hinweise und Tipps für die Kommunikation, finden Sie in den Phasen dieser Praxismodule sowie im Kapitel »das Beratungsgespräch« und »die motivierende Gesprächsführung« [→ ab Seite 70](#).

Wie man Verhalten ändert

In der ärztlichen Praxis sind folgende Modelle gebräuchlich, um eine Beratung effektiv zu gestalten und die Änderung eines Verhaltens (hier des Alkoholkonsums) zu begleiten. Beide Modelle haben sich in der Praxis bei der Veränderung unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens (z. B. Body-Mass-Index, Blut-Cholesterolverwerte, systolischer Blutdruck, Alkoholkonsum; Rubak, S. et al., 2005) bewährt.

Das »Modell der Verhaltensänderung« oder »transtheoretisches Modell«

Ziel: Begleitung der aufeinanderfolgenden Stufen, die durchlaufen werden, um ein Verhalten zu verändern.

Eine Verhaltensänderung gliedert sich in sukzessive aufeinanderfolgende Änderungsprozesse: »Stages of Change«. Die einzelnen Stadien der Veränderung bauen aufeinander auf und verlaufen von einem Stadium der »Absichtslosigkeit« bis zu einem Stadium der »Aufrechterhaltung« der Verhaltensänderung. Kommt es zu einem Rückfall, müssen die Stadien erneut durchlaufen werden, da die Absicht zum Alkoholverzicht erneut hervorgerufen oder festgestellt werden muss. Weiterführende Informationen dazu finden Sie

[→ ab Seite 7](#).

Die »Motivierende Gesprächsführung«

Ziel: Mit kurzen, aber effektiven Beratungsgesprächen eine Verhaltensänderung erreichen.

Der Erfolg der Beratung wird maßgeblich von der Gesprächsführung beeinflusst. Da die einzelnen Beratungsschritte bei der persönlichen und individuellen Situation der Schwangeren ansetzen und auf ihre Kenntnisse, Motive und Handlungsmöglichkeiten adaptiert werden, gibt es kein allgemeingültiges Rezept. Gespür und Mitgefühl für die Situation der Patientin, Empathie und eine Gesprächsatmosphäre auf Augenhöhe sind daher ausschlaggebend. Offene Fragen, aktives Zuhören, Reflektieren und Zusammenfassen des Gesagten sind grundlegende Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung.

Hinweis: Ausführliche theoretische Erläuterungen und konkrete Tipps zu beiden Modellen finden Sie im Kapitel »Vertiefende Informationen zum Beratungsgespräch« auf Basis des »Modells der Verhaltensänderung« und der »motivierenden Gesprächsführung« [→ ab Seite 70](#).

Phase 1: Feststellen des Konsumstatus

Ist Gesprächsbereitschaft vorhanden?

Das Thema Alkohol in der Schwangerschaft ist häufig mit Unsicherheit, Schuld- und Schamgefühlen besetzt. Grundsätzlich ist es für die gynäkologische Praxis empfehlenswert, die Trinkgewohnheiten nicht erst bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft anzusprechen, sondern Frauen mit Kinderwunsch auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen und auf Alkoholverzicht bei Kinderwunsch hinzuweisen. Auf diese Weise können Sie Ängste vor dem Thema abbauen.

Wen sprechen Sie an?

Sprechen Sie mit Frauen aus mittleren und höheren sozialen Schichten auf die gleiche Weise und in der gleichen Häufigkeit wie mit Frauen aus niedrigen sozialen Schichten? Sich diesen Aspekt bewusst zu machen, hilft, eine Stigmatisierung der Frauen zu verhindern.

Hilfreich ist eine Gesprächseröffnung, die nicht zum Gefühl der Stigmatisierung der Frauen führt.



Beispiel für eine 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?«

Alternativ:

Gesprächsangebot

Reaktion auf Gesprächsangebot:
Positiv/»JA!«

Sie können zur Anamnese des Alkoholkonsums übergehen und die Trinkgewohnheiten erfragen.

→Seite 22



Reaktion auf Gesprächsangebot:
Ambivalent
»Weiß nicht«/Negativ/»Nein!«

Versuchen Sie vorsichtig, mit offenen Fragen, aktivem Zuhören und Reflektieren die Hintergründe der ambivalenten oder ablehnenden Haltung zu verstehen.



Berücksichtigen Sie mögliche Schuld- und Schamgefühle oder Misserfolgserwartungen, die zu einer Tabuisierung des Themas führen.

Reagieren Sie mit Mitgefühl, Empathie und Unvoreingenommenheit.

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

Stellen Sie glaubhaft dar, dass Sie zunächst allgemein zu dem Thema informieren möchten. Bieten Sie als Information die Beratungsbroschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« an →Seite 88 und kommen Sie beim nächsten Termin noch einmal auf das Thema zurück.

Erfragen Sie die Trinkgewohnheiten

Die Anamnese der Trinkgewohnheiten sollte Ihnen 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 Alkohol?«;
- Trinkmenge: »Welches Getränk und welche Menge trinken Sie in der Regel?«.

Erfahrungsgemäß schafft das direkte Gespräch eine entspanntere Atmosphäre für die Diskussion des Themas. Bringen Sie auch vorsichtig zur Sprache, wie das Trinkverhalten des Partners und des engen Freundeskreises zu bewerten ist. Gerade der Partner hat einen großen Einfluss auf die Schwangere und sollte daher gegebenenfalls zur Reduktion des Konsums oder zum Alkoholverzicht motiviert werden, um die Schwangere zu unterstützen.



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 (Phase 4).



Ergebnis:
Alkoholkonsum

Da es keine Grenze für einen risikolosen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gibt, sollte mit allen Schwangeren, die Alkohol konsumieren, ein Beratungsgespräch über die Einschränkung des Konsums bzw. den Alkoholverzicht geführt werden.

Anhand des T-ACE-Fragebogens zum Trinkverhalten [→ Seite 24](#) können Sie einen hochriskanten von einem außerhalb der Schwangerschaft als risikoarm eingestuften Alkoholkonsum unterscheiden.

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

Sie können Ihre Patientin auch ermutigen sich selbst zu hinterfragen. Hierzu dient der Selbsttest, den Sie in der Broschüre »Andere



Umstände – neue Verantwortung« finden oder unter www.kenn-dein-limit.de/alkohol/schwangerschaft-und-stillzeit/alkohol-selbst-test-fuer-schwangere

T-ACE-Fragebogen



Der T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener)-Fragebogen (auf Deutsch TASS) hilft dabei, problematischen Alkoholkonsum bei schwangeren Frauen zu entdecken. Zwei und mehr Punkte weisen auf kritischen Alkoholkonsum hin.

1. Wie viele alkoholische Drinks müssen Sie trinken, um eine Wirkung zu verspüren?

- 0** 2 oder weniger Drinks
- 2** Mehr als 2 Drinks

Tolerance/Toleranz

2. Haben Sie sich jemals geärgert, wenn man Ihren Alkoholkonsum kritisierte?

- 0** Nein
- 1** Ja

Annoyed/Anmachen

3. Hatten Sie jemals das Gefühl, Ihren Alkoholkonsum reduzieren zu müssen?

- 0** Nein
- 1** Ja

Cut down/Sorgen

4. Haben Sie jemals morgens Alkohol getrunken, um wach zu werden?

- 0** Nein
- 1** Ja

Eye-opener/Start

Hinweis: Zur genauen Klärung der Diagnose finden Sie unter »Vertiefende medizinische Grundlagen« ab [→Seite 67](#) weiterführende Informationen.

Nach Auswertung der T-ACE-Fragen können Sie die Trinkgewohnheiten erneut einschätzen:

Als Gynäkologin, Gynäkologe, Hebamme und Geburtshelfer sind Sie Expertinnen und Experten für alle Fragen und Themen rund um die Schwangerschaft. Wie mit Fällen mit leichtem Alkoholkonsum und Unwissenheit in der Praxis umgegangen werden kann, haben wir Ihnen im Kapitel »Alkoholkonsum: von alkoholfrei bis abhängig« [→Seite 14](#) vorgestellt. Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeitserkrankung bedürfen jedoch besonderer zusätzlicher unterstützender Maßnahmen, wie sie Suchtberatungsstellen anbieten.

Wenn Sie bei Ihrer Patientin einen missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum vermuten oder davon wissen, wäre es sinnvoll, auf eine Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Patientin und einer Suchtberatungsstelle hinzuwirken ([Adressen →Seite 86](#)).



Einstellungen zu Alkohol in der Schwangerschaft und passende Informationen

Häufig bestehen bei Ihren Patientinnen unklare oder sogar falsche Vorstellungen über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. 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?«

Viele Frauen informieren sich im Internet und kommen mit vielfältigen, teilweise korrekten, teilweise falschen, Informationen zu Ihnen. Ergänzen Sie als Experte/als Expertin 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, setzen Sie die Patientin nicht unter Druck; verschweigen Sie aber auch nichts.

Bieten Sie der Schwangeren Informationen über die möglichen Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft:

- Informationen zu den Symptombildern FAS und FASD finden Sie im Abschnitt »Vertiefende medizinische Grundlagen« ab [→ Seite 52+53](#).
- Informationen zur generellen Wirkung von Alkohol im Körper finden Sie im Kapitel »Alkohol – Eigenschaften und Wirkungen« auf [→ Seite 63](#).
- Einige häufig gestellte Fragen und entsprechende Antwortvorschläge sind im Abschnitt »Häufig gestellte Fragen und mögliche Antworten« ab [→ Seite 50](#) zusammengestellt.
- Die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« können Sie mit dem beiliegenden Bestellformular für Ihre Praxis bestellen.



Die möglichen Auswirkungen von Alkohol auf das Baby – Informationen für Schwangere

Es geht nicht darum, der Schwangeren Angst zu machen. Vielmehr sollen ein Bewusstsein geweckt und die frühzeitige Erkennung von Beeinträchtigungen beim Baby ermöglicht werden.

- Die Auswirkungen werden unter dem Begriff FASD – Fetale-Alkohol-Spektrum-Störungen – zusammengefasst. Alkoholbedingte Schädigungen des Kindes treten nicht nur bei regelmäßigem, hohem Alkoholkonsum auf.
- Der Alkoholpegel im Blut des Kindes ist gleichhoch oder höher als der Pegel im Blut der Mutter. Das Ungeborene kann Alkohol nicht abbauen, anders als Erwachsene.
- Je nach Ausprägung: Betroffene Kinder haben einen kleinen Kopf, es gibt typische Gesichtsveränderungen (z. B. kleine Augen, schmales Oberlippenrot, schwach ausgeprägte Lippen-Nasen-Falte, Stupsnase) und Fehlbildungen (z. B. Herzfehler, Nierenfehlbildung).
- Unsichtbare Krankheit: In den meisten Fällen ist die Krankheit von außen »unsichtbar«, weil nur das Gehirn geschädigt ist. Wenn sichtbare Veränderungen im Gesicht oder an Organen aufgetreten sind, ist in jedem Fall das Gehirn schwer geschädigt.
- Typisch sind bei Babys Essstörungen, motorische Unruhe und ausgeprägte Schlafstörungen.
- Der Alkoholkonsum hat Folgen für das ganze Leben: Das Verhalten als Jugendliche/r ist sprunghaft, die Aufmerksamkeit ist beeinträchtigt, Tendenz zu Aggressivität und Depressionen ist gegeben.
- Die Intelligenz, Aufmerksamkeit, Konzentration, visuelle Wahrnehmung können vermindert sein und Verhaltensauffälligkeiten können auftreten.

Zusammenfassung des Gesprächsverlaufs und Empfehlung des Alkoholverzichts

Fassen Sie den bisherigen Gesprächsverlauf zusammen unter Berücksichtigung von

- Daten aus der Anamnese zum Alkoholkonsum:
 - Liegt ein potenziell problematischer oder abhängiger Alkoholkonsum vor?
 - Liegt ein moderater Alkoholkonsum vor?
- Einstellungen und Meinungen der Schwangeren zu ihrem Alkoholkonsum:
 - Warum konsumiert die Frau Alkohol? Welche Ursachen könnten dahinterstecken, welche Hintergründe bestehen?
 - Wie ist die Einstellung der Schwangeren zum Thema? Hat sie Schuld- und Schamgefühle? Stoßen Sie bei dem Thema auf Widerstand?

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 ist das Risiko. Abhängig vom Stadium in der Schwangerschaft können auch schon geringe Mengen Alkohol ungünstig für die Entwicklung des Kindes sein.

Deshalb: Vollständiger Alkoholverzicht, um gesundheitliche Risiken für die Mutter, besonders aber für das Kind, auszuschließen!

Ist Bereitschaft zum Alkoholverzicht vorhanden?

Auch wenn Ihnen Ihre Argumente schlüssig sind, können Sie nicht davon ausgehen, dass Schwangere, die bisher Alkohol konsumiert haben, sofort einlenken. Aus diesem Grund ist für das weitere Vorgehen interessant, wie die Schwangere auf Ihre Aufforderung zum Alkoholverzicht reagiert.



Phase 2: Motivation zur Verhaltensänderung

Ambivalenz erkennen und verstärken

Die Schwangere zögert noch, ob der Alkoholverzicht für sie wirklich das Beste ist, ist noch nicht überzeugt vom Nutzen. Aber es gibt in ihr einen Teil – bewusst oder unbewusst –, der dazu bereit ist, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. An dieser Stelle besteht die Möglichkeit, die im Keim vorhandene Motivation zur Verhaltensänderung zu verstärken.

Grundlage ist, wie in jedem Beratungsgespräch, eine Beziehung zu der Schwangeren wieder aufzunehmen oder herzustellen. Im Kapitel »Grundlegende Gesprächstechniken« [→ Seite 78](#) finden Sie Anregungen dazu. Abhängig davon, wie Sie zuvor mit der Patientin verblieben sind, geht es nun zuerst darum, einen Fokus für das Gespräch zu finden.

Da in der begrenzten Zeit der Schwangerschaft das Themengebiet Alkoholkonsum nicht aufgeschoben werden sollte, bietet es sich an, einen Einstieg in das Thema zu wählen und die Schwangere dann zu fragen, welcher Aspekt ihr am wichtigsten ist.



Beispiel für einen Gesprächseinstieg:

»Beim letzten Termin haben wir festgestellt, dass Ihr Alkoholkonsum für das Baby eine Gefährdung darstellen könnte. Ich möchte Sie dabei unterstützen, einen Weg zu finden, um in der Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten. Wir könnten über Ihre Situation in der Familie sprechen oder uns die Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums ansehen. Was ist Ihnen wichtiger? Oder gibt es einen anderen Aspekt, über den Sie gerne zuerst sprechen möchten?«

Verdeutlichen Sie selbstmotivierende Aussagen

Der Gesprächsverlauf wird zeigen, wie es um die Motivation der Schwangeren und die Richtung einer möglichen Verhaltensänderung bestellt ist. Die folgenden Aussagen können Ihnen als Grundlage für die Ausrichtung des Gesprächs dienen.

Einer betroffenen Person ist die Botschaft und Tendenz der eigenen Aussagen sowie die zugrunde liegende Motivation nicht immer ganz bewusst. Indem Sie die Schwangere auf selbstmotivierende Aussagen aufmerksam machen, sie wiederholen und zusammenfassen, können Sie die Verhaltensänderung fördern.



Beispiele für selbstmotivierende Aussagen:

Ausdruck von:

»Ich habe bisher nicht realisiert, dass ich meinem Kind schwer schaden kann.«
 »Vielleicht haben Sie recht. Vielleicht ist das wirklich nicht gut.«

Problem-
erkennung

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

Sorge

»Ich denke es ist Zeit, etwas zu verändern. Was kann ich tun?«
 »Ich weiß auch nicht genau, was ich tun soll, aber so soll es nicht bleiben.«

Veränderungs-
absicht

»Ich habe mich entschieden. Ich denke, ich schaffe das!«
 »Ich glaube, wenn ich mir das vornehme, kann ich es schaffen!«

Optimismus



So können Sie aktiv auf selbstmotivierende Aussagen hinwirken:

- Offene Fragen stellen
- Entwickeln Sie Themen: »Sie würden sich also wohler fühlen. Inwiefern?«
- Extreme erwägen: »Wenn Sie weitermachen wie bisher, was wäre das Schlimmste, das geschehen könnte?« »Wenn Sie Ihr Verhalten jetzt ändern, was wäre das Beste, das geschehen könnte?«
- Zurückblicken: »Wie war das, als Sie angefangen haben, regelmäßig zu trinken?«
- In die Zukunft blicken: »Wie wünschen Sie sich Ihr Leben in einem Jahr/drei Jahren?«

Verstärken Sie positive Aspekte

Die Schwangere wird ihren Alkoholkonsum nur reduzieren oder auf Alkohol komplett verzichten, wenn die positiven Aspekte die möglichen negativen Konsequenzen überwiegen. Zudem müssen die Vorteile höher bewertet werden als die erwarteten Nachteile (Kosten-Nutzen-Analyse).

Wenn ich mein Trinkverhalten beibehalte wie bisher, ...

habe ich mehr Genuss.

bleiben meine
Schuldgefühle.

befürchte ich, dass mein
Baby nicht gesund ist.

Eine gute Möglichkeit, die Vor- und Nachteile des Verhaltens gegenüberzustellen, ist eine Kosten-Nutzen-Analyse (Kopiervorlage in der Umschlagklappe). Falls Ihnen dieses Werkzeug zusagt, können Sie die Schwangere bitten – entweder zusammen mit Ihnen oder bis zum nächsten Termin – eine Kosten-Nutzen-Analyse zu erstellen (vgl. Petry, 1997). Sie können dabei helfen, indem Sie möglichst viele überzeugende Gründe für einen Alkoholverzicht finden, und besonders die Vorteile herausstellen, die mit einem Alkoholverzicht zu erreichen sind.



Folgende Fragen können hilfreich sein:

- Welche Vor-/Nachteile habe ich, wenn ich mein Trinkverhalten beibehalte wie bisher?
- Welche Vor-/Nachteile habe ich, wenn ich während der Schwangerschaft auf Alkohol verzichte?
- Welche positiven Aspekte verbinde ich mit dem Trinken von Alkohol?
- Welche Nachteile oder Schwierigkeiten erwarte ich bei einem Verzicht auf Alkohol?

Beispiel einer Kosten-Nutzen-Analyse:

»Wenn ich während der Schwangerschaft auf Alkohol verzichte, ...



Meine Nachteile

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



Meine Vorteile

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

Analysieren Sie Stärken und Schwächen

Um in die nächste Phase der Verhaltensänderung, nämlich die Phase der konkreten Verhaltensänderung, zu gelangen, muss es ein Fundament geben, auf das die Strategien aufbauen können. Das hängt maßgeblich von der Patientin, besonders von ihren Verhaltensstärken und Verhaltensschwächen, ab.



Im Gespräch kann ergründet werden, wie die schwangere Frau ihre Stärken und Schwächen einschätzt:

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

In Phase 2 steht besonders die Motivation im Vordergrund. Wichtig für den Erfolg sind daher die Situationen, in denen es der Schwangeren bereits gelungen ist, den Alkoholkonsum einzuschränken oder ganz auf diesen zu verzichten. Sie können die Frau als Vertrauensperson bestärken, indem Sie sie auf ihre Stärken und Verhaltenskompetenzen aufmerksam machen und Sie dazu motivieren, auf dieser Basis weiterzumachen.

Wichtig sind jedoch auch die Momente, in denen es nicht geklappt hat, auf Alkohol zu verzichten. In welchen Situationen ist der Alkoholverzicht bisher nicht gelungen? In welchen Situationen wurde mehr getrunken, als sich die werdende Mutter eigentlich vorgenommen hatte?

Beispiele möglicher Stärken und Schwächen

Stärken



Schwächen



Emotionale Ebene

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

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

- »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

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

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

Erkennen von Handlungsalternativen

Die Änderung eines Verhaltens ist nur möglich, wenn es bessere Alternativen gibt. Am überzeugendsten sind Alternativen, die die Schwangere selbst gefunden hat. 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.

Formulieren von konkreten Zielen

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, um die Gefahr von Überforderung und Frustration zu minimieren. Teilschritte gewährleisten schnellere Erfolgserlebnisse und damit frühzeitig positive Bestätigung. Zudem kann schneller überprüft werden, ob der eingeschlagene Weg realisierbar ist.



Vertrauen in eigene Fähigkeiten stärken:

Zeigen Sie der Patientin anhand der bereits erreichten Erfolge auf, dass sie sich auf dem richtigen Weg befindet. Häufig werden nur die noch nicht erreichten Ziele frustriert wahrgenommen. Das Aufzeigen der bisherigen Erfolge, mögen sie noch so klein sein, steigert das Selbstbewusstsein und gibt Selbstsicherheit für die nächsten Schritte.

»Schauen Sie nur, welche Schritte Sie bereits gegangen sind und wie weit Sie Ihren Alkoholkonsum schon eingeschränkt haben!«

»Auch wenn Sie sich selbst vielleicht noch nicht ganz sicher fühlen, so erlebe ich Sie doch als sehr entschlossen, ohne Alkohol auskommen zu wollen!«

Auswertung des Trinktagebuchs

Wenn die Schwangere ein Trinktagebuch geführt hat, kann Ihnen das dabei helfen, die Situationen zu ermitteln, in denen der Verzicht schwierig ist. Eventuell werden diese Fragestellungen aber auch in einer Suchtberatungsstelle thematisiert. Neben der konsumierten Alkoholmenge kann aus dem Trinktagebuch herausgelesen werden, unter welchen (sozialen) Umständen die Schwangere Alkohol konsumiert. Diese Informationen können aufzeigen, für welche Situationen mit der Schwangeren Handlungsoptionen erarbeitet werden müssen. Gegebenenfalls wird aus der Auswertung auch erkennbar, ob eine Alkoholabhängigkeit oder ein Alkoholmissbrauch vorliegt.

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?

Hinweis: Diese Anzeichen und Symptome können Ihnen einen Alkoholmissbrauch anzeigen. Weitere Hinweise zur Diagnose finden Sie im Abschnitt »Vertiefende medizinische Grundlagen« [→ ab Seite 52](#). Eine Übersicht über Hilfsangebote finden Sie [→ ab Seite 86](#).

Alkoholmissbrauch oder eine Abhängigkeitserkrankung bedürfen besonderer zusätzlicher unterstützender Maßnahmen, wie sie Suchtberatungsstellen anbieten.

Wenn Sie bei Ihrer Patientin einen missbräuchlichen oder abhängigen Alkoholkonsum vermuten oder davon wissen, wäre es sinnvoll, auf eine Zusammenarbeit zwischen Ihnen, der Patientin und einer Suchtberatungsstelle hinzuwirken (vgl. Informationen [→ ab Seite 87](#)).



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

- Wie ernst ist es der Schwangeren mit dem Alkoholverzicht in der Schwangerschaft? Erläutern Sie ihr, ohne Druck auszuüben, dass die Änderung der Trinkgewohnheiten dringend und vor allem schnell geschehen sollte, um das Kind nicht zu gefährden.
- Bieten Sie Ihre Unterstützung bei der Änderung des Trinkverhaltens an und klären Sie, welche ergänzenden suchtspezifischen Hilfsangebote wahrgenommen werden können.



Während der Schwangerschaft sind werdende Mütter und Eltern eher bereit, Hilfe anzunehmen. Daher ist es in diesem Lebensabschnitt oft leichter, die Schwangere zum Besuch einer Suchtberatungsstelle oder anderer Elemente des Hilfesystems zu bewegen. Die vertrauensvolle Atmosphäre bei den Vorsorgeuntersuchungen kann zur Ansprache dieses Schrittes genutzt werden. Nach der Geburt kann möglicherweise eine Familienhebamme hinzugezogen werden, die es jedoch bisher nur in geringer Anzahl in einigen Bundesländern gibt. Das soll eine Schwangere mit Alkoholproblemen dabei unterstützen, weitere Hilfen (z. B. aus dem suchtmmedizinischen Bereich) anzunehmen. Zur Bewältigung von besonderen familiären Problemlagen bietet das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ein umfassendes Angebot (Adresse [→ ab Seite 90](#)).

Ziehen Sie eine Gesprächsbilanz

Zum Ende des Beratungsgesprächs sollten Sie die motivationsfördernden Angriffspunkte für den Alkoholverzicht noch einmal zusammenfassen. Stellen Sie die Erfolge positiv dar, selbst wenn für Ihr Verständnis vielleicht zu wenig Fortschritt zu beobachten ist. Halten Sie erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht (oder zur Reduktion des Alkoholkonsums) fest: »Wollen Sie für die Zeit der Schwangerschaft auf das Trinken von Alkohol verzichten?«

Tipp: Um Ihrer Patientin wertvolle Informationen mit nach Hause zu geben, händigen Sie ihr die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« aus. Bestellformulare finden Sie in der Umschlagklappe oder im Internet.

Drei Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit mit der konkreten Planung und Durchführung der Verhaltensänderung begonnen werden kann:

1. Die Schwangere ist von den Vorteilen einer Einschränkung des Alkoholkonsums oder des Alkoholverzichts überzeugt.
2. Die Schwangere möchte selbst eine Änderung ihres Verhaltens. Sie will nicht nur einer Verhaltensnorm folgen, die für sie nicht schlüssig ist.
3. Die Schwangere ist sich sicher, dass sie eine Änderung des Verhaltens auch (schrittweise, mit Unterstützung) erreichen kann.



JA, die Voraussetzungen sind gegeben.

Weiter mit Phase 3
»Hilfe bei der Verhaltensänderung«



NEIN, die Voraussetzungen sind nicht gegeben.

Wiederbeginn in Phase 1
»Erkennen der Gesprächsbereitschaft«

- Versuchen Sie in einem weiteren Gespräch, den Wunsch nach Verhaltensänderung noch zu stärken.
- Schlagen Sie eine suchttherapeutische Beratung vor, wenn der Verdacht einer Abhängigkeit besteht.
- Stellen Sie dann erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest.

Phase 3: Hilfen bei der Verhaltensänderung

Ein tragfähiges Netz aufbauen

Die Schwangere hat nun den Entschluss gefasst, an der Reduzierung ihres Alkoholkonsums zu arbeiten. Sie können sie darin unterstützen, indem Sie an möglichst konkreten Beispielen und Situationen neue Wege des Handelns aufzeigen.

Entscheidung dokumentieren

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

Verdeutlichen Sie die Ernsthaftigkeit Ihrer gemeinsamen Bemühungen, indem Sie

- die Entscheidung für die Schwangere erkennbar in ihren Patientenunterlagen dokumentieren;
- noch einmal die Verbindlichkeit der Vereinbarung hervorheben;
- weiterhin Unterstützung anbieten.

Ich möchte ja gerne nichts mehr trinken, aber dann fragt mich doch gleich jeder, ob ich schwanger bin. Ich möchte das aber (noch) nicht erzählen.

Sozialem Druck widerstehen: »Nein« sagen

Vielen Schwangeren fällt es schwer, »Nein« zu sagen, wenn ihnen Alkohol angeboten wird. Besonders schwierig ist es in den ersten Monaten der Schwangerschaft, in denen das Umfeld meist von der Schwangerschaft noch nichts weiß und die Schwangere es auch noch nicht erzählen möchte. Doch auch im weiteren Verlauf kann sich die Frau komisch vorkommen, nicht mitzutrinken.

Daher sollten Sie ihr gute Argumente und Handlungsmöglichkeiten an die Hand geben, um nicht aufgrund sozialen Drucks schwach zu werden.

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

- **ihre Schwangerschaft noch nicht öffentlich machen möchte;**
Erarbeiten Sie zusammen mit ihr mögliche Ausreden, die ihr in diesen Situationen helfen können (ich habe eine Wette verloren, ich muss noch Auto fahren, ich faste gerade Alkohol, ich habe morgen einen anstrengenden Tag usw.)
- **das Gefühl hat, sich auszuschließen und im Abseits zu stehen;**
Machen Sie deutlich, dass es nicht unhöflich ist, ein angebotenes Getränk abzulehnen oder nach einer alkoholfreien Alternative zu fragen.
- **befürchtet, nicht mehr akzeptiert zu werden;**
Versuchen Sie, die Selbstsicherheit zu steigern, sodass es gelingt, die eigenen Interessen und die des Kindes entschlossen und überzeugend zu vertreten.
- **glaubt, für das Nichttrinken eine Erklärung oder Entschuldigung abgeben zu müssen.**
Bestärken Sie die Schwangere, dass sie keine Erklärung abgeben muss. Ein »Nein danke!« reicht als »Begründung« vollkommen aus.



Tipp: »Wie sieht Ihr Partner/Freund/Mann das Thema? Hat sein Trinkverhalten auf Sie einen Einfluss?« Die Rolle des Partners darf in diesem Zusammenhang nicht unterschätzt werden. Trinkt er regelmäßig Alkohol, so kann es für die Schwangere schwer sein, zu widerstehen (Waterson E.J., 1990; Bertling A.A., 1993). Es ist für sie vermutlich eine große Hilfe, wenn auch der Partner seinen Alkoholkonsum reduziert und damit seine Unterstützung signalisiert. Sprechen Sie dieses Thema aktiv an und klären Sie, ob das Trinkverhalten des Partners für die Schwangere ein Problem darstellt.

Erste Anregungen und Argumentationshilfen zum Ablehnen von Alkohol finden Schwangere und ihre Partner in der Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« der BZgA.

Alternativen zum Alkoholkonsum suchen

Trinkgewohnheiten sind oft über einen langen Zeitraum gelernt und in ganz bestimmte Verhaltensabläufe eingebettet, die auch im Gehirn gespeichert sind. Die Umprogrammierung auf ein neues Verhalten ist daher schwierig.

Sie können diese Abläufe zusammen mit der Schwangeren aufdecken und für diese Situationen neue Verhaltenswege suchen, um die alten Gewohnheiten zu ersetzen. Die Handlungsempfehlungen müssen **einfach und konkret** sein, damit in der entsprechenden Situation das neue Verhalten tatsächlich angewendet werden kann. Es empfiehlt sich, mögliche Alternativen in Gedanken oder auch laut mehrfach durchzuspielen und eventuell aufzuschreiben, um eine zunehmende Sicherheit zu bekommen und um Gefühlen von Angst und Unsicherheit nachzugehen.



- »In welchen Situationen fällt es Ihnen schwer, ein angebotenes Getränk abzulehnen?«
- »Warum fällt es Ihnen schwer?«
- »Welche Folgen befürchten Sie?«
- »Was könnte im schlimmsten/im besten Fall passieren?«
- »Was könnte Ihnen in dieser Situation helfen? Z. B. ein bestimmter Satz, das Ultraschallfoto ihres Babys, die Unterstützung des Partners etc.«

Das kann die Schwangere alternativ tun:

Häufig genannte Funktionen des Alkoholkonsums

Mögliche Alternativen

Automatismus

Mit Alkohol verknüpfte Situationen bewusst verändern

Veränderung von Situationen, die »automatisch« mit Alkoholtrinken verknüpft sind, z. B. den Fernseher anzustellen bedeutet automatisch Bier und Chips zu verzehren, ein Kneipenbesuch wird automatisch mit dem Bestellen eines alkoholischen Getränks in Verbindung gebracht usw.

- Wenn möglich: solche Situationen meiden;
- Struktur ändern: z. B. erst alkoholfreies Getränk holen, dann Fernseher einschalten;
- neue Verknüpfung: z. B. Fernseher an bedeutet in der Schwangerschaft Bauchmassage;
- Alternative Tätigkeiten: z. B. statt fernsehen ein Buch lesen, spazieren gehen etc.

Genuss und Geselligkeit

Zubereitung von alkoholfreien Getränken

Alkoholfrei bedeutet nicht langweilig.

- Versuchen Sie z. B., die werdende Mutter für geschmackvolle und fantasievolle – und v. a. alkoholfreie – Cocktails zu begeistern.
- Neues ausprobieren: Gezielt im Getränkemarkt oder in der Bar nach alkoholfreien Getränken (Sirups, Limonaden, Geschmacksrichtungen) suchen, die man noch nicht kennt.
- Absprachen treffen: Vor dem Besuch einer Lokalität mit der Freundin, dem Partner ausmachen, dass beide heute keinen Alkohol trinken.

Fortsetzung auf der nächsten Seite ...

Entspannung

Neue Formen der Entspannung

Evtl. fällt es schwer, auf die entspannende Wirkung von Alkohol zu verzichten. Andere Möglichkeiten für Entspannung könnten sein:

- Lesen: Bücher über Schwangerschaft & Baby, spannende Lektüre, neue Autoren;
- Tee: Kräuter- und Gewürztees können entspannend wirken – und gut schmecken;
- Muskelentspannung/Yoga/Meditation: In Kursen (speziell für Schwangere) oder mit Büchern lassen sich verschiedene Übungen und Techniken erlernen;
- Sport: Bewegung an der frischen Luft oder im Wasser wirkt entspannend auf Körper und Geist.

Verdrängung unangenehmer Gefühle

Neue Wege im Umgang mit unangenehmen Gefühlen

Evtl. sollen mit Alkohol Gefühle wie z. B. Ärger, Versagensängste, Unsicherheit oder Langeweile »weggespült« werden. Ziel ist es, einen konstruktiven Umgang mit den Gefühlen zu lernen.

- Andere Konfliktlösungsstrategien: Kommunikationstraining, Entspannungstechniken, evtl. therapeutische Hilfe (Psychotherapie);
- Bessere (Zeit-)Planung, um Überforderung zu vermeiden;
- Realistische Aufgaben wählen.

Sozialer Druck

Sozialem Druck mit Selbstbewusstsein begegnen

- Trinkt auch der Partner, sollte der Vorschlag gemacht werden, dass doch beide gemeinsam für den Zeitraum der Schwangerschaft aufhören zu trinken.
- In Gesellschaft hilft im Zweifelsfall auch eine kleine Notlüge: Fühle mich nicht gut, bin erkältet, muss morgen früh raus, muss noch Auto fahren.

Schwierige Lebensumstände

Unterstützung organisieren

Belastende Lebensumstände (Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Alleinerziehung, Belastungen durch weitere Kinder) können zum regelmäßigen Alkoholkonsum führen.

- Entlastung organisieren: durch Eltern, Freunde, Bekannte, Kinderbetreuung;
- Unterstützung suchen: soziale Dienste, Familienhebamme, Familiengeburtshelfer, Nachbarschaftshilfe.

Belohnung und positive Verstärkung

Das neue Verhalten wird nur aufrechterhalten, wenn es als positiv empfunden wird. Daher ist jede Unterstützung in Form von positivem Zuspruch, Bestärkung und Belohnung mitentscheidend! Eine Belohnung darf nicht nur angekündigt werden, sondern muss auch tatsächlich erfolgen. Auch Etappenziele und Zwischenschritte sind es wert, belohnt zu werden.

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.

Tipp: Empfehlen Sie, einen kleinen Kalender anzulegen, in dem die Tage angekreuzt werden können. Sich die Erfolge auf diese Weise zu visualisieren kann motivieren. Oder die Schwangere klebt für jeden erfolgreichen Tag/jede erfolgreiche Woche Erfolg-Klebepunkte an eine Schranktür.

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 lässt, 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 mehr!

Andere Belohnungsmöglichkeiten können sein:

- Ausgehen (Café, Kino, Museum, Konzert etc.);
- Zeitschrift, Magazin, Buch kaufen;
- Kleidung, Parfüm, Musik etc. kaufen;
- ein Hobby (wieder) aufnehmen;
- Belohnungen durch Arzt/Ärztin/Hebamme/Geburtshelfer: Eventuell haben Sie auch die Möglichkeit, der Patientin kleine Belohnungen zukommen zu lassen, z.B. Werbegeschenke, Produktproben o.ä.

Unterstützung aus dem Umfeld

Neben Ihrer wertvollen Unterstützung und einer eventuellen weiteren fachlichen Unterstützung durch eine Suchtberatungsstelle oder Familienhebamme ist der Rückhalt durch das soziale Umfeld enorm wichtig.

Dem Partner können Sie für eine schnelle Orientierung den Flyer **»Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner«** aushändigen. Auch die Broschüre **»Andere Umstände – neue Verantwortung«** bietet Informationen und Verhaltensempfehlungen für die Schwangere und ihren Partner.

Die Rolle des Partners

Häufig beeinflussen sich die Partner in ihrem Trinkverhalten wechselseitig, sodass ein Alkoholverzicht für die werdende Mutter möglicherweise leichter zu realisieren ist, wenn sich der Partner rücksichtsvoll verhält (Waterson E.J., 1990; Bertling A.A., 1993). Erfragen Sie, ob die Schwangere einen Partner hat und erkundigen Sie sich ggf. nach dem Trinkverhalten des Partners und welche die Möglichkeiten der Unterstützung durch ihn gegeben sind.

Vielleicht ist der Effekt besser, wenn die Empfehlungen von einem/r »Fachmann/Fachfrau« an den Partner herangetragen werden. Die Unterstützung der Schwangeren für die Gesundheit des Babys und die Vorbildfunktion als Eltern sollten bei einer Beratung im Mittelpunkt stehen. Möglicherweise sind auch hier konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Wenn Sie den Eindruck haben, dass der Partner einen gefährlichen Alkoholkonsum oder eine Abhängigkeit hat, empfehlen Sie auch ihm eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und die Inanspruchnahme von Unterstützung, z. B. durch eine Beratung bei einer suchtherapeutischen Stelle.

Gemeinsame Beratung

Eine gemeinsame Beratung der zukünftigen Eltern zum Trinkverhalten könnte positive Auswirkungen haben. Hierzu eignen sich – unabhängig vom Schwangerschaftsgeschehen – die Angebote der Suchtberatung (Adressen [→ Seite 90](#)).

Familienangehörige, Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte miteinbeziehen

Um weiteren Angeboten von Alkohol zuvorzukommen, kann es sinnvoll sein, die Entscheidung über das geänderte Trinkverhalten im sozialen Umfeld bekannt zu machen. Das bewirkt eine gewisse »Verpflichtung« der Schwangeren, weniger zu trinken. Freunde bzw. Freundinnen können das Verhalten unterstützen. Ist das nicht der Fall, kann der Kontakt zu diesen Personen (vorübergehend) reduziert werden.

Schritt für Schritt zum Ziel

Manche Frauen könnten überfordert sein, wenn sie kurzfristig ihren Alkoholkonsum komplett einstellen sollen. Daher sind Zwischenschritte sinnvoll. Werden diese konsequent und erfolgreich bewältigt, sind die Erfolgsaussichten groß. Dennoch sind – einfühlsam und ohne Druck auszuüben – folgende Positionen klarzustellen:

- Das Ziel ist eine möglichst schnelle Reduzierung des Alkoholkonsums.
- Ausreden gelten nicht. Wenn die bisher erarbeiteten Mittel (z. B. Handlungsoptionen) nicht ausreichen, arbeiten Sie erneut an diesen Themen. Halten Sie dann an der Umsetzung fest.
- Zeigen Sie Verständnis für die Schwangere, aber vermeiden Sie den Eindruck, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft akzeptabel ist.
- Wenn die bisherigen Angebote nicht erfolgreich sind, weisen Sie auf ergänzende Hilfeangebote (z. B. Suchtberatungsstelle, Schwangerschaftskonfliktberatung, Familienhebammen, Informationstelefon der BZgA; Informationen auf [→ Seite 86](#)) hin. Erkundigen Sie sich bei Folgeterminen nach dem Beratungsverlauf und der Beratungszufriedenheit.



Bei Alkoholabhängigkeit kein kompletter Alkoholverzicht

Für Alkoholabhängige Frauen kann der kurzfristige, komplette Alkoholverzicht unter Umständen nicht empfohlen werden, da Entzugsserscheinungen auftreten können. In einem solchen Fall sollte die Schwangere unbedingt weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen. Die Reduktion kann dann im Rahmen einer Entwöhnung in einer Klinik erfolgen.

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.



JA, die Reduzierung des Alkoholkonsums schreitet voran bzw. der Verzicht wird praktiziert.

Weiter mit Phase 4
»Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung«



NEIN, die Reduzierung klappt nicht wie gedacht.

Wiederbeginn in Phase 1
»Erkennen der Gesprächsbereitschaft«

Phase 4: Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung

Begleitend zur Seite stehen

»Ich habe es wirklich versucht, aber in den letzten Wochen hatten wir so viele Einladungen, dass ich mir komisch vorkam immer »Nein« zu sagen. Deshalb bin ich schwach geworden und habe ein Glas Wein getrunken. Jetzt habe ich Angst, dass meinem Baby etwas passiert ist.«

Während der Schwangerschaftsvorsorge sind Sie in regelmäßigem Kontakt mit der werdenden Mutter. Im Rahmen dieser Termine bietet es sich an, das Ergebnis der Bemühungen zum Alkoholverzicht zu besprechen.



Mögliche Frage als Arzt/Ärztin/Hebamme/Geburtshelfer:

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



Antwort:
»JA!«

- Würdigen Sie den Erfolg, »belohnen« Sie die Patientin und stellen Sie die positiven gesundheitlichen Effekte heraus.
- Fragen Sie bei den Nachfolgeterminen, ob sich die Einstellung zum Alkoholverzicht geändert hat.



Antwort:
»NEIN!«

- Versuchen Sie, Gefühle persönlichen Versagens zu erkennen und zu verringern (s. u.).
- Würdigen Sie Teilerfolge.
- Erklären Sie, dass die Verhaltensänderung ein Lernprozess ist, der evtl. mehrfach durchlaufen werden muss. Ein Rückschritt kann die Grundlage für einen erfolgreichen nächsten Schritt sein.
- Sichern Sie weitere Unterstützung zu. Bringen Sie Geduld und Verständnis auf und versuchen Sie sich in die Schwangere einzufühlen.
- Motivieren Sie die Schwangere zu einem weiteren Versuch. Orientieren Sie Ihr Handeln an der Bereitschaft zur Verhaltensänderung:
 - »Sind Sie noch von der Wichtigkeit und Richtigkeit eines Alkoholverzichts überzeugt?«
(→ Phase 2 »Motivation zur Verhaltensänderung«)
 - besprechen Sie die kritischen Situationen und erarbeiten Sie ggf. neue Handlungsalternativen
(→ Phase 3 »Hilfen bei der Verhaltensänderung«).



Schwierigkeiten beim Alkoholverzicht ergeben sich durch vielfältige Umstände. Eine detaillierte Auflistung finden Sie auf [→Seite 79](#). Mit konkreten Fragen können Sie den Prozess erneut aufgreifen:

- »In welchen Situationen konnten Sie das Alkoholtrinken nicht vermeiden?«
- »In welchen Situationen konnten Sie auf Alkohol verzichten?«

Sofern die Schwangere den Alkoholverzicht nicht durchgehalten hat und weiterhin unsicher ist oder die Änderungsbereitschaft nicht ausreichend hoch ist, ist zu überlegen, ob zusätzlicher Beratungsbedarf durch andere Einrichtungen des Gesundheitswesens besteht. Informieren Sie sich und die Schwangere gegebenenfalls über suchtspezifische Hilfeangebote (Adressen [→Seite 90](#)).

Häufig gestellte Fragen

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

»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 der Alkohol dem Ungeborenen schadet. Vor allem weiß man nicht, ob Alkohol an einem Tag schwerere oder weniger schwere Folgen hat als am Tag davor oder danach. 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. Falls Sie Ihren Alkoholkonsum nicht direkt einstellen können, sollten Sie unter keinen Umständen 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 am besten ganz entfallen. 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?«

»Ganz zu Beginn einer Schwangerschaft – also in den ersten 14 Tagen nach der Befruchtung – verfährt die Natur nach dem ›Alles-oder-nichts-Prinzip‹. Das bedeutet, dass sich eine im frühen Stadium schwer geschädigte Eizelle nicht weiter teilt und sich nicht in der Gebärmutter einnistet. Eine Schwangerschaft kommt also gar nicht erst zustande.

Hat sich die Eizelle aber in der Gebärmutter eingenistet und besteht eine Schwangerschaft, so ist die Gefahr einer Schädigung 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.

Das ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Aber Ziel muss es sein, ganz zu verzichten, da es keine Menge gibt, unter der Alkoholkonsum für das Baby gefahrlos möglich ist.«

»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 also viel länger alkoholisiert.«

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

»Das ist so 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 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 ganz auf alkoholhaltige Getränke zu verzichten. Wenn Sie doch mal ausnahmsweise ein Glas trinken wollen, sollten Sie beachten, dass Ihr Körper etwa 2 Stunden für jedes kleine Getränk braucht, bis der Alkohol vollständig in Ihrem Körper abgebaut ist. – Erst danach stillen Sie Ihr Kind wieder mit alkoholfreier Milch.«

Vertiefende medizinische Grundlagen

FASD: Definition und Symptombild

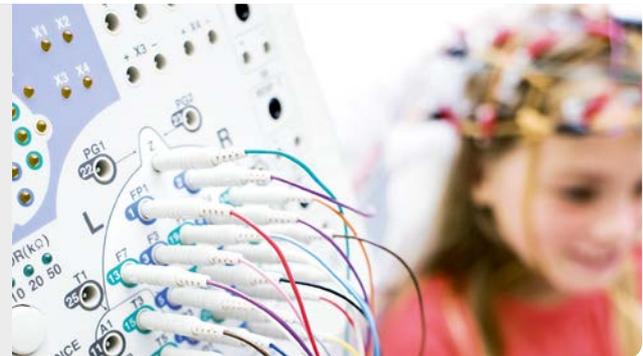
Schädigungen, die durch intrauterine Alkoholexposition hervorgerufen werden, werden unter dem Oberbegriff Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders) zusammengefasst. Zu den Fetalen Alkoholspektrum-Störungen gehören das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS – partial Fetal Alcohol Syndrome), die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND – Alcohol Related Neurodevelopmental disorder), die alkoholbedingten Geburtsdefekte (ARBD – Alcohol Related Birth Defects) und das Vollbild Fetales Alkoholsyndrom (FAS – Fetal Alcohol Syndrome).



Wussten Sie ...

..., dass im Durchschnitt eins von 21 bis 25 Kindern von der Fetalen Alkoholspektrum-Störung FASD betroffen ist?

FASD ist damit eine der häufigsten Erkrankungen, ohne bisher als solche erkannt und berücksichtigt worden zu sein!



Partielles Fetales Alkoholsyndrom – pFAS

Kinder mit der Diagnose pFAS waren während der Schwangerschaft Alkohol ausgesetzt, zeigen aber keine Wachstumsverzögerung oder alle fazialen Merkmale. Die Beeinträchtigungen des ZNS entsprechen denen beim Vollbild FAS.

Alkoholbedingte Geburtsdefekte – ARBD

Der Begriff Alcohol Related Birth Defects (ARBD; frühere Bezeichnung: Possible Fetal Alcohol Effects [PFAE]) sollte die Begriffe FAE und PFAE ersetzen. Da sich die resultierenden Geburtsabnormalien nicht in das Bild des FAS fügen lassen und sich nicht sicher auf den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zurückführen lassen, wird ARBD heute selten verwendet.

Alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung – ARND

Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND) beschreibt ein Krankheitsbild, das den Begriff Fetale Alkohol-Effekte (FAE) ersetzen soll. Der Fokus der Krankheit liegt auf den Schäden des zentralen Nervensystems und nicht auf Wachstumsverzögerungen und fazialen Merkmalen. Das Ergebnis der Hirnschädigung ist eine statische Enzephalopathie; die sich daraus ergebenden Verhaltensauffälligkeiten sind jedoch nicht nur für eine Schädigung durch Alkohol in der Schwangerschaft typisch, sondern können auch in anderem Zusammenhang auftreten. Daher muss die Bezeichnung im Kontext mit gesicherter pränataler Alkoholexposition verwendet werden. ARND könnte die Begriffe FAE und ARBD ersetzen, um FASD-Ausprägungen mit ZNS-, Verhaltens- oder kognitiven Auffälligkeiten zu beschreiben, welche sich auf pränatale Alkoholexposition zurückführen lassen.

FAS: Definition und Symptombild

Mütterlicher Alkoholkonsum während der Schwangerschaft führt häufig zu Schäden beim ungeborenen Kind. Intrauterine Alkoholexposition kann Auffälligkeiten des Wachstums, cranio-faziale, cardiale, renale, ossäre und okuläre Malformationen, Störungen der Entwicklung, der Kognition und des Verhaltens sowie Einschränkungen in Teilleistungen und somit globale Einschränkungen im Alltag bewirken. Der Alkoholkonsum in der Schwangerschaft verursacht eine statische Enzephalopathie (S3-Leitlinie, AWMF-Registernr.: 022-025).

Für Deutschland liegen keine exakten Zahlen vor; für Europa gibt die Leitlinienkommission eine Prävalenz des FAS von 0,2 bis 8,2 pro 1000 Geburten an. Das Vollbild des Fetalen Alkoholsyndroms tritt nach Expertenschätzung nur bei ca. 10% aller Kinder mit pränatalen Alkohol-Folgeschäden auf. Die übrigen 90% fallen unter andere, weniger symptomatische Fetale Alkoholspektrum-Störungen (FASD).

S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms

Mit der im Dezember 2012 verabschiedeten S3-Leitlinie zur Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms wird diesem häufigen Krankheitsbild erstmals Rechnung getragen.



Die Diagnose Fetales Alkoholsyndrom (FAS) (nach S3-Leitlinie) wird gestellt, wenn

- **mindestens eine Wachstumsauffälligkeit vorliegt:**
 1. Geburts- oder Körpergewicht ≤ 10 . Perzentile ODER
 2. Geburts- oder Körperlänge ≤ 10 . Perzentile ODER
 3. Body-Mass-Index ≤ 10 . Perzentile (Werte werden adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt, nach Ausschluss anderer Ursachen einer Wachstumsverzögerung)
- **alle drei für FAS typischen fazialen Auffälligkeiten vorliegen:**
 1. Kurze Lidspalten (≤ 3 . Perzentile) UND
 2. Verstrichenes Philtrum (Rang 4 oder 5 Lip-Philtrum-Guide) UND
 3. Schmale Oberlippe (Rang 4 oder 5 Lip-Philtrum-Guide)
- **mindestens eine ZNS-Auffälligkeit vorliegt:**
 1. Mikrozephalie (adaptiert an Gestationsalter, Alter, Geschlecht, dokumentiert zu einem beliebigen Zeitpunkt) ODER
 2. Globale Intelligenzminderung ≤ 2 Standardabweichungen bzw. globale Entwicklungsverzögerung bei Kindern ≤ 2 Jahre ODER
 3. Leistung ≤ 2 Standardabweichungen entweder in mindestens 3 Bereichen oder in mindestens 2 Bereichen und Epilepsie:
Sprache, Feinmotorik, räumlich-visuelle Wahrnehmung oder räumlich-konstruktive Fähigkeiten, exekutive Funktionen, Rechenfertigkeiten, Lern- oder Merkfähigkeiten, Aufmerksamkeit, soziale Fertigkeiten oder Verhalten
- **die intrauterine Alkoholexposition bestätigt oder unbestätigt ist.**

Auffälligkeiten in nur einer diagnostischen Säule sind nicht ausreichend für die Diagnose des Vollbildes FAS. Dennoch können diese Veränderungen auf andere Alkoholspektrum-Syndrome hinweisen. Doch bei der Diagnosestellung muss auch an Differentialdiagnosen gedacht werden, die mit Wachstumsstörungen, fazialen Auffälligkeiten und ZNS-Auffälligkeiten einhergehen.

Die Leitliniengruppe betont, dass alle professionellen Helfer einschließlich Hebammen, Geburtshelfer, klinisch tätiger oder niedergelassener Ärztinnen und Ärzte der Gynäkologie u. v. a. hinsichtlich der klinischen Auffälligkeiten eines FAS sensibilisiert und dazu ermutigt werden sollen, ihren Verdacht auszusprechen und die notwendige Diagnostik in die Wege zu leiten. Laut statistischen Schätzungen über die Prävalenz des FAS aus USA, Kanada und Europa bekommen viel zu wenige Kinder mit FAS in Deutschland tatsächlich auch die Diagnose FAS. Das Erhalten der Diagnose FAS ist jedoch unabdingbar für eine adäquate Förderung, Beschulung, Ausbildung und Unterbringung des Kindes oder des/der Jugendlichen mit FAS sowie zur Reduktion von Sekundärerkrankungen. Außerdem kann erst durch die richtige Diagnose eine individuelle Unterstützung und Entlastung der betroffenen Familie erreicht werden.

Weitere Entwicklungen

FAEE-Test: Die Bestimmung von Fettsäure-Äthyl-Ester (FAEE) im Mekonium oder aus dem Haar von Mutter und Kind hat gezeigt, dass intrauterine Alkoholexposition nachgewiesen werden kann. Dadurch kann die Erkennung von FAS und FASD frühzeitig erfolgen. Beide Verfahren bedürfen noch weiterer Standardisierung und Evaluation. Zelner et al. (2012) zeigten zudem, dass bei freiwilliger Analyse des Mekoniums die Teilnehmerate und die Rate an FAS-Diagnosen deutlich geringer lagen als bei anonymer Analyse der Mekoniumproben. Angst vor Stigmatisierung könnte hierfür verantwortlich sein und die Effektivität eines solchen Screeningprogramms verringern.

Pathophysiologische Folgen für das Ungeborene

Alkohol gelangt ungehindert über die Plazenta zum Embryo und zum Fetus 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 Fetus 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);
- eine 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 Suchtrisiko bahnen. Es wird von 20% bis 40% späterer Alkoholabhängigkeit berichtet (Löser, 1995; Streissguth, 1997).

**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 antioxidativer Prozesse (Onkogenese, Infekthäufigkeit)**Vitamin E:** Hepatopathien**Mineralstoffwechsel:****Zink:** Störung des Zinkstoffwechsels mit möglichen Fehlbildungen durch den Zinkmangel (Feuerlein et al., 2007; Löser, 2000).**Magnesium/Calcium:** 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 Zölom und den Dottersack diffundiert. Alkohol und Acetaldehyd erreichen den Trophoblasten 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, also bis zum Ende der 8. Schwangerschaftswoche, 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- bis 4-Fache mehr als akutes fetales Toxin (Briggs et al., 2001).

In allen Phasen der Entwicklung kann Alkohol in die Gehirnentwicklung eingreifen (Löser, 1995):

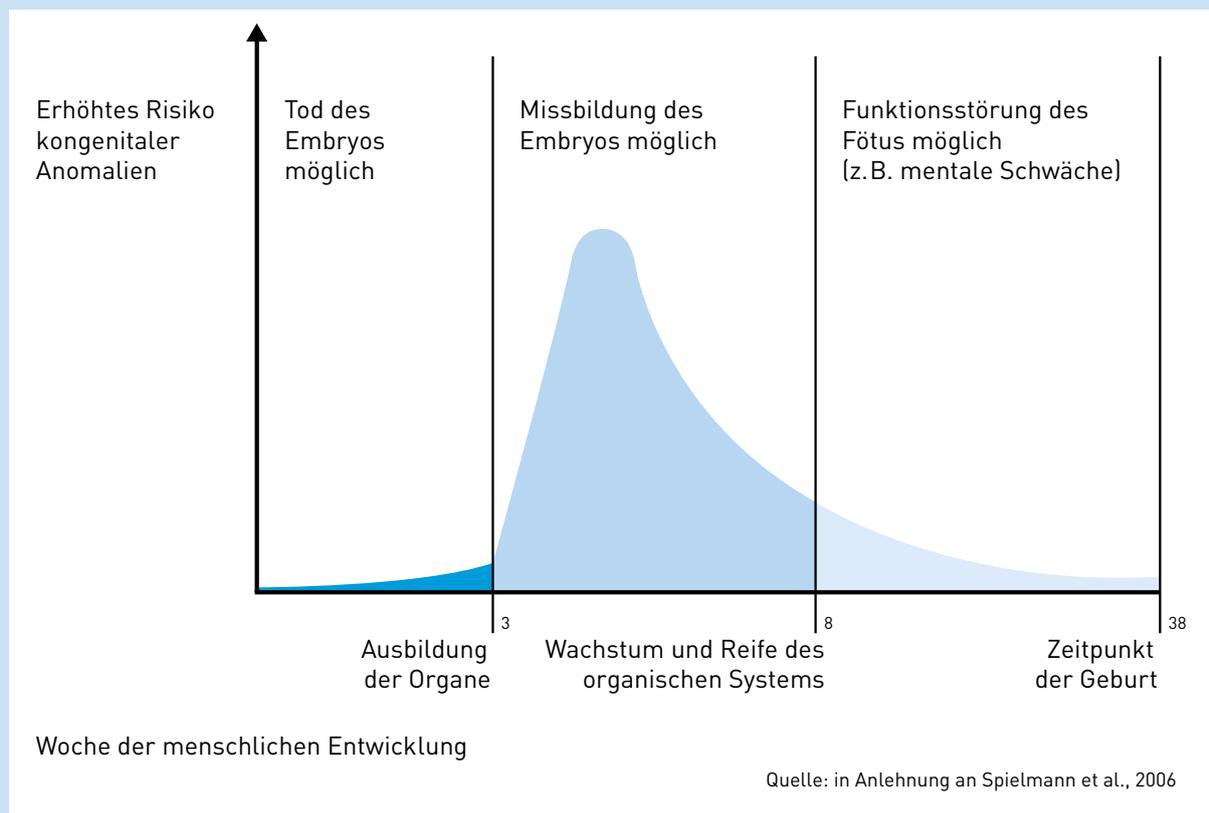
1. Proliferation bis 22. SSW
2. Migration 8. bis 27. SSW
3. Differenzierung 15. SSW bis 4. Lebensjahr
4. Synaptogenese 18. SSW
5. Myelinbildung 14. SSW bis zirka 12. bis 15. Lebensjahr

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.

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) oder sogar lebenslang (Landgraf M. & Heinen F., 2012).

Verlauf des Risikos für Schädigungen in den Entwicklungsphasen



(K)ein toxischer Schwellenwert

Die Auswirkungen des Alkohols in der Schwangerschaft werden beeinflusst durch:

- Genetische Faktoren der Mutter
- Alkoholstoffwechsel der Mutter
- Entwicklungsstadium des Embryos/Feten (siehe Abbildung [→ Seite 59](#))
- Dosis-Wirkungs-Beziehungen (mit steigender Dosis des toxischen Faktors nimmt die Störung von »nicht-toxisch« bis »embryo-letal« zu)

Alle fetalen Alkoholeffekte ausgenommen des Vollbildes FAS zeigen ein unspezifisches Bild der Entwicklungsstörung und sind nur durch aufwendige Entwicklungstests zu diagnostizieren.

Verlässlichkeit der anamnestischen Angaben zum Alkoholkonsum ist nicht immer/meist nicht gegeben; Validität der genannten Konsumhöhen ist problematisch.

Begleitende Auswirkungen von möglichen Kofaktoren wie Nikotin und Drogen, Medikamenten, Mangelernährung, Sozialstatus.

Es ist keine exakte Prognose möglich, bei welcher Menge konsumierten Alkohols mit welcher Schädigung zu rechnen ist. In der S3-Leitlinie werden Risikofaktoren gelistet, welche zur Ausprägung von FAS führen (hoher und chronischer Alkoholkonsum, Alkoholkonsum im 1. und 2. Trimenon bzw. während der gesamten Schwangerschaft, zusätzlicher Konsum von Amphetaminen oder multiplen Drogen, mütterliche Unterernährung, Alter über 30 Jahre, Stress, genetischer Hintergrund u. a.).

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.

Alkoholkonsum in der Stillzeit

Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung hat Empfehlungen ausgesprochen, wie während der Stillzeit mit dem Konsum von Alkohol umgegangen werden soll.

Wissenschaftlich sind die gesundheitlichen Risiken von Alkoholkonsum während der Stillzeit nicht ausreichend untersucht. Es ist jedoch bekannt, dass ein Teil des Alkohols, den die Mutter trinkt, über das Blut in die Muttermilch übergeht. Bei Säuglingen kann es nach Alkoholexposition durch die Muttermilch zu einem veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus kommen. Zudem verändert sich der Geruch der Muttermilch nach Konsum von alkoholischen Getränken und sogar alkoholfreiem Bier (Mennella, 1993). Über die kurz- und langfristigen Folgen für die kindliche Gesundheit und Entwicklung kann keine Aussage getroffen werden. Es wird jedoch darüber diskutiert, dass sich der Säugling an den Geschmack gewöhnen kann und dass dadurch eine erhöhte Gefahr für missbräuchlichen Alkoholkonsum im späteren Leben besteht.

Die Nationale Stillkommission empfiehlt daher folgendes Vorgehen:

1. In welcher Zeit und in welchen Mengen geht Alkohol in die Muttermilch über?

Stillende Frauen sollten wissen, dass ein Teil des Alkohols, den sie mit einem alkoholischen Getränk aufnehmen, über ihr Blut in die Muttermilch übergeht. Die Alkoholkonzentrationen im Blut und in der Milch steigen annähernd parallel und erreichen nach etwa 30 Minuten ein Konzentrationsmaximum. Mit dem Abfall des Blutalkoholspiegels sinkt auch die Konzentration in der Milch.

2. Einfluss von Alkohol auf die Milchbildung und Stillprobleme

Selbst in geringen Mengen beeinflusst der Konsum von alkoholischen Getränken die Ausschüttung mütterlicher Hormone, die die Milchbildung in der Brust bewirken. So kann es nach dem Trinken von Alkohol zu einer spürbaren Verringerung der Milchmenge kommen. Dies wiederum kann einer der Gründe dafür sein, dass stillende Mütter, die mehrmals pro Woche Alkohol trinken, häufiger über Stillprobleme (vor allem wunde Brustwarzen, zu wenig Milch und Milchstau) berichten, als diejenigen, die keinen Alkohol trinken.

3. Einflüsse auf das Kind

Bei Säuglingen kann es nach Alkoholexposition durch die Muttermilch zu einem veränderten Schlafverhalten kommen (kürzere Schlafphasen, leichter Schlaf). Darüber hinaus lassen sich auf der Basis der vorhandenen wissenschaftlichen Daten keine zuverlässigen Aussagen darüber treffen, wie sich mütterlicher Alkoholkonsum in der Stillzeit kurz- und langfristig auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung auswirkt.

4. Fazit

Für die Gesundheit von Mutter und Kind ist es am sichersten, in der Stillzeit auf den Konsum von alkoholischen Getränken zu verzichten. Dies gilt insbesondere für die Zeit, in der das Baby ausschließlich gestillt wird.



Empfehlung für Ihre Patientinnen OHNE problematischen Alkoholkonsum:

Sofern Sie in der Stillzeit doch ausnahmsweise ein Glas Wein, Sekt oder Ähnliches trinken, sollten Sie Folgendes beachten:

Stillen Sie Ihr Kind, bevor Sie Alkohol trinken, sodass der Abstand zur nächsten Stillmahlzeit ausreichend lang ist. Wenn Sie bemerken, dass Ihr Baby keinen gleichmäßigen Stillrhythmus hat, d. h. häufig nach kurzen Intervallen kleine Milchmengen trinkt, verzichten Sie aus Vorsorgegründen vollständig auf Alkohol.

Planen Sie nach dem Konsum eines alkoholischen Getränks mindestens 1 bis 2 Stunden zeitlichen Abstand bis zum nächsten Stillen

ein, damit der Alkohol in Ihrem Blut und in der Milch größtenteils abgebaut ist.

Wenn Sie noch ausschließlich stillen, sollten Sie keine Stillpausen über mehrere Stunden machen, weil eine lange Pause bis zum nächsten Stillen unter Umständen die Entstehung von Stillproblemen fördert.

Wenn Sie Ihr Kind mit in Ihr Elternbett nehmen wollen, sollten Sie und Ihr Partner vorher keinen Alkohol trinken. Denn Alkohol setzt Ihr Reaktionsvermögen herab, oder Sie schlafen unter Alkoholeinfluss tiefer, sodass Sie möglicherweise nicht adäquat auf kindliche Signale reagieren können.

Schwegeler et al. (2012) haben eine ausführliche Risikobewertung zum Alkoholkonsum in der Stillzeit unter besonderer Berücksichtigung der Stillförderung herausgegeben. Details finden Sie in der Literaturliste [→Seite 92](#).



Weitere Informationen zum Thema Stillen und Alkohol bietet die Nationale Stillkommission unter www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html.

Alkohol – Eigenschaften und Wirkungen im Körper

Alkohol (Äthanol) ist eine farblose Flüssigkeit mit einer im Vergleich zu Wasser um ca. 20 Prozent geringeren Dichte und geringerem Molekulargewicht. Alkohol ist sowohl wasser- als auch fettlöslich. Aufgrund dieser Eigenschaften gelangt Alkohol schnell durch Körpermembrane in verschiedene Organe und Gewebe. Nach dem Trinken eines alkoholischen Getränks wird der Alkohol überwiegend durch Diffusion aus dem Duodenum und Jejunum absorbiert. Weniger als zehn Prozent der Absorption erfolgt aus dem Magen.

Alkohol wirkt sedierend auf das zentrale Nervensystem. Es verlangsamt die Prozesse in den höheren Gehirnzentren, was zu den typischen Symptomen nach Alkoholkonsum (Betrunkenheit) führt: Gleichgewichts- und Sprachstörungen (Torkeln, Lallen), Konzentrationsstörungen, Orientierungsstörungen.

Die konkrete Wirkung des Alkohols basiert, ähnlich wie Barbiturate und Benzodiazepine, auf der hemmenden Wirkung des Neurotransmitters GABA, die über die Aktivierung von GABA-A-Rezeptoren ausgelöst wird. Diese Rezeptorwirkung führt zur Anxiolyse und vermindert Spannungszustände. Bei chronischem Alkoholkonsum entwickelt sich eine Toleranz gegenüber der sedierenden Wirkung des Alkohols.

Der Abbau des Alkohols erfolgt zu 90 Prozent in der Leber. Die übrigen zehn Prozent werden über den Atem, Schweiß und Urin ausgeschieden. Die Abnahme der Blutalkoholkonzentration beträgt bei Männern durchschnittlich ca. 0,15 Promille pro Stunde und bei Frauen ca. 0,13 Promille pro Stunde.

Pathophysiologische Folgen des Alkoholkonsums

Welche Folgen der sogenannte »risikoarme Konsum« (Männer zwischen ≤ 24 g pro Tag, Frauen ≤ 12 g pro Tag) hat, ist unter Wissenschaftlern noch immer umstritten. Viele Studien weisen auf eine positive Wirkung von regelmäßiger Aufnahme geringer Mengen Alkohols hin, doch es gibt auch Untersuchungen, die eine Steigerung von Risiken für bestimmte Erkrankungen (z. B. Brustkrebs, Seitz, H., 2012) belegen. Daher kann auch zum regelmäßigen Konsum des täglichen Glases Rotweins (o. Ä.) nicht bedenkenlos geraten werden.

Bei riskantem Konsum (Männer > 24 g bis ≤ 60 g pro Tag, Frauen > 12 g bis ≤ 40 g pro Tag), gefährlichem Konsum (Männer > 60 g bis ≤ 120 g pro Tag, Frauen > 40 g bis ≤ 80 g pro Tag) oder Hochkonsum (Alkoholabhängigkeit) (Männer > 120 g pro Tag, Frauen > 80 g pro Tag) werden hingegen zahlreiche Systeme des Körpers z. T. dauerhaft geschädigt. Folgend sind einige Beispiele gelistet:

- **Psychiatrische Aspekte:**

Alkohol verändert alle Funktionen der zerebralen Regelkreise und führt dadurch zu verschiedenen psychopathologischen Syndromen und Störungsbildern. Zudem entsteht eine Abhängigkeit mit Entzugssymptomatik.

Bei Frauen können sieben Prozent der neuropsychiatrischen Erkrankungen, bei Männern 30 Prozent auf Alkohol zurückgeführt werden (DHS, Suchtmedizinische Reihe »Alkoholabhängigkeit«, 2013).

- **Erkrankungen des Verdauungstraktes und der Leber:**

Alkohol hat direkte Auswirkungen auf die Organe des Verdauungstraktes. Assoziierte Krankheiten sind u. a. die akute und chronische Gastritis, die Refluxerkrankung, Resorptionsstörungen und Erkrankungen des Pankreas. Die Leber ist vom chronischen Alkoholkonsum besonders betroffen. Folgen sind Fettleber, Alkoholhepatitis und andere Lebererkrankungen. Von den alkoholischen Leberzirrhosen werden 78 Prozent der Erkrankungen bei den Frauen und 85 Prozent bei den Männern durch Alkoholkonsum verursacht.

- **Erkrankungen des Herzens:**

Alkohol hat eine direkt negativ inotrope Wirkung auf die Herzmuskelzellen (Kardiomyozyten) und zahlreiche weitere Wirkungen. Sind die Effekte beim seltenen Konsum noch reversibel, treten bei chronischem Gebrauch irreversible Veränderungen auf, wie z. B. Herzrhythmusstörungen, Kardiomyopathien, koronare Herzerkrankung und arterieller Hypertonus. Ab einem riskanten Konsum (30 bis 40 g pro Tag) steigt auch das Risiko für einen Schlaganfall.

Zwei bis drei Prozent der kardiovaskulären Erkrankungen können ausschließlich auf die Wirkung von Alkohol zurückgeführt werden.

- **Bösartige Tumore:**

Karzinome der Mundhöhle, des Rachens und Kehlkopfes, des Ösophagus, des Magens, des Pankreas, des Colons und der Brust können entstehen. Mindestens acht bis neun Prozent der Krebserkrankungen gehen auf Alkoholkonsum zurück.

- **Endokrinologische Störungen:**

Chronischer Alkoholkonsum führt zu Störungen der Schilddrüse, des Mineral- und Elektrolytstoffwechsels und der Hormonproduktion (Dopamin, Prolaktin, Östrogen u. a.).

- **Störungen der Potenz:**

Bereits ein Alkoholspiegel von 0,4 bis 0,5 Promille verringert die Potenz. Die Folgen – besonders bei chronischem Alkoholkonsum – sind Erektions- und Orgasmusstörungen bis hin zur Impotenz (bei Männern).

Umfassende Informationen zur Wirkweise von Alkohol und den damit assoziierten Krankheitsbildern sowie zur Alkoholabhängigkeit finden Sie in der Broschüre »Alkoholabhängigkeit«, Suchtmedizinische Reihe Band 1 (DHS, 2013).

Diagnostik des Alkoholmissbrauchs und der Alkoholabhängigkeit

Nach der derzeit gültigen Form der ICD (ICD-10) wird zwischen schädlichem Gebrauch (F10.1) und dem Abhängigkeitssyndrom (F10.2) unterschieden. Die aktuelle S3-Leitlinie »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen« (AWMF-Register Nr. 076-001) beschäftigt sich intensiv mit dieser Fragestellung. Ab Seite 250 der Leitlinie wird gesondert auf Alkoholkonsum bei schwangeren Frauen eingegangen. Studiendaten zeigen u. a., dass gerade bei geringem und mittlerem Risiko aufgrund von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft auch (wiederholte) Kurzinterventionen gute Erfolge bringen können. Weitere Daten zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Maßnahmen und Hausbesuchen werden vorgestellt.

Anamnese

Bei der Anamnese muss möglichst genau erfasst werden, wie viel, seit wann, mit welchem Trinkmuster (in abhängiger, schädlicher oder moderater Weise) und mit welchen Folgen Alkohol konsumiert wurde.

Positive Angaben zu den VÄSE-Fragen sind ein Indikator für missbräuchlichen Alkoholgebrauch!

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

VÄSE steht für

- V**erringern des Alkoholkonsums?
- Ä**rger über Kritik am Trinkverhalten?
- S**chuldgefühle?
- E**rstes Trinken am Morgen?



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

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

Leitfragen für Beratungsgespräch:

- »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?«

Leitfragen für Beratungsgespräch:

- »Wie sind Sie mit der Kritik umgegangen?«

»Haben Sie sich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholkonsums?«

Leitfragen für Beratungsgespräch:

- »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?«

Leitfragen für Beratungsgespräch:

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

Schädlicher Alkoholgebrauch oder Alkoholmissbrauch (F10.1)

Die Diagnose Alkoholmissbrauch wird gestellt, wenn noch kein Abhängigkeitssyndrom vorliegt oder jemals vorlag, aber für die Betroffene/den Betroffenen körperliche (z. B. Unfall) oder psychische Schäden (z. B. eine depressive Episode nach massivem Alkoholkonsum) durch den Alkoholkonsum entstanden sind. Das schädliche Gebrauchsmuster muss seit mindestens einem Monat bestehen oder über ein Jahr hinweg mehrfach aufgetreten sein.

Diagnostische Leitlinien:

- Die Diagnose erfordert eine tatsächliche Schädigung (psychisch oder physisch).
- Eine akute Intoxikation ist noch kein Beweis für einen »Gesundheitsschaden«.
- Schädlicher Gebrauch ist bei einem Abhängigkeitssyndrom, einer psychotischen Störung oder bei anderen spezifischen alkohol- oder substanzbedingten Störungen nicht zu diagnostizieren.

Abhängigkeitssyndrom (F10.2)

Beim Abhängigkeitssyndrom handelt es sich um eine Gruppe körperlicher, Verhaltens- und kognitiver Phänomene, bei denen der Konsum des Alkohols für die betroffene 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.

Die Diagnose Abhängigkeitssyndrom wird gestellt, wenn mindestens drei der sechs Diagnosekriterien in den letzten zwölf Monaten gleichzeitig vorhanden waren.

Diagnosekriterien:

- 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 Nachweis eindeutig schädlicher Folgen

Laborparameter

- Bei chronischem Alkoholkonsum ist die Bestimmung der Gamma-GT (Hinweis auf Bildung einer Fettleber) ein empfindlicher, aber unspezifischer Parameter für den Schweregrad der mütterlichen Alkoholerkrankung (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 werden, um Organfehlbildungen zu erkennen.
- Weiterhin können die intrauterine Retardierung und die Mikrozephalie sonografisch 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 3-D-Sonografie gelingen wird, eine faziale Dysmorphologie zu diagnostizieren, bleibt abzuwarten.

Amniozentese

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

Postpartale Diagnostik beim Kind

Weiterführende Informationen zur Diagnostik von FAS und FASD finden Sie in den Abschnitten »FASD: Definition und Symptombild« [→ ab Seite 52](#) und »FAS: Definition und Symptombild« [→ ab Seite 53](#).

Das Beratungsgespräch und die motivierende Gesprächsführung

Beide Modelle, das Modell der Verhaltensänderung und die motivierende Gesprächsführung, haben sich in der Praxis bei der Veränderung unterschiedlichen Gesundheitsverhaltens (z. B. Body-Mass-Index, Blut-Cholesterolverwerte, systolischer Blutdruck, Alkoholkonsum; Rubak, S. et al., 2005) bewährt. Die Kombination beider Konzepte bildet die Grundlage für ein erfolgreiches Beratungsgespräch. Der Erfolg wird dadurch erreicht, dass die einzelnen Beratungsschritte bei der persönlichen und individuellen Situation der Schwangeren ansetzen und auf ihre Kenntnisse, Motive und Handlungsmöglichkeiten adaptiert werden.

Im Folgenden möchten wir Ihnen unterstützende Informationen an die Hand geben, um Ihr bestehendes Wissen aufzufrischen, zu vertiefen oder die Methode der motivierenden Gesprächsführung im Kontext Alkoholkonsum in der Schwangerschaft besser kennenzulernen.

Das Modell der Verhaltensänderung

Das Modell der Verhaltensänderung, auch als transtheoretisches Modell (TTM) bezeichnet, das maßgeblich von Prochaska, Norcross und DiClemente (Prochaska et al., 1994) entwickelt wurde, bietet die Möglichkeit, intentionale Verhaltensänderungen zu beschreiben, zu erklären, vorherzusagen und zu beeinflussen. Demnach verlaufen Änderungsprozesse in mehreren, sukzessive aufeinanderfolgenden Stufen, den »Stages of Change«.

Die einzelnen Stadien der Veränderung bauen aufeinander auf und verlaufen von einem Stadium der »Absichtslosigkeit« bis zu einem Stadium der »Aufrechterhaltung« der Verhaltensänderung.

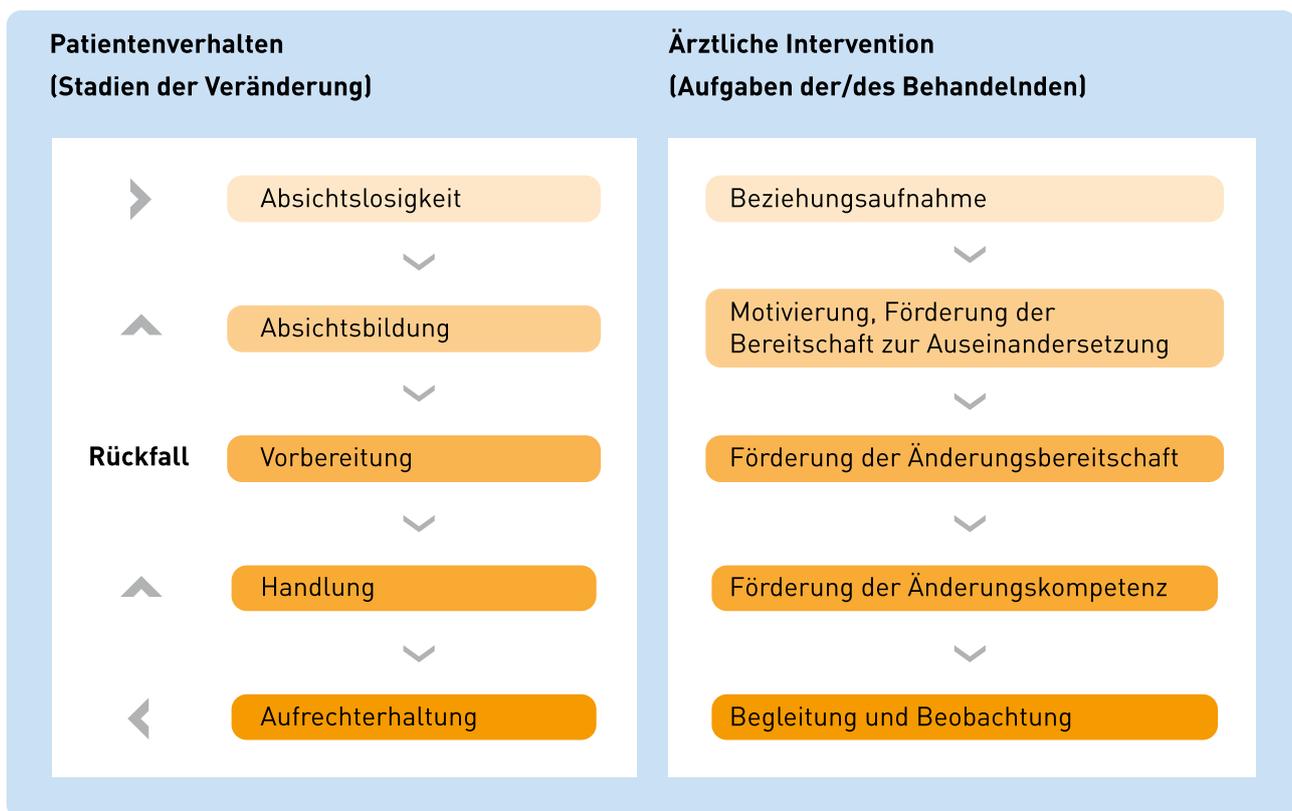
Eine Verhaltensänderung gelingt oft nicht im ersten Anlauf. Rückfälle sind typisch, bieten aber die Chance auf einen folgenden, erfolgreichen Versuch.

Verhaltensänderungen verlaufen nicht immer linear; ein kreisförmiger Verlauf ist möglich. Erlernte Verhaltensmuster und -programme können nicht einfach verändert oder abgelegt werden. Sie müssen vielmehr durch die bewusste Aneignung neuer Verhaltensweisen ersetzt werden. Häufig gelingt dies erst nach dem mehrmaligen Durchlaufen der verschiedenen Stadien.

Eine aktive Auseinandersetzung mit dem Rückfallgeschehen bietet die Chance für den folgenden, erfolgreicherer Versuch der Verhaltensänderung.

Als Ärztin, als Arzt bzw. Hebamme, Geburtshelfer haben Sie die Möglichkeit, Ihre Patientin durch diese verschiedenen Stufen zu begleiten und so auf eine Reduktion des Alkoholkonsums mit hinzuwirken. Das folgende Diagramm zeigt die Stufen der Verhaltensänderung und die Interventionsmöglichkeiten auf Ihrer Seite.

Hinweis: Bei einer Patientin, die Alkohol missbraucht oder abhängig ist, ist weitere Unterstützung notwendig, z. B. im Rahmen einer Suchttherapie.



Stadien der Absichts- und Verhaltensänderung und korrespondierende Schritte der ärztlichen Intervention



Absichtslosigkeit (Precontemplation)

Es besteht kein Interesse, einen kritischen Alkoholkonsum in absehbarer Zeit zu ändern. Mögliche gesundheitliche Schäden für das Baby sind nicht bekannt, werden nicht wahrgenommen oder werden nicht als riskant bewertet. Diese Stufe ist in der Regel sehr stabil, wie die Erfahrung aus anderen Einsatzgebieten des TTM zeigt.

Beziehungsaufnahme

1. Versuchen Sie, die Situation und Haltung Ihrer Patientin nachzuvollziehen und die Gründe für ihre bisherige Einstellung zu verstehen.
2. Informieren Sie die Schwangere ausführlich und ohne zu stigmatisieren über die möglichen Risiken des Alkoholkonsums für sich und ihr Baby. Stellen Sie die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung heraus.
3. Ergründen Sie, ob eine ergänzende suchtttherapeutische Beratung angebracht ist und geben Sie der Schwangeren Empfehlungen und Kontaktdaten an die Hand. Nehmen Sie der Patientin die Angst vor externer fachlicher Hilfe.

Absichtsbildung (Comtemplation)

Eine unentschiedene, zum Teil zögerliche und widersprüchliche Haltung ist vorherrschend. Das eigene Verhalten wird zwar als problematisch erkannt, zu einer Änderung kommt es aber (noch) nicht. Absichten werden geäußert, aber nicht ausgeführt oder wieder verworfen. Die werdende Mutter ist sich der Gefahren des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft bewusst, zieht aber noch keine Konsequenzen aus ihren Überlegungen. Möglicherweise wird über einen längeren Zeitraum nichts Konkretes im Hinblick auf eine Verhaltensänderung unternommen.

Motivierung

1. Konzentrieren Sie sich in der Beratung auf die ambivalenten Gefühle. Versuchen Sie, die Bedeutung einer Reduktion oder eines Verzichts auf Alkohol für die Patientin einzuschätzen.
2. Wecken Sie in Ihrer Patientin den Wunsch nach einer Alkoholabstinenz oder Konsumreduktion, z. B. durch Hinweise, Visualisierung neuer Umstände, Erläuterungen und Empfehlungen.

Vorbereitungsphase (Preparation)

Nach einem gründlichen Abwägen zwischen den Vor- und Nachteilen des Alkoholverzichts kommt die Schwangere zu der Überzeugung, dass die Gründe für die Einschränkung des Alkoholkonsums oder für den vollständigen Verzicht überwiegen. Die Schwangere fasst konkrete Pläne zur Verhaltensänderung und beginnt vielleicht schon mit der Veränderung der Konsummenge. Diese Phase ist sehr instabil.

Förderung der Änderungsbereitschaft

1. Unterstützen Sie die Schwangere bei einer Entscheidungsfindung.
2. Erarbeiten Sie gemeinsam mehrere Handlungs- und Auswahlmöglichkeiten für Situationen, in denen ein Verzicht auf Alkohol schwierig sein könnte.
3. Spielen Sie Situationen gedanklich mit Ihrer Patientin durch, ohne sie bloßzustellen. Betonen Sie kleine Fortschritte.

Handlungsphase (Action)

Jetzt reduziert die Schwangere den Alkoholkonsum oder gibt ihn ganz auf. Es kommt zu einer Veränderung im eigenen Erleben und in der Umwelt. Die Schwangere ist seit kurzer Zeit abstinent. Allerdings ist das Risiko noch groß, doch wieder in alte Gewohnheiten zurückzufallen.

Förderung der Änderungskompetenz

1. Legen Sie gemeinsam konkrete und v. a. realistische Verhaltensziele fest.
2. Erarbeiten Sie konkrete Verhaltensweisen und -strategien für den Notfall und kritische Situationen, in denen die Schwangere von einem Rückfall bedroht ist.
3. Informieren Sie sich über den Erfolg der Konsumreduktion oder des Alkoholverzichts.

Aufrechterhaltung (Maintenance)

Die Bemühungen richten sich in dieser Phase auf die Aufrechterhaltung des Alkoholverzichts. Die Schwangere praktiziert diesen bereits seit einiger Zeit. Die neuen Verhaltensweisen werden zunehmend zur Gewohnheit. Die Gefahr eines Rückfalls in die alte Gewohnheit nimmt ab; trotzdem sollten noch aktive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe angewandt werden.

Begleitung und Beobachtung

1. Fragen Sie weiterhin regelmäßig, aber nicht bevormundend, nach dem Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft. Würdigen Sie die bisherigen Erfolge.
2. Erarbeiten Sie gemeinsam neue Strategien, wenn sich die bisherigen als zu schwierig, nicht umsetzbar oder nicht zielführend erwiesen haben.

Rückfall

Die Schwangere nimmt den Alkoholkonsum wieder auf oder steigert die Konsummenge. Es besteht ein hohes Risiko, dass das Baby durch den Alkohol gefährdet wird! Daher sollten möglichst schnell die Gründe für den Rückschritt erfasst und ein erneuter Anlauf zur Reduzierung des Alkoholkonsums oder zum Alkoholverzicht durchgeführt werden.

Aktive Begleitung und Unterstützung

1. Motivieren Sie die Schwangere zu einem erneuten Versuch, den Alkoholkonsum zu reduzieren bzw. auf Alkohol zu verzichten. Bieten Sie weitere Hilfestellung und Unterstützung an und schlagen Sie ggf. erneut eine suchttherapeutische Beratung vor.

Andauernde Aufrechterhaltung (Termination)

In dieser Phase ist das alte Verhalten dauerhaft aufgegeben. Das neue Verhaltensmuster wird aufrechterhalten. Werden die vorherigen Phasen schnell und problemlos durchlaufen, so kann bereits in der Schwangerschaft eine andauernde Aufrechterhaltung erreicht werden. Evtl. wird diese Phase aber erst nach der Schwangerschaft erreicht.

Passive Begleitung

1. Abhängig davon, in welcher Phase der Schwangerschaft oder zu welchem Zeitpunkt danach diese Phase erreicht wird, liegt Ihre Aufgabe weiterhin in der wohlwollenden Begleitung der Patientin und dem Interesse an ihrer Entwicklung.

2. Bei Vorsorgeterminen können Sie weiterhin das Thema ansprechen und sich nach dem Zustand erkundigen.

3. Sollten Ihnen Veränderungen auffallen, die auf einen Rückfall in ein altes Verhaltensmuster (kritischer Alkoholkonsum) hindeuten, sollten Sie die Patientin in der entsprechenden Phase abholen.

Motivierende Gesprächsführung

Die motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) (nach Miller & Rollnick, 2009; Rollnick et al., 1999) ist ein auf Zusammenarbeit zwischen Patient und Fachpersonal (Ärztin, Arzt, Hebamme, Geburtshelfer usw.) ausgelegter zielorientierter Kommunikationsstil. Besonderes Augenmerk liegt auf veränderungsorientierter Sprache. Bezogen auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft bedeutet das Folgendes: MI respektiert die Patientin mit ihren eigenen Zielen und als Expertin für ihr Leben, ihre Reaktionsweisen, Vorlieben, Stärken und Möglichkeiten. Sie ist die treibende Kraft der eigenen Veränderung. Sie als Gynäkologin, Gynäkologe, Hebamme oder Geburtshelfer sind Expertin/Experte dafür, was in der Schwangerschaft hilfreich ist, um die Gesundheit der Mutter und des Babys sicherzustellen. Für einen optimalen Effekt ist ein Informationsfluss in beide Richtungen notwendig (nach Hannover W., 2011).

Damit die motivierende Gesprächsführung die gewünschten Erfolge zeigt, ist es nützlich die dahinterstehende Botschaft und Grundhaltung (Spirit) zu verinnerlichen.



Ambivalente Gefühle und Diskrepanzen wahrnehmen

Die Voraussetzung für eine Verhaltensänderung und damit für eine Reduktion des Alkoholkonsums oder den Alkoholverzicht ist das Erkennen von ambivalenten Gefühlen und Einstellungen gegenüber den alten Gewohnheiten. Personen und Schwangere mit Suchtmittelgebrauch, wie z. B. Alkohol und Nikotin, entwickeln ihrem eigenen Verhalten gegenüber ambivalente und diskrepante Gefühle und Einstellungen.

Zwar wissen sie meist um die gesundheitsschädigenden Folgen ihres Handelns für sich und ihr Baby, doch die Gründe für den Konsum in seiner bisher praktizierten Form sind häufig ebenso gewichtig wie die Gründe, die dagegen sprechen.

Eine Änderung des Trinkverhaltens in der Schwangerschaft kann nur erreicht werden, wenn für die Schwangere die positiven Aspekte für eine Änderung überwiegen. Ein wichtiger Zwischenschritt auf dem Weg zum Alkoholverzicht oder zur Konsumreduktion muss es daher sein, die Argumente, die für eine Verhaltensänderung sprechen, erkennbar zu machen und zu verstärken.



Druck erzeugt Widerstand

Als Gynäkologin/Gynäkologe oder Hebamme/Geburtshelfer liegt Ihnen das Wohl des ungeborenen Kindes sehr am Herzen. Dennoch müssen Sie akzeptieren, dass Ihr Appell zur Reduktion des Alkoholkonsums bzw. zum Verzicht in der Schwangerschaft nicht automatisch von der schwangeren Frau übernommen werden wird. Druck und direkte Aufforderungen sind keine geeigneten Mittel, um eine Verhaltensänderung durchzusetzen. Häufig erzeugen sie sogar noch mehr Widerstand. Im ungünstigsten Fall kommt die Schwangere nicht mehr zu den Vorsorgeterminen und kann nicht mehr erreicht werden.

Ablehnende Haltungen und Widerstand äußern sich in typischen Verhaltensweisen:

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

Weitere Gründe für eine ablehnende Haltung und Widerstand sind:

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

Grundlegende Gesprächstechniken

Der Erfolg des Gesprächs hängt stark von der Gesprächsführung ab. Grundlage ist eine empathische, verstehende Gesprächshaltung. Durch Berücksichtigung einiger Basisprinzipien der Gesprächsführung und Motivationsstrategien lässt sich der Beratungserfolg steigern. Im Folgenden stellen wir Ihnen kurz grundlegende Gesprächstechniken vor. In den einzelnen Phasen des Beratungskonzepts finden Sie jeweils Hinweise zur Gesprächsführung, zu Gesprächseinstiegen, möglichen Fragen und Reflektionen (nach Hannover W., 2011).

Ablauf eines Beratungsgesprächs

Ein Beratungsgespräch verläuft in verschiedenen Abschnitten:



Der **Beziehungsaufbau** (und -wiederaufbau) ist die Basis und während des gesamten Prozesses und zu Beginn eines jeden Gesprächs wichtig.

Den **Fokus** der Patientin zu **finden** ist keine einmalige Aktion. Je nach Entwicklung und Phase kann eine Neuausrichtung nötig werden.

Einer der wichtigsten Aspekte ist es, bei der Patientin die **Motivation zur Veränderung** zu wecken oder zu verstärken. Gegebenenfalls kann das sehr früh im Prozess sinnvoll sein.

Die Veränderung wird **geplant**. Selbstmotivierende Äußerungen und Unterstützung können den Fortschritt der Verhaltensänderung fördern.

1. Offene Fragen stellen

Bei »offen« gestellten Fragen erhalten Sie mehr Informationen als nur die Antworten »Ja« oder »Nein«. Offene Fragen regen verstärkt zur Erläuterung der eigenen Situation an. Diese Informationen geben Ihnen einen genaueren Einblick darüber, wie sehr sich die werdende Mutter bisher mit der Thematik »Alkohol und Schwangerschaft« auseinandergesetzt hat. Offene Fragen beginnen z. B. mit »Wer«, »Wie«, »Was«.

Beispiel

Geschlossene Frage: »Trinken Sie Alkohol?«

Offene Frage: »Was bedeutet Ihnen das Trinken von Alkohol?«

Tipp: Achten Sie auch bei den offenen Fragen darauf, die Patientin nicht durch zu viele Fragen hintereinander unter Druck zu setzen. Beobachten Sie ihre Reaktionen und fassen Sie zwischendurch ruhig einmal die gegebenen Antworten zusammen.

2. Aktives Zuhören und Bestätigen

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.

Tipp: Aktives Zuhören

- Verbale (»ja«, »gut«), paraverbale (»hmm«, »aha«) und nonverbale Verstärker (lächeln, nicken), wenn Patientin Motivation, Diskrepanz oder Ambivalenz erkennen lässt;
- Paraphrasieren;
- Reflektieren;
- Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte.

3. Reflektieren

Eine Reflexion ist eine Äußerung der Ärztin, Hebamme, des Arztes, des Geburtshelfers, die den Inhalt oder die Bedeutung dessen reflektiert, was die Patientin zuvor gesagt hat. In der einfachen Form bleibt die Zusammenfassung nah am Gesagten, ohne eine neue Bedeutung oder Betonung beizusteuern. In der komplexen Form tragen Sie substantiell Neues an Bedeutung oder Betonung bei, z. B. eine Interpretation des Inhalts und Auslegung in eine bestimmte Richtung.

**Beispiele komplexer Reflexionen:**

»In meiner ersten Schwangerschaft hatte ich ganz aufgehört, Alkohol zu trinken, aber jetzt schaffe ich das nicht.«

Verstärkung, Übertreibung, Intensivierung:

»Es ist für Sie jetzt viel schwerer als in der ersten Schwangerschaft.«

Benennung beider Seiten der Ambivalenz:

»Sie würden jetzt auch gerne aufhören, doch im Moment schaffen Sie es einfach nicht.«

Fortführung des vermuteten nächsten Gedankens:

»Wenn der Stress mit Ihrem ersten Kind/Ihrem Mann/Ihrem Chef nicht wäre, würden Sie es versuchen.«

Verwendung einer Metapher:

»Sie fühlen sich, als müssten Sie mit zehn Bällen jonglieren.«

»..., als müssten Sie auf mehreren Hochzeiten tanzen.«

»..., als zerrten verschiedene Kräfte an Ihnen.«

Einbringen der Gefühlsebene**(wenn der emotionale Gehalt nicht formuliert wurde):**

»... und das macht Sie wütend, das ärgert Sie.«

Betrachten des Sachverhalts aus einer anderen Perspektive (Reframing):

»Ihr Wunsch, keinen Alkohol zu trinken, ist richtig groß.«

4. Zusammenfassen

Fassen Sie am Ende eines jeden Gesprächsabschnittes und am Ende des Gespräches alle wichtigen Äußerungen und Ergebnisse zusammen. Dabei ist es auch angebracht, eine Verknüpfung von gerade Gesagtem mit früher geäußerten Inhalten herzustellen. Wiederholen Sie beispielsweise ambivalente Äußerungen der Schwangeren und setzen Sie diese mit anderen Aussagen in Zusammenhang. Vorhandene Probleme und alle geäußerten Veränderungswünsche, -versuche und -pläne können Sie nochmals aufgreifen und sich getroffene Absprachen und Festlegungen noch einmal bestätigen lassen. Aus einer Zusammenfassung können Sie zu einem anderen Thema überleiten.



Gesprächsfallen

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 Beraterin/Berater und Klientin hin: Die Schwangere hat das Gefühl, etwas leisten zu müssen, was sie nicht will oder nicht kann. Ablehnung ist die Folge.

Diese Haltung kann nach Miller und Rollnick (2009) die folgenden Gründe haben:

1. Vorschnelles Festlegen auf gesundheitsschädigende Verhaltensaspekte

Es ist gut, das Trinkverhalten (Mengen, Situationen, Funktionen etc.) der werdenden Mutter zuerst zu verstehen, ohne es vorschnell zu problematisieren. Dafür ist vor allem eine angenehme, offene und respektvolle Gesprächsatmosphäre (durch offene Fragen und aktives Zuhören) notwendig. Das schafft Vertrauen, um vielleicht auch Verhaltensweisen zu äußern, die als kritisch angesehen werden. Auch wenn Sie das schädliche Verhalten für sich ablehnen, dürfen Sie keine Empörung ausdrücken.

2. Konfrontationsfalle

Wenn Sie versuchen, die Schwangere mit Argumenten und Beweisen für ihr Fehlverhalten von der Schädlichkeit ihres Verhaltens zu überzeugen, besteht die Gefahr, dass sie mit ihren eigenen Argumenten und Beweisen dagegenhält und das Gespräch blockiert. Wenn Sie stattdessen herausfinden, 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

Im Zentrum der Beratung steht nicht die Diagnose, sondern die konkrete Unterstützung der Schwangeren.

4. Schuldzuweisung

Schuldgefühle und schlechtes Gewissen hemmen den Gesprächsverlauf. Wenn sich die Schwangere zurechtgewiesen fühlt, nimmt sie möglicherweise eine ablehnende Haltung ein.

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

Mit »geschlossenen« Fragen, 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 79](#)).

6. Expertenfälle

Auch wenn Sie Expertin/Experte sind, müssen Sie nicht auf jede Frage der Schwangeren eine Antwort wissen. Zuzugeben, etwas nicht zu wissen, bringt auch Sympathie und schafft ein Verhältnis auf Augenhöhe.

Umgang mit Widerstand und Ablehnung

Anzeichen von Widerstand und Ablehnung sollten zum Anlass genommen werden, das Vorgehen zu überdenken und das Gesprächsverhalten zu ändern. Miller und Rollnick (2009) geben einige Anhaltspunkte, wie mit Ablehnung und Widerstand umgegangen werden kann:

- Besprechen Sie mit der Schwangeren noch einmal die Ziele und den Handlungsplan:
 - Stimmt sie noch mit dem vereinbarten Ziel überein 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.



Spezielle Beratungssituation: Erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Wenn eine Schwangere den Vorsatz zum Verzicht auf Alkohol nicht einhalten konnte, so kann das verschiedenste Ursachen haben.

Um die konkrete Situation besser einschätzen zu können, finden Sie hier eine Liste potenzieller Faktoren:

Soziale Situation

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

Psychische Situation

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

Körperliche Situation

- Körperliche Beschwerden
- Entzugssymptome
- Unruhe, Zittern etc.

Weitere Hilfsangebote für Schwangere

Einen Überblick über verschiedene Bausteine des deutschen Hilfesystems mit Adressen von Beratungsstellen, Infotelefonnummern, Informationsbroschüren und weiteren Materialien für Fachkräfte und Laien bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf ihrer Internetseite www.bzga.de/service.

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: 0221 892031*

Mo. – Do.: 10 bis 22 Uhr

Fr. – So.: 10 bis 18 Uhr

(* Preis entsprechend der Preisliste des Telefonanbieters für Gespräche ins Kölner Ortsnetz.)

Das BZgA-Info-Telefon beantwortet Fragen zur Suchtvorbeugung. Bei Alkohol- oder anderen Abhängigkeitsproblemen bietet das BZgA-Info-Telefon eine erste persönliche Beratung. Ratsuchenden werden geeignete lokale Hilfs- und Beratungsangebote genannt.

Adressen von Beratungsstellen in Ihrer Nähe finden Sie auch unter www.kenn-dein-limit.de/alkoholberatung/.

Weitere Informationen und die Adressen von Hilfeangeboten in Ihrer Nähe können Sie auch erfragen bei:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V.
(DHS)

Westernwall 4 | 59065 Hamm

Postfach 1369 | 59003 Hamm

Tel.: 02381 9015-0 | Fax: 02381 9015-30

info@dhs.de, www.dhs.de

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

Tel.: 0800 111 0 111 oder 0800 111 0 222

Erreichbar auch per E-Mail und Chat

www.telefonseelsorge.de

Sucht- & Drogen-Hotline

Telefonische Drogennotrufeinrichtungen aus Berlin, Düsseldorf, Essen, Frankfurt, Hamburg, Köln, München und Nürnberg haben sich auf Initiative der Drogenbeauftragten der Bundesregierung zusammengeschlossen und bieten bundesweit telefonische Beratung in Sucht- und Drogenfragen für Betroffene und ihre Angehörigen an:

Mo. – So.: 0.00 bis 24.00 Uhr

Telefon: 01805 313031

(0,14 €/min a. d. Festnetz, andere Mobilfunkpreise möglich.) Dieser Dienst wird unterstützt von NEXT ID.

IRIS-Plattform: Online-Angebot für Alkohol und/oder Nikotin konsumierende Schwangere mit dem Ziel der Reduktion des Konsums.

www.iris-plattform.de

Nationales Zentrum Frühe Hilfen

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wird gemeinschaftlich von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) getragen. Gefördert wird beispielsweise der Einsatz von Familienhebammen und Geburtshelfern.

www.fruehehilfen.de

Allgemeine Informationen rund um Schwangerschaft und Geburt finden Sie auf

www.familienplanung.de.

Beratungsbroschüren



»Andere Umstände – neue Verantwortung«

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.

Die Broschüre »Andere Umstände – neue Verantwortung« sollte den Schwangeren im Anschluss an das erste ausführliche Beratungsgespräch ausgehändigt werden. Die Broschüre kann bei der BZgA bestellt werden.



»Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner«

Das Falblatt richtet sich an Schwangere und ihre Partner, die sich zum Thema Alkohol informieren wollen, und erläutert, warum »Kein Alkohol« in der Schwangerschaft die beste Wahl ist. Werdende Eltern werden über die Gefahren von Alkoholkonsum in

der Schwangerschaft für das ungeborene Kind informiert und erhalten Tipps zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol während der Schwangerschaft und nach der Geburt.



»Alles Klar«

Tipps & Infos 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 kann bei der BZgA bestellt werden.



»Alkoholfrei leben«

Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen

Diese Informationsschrift wendet sich an Menschen mit Alkoholproblemen und beschreibt die Vielfalt der Hilfsangebote, an die sich Menschen mit Alkoholproblemen wenden können. Die Broschüre gibt einen praxisnahen Einblick in den Ablauf von Beratung und Therapie. Auch betroffene Menschen berichten, wie sie ihr Alkoholproblem

überwunden haben, um denjenigen Mut zu machen, die bislang ihr Problem mit Alkohol noch nicht angegangen sind.

Die Broschüre kann bei der BZgA bestellt werden.

Hinweis: 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 oder www.kenn-dein-limit.de möglich.

Hilfreiche Adressen

Verbände der Suchtkrankenhilfe (Auswahl):

**Deutsche Hauptstelle für Sucht-
fragen e. V. (DHS)**

Westernwall 4, 59065 Hamm
Tel.: 02381 9015-0

www.dhs.de

**Deutsche Gesellschaft für Sucht-
forschung und Suchttherapie e. V.**

Postfach 1453, 59004 Hamm
Tel.: 02381 417998

www.dg-sucht.de

Fachverband Sucht e. V.

Walramstr. 3, 53175 Bonn
Tel.: 0228 261555

www.sucht.de

**Bundesverband für stationäre
Suchtkrankenhilfe e. V. »buss«**

Wilhelmshöher Allee 273,
34131 Kassel
Tel.: 0561 779351

www.suchthilfe.de

**Arbeiterwohlfahrt (AWO)
Bundesverband e. V.**

Blücherstr. 62–63, 10961 Berlin
Tel.: 030 26309-157

www.awo.org

Deutscher Caritasverband e. V.

Referat Basisdienste und
besondere Lebenslagen
Karlstr. 40, 79104 Freiburg
Tel.: 0761 200-369

www.caritas.de

**Gesamtverband für Suchtkran-
kenhilfe im Diakonischen Werk
der evangelischen Kirche in
Deutschland e. V. (GVS)**

Altensteinstr. 51, 14195 Berlin
Tel.: 030 843123 55

www.sucht.org

**Paritätischer Wohlfahrtsverband
– Gesamtverband e. V. –**

Referat Gefährdetenhilfe

Oranienburger Str. 13–14, 10178
Berlin
Tel.: 030 24636-433

www.paritaet.org

**Nationales Zentrum Frühe Hilfen
(NZFH)**

in der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Maarweg 149-161,
50825 Köln
Tel.: 0221 8992-0

www.fruehehilfen.de

Weiterführende Links/Internetangebote

FASD Deutschland:

Informationsplattform über FAS und FASD für Interessierte, Betroffene und Fachkreise

<https://www.fasd-deutschland.de>

AWMF-Leitlinie:

Link zur S3-Leitlinie: Fetales Alkoholsyndrom – Diagnostik

www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html

Literatur

- Bergmann, K. E.; Bergmann, R. L.; Ellert, U.; Dudenhausen, J. W. (2007): **Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS).** Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5–6): 670–6.
- Bergmann, R. L.; Spohr, H.-L.; Dudenhausen, J. W. (Hrsg.) (2006): **Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen.** Urban & Vogel.
- Bertling, A. A. (1993): **Wenn die Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder.** Verlag Mona Bögner-Kaufmann.
- Briggs, G. G.; Freeman, R. K.; Yaffe, S. J. (2001, 6. Auflage): **Drugs in Pregnancy and Lactation.** Williams & Wilkens: Baltimore.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (2011, 8. Auflage): **Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien.** Huber Verlag: Bern.
- Feuerlein, W. (1999): **Münchener Alkoholismus-Test.** Hogrefe Verlag.
- Feuerlein, W.; Kufner, H.; Soyka, M. (2007, 6. Auflage): **Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit.** Thieme Verlag: Stuttgart.
- Hankin, J. R. (2002): **Fetal alcohol syndrome prevention research. Review.** Alcohol research & health, 26(1), pp. 58–65.
- Hannover, W. (2011): **Motivational Interviewing als Instrument der Prävention.** Institut für Medizinische Psychologie der Ernst Moritz Arndt Universität Greifswald, Vorlesung Wintersemester 2011/2012.
- 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. 135–145.
- 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.
- Landgraf, M.; Heinen F. (2012): **Diagnostik des fetalen Alkohol-syndroms.** S3-Leitlinie. AWMF-Registernr.: 022-025.
- Löser, H. (1995): **Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte.** Gustav Fischer Verlag: Stuttgart.
- Mann, K.; Batra, A. (2015): **Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen.** S3-Leitlinie. AWMF-Registernr.: 076-001.
- Mayfield, D.; McLeod, G.; Hall, P. (1979): **The Cage questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument.** American Journal of Psychiatry, 131, pp. 1121–1123.
- Mennella, J. A.; Beauchamp, G. K. (1993): **Beer, breast feeding, and folklore.** Dev Psychobiol 26: pp. 459–466.
- Miller, W. R. (1985): **Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism.** Psychological Bulletin, 98, pp. 84–107.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (2009): **Motivierende Gesprächsführung.** Lambertus Verlag.
- 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.
- Paditz, E.; Rissmann, A.; Goetz, D. (2013): **FASD 2013 – Epidemiology of Fetal Alcohol Spectrum Disorders and Prenatal Alcohol Exposure.** kleanthes, Dresden Germany 2013, (ISBN 978-3-942622-13-4 E-Book/PDF).

- Peterson, P. L.; Lowe, J. B. (1992): **Preventing fetal alcohol exposure: a cognitive behavioral approach.** International Journal of Addictions, Vol. 27, No. 5, pp. 613–626.
- Petry, A. (1997): **Erste Erfahrungen mit Kurzintervention in einer Allgemein- arztpraxis.** In: Aktion psychisch Kranke (Hrsg.): Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen. Lambertus Verlag: Freiburg, S. 79–86.
- Prochaska, J. O.; Norcross, J. C.; DiClemente, C. C. (1994): **Changing for Good.** William Morrow and Company, New York.
- 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, pp. 427–443.
- Rollnick, S.; Mason, P.; Butler, C. (1999): **Health behavior change. A guide for practitioners.** Churchill Livingstone: Edinburgh.
- Rubak, S.; Sandbaek, A.; Lauritzen, T.; Christensen, B. (2005): **Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis.** Br J Gen Pract. Vol. 55, No. 513, pp. 305–312.
- Schwegeler, U.; Kohlhuber, M.; Roscher, E.; Kopp, E.; Ehlers, A.; Weißenborn, A.; Rubin, D.; Lampen, A.; Fromme, H. (2012): **Alkohol in der Stillzeit – Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung** BfR Wissenschaft.
- Seitz, H. K.; Lesch, O. M.; Spanagel, R.; Beutel, M.; Redecker, T. (2013) **Alkoholabhängigkeit, Suchtmedizinische Reihe, Band 1.** Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- Seitz, H. K., Pelucchi, C.; Bagnardi, V.; La Vecchia, C. (2012): **Epidemiology and Pathophysiology of Alcohol and Breast Cancer: Update 2012.** Alcohol and Alcoholism Vol. 0, No. 0, pp. 1–9.
- Spielmann, H.; Schaefer, C.; Schaefer Ch.; Bunjes, R. (2006, 7. Auflage): **Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit.** Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH.
- Spohr, H. L. (1997): **Das fetale Alkoholsyndrom.** Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Vol. 73, S. 791–797.
- 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.
- Treit, S.; Lebel, C.; Baugh, L.; Rasmussen, C.; Andrew, G.; Beaulieu, C. (2013): **Longitudinal MRI Reveals Altered Trajectory of Brain Development during Childhood and Adolescence in Fetal Alcohol Spectrum Disorders.** The Journal of Neuroscience, Vol. 33, No. 24, pp. 10098–10109.
- Waterson, E. J., Evans C.; Murray-Lyon I. M. (1990): **Is pregnancy a time of changing drinking and smoking patterns for fathers as well as mothers? An initial investigation.** British journal of addiction, Vol. 85, No. 3, pp. 389–396.
- 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, pp. 153–162.
- 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, pp. 163–173.
- Waterson, E. J.; Murray-Lyon, I. M. (1990): **Preventing alcohol related birth damage: a review.** Social Science and Medicine, Vol. 30, No. 3, pp. 349–364.
- Zelner, I (2012): **Neonatal screening for prenatal alcohol exposure: assessment of voluntary maternal participation in an open meconium screening program.** Alcohol, 46(3), pp. 269–276.

→ Bestellformular



**Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
BZgA
50819 Köln**

Fax-Nr.: 0221 8992-257

Internet-Bestellung:
www.bzga.de oder
www.kenn-dein-limit.de

Die Medien werden kostenlos abgegeben. Bei größeren Mengen
können Porto- oder Frachtkosten nach den aktuellen Versand-
bedingungen der BZgA anfallen.

Name _____

Institution _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Datum, Unterschrift _____

Pro Bestellung kann von den folgenden drei Medien jeweils nur ein Exemplar zugesandt werden (bitte ankreuzen):

	Bestell-Nr.	
Praxismodule für die Beratung Schwangerer		
»Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft«	32040000	<input type="checkbox"/>
»Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen«	32021000	<input type="checkbox"/>
Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht		
»Rauchfrei in der Schwangerschaft«	31520000	<input type="checkbox"/>

	Bestell-Nr.	Anzahl
»Andere Umstände – neue Verantwortung«		
Informationen und Tipps zum Alkoholverzicht während der Schwangerschaft und Stillzeit		
Broschüre	32041000	
»Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner«		
Flyer	32041001	
»Lecker & gesund hoch zwei – Alkoholfreie Drinks nicht nur für Schwangere«	32041002	
Broschüre		
»Alkoholfrei leben – Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen«		
Broschüre	32011000	
»Ich bekomme ein Baby – rauchfrei in der Schwangerschaft«		
Broschüre	31500000	
»Das Baby ist da! Rauchfrei nach der Geburt«		
Broschüre	31510000	
»Ihr Kind raucht mit«		
Flyer	31540000	
»Passivrauchen – eine Gesundheitsgefahr«		
Broschüre	31550000	
Übersicht »Medien und Materialien Suchtprävention«		
Broschüre	33110000	

→ Trinktagebuch

ALKOHOL?
Kenn dein Limit.

BZgA
Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Für die Zeit vom _____ bis zum _____

	Anlass/Grund für den Alkoholkonsum	Anwesende Personen	Ort Zu Hause, im Lokal usw.	Anzahl der getrunkenen Gläser	Art des alkoholischen Getränks	Uhrzeit Beginn des Alkoholkonsums
Mo.						
Di.						
Mi.						
Do.						
Fr.						
Sa.						
So.						



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

www.bzga.de



www.kenn-dein-limit.de