



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

Alkoholfrei durch die Schwangerschaft

**Ein Beratungsleitfaden für
die Schwangerenvorsorge**

**ALKOHOLFREI
DURCH DIE
SCHWANGERSCHAFT**

> Inhalt

Vorwort	3	Ergänzende Angebote und Materialien	67
Einführung	4	Telefonische Beratung	68
Grundlagen der Beratung	6	Beratungsbroschüren	69
Motivierende Gesprächsführung	7	Hilfreiche Adressen	70
Das Modell der Verhaltensänderung	10	Literatur	71
Beratungskonzept	15	Kopiervorlagen und Bestellformular in der Umschlagklappe	
➤ Phase 1 – Feststellen des Konsumstatus	17	> Fragebogen zum Alkoholkonsum	
➤ Phase 2 – Motivation zur Verhaltensänderung	27	> Kosten-Nutzen-Analyse	
➤ Phase 3 – Hilfen bei der Verhaltensänderung	37	> Trinktagebuch	
➤ Phase 4 – Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung	45	> Bestellformular für Beratungsmaterialien	
➤ Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf	49		
Häufig gestellte Fragen und mögliche Antworten	50		
Basisprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung	52		
Umgang mit problematischen Beratungssituationen	54		
Vertiefende medizinische Grundlagen			
Gynäkologische Aspekte des Alkoholmissbrauchs	57		
FAS: Definition und Symptombild	58		
FAE: Definition und Symptombild	60		
Pathophysiologische Aspekte	61		
Auswirkungen des Alkohols in den Entwicklungsphasen	62		
Schwierigkeiten in der Diskussion eines toxischen Schwellenwertes	64		
Diagnostik	65		

ALKOHOL?
Kenn dein Limit.

> Vorwort

Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr in Deutschland etwa 10.000 Kinder schon bei ihrer Geburt durch Alkohol geschädigt sind; ca. 2.200 Neugeborene weisen schwerste Entwicklungsstörungen auf. Es ist nicht nur intensiver Alkoholkonsum, der diese Schäden verursacht. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass auch ein geringer Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen können.

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

Die regelmäßigen medizinischen Untersuchungen in der Schwangerschaft und Gespräche im Rahmen einer geplanten Mutterschaft bieten eine

ideale Voraussetzung, mit den zukünftigen Eltern über einen nicht schädigenden Umgang mit Alkohol zu reden.

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

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

Köln, im März 2009

Prof. Dr. Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung



> Einführung

Alkohol ist unbestritten neben Tabak der Suchtstoff Nr. 1 in Deutschland. Die Bundesrepublik liegt weltweit betrachtet mit in der Spitzengruppe, wenn es um den Konsum von Alkohol geht. Für das Jahr 2007 wird der Pro-Kopf-Verbrauch an alkoholischen Getränken – ausgedrückt als Konsum reinen Alkohols – mit 9,9 Litern angegeben (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2009).

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit werden regelmäßig Repräsentativerhebungen zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland durchgeführt. Danach überschreiten mehr als 20 % der Männer und mehr als 15 % der Frauen die Grenzwerte für risikoarmen Alkoholkonsum (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2009). Etwa 1,3 Millionen Menschen der bundesdeutschen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren erhalten nach DSM-IV die Diagnose Alkoholabhängigkeit, weitere 2 Millionen Menschen weisen Alkoholmissbrauch auf (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, 2009).

Alkohol wird auch während der Schwangerschaft getrunken. Aktuelle wissenschaftliche Studien zeigen, dass zwischen 12,5 % und 15 % der Frauen während ihrer Schwangerschaft gelegentlich, d. h. mindestens einmal im Monat, Alkohol konsumieren (Bergmann et al., 2006). Darunter konsumieren doppelt so viele Frauen aus höheren sozialen Statusgruppen Alkohol während der Schwangerschaft, als Frauen aus niedrigen sozialen Statusgruppen (Bergmann et al., 2007).

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

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

> Wichtiger Hinweis für Sie:

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

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

Viel könnte darüber hinaus erreicht werden, wenn eine Alkoholabhängigkeit frühzeitig erkannt wird und die Betroffenen zu einer weiterführenden intensiven Betreuung zu motivieren sind.

(Waterson & Murray-Lyon, 1990; Peterson & Lowe, 1992; Reynolds et al., 1995)

Exakte Angaben über den Prozentsatz der Kinder, die mit FAS oder FAE geboren werden, gibt es für Deutschland nicht. Schätzungen gehen davon aus, dass in jedem Jahr etwa 2.200 Kinder mit dem klinischen Vollbild einer Alkoholembryopathie (FAS) geboren werden. Die Zahl der Kinder, die von Geburt an durch Fetale Alkoholeffekte (FAE) in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind, dürfte um ein Vielfaches höher liegen. Aktuell geht man von ca. 10.000 Fällen aus, viele Fälle bleiben jedoch unentdeckt.

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

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

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

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

Erfolgreiche Beratungsansätze umfassen:

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

> Grundlagen der Beratung

Mit den zwei folgenden Modellen kann eine Beratung effektiv gestaltet werden

Die »Motivierende Gesprächsführung«

Diese Methode wurde von Miller und Rollnick entwickelt (1991 [dt. Ausgabe 2009]). > S. 7

Das Modell der »Verhaltensänderung«

Ein Modell von Prochaska, Norcross und DiClemente (»Transtheoretisches Modell«, 1994). > S. 10

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

Die Basisprinzipien der »Motivierenden Gesprächsführung« und die Phasen der Verhaltensänderung nach Prochaska et al. (1994) werden in den folgenden Abschnitten zunächst kurz erläutert.

> Motivierende Gesprächsführung

Ziel der Motivierenden Gesprächsführung (»Motivational Interviewing«) ist es, mit kurzen, aber effektiven Beratungsgesprächen eine Änderung des Verhaltens zu erreichen (Miller & Rollnick, 2009; Rollnick et al., 1999).

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

Ambivalente Gefühle und Diskrepanzen wahrnehmen

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

Auf der einen Seite wissen sie um die negativen, gesundheitsschädigenden Folgen ihres Handelns für sich und ihr Baby, auf der anderen Seite knüpfen sie aber auch positive Erwartungen und Effekte an ihr Verhalten. Werden sie von außen

angeregt, ihr Verhalten zu überdenken und zu verändern, fühlen sie sich in einem Entscheidungsdilemma: Die Gründe, die für das Aufrechterhalten der alten Gewohnheiten sprechen, sind häufig so gewichtig wie die Gründe, die dagegen sprechen.

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

Widerstand gegen Veränderungen abbauen

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

Ablehnende Haltungen und Widerstand äußern sich in typischen Verhaltensweisen:

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

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

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

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

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

1. Zeigen Sie Verständnis und Anteilnahme

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

2. Geben Sie Hinweise, Erläuterungen und Empfehlungen

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

3. Steigern Sie den Wunsch nach Veränderungen

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

4. Beseitigen Sie Hindernisse

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

5. Bieten Sie Wahlmöglichkeiten

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

6. Geben Sie Rückmeldungen

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

7. Ziele formulieren

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

8. Bieten Sie aktive Hilfe und Unterstützung an

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

> Hinweis

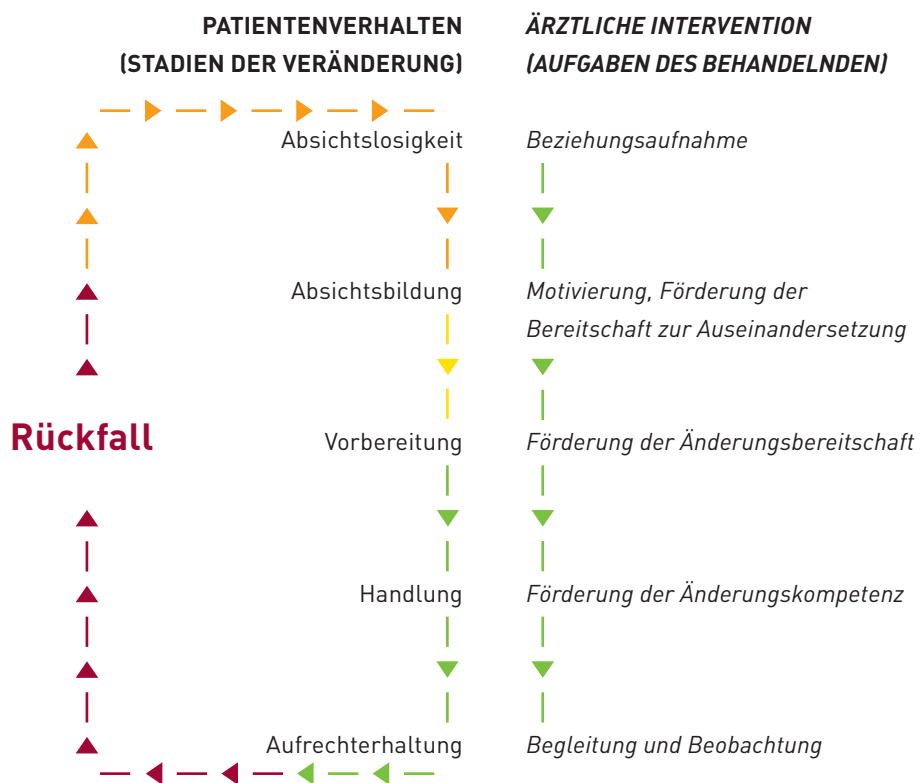
Eine weiterführende Darstellung der Grundprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung und Hinweise zum Umgang mit Ablehnung finden Sie auf den Seiten: **> S. 52 bis 55.**

> Das Modell der Verhaltensänderung

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

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

Verhaltensänderungen verlaufen allerdings nicht immer linear, sondern können einen kreisförmigen Verlauf nehmen. Über einen langen Zeitraum erlernte Verhaltensroutinen und -programme lassen sich nicht einfach abschalten, sondern müssen durch die bewusste Aneignung neuer Verhaltensweisen ersetzt werden. Häufig gelingt dies erst nach dem mehrmaligen Durchlaufen der verschiedenen Stadien. Eine aktive Auseinandersetzung mit dem Rückfallgeschehen bietet die Chance für den folgenden, erfolgreicherer Versuch der Verhaltensänderung.



Stadien der Absichts- und Verhaltensänderung

> Absichtslosigkeit

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

> Absichtsbildung

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

> Vorbereitungsphase

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

> Handlungsphase

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

> Aufrechterhaltung

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

> Rückfall

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

> Hinweis

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

Schritte der ärztlichen Intervention

Beziehungsaufnahme

- Versuchen Sie, die Haltung Ihrer Patientin nachzuvollziehen und die Gründe für die bisherige Einstellung zu verstehen.
- Informieren Sie die Schwangere über die möglichen Risiken des Alkoholkonsums für sich und ihr Baby und stellen Sie die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung heraus.
- Loten Sie ergänzenden Beratungsbedarf aus und unterbreiten Sie weitere Gesprächsangebote.

Motivierung

- Stellen Sie die ambivalenten Gefühle und Einstellungen in den Mittelpunkt der Beratung und bewerten Sie die Ernsthaftigkeit der Absichten für eine Verhaltensänderung.
- Steigern Sie den Wunsch nach Verhaltensänderung durch Hinweise, Erläuterungen und Empfehlungen.

Förderung der Änderungsbereitschaft

- Unterstützen Sie die Schwangeren bei einer Entscheidungsfindung.
- Suchen Sie gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten für Situationen, in denen ein Verzicht auf Alkohol mit Schwierigkeiten verbunden sein könnte. Für diese Situationen sollten verschiedene alternative Verhaltensweisen gefunden und ausprobiert werden, sodass Auswahlmöglichkeiten bestehen.

Förderung der Änderungskompetenz

- Legen Sie gemeinsam konkrete und realistische Verhaltensziele fest.
- Informieren Sie sich über den Erfolg der Verhaltensänderung und bieten Sie Unterstützung bei der Suche nach Lösungen für kritische Situationen an.

Begleitung und Beobachtung

- Fragen Sie weiterhin regelmäßig nach dem Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft und würdigen Sie den Erfolg des Alkoholverzichts.
- Bei einem Rückfall motivieren Sie die Schwangeren zu einem erneuten Versuch, den Alkoholkonsum zu reduzieren bzw. auf Alkohol zu verzichten.
- Ziehen Sie bei anhaltend kritischem Alkoholkonsum die Möglichkeit einer ergänzenden suchttherapeutischen Beratung in Erwägung und sichern Sie Ihre weitere Unterstützung zu.

Wichtig zu erkennen:

Verhaltensänderungen müssen nicht immer linear verlaufen, sondern können einen kreisförmigen Verlauf nehmen. Über einen langen Zeitraum erlernte Verhaltensroutinen und -programme lassen sich nicht einfach abschalten, sondern müssen durch die bewusste Aneignung neuer Verhaltensweisen ersetzt werden. Häufig gelingt dies erst nach dem mehrmaligen Durchlaufen der verschiedenen Stadien. Veranschaulicht wird dies in der Grafik auf Seite: ► **S. 11**



> Beratungskonzept

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

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

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

Phase 1

Feststellen des Konsumstatus

Phase 1

Phase 2

Motivation zur Verhaltensänderung

Phase 2

Phase 3

Hilfen bei der Verhaltensänderung

Phase 3

Phase 4

Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung

Phase 4

Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf

Vertiefende medizinische Grundlagen – Gynäkologische Aspekte des Alkoholmissbrauchs

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

> Phase 1

Feststellen des Konsumstatus

> Erkunden Sie die Gesprächsbereitschaft



> Erfragen Sie die Trinkgewohnheiten



> Erfragen Sie Einstellungen und ergänzen Sie Informationen



> Fassen Sie den Gesprächsverlauf zusammen und empfehlen Sie einen Alkoholverzicht



> Stellen Sie die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest



Phase 1

Phase 2

Phase 3

Phase 4

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf

> Erkunden Sie die Gesprächsbereitschaft

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

Das Thema Alkohol ist häufig mit Unsicherheit, Schuld- und Schamgefühlen besetzt.

Versuchen Sie daher eine Gesprächseröffnung zu wählen, die nicht zum Gefühl der Stigmatisierung aufseiten der Frauen führt.

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

Beispiele für die Gesprächseröffnung:

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

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

Reaktion: Positiv

»Ja!« ...

- > Gehen Sie über zur Anamnese des Alkoholkonsums und erfragen Sie die Trinkgewohnheiten (Seite > 19).

Reaktion: Ambivalent

»Weiß nicht« **Negativ**, »Nein!«

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

Nach dem Modell der Verhaltensänderung könnten sich die Frauen im Stadium der »Vorüberlegungen und Absichtslosigkeit« befinden. > S. 11

> Hinweis

Bieten Sie als Information zum Umgang mit Alkohol während der Schwangerschaft die Beratungsbroschüre »Auf dein Wohl, mein Kind« an (siehe Seite > S. 69 und Umschlagklappe) und kommen Sie beim nächsten Termin noch einmal auf das Thema zurück.



> Erfragen Sie die Trinkgewohnheiten

Die Anamnese zum Trinkverhalten sollte einen Überblick geben über:

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

Zur genauen Einschätzung des Alkoholkonsums sind Angaben erforderlich zur:

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

Zur Strukturierung Ihres Anamnesegesprächs finden Sie einen Fragebogen zum Alkoholkonsum in der Umschlagklappe. Der Fragebogen kann auch zum Ausfüllen an die Schwangeren weitergegeben werden. Erfahrungsgemäß schafft allerdings das direkte Gespräch eine entspanntere Atmosphäre zur Diskussion des Themas.

Bewertung der Trinkgewohnheiten



Ergebnis: Kein Alkoholkonsum

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



Ergebnis: Alkoholkonsum

Das Risiko gesundheitlicher Beeinträchtigungen steigt mit der Höhe des Alkoholkonsums. Eine Grenze für einen risikolosen Alkoholgebrauch lässt sich in der Schwangerschaft zweifelsfrei nicht ziehen. Daher sollte mit allen Schwangeren, die Alkohol konsumieren, ein Beratungsgespräch über die Einschränkung des Konsums geführt werden. Besondere Beachtung sollten Sie in Ihrer Beratung dabei auf Schwangere richten, die einen hochriskanten Alkoholgebrauch angeben:

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

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

> Hinweise

Zur genauen Klärung der Diagnose finden Sie unter »Vertiefende medizinische Grundlagen« weitere Informationen: > S. 57 bis 65

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

Phase 1

Phase 2

Phase 3

Phase 4

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf

Die VÄSE-Fragen

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

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

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

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

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

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

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

- *»Wie sind Sie mit der Kritik umgegangen?«*

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

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

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

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

VÄSE-Fragen

Verringern des Alkoholkonsums?

Ärger über Kritik am Trinkverhalten?

Schuldgefühle?

Erstes Trinken am Morgen?

Bewertung der Trinkgewohnheiten



Ergebnis: Unklar, »Weiß nicht mehr genau«

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

- Hinweise auf Schuld-, Scham- und Angstgefühle erhalten Sie über die VÄSE-Fragen. Versuchen Sie, über die Antworten zu den Fragen zu einer Beurteilung der Konsumhöhe und Einschätzung der Funktionen des Trinkens zurückzukommen.
- Als weiterer Versuch, eine differenzierte Anamnese des Alkoholkonsums zu erstellen, kann die Bereitschaft zum Führen eines Trinktagebuchs oder die Auflistung der Vor- und Nachteile des Alkoholkonsums (Kosten-Nutzen-Analyse) abgeklärt werden.

Bitten Sie bei einem unklaren Anamneseergebnis ggf. die Schwangere, bis zum nächsten Vorsorgetermin ein Trinktagebuch zu führen oder eine Kosten-Nutzen-Analyse zu erstellen, um möglichst schnell über das weitere Beratungsvorgehen entscheiden zu können.

> Hinweis

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

Phase 1

Phase 2

Phase 3

Phase 4

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf

> Erfragen Sie Einstellungen und ergänzen Sie Informationen

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

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

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

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

Informieren Sie über:

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

> Hinweis

Einige im Gesprächsverlauf häufig gestellte Fragen und entsprechende Antwortvorschläge sind im Abschnitt »Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf« auf den angegebenen Seiten zusammengestellt: > **S. 50 bis 51**

Informationen zu den Symptombildern FAS und FAE finden Sie im Abschnitt »Vertiefende medizinische Grundlagen« auf den Seiten: > **S. 57 bis 65.**

> Fassen Sie den Gesprächsverlauf zusammen und empfehlen Sie einen Alkoholverzicht

Fassen Sie den bisherigen Gesprächsverlauf zusammen unter Berücksichtigung von

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

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

Deshalb ist es wichtig ...

der Schwangeren den vollständigen Alkoholverzicht zu empfehlen, um alkoholbedingte gesundheitliche Risiken für das Kind auszuschließen!

> Stellen Sie die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest

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

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

Keine Bereitschaft zum Alkoholverzicht:

- > Fragen Sie nach den Gründen der Ablehnung, damit Sie die Haltung nachvollziehen können. (Prüfen Sie auch, ob der Widerstand gegen eine Verhaltensänderung mit dem Gesprächsablauf zu tun haben könnte. Hinweise dazu finden Sie im Abschnitt »Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf« auf den Seiten > 49 bis 55.)
- > Betonen Sie die persönliche Entscheidungsfreiheit, aber stellen Sie auch die besondere Verantwortung für den Schwangerschaftsverlauf heraus.
- > Händigen Sie die Beratungsbroschüre »Auf dein Wohl, mein Kind« (siehe Seite > 69) aus.

- > Fragen Sie, ob Sie beim nächsten Vorsorgetermin noch einmal auf das Thema zu sprechen kommen können.
- > Bieten Sie Ihre Unterstützung und Hilfe als Ärztin bzw. Arzt an, falls sich die Haltung der Schwangeren ändern sollte.

Beim nächsten Termin:

Wiederbeginn mit Phase 1

»Erkennen der Änderungsbereitschaft«

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

Zögerliche Bereitschaft **zum Alkoholverzicht:**

Zögern, Unsicherheit, »Weiß nicht!«

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

In diesem Fall:

Weiter mit Phase 2
»Motivation zur Verhaltensänderung«

Bereitschaft **zum Alkoholverzicht:**

»Motivation zur Verhaltensänderung«

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

Unterstützungsbedarf Ja:

Weiter mit Phase 3
»Hilfe bei der Verhaltensänderung«

Unterstützungsbedarf Nein:

Weiter mit Phase 4
»Sicherung der Abstinenz«

Phase 1

Phase 2

Phase 3

Phase 4

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Phase 2

Motivation zur Verhaltensänderung

Entscheidung zum Alkoholverzicht fördern:

> Verdeutlichen Sie selbst-
motivierende Aussagen



> Verstärken Sie ambivalente Gefühle
(Kosten-Nutzen-Analyse)



> Analysieren Sie Stärken und Schwächen



> Analyse des Trinktagebuchs



> Fördern Sie das Vertrauen in die
eigenen Fähigkeiten



> Ziehen Sie eine Gesprächsbilanz



Phase 2

Phase 3

Phase 4

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf

> Verdeutlichen Sie selbstmotivierende Aussagen

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

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

Beispiele für selbstmotivierende Aussagen:

Ausdruck von:

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

Problemerkennung

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

Sorge

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

Veränderungsabsicht

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

Optimismus

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

Pessimismus

> Verstärken Sie ambivalente Gefühle

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

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

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

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

»Welche Nachteile oder Schwierigkeiten erwarten Sie beim Alkoholverzicht?«

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

Beispiel für eine Kosten-Nutzen-Analyse

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

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

Meine Nachteile

Meine Vorteile

Wenn ich mein Trinkverhalten beibehalte wie bisher ...

> befürchte ich gesundheitliche
Schäden für mich und das Baby

> habe ich mehr Genuss

> bin ich ein schlechtes Vorbild
für die Kinder

> komme ich leichter in
ausgelassene Stimmung

> bleiben meine Schuldgefühle

> fühle ich mich entspannter

> ...

> ...

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

> befürchte ich mehr Anspannung

> bin ich mir sicher, ein gesundes
Kind zu bekommen

> erlebe ich weniger Genuss

> habe ich weniger Angst-
und Schuldgefühle

> fühle ich mich sozial gehemmter

> erhöhe ich meine Selbstachtung

> ...

> ...

> Hinweis

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

> Analysieren Sie Stärken und Schwächen

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

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

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

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

Gegenüberstellung möglicher Stärken und Schwächen

Stärken und Schwächen äußern sich auf der emotionalen, sozialen oder funktionalen Ebene.
Zur Verdeutlichen haben wir mögliche Aussagen zusammengetragen und gegenübergestellt:

Stärken

Emotionale Ebene

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

Soziale Ebene

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

Funktionale Ebene

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

Schwächen

Emotionale Ebene

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

Soziale Ebene

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

Funktionale Ebene

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

> Analyse des Trinktagebuchs

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

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

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

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

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

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

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

> Hinweis

Zur genaueren Diagnosestellung finden Sie weitere hilfreiche Tipps unter »Vertiefende medizinische Grundlagen« auf den genannten Seiten:
> **S. 57 bis 65.**

»Hilfreiche Adressen« haben wir auf der folgenden Seite für Sie zusammengestellt:
> **S. 70.**

> Fördern Sie das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten

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

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

»Machen Sie sich jetzt nicht mutlos. Erkennen Sie auch an, um wie viel Sie Ihren Alkoholkonsum bereits eingeschränkt haben.«

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

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

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

> Ziehen Sie eine Gesprächsbilanz

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

Stellen Sie erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest. »Wollen Sie für die Zeit der Schwangerschaft auf das Trinken von Alkohol verzichten?«

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

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

Sind die Voraussetzungen für den Alkoholverzicht gegeben, weiter mit:

Weiter mit Phase 3

»Hilfe bei der Verhaltensänderung«

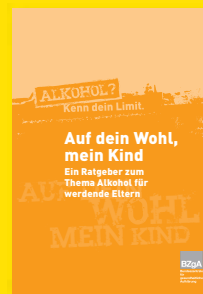
Sind die Voraussetzungen für den Alkoholverzicht nicht gegeben:

Wiederbeginn in Phase 1

Versuchen Sie in einem weiteren Gespräch, den Wunsch nach Verhaltensänderung noch zu stärken und stellen Sie erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest (weiter mit Seite > 24).

> Hinweis

Um Ihre Patientin umfassend informieren zu können, geben Sie Ihr die Broschüre »Auf dein Wohl, mein Kind« mit. Bestellinformationen finden Sie auf der folgenden Seite: > S. 69



Phase 2

Phase 3

Phase 4

Informationen
zum Bera-
tungsverlauf



ALKOHOL?
Kenn dein Limit.



> Phase 3

Hilfen bei der Verhaltensänderung

Verhaltensänderung vorbereiten:

> Entscheidung dokumentieren



> Sozialem Druck widerstehen:
»Nein« sagen lernen



> Alternativen zum Alkoholkonsum suchen



> Für Belohnung und positive
Verstärkung sorgen



> Unterstützungssystem aufbauen



> Über Zwischenschritte zum Ziel?



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

> Sozialem Druck widerstehen: »Nein« sagen lernen

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

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

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

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

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

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

> Alternativen zum Alkoholkonsum suchen

In einzelnen Situationen wird es vielleicht nicht ausreichen, nur eine ablehnende Haltung einzunehmen, um keinen Alkohol zu trinken. Trinkgewohnheiten sind oft über einen langen Zeitraum gelernt und in ganz bestimmte Verhaltensabläufe eingebettet. Sie laufen immer nach denselben Regeln wie ein Programm ab.

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

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

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

Alternative Verhaltenswege suchen und umsetzen

Häufig genannte

Funktionen des Alkoholkonsums

Mögliche Alternativen

Genuss und Geselligkeit

Zubereitung von alkoholfreien Getränken

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

Entspannung

Neue Formen der Entspannung

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

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

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

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

Verdrängung unangenehmer Gefühle

Neue Wege im Umgang mit unangenehmen Gefühlen

Möglicherweise wird Alkohol getrunken, um unangenehme Gefühle wie z. B. Kritik, Ärger, Versagensängste oder Langeweile »wegzuspülen«. Helfen Sie, neue Wege aufzuzeigen, um konstruktiv mit unangenehmen Gefühlen umzugehen, wie z. B.:

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

> Hinweis

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

> Für Belohnung und positive Verstärkung sorgen

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

Ziel eines »Belohnungssystems« ist es,

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

Wichtig ist, dass Belohnungen nicht nur geplant und angekündigt werden, sondern tatsächlich erfolgen! Auch positiv bewältigte Zwischenschritte und Etappenziele sind eine Belohnung für die Bemühungen wert.

Übrigens:

Auch Ihre Anmerkung für den bisherigen Erfolg ist wichtig. Äußern Sie Ihre Anerkennung, loben Sie für das bisher Erreichte und bieten Sie Ihre weitere Unterstützung an.

Wann soll Belohnung erfolgen?

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

Womit kann Belohnung erfolgen?

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

Andere Belohnungsmöglichkeiten können sein:

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

> Unterstützungssystem aufbauen

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

Die Rolle des Partners

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

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

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

Familienangehörige, Freunde bzw. Freundinnen und Bekannte informieren

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

Vorteile der Vorgehensweise:

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

> Über Zwischenschritte zum Ziel?

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

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

Bitte beachten Sie jedoch bei einer solchen Vorgehensweise:

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

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

Weiter mit Phase 4

»Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung«

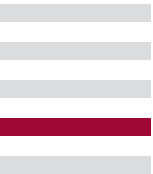
> Informationen

Alle Informationen zum Alkoholgebrauch in der Schwangerschaft und Strategien zur Reduktion des Alkoholgebrauchs sind in der Broschüre »Auf dein Wohl, mein Kind« ausführlich beschrieben (Siehe auch > S. 69).

Manchmal ist es mit der Beratung in der Praxis allein nicht getan! Sollte weiterer Informationsbedarf bestehen, weisen Sie bitte auch auf das Informationstelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hin:

BZgA Infotelefon: 0221 892031 | Mo. bis Do. 10–22 Uhr | Fr. bis So. 10–18 Uhr

Das Beratungstelefon informiert auch vertraulich über suchtspezifische Hilfen bei Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit. (Weitere hilfreiche Adressen finden Sie auf Seite > 70).



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Phase 4

Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung

Nutzen Sie den regelmäßigen Kontakt:

> Würdigen Sie den Erfolg und stellen Sie ggf. auch Teilerfolge positiv heraus!



> Thematisieren Sie die Gründe für den erneuten Alkoholkonsum!



> Bieten Sie Ihre weitere Unterstützung an!



> Versuchen Sie, gemeinsam eine Lösung für kritische Situationen zu finden!



> Versuchen Sie, zu einem neuen Anlauf zu motivieren, und vereinbaren Sie einen Folgetermin!



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

Ihre Frage als Arzt:

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

Antwort:

»Ja!« ...

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

- > Würdigen Sie auch Teilerfolge, wenn der Alkoholkonsum nicht wie beabsichtigt reduziert werden konnte.
- > Verdeutlichen Sie, dass der Verzicht auf Alkohol möglicherweise ein Lernprozess ist, der vielleicht mehrfach durchlaufen werden muss, bis er gelingt. Ein Rückschritt, der aufgearbeitet wird, kann der erste Schritt zu einem erfolgreichen Lernzyklus sein.
- > Ermutigen Sie zu einem weiteren Versuch, auf den Alkohol zu verzichten, und orientieren Sie Ihr weiteres Vorgehen an der Bereitschaft zur Verhaltensänderung:

Antwort:

»Nein!«

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

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

In welchen Situationen konnte auf Alkohol verzichtet werden?

Schwierigkeiten ergeben sich möglicherweise durch die:

Soziale Situation

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

Psychische Situation

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

- > Machen Sie der Schwangeren noch einmal die Gründe ihrer Entscheidung bewusst: Sind Sie noch von der Wichtigkeit eines Alkoholverzichts überzeugt?

(Phase 2 »Motivation zur Verhaltensänderung«)

- > Gehen Sie noch einmal gemeinsam die kritischen Situationen durch, die zum Alkoholkonsum geführt haben, und überprüfen Sie die bisherigen Verhaltensalternativen auf ihre Wirksamkeit.

(Phase 3 »Hilfen bei der Verhaltensänderung«)

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

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

Informieren Sie ggf. über suchtspezifische Hilfangebote. Adressen finden Sie auf Seite > 70.



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

> Ergänzende Informationen zum Beratungsverlauf



> Häufig gestellte Fragen und mögliche Antworten

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. Bei einem Achtel Wein in der Woche ist die Gefahr einer Schädigung Ihres Kindes zwar gering, aber nicht völlig ausgeschlossen. Um ganz sicher zu sein, sollten Sie deshalb vollständig auf Alkohol verzichten.

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

»Es gibt keinen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ohne Risiko. Deshalb sollten Sie möglichst ganz darauf verzichten. Das Risiko steigt mit jedem Glas. Unter keinen Umständen sollten Sie mehr als ein Glas pro Woche trinken. Mit einem Glas ist ein kleines Bier von etwa 0,3 l oder ein Glas Wein/Sekt (ca. 0,15 l) gemeint. Damit wir uns nicht missverstehen: Auch diese Menge ist nicht risikolos und sollte deshalb die Ausnahme sein, keinesfalls die Regel für jede Woche! Je weniger Alkohol, desto geringer die Gefahr. Daher nochmals: Am besten ist es, keinen Alkohol während der Schwangerschaft zu trinken!«

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

> Basisprinzipien der Motivierenden Gesprächsführung

Nach **Miller und Rollnick** lässt sich der Beratungserfolg durch die Berücksichtigung einiger Basisprinzipien und Motivationsstrategien deutlich verbessern (siehe Miller & Rollnick, 2009; Rollnick et al., 1999). Mithilfe der Motivierenden Gesprächsführung soll die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung möglichst erhöht und Ablehnung sowie Widerstand gegen eine Veränderung gering gehalten werden. Um dies zu erreichen, sind zwei Aspekte von besonderer Bedeutung:

Empathische, verstehende Gesprächshaltung

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

Hilfen hierbei können sein:

Aktives Zuhören

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

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

Angebot offener Fragen

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

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

Zusammenfassen

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

Stärken vorhandener Fähigkeiten (Selbstwirksamkeit)

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

Hilfen hierbei können sein:

Positive Bestätigung und Unterstützung

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

Förderung der eigenen Motivation

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

Erkennen von Handlungsalternativen

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

Konkrete Zielformulierungen

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

> Umgang mit problematischen Beratungssituationen

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 sollen, was sie nicht will oder nicht kann. Ablehnung ist die Folge.

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

Gesprächsfallen

1. Vorschnelles Festlegen auf gesundheitsschädigende Verhaltensaspekte

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

2. Konfrontationsfalle

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

3. Etikettierung

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

4. Schuldzuweisung

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

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

Wenn Sie »geschlossene« Fragen stellen, auf die die Schwangere nur kurze, einsilbige Antworten gibt, werden Sie wahrscheinlich wenig über ihre Einstellungen, Meinungen und Verhaltensweisen erfahren. Über »offene Fragen«, die zum Erzählen anregen, ist es eher möglich, ein umfassendes Meinungs- und Verhaltensbild zu bekommen (siehe auch Seite > S. 52).

6. Expertenfalle

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

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

Mögliche Äußerung der Schwangeren	Ihre ärztliche Maßnahme/Handlung	Ihr mögliche Aussage als Arzt/Ärztin
»Ich habe kein Problem mit dem Alkohol. Ich trinke nur, weil ich mich nach der Arbeit entspannen muss!«	Widerstand ausdrücklich anerkennen.	»Für Sie ist es so, dass Ihr Stress am Arbeitsplatz der Grund für Ihren Alkoholkonsum ist.«
»Ist das nicht übertrieben mit dem Alkohol? Bei meinem ersten Kind habe ich das auch nicht so streng genommen!«	Widerstand anerkennen, aber übertreiben, so dass es möglicherweise zu einer Relativierung der Meinung kommt.	»Sie sind der Meinung, dass Sie sich keine Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums machen müssen. Ihnen und Ihrem Kind kann nichts passieren.«
»Dauernd werde ich mit guten Ratschlägen genervt. Kaum greife ich zum Glas, kommt der Hinweis, dass ich das lassen soll. Da trinke ich schon extra!«	Verschieben des Gesprächsschwerpunktes.	»Sie fühlen sich bevormundet und gegängelt. Aus unserem Gespräch habe ich aber auch entnommen, dass Sie sich Sorgen um Ihr Kind machen.«
»Sie sagen mir, dass ich keinen Alkohol mehr trinken soll. Ich habe aber gehört, dass man das gar nicht so streng sagen kann!«	Betonung der persönlichen Entscheidungsfreiheit.	»Ich habe Ihnen meine Einschätzung und Empfehlung erläutert. Welche Folgerungen Sie aus unserem Gespräch ziehen, können Sie frei entscheiden. Wichtig ist, wie Sie sich entscheiden.«



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

> Vertiefende medizinische Grundlagen

Gynäkologische Aspekte des Alkoholmissbrauchs



> FAS: Definition und Symptombild

Alkoholembryopathie (Fetales Alkoholsyndrom »FAS«)

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

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

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

Symptome bei Alkoholembryopathie:

(Aus: Spohr 1997, S. 792)

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

Kardinalsymptome

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

Kraniofaziale Dysmorphie

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

Fakultative Symptome

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

> **FAE: Definition und Symptombild**

Alkoholeffekte (Fetale Alkoholeffekte »FAE«)

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

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

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

> Pathophysiologische Aspekte

- > Alkohol gelangt ungehindert über die Plazenta zum Embryo und zum Feten und erreicht dort die gleiche Konzentration wie bei der Mutter.
- > Der Abbau erfolgt embryofetal nur in geringem Maße, da Alkoholdehydrogenase (ADH) und Aldehyddehydrogenase (ALDH) beim Feten noch nicht induziert sind.
- > Die Elimination aus dem Kompartiment der Amnionhöhle ist verzögert, die Einwirkzeit des Alkohols auf Embryo und Fet ist entsprechend länger.
- > Bei größeren Alkoholmengen ist daher die Kumulation möglich (toxische Gefahr beim sogenannten Binge-Drinking [gelegentliches Exzessivtrinken] größer).
- > Alkohol und sein Metabolit Acetaldehyd wirken direkt toxisch und verursachen in der frühen und späten Schwangerschaft vielfache Funktionsänderungen.

Alkohol (be)wirkt

> **als Mitosegift**

eine Wachstumshemmung im Sinne einer Hypoplasie und Hypotrophie (Untergewicht, Mikrozephalie),

> **Störung der Organogenese**

durch Hemmungsmissbildung, alle Organsysteme können betroffen sein,

> **als neurotoxische Substanz**

an den Neuroblasten, der Dendritenstruktur und den dendritischen Spines; bei höheren Schweregraden ist die Myelinisierung mangelhaft, die Synapsen sind verringert und die Neurotransmitter in ihrer Biochemie verändert,

> **als Suchtmittel**

und hat Auswirkungen auf die Neurotransmitter und Endorphine. Frühe Gewöhnung und Toleranzentwicklung können so das postnatale 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 antioxydativer Prozesse (Onkogenese, Infekthäufigkeit)
Vitamin E	Hepatopathien

> **Mineralstoffwechsel**

Störung des Zinkstoffwechsels mit möglichen Fehlbildungen durch den Zinkmangel (Feuerlein et al., 2007; Löser, 2000).

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

> Auswirkungen des Alkohols in den Entwicklungsphasen

Embryonalphase / Fetalperiode

- > In den ersten 14 Tagen post conceptionem wird der Embryo durch das mütterliche Blut ernährt, welches durch das extraembryonale Zölon und den Dottersack diffundiert. Alkohol und Acetaldehyd erreichen den Trophoblasten auch in dieser Zeit. Dennoch wird davon ausgegangen, dass Alkohol keine bleibenden Schäden verursacht. Im Sinne des »Alles-oder-Nichts-Prinzips« können die zu dieser Zeit noch pluripotenten Zellen die geschädigten Zellen ersetzen; oder die toxische Wirkung ist so groß, dass es zur Störung des Trophoblasten und zum Frühabort kommt (ggf. ohne dass die Schwangerschaft als solche erkannt wird).
- > Während der Organogenese besteht eine besondere Sensibilität gegenüber allen toxischen Einflüssen, die genannten Fehlbildungen des FAS werden in dieser Zeit ausgelöst.
- > Es wurde eine strenge Assoziation zwischen moderatem Alkoholkonsum (> 30 ml alc. zweimal pro Woche) und Aborten im zweiten Trimenon gefunden. Alkohol in dieser Menge erhöht das Abortrisiko um das 2- bis 4-fache, 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.

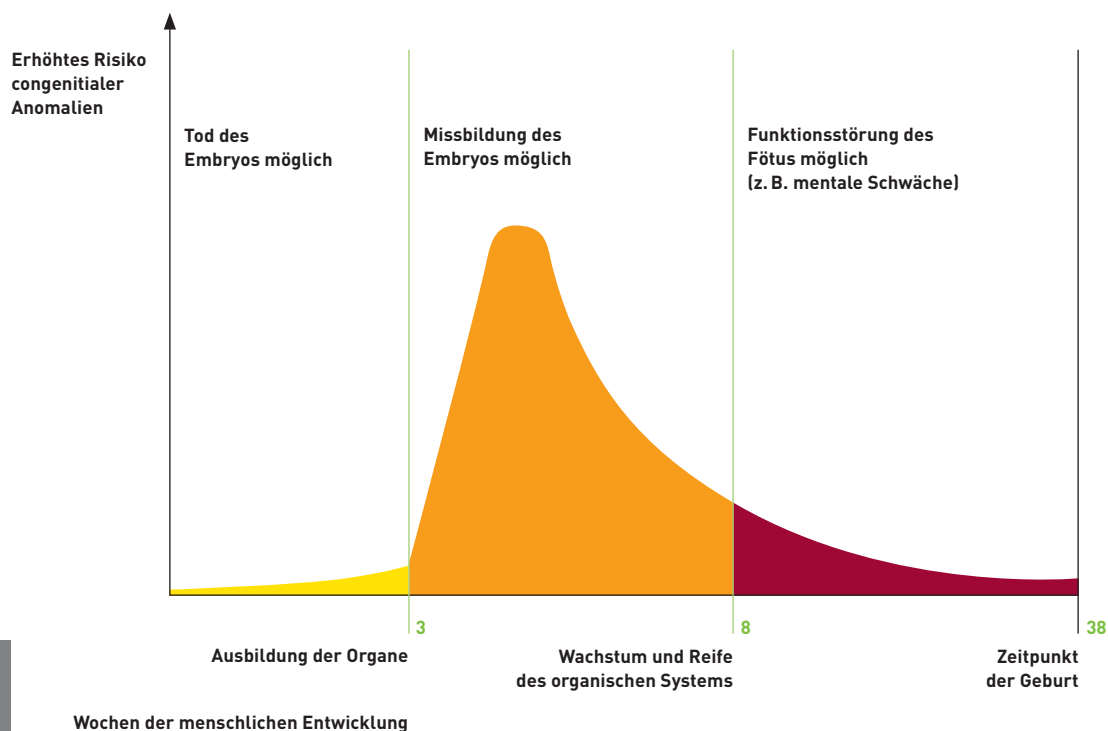
Stillperiode

Die Alkoholkonzentration im Blut und in der Muttermilch verläuft annähernd parallel. Regelmäßiger Alkoholkonsum hat Auswirkungen auf die mentale und motorische Entwicklung: Bei einem täglichen Konsum von 15 g Alkohol pro Tag durch die Mutter zeigten die Kinder eine deutliche Entwicklungsretardierung (Spielmann et al., 2006).

Spätfolgen

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

Verlauf des Risikos für Schädigungen in den Entwicklungsphasen



Quelle: in Anlehnung an Spielmann et al., 2006

> Schwierigkeiten in der Diskussion eines toxischen Schwellenwertes

> Die Auswirkungen des Alkohols in der Schwangerschaft werden beeinflusst durch:

- Genetische Faktoren der Mutter
- Alkoholstoffwechsel der Mutter
- Entwicklungsstadium des Embryos/Feten (siehe Abbildung Seite > 63)
- Dosis-Wirkungs-Beziehungen (mit steigender Dosis des toxischen Faktors nimmt die Störung von »nicht-toxisch« bis »embryo-letal« zu)

> Fetale Alkoholeffekte (FAE)

zeigen ein unspezifisches Bild der Entwicklungsstörung und sind nur durch aufwendige Entwicklungstests zu diagnostizieren.

> Verlässlichkeit der anamnestischen Angaben

zum Alkoholkonsum sind nicht immer gegeben; Validität der genannten Konsumhöhen ist problematisch.

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

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

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

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

> Diagnostik

Anamnese

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

Im Einzelnen werden 6 Diagnosekriterien genannt:

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

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

(Hinweise zur Anamnese und Diagnostik finden sich auch in Feuerlein et al., 2007; Löser, 2000; Soyka, 1999, 2000.)

Laborparameter

- > Bei chronischem Alkoholkonsum ist die Bestimmung der Gamma-GT 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 sein, 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

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

> Definition von Abhängigkeit:

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



> Ergänzende Angebote und Materialien

> Telefonische Beratung

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

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

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Str. 220 | 51109 Köln
Postfach 91 01 51 | 51071 Köln
Tel.: 0221 8992-0 | Fax: 0221 89923 00
www.bzga.de

BZgA-Info-Telefon: 0221 892031

Mo. – Do.: 10 bis 22 Uhr

Fr. – So.: 10 bis 18 Uhr

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.

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.

> Beratungsbroschüren



»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.



»Auf dein Wohl, mein Kind«

Ein Ratgeber zum Thema Alkohol für werdende Eltern

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

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

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

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

> 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
Suchtfragen e. V. (DHS)**

Westernwall 4 | 59065 Hamm
Tel.: 02381 9015-0 | www.dhs.de

**Deutsche Gesellschaft für
Suchtforschung 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 Suchtkrankenhilfe 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

> Hinweis

Ein umfassendes Verzeichnis von über 1.300 Suchtberatungsstellen finden Sie unter der Internetadresse der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.bzga.de und bei www.kenn-dein-limit.de.

> Literatur

Bearer, C. F.; Lee, S.; Salvator, A. E. et al. (1999):

Ethyl linoleate in meconium: a biomarker for prenatal ethanol exposure.

Alcohol Clin Exp Res, 23, 3; p. 487 to 493.

Briggs, G. G.; Freeman, R. K. & Yaffe, S. J.

(2001, 6. Auflage):

Drugs in Pregnancy and Lactation.

Williams & Wilkens: Baltimore.

Bühringer, G. et al. (2000):

Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128.

Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

(Hrsg.) (2009):

Jahrbuch Sucht 2009.

Neuland Verlag: Geesthacht.

Bergmann, K. E.; Bergmann R. L.;

Ellert, U.; Dudenhausen J. W. (2007):

Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (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.

München: Urban & Vogel.

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H.

(2004, 4. Auflage):

Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien.

Huber Verlag: Bern.

Dufour, M. C.; Williams, G. D.;

Campell, K. E. & Aitken, S. S. (1994):

Knowledge of FAS and the risks of heavy drinking during pregnancy,

1985 and 1990. Alcohol Health & Research World,

Vol. 18, No. 1, p. 86 to 92.

Feuerlein, W.; Küfner, H.; Soyka, M.

(2007, 6. Auflage):

Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit.

Thieme Verlag: Stuttgart.

John, U. (1998, 2. Auflage):

Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit.

In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.):

Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie.

Gustav Fischer Verlag: Ulm, S. 135-145.

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.

Lelong, N.; Kaminski, M.; Chwalow, J.;

Bean, K. & Subtil, D. (1995):

Attitudes and behaviour of pregnant women and health professionals towards alcohol and tobacco consumption.

Patient Education and Counseling,

Vol. 25, No. 1, p. 39 to 49.

Lemoine, P.; Harousseau, J.; Borteyru,

J. P. & Menuet, J. C. (1968):

Les enfants de parents alcooliques: anomalies observées: à propos des 127 cas.

Quest Med, No. 8, 476 à 482.

Löser, H. (1995):

Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte.

Gustav Fischer Verlag: Stuttgart.

Löser, H. (1998):

**Alkohol in der Schwangerschaft
und die Folgen beim Kind.**

Kinderkrankenschwester, Vol. 17,
Nr. 1, S. 3–6.

Löser, H. (2000):

**Alkohol und Schwangerschaft –
Embryopathie und Alkoholeffekte.**

Therapeutische Umschau, Vol. 57, No. 4, S. 1–7.

Mayfield, D.; McLeod, G. & Hall, P. (1979):

**The Cage questionnaire: Validation
of a new alcoholism screening instrument.**

American Journal of Psychiatry,
131, p. 1121 to 1123.

Miller, W. R. (1985):

**Motivation for treatment: A review
with special emphasis on alcoholism.**

Psychological Bulletin, 98, p. 84 to 107.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2009):

Motivierende Gesprächsführung

Lambertus Verlag: Freiburg im Breisgau.
(Originalausgabe 1991: Motivational Interviewing.
Guilford Press: New York.)

Miller, W. R. & Sanchez, V. (1991):

**Motivating young adults for treatment and
lifestyle change.** In: Howard, G. (Ed.): Issues

in alcohol and misuse by young adults.
University of Notre Dame, Press: Notre Dame, IN.

Moore, K. L. & Persaud, T. V. N. (2007, 5. Auflage):

**Embryologie, Entwicklungsstadien –
Frühentwicklung – Eranogenese – Klinik.**

Urban & Fischer: München.

Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.) (o. J.):

**Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt:
Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern.**

Abschlussbericht eines Modellprojektes.

Berichte zur Suchtkrankenhilfe.

Niedersächsisches Sozialministerium: Hannover.

Peterson, P. L. & Lowe, J. B. (1992):

**Preventing fetal alcohol exposure:
a cognitive behavioral approach.**

International Journal of Addictions,
Vol. 27, No. 5, p. 613 to 626.

Petry, A. (1997):

**Erste Erfahrungen mit Kurzintervention
in einer Allgemeinarztpraxis.**

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, p. 427 to 443.

Rollnick, S.; Mason, P. & Butler, C. (1999):

Health behavior change. A guide for practitioners.

Churchill Livingstone: Edinburgh.

Schmidt, L. (1997):

Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch.

Kohlhammer Verlag: Stuttgart.

Simon, R.; Tauscher, M. & Pfeifer, T. (1999):

Suchtbericht Deutschland 1999.

Schneider Verlag: Hohengehren.

Soyka, M. (1999):

Alkoholabhängigkeit – Grundlagen und Therapie.

Springer Verlag: Berlin.

Soyka, M. (2000):

Praxisratgeber Alkoholabhängigkeit.

UNI-MED Verlags AG: Bremen.

Spielmann H.; Schaefer, C.; Schaefer Ch. & Bunjes, R.
(2006, 7. Auflage):

Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit.

Gustav Fischer Verlag: Stuttgart.

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.

Waterson, E. J. & Murray-Lyon I. M. (1989 a):

Drinking and smoking patterns amongst women attending an antenatal clinic – I. Before pregnancy.

Alcohol and Alcoholism,

Vol. 24, No. 2, p. 153 to 162.

Waterson E. J. & Murray-Lyon, I. M. (1989 b):

Drinking and smoking patterns amongst women attending an antenatal clinic – II. During pregnancy.

Alcohol and Alcoholism,

Vol. 24, No. 2, p. 163 to 173.

Waterson E. J. & Murray-Lyon, I. M. (1990):

Preventing alcohol related birth damage: a review.

Social Science and Medicine,

Vol. 30, No. 3, p. 349 to 364.

Wegmann, W.; Colfax, L.; Gray, M. & Reed, B. (1997):

Assessment and resource guide for FAS / FAE.

Pen Print Inc.: Port Angeles, Washington.

> Impressum

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.

Projektleitung

Christiane Lieb, BZgA, Köln

Gestaltungs-Konzept:

Bosbach Kommunikation & Design GmbH, Köln

Druck:

Degensche Druckerei, Troisdorf-Spich

Auflage:

1.10.06.09

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Broschüre wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin /den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestell-Nr.: 32040000

> Bestellformular

Kopiervorlage

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 Versandbedingungen der BZgA anfallen.



> Bestellformular



Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
BZgA
51101 Köln

Fax-Nr.: 0221 8992-257

Name _____

Institution _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Datum, Unterschrift _____

Pro Arzt/Ärztin kann nur 1 Exemplar zugesandt werden. (Bitte ankreuzen.)

	<i>Bestell-Nr.</i>	
Kurzintervention bei Patienten mit Alkoholproblemen	32021000	☐
Beratungsleitfaden für Frauenärztinnen und -ärzte »Alkoholfrei durch die Schwangerschaft«	32040000	☐
Beratungsleitfaden für Frauenärztinnen und -ärzte »Rauchfrei in der Schwangerschaft«	31520000	☐

	<i>Bestell-Nr.</i>	<i>Anzahl</i>
»Auf dein Wohl, mein Kind« Broschüre	32041000	
»Alles Klar – Tipps & Infos für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol« Broschüre	32010000	
»Alkoholfrei leben« Broschüre	32011000	
»Ich bekomme ein Baby – rauchfrei« Broschüre	31500000	
Ihr Kind raucht mit Broschüre	31540000	
rauchfrei – Der Elternratgeber (II): Das Baby ist da Broschüre	31510000	

> Kosten-Nutzen-Analyse

Kopiervorlage



> Kosten-Nutzen-Analyse

Bitte überlegen Sie sich die Vorteile und Nachteile Ihres Alkoholkonsums und tragen Sie Ihre Gründe bitte in die Tabelle ein.

Wenn ich mein Trinkverhalten beibehalte wie bisher...

Meine Vorteile des Konsums:

Meine Nachteile des Konsums:

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

Meine Nachteile einer Veränderung:

Meine Vorteile einer Veränderung:

> Trinktagebuch Kopiervorlage



> Trinktagebuch

Für die Zeit vom _____ bis zum _____

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

> Fragebogen zum Alkoholkonsum

Kopiervorlage



> Fragebogen zum Alkoholkonsum

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge finden auch Beratungsgespräche über den Umgang mit Genussmitteln statt. Für das Gespräch zum Thema Alkohol haben wir einige Fragen zusammengestellt, die Ihnen und Ihrem Frauenarzt/Ihrer Frauenärztin oder Ihrer Hebamme als Grundlage für das Gespräch dienen können. **Bitte beantworten Sie jede Frage und kreuzen die für Sie zutreffende Antwort an. Vielen Dank.**

Die Fragen 1 bis 6 beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum in den zurückliegenden zwei Wochen.

01

Wenn Sie einmal auf die vergangenen 2 Wochen zurückblicken: An wie vielen Tagen in der Woche haben Sie da Alkohol getrunken?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| An keinem Tag | ☐ |
| An einem Tag | ☐ |
| An zwei oder mehr Tagen | ☐ |
| Weiß ich nicht mehr genau | ☐ |

04

Welche Menge Wein haben Sie durchschnittlich an den genannten Tagen getrunken?

- | | |
|--|--------------------------|
| Ich habe keinen Wein getrunken | ☐ |
| Nicht mehr als ein Achtel Wein (0,125 l) | ☐ |
| Mehr als ein Achtel Wein | ☐ |
| Weiß ich nicht mehr genau | ☐ |

02

Wie viele Gläser Alkohol haben Sie durchschnittlich an den genannten Tagen etwa getrunken?

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Ich habe keinen Alkohol getrunken | ☐ |
| 1 Glas | ☐ |
| 2 oder mehr Gläser | ☐ |
| Weiß ich nicht mehr genau | ☐ |

05

Welche Menge Spirituosen (Likör, Klare etc.) haben Sie durchschnittlich an den genannten Tagen getrunken?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Ich habe keine Spirituosen getrunken | ☐ |
| Nicht mehr als ein Glas (2 cl) | ☐ |
| Mehr als ein Glas (2 cl) | ☐ |
| Weiß ich nicht mehr genau | ☐ |

03

Welche Menge Bier haben Sie durchschnittlich an den genannten Tagen getrunken?

- | | |
|--|--------------------------|
| Ich habe kein Bier getrunken | ☐ |
| Nicht mehr als ein kleines Glas Bier (0,2 l) | ☐ |
| Mehr als ein kleines Glas Bier | ☐ |
| Weiß ich nicht mehr genau | ☐ |

06

Haben Sie an den genannten Tagen andere alkoholhaltige Getränke als Bier, Wein oder Spirituosen getrunken?

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| Ja | ☐ |
| Nein | ☐ |
| Weiß ich nicht mehr genau | ☐ |

Die Fragen 7 bis 9 beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum in der Zeit, bevor Sie gemerkt haben, dass Sie schwanger sind.

07 Wenn Sie einmal auf die 4 Wochen zurückblicken bevor Sie wussten, dass Sie schwanger sind: An wie vielen Tagen in der Woche haben Sie da im Durchschnitt Alkohol getrunken?

An keinem Tag	☐
An einem Tag	☐
An zwei oder mehr Tagen	☐
Weiß ich nicht mehr genau	☐

08 Wie viele Gläser Alkohol haben Sie durchschnittlich an einem der genannten Tage etwa getrunken?

Ich habe keinen Alkohol getrunken	☐
1 oder 2 Gläser	☐
3 oder mehr Gläser	☐
Weiß ich nicht mehr genau	☐

09 An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen haben Sie 3 oder mehr Gläser Alkohol am Tag getrunken?

An keinem Tag	☐
An Tagen (Bitte Zahl eintragen)	☐

Abschließend haben wir noch die Fragen 10 bis 13 zu Gefühlen, Einstellungen und Verhaltensweisen zum Thema Alkohol vor und während der Schwangerschaft.

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

Ja, vor der jetzigen Schwangerschaft	☐
Ja, während der jetzigen Schwangerschaft	☐
Nein	☐

11 Hat Sie schon einmal jemand wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert?

Ja, vor der jetzigen Schwangerschaft	☐
Ja, während der jetzigen Schwangerschaft	☐
Nein	☐

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

Ja, vor der jetzigen Schwangerschaft	☐
Ja, während der jetzigen Schwangerschaft	☐
Nein	☐

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

Ja, vor der jetzigen Schwangerschaft	☐
Ja, während der jetzigen Schwangerschaft	☐
Nein	☐