



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

Alkoholfrei in der Schwangerschaft

**Leitfaden für die Beratung
Schwangerer zum Alkoholverzicht**



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit

> Inhaltsverzeichnis

Zielsetzung und Aufbau des Leitfadens	04
Hintergrund	06
Alkoholkonsum der Schwangeren – lebenslange Beeinträchtigung des Kindes	08
Pathophysiologische Folgen des Alkoholkonsums für das Ungeborene	08
Wie viel ist „zu viel“?	10
Gründe für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	11
Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ansprechen – Beratungsgrundlagen	14
Die Phasen der Beratung	20
Phase 1: Gesprächseröffnung und Feststellen des Konsumstatus	22
Phase 2: Motivation zur Verhaltensänderung	27
Phase 3: Hilfen bei der Verhaltensänderung	34
Phase 4: Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung	43
Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	44
Wie kann ich zu weiterführenden Hilfen motivieren?	49
Typische Beratungsfragen	52
Alkoholkonsum in der Stillzeit	54
Weitere Informationen	58
Literatur	66



> Zielsetzung und Aufbau des Leitfadens

Alkohol wird in unserer Gesellschaft zu vielen Gelegenheiten getrunken: bei Feiern und Festen, zu Mahlzeiten oder zur Entspannung nach einem anstrengenden Tag. Gesundheitliche Folgen sind dosisabhängig, kleine Konsummengen bringen daher geringe Gesundheitsrisiken mit sich. Bei Schwangeren kann jedoch jeder Alkoholkonsum gravierende Folgen haben. Alkohol ist ein Zellgift, das zu jedem Zeitpunkt einer Schwangerschaft dem Embryo/Fetus irreparable Schädigungen zufügen kann. Die Beratung Schwangerer sollte für diese Gefahren sensibilisieren und auf den vollständigen Alkoholverzicht in der Schwangerschaft hinwirken.

Sie als Gynäkologinnen, Gynäkologen oder Hebammen sind die Expertinnen und Experten für alle Themen rund um die Schwangerschaft. Die Schwangeren profitieren von Ihrem Wissen und Ihren Erfahrungen und Sie begleiten die Schwangeren nach den neuesten Erkenntnissen und Empfehlungen durch die Schwangerschaft. Auch wenn das Thema Alkoholkonsum im Rahmen der Schwangerenvorsorge kurz angesprochen wird, ist dies häufig nicht ausreichend, um wirksam auf die vollständige Alkoholabstinenz während der Schwangerschaft hinzuwirken.



Schwangerschaft begünstigt Verhaltensänderungen

Aufgrund der begrenzten Schwangerschaftsdauer bietet die Beratung Schwangerer besondere Chancen. Als Gynäkologin, Gynäkologe oder Hebamme sind Sie eine der ersten und glaubwürdigsten Ansprechpersonen für Frauen mit Kinderwunsch und für Schwangere.

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Beratung durch diese Berufsgruppen bei der Änderung des Konsumverhaltens in der Schwangerschaft wirksam ist (Waterson et al., 1989).

Der vorliegende Beratungsleitfaden kann Sie in der Praxis unterstützen, indem konkrete Hilfestellungen die Ansprache und die Begleitung Schwangerer erleichtern. Je nachdem, wie vertraut Sie mit dem Thema und der Betreuung von Schwangeren mit Alkoholkonsum sind, werden mehr oder weniger Informationen für Sie neu oder relevant sein.

Im Kapitel „Hintergrund“ finden Sie die wichtigsten Informationen zu Gründen und Folgen intrauteriner Alkoholexposition. Das anschließende Kapitel Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ansprechen – Beratungsgrundlagen enthält Informationen, die für die Ansprache der meisten Patientinnen unterstützend sein können. Im Kapitel „Die Phasen der Beratung“ erhalten Sie gezielte Informationen und Empfehlungen für die Praxis, die Sie für die konkrete Beratungssituation benötigen. Sie beginnen mit der Phase 1, der zentralen Anamnese des Alkoholkonsums im Gespräch mit der Patientin, und werden von dort zu den relevanten Phasen für das weitere Gespräch verwiesen.

Die Beratungsstrategie im Falle eines hohen oder riskanten Konsums wird im Kapitel „Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ erläutert.

Wie während der Stillzeit mit dem Konsum von Alkohol umgegangen werden soll, entnehmen Sie dem Abschnitt zum „Alkoholkonsum in der Stillzeit“.

Am Schluss des Leitfadens finden Sie weiterführende Angebote und Links.

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Hintergrund



> Alkoholkonsum der Schwangeren – lebenslange Beeinträchtigung des Kindes

Wie kommt der Alkohol zum Kind?

Nach dem Konsum von alkoholhaltigen Getränken bzw. Nahrungsmitteln und der Aufnahme über Mundschleimhaut und Dünndarm gelangt der Alkohol in den Blutstrom. Im menschlichen Körper wird Ethanol zunächst enzymatisch zu Acetaldehyd metabolisiert. Dieses Zwischenprodukt ist potenziell mutagen (erbgutschädigend) und kanzerogen (krebserregend). Im weiteren Schritt wird Acetaldehyd zu Acetat umgebaut. Zusätzlich entstehen bei diesem Abbau freie Sauerstoffradikale, die ebenfalls hochtoxisch für den menschlichen Organismus sind (Ehrhart et al., 2019).

Die beiden Verbindungen Ethanol und Acetaldehyd sind ungehindert plazentagängig und werden so vom mütterlichen Blutkreislauf vollständig in den des Ungeborenen transportiert. Trinkt eine schwangere Frau alkoholhaltige Getränke, dann gelangt der Alkohol über den Mutterkuchen (Plazenta) und die Nabelschnur ungehindert in den Blutkreislauf des Embryos oder Fetus und erreicht dort den gleichen Promillewert wie bei der Mutter. Intrauterin findet über den Urin und – begünstigt durch die ebenfalls noch unreife Hautbarriere – in besonderem Maße über die Haut eine Ausscheidung des Alkohols in das Fruchtwasser statt. Von dort erfolgt eine Wiederaufnahme des Alkohols. Durch die Unreife der embryonalen bzw. fetalen Leber kann diese den im Blut befindlichen Alkohol nicht ausreichend verstoffwechseln und der Alkohol diffundiert in der Plazenta aus dem fetalen Blut wieder zurück zur Mutter, deren Leber dann die Verstoffwechselung übernimmt. Da die Elimination des Alkohols somit im Wesentlichen nur über die mütterliche Leber erfolgen kann, ist die Einwirkzeit des Alkohols auf den Embryo oder Fetus entsprechend länger als bei der Mutter.

Pathophysiologische Folgen des Alkoholkonsums für das Ungeborene

Die im embryonalen bzw. fetalen Blutkreislauf zirkulierenden zelltoxischen Stoffe Alkohol und sein Metabolit Acetaldehyd können der Entwicklung von Organen, insbesondere auch dem sich entwickelnden Gehirn, schaden (Caputo et al., 2016; Ehrhart et al., 2019). Mögliche Schädigungen durch die intrauterine Alkoholexposition umfassen Auffälligkeiten des Wachstums, Organfehlbildungen sowie Störungen der Entwicklung, der Kognition und des Verhaltens. Körperliche Auffälligkeiten (u. a. geringes Geburtsgewicht, faziale Dysmorphien) können im Entwicklungsverlauf weniger prominent werden – die ZNS-Defizite in der Kognition und im Verhalten persistieren hingegen lebenslang.

Es kann damit zu dauerhaften geistigen Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten kommen, wie zum Beispiel:

- Intelligenzminderung
- Defizite in der Sprache, in der Feinmotorik und in der räumlich-visuellen Wahrnehmung
- verminderte Lern- oder Merkfähigkeit
- eingeschränkte exekutive Funktionen und soziale Fertigkeiten

Die durch intrauterine Alkoholexposition bedingten toxischen Gehirnschädigungen sind irreversibel, sodass grundsätzlich auch im Erwachsenenalter vielfältige Unterstützung der Betroffenen unabdingbar ist (Landgraf/Hoff, 2018; Landgraf u.a.et al., 2017; Popova et al., 2023).

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann daher zu lebenslangen Einschränkungen führen.



Alkohol (be)wirkt ...

- ... als Mitosegift eine Wachstumshemmung im Sinne einer Hypoplasie und Hypotrophie (Untergewicht, Mikrozephalie);
- ... eine Störung der Organogenese durch Hemmungsmissbildung, alle Organsysteme können betroffen sein;
- ... als neurotoxische Substanz an den Neuroblasten, der Dendritenstruktur und den dendritischen Spines; bei höheren Schweregraden ist die Myelinisierung mangelhaft, die Synapsen und damit die Netzbildung im Gehirn sind verringert und die Neurotransmitter sind in ihrer Biochemie verändert.

(Löser, 1995; Streissguth, 1997; Treit et al., 2013)

FASD: Definition

Die Fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD – Fetal Alcohol Spectrum Disorders) sind ein Überbegriff für Erkrankungen, die durch pränatale Alkoholexposition verursacht werden. Diese Erkrankungen umfassen das Fetale Alkoholsyndrom (FAS), das partielle Fetale Alkoholsyndrom (pFAS) und die alkoholbedingte entwicklungsneurologische Störung (ARND – Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder).

Das klinische Bild des FAS äußert sich in prä- und/oder postnatalen Wachstumsstörungen, definierten Gesichtsauffälligkeiten sowie Störungen der geistigen und psychomotorischen Entwicklung des Kindes.

Das pFAS weist ebenfalls Auffälligkeiten des Gesichtes, der Gehirnstruktur und/oder -funktionen auf, wobei zumindest ein wahrscheinlicher (z. B. mündlich von einer der Mutter nahestehenden Person berichteter) Alkoholkonsum der Schwangeren erforderlich ist.

Die ARND ist gekennzeichnet durch mehrere Beeinträchtigungen der Gehirnstruktur und/oder -funktionen und bedarf zur Diagnose eine bestätigte pränatale Alkoholexposition (z. B. durch die Mutter selbst, durch Arztbriefe oder Akten).

Alle Fetalen Alkoholspektrumstörungen sind nur durch aufwendige neuropädiatrische/ entwicklungsdiagnostische Beurteilungen diagnostizierbar. Eine hohe Verlässlichkeit der anamnestischen Angaben zum Alkoholkonsum ist nicht immer gegeben. Dazu kommen begleitende Auswirkungen möglicher, für das Gehirn des ungeborenen Kindes ebenfalls schädigender Kofaktoren wie pränatale Exposition gegenüber Nikotin und anderen Drogen, Medikamenten sowie Mangelernährung und (epi-)genetische Einflüsse.

FASD ist nicht heilbar. Eine möglichst frühzeitige Diagnose und individuelle Therapiemaßnahmen können die Funktionsbeeinträchtigungen und Folgeerkrankungen/Komorbiditäten der erkrankten Menschen vermindern. Menschen mit FASD benötigen jedoch oft lebenslange Unterstützung.

Wie viel ist „zu viel“?

Nicht nur die Menge und der Zeitpunkt des mütterlichen Alkoholkonsums in der Schwangerschaft können die Entstehung von FASD beeinflussen, sondern auch weitere Faktoren wie Ernährung und Lebensstil, genetische Grundvoraussetzungen oder bestehende Begleiterkrankungen der Mutter. Die Gewichtung dieser Einflussfaktoren ist bisher unklar (Ciafrè et al., 2020). Daher ist keine exakte Prognose möglich, bei welcher Menge konsumierten Alkohols mit welcher Schädigung zu rechnen ist.

Obwohl starker Alkoholkonsum während der Schwangerschaft das größte Risiko für schwerwiegende Probleme beim ungeborenen Kind darstellt, ist keine Alkoholmenge bekannt, die während der Schwangerschaft unbedenklich konsumiert werden kann. Jeglicher Alkoholkonsum, auch in geringen Mengen, zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft kann dauerhafte Schäden verursachen und zu FASD führen (Landgraf/Hoff, 2018). Daher kann die Erkrankung nur durch konsequenten Alkoholverzicht ab Kinderwunsch und während der gesamten Schwangerschaft vermieden werden. Dementsprechend wird Fachkräften empfohlen, Frauen zu raten, bei der Planung und während einer Schwangerschaft vollständig auf Alkoholkonsum zu verzichten.



Warum „Null Alkohol“ in der Schwangerschaft empfehlen?

- Es ist keine Alkoholmenge bekannt, die während der Schwangerschaft unbedenklich konsumiert werden kann.
- Während der Schwangerschaft gibt es keinen sicheren Zeitpunkt für Alkoholkonsum.
- Alle alkoholischen Getränke sind gleichermaßen schädlich (auch Wein und Bier).
- Daher ist nur der komplette Alkoholverzicht zu empfehlen, um das Kind sicher vor Schädigungen zu schützen.

Gründe für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Fetale Alkoholspektrumstörungen sind in Deutschland die häufigste bei Geburt bestehende chronische Erkrankung. Jedes Jahr sind daher nach Schätzungen ca. 10.000 Kinder – vermutlich mehr – von Geburt an durch FASD in ihrer Entwicklung beeinträchtigt. Mindestens 3.000 Kinder werden nach Schätzungen mit dem FAS geboren (Kraus et al., 2019).

In der Bevölkerung ist das Bewusstsein für den schädigenden Einfluss von hohen Mengen Alkohol auf die Entwicklung des ungeborenen Kindes nur teilweise vorhanden, für geringere Mengen Alkohol sogar nur unzureichend. So nehmen etwa ein Viertel aller schwangeren Frauen nach Daten der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (aus dem Jahr 2012) Alkohol zu sich (GEDA, 2014).

Nach dieser Studie konsumieren in Deutschland ...

... 19,8 Prozent der Schwangeren moderat Alkohol.

... 7,8 Prozent der Schwangeren riskant Alkohol.

Gesondert untersucht wurde „Rauschtrinken“

(min. fünf Getränke pro Anlass, z. B. insg. 1,5 l Bier oder 0,5 l Wein).

Dieses kommt laut der Studie ...

... bei 12,1 Prozent der Schwangeren seltener als 1 Mal pro Monat vor.

... bei 3,8 Prozent der Schwangeren jeden Monat vor.

... bei 0,1 Prozent der Schwangeren mindestens jede Woche vor.

Die Ursachen für Alkoholkonsum durch Schwangere sind sehr vielfältig. Möglicherweise unterschätzen Schwangere die Risiken geringer Mengen Alkohols während der Schwangerschaft, oder die Entscheidung zum Konsumverzicht ist nicht ausreichend gefestigt, um sozialem Druck zu widerstehen. Neben der unzureichenden Kenntnis über die aus dem Alkoholkonsum resultierenden Gefahren für das Kind sind psychosoziale Belastungen, psychiatrische Erkrankungen, Unkenntnis der Schwangerschaft und andere Gründe häufig.

Risikofaktoren für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft können beispielsweise ein früh im Leben beginnender Alkoholkonsum, ein bereits vor der Schwangerschaft bestehender Alkoholkonsum, eine Abhängigkeitserkrankung, ein Alkoholkonsum der Partnerin bzw. des Partners oder in der Familie sein. Als weitere Risikofaktoren werden in der S3-Leitlinie zu FASD der hohe sozio-ökonomische Status, zusätzlicher Konsum von anderen Drogen, mütterliche Unter- oder Mangelernährung, Alter über 30 Jahre, Stress, genetischer Hintergrund u. a. genannt (Strieker/Heinen/Landgraf, 2024).

Auch das soziale Umfeld zählt! Bei der Beratung Schwangerer ist es wichtig, auch die Partnerinnen bzw. Partner – wenn möglich – aktiv in die Beratung miteinzubeziehen. Menschen im Umfeld der Schwangeren, die sie z. B. bei Vorsorgeterminen begleiten, sollten auf ihre Verantwortung und ihre Möglichkeiten zur Unterstützung der Schwangeren (u. a. Reduktion des eigenen Konsums) aufmerksam gemacht werden.



ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ansprechen – Beratungsgrundlagen



➤ **Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ansprechen – Beratungsgrundlagen**

Beratung fußt auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin, Arzt oder Hebamme und der Schwangeren, das von Ihnen durch empathischen Umgang und Wertschätzung der Patientin und ihrer Probleme, Fragen oder Beschwerden aufgebaut und gepflegt wird. Gynäkologinnen oder Gynäkologen haben meist schon vor einer Schwangerschaft die Möglichkeit, eine Bindung zu den Patientinnen aufzubauen. Für Hebammen kann das frühestens mit Beginn der Schwangerschaft geschehen. Unabhängig davon hängt der Erfolg einer Beratung von verschiedenen Faktoren ab:

- Vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre
- Sprachlich angepasste, eindeutige und gut verständliche Beratung
- Individuelle Beratung unter Berücksichtigung der persönlichen Situation
- Berücksichtigung der partnerschaftlichen Situation
- Sensibles Vorgehen beim Feststellen des Konsumstatus (→ Phase 1, ab S. 22)
- Zusicherung von weiterer Beratung in der Schwangerenvorsorge

Dazu gehört der grundsätzliche Rat zu vollständigem Alkoholverzicht während der Schwangerschaft. Dabei ist es notwendig, dass Sie Ihre Patientinnen und deren Partnerinnen bzw. Partner sehr konkret darüber aufklären, dass sie durch eine Entscheidung für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft das Risiko eingehen, dass ihr Kind eine lebenslange Behinderung erleidet. Durch diese Art der Aufklärung ermöglichen Sie den zukünftigen Eltern eine eigenständige Entscheidungsfindung und damit auch die Selbstwirksamkeit, die für die Durchsetzung der Verhaltensänderung „kein Alkohol“ erforderlich ist.

Die meisten Schwangeren werden den Alkoholkonsum einstellen, wenn ihnen das Risiko bewusst ist. Wenn ein andauernder bzw. riskanter Konsum oder eine Alkoholabhängigkeit frühzeitig erkannt werden, sollten die Betroffenen zu einer weiterführenden intensiven Betreuung motiviert werden (Waterson/ Murray-Lyon, 1990; Peterson/ Lowe, 1992; Reynolds et al., 1995; Hankin J.R., 2002).



Häufig bestehen bei Ihren Patientinnen unklare oder sogar falsche Vorstellungen über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Gehen Sie nicht davon aus, dass die Schwangeren über die gesundheitlichen Folgen von Alkoholkonsum für sich und ihr Baby ausreichend informiert sind.

Natürlich hat nicht jede Frau, die in der Schwangerschaft hin und wieder ein wenig Alkohol trinkt, ein schweres Alkoholproblem, das sofort behandlungsbedürftig ist. Doch sie setzt ihr Kind damit Risiken aus, über die sie vielleicht nur unzureichend Bescheid weiß. Daher geht es bei der Beratung in der Mehrzahl der Fälle um Information und Aufklärung in Verbindung mit der klaren Empfehlung zur Abstinenz in der Schwangerschaft. Diese Form der Beratung sollte immer erfolgen, da bei seltenem oder geringem Alkoholkonsum häufig die sozial erwünschte Antwort „nein, ich trinke keinen Alkohol“ gegeben wird und deswegen eine Schädigung des ungeborenen Kindes nicht ausgeschlossen werden kann. Auch sollte explizit nach Bier und Biermischgetränken gefragt werden, da diese häufig als Nahrungsmittel oder Erfrischungsgetränk betrachtet werden. Die Frage „Trinken Sie Alkohol?“ wird von zukünftigen Eltern häufig als Frage „Sind Sie Alkoholikerin bzw. Alkoholiker?“ fehlgedeutet, weswegen die konkrete Frage nach Trinkmengen empfohlen wird
→ Phase 1 auf Seite 22.

Viele Frauen informieren sich im Internet und kommen mit einer Vielzahl von Informationen zu Ihnen, die teilweise korrekt und teilweise falsch sind. Ergänzen Sie als Expertin bzw. Experte die Kenntnisse der Schwangeren und stellen Sie falsche Informationen richtig. Bieten Sie der Schwangeren Informationen über die möglichen Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft:

- Eine Zusammenfassung finden Sie im folgenden Kasten,
- außerdem sind einige häufig gestellte Fragen und entsprechende Antwortvorschläge im Kapitel „Typische Beratungsfragen“ zusammengestellt (→ ab S. 52).

Bleiben Sie bei der Darstellung der möglichen gesundheitlichen Gefahren für das Kind bewusst sachlich. Wecken Sie keine unnötigen Ängste, setzen Sie die Patientin nicht unter Druck – verschweigen Sie aber auch nichts.

Für Frauen, deren Alkoholkonsum bereits vor der Schwangerschaft problematisch war, ist Abstinenz oft nicht leicht zu erreichen. Dennoch ist gerade für diese Frauen die Schwangerschaft häufig ein günstiger Zeitpunkt, um für Hilfsangebote und entsprechende Hilfestellungen empfänglich zu sein. Entscheidend ist, dass bei der Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft frühzeitig die Weichen zu angemessener Hilfe und Versorgung gestellt werden. Wie Ihnen das auf einfache und praktikable Weise gelingen kann, erfahren Sie anhand von konkreten Tipps und Beispielen auf den folgenden Seiten.

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

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



- Die Auswirkungen werden unter dem Begriff FASD – Fetale Alkoholspektrumstörungen – zusammengefasst. Alkoholbedingte Schädigungen des Kindes treten nicht nur bei regelmäßigem, hohem Alkoholkonsum auf.
- Der Alkoholpegel im Blut des Kindes ist genauso hoch oder höher als der Pegel im Blut der Mutter. Das Ungeborene kann Alkohol nicht abbauen, anders als Erwachsene.
- Je nach Ausprägung: Erkrankte Kinder haben einen kleinen Kopf, es gibt typische Gesichtsveränderungen (kurze Augen, schmales Oberlippenrot, schwach ausgeprägte Lippen-Nasen-Falte) und manchmal Fehlbildungen (z. B. Herzfehler, Nierenfehlbildung) und häufig Beeinträchtigungen der Entwicklung, der Intelligenz und Verhaltensstörungen.
- Unsichtbare Krankheit: In den meisten Fällen ist die Krankheit von außen „unsichtbar“, weil „nur“ das Gehirn geschädigt ist.
- Typisch bei betroffenen Babys sind Essstörungen, motorische Unruhe und ausgeprägte Schlafstörungen.
- Der Alkoholkonsum hat Folgen für das ganze Leben: Kinder mit FASD können häufig keine normale Schule besuchen oder schaffen keinen Schulabschluss. Jugendliche mit FASD können Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit, Intelligenz, sozialen Interaktion und in der Selbstständigkeit aufweisen und sind anfällig für eigene Sucht- und psychiatrische Erkrankungen sowie gesetzwidriges Verhalten.

Ihre zentrale Aussage an Schwangere lautet: „Daher empfehle ich Ihnen, vollständig auf Alkohol zu verzichten, um das Kind sicher vor Schädigungen zu schützen.“

Selbstreflexion

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

Ihre Meinung zum Thema zählt!

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

Daher regen wir an, die eigene Einstellung zum Thema Alkohol, den gesellschaftlichen Umgang mit Alkohol und das Empfinden beim Thema Alkohol in der Schwangerschaft und einer lebenslangen Behinderung dadurch kritisch zu hinterfragen und sich Ihrer persönlichen Haltung bewusst zu werden.

- Ist Alkohol für Sie eher ein Genuss- oder ein Suchtmittel?
- Wie würden Sie selbst bei einer eigenen Schwangerschaft mit dem Thema Alkohol umgehen oder was würden Sie Ihrer schwangeren Partnerin empfehlen?
- Welche Haltung möchten Sie nach außen transportieren?
- Haben Sie in Ihrer Familie oder Ihrem Bekannten- und Freundeskreis Menschen, deren Umgang mit Alkohol Sie in irgendeiner Weise geprägt hat?

Eine sinnvolle Ergänzung zu diesem Leitfaden ist die von den Ärztekammern angebotene Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Sie beinhaltet auch ein Training in motivierender Gesprächsführung (→ **Fachinformationen, ab S. 62**).

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Die Phasen der Beratung



> Phase 1: Gesprächseröffnung und Feststellen des Konsumstatus

Zielkonsumverhalten ermitteln

Sprechen Sie zunächst an, dass Sie jetzt einige Fragen zum Alkoholkonsum stellen werden. Hilfreich ist eine Gesprächseröffnung, die nicht zum Gefühl der Stigmatisierung der Schwangeren führt.

Beispiel für eine Gesprächseröffnung:



„Grundsätzlich spreche ich mit allen werdenden Müttern die Bereiche an, die für einen positiven Verlauf der Schwangerschaft wichtig sind. Damit sind wir ganz sicher, dass wir möglichst frühzeitig alles für eine gesunde Entwicklung des Kindes tun können. Dazu gehören Ernährungsfaktoren, Medikamente und andere Substanzen – und der Konsum von Alkohol, auch in geringen Mengen.“

Höchstwahrscheinlich ist Ihnen zum Zeitpunkt der Befragung die Schwangerschaftswoche in der sich die Schwangere befindet, bereits bekannt. Wenn nicht, dann stellen Sie nun die folgende Frage:



„In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?“

Dann stellen Sie allen Schwangeren die Frage:



„Seit wann wissen Sie, dass Sie schwanger sind?“

Nutzen Sie zum Einstieg den Hinweis auf die bisherige Schwangerschaftsdauer – idealer Weise unter Angabe des konkreten (oder vermuteten) Konzeptionsdatums: „Sie sind vermutlich seit dem 11. März schwanger“ ist für die meisten Menschen besser einzuordnen als die Angabe „Sie sind seit zehn Wochen schwanger“.

Erheben Sie nun den Alkoholkonsum mit genau diesen Fragen:



„Haben sie im bisherigen Verlauf dieser Schwangerschaft Alkohol getrunken, z. B. auch hin und wieder ein Schlückchen?“

„Wie oft haben Sie Alkohol getrunken?“

„Wenn Sie getrunken haben, wie viel haben Sie an einem Tag getrunken?“

„Wie haben Sie seit Bekanntwerden der Schwangerschaft Ihren Alkoholkonsum verändert?“

Gibt die Schwangere an, Alkohol zu konsumieren, kann es zur genauen Einschätzung des Alkoholkonsums sinnvoll sein, Trinkanlässe und konkrete Getränkearten zu erfragen, da z. B. Bier als Nahrungsmittel und Biermischgetränke als Erfrischungsgetränke fehlinterpretiert werden könnten. Anschließend thematisieren Sie die subjektive Bewertung des Konsums:



„Zu welchen Anlässen trinken Sie Alkohol?“

„Wie bewerten Sie selbst Ihren Alkoholkonsum?“

„Sehen Sie die Notwendigkeit, Ihren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu ändern?“

Die Anamnese der Trinkgewohnheiten sollte Ihnen einen Überblick geben über: den aktuellen Konsum an alkoholischen Getränken, den Konsum von Alkoholika in der Zeit zwischen Konzeption und Bekanntwerden der Schwangerschaft sowie der Bereitschaft und Motivation der Schwangeren, den Konsum einzustellen, sowie der subjektiven Einschätzung, wie ihr das gelingen wird.

Bringen Sie, wenn möglich, zur Sprache, wie das Trinkverhalten der Partnerin bzw. des Partners und des engen Freundeskreises zu bewerten ist. Gerade die Partnerin bzw. der Partners hat einen großen Einfluss auf die Schwangere und sollte daher gegebenenfalls zur Reduktion des Konsums oder zum Alkoholverzicht motiviert werden, um die Schwangere zu unterstützen.



Um den maximalen Nutzen der Anamnesefragen zu erzielen, sollten diese generell bei jeder Erstberatung einer Schwangeren und möglichst frühzeitig in der Schwangerschaft gestellt werden. Dadurch wird die Anwendung (schneller) zur Routine, es besteht keine Gefahr der Stigmatisierung vermeintlicher Risikopatientinnen und es werden keine Schwangeren übersehen, die trotz vermeintlich geringem Risiko leider doch Alkohol konsumieren.

Die oben genannten Fragen, um den Konsumstatus festzustellen, orientieren sich am „Berliner Evaluationsbogen für Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ (Berliner EvAS), der in der Klinik für Geburtsmedizin der Charité Berlin entwickelt worden ist (Siedentopf et al., 2015).

Bewertung der Trinkgewohnheiten

Die Anamnese des Alkoholkonsums kann folgende Ergebnisse haben, wodurch die Phasen des Beratungsgesprächs unterschiedliche Bedeutung erhalten.

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

Empfehlung:

- Bekräftigen Sie die Schwangere, auch weiterhin keinen Alkohol zu trinken.
- Führen Sie eine grundlegende Beratung zum Alkoholverzicht in der Schwangerschaft durch.

Ergibt das Ergebnis der Befragung, dass in der Schwangerschaft nie Alkohol getrunken wurde, sollte die Schwangere dahingehend beraten werden, auch **weiterhin auf jeden Alkoholkonsum zu verzichten**, um keine Risiken für die Schwangerschaft und das Kind einzugehen. Es gibt keine Trinkmenge, bei der Schädigungen sicher auszuschließen sind oder bei der sicher Schädigungen bei den Kindern auftreten. Um jedes vom Alkoholkonsum ausgehende Risiko sicher auszuschließen, sollte **daher vollständig auf Alkohol in der Schwangerschaft verzichtet werden (→ Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ansprechen – Beratungsgrundlagen, ab S. 14).**

Idealer Weise findet das Aufklärungsgespräch bereits vor einer geplanten Schwangerschaft statt, in jedem Fall jedoch zu Beginn der Schwangerschaft, damit Schwangeren frühzeitig erläutert werden kann, warum im weiteren Schwangerschaftsverlauf jeglicher Alkoholkonsum unterbleiben sollte.

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

Typ 2: Die Schwangere gibt Alkoholkonsum an. Sie möchte ab jetzt verzichten, auch wenn sie einen Alkoholverzicht nicht einfach umsetzen kann.

Empfehlung:

- Sprechen Sie die deutliche Empfehlung zu vollständigem Alkoholverzicht aus.
- Bieten Sie eine ausführliche Risikoauflärung zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft an.
- Beraten Sie bei Bedarf auch ausführlich zu Methoden des Alkoholverzichts.
- Bieten Sie kürzere Vorstellungsintervalle an, um der Schwangeren Unterstützung zu signalisieren und weitere sinnvolle Schritte kurzfristig anzugehen.

→ Phase 2, ab S. 27.

Wenn Schwangere einräumen, zu einzelnen Gelegenheiten, z. B. bei Festen, Alkohol konsumiert zu haben, ist dies nicht notwendigerweise als Hinweis auf ein hohes Konsumrisiko zu bewerten. Es sollte aber Anlass bieten, die alkoholassoziierten Risiken für das Kind genau und mit dem konkreten Hinweis auf eine lebenslange Behinderung darzulegen und zum vollständigen Verzicht zu motivieren.

Da es keine Grenze für einen risikolosen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gibt, sollte mit allen Schwangeren, die Alkohol konsumieren, **ein Beratungsgespräch über die Einschränkung des Konsums bzw. den Alkoholverzicht geführt werden**. Neben einer völligen Unkenntnis oder Falscheinschätzung der Risiken des Alkoholgebrauchs in der Schwangerschaft könnte hier ein schädlicher und möglicherweise abhängiger Alkoholkonsum deutlich werden.

Fragen Sie im Verlauf der Schwangerschaft (z. B. auch im Zusammenhang mit anderen Themen) immer wieder nach, ob die Schwangere den Alkoholverzicht durchhält.

Nutzen Sie unser Phasenmodell, um Motivation zur Verhaltensänderung zu erzeugen und dabei behilflich zu sein.



Nach dem heutigen Stand der Forschung gibt es keine gesicherte Konsumgrenze für Alkohol in der Schwangerschaft, die als unbedenklich für das Kind eingestuft wird. Je mehr Alkohol konsumiert wird, desto größer ist das Risiko. **Deshalb: Empfehlen Sie den vollständigen Alkoholverzicht**, um gesundheitliche Risiken für das Ungeborene auszuschließen!

Typ 3: Die Schwangere hat (vermutlich) einen problematischen Alkoholkonsum und Schwierigkeiten beim Alkoholverzicht.

Empfehlung:

- Leiten Sie die Schwangere zu einer spezialisierten Schwangerenberatung oder zu einer erfahrenen Suchtberatungsstelle weiter.

Zu der Einschätzung, dass ein hoher Alkoholkonsum oder möglicherweise eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, kommen Sie unter Berücksichtigung von ...

- ... Daten aus der Anamnese zum Alkoholkonsum: Schwangere, die nach Auswertung der o. g. Fragen zum Alkoholkonsum entweder mehrmals pro Woche Alkohol konsumieren oder wiederholt in der Schwangerschaft hohe Mengen (mehr als vier kleine Gläser) konsumiert haben.
- ... Einstellungen und Meinungen der Schwangeren zu ihrem Alkoholkonsum: Warum und in welchen Situationen konsumiert sie Alkohol? Zeigt sie Veränderungsbereitschaft? Wie schätzt sie die Fähigkeit zur Konsumreduktion ein?



Wenn Sie aufgrund der Ihnen bekannten Vorgeschichte der Patientin, ihrer Reaktionen im Gespräch, der Anamnese des Alkoholkonsums oder anderer Faktoren denken, dass ein problematischer Alkoholkonsum vorliegen könnte, sollte die Schwangere in einer spezialisierten Schwangerenberatung oder einer erfahrenen Suchtberatung vorgestellt werden.

In diesem Fall ist Ihr unterstützender, wohlwollender und nicht stigmatisierender Einsatz für die Patientin weiterhin von großer Bedeutung. Dennoch sind Sie als Gynäkologin, Gynäkologe oder Hebamme nicht in der Rolle, eine Suchtberatung durchzuführen und den Entwöhnungsprozess zu begleiten. Jedoch können Sie aufgrund Ihres engen Kontakts zu der Schwangeren das Bindeglied sein, welches ihr mit Hilfe eines tragfähigen Netzwerks sinnvolle Unterstützungsoptionen in dieser schwierigen Situation eröffnet.

Daher sollten Sie auch darauf hinwirken, dass Hilfe durch spezialisierte Angebote der Suchthilfe in Anspruch genommen werden (**→ Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, ab S. 44**).

> Phase 2: Motivation zur Verhaltensänderung

Ausgangssituation

Die Erhebung des Konsumstatus hat ergeben, dass Alkoholverzicht notwendig ist. Die Aussagen der Schwangeren zum Konsum legen nahe, dass sie selbstständig Abstinenz erreichen will und kann.

Ziel

Verstärkung der Motivation zum vollständigen Alkoholverzicht im Beratungsgespräch.



Sollte die Erhebung des Konsumstatus ergeben haben, dass ein hoher Alkoholkonsum oder eine Alkoholabhängigkeit vorliegt, beachten Sie bitte das Kapitel „Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ ab S. 44.

Gesprächseinstieg

Die Schwangere zögert noch, ob der Alkoholverzicht für sie wirklich das Beste ist. Sie ist noch nicht gänzlich überzeugt von dessen Nutzen. Aber es gibt in ihr einen Teil – bewusst oder unbewusst –, der dazu bereit ist, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. An dieser Stelle besteht die Möglichkeit, die vorhandene Motivation zur Verhaltensänderung zu verstärken. Grundlage ist, wie in jedem Beratungsgespräch, eine Beziehung zu der Schwangeren herzustellen oder wieder aufzunehmen. Abhängig davon, wie Sie zuvor mit der Patientin verblieben sind, geht es nun zuerst darum, einen Fokus für das Gespräch zu finden.

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

Beispiel für einen Gesprächseinstieg:



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

Verdeutlichen Sie selbstmotivierende Aussagen

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

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

Beispiele für selbstmotivierende Aussagen:	Ausdruck von:
„Ich habe bisher nicht realisiert, dass ich meinem Kind schwer schaden kann.“	Problemerkennung
„Vielleicht haben Sie recht. Vielleicht ist das wirklich nicht gut.“	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?“ „Ich weiß auch nicht genau, was ich tun soll, aber so soll es nicht bleiben.“	Veränderungsabsicht
„Ich habe mich entschieden. Ich denke, ich schaffe das!“ „Ich glaube, wenn ich mir das vornehme, kann ich es schaffen!“	Optimismus

So können Sie aktiv auf selbstmotivierende Aussagen hinwirken:

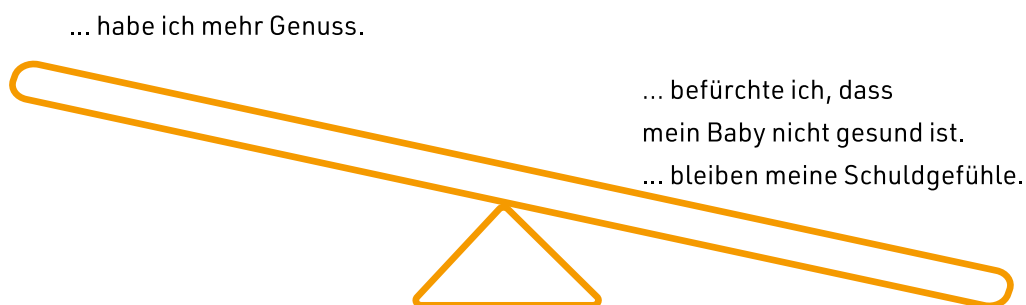
- Stellen Sie offene Fragen.
- Entwickeln Sie Themen: „Sie würden sich also wohler fühlen. Inwiefern?“
- Erwägen Sie Extreme: „Wenn Sie weitermachen wie bisher, was wäre das Schlimmste, das geschehen könnte?“ oder „Wenn Sie Ihr Verhalten jetzt ändern, was wäre das Beste, das geschehen könnte?“
- Blicken Sie zurück: „Wie war das, als Sie angefangen haben, regelmäßig zu trinken?“
- Schauen Sie in die Zukunft: „Wie wünschen Sie sich Ihr Leben in einem Jahr oder in drei Jahren?“

Verstärken Sie positive Aspekte

Die Voraussetzung für eine Verhaltensänderung – hier der Alkoholverzicht – ist das Erkennen von ambivalenten Gefühlen und Einstellungen gegenüber den alten Gewohnheiten. Personen mit Suchtmittelgebrauch, wie z. B. Alkohol und Nikotin, entwickeln ihrem eigenen Verhalten gegenüber ambivalente und diskrepante Gefühle und Einstellungen. Zwar wissen sie meist um die gesundheitsschädigenden Folgen ihres Handelns für sich und ihr Baby, doch die Gründe für den Konsum in seiner bisher praktizierten Form können ähnlich gewichtig sein wie die Gründe, die dagegensprechen.

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

Wenn ich mein Trinkverhalten beibehalte wie bisher, ...



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

Beispiel einer Kosten-Nutzen-Analyse:

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

Meine Vorteile:

- ... gehe ich kein Risiko ein, dass mein Kind dadurch geschädigt wird.“
- ... habe ich weniger Angst- und Schuldgefühle.“
- ... erhöhe ich meine Selbstachtung.“
- ...

Meine Nachteile:

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

Mit diesen Fragen erwirken Sie eine realistische Einschätzung der Konsumfolgen:

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

Analysieren Sie Stärken und Schwächen

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

In Phase 2 steht die Motivation im Vordergrund. Wichtig für den Erfolg sind daher die Situationen, in denen es der Schwangeren bereits gelungen ist, ihren Alkoholkonsum einzuschränken oder ganz darauf zu verzichten. Zudem ist die Änderung eines Verhaltens nur möglich, wenn es bessere Alternativen gibt. Am überzeugendsten sind Alternativen, die die Schwangere selbst gefunden hat. Wichtig ist, dass sie bei der Auswahl ihre Eigenverantwortung behält. Die infrage kommenden Alternativen für das zukünftige, geplante Handeln soll sie deshalb vorwiegend selbst wählen. Sie als Vertrauensperson können die Schwangere bestärken, indem Sie sie auf ihre Stärken, Verhaltenskompetenzen und Handlungsalternativen aufmerksam machen und sie dazu motivieren, auf dieser Basis weiterzumachen.

Wichtig sind jedoch auch die Momente, in denen es nicht geklappt hat, auf Alkohol zu verzichten. In welchen Situationen ist der Alkoholverzicht bisher nicht gelungen? Fällt der Verzicht eher emotional, im sozialen Kontext oder funktional schwer bzw. leicht? In welchen Situationen wurde mehr getrunken, als sich die werdende Mutter eigentlich vorgenommen hatte?

Beispiele möglicher Stärken und Schwächen

	Stärken	Schwächen
Emotionale Ebene	<p>„Ich freue mich auf das Kind! Da fällt es mir leicht, während meiner Schwangerschaft auf Alkohol zu verzichten.“</p> <p>„Jetzt, da ich weiß, wie schädlich Alkohol für mein Kind ist, möchte ich mich nicht schuldig fühlen müssen.“</p>	<p>„Bei Kritik und dem Gefühl von Überforderung ziehe ich mich am liebsten zurück und trinke etwas.“</p> <p>„Ich bin unsicher, ob ich tatsächlich die gesamte Schwangerschaft ohne Alkohol durchhalten kann.“</p>
Soziale Ebene	<p>„Wenn ich Alkohol angeboten bekomme, kann ich gut Nein sagen.“</p> <p>„Mein Partner unterstützt mich dabei, keinen Alkohol zu trinken. Wir wollen beide weniger trinken.“</p>	<p>„Wenn ich mit anderen zusammen bin, kann ich mir gar nicht vorstellen, auf Alkohol zu verzichten.“</p> <p>„Wir trinken immer am Abend zusammen ein Gläschen. Das ist schon Ritual. Wie soll ich da verzichten?“</p>
Funktionale Ebene	<p>„Bisher habe ich Alkohol auch nach der Arbeit zum Durst löschen getrunken. Das lass' ich ab sofort!“</p> <p>„Ich kann mich auch gut ohne Alkohol amüsieren.“</p>	<p>„Nach dem Job muss ich mich oft erst mit einem Glas entspannen.“</p> <p>„Um in Stimmung zu kommen, brauche ich erst einen Schluck.“</p>



So ergründen Sie im Gespräch, wie die schwangere Frau ihre Stärken und Schwächen einschätzt:

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

Formulieren von konkreten Zielen

Nachdem sich die werdende Mutter für eine bestimmte Handlungsalternative entschieden hat, kann sie ihre konkreten Ziele formulieren und einen zur Zielerreichung notwendigen Handlungsplan festlegen. Weit entfernt scheinende Ziele sollten in mehrere Teilziele gegliedert werden, um die Gefahr von Überforderung und Frustration zu minimieren. Teilziele gewährleisten schnellere Erfolgserlebnisse und damit frühzeitig positive Bestätigung. Zudem kann schneller überprüft werden, ob der eingeschlagene Weg realisierbar ist.

So stärken Sie im Gespräch das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten:

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



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

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

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

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

Ziehen Sie eine Gesprächsbilanz

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

Um Ihrer Patientin wertvolle Informationen mit nach Hause zu geben, händigen Sie ihr die Broschüre „Andere Umstände – neue Verantwortung“ (→ S. 60) aus.

Drei Voraussetzungen müssen erfüllt sein, um mit der konkreten Planung und Durchführung der Verhaltensänderung beginnen zu können:

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

■ **Ja**, die Voraussetzungen sind gegeben.

Weiter mit Phase 3 „Hilfen bei der Verhaltensänderung“ (→ ab S. 34).

■ **Nein**, die Voraussetzungen sind nicht gegeben.

Vertiefung von Phase 2 „Motivation zur Verhaltensänderung“ (→ ab S. 27).

Versuchen Sie in einem weiteren Gespräch, den Wunsch nach einer Verhaltensänderung noch zu stärken. Schlagen Sie eine suchtttherapeutische Beratung vor, wenn der Verdacht einer Abhängigkeit besteht (→ **Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, ab S. 44**).

Stellen Sie dann erneut die Bereitschaft zum Alkoholverzicht fest.

> Phase 3: Hilfen bei der Verhaltensänderung

Ausgangssituation

Die Schwangere hat den Entschluss gefasst, an der Reduzierung ihres Alkoholkonsums zu arbeiten.

Ziel

Der Konsumstopp sollte möglichst umgehend erreicht werden.

Entscheidung dokumentieren

Um den Alkoholkonsum zu beenden, legt die Schwangere gemeinsam mit Ihnen einen Zeitpunkt fest, von dem an die Entscheidung gilt und der Alkoholkonsum beendet wird.

Verdeutlichen Sie die Ernsthaftigkeit Ihrer gemeinsamen Bemühungen, indem Sie ...

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

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

Sozialem Druck widerstehen und „Nein“ sagen

Vielen Schwangeren fällt es schwer, „Nein“ zu sagen, wenn ihnen Alkohol angeboten wird.

Besonders schwierig ist es in den ersten Monaten der Schwangerschaft, in denen das Umfeld von der Schwangerschaft meistens noch nichts weiß und die Schwangere es auch noch nicht erzählen möchte. Doch auch im weiteren Verlauf kann es sich für sie seltsam anfühlen, nicht mitzutrinken.

Daher sollten Sie der Schwangeren gute Argumente und Handlungsmöglichkeiten an die Hand geben, um nicht aufgrund sozialen Drucks schwach zu werden. Sie können ihr ohne viel Aufwand helfen, diese Situationen gestärkt anzugehen:

„Sie werden möglicherweise in Situationen kommen, in denen es verwundern könnte, wenn Sie keinen Alkohol trinken. Am besten ist es, einfach klar und deutlich ›nein danke‹ zu sagen. Dies kommt auch unabhängig von einer Schwangerschaft immer häufiger vor, fühlen Sie sich nicht verpflichtet Ihr ›Nein‹ zu erläutern. Wenn es aber nicht so einfach ist, dann lassen Sie uns doch einfach ein paar Ideen oder Notlügen sammeln, wie Sie damit umgehen könnten.“

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

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

→ Weitere Anregungen und Argumentationshilfen zum Ablehnen von Alkohol finden Schwangere und ihre Partnerinnen bzw. Partner in der Broschüre „Andere Umstände – neue Verantwortung“ des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (→ S. 60).

Alternativen zum Alkoholkonsum suchen

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

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



Fragen zur Feststellung der Konsumsituationen:

- „In welchen Situationen fällt es Ihnen schwer, ein angebotenes Getränk abzulehnen?“
- „Woran liegt es konkret, dass es Ihnen schwerfällt?“
- „Welche Folgen befürchten Sie?“
- „Was könnte im schlimmsten oder im besten Fall passieren?“
- „Was könnte Ihnen in dieser Situation helfen, vielleicht ein bestimmter Satz, das Ultraschallfoto des Ihres Babys oder die Unterstützung ihrer Partnerin bzw. Ihres Partners?“

Häufig genannte Funktionen des Alkoholkonsums

	Mögliche Alternativen
Automatismus	<p>Mit Alkohol verknüpfte Situationen bewusst verändern</p> <p>Veränderung von Situationen, die „automatisch“ mit Alkoholtrinken verknüpft sind, z. B. den Fernseher anzustellen bedeutet automatisch Bier und Chips zu verzehren oder ein Kneipenbesuch wird automatisch mit dem Bestellen eines alkoholischen Getränks in Verbindung gebracht .</p> <ul style="list-style-type: none">■ Solche Situationen vermeiden, wenn möglich.■ Strukturen ändern, und z. B. erst ein alkoholfreies Getränk holen und dann den Fernseher einschalten.■ Neue Verknüpfungen schaffen. Den Fernseher anschalten könnte in der Schwangerschaft bedeuten, dass nun eine Bauchmassage folgt.■ Alternative Tätigkeiten suchen und z. B. ein Buch lesen oder spazieren gehen, statt den Fernseher einzuschalten.
Genuss und Geselligkeit	<p>Zubereitung von alkoholfreien Getränken</p> <p>Alkoholfrei bedeutet nicht langweilig.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Kreativ werden: Es gibt viele geschmackvolle, fantasievolle – und natürlich alkoholfreie – Cocktails.■ Neues ausprobieren: Gezielt im Getränkemarkt oder in der Bar nach alkoholfreien Getränken (Sirups, Limonaden, Geschmacksrichtungen) suchen, die man noch nicht kennt.■ Absprachen treffen: Vor dem Besuch einer Lokalität mit der Freundin oder der Partnerin bzw. dem Partner ausmachen, dass beide heute keinen Alkohol trinken.

	Mögliche Alternativen
Entspannung	<p>Neue Formen der Entspannung</p> <p>Evtl. fällt es schwer, auf die entspannende Wirkung von Alkohol zu verzichten. Andere Möglichkeiten für Entspannung könnten sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lesen: Bücher über Schwangerschaft und Baby, spannende Lektüre, neue Autoren. ■ Tee trinken: Kräuter- und Gewürztees können entspannend wirken – und gut schmecken. ■ Muskelentspannung, Yoga oder Meditation ausprobieren: In Kursen (speziell für Schwangere) oder mit Büchern oder Videos lassen sich verschiedene Übungen und Techniken erlernen. ■ Sport machen: Bewegung an der frischen Luft oder im Wasser wirkt entspannend auf Körper und Geist.
Verdrängung	<p>Neue Wege im Umgang mit unangenehmen Gefühlen</p> <p>Evtl. sollen mit Alkohol Gefühle wie z. B. Ärger, Versagensängste, Unsicherheit oder Langeweile „weggespült“ werden. Ziel ist es, einen konstruktiven Umgang mit diesen Gefühlen zu lernen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Andere Konfliktlösungsstrategien sind z. B. Kommunikationstraining, Entspannungstechniken oder evtl. therapeutische Hilfe (Psychotherapie). ■ Bessere (Zeit-)Planung, um Überforderung zu vermeiden. ■ Realistische Aufgaben wählen.
Sozialer Druck	<p>Sozialem Druck mit Selbstbewusstsein begegnen</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Trinkt auch die Partnerin bzw. der Partner, sollte der Vorschlag gemacht werden, dass beide gemeinsam für den Zeitraum der Schwangerschaft aufhören zu trinken. ■ In Gesellschaft hilft im Zweifelsfall auch eine kleine Notlüge: „Fühle mich nicht gut“, „Bin erkältet“, „Halte Diät“, „Muss morgen früh raus“, „Muss noch Auto fahren“.
Schwierige Lebensumstände	<p>Unterstützung organisieren</p> <p>Belastende Lebensumstände (Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme, Allein-erziehung, Belastungen durch weitere Kinder) können zum regelmäßigen Alkoholkonsum führen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Entlastung organisieren durch Eltern, Freundinnen oder Freunde, Bekannte, Kinderbetreuung. ■ Unterstützung suchen durch soziale Dienste, Familienhebamme oder Nachbarschaftshilfe.

Belohnung und positive Verstärkung

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

Wann soll Belohnung erfolgen?

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

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

Womit kann Belohnung erfolgen?

Formeln der Selbstverstärkung sind eine einfache, aber sehr effektive Form der Belohnung, weil sie unmittelbar erfolgen können und die Schwangere sehr genau auf das eigene Verhalten achten lässt.

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

Andere Belohnungsmöglichkeiten können sein:

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

Druck erzeugt Widerstand

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

Unterstützung aus dem Umfeld

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

Die Rolle der Partnerin oder des Partners

Häufig beeinflusst sich ein Paar in seinem Trinkverhalten wechselseitig, sodass ein Alkoholverzicht für die werdende Mutter möglicherweise leichter zu realisieren ist, wenn sich der die Partnerin bzw. der Partner rücksichtsvoll verhält. Trinken nahe Bezugspersonen regelmäßig Alkohol, so kann es für die Schwangere schwer sein, zu widerstehen (Waterson E. J., 1990; Van Der Wulp, 2016; Gouilhers, 2019). Erfragen Sie, wie das soziale Umfeld der Schwangeren aussieht und erkundigen Sie sich ggf. nach dem Trinkverhalten der Partnerin bzw. des Partners und danach, welche Möglichkeiten der Unterstützung durch sie bzw. ihn gegeben sind. Es ist für die Schwangere vermutlich eine große Hilfe, wenn auch die Partnerin bzw. der Partner den Alkoholkonsum reduziert und damit Unterstützung signalisiert. Sprechen Sie dieses Thema aktiv an.



**„Wie sieht Ihre Partnerin bzw. Ihr Partner das Thema?
Hat ihr bzw. sein Trinkverhalten einen Einfluss auf Sie?“**

Vielleicht ist der Effekt besser, wenn die Empfehlungen von fachlicher Seite an die Partnerin bzw. den Partner herangetragen werden. Die Unterstützung der Schwangeren für die Gesundheit des Babys und die Vorbildfunktion als Eltern sollten bei einer Beratung im Mittelpunkt stehen. Möglicherweise sind auch hier konkrete Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

Wenn Sie den Eindruck haben, dass nahe Bezugspersonen einen riskanten Alkoholkonsum oder eine Abhängigkeit aufweisen, empfehlen Sie auch diesen eine kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und die Inanspruchnahme von Unterstützung, z. B. durch eine Beratung bei einer suchttherapeutischen Stelle.



Gemeinsame Beratung

Eine gemeinsame Beratung der zukünftigen Eltern zum Trinkverhalten könnte positive Auswirkungen haben. Hierzu eignen sich – unabhängig vom Schwangerschaftsgeschehen – die Angebote der Suchtberatung (**Adressen von Informations- und Unterstützungsangeboten für Schwangere → S. 64**).

Familienangehörige, Freundinnen, Freunde und Bekannte miteinbeziehen

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

Der Partnerin bzw. dem Partner können Sie für eine schnelle Orientierung den Flyer **„Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner“** aushändigen. Auch die Broschüre **„Andere Umstände – neue Verantwortung“** bietet Informationen und Verhaltensempfehlungen für Schwangere und ihre Partnerinnen bzw. Partner (→ S. 60).

Schritt für Schritt zum Ziel

Manche Frauen fühlen sich überfordert, wenn sie kurzfristig ihren Alkoholkonsum komplett einstellen sollen. Daher sind Zwischenschritte sinnvoll. Werden diese konsequent und erfolgreich bewältigt, sind die Erfolgsaussichten groß. Das Risiko für eine Schädigung des Kindes ist immer noch geringer, wenn die Frau spät in der Schwangerschaft alkoholabstinenter wird, als wenn sie die gesamte Schwangerschaft über trinkt. Dennoch sind – einfühlsam und ohne Druck auszuüben – folgende Positionen klarzustellen:

- Das Ziel ist eine möglichst schnelle Reduzierung des Alkoholkonsums.
- Ausreden gelten nicht. Wenn die bisher erarbeiteten Mittel (z. B. Handlungsoptionen) nicht ausreichen, arbeiten Sie erneut an diesen Themen. Halten Sie dann an der Umsetzung fest.
- Zeigen Sie Verständnis für die Schwangere, aber vermeiden Sie den Eindruck, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft akzeptabel ist.
- Wenn die bisherigen Angebote nicht erfolgreich sind, weisen Sie auf ergänzende Hilfeangebote (z. B. Suchtberatungsstelle, Schwangerschaftskonfliktberatung, Familienhebammen, Informationstelefon des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Informationen auf → S. 64) hin. 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.



Mögliche Frage:

„Können Sie ab sofort auf alkoholhaltige Getränke völlig verzichten?“

Antwort: Ja

→ Weiter mit Phase 4 „Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung“, ab S. 42.

Antwort: Nein, die Reduzierung klappt nicht wie gedacht.

→ Wiederholung von Phase 2 „Motivation zur Verhaltensänderung“, ab S. 27.



Sollte der Konsum dauerhaft hoch sein, ist ggf. eine Weiterleitung an eine spezialisierte Einrichtung notwendig (→ mehr dazu im Kapitel „Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“, ab S. 44).

Bei alkoholabhängigen Frauen kann der kurzfristige, komplette Alkoholverzicht zu Entzugserscheinungen führen. Daher sollte die Reduktion medizinisch überwacht durchgeführt werden. Diese Schwangeren sollten unbedingt weiterführende Hilfe in Anspruch nehmen.

Zudem kann es sinnvoll sein, die Schwangere auf anonyme Möglichkeiten der Beratung hinzuweisen (**Adressen von Informations- und Unterstützungsangeboten für Schwangere → S. 64**).

Gegebenenfalls können Sie der Schwangeren weitere Informationen aushändigen, z. B. die Broschüre „Andere Umstände – neue Verantwortung“ des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (**→ S. 60**). Darin sind die wichtigsten Informationen dazu zusammengefasst, warum Alkoholverzicht so wichtig ist. Außerdem werden Anregungen gegeben, wie der Verzicht leichter gelingt.

> Phase 4: Sicherung der Abstinenz und Rückfallbewältigung

Ausgangssituation

Sie haben weiterhin Kontakt mit der Schwangeren. Die Entscheidung zur Abstinenz besteht weiterhin (auch wenn diese nicht vollständig eingehalten wurde).

Ziel

Sicherung der Abstinenz oder erneute Intervention wie in Phase 3.

Begleitend zur Seite stehen

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

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



Mögliche Frage:

„Haben Sie Ihren Vorsatz, auf alkoholhaltige Getränke zu verzichten, durchhalten können?“

Antwort: „Ja“

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

Antwort: „Nein“

- Versuchen Sie, Gefühle persönlichen Versagens zu erkennen und zu verringern (s. u.).
- Würdigen Sie Teilerfolge.
- Erklären Sie, dass die Verhaltensänderung ein Lernprozess ist, der evtl. mehrfach durchlaufen werden muss. Ein Rückschritt kann die Grundlage für einen erfolgreichen nächsten Schritt sein.
- Sichern Sie weitere Unterstützung zu. Bringen Sie Geduld und Verständnis auf und versuchen Sie, sich in die Schwangere einzufühlen.

Umgang mit Widerstand und Ablehnung

Anzeichen von Widerstand und Ablehnung sollten zum Anlass genommen werden, das Vorgehen zu überdenken und das Gesprächsverhalten zu ändern.

Vorgehen bei Ablehnung und Widerstand:

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

Trotz erneutem Konsum: Dran bleiben

Motivieren Sie die Schwangere auf jeden Fall zu einem weiteren Versuch.

Bitte beachten Sie, dass Schwangere, denen der Alkoholverzicht sehr schwerfällt, möglicherweise keine weitere Hilfe in Anspruch nehmen werden und daher keine weiteren Interventionen durch Fachkräfte erfolgen werden.



Orientieren Sie Ihr Handeln an der Bereitschaft der Schwangeren zur Verhaltensänderung: „Sind Sie noch von der Wichtigkeit und Richtigkeit eines Alkoholverzichts überzeugt?“

Antwort: „Ja“

Besprechen Sie die kritischen Situationen und erarbeiten Sie ggf. neue Handlungsalternativen.

Weiter mit Phase 3 „Hilfen bei der Verhaltensänderung“ (→ ab S. 34).

Antwort: „Nein“

Erneute Intervention, siehe Phase 2 „Motivation zur Verhaltensänderung“ (→ ab S. 27).

Wie Sie damit umgehen, wenn die Schwangere den Alkoholverzicht trotz Motivation und weiterer Unterstützung nicht durchhält, lesen Sie im folgenden Kapitel.

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft



> Andauernder oder erneuter Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Bei Frauen, deren Schwangerschaft bereits bekannt ist und die weiterhin Alkohol oder andere Substanzen konsumieren, sind persönliche Interventionen besonders wichtig. Voraussetzung dabei ist ein wertschätzender Umgang, der keine Schuldzuweisungen und Stigmatisierungen enthält. Denn diese Frauen sind oftmals bereits durch ihr Umfeld vielen Anschuldigungen ausgesetzt oder machen sich selbst große Vorwürfe, was wiederum zu einem vermehrten Konsum, zu Frustrationen oder zu verminderter Selbstwirksamkeit und Behandlungsabbrüchen führen kann (Landgraf/Hoff, 2018).



Bitte beachten Sie, dass Schwangere mit problematischem Umgang mit Alkohol oder abhängigem Konsum möglicherweise keine weitere Hilfe in Anspruch nehmen werden und daher keine weiteren Interventionen durch Fachkräfte erfolgen werden.

Schwierigkeiten beim Alkoholverzicht ergeben sich durch vielfältige Umstände. Mit konkreten Fragen können Sie anlässlich eines erneuten Konsums den Beratungsprozess fortsetzen:



„In welchen Situationen konnten Sie auf Alkohol verzichten?“
„In welchen Situationen konnten Sie das Alkoholtrinken nicht vermeiden?“

Wenn eine Schwangere den Vorsatz zum Verzicht auf Alkohol nicht einhalten konnte, so kann das verschiedene Ursachen haben. Um die konkrete Situation besser einschätzen zu können, finden Sie hier eine Liste potenzieller Faktoren:

Soziale Situationen:

- Geselliges Beisammensein
- Gewohnheitsmäßige Abläufe oder Verhaltensroutinen
- Sozialer Druck
- Doppel- oder Dreifachbelastung (z. B. Kinder, Haushalt, Beruf)
- Partnerin bzw. Partner trinkt ebenfalls

Psychische Situationen:

- Stresssituationen mit negativ empfundenen Gefühlszuständen
- Dauerhafte Belastungen
- Unzureichende Motivation
- Gefühl der Aussichtslosigkeit
- Schädlicher Gebrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol

Körperliche Situationen:

- Körperliche Beschwerden
- Entzugssymptome
- Unruhe, Zittern etc.

Finden Sie anhand der hier genannten Faktoren Anknüpfungspunkte, um wieder mit aktivierender Beratung anzusetzen **Phase 3 „Hilfen bei der Verhaltensänderung“** (→ ab S. 34).



Hoher Alkoholkonsum und/oder Abhängigkeit – was tun?

Als Gynäkologin, Gynäkologe oder Hebamme liegt Ihr Hauptaugenmerk auf der Gesundheit der Schwangeren und des ungeborenen Kindes. Wenn Sie im Gespräch feststellen, dass die Schwangere ein schweres Alkoholproblem hat, für das Ihre Kurzintervention nicht angemessen ist, so befinden Sie sich in einer schwierigen Situation. Einerseits möchten Sie die Patientin nicht verschrecken, sondern motivieren, auch weiterhin regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen zu kommen. Denn nur dann haben Sie die Möglichkeit, die Schwangerschaft bestmöglich zu begleiten. Gleichzeitig ist es notwendig, dass die Schwangere Hilfe bei einer spezialisierten suchtspezifischen Einrichtung erhält.

Sofern die Schwangere den Alkoholverzicht nicht durchhalten konnte, weiterhin unsicher ist oder die Änderungsbereitschaft nicht ausreichend hoch ist, kann zusätzlicher Beratungsbedarf durch andere Einrichtungen des Gesundheitswesens nötig werden. Informieren Sie sich und die Schwangere gegebenenfalls über suchtspezifische Hilfeangebote in Ihrer Nähe (Weitere Informationen → S. 60).



Diagnosekriterien für Abhängigkeit (ICD 11 6C40.2)

Die Diagnose erfordert, dass zwei oder mehr der folgenden drei Kriterien über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten bestehen. Sie kann aber auch gestellt werden, wenn die Substanz mindestens einen Monat kontinuierlich (täglich oder fast täglich) konsumiert wird.

1. Beeinträchtigte Kontrolle über den Substanzkonsum – bezogen auf Beginn, Menge und Umstände oder Ende des Konsums. Dies wird oft, aber nicht notwendigerweise, von subjektiven Empfindungen wie Drang oder Verlangen („craving“), die Substanz zu konsumieren, begleitet.
2. Physiologische Merkmale (indikativ für substanzbezogene Neuroadaptation) manifestieren sich als Toleranz, Entzugerscheinungen nach Konsumstopp oder -reduktion oder wiederholtem Konsum der Substanz, um Entzugerscheinungen zu mindern oder zu verhindern (Entzugerscheinungen müssen dem Entzugssyndrom der Substanz entsprechen und sind nicht auf anhaltende Substanzeffekte zurückzuführen).
3. Substanzkonsum wird fortschreitend zur Priorität im Leben und die Substanz erhält Vorrang gegenüber anderen Interessen, Vergnügungen, alltägliche Aktivitäten, Verpflichtungen oder der Gesundheitspflege bzw. persönlichen Pflege. Damit nimmt der Substanzkonsum zunehmend eine zentrale Rolle im Leben der Person ein und verdrängt andere Aspekte des Lebens an den Rand. Der Konsum wird trotz des Auftretens von Problemen fortgeführt.

Sollten Anzeichen für einen abhängigen Konsum vorliegen, sollten nicht Sie die weiteren Interventionsschritte verantworten. Für Schwangere mit hohem, missbräuchlichem Konsum kann der kurzfristige, komplette Alkoholverzicht unter Umständen nicht empfohlen werden, da Entzugerscheinungen auftreten können. Ein Alkoholentzug in der Schwangerschaft sollte daher unbedingt medizinisch begleitet durchgeführt werden. Auch Komorbiditäten können so angemessen berücksichtigt werden. Dafür kommen qualifizierte Hausarztpraxen, gynäkologische Kliniken mit konsiliarischer psychiatrischer Betreuung oder psychiatrische Kliniken mit Suchtabteilung in Frage. Alternativ kann die Schwangere einer erfahrenen Suchtberatung vorgestellt und von dort zu einer passenden Einrichtung vermittelt werden.

Ziel ist es, den weiteren Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit angemessener Unterstützung zu vermeiden oder weitestgehend einzuschränken. Im Schwangerschaftsverlauf bedarf es weiterer Untersuchungen zur Entwicklung des Kindes und dringender Betreuung und Therapie für die Mutter. Nach der Geburt ist eine adäquate Diagnostik, Beratung, Behandlung und Therapie für die Mutter und eine frühzeitige Diagnostik und kontinuierliche Anbindung des Kindes an eine entwicklungsdiagnostische medizinische Einrichtung (z. B. Sozialpädiatrisches Zentrum) dringend notwendig.

Wie Sie zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfe motivieren können, lesen Sie im folgenden Kapitel.

Während der Schwangerschaft sind werdende Eltern eher bereit, Hilfe anzunehmen. Daher ist es in diesem Lebensabschnitt oft leichter, die Schwangere zum Besuch einer Suchtberatungsstelle oder anderer Einrichtungen des Hilfesystems zu bewegen. Die vertrauensvolle Atmosphäre bei den Vorsorgeuntersuchungen kann zur Ansprache dieses Schrittes genutzt werden. Bereits während der Schwangerschaft, aber auch nach der Geburt, kann möglicherweise eine Familienhebamme hinzugezogen werden. Sie unterstützt Schwangere mit Alkoholproblemen dabei, weitere Hilfen (z. B. aus dem suchtmmedizinischen Bereich) anzunehmen. Zur Bewältigung von besonderen familiären Problemlagen bietet das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ein umfassendes Angebot **(Adressen im Kapitel „Fachinformationen“, → ab S. 62).**

Zusätzlich zur Stabilisierung der Mutter bzw. der Eltern dürfen die Kinder nicht vergessen werden: Sie müssen hinsichtlich der Auswirkungen pränataler Noxen auf die Entwicklung und Kognition während der gesamten Kindheit (da einige Symptome sich erst später zeigen) durch FASD-erfahrene Zentren beurteilt und je nach Symptomatik adäquater Therapie und Förderung zugeführt werden **(→ ab S. 62).**

Wie kann ich zu weiterführenden Hilfen motivieren?

Wenn Ihre Patientin ein ausgeprägtes Alkoholproblem aufweist, sollten Sie versuchen, sie zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfe zu motivieren. Folgende Hinweise können Sie dabei unterstützen:

- Stellen Sie die möglichen Optionen dar. Wenn es mehrere Möglichkeiten gibt, bleibt die Autonomie der Schwangeren besser gewahrt, als wenn nur eine Lösungsmöglichkeit besteht. Lassen Sie der Patientin die Wahl und betonen Sie ihre Entscheidungsfreiheit.
- Bieten Sie einen „Expertenratschlag“ an. Auch wenn die Schwangere stets die Entscheidung zur Inanspruchnahme selbst fällen und tragen muss, können Sie darauf Einfluss nehmen, indem Sie mitteilen, welche weiteren Schritte Sie aus fachlicher Sicht empfehlen würden. So könnten Sie es formulieren:



„Ich freue mich, dass Sie sich entschlossen haben, eine qualifizierte Entgiftungsbehandlung in Anspruch zu nehmen. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Möchten Sie hören, was ich aus meiner Erfahrung mit Patientinnen und Patienten, denen es ähnlich ging wie Ihnen, dazu raten würde?“

- Sorgen Sie für Verbindlichkeit. Es hat sich als hilfreich erwiesen, den Erstkontakt zu einer Einrichtung der weitergehenden Hilfe direkt und in Anwesenheit der Schwangeren zu etablieren. Die Einrichtung kann daraufhin Kontakt zu ihr aufnehmen. Wie Sie Suchtberatungsstellen finden, erläutern wir im Kapitel „Weitere Informationen“ **→ ab Seite 59.**
- Bleiben Sie in Kontakt. Vereinbaren Sie Folgetermine, fragen Sie nach, wenn Patientinnen nicht erscheinen und verdeutlichen Sie ihnen, dass sie auch dann immer bei Ihnen willkommen sind, wenn das geplante Ziel nicht erreicht wurde. Die Schwangeren finden im Idealfall bei Ihnen stets ein vertrauensvolles und nicht wertendes Gegenüber.

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Typische Beratungsfragen



> Typische Beratungsfragen

In der nachfolgenden Übersicht sind einige typische Fragen und mögliche Antworten zum Thema Schwangerschaft und Alkohol zusammengestellt, die 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?“

„Nein, ein Glas pro Woche bedeutet bereits ein hohes Risiko für eine Schädigung.“

„Ich trinke nur ab und zu höchstens mal ein halbes Glas Wein. Das schadet doch noch nicht, oder?“

„Doch, auch bei kleinen Mengen lässt sich das absolut nicht ausschließen. Es gibt keine exakte Grenze, ab welcher Menge der Alkohol dem Ungeborenen schadet. Vor allem weiß man nicht, ob Alkohol an einem Tag schwerere oder weniger schwere Folgen hat als am Tag davor oder danach. Um ganz sicher zu sein, sollten Sie deshalb vollständig auf Alkohol verzichten.“

„Wo beginnt denn das Risiko? Wie viel Alkohol darf ich maximal trinken?“

„Es gibt keinen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ohne Risiko. Deshalb sollten Sie möglichst ganz darauf verzichten. Das Risiko steigt mit jedem Glas. Je weniger Alkohol, desto geringer die Gefahr. Daher nochmals: Am besten ist es, während der Schwangerschaft gar keinen Alkohol 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?“

„Jedes Kind reagiert unterschiedlich, sodass man nicht mit Sicherheit sagen kann, ob Ihr Kind bereits Schaden genommen hat. Wenn Sie jetzt auf Alkohol verzichten, ermöglichen Sie Ihrem Baby auf jeden Fall im weiteren Verlauf der Schwangerschaft eine ungestörte Entwicklung. Das ist der erste Schritt in die richtige Richtung. Ihr Ziel muss es sein, von nun an ganz zu verzichten, da keine Menge bekannt ist, bei der Alkoholkonsum für das Baby gefahrlos möglich ist.“

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

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

„Macht es einen Unterschied, ob ich Wein oder Bier trinke?“

„Nein, das macht keinen Unterschied für Ihr Baby. Egal, welche alkoholischen Getränke Sie zu sich nehmen, Ihr Kind wird über die Nabelschnur 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 baut den Alkohol daher viel langsamer ab. Es bleibt also noch länger alkoholisiert als Sie.“

„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 kein Alkohol getrunken werden.“

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

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

„Ich habe den Rat bekommen, vor der Geburt ein Glas Rotwein zu trinken, das würde die Wehenbereitschaft fördern. Stimmt das?“

„Nein, Rotwein fördert Wehen nicht. Jedes alkoholische Getränk ist ungeeignet zur Geburtseinleitung oder zur Förderung von Wehen. Während der gesamten Schwangerschaft sollten Sie vollständig auf Alkohol verzichten.“

„Ich möchte mein Baby gerne stillen. Kann ich während der Stillzeit Alkohol trinken?“

„Alkohol gelangt über die Muttermilch in den Organismus des Kindes. Deshalb ist es ratsam, während der Stillzeit möglichst ganz auf alkoholhaltige Getränke zu verzichten. Wenn Sie doch mal ausnahmsweise ein Glas trinken wollen, sollten Sie beachten, dass Ihr Körper für jedes kleine Getränk etwa zwei Stunden braucht, bis der Alkohol vollständig abgebaut ist. Erst danach stillen Sie Ihr Kind wieder mit alkoholfreier Milch.“

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

> Alkoholkonsum in der Stillezeit



➤ **Alkoholkonsum in der Stillzeit**

Fachgesellschaften stimmen darin überein, dass ein Alkoholverzicht in der Stillzeit für die Gesundheit von Mutter und Säugling am sichersten ist. Die grundsätzliche Empfehlung lautet daher: Stillende sollten Alkohol meiden (Koletzko et al., 2016).

Grundlagen der Empfehlung

- Der Alkoholgehalt in der Muttermilch erreicht die gleichen Werte wie im Blut der Mutter und hat etwa 30 Minuten nach dem Konsum das Konzentrationsmaximum erreicht. Mit dem Abfall des Blutalkoholspiegels sinkt auch die Konzentration in der Muttermilch (Schwegler et al., 2012).
- Alkoholkonsum über die Muttermilch kann den Schlafrhythmus gestillter Säuglinge stören. Es kann zu kürzeren ruhigen Schlafphasen und einem leichteren Schlaf kommen, wenn die Mutter vor dem Stillen Alkohol getrunken hatte bzw. die Kinder alkoholhaltige Muttermilch bekamen. Gleichzeitig waren die Wach- und Schreiphasen länger (Mennella/Garcia-Gomez, 2001; Schuetze et al., 2002). Stillprobleme sind häufiger, wenn Mütter Alkohol trinken.
- Schon der Konsum kleiner Mengen Alkohol beeinflusst die Ausschüttung mütterlicher Hormone. Das widerspricht der landläufigen Meinung, dass Alkohol die Milchbildung anregt. Viel mehr ist es so, dass es nach dem Genuss alkoholischer Getränke durch die Wechselwirkung mit dem Hormonhaushalt zu einer Verringerung der Milchmenge kommen kann (Mennella/Pepino, 2008; Haastrup et al., 2014). Das kann einer der Gründe dafür sein, dass stillende Mütter, die mehrmals in der Woche Alkohol trinken, häufiger über Stillprobleme wie wundte Brustwarzen, wenig Milch und Milchstau berichten als Frauen, die keinen Alkohol trinken (Schwegler et al., 2012).

Eine sichere obere Grenze für die Alkoholaufnahme in der Stillzeit lässt sich aus den verfügbaren wissenschaftlichen Daten nicht ableiten, da bisher wenig belastbare Daten aus systematischen Übersichtsarbeiten vorliegen (Haastrup et al., 2014). Für die Gesundheit von Mutter und Kind ist es am sichersten, in der Stillzeit auf den Konsum von alkoholischen Getränken zu verzichten. Dies gilt insbesondere für die Zeit, in der das Baby ausschließlich gestillt wird (Schwegler et al., 2012).

Empfehlung für Stillende OHNE problematischen Alkoholkonsum

Allenfalls bei seltenen und besonderen Anlässen ist ein kleines Glas Wein, Bier oder Sekt tolerierbar, wenn dies mit ausreichend zeitlichem Abstand zur nächsten Stillung geschieht. Diese Einschränkung bedeutet nicht, dass zum Konsum von alkoholischen Getränken in der Stillzeit geraten wird. Stillen bietet aber entscheidende Vorteile für Mutter und Kind, selbst wenn die Mutter ausnahmsweise einmal eine geringe Menge Alkohol trinkt (Schwegler et al., 2012). Daher ist es nicht wünschenswert, dass eine Frau mit dem Stillen aufhört, weil sie ausnahmsweise einmal eine kleine Menge Alkohol getrunken hat. Folglich sollten Fachkräfte im Sinne der Stillförderung das Thema in der Beratung individuell besprechen, stillende Mütter über die Auswirkungen von Alkohol in der Stillzeit informieren, ohne dabei Schuldgefühle auszulösen – und sicherstellen, dass die Ausnahme „ein kleines Glas zu besonderen Anlässen“ nicht beliebig ausgelegt wird.

- Wollen stillende Mütter in Ausnahmefällen ein Glas Wein, Bier oder Sekt trinken, sollten sie ihr Kind vorher stillen und mindestens ein bis zwei Stunden zeitlichen Abstand bis zum nächsten Stillen einplanen. So kann der größte Teil des Alkohols in ihrem Blut und in der Muttermilch abgebaut werden (Schwegler et al., 2012).
- Da nicht immer genau vorhersagbar ist, wann der Säugling die nächste Stillmahlzeit verlangt, ist es für Mutter und Kind am sichersten, in der Stillzeit vollständig auf Alkohol zu verzichten.

→ Ausführliche Informationen zum Thema Stillen und Alkohol finden Sie beim „Netzwerk Gesund ins Leben“ unter **www.gesund-ins-leben.de/fuer-fachkreise/gesund-leben-in-der-stillzeit/nachgefragt/ist-alkohol-in-der-stillzeit-erlaubt/**

→ Der Deutsche Hebammenverband informiert u. a. mit einem Ratgeber für stillende Frauen, wie sich Stillen und der Konsum alkoholischer Getränke am besten vereinbaren lassen. Mehr unter **<https://hebammenverband.de/stillen>**.

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.

> Weitere Informationen



> Weitere Informationen

Informationsmaterialien



„Andere Umstände – neue Verantwortung“

Die Broschüre kann zur Ergänzung der Beratungsgespräche in der Schwangerschaftsvorsorge genutzt werden. Neben Informationen über die Notwendigkeit des Alkoholverzichts in der Schwangerschaft enthält der Ratgeber praktische Tipps zur Reduzierung des Alkoholkonsums (42 Seiten).
Artikelnummer: 32041000



„Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner“

Das kurze Falblatt richtet sich an Schwangere und ihre Partnerinnen bzw. Partner, die sich zum Thema Alkohol informieren möchten. Es erläutert, warum kein Alkohol in der Schwangerschaft die beste Wahl ist.
Artikelnummer: 32041001

Von diesem Falblatt ist auch in einer Version in Leichter Sprache erhältlich:

„Informationen zum Thema Alkohol – Leichte Sprache“

Artikelnummer: 32041003



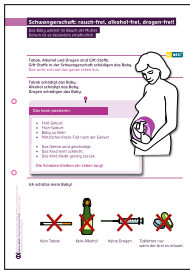
Postkarte zur IRIS-Plattform

Kurzvorstellung des Onlineprogramms IRIS für eine gesunde Schwangerschaft, das mit drei unterschiedlichen Programmen Hilfe bietet, um rauch- und alkoholfrei durch Schwangerschaft und Stillzeit zu kommen.
Artikelnummer: 32042054



„Lecker & gesund hoch zwei“

Rezepte für alkoholfreie Drinks (nicht nur) während der Schwangerschaft und Stillzeit sowie Informationen zur alkoholfreien Schwangerschaft (34 Seiten).
Artikelnummer: 32041002



Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) bietet NEST-Arbeitsblätter speziell für Fachkräfte in den Frühen Hilfen, um diese bei ihrer aufsuchenden Arbeit in Familien mit Materialien in Leichter Sprache zu unterstützen. Das Arbeitsblatt „Schwangerschaft: rauch-frei, alkohol-frei, drogen-frei!“ (Nr. 20503) kann das Gespräch zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft unterstützen:

www.fruehehilfen.de/service/arbeitshilfen-fuer-die-praxis/nest-material-fuer-fruehe-hilfen/inhalte-und-aufbau/themenbereich-rauchfrei-suchtfrei/

Materialien des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Die Materialien zum Alkoholverzicht für Schwangere sowie weitere Materialien des BIÖG können Sie – in der Regel kostenlos – online bestellen. Zur Abgabe an Schwangere gerne auch in höherer Stückzahl.

→ **www.kenn-dein-limit.de/alkoholberatung/downloads-und-broschueren**

→ **www.shop.bioeg.de**

Fachinformationen

Deutsches FASD KOMPETENZZENTRUM Bayern

Die niedrigschwellige Anlaufstelle bietet Informationen für Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und andere Fachkräfte sowie (zukünftige) Schwangere und Eltern von Kindern mit FASD. Beratungsangebote, Videos, WebApps, Apps, Fortbildungsangebote usw. finden Sie unter:

www.deutsches-fasd-kompetenzzentrum-bayern.de

Charité Berlin, Klinik für Geburtsmedizin

Informationen zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft für Hebammen, Ärztinnen, Ärzte u.a., sowie Möglichkeit zum Download des Diagnosebogens „Berliner EvAS“ zum Alkoholkonsum in der Schwangerschaft finden Sie unter:

<https://geburtsmedizin.charite.de/behandlungsangebote/suchterkrankungen/alkohol/>

Einrichtungen zur Diagnostik von FASD

Einrichtungen, die mit der Diagnostik von FASD erfahren sind, werden auf der Webseite von FASD Deutschland e.V. aufgelistet:

www.fasd-deutschland.de/diagnostik-aerzte

Datenbanken der Facheinrichtungen

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

Wenn Sie Ihre Patientinnen zur Inanspruchnahme weitergehender Hilfe motivieren können, weisen Sie auf wohnortnahe Suchtberatungsstellen hin. Diese finden Sie über das „Suchthilfeverzeichnis“ der DHS unter:

www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis

Um für Ihre Patientinnen die passenden Ansprechpersonen in den spezialisierten Einrichtungen zu finden, finden Sie eine weitere Datenbank aller Suchthilfeeinrichtungen unter:

www.sucht.de/einrichtungen

Sie können die Schwangeren ermutigen, von den telefonischen Beratungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, falls Unterstützung und Hilfen gesucht werden oder weitere Fragen zum Umgang mit Alkohol in der Schwangerschaft bestehen. Die Beratung ist vertraulich. Die Anonymität der Ratsuchenden bleibt gewahrt. Die bundesweiten Telefonnummern finden Sie auf der folgenden Seite (diese dient gleichzeitig als Kopiervorlage zur Aushändigung an die Schwangere).

Fortbildungsangebot zum Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“

Das E-Learning-Angebot für Ärztinnen, Ärzte, Hebammen und Fachpersonal in Beratungsstellen, das am Universitätsklinikum Tübingen entwickelt wurde, schult die sensible und unterstützende Ansprache von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Der Fokus liegt auf der Vermittlung von Hintergrundwissen sowie auf der Heranführung an eine motivierende Gesprächsführung. Interaktive Fallbeispiele ermöglichen die Wissensanwendung. Mehr unter:

<https://elearning-alkohol-schwangerschaft.de>

Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“

Die Bundesärztekammer hat das Curriculum „Suchtmedizinische Grundversorgung“ herausgegeben. In vielen Landesärztekammern werden entsprechende Fort- und Weiterbildungen für Ärztinnen und Ärzte angeboten. Kursangebote und weitergehende Informationen erhalten Sie über Ihre Landesärztekammer oder über folgende Webseite der Bundesärztekammer:

www.baek-fortbildungssuche.de

Informations-/Unterstützungsangebote für Schwangere

Telefonische Beratung des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

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

BIÖG-Info-Telefon: 0221 89 20 31

Mo. – Do.: 10 bis 22 Uhr

Fr. – So.: 10 bis 18 Uhr

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

Hilfetelefon Schwangere in Not

Schwangere können sich rund um die Uhr, anonym und kostenlos an die Beraterinnen wenden, die passende Hilfsangebote nennen.

Tel: **0800 40 40 020**

Erreichbar auch per E-Mail und Chat: **www.hilfetelefon-schwangere.de**

Telefonseelsorge

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**

IRIS-Plattform

Ein anonymes, kostenfreies Online-Angebot für Schwangere, die Alkohol und/oder Nikotin konsumieren und denen die Reduktion nicht leichtfällt, erhalten hier individualisierte Programme zur Reduktion des Konsums sowie bei Bedarf persönliche Unterstützung:

www.iris-plattform.de

Clean4us

Das Versorgungsnetzwerk bei Konsum von legalen und illegalen Substanzen in der Schwangerschaft in Thüringen bietet Hilfe und Unterstützung für konsumierende Schwangere per Telefon, anonym oder in der Spezialsprechstunde, telemedizinische Betreuung und Beratung, Information für alle Fragen von Betroffenen und Angehörigen im Universitätsklinikum Jena, Klinik für Geburtsmedizin. Tel.: 03641 93 29 219 oder 01523 21 83 382

E-Mail: clean4us@med.uni-jena.de

Deutsches FASD KOMPETENZZENTRUM Bayern

Anonyme, kostenfreie Beratung (telefonisch oder online) für Schwangere und ihre Bezugspersonen.

Erreichbar per E-Mail: fasd@med.uni-muenchen.de

Suchtberatungsstellen

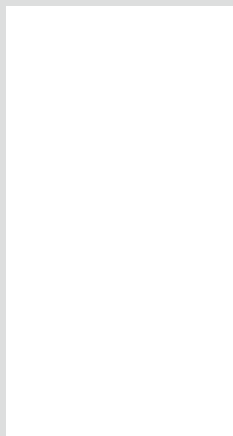
Wenn Sie wegen eines Alkoholproblems Unterstützung suchen, können Sie sich direkt an eine Suchtberatungsstelle in Ihrer Nähe wenden. Dort erhalten Sie qualifizierte Informationen und eine professionelle Beratung hinsichtlich der erforderlichen Schritte.

Adressen von Suchtberatungsstellen in ganz Deutschland finden Sie unter:

www.dhs.de/service/suchthilfeverzeichnis

ALKOHOL?

Kenn dein Limit.



> Literatur



Bergmann, K. E.; Bergmann, R. L.; Ellert, U.; Dudenhausen, J. W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50 (5–6): 670–6.

Bergmann, R. L.; Spohr, H.-L.; Dudenhausen, J. W. (Hrsg.) (2006): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. Urban & Vogel.

Bertling, A. A. (1993): Wenn die Eltern trinken. Mögliche Auswirkungen der Alkoholsucht der Eltern auf deren Kinder. Verlag Mona Bögner-Kaufmann.

Caputo, C.; Wood, E.; Jabbour, L. (2016): Impact of fetal alcohol exposure on body systems: A systematic review. Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews 108:174–180.

Ciafrè, S.; Ferraguti, G.; Greco, A. et al. (2020): Alcohol as an early life stressor: Epigenetics, metabolic, neuroendocrine and neurobehavioral implications. Neurosci Biobehav Rev 118:654–668.

Deutsches Krebsforschungszentrum (2022): Alkoholatlas Deutschland 2022. Pabst Science Publishers, Lengerich.

Ehrhart, F.; Roozen, S.; Verbeek, J. et al. (2019): Review and gap analysis: molecular pathways leading to fetal alcohol spectrum disorders. Mol Psychiatry 24:10–17.

GEDA 2014: Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.

Gouilhers, S.; Meyer, Y.; Inglin, S.; Pfister, Boulenaz S.; Schnegg, C.; Hammer, R. (2019): Pregnancy as a transition: First-time expectant couples' experience with alcohol consumption. Drug Alcohol Rev. 2019;38(7):758–765.

Haastrup, M. B.; Pottegard, A.; Damkier, P. (2014): Alcohol and breastfeeding. Basic Clin Pharmacol Toxicol 114:168–173.

Hankin, J. R. (2002): Fetal alcohol syndrome prevention research. Review. Alcohol research & health, 26(1), pp. 58–65.

Koletzko, B.; Bauer, C.-P.; Cierpka, M.; Cremer, M.; Flothkötter, M.; Graf, C.; Heindl, I.; Hellmers, C.; Kersting, M.; Krawinkel, M.; Przyrembel, H.; Vetter, K.; Weißenborn, A.; Wöckel, A. (2016): Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen. Monatsschr. Kinderheilkd. 164, 771–798. <https://doi.org/10.1007/s00112-016-0147-2>.

Kraus, L.; Seitz, N. N.; Shield, K. D.; Gmel, G.; Rehm, J. (2019): Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: A register-based study. BMC Med 17: 59.

Landgraf, M. N.; Hoff, T. (2018): Fetale Alkoholspektrumstörungen: Diagnostik, Therapie, Prävention: Kohlhammer Verlag.

Landgraf, M. N.; Giese, R. M.; Heinen, F. (2017): Fetale Alkoholspektrumstörungen – Diagnose, neuropsychologische Testung und symptomorientierte Förderung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 45(2), 104–117. doi:10.1024/1422-4917/a000444.

Löser, H. (1995): Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Gustav Fischer Verlag: Stuttgart.

Mennella, J. A.; Garcia-Gomez, P. L. (2001): Sleep disturbances after acute exposure to alcohol in mothers' milk. Alcohol 25: 153–158.

Mennella, J. A.; Pepino, M. Y. (2008): Biphasic effects of moderate drinking on prolactin during lactation. Alcohol Clin Exp Res 32: 1899–1908.

Peterson, P. L.; Lowe, J. B. (1992): Preventing fetal alcohol exposure: a cognitive behavioral approach. *International Journal of Addictions*, Vol. 27, No. 5, pp. 613–626.

Popova S.; Charness, M. E.; Burd, L.; Crawford, A.; Hoyme, H. E.; Mukherjee, R. A. S.; Riley, E. P.; & Elliott, E. J. (2023): Fetal alcohol spectrum disorders. *Nat Rev Dis Primers* 9: 11.

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, 427–443.

Schuetze, P.; Eiden, R. D.; Chan, A. W. K. (2002): The effects of alcohol in breast milk on infant behavior state and mother-infant feeding interactions. *Infancy* 3: 349–363.

Schwegler, U.; Kohlhuber, M.; Roscher, E.; Kopp, E.; Ehlers, A.; Weißenborn, A.; Rubin, D.; Lampen, A.; Fromme, H. (2012): Alkohol in der Stillzeit – Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung. Bundesinstitut für Risikobewertung, BfR-Wissenschaft 07/2012, www.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf.

Siedentopf, J.-P.; Nagel, M.; Hüseman, D. (2015): BerlinerEvAS, Version 3.0; 23. September 2015, https://geburtsmedizin.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc17/Perinatalmedizin/geburtsmedizin/Sprechstunde/Suchterkrankungen/BerlinerEvAS_Version_3.pdf.

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

Strieker, S.; Heinen, F.; Landgraf, M.N. (2024): S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD) bei Kindern und Jugendlichen - Diagnostik & Intervention, AWMF-Registernr: 022-025, <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/022-025>.

Treit, S.; Lebel, C.; Baugh, L.; Rasmussen, C.; Andrew, G.; Beaulieu, C. (2013): Longitudinal MRI Reveals Altered Trajectory of Brain Development during Childhood and Adolescence in Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *The Journal of Neuroscience*, Vol. 33, No. 24, 10098–10109.

Van Der Wulp, N. Y.; Hoving, C.; De Vries, H. (2016): Correlates of partner support to abstain from prenatal alcohol use: A cross-sectional survey among Dutch partners of pregnant women. *Health Soc Care Community*. 2016; 24(5),: 614–622. doi:10.1111/hsc.12235.

Waterson, E. J.; Evans, C.; Murray-Lyon, I. M. (1990): Is pregnancy a time of changing drinking and smoking patterns for fathers as well as mothers? An initial investigation. *British journal of addiction*, Vol. 85, No. 3, pp. 389–396.

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

> Impressum

Dieser Leitfaden ist entstanden mit der fachlichen Unterstützung von:

Dr. Cornelia Hösemann,
Berufsverband der Frauenärzte (BVF) e.V.

Liane Menke,
Clean4us, Klinik für Geburtsmedizin am Universitätsklinikum Jena, Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) e.V.

Prof. Dr. med. Markus Schmidt,
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) e.V.

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Mirjam N. Landgraf,
Deutsches FASD Kompetenzzentrum Bayern, iSPZ Hauner MUC, Dr. von Haunersches
Kinderspital, LMU Klinikum München (Ludwig-Maximilians-Universität)

Dr. med. Annette Binder, Prof. Anil Batra,
Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung, Universitätsklinikum Tübingen

Herausgegeben vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln, im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit. In Kooperation mit dem Verband der Privaten
Krankenversicherung e.V. (PKV).

Projektleitung: Dr. Tobias Schwarz, Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), Köln

Druck: Warlich Druck Meckenheim GmbH, Am Hambuch 5, 53340 Meckenheim

Diese Broschüre wurde umweltbewusst produziert.

Auflage: 4.1.04.25

Titelfoto: © Dmitriy Melnikov | Adobe Stock

Stand Oktober 2024, alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation ist kostenlos erhältlich beim Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG),
50819 Köln, per Mail: bestellung@bioeg.de, oder unter: <https://shop.bioeg.de/>

Diese Broschüre wird vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin, den Empfänger oder Dritte bestimmt.
Artikelnummer: 32040000



Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit



