

Alkohol in der Schwangerschaft

Seit langem ist bekannt, dass Alkohol ein Zellgift ist, welches, neben vielen Krankheiten und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, in der Schwangerschaft Missbildungen auslösen kann – im Fachjargon heißt das: Alkohol ist eine teratogene Noxe. Schon vor ca. 30 Jahren wurden die typischen durch Alkoholkonsum der Mutter bedingten Schädigungen bei Neugeborenen beschrieben. Dennoch trinken auch heute noch viele Frauen während der Schwangerschaft Alkohol; teils weil sie anfänglich noch nicht wissen, dass sie schwanger sind, teils aus Unkenntnis über das Schädigungspotenzial von Alkohol. Zu Fehleinschätzungen tragen auch die vielen Berichte bei, die in unverantwortlicher Weise dem Alkoholkonsum angeblich gesundheitsförderliche

Aspekte zusprechen. Manche Frauen wiederum sehen sich nicht in der Lage ihren Alkoholkonsum aufgrund einer bestehenden Alkoholabhängigkeit zu beenden oder zu reduzieren. In der Schwangerschaft kann Alkoholkonsum jedoch irreversible Schädigungen bei den ungeborenen Kindern hervorrufen.

Mittlerweile gilt als erwiesen, dass nicht nur intensiver Alkoholkonsum zu Schäden führt, sondern dass auch ein geringer Alkoholkonsum oder vereinzelte Trinkexzesse zu einem breiten Spektrum von gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim Ungeborenen führen können (Spohr 2014, Bergmann et al. 2006, Merzenich & Lang 2002).

Die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

- ▶ Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ist die häufigste erklärable Ursache für Entwicklungsverzögerungen im Kindesalter (Feick et al. 2006, IOGT 2004)
- ▶ Alkoholbedingte mentale Schäden des Fötus sind, wenn sie einmal vorhanden sind, irreversibel (Feldmann 2006, Spohr 2006)
- ▶ Weniger als 10 % der Menschen mit Fetalem Alkoholsyndrom erreichen ein selbständiges Leben (Streissguth et al 1996)
- ▶ Schätzungen gehen davon aus, dass pro Jahr in Deutschland 10.000 Kinder schon bei ihrer Geburt alkoholgeschädigt (FASD) sind (BZgA Okt. 2001, Drogenbeauftragte & BZgA 2015)
- ▶ FAS (Fetales Alkoholsyndrom oder Alkoholembryopathie) ist die häufigste Ursache einer geistigen Behinderung noch vor dem Down-Syndrom und der Spina bifida (z. B. „offener Rücken“) (Kopera-Frye, Connor, Streissguth 2000)
- ▶ Allein in Deutschland kommen jährlich 2.200 Kinder mit schweren Entwicklungsstörungen (FAS) aufgrund von Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft zur Welt. Neuere Hochrechnungen gehen sogar von 3.000 bis 4.000 Kindern aus (Merzenich & Lang 2002, Spohr 2014)

Das Kind trinkt immer mit

- ▶ Wenn eine schwangere Frau Alkohol trinkt, dann trinkt ihr ungeborenes Kind mit. Alkohol ist plazentagängig und gelangt so ungehindert in den Körper des sich entwickelnden Kindes (Merzenich & Lang 2002).
- ▶ In Deutschland trinkt jede fünfte Frau auch während der Schwangerschaft Alkohol; 8% der Schwangeren sogar so viel, dass es auch für nicht schwangere als gesundheitlich riskant gilt (Drogenbeauftragte 2015).
- ▶ 44 % der Deutschen kennen die Gefahren bleibender Schäden von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft für das Kind nicht (TNS Infratest 2014).
- ▶ Es gibt für Schwangere keine unbedenkliche Trinkmenge und keine Schwangerschaftsphase, in der Alkoholkonsum sicher wäre (Bergmann et al. 2006, BZgA Okt. 2001).

Alle alkoholbedingten Folgeschäden bei Neugeborenen sind zu 100 % vermeidbar!

Frauen und Alkoholkonsum

Die Sichtweise auf den Alkoholkonsum von Frauen unterscheidet sich in der heutigen Gesellschaft stark von der Sichtweise in z. B. den 1950er Jahren. Früher wurden alkoholtrinkende Frauen viel stärker stigmatisiert als heute. Die gesellschaftliche Entwicklung veränderte das Rollenbild der Frau. Die positiven Entwicklungen hin zu einer stärkeren Gleichberechtigung der Geschlechter, haben auch zur Folge, dass mehr Frauen regelmäßig Alkohol konsumieren.

Für das Ansteigen des Alkoholkonsums bei Frauen gibt es zahlreiche Gründe:

- ▶ Die gesellschaftliche Stellung der Frau hat sich geändert. Berufstätigkeit, höhere Bildungschancen, Fortschritte bei der Gleichberechtigung und Gleichstellung der Frau, größere finanzielle Unabhängigkeit und Selbstständigkeit sowie veränderte Moralvorstellungen haben auch zu einer Angleichung des Trinkverhaltens von Männern und Frauen geführt (Spohr 2014).
- ▶ Im europäischen Raum hat sich der Umgang mit Alkohol mehr und mehr angeglichen. Mediterrane Trinkgewohnheiten, wie der Weinkonsum zum Essen haben auch in Mittel- und Nordeuropa Einzug erhalten (Anderson & Baumberg 2006).
- ▶ Immer mehr gesellschaftliche Anlässe werden immer öfter als Gelegenheit akzeptiert, Alkohol zu konsumieren, sei es bei festlichen Anlässen am Arbeitsplatz, bei Schulfesten, in Vereinen und Interessengruppen. Hierbei sind Frauen immer stärker miteinbezogen (Spohr 2014).
- ▶ Die bessere Verfügbarkeit und leichtere Erreichbarkeit alkoholischer Getränke sind Konsum fördernde Faktoren, z. B. aufgrund verlängerter Ladenöffnungszeiten sowie höherer Dichte von Verkaufsstellen und Gaststätten. Die Preise für Alkohol sind im Vergleich zu den Lebenshaltungskosten nur wenig gestiegen oder sogar gesunken (Anderson & Baumberg 2006).

Gesunde Frauen trinken zwar insgesamt weniger und seltener als gesunde Männer (Wrase & Heinz 2006). Dies darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass der riskante Alkoholkonsum der Frauen in den letzten Jahren zugenommen hat, besonders bei jungen Frauen (Spohr 2014).

Dadurch betrifft die Auseinandersetzung mit Fragen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft heute einen viel größeren Anteil der weiblichen Bevölkerung.

- ▶ Da immer mehr Frauen in gebärfähigem Alter Alkohol regelmäßig konsumieren, gibt es immer mehr unwillentlichen Alkoholkonsum während der Frühphase der Schwangerschaft, wenn Frauen noch nicht wissen, dass sie schwanger sind.
- ▶ Es kann häufiger zu einer Unterschätzung des Risikos kommen, wenn Frauen, die regelmäßig Alkohol trinken, vor der Entscheidung stehen, ob sie keinen Alkohol mehr trinken, wie stark sie ihren Konsum reduzieren sollen oder auch nur können (Spohr 2014).

Daten und Fakten zu Alkoholkonsum und Trinkverhalten

Riskanter Konsum beginnt bei Frauen ab 12 g reinem Alkohol pro Tag (das entspricht einem kleinen Glas Wein), bei Männern ab 24 g pro Tag. Nach dieser Definition haben 14,2% der Frauen (15,6% der Männer) einen riskanten Alkoholkonsum. In Deutschland konsumieren knapp 7,35 Millionen Menschen Alkohol in einer Weise, die nicht mehr als risikoarm zu bezeichnen ist (Pabst et al. 2013).

Besonders gefährdet sind diejenigen Frauen, bei denen eine alkoholbezogene Störung vorliegt. Bei 1,61 Millionen Erwachsenen in Deutschland liegt Alkoholmissbrauch und bei weiteren 1,77 Millionen eine Alkoholabhängigkeit vor. Jeweils ein Drittel davon sind Frauen (Pabst et al. 2013).

Mit dem steigenden Alkoholkonsum der Frauen hat auch ihr Anteil an den Alkoholkranken zugenommen. Während Anfang der 1960er Jahre das Verhältnis alkoholkranker Frauen zu Männern noch mit 1:20 und 1:10 (Schmidt 1997) angegeben wurde, hat sich dieses Verhältnis ab Mitte der 70er Jahre in 1:3 gewandelt (Schmidt 1997, Pabst et al. 2013).

Alkoholranke Frauen tendieren stärker als Männer dazu, ihren Alkoholkonsum zu verheimlichen, da Alkoholabhängigkeit bei Frauen eher gesellschaftlich geächtet wird. Im Falle einer bestehenden Schwangerschaft hat dies gravierende Konsequenzen: Fragen nach dem Alkoholkonsum werden in der Schwangerenberatung ausweichend beantwortet. Der Konsum wird aus Scham heruntergespielt oder gänzlich negiert. Das Kindeswohl tritt gegenüber dem Verlangen nach Alkohol in den Hintergrund.

In einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) hat sich gezeigt, dass bei Frauen ein höherer sozioökonomischer Status mit einem höheren Alkoholkonsum einhergeht. In der DEGS1 wird riskanter Konsum nicht mittels der Schwellenwerte für Trinkmengen erhoben, sondern anhand eines speziellen Fragebogens, der zur Erfassung riskanten Trinkverhaltens entwickelt wurde („Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption (AUDIT-C)“). Demnach weisen 30 % aller Frauen mit einem hohen sozioökonomischen Status (SES) einen riskanten Alkoholkonsum auf. In der Gruppe mit mittlerem SES sind es 26 % und in der Gruppe mit niedrigem SES 18 % (Hapke et al. 2013).

Empfehlung: Punktnüchternheit in der Schwangerschaft

Bislang konnte wissenschaftlich noch nicht eindeutig geklärt werden, wann und wie Alkohol in der Schwangerschaft in welchen Mengen welche Schädigungen bewirkt. Die Formulierung eines Grenzwertes, der als unbedenklich gilt, lehnen Fachleute ab. Stattdessen lauten die Empfehlungen, sich am Konzept der Punktnüchternheit zu orientieren.

Punktnüchternheit heißt, in bestimmten Situationen und Lebenslagen auf Alkoholkonsum vollständig zu verzichten. Das bedeutet: Frauen, die schwanger sind, eine Schwangerschaft planen oder schwanger werden können (d.h. diejenigen, die Sexualverkehr haben und nicht verhüten) sollten keinen Alkohol trinken.

Alle alkoholbedingten Folgeschäden bei Neugeborenen sind zu 100 % vermeidbar!

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Häufigkeit und Verbreitung in Deutschland

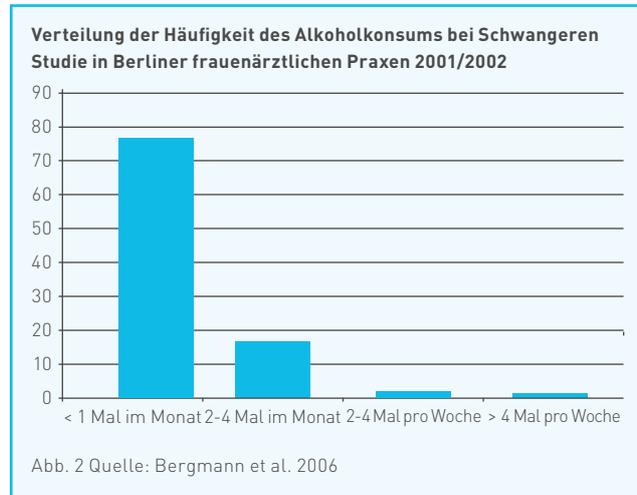
In Deutschland liegt mit der im Rahmen des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) durchgeführten Erhebung zu den vorgeburtlichen Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit eine bundesweit repräsentative Erhebung zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft vor (Bergmann et al. 2007). Die Erhebungen von KiGGS wurden zwischen Mai 2003 und Mai 2006 durchgeführt und erfassen insgesamt 17.641 Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren. Neben einem ärztlichen Eltern-Interview wurden die Eltern auch schriftlich befragt. Danach gaben etwa 14 % der Frauen an, während der Schwangerschaft gelegentlich Alkohol konsumiert zu haben, regelmäßig getrunken haben unter einem 1 %.

Diese Ergebnisse werden gestützt durch regionale Untersuchungen. Eine dieser Studien wurde 2001/2002 in Berlin mit 344 Schwangeren aus 48 frauenärztlichen Praxen durchgeführt. Die Studienteilnehmerinnen befanden sich im Mittel in der 26. Schwangerschaftswoche. Im Durchschnitt hatten sie ca. in der 6. Woche (6,3) sicher gewusst, dass sie schwanger waren. 80 % der Probandinnen waren in der 22. – 31.

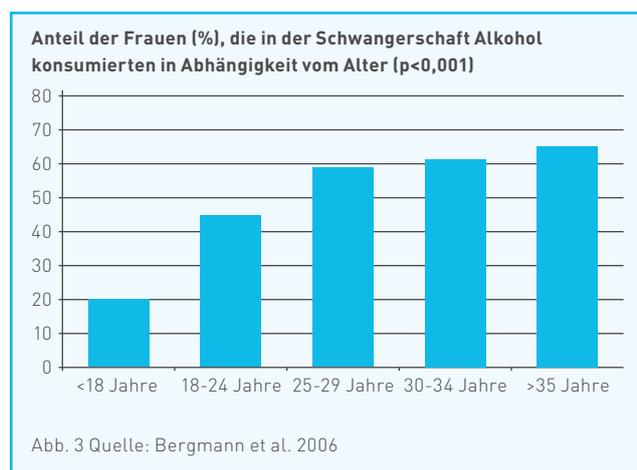
Schwangerschaftswoche. 58 % von ihnen hatten in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert, meist jedoch weniger als einmal im Monat. 4 % der Frauen tranken keinen Alkohol mehr, nachdem die Schwangerschaft festgestellt worden war. 2 % lebten schon immer alkoholabstinent.

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
Studie in Berliner frauenärztlichen Praxen 2001/2002

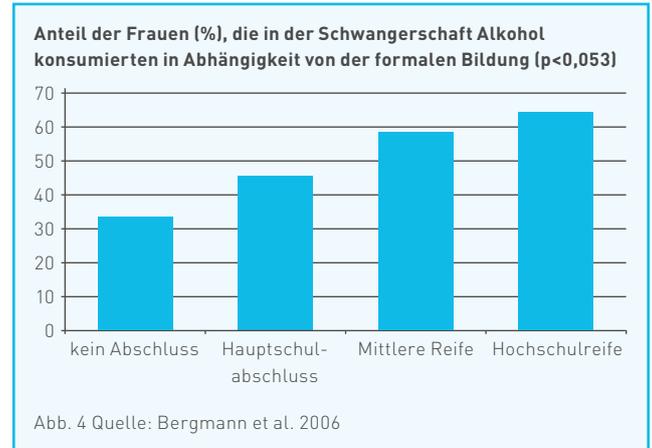




Es ist deutlich zu sehen (Abb. 2), dass der größte Teil der Schwangeren, die Alkohol konsumierten, nur gelegentlich Alkohol konsumiert hatte, nämlich seltener als einmal im Monat (78,4%). Dennoch hatte fast jede Fünfte (18%) einen mittleren Konsum von bis zu einmal pro Woche und 3,7% häufiger als 2-mal die Woche. Neben der Häufigkeit des Alkoholkonsums spielt auch die Trinkmenge für die Ausprägung von alkoholbedingten Schädigungen in der Schwangerschaft eine Rolle. Bei immerhin 38% der Probandinnen der Berliner Studie betrug die zuletzt konsumierte Alkoholmenge 18 g oder mehr, bei 6% betrug sie sogar über 30 g.



Darüber hinaus zeigt die Studie in Berlin einen Zusammenhang zwischen soziodemografischen Merkmalen und Trinkverhalten. Abbildung 3 zeigt, dass ein höheres Lebensalter während der Schwangerschaft mit einem erhöhten Alkoholkonsum verbunden ist. Ein solcher Zusammenhang wurde auch für den Schulabschluss und Alkoholkonsum festgestellt: Je höher der Schulabschluss, desto wahrscheinlicher ist, dass während der Schwangerschaft getrunken wurde (vgl. Abb. 4).



Auch die KiGGS-Studie weist auf diese Verbindung hin und zeigt zusätzlich, dass Frauen mit Migrationshintergrund weniger Alkohol während der Schwangerschaft konsumieren: Während 5% der Mütter von Kindern mit Migrationshintergrund Alkohol in der Schwangerschaft konsumiert hatten, war der Anteil der Mütter ohne Migrationshintergrund 3-mal so hoch. Aus der sozialen Oberschicht tranken 2,5-mal so viele Mütter während der Schwangerschaft Alkohol wie aus der Unterschicht.

Anteil der Frauen, die in der Schwangerschaft Alkohol konsumierten

Soziodemografische Merkmale Angaben in %

Sozialstatus	
Niedriger Sozialstatus	8
Mittlerer Sozialstatus	13
Hoher Sozialstatus	20
Migrationshintergrund	
Mit Migrationshintergrund	5
Ohne Migrationshintergrund	15

Bergman et al. 2007

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Schwierigkeiten der Feststellung

In Deutschland ist die einzige routinemäßig angewandte Methode zur Erfassung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft die Alkoholanamnese während der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Der oder die behandelnde Gynäkologe/-in soll sie zu Beginn der Schwangerschaft durchführen und über das Risiko von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft aufklären – so steht es in den Richtlinien des Mutterschutzes.

Es ist jedoch davon auszugehen, dass es eine erhebliche Untererfassung von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gibt, denn nur selten wird zur Geburt ein entsprechender Eintrag im Mutterpass gefunden (Siedentopf & Nagel 2006). In einer anonymen prospektiven Studie, in der Angaben zum Alkoholkonsum sowie Urinproben von 125 Schwangeren ausgewertet wurden, konnten Siedentopf et al. zeigen, dass von 125 Schwangeren nur eine Alkoholkonsum angegeben hatte, während in neun Urinproben (7,2%) Alkohol/Ethanol gefunden wurde (Siedentopf et al. 2004). Alkohol/Ethanol kann im Urin 2–14 Stunden nach dem Konsum nachgewiesen werden, bei exzessivem Konsum auch noch länger.

Vermutlich führt die vielfach verbreitete Annahme, dass geringe Mengen Alkohol keine schädlichen Auswirkungen haben dazu, dass geringer Alkoholkonsum nicht als relevant für die Anamnese wahrgenommen wird, bzw. die Alkoholanamnese von Schwangeren dahingehend interpretiert wird, dass mit „Alkoholtrinken“ ein erhöhter Konsum gemeint sei. Erfolgt in der Schwangerenvorsorge lediglich eine kurze Frage nach dem Alkoholkonsum („Sie trinken doch keinen Alkohol, oder?“), so wird geringer Konsum möglicherweise seitens der Schwangeren übergangen (Siedentopf & Nagel 2006).

Hinweise für die Beratung

Der beste Schutz für das ungeborene Kind ist die völlige Alkoholabstinenz während der gesamten Schwangerschaft. Doch gerade zu Beginn der Schwangerschaft wissen viele Frauen noch gar nicht, dass sie schwanger sind. Falls Schwangere in den ersten Tagen, in denen sich das befruchtete Ei noch nicht in der Gebärmutter eingenistet hat, Alkohol getrunken haben, sollten sie nicht gleich das Schlimmste befürchten. Meist sind in diesem sehr frühen Stadium der Schwangerschaft Folgen für den Embryo eher nicht zu erwarten. Allerdings gilt ab diesem Zeitpunkt gleiches, wie für eine fortgeschrittene Schwangerschaft: Um das Ungeborene vor möglichen schweren Schäden, wie einem schweren Fetalen Alkoholsyndrom, zu schützen, ist die Punktnüchternheit der werdenden Mutter die einzige sichere Methode. Dies gilt auch für Frauen, die eine Schwangerschaft planen, oder bei denen die Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht. (Spohr, 2014)

Als weiterer Grund für die Untererfassung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft wird die Angst vor einer möglichen Stigmatisierung seitens der Mutter angesehen. Betroffene vermeiden meist die Thematisierung ihres Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. Diese Zurückhaltung ist oft in Scham- und Schuldgefühlen begründet. Die Angst vor einer Stigmatisierung verhindert das Wahrnehmen von Beratungs- und Behandlungsangeboten, wie auch das Zugabe von Alkoholkonsum, der in der Gesellschaft häufig mit Verantwortungslosigkeit gegenüber dem ungeborenen Kind in Verbindung gebracht wird (Mundle, 1999).

Allen Berufsgruppen, die Frauen in der Schwangerschaft begleiten (in der Schwangerenberatung, Gesundheitsfürsorge oder als behandelnde Ärzte), ist deshalb die Nutzung von Fragebögen zu empfehlen, die der Problematik gerecht werden und (riskanten) Alkoholkonsum erfassen.

T-ACE Fragebogen für schwangere Frauen

- T (tolerance):** Nach wie vielen Gläsern Alkohol fühlen Sie sich angetrunken?
2 Punkte für > 2 drinks (25g Alkohol)
- A (felt annoyed):** Haben Sie sich jemals über Kritik von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums geärgert?
1 Punkt für positive Antwort
- C (cut down):** Hatten Sie jemals das Gefühl, Ihren Alkoholkonsum reduzieren zu müssen?
1 Punkt für positive Antwort
- E (eye opener):** Haben Sie jemals morgens Alkohol getrunken, um wach zu werden?
1 Punkt für positive Antwort

2 oder mehr Punkte weisen auf ein Alkoholproblem hin

Eine Sammlung weiterer Tests findet sich in dem kritischen Resümee „Alkohol in der Schwangerschaft“ von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ab Seite 65-68. (Merzenich & Lang, 2002).

Fetale Alkohol Spektrum Störungen (FASD)

Die Alkoholexposition im Mutterleib kann zu einer Vielzahl von Behinderungen und Schädigungen führen, die man in drei Bereiche unterteilt: Wachstumsstörungen, Anzeichen von Fehlbildungen (Dysmorphie) und Störungen des zentralen Nervensystems.

Langzeitschäden äußern sich in Verhaltensstörungen und intellektuellen Beeinträchtigungen. Diese verschiedenen Störungen werden unter dem Begriff „Fetale Alkohol Spektrum Störung“ (Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)) zusammengefasst.

Überblick über die Fetalen Alkohol Spektrum Störungen (FASD)

- ▶ **FAS:** Vollbild des Fetalen Alkoholsyndrom mit Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems.
- ▶ **pFAS:** Weniger sichtbare und nicht in allen Bereichen auftretende Anzeichen des Fetalen Alkoholsyndroms.
- ▶ **ARND:** Störungen des zentralen Nervensystems ohne körperliche Anzeichen.
- ▶ **ARBD:** Fehlbildungen an Organen und/oder den Knochen als direkte Folge von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Die am stärksten ausgeprägten klinischen Symptome werden als „Alkoholembryopathie“ oder als **Fetales Alkoholsyndrom (FAS)** bezeichnet. Beim so genannten Vollbild liegen in allen drei genannten Bereichen (Wachstumsstörungen, Fehlbildungen und Störungen des zentralen Nervensystems) Auffälligkeiten vor. Die Diagnose kann auch gestellt werden, wenn die Auffälligkeiten vorliegen, der Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft aber nicht nachgewiesen ist. Im Rahmen der Leitlinienentwicklung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurden die verfügbare Evidenz und konsensbasierte Empfehlungen für die Diagnostik in der Praxis in einer S-3-Leitlinie zusammengetragen.

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>

Sofern Auffälligkeiten nicht in allen drei Bereichen auftreten, der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft aber nachgewiesen ist, kann ein partielles **Fetales Alkoholsyndrom (pFAS)** diagnostiziert werden. Insbesondere das Fehlen typischer Fehlbildungen führt oft zu dem Irrtum, es handele sich um eine weniger schwere Form des Syndroms. Auch diese Diagnose kann mit bzw. ohne gesicherte Informationen über den Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft gestellt werden.

Der Begriff Pränatal alkoholinduzierte entwicklungsneurologische Störungen (**Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)**) wurde vom Institute of Medicine (IOM) eingeführt. Die Diagnose ARND wird nur bei belegter Alkoholexposition gestellt. Die Betroffenen zeigen keine körperlichen Anzeichen (Wachstumsminderung, typische Gesichtszeichen), die Dysfunktion des zentralen Nervensystems ist jedoch vorhanden.

Zur Symptomatik der alkoholbedingten Geburtsschäden (**Alcohol Related Birth Defects (ARBD)**) zählen Fehlbildungen im Skelett- und Organsystem, die eine direkte Folge eines belegten Alkoholkonsums in der Schwangerschaft sind. Dazu zählen Abnormalitäten des Herzens, der Augen, Ohren, Nieren oder der Knochen. Auch die Diagnose ARBD kann nur bei belegter Alkoholexposition gestellt werden (Stratton et al. 1996, Bergmann et al. 2006, Spohr 2014, Merzenich & Lang 2002).

Hinweise für die Prävention

Noch immer sind die Auswirkungen des Konsums auch kleiner Mengen Alkohol in der Schwangerschaft nicht ausreichend bekannt. Zwar reduzieren die meisten Schwangeren ihren Alkoholkonsum oder trinken gar nicht mehr, aber eine zu große Zahl trinkt weiterhin Alkohol. So hat eine repräsentative Studie im Auftrag der Fachstelle für Suchtprävention Berlin gezeigt, dass immer noch 44% der Befragten nicht wussten, dass Alkoholkonsum während der Schwangerschaft schlimmstenfalls zu lebenslangen schweren Behinderungen beim Kind führen kann (TNS Infratest 2014).

Sensibilisierung für das Thema

Es bleibt daher eine dringende Aufgabe, schwangeren Frauen und diejenigen, die eine Schwangerschaft planen, die Botschaft „kein Alkohol während der Schwangerschaft“ zu vermitteln. Das Thema darf nicht unter den Teppich gekehrt werden. Im Gespräch sollten Präventionsfachkräfte auf Kenntnisstand und Einstellungen der Frauen und ihrer Partner eingehen. Die Botschaft muss deutlich sein und sie muss aktiv vermittelt werden:

Diejenigen, für die Alkoholabstinenz in der Schwangerschaft keinen großen Verzicht darstellt, sollten darin bestärkt werden, die Punktnüchternheit während der Schwangerschaft zu befolgen.

Diejenigen, die der Problematik zweifelnd gegenüberstehen, sollten motiviert werden, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder besser gar keinen Alkohol zu trinken. Sie sollten auch über die Risiken des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt werden.

Diejenigen, für die der Verzicht oder die Reduzierung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft schwierig ist, sollten geeignete Unterstützung erfahren, um die Gefahren so

gering wie möglich zu halten. Ärzte und betreuende Hebammen sollten wissen, wer professionelle Suchthilfe zur Verfügung stellt und wo. Sie sollten die betroffenen Patientinnen motivieren, diese Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Alkoholabhängigkeit eine Krankheit ist. Schwangere Frauen, die auf Alkohol nicht verzichten können, handeln nicht moralisch verwerflich, sondern benötigen Hilfe.

Andererseits ist die Alkoholabhängigkeit nicht nur ein Problem, das auf rein medizinischem Wege lösbar ist. Behandlungen müssen ganzheitlich ansetzen und das soziale Umfeld und Verhaltensmuster mit einbeziehen (Löser 1999).

Die Verantwortung für das ungeborene Kind trägt nicht die Schwangere allein. Auch die Väter und das Umfeld sind gefragt. Die werdenden Väter können ihre Partnerinnen unterstützen, indem sie selbst auf Alkohol verzichten. Freunde, Bekannte und Kollegen sollten Schwangere nicht nötigen, „doch ausnahmsweise ein Gläschen mitzutrinken“.

Hinweise für die Beratung

- ▶ Fachkräfte, die beruflich beratend mit Schwangeren zu tun haben, können zur Prävention beitragen, indem sie das Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ sachlich ansprechen und das Konzept der Punktnüchternheit vorstellen.
- ▶ Diejenigen, die Informationsmaterialien für Schwangere entwickeln, sei es in der Gesundheits-, Familien- oder Ernährungsberatung, oder sich mit Bildungsinhalten für junge Menschen beschäftigen, z. B. im Biologieunterricht, können das Thema „Alkohol in der Schwangerschaft“ aufgreifen und zielgruppenspezifisch bearbeiten.

Prävention durch Warnhinweise

Über diese verhaltensorientierten Ansätze hinaus, sollten auch verhältnispräventive Maßnahmen genutzt und bekannt gemacht werden:

Alkohol ist verantwortlich für das dritthöchste Risiko, vermeidbar zu erkranken und vorzeitig zu sterben. Trotz dieser besonderen Risiken wird die Gefährlichkeit von Alkohol meist unterschätzt und verharmlost.

Das Etikettieren von Verpackungen alkoholischer Getränke mit Warnhinweisen leistet einen Beitrag dazu, im Alltag auf die Gefahren des Alkoholkonsums aufmerksam zu machen. Verpackungen und Labels sollten eine klare und unübersehbare Botschaft enthalten, die vor der möglichen Schädigung des ungeborenen Lebens durch Alkoholkonsum warnt.

Das traditionelle Weinland Frankreich hat vorgemacht, dass dies möglich ist und hat diese gesetzliche Regelung schon eingeführt. Auf jedem Behältnis alkoholischer Getränke muss dort folgendes Zeichen deutlich sichtbar sein:



Auch in Finnland und England sind entsprechende Warnhinweise mit ausdrücklichem Bezug zum Schutz des ungeborenen Lebens bereits eingeführt worden. In den USA existieren solche Warnhinweise bereits seit den 1980er Jahren.

Andere Warnhinweise, wie z. B. auf Zigarettenschachteln, sind inzwischen in allen EU-Mitgliedsländern Pflicht und haben sich bewährt. Auch der Drogen- und Suchtrat hat schon 2006 der damaligen Drogenbeauftragten der Bundesregierung empfohlen, eine Verordnung zu Warnhinweisen auf alkoholischen Getränken zu prüfen.

In der europäischen Bevölkerung findet diese Maßnahme der gesundheitlichen Aufklärung eine breite Akzeptanz (77% im europäischen Durchschnitt, 69% in der BRD stimmen zu, Quelle Eurobarometer 2010).

Durchsetzung der UN Kinderrechtskonvention und der WHO Alkohol Charta

Vorrang des Kindeswohls (Artikel 3): Das Generalprinzip der Orientierung am Kindeswohl verlangt, dass bei allen Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Maßnahmen öffentlicher oder privater Einrichtungen das Wohlergehen des Kindes vordringlich zu berücksichtigen ist (Die Vereinten Nationen 1989).

Sowohl Beschäftigte im Arbeitsfeld der Medizin, Beschäftigte, speziell in der Schwangerenversorgung als auch in der Gesundheitsförderung, im Verbraucherschutz und in der Bildung Tätige können in ihrem Verband/ in ihrer Organisation/ an ihrem Arbeitsplatz und in den Medien für Warnhinweise eintreten und sich an die Seite der UN und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellen, die schon 1995 in ihrer Europäischen Alkohol Charta alle Mitgliedsstaaten aufforderte, umfassende alkoholpolitische Konzepte zu erarbeiten und Programme umzusetzen. Sie geht dabei u. a. von folgendem ethischen Prinzip aus: „Alle Bürger haben das Recht auf ein vor Unfällen, Gewalttätigkeit und anderen negativen Folgen des Alkoholkonsums geschütztes Familien-, Gesellschafts- und Arbeitsleben.“

Beratung und Behandlung von Schwangeren

Da in der Schwangerschaft bereits der Konsum geringer Mengen Alkohols riskant sein kann, zielt die Beratung auf eine Änderung des Trinkverhaltens.

Die Frauen können von behandelnden Mediziner/-innen, aber auch von Hebammen, Sprechstundenhilfen und Krankenschwestern/Krankenpflegern im Rahmen der Schwangerenvorsorge angesprochen werden. Interventionsprogramme sind auch kurzfristig möglich.

Dabei bieten sich besonders für Frauen mit Alkoholkonsum, die nicht abhängig sind, die Möglichkeiten der „Motivierenden Gesprächsführung“ an. Frauen, deren Alkoholkonsum bereits zu einer Sucht führte, bedürfen weiterführender Hilfen und intensiver Betreuung durch professionelle Stellen in klinischen oder suchtherapeutischen Einrichtungen.

Die „Motivierende Gesprächsführung“ kann erfolgreich angesetzt werden, wenn auf der einen Seite ein Wunsch zur Verhaltensänderung gegeben ist, die bisherigen (Trink-)Gewohnheiten aber nicht aus eigenem Antrieb heraus aufgegeben werden. Ziel der Beratung ist also, die Identifizierung und Stärkung der Aspekte, die für eine Verhaltensänderung sprechen, durch:

- ▶ Zeigen von Verständnis und Anteilnahme
- ▶ Hinweise, Erläuterungen und Empfehlungen
- ▶ Steigerung des Wunsches nach Veränderung
- ▶ Beseitigen von Hindernissen
- ▶ Angebot von Wahlmöglichkeiten
- ▶ Rückmeldungen
- ▶ Formulieren von Zielen
- ▶ Angebot von aktiver Hilfe und Unterstützung

Einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen Schwangere mit einer Alkoholabhängigkeit. Sicherlich ist hier eine ambulante oder stationäre Entwöhnung die geeignete Maßnahme. Ziel ist das Erreichen und Aufrechterhalten einer Abstinenz oder zumindest die Reduzierung des Alkoholkonsums. In Alkohol- oder Suchtberatungsstellen erhalten Frauen Unterstützung bei der Beantragung von Entwöhnungsbehandlungen. Für einen optimalen Verlauf der Beratung und Behandlung während der Schwangerschaft bedeutet dies eine Kooperation zwischen Suchtberatungsstellen und gynäkologischen Praxen.

Wenn Sie – in welcher Funktion auch immer – in der Behandlung oder Beratung von Schwangeren arbeiten, sollten Sie darüber informiert sein, mit welchen Einrichtungen der Suchtberatung und welchen Fachkliniken Sie zusammenarbeiten können.

Eine Online-Suche finden Sie auf der Internetseite **www.Suchthilfeverzeichnis.de**

Sie können sich auch über der Internetseite der DHS (www.dhs.de) über die → „Einrichtungssuche“ → „Onlinesuche“ → „Suche nach Städten“ über Einrichtungen der Suchtberatung in Ihrer Nähe informieren.

Beratung von Angehörigen und Betroffenen mit FASD

In Deutschland haben sich bislang wenige Einrichtungen auf die Beratung alkoholgeschädigter Kinder und Erwachsener, die selbst durch Alkoholkonsum während der Schwangerschaft geschädigt wurden, spezialisiert.

Die FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde (NRW) bietet eine Sprechstunde zur Diagnostik und Beratung für Betroffene an. An der Beratungsstelle für alkoholgeschädigte Kinder im Evangelischen Kinderheim Sonnenhof (Berlin) wird ein Leistungsspektrum von Beratung über Diagnostik bis hin zu Fortbildungen für Mediziner/Medizinerinnen angeboten.

Kontakte

FAS-Ambulanz der Tagesklinik Walstedde

E-Mail-Adresse: FAS-Anmeldung@tagesklinik-walstedde.de

FASD-Sprechstunde des FASD-Fachzentrums Evangelischer Verein Sonnenhof

E-Mail-Adresse: fasd-sprechstunde@ev-sonnenhof.de

Bislang bleiben viele Betroffene noch unentdeckt, insbesondere schwache Formen der Alkoholembryopathie werden häufig erst spät erkannt.

Die Diagnostik wird dadurch erschwert, dass viele der Geschädigten in Pflegefamilien aufwachsen. Der Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft ist dann häufig im Nachhinein nicht festzustellen. Die Symptome und Ausprägungen der Schädigung bei Kleinkindern zu diagnostizieren ist deshalb entscheidend (Spohr & Steinhausen, 2008).

Das frühzeitige Erkennen einer vorliegenden Alkoholschädigung ist für die Geschädigten selbst besonders wichtig, denn durch einen möglichst frühen Therapiebeginn können die Auswirkungen der Schäden verringert werden. Die Entwicklung von Kindern mit FASD stellt sich zu einem unbestimmten Zeitpunkt ein, weshalb eine möglichst intensiv geförderte Entwicklung bis zu diesem „Deckeneffekt“ hilfreich ist.

Die richtige Diagnose ist aber die Voraussetzung für die Einleitung von Therapiemaßnahmen. Auf der Internetseite der Beratungsstelle sind deshalb spezielle Informationen für Mediziner/Medizinerinnen verlinkt, die sich über die neuesten Diagnosestandards (Four Digit Code nach Astley) informieren können und schnellen Zugang zur medizinischen Fachliteratur finden (Spohr & Steinhausen, 2008).

Nützliche Web-Links

<http://www.fasd-fachzentrum.de/home/>

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

<http://www.nacoa.de/>

<http://www.fas-beratungsstelle.de/>

<https://www.iris-plattform.de/>

<http://www.faskinder.de/>

http://www.tagesklinik-walstedde.de/de/institutsambulanz/fas/das_fetale_alkoholsyndrom.php?level=1

<http://www.drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-und-schwangerschaft.html>

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/022-025.html>

Broschüren

Die Fetale Alkohol-spektrum-Störung.

Die wichtigsten Fragen der sozialrechtlichen Praxis. Herausgegeben von der Drogenbeauftragten der Bundesregierung: http://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/FASD_online_Juni14.pdf

Informationen zum Thema Alkohol für Schwangere und ihre Partner.

Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <http://www.bzga.de/infomaterialien/alkoholpraevention/informationen-zum-thema-alkohol-fuer-schwangere-und-ihre-partner/>

Andere Umstände – neue Verantwortung.

Informationen und Tipps zum Alkoholverzicht während der Schwangerschaft und Stillzeit. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: <http://www.bzga.de/infomaterialien/?sid=-1&idx=2098>

Alkoholfrei ist besser: Flyer zum Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, im Beruf, im Straßenverkehr ...“

Herausgegeben von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen: http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Alkoholfrei_ist_besser_Flyer_zum_Thema_Schwangerschaft_Beruf_Verkehr_Medikamente.pdf

Literaturangaben

Anderson, P.; Baumberg, B. (2006): Alcohol in Europe – A Public Health Perspective. A Report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies.

Berghöfer, A.; Willich, S. N. (2006): Epidemiologie der Alkoholkrankheit bei Frauen. In: Bergmann, Spohr, Dudenhausen (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel. 9-18.

Bergmann, K.E. et al. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 670-676.

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

Bergmann, R.L. et al. (2006): Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In: Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., Dudenhausen, J. W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel. 19-32.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001): Alkoholfrei durch die Schwangerschaft. Köln.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015): Gemeinsame Pressemitteilung. Eine alkoholfreie Schwangerschaft – dem Kind zuliebe. 07.10.2015.

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2015): Pressemitteilung. Kein Alkohol in der Schwangerschaft! – Bundestagsgesundheitsausschuss befragt Sachverständige zum Fetalen Alkoholsyndrom. 15.01.2015.

Die Vereinten Nationen (1989): Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut. Internet: <http://www.kid-verlag.de/kiko.htm>, Zugriff: 26.11.2015.

Eurobarometer (2010): EU citizens' attitudes towards alcohol. Internet: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ebs272_en.pdf, Zugriff: 26.11.2015.

Feick, P.; Haas, St. L.; Singer, M.V. (2006): Gesundheitsfördernde und –schädigende Aspekte des moderaten Alkoholkonsums. In: Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., Dudenhausen, J. W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel. 39-53.

Feldmann, R. (2006): Psychopathologie bei Kindern und Jugendlichen mit Fetalem Alkohol-Syndrom. In: Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., Dudenhausen, J. W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel. 93-101.

Hapke, U.; Lippe, E. von der; Gaertner, B. (2013): Riskanter Alkoholkonsum und Rauschtrinken unter Berücksichtigung von Verletzungen und der Inanspruchnahme alkoholspezifischer medizinischer Beratung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 5/6, 809-813.

IOGT Deutscher Guttempler-Orden e.V. (Hrsg.) (2004): Alkohol in Schwangerschaft und Stillzeit – Kind trinkt mit. Hamburg. Internet: <http://www.guttempler.de/index.php/dokumente/send/68-alkohol-in-schwangerschaft-und-stillzeit/268-kind-trinkt-mit>, Zugriff: 26.11.2015

Kopera-Frye, K.; Connor P.D.; Streissguth A.P. (2000): Neue Erkenntnisse zum fötalen Alkoholsyndrom – Implikationen für Diagnostik, Behandlung und Prävention. In: Seitz, H. K. (u.a.) (Hrsg.): Handbuch Alkohol: Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden, 2., neubearb. Aufl. Heidelberg: Barth. 538-576.

Löser, H., (1999): Alkohol in der Schwangerschaft – Konflikte bei Frauen und präventive Probleme. In: Sucht, 45 (5), 331-338.

Merzenich, H.; Lang, P. (2002): Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd. 17)

Mundle, Götz (1999): Alkoholmissbrauch in der Schwangerschaft – Screeningmethoden und Behandlungsangebote. In: Sucht, 45(5), 325-330.

Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht, 59(6), 321-331.

Schmidt, L. (1997): Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch. Stuttgart: Kohlhammer.

Siedentopf, J.-P.; Nagel, M. (2006): Underreporting des Alkoholkonsums in der Schwangerenberatung. In: Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., Dudenhausen, J. W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel. 33-37.

Siedentopf, J.-P. et al. (2004): Alkoholkonsumierende Schwangere in der Schwangerenberatung. Prospektive, anonymisierte Reihenuntersuchung zur Abschätzung der Prävalenz. In: Deutsches Ärzteblatt, 101(39), 2623-2626.

Spohr, H.-L. (2006): Das klinische Bild des Fetalen Alkohol-Syndroms – Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FSAD). In: Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., Dudenhausen, J. W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen. München: Urban & Vogel. 83-92.

Spohr, H.-L.; Steinhausen, H.-C. (2008): Fetale Alkohol-Spektrum-Störung – Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. In: Deutsches Ärzteblatt, 105(41), 696-698.

Spohr, H.-L. (2014): Das fetale Alkoholsyndrom – Im Kindes- und Erwachsenenalter. Berlin: De Gruyter.

Stratton, K. R.; Howe, C. J.; Battaglia, F. C. (Hrsg.) (1996): Fetal Alcohol Syndrome: Diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment. Washington D.C.: National Academy Press.

Streissguth, A.P. et al. (1996): Understanding the Occurrence of Secondary Disabilities in Clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE). Final Report to the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). August, 1996, Seattle: University of Washington, Fetal Alcohol & Drug Unit, Tech. Rep. No. 96-06.

TNS Infratest Politikforschung (2014): „Alkohol und Schwangerschaft“ – KW 35/2014. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung – Tabellarische Übersichten. Berlin.

Wrase, J.; Heinz, A. (2006). Geschlechtsunterschiede bei Alkoholabhängigkeit. In: Bergmann, R. L., Spohr, H.-L., Dudenhausen, J. W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft – Häufigkeit und Folgen, München: Urban & Vogel. 55-64.

Überarbeitet von: Gabriele Bartsch, Christine Kreider, Peter Raiser

Stand: Dezember 2015