

Evangelische Fachhochschule für Sozialpädagogik

Diplomarbeit

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

- Ein Beratungskonzept für die gynäkologische Fachpraxis

vorgelegt von

Beate Leinberger

Aufgabensteller: Prof. Dr. Joachim Körkel

Zweitprüferin: Prof. Dr. med. Gertraud Müller

**Großer Geist, bewahre mich davor, über
einen Menschen zu urteilen,**



ehe ich nicht eine Meile in seinen Mokassins gegangen bin.

(unbekannter Apachenkrieger)

Danksagung

Mein Dank geht zuerst an Prof. Dr. Joachim Körkel. Er hat mir diese Aufgabe gestellt, und ohne ihn wäre das Konzept nie zustande gekommen. Seine Kritik war für mich nicht immer leicht zu nehmen, hat mich jedoch stets zu weiteren Taten motiviert. Dies lag nicht zuletzt am liebevoll zubereiteten grünen Tee!

Weiterer Dank geht an Dipl. Psych. Peter Lang vom Bremer Institut für Prävention und Sozialforschung. Er hat mir den "Leitfaden zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft" zur Verfügung gestellt, aus welchem ich viele Ideen für mein Konzept schöpfen konnte.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen, die mein Konzept freundlicherweise "probegelesen" und kritisiert haben. Auf ihre Anregungen habe ich bis kurz vor dem Abgabetermin sehnlichst gewartet.

Danke an alle schwangeren und nicht-schwangeren, Frauen, die ich zu allen möglichen und unmöglichen Gelegenheiten zum Thema befragen durfte. Besonderer Dank gilt hierbei meiner Freundin Kerstin Strese, die in ihrer jetzigen, zweiten Schwangerschaft tapfer mit der Anziehungskraft des Glimmstengels kämpft und dabei tatkräftig von ihrem Mann Peter unterstützt wird! Toi, toi, toi... Danke an Peter für die kreative Gestaltung der ersten Seite!

Mein letzter und innigster Dank geht an Shosh. Er hat maßgeblich dazu beigetragen, daß das Konzept in vorliegender Form entstehen konnte. Nicht nur deshalb, weil er die äußerlichen Gegebenheiten zur Verfügung stellte sondern auch, weil er mir in "krätzigen" Zeiten der Frustrationen und Selbstwertverluste immer wieder mit unglaublicher Geduld und Fürsorge zur Seite stand.

Gliederung:

Einleitung 1

1. Teil

1. Einführung in die Problematik des Alkoholkonsums in Deutschland 4

2. Einführung in die Problematik des Zigarettenkonsums in Deutschland 6

3. Die Wirkung des Alkohols im Organismus des Embryos/Fötus

3.1. Alkoholmetabolismus 9

3.2. Die Alkohol-Plazenta-Schranke 9

3.3. Sensible Phasen in der Entwicklung des Embryos/Fötus 10

3.4. Schädigungsformen bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

3.4.1. Überblick 11

3.4.2. Alkoholeffekte

3.4.2.1. Definition 12

3.4.2.2. Symptomatik 13

3.4.3. Alkoholembryopathie

3.4.3.1. Definition 15

3.4.3.2. Symptomatik 16

3.5. Der Zusammenhang zwischen Konsumverhalten und Schädigungsgrad bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

3.5.1. Die Schwierigkeit genauer Angaben 18

3.5.2. Schädigende Konsummenge 18

3.5.3. Resümee aus den unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Konsumverhalten und Schädigungsgrad 20

4. Inhaltsstoffe von Zigaretten und deren Auswirkungen auf den Organismus des Embryos/Fötus

[4.1. Inhaltsstoffe im Hauptstromrauch und deren Auswirkungen 21](#)

[4.2. Inhaltsstoffe im Nebenstromrauch und deren Auswirkungen 23](#)

[4.3. Die Nikotin-Plazenta-Schranke 24](#)

[4.4. Schädigende Auswirkungen des Zigarettenkonsums](#)

[4.4.1. Präkonzeptionelle Schädigungen infolge der Intoxikation 25](#)

[4.4.2. Intrauterine Schädigungen nach der Konzeption 26](#)

[4.4.3. Schädigungen durch Passivrauchen nach der Geburt 27](#)

[4.5. Der Zusammenhang zwischen Konsumverhalten und Schädigungsgrad bei Zigaretten 27](#)

5. Der Präventionsgedanke zur Vermeidung von Schädigungen des Embryos/Fötus durch Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

[5.1. Begriffsbestimmung 30](#)

[5.2. Sozialpädagogisches Handeln als "präventive Intervention" 31](#)

6. Die Beratungsmethode "Motivational Interviewing" (MI)

[6.1. Theoretische Grundlagen](#)

[6.1.1. Einführung 33](#)

[6.1.2. Wichtige Aspekte in der Beratung nach MI](#)

[6.1.2.1. Die fünf Prinzipien 33](#)

[6.1.2.2. Ambivalenz 35](#)

[6.1.2.3. Umgang mit Widerstand 35](#)

[6.1.2.4. Fallen in der Gesprächsführung 36](#)

[6.1.2.5. "Die Stufen des Wandels" nach Prochaska, Norcross & DiClemente \(1997\) 37](#)

[6.2. Beratungsmethoden des MI](#)

[6.2.1. Erläuterung 40](#)

[6.2.2. Motivationsstrategien der Phase I 40](#)

[6.2.3. Beratungsmethoden der Phase II 43](#)

[6.3. Kurz-Beratung nach MI 44](#)

7. Konzeptionelle Überlegungen

[7.1. Zeitrahmen 46](#)

[7.2. Zielgruppe 46](#)

[7.3. Zielsetzung 47](#)

[7.4. Methode 47](#)

[7.5. Kritische Anmerkungen eines Gynäkologen zum Beratungskonzept "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft" 47](#)

8. Ausblick 50

➔ [Literaturverzeichnis 52](#)

Anhang

1. Symptomatik und Bewertung der Alkoholembryopathie 60

2. Fragebogen zur kritischen Bewertung des Konzeptes "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft" für Gynäkologinnen und Gynäkologen 61

2. Teil

[I. Einführung in die Beratungskonzepte "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft" und "Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft"](#)

[II. "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft"- Ein Beratungskonzept für gynäkologische Fachpraxen](#)

[III. "Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft"- Ein Beratungskonzept für gynäkologische Fachpraxen](#)

Einleitung

Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft ist keine Seltenheit. Ca. 33% aller schwangeren Frauen rauchen, und ca. 80% trinken Alkohol (Sasco, 1998; Spohr, 1997).

Viele schwangere Frauen konsumieren Suchtmittel, weil sie z.B. gehört haben, daß sich ein Glas Wein pro Tag förderlich auf die Gesundheit auswirken soll oder Weit errauchen für die Gesundheit des Kindes besser sei, als abrupt mit dem Zigarettenkonsum aufzuhören. Nicht selten werden solche Ratschläge von Gynäkologinnen und Gynäkologen selbst erteilt (Quelle: persönliche Gespräche mit schwangeren Frauen).

Die Aufklärung bezüglich des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft ist in ganz Deutschland unzureichend. Schon Mitte der 80-er Jahre erkannten z.B. Fachleute wie Löser (1987) und Majewski (1987) die Auswirkungen von (auch geringem) Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und beklagten schon damals das geringe Interesse in der Bevölkerung.

Marthaler (1990) und Heinze (1991) erkannten das bestehende Defizit in der Aufklärung schwangerer Frauen und entwickelten Ideen zur Prävention. Die von ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen reichen von der Verteilung von Broschüren und Informationsblättern über Plakataktionen, Fernsehspots, Warnhinweise auf Flaschenetiketten und Zigarettenpackungen bis hin zu einer verbesserten Schwangeren-Vorsorge und Fortbildungsveranstaltungen für alle Berufsgruppen, die mit schwangeren Frauen Kontakt haben (zitiert in Richter, 1993). Leider wurde bislang kaum etwas davon in die Tat umgesetzt. Vermutlich auch deshalb, weil die wirtschaftlichen Interessen fehlen.

Seit 1996 gibt es einen Leitfaden für gynäkologische Fachpraxen zur Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft. Er wurde von Brecklinghaus, Lang und Greiser im Rahmen des Programms "Europa gegen den Krebs" entwickelt.

Mit meinem Konzept zur Beratung von alkohol- und zigarettenkonsumierenden schwangeren Frauen möchte ich ebenfalls Gynäkologinnen und Gynäkologen ansprechen. Sie sind eine der ersten Kontakt- und Vertrauenspersonen für schwangere Frauen. Sie können den Suchtmittelkonsum feststellen und beratend einwirken. Das Konzept soll ein weiterer Beitrag zur Prävention von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft sein.

Die vorliegende Arbeit ist in zwei Bereiche gegliedert. Der erste Teil befaßt sich mit Forschungsergebnissen rund um die Themen Alkohol- und Zigarettenkonsum bei Frauen und explizit schwangeren Frauen sowie die Auswirkungen des Konsums beider Suchtmittel auf den Embryo bzw. Fötus. Danach folgen Erläuterungen zum Präventionsbegriff nach Hurrelmann & Settertobulte (1995). Im Anschluß wird die Beratungsmethode *Motivational Interviewing* (Miller & Rollnick, 1991), auf deren Basis das Konzept ruht, ausführlich beschrieben.

Das von mir erstellte Beratungskonzept für alkoholkonsumierende schwangere Frauen wurde von einem Gynäkologen eingesehen. Dessen Kritik und die Umsetzung der Kritik in das Konzept sind im nächsten Kapitel zusammengefaßt. Am Ende des ersten Teils erfolgt der Ausblick.

Der zweite Teil der Arbeit beinhaltet das Konzept, welches in die zwei Bereiche Alkohol- und Zigarettenkonsum gegliedert ist. Jeder Bereich enthält im Anschluß zugehörige Arbeitsmaterialien zur Unterstützung im Beratungsverlauf. Am Anfang des zweiten Teiles erfolgt eine Einführung in beide Beratungskonzepte. Der gesamte zweite Teil richtet sich sprachlich direkt an Gynäkologinnen und Gynäkologen, da beide Konzepte hier in der Form

dargestellt sind, wie sie diese Berufsgruppe erhalten würden. Die Nummerierung des zweiten Teiles schließt sich nicht an den ersten Teil an, da alle Bereiche des zweiten Teiles für sich stehen.

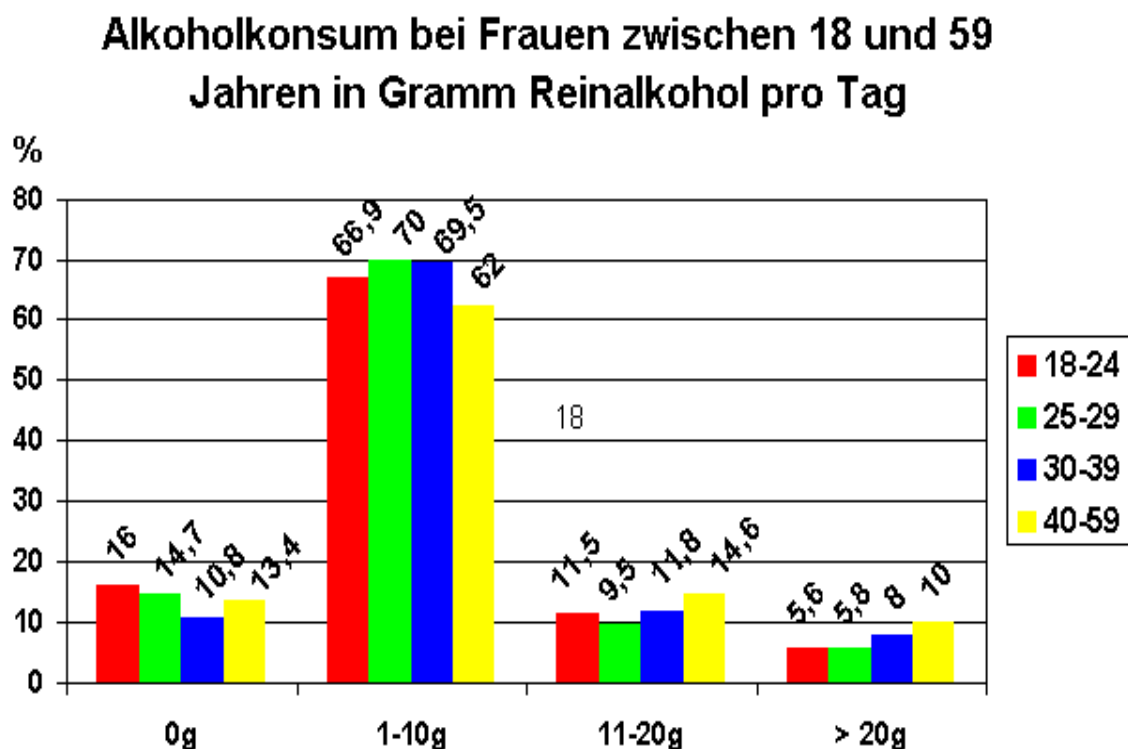
- 1. Teil -

1. Einführung in die Problematik des Alkoholkonsums in Deutschland

In Deutschland konsumieren 88,7% aller Frauen zwischen 18 und 59 Jahren Alkohol. Dies ist das Ergebnis der Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland. Gleichzeitig leben doppelt so viele westdeutsche (14,9%) wie ostdeutsche (7,6%) Frauen abstinent (Kraus & Bauernfeind, 1998).

Die ermittelte Konsummenge bei Frauen wurde in vier unterschiedliche Kategorien unterteilt: 0g = "kein Konsum", 1-10g = "geringer Konsum", 11-20g = "moderater Konsum", mehr als 20g = "starker Konsum". Es stellte sich heraus, daß die meisten Frauen (66,3%) täglich durchschnittlich 1-10g Alkohol konsumieren. Abbildung 1 verdeutlicht das Ergebnis.

Abbildung 1:



Legende:

- 0g = "Abstinenz"
- 1-10g = "geringer Konsum"
- 11-20g = "moderater Konsum"
- 20g = "starker Konsum"

(aus: Kraus & Bauernfeind, 1998)

Die bevorzugten Getränkesorten sind Wein und Sekt (65,9%), gefolgt von Bier (39,1%). Spirituosen werden von 27,4% konsumiert (Kraus & Bauernfeind, 1998).

Die schädigende Konsummenge für Frauen liegt bei 20g Alkohol pro Tag und mehr (Kraus & Bauernfeind, 1998). 20g entsprechen ca. ¼ l Wein oder ½ l Bier.

Bei schwangeren Frauen beginnt schädigender Konsum bereits vorher, da auch weitaus geringere Mengen als 20g Alkohol pro Tag den Embryo/Fötus schädigen können (Löser, 1995 und Spohr, 1997).

Nach Spohr (1997) konsumieren ca. 80% aller schwangeren Frauen Alkohol und setzen ihr Kind damit einem erheblichen Schädigungsrisiko aus, so daß in Deutschland mehr als 10.000 Kinder an den zum Teil irreparablen Folgen des Alkoholmißbrauchs in der Schwangerschaft leiden (a.a.O.).

Der Beratungserfolg alkoholkonsumierender Frauen hängt stark von der jeweiligen Einstellung bezüglich des Suchtmittelkonsums ab. Tabelle 1 zeigt, daß die Einstellung hinsichtlich des Konsumverhaltens immer lockerer wird, je mehr Alkohol eine Frau konsumiert. Es wurden Frauen befragt, die abstinent leben, "leicht", "moderat" oder "stark" Alkohol konsumieren.

Tabelle 1:

Einstellungen zum Thema Alkohol

Einstellung	Gesamt	"Abstinenz"	"leichter Konsum"	"moderater Konsum"	"starker Konsum"
Mäßig trinken darf man, sooft man will	40%	23,3%	41,5%	56,4%	71,6%
Eine Party ohne Alkohol ist	22,9%	9,0%	23,7%	39,7%	47,1%

langweilig					
Ich habe immer Alkoholi zu Hause	30,1%	15,8%	31,6%	47,0%	52,0%
Ein Schwips ist sehr angenehm	23,1%	8,7%	24,0%	40,2%	48,4%
Auch wenig Alkohol schadet	38,6%	50,5%	35,3%	27,9%	30,5%
Es ist nicht schlimm, sich zu betrinken, wenn es nicht zur Gewohnheit wird	25,8%	14,9%	26,7%	37,9%	45,1%

(aus: Kraus & Bauernfeind, 1998)

2. Einführung in die Problematik des Zigarettenkonsums in Deutschland

Die Ergebnisse zum Zigarettenkonsum stammen ebenfalls aus der Studie von Kraus & Bauernfeind (1998). Demnach rauchen in Deutschland 30% aller Frauen im Alter zwischen 18 und 59 Jahren.

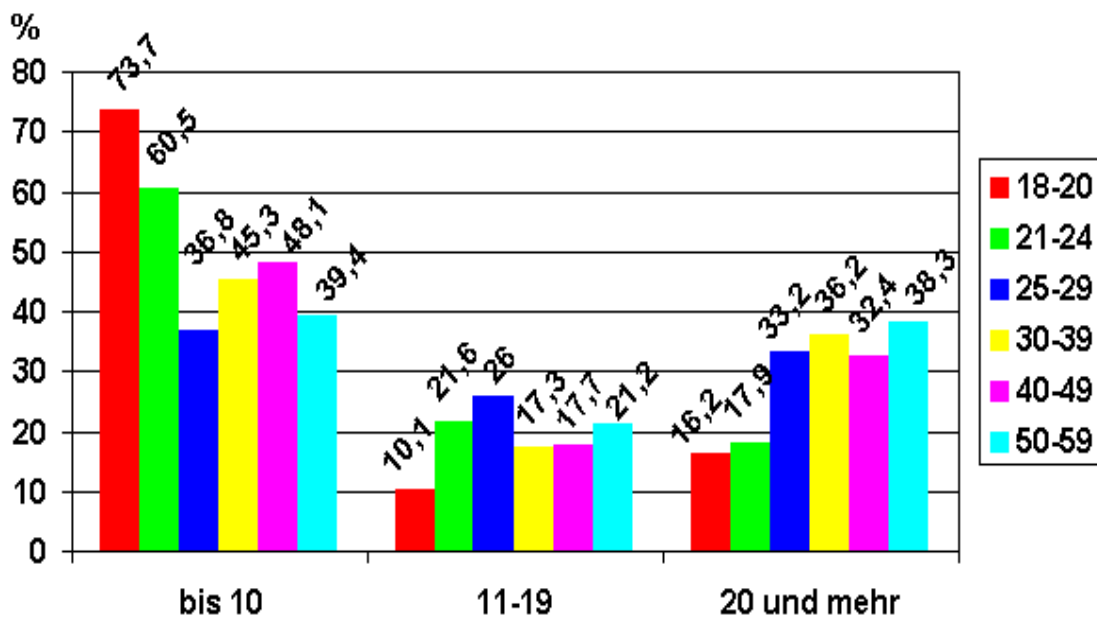
Die Anzahl rauchender Frauen ist in Westdeutschland bei den 25-29jährigen mit durchschnittlich 38,9% und in Ostdeutschland bei den 18-20jährigen mit 47,2% am höchsten

(Kraus & Bauernfeind, 1998). Raucherinnen sind nach dieser Studie Frauen, die in den letzten 30 Tagen geraucht haben.

Die tägliche Konsummenge rauchender Frauen unterscheidet sich zwischen westdeutschen und ostdeutschen Frauen zum Teil erheblich, so daß sie in getrennten Abbildungen dargestellt werden.

Abbildung 2:

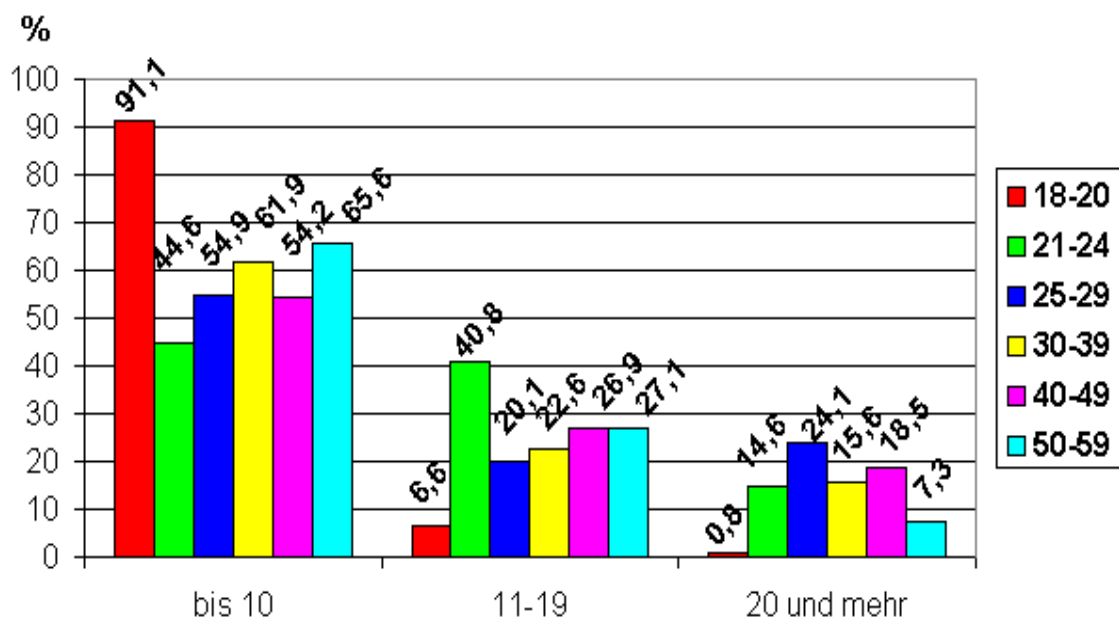
Zigarettenkonsum pro Tag aller westdeutschen Raucherinnen zwischen 18 und 59 Jahren



(aus: Kraus & Bauernfeind, 1998)

Abbildung 3:

Zigarettenkonsum pro Tag aller ostdeutschen Raucherinnen zwischen 18 und 59 Jahren



(aus: Kraus & Bauernfeind, 1998)

Aus Abbildung 2 und 3 geht hervor, daß vor allem die Altersgruppe der 18-20jährigen Zigarettenkonsumentinnen nicht mehr als 10 Zigaretten täglich rauchen, wohingegen fast die Hälfte der 21-24jährigen ostdeutschen Raucherinnen täglich zwischen 11 und 19 Zigaretten konsumieren und über 1/3 der 25-59jährigen westdeutschen Raucherinnen 20 Zigaretten und mehr rauchen.

Sasco (1998) gibt an, daß ca. 33% aller deutschen schwangeren Frauen rauchen, was in etwa dem Gesamtdurchschnitt rauchender Frauen (30%) in Deutschland nach Kraus und Bauernfeind (1998) entspricht.

Wenn 1/3 aller schwangeren Frauen rauchen, so ist die Notwendigkeit einer Beratung zum Konsumstopp nicht von der Hand zu weisen.

Weil es nach Saß et al. (1996) kaum Zigarettenkonsum ohne Suchtcharakter gibt, sind Maßnahmen zur Beendigung des Konsums häufig mit Suchtentwöhnung gleichzusetzen. Die Maßnahmen, welche von den befragten Zigarettenkonsumentinnen von Kraus und Bauernfeind (1998) zur Zigarettenentwöhnung ergriffen wurden, sind nachfolgend in einer Übersicht dargestellt.

Tabelle 2:

Hilfsmittel, mit denen es Frauen gelang, das Rauchen aufzuhören

Hilfsmittel	Prozentanteil der Befragten
Entwöhnungskurs oder Seminar	0,5%
Nikotinplaster oder -kaugummi	2,9%
Bücher, Broschüren, Kassetten, CD`s, Videos	3,1%
Akupunktur, Akupressur, Energieübertragung	1,8%
Partner(in), Freund(in), Familie	10,4%
Andere Hilfsmittel	2,7%
Keine Hilfsmittel	77,2%

(aus: Kraus & Bauernfeind, 1998)

Es fällt auf, daß meistens keine Hilfsmittel verwendet wurden. Leider fehlen in dieser Studie Angaben über die Hintergründe. Diese zu erfahren erachte ich als wichtig, da sie Informationen enthalten könnten, die für die Beratungspraxis möglicherweise bedeutsam sind.

Partner(in), Freund(in) und Familie nehmen zur Unterstützung der Raucherentwöhnung eine wichtige Funktion ein. Deshalb wird in dem von mir entwickelten Beratungskonzept mitberücksichtigt, daß ein stabiles Unterstützungssystem entscheidend zum Erfolg beiträgt. Entwöhnungskurse und Seminare wurden vermutlich zum Teil deshalb kaum frequentiert, weil seit 1997 die Kosten dafür von den Krankenkassen nicht mehr übernommen wurden (Änderung des SGB V, §20).

Wie Alkohol und Zigaretten auf den Embryo/Fötus wirken, ist in den nächsten Kapiteln beschrieben.

3. Die Wirkung des Alkohols im Organismus des Embryos/Fötus

3.1. Alkoholmetabolismus

Anders als beim Zigarettenkonsum sind die Begleitstoffe eines alkoholischen Getränks bei der körperlichen Schädigung weniger von Bedeutung als der Reinalkohol (= vorwiegend Äthanol, aber auch Methanol, n.- Propanol, n.- Butanol und n.- Pentanol) (Teschke, 1983).

Der Konsum von Alkohol führt zu biochemischen, physiologischen und pathophysiologischen Veränderungen im Organismus. Schädigungen entstehen besonders durch die Vorgänge des Abbaues und der Umwandlung von Alkohol, sowie dem dabei entstehenden Abbauprodukt Acetaldehyd (a.a.O.).

Alkohol ist in hohem Maß fett - und wasserlöslich. Er wird von den menschlichen Zellen sehr gut aufgenommen und tritt praktisch ungehindert in den Organismus der schwangeren Frau ein. Die Menge, welche in Magen und Dünndarm aufgenommen wird, verteilt sich innerhalb von 90 Minuten vollständig in der Blutbahn des gesamten Körpers (a.a.O.).

Die Blutalkoholkonzentration bei gleicher Aufnahmemenge und gleichem Körpergewicht ist bei Frauen höher als bei Männern, da sie weniger Körperwasser zur Verfügung haben. Die Alkoholkonzentration bei Frauen ist somit in den einzelnen Organen relativ hoch, obwohl die konsumierte Alkoholmenge relativ gering ist (a.a.O.).

Der Alkohol gelangt über das mütterliche Blutkreislaufsystem nahezu unfiltriert in die Plazenta und somit in den embryonalen/fötalen Organismus (a.a.O.).

3.2. Die Alkohol - Plazenta - Schranke

In tierexperimentellen Untersuchungen wurde festgestellt, daß die Alkoholkonzentrationsrate des Embryos/Fötus bereits nach zehn Minuten akuter Alkoholbelastung mit der Alkoholkonzentrationsrate der Mutter identisch ist (Volk, 1987).

Die Leberaktivität des Ungeborenen ist sehr gering, und Feten zwischen der 10. und 16. Woche können überhaupt nicht verstoffwechseln. Somit verläuft die Entgiftung des kindlichen Organismus sehr verzögert (Löser, 1995).

Die toxischen Substanzen schädigen die Zellen des Embryos/Fötus und deren Teilung, so daß sich entwickelnde Organe zerstört werden (Spohr, 1997).

Zwar oxidiert Alkohol z.T. in der Plazenta, was als Schrankenfunktion bezeichnet wird, jedoch kann zusammenfassend gesagt werden, daß Alkohol nahezu ungehindert die Plazentaschranke passiert und sich dort zellschädigend auswirkt. Im Gegensatz zum Acetaldehyd verteilt sich das Äthyl "...sehr schnell in dem wasserreichen unreifen Gewebe..." (Volk, 1987, S. 90) und kann somit den Embryo/Fötus bereits in sehr frühem Stadium schädigen (a.a.O.).

Welche Entwicklungsphasen des Ungeborenen hierbei besonders gefährdet sind, zeigt nachfolgendes Kapitel.

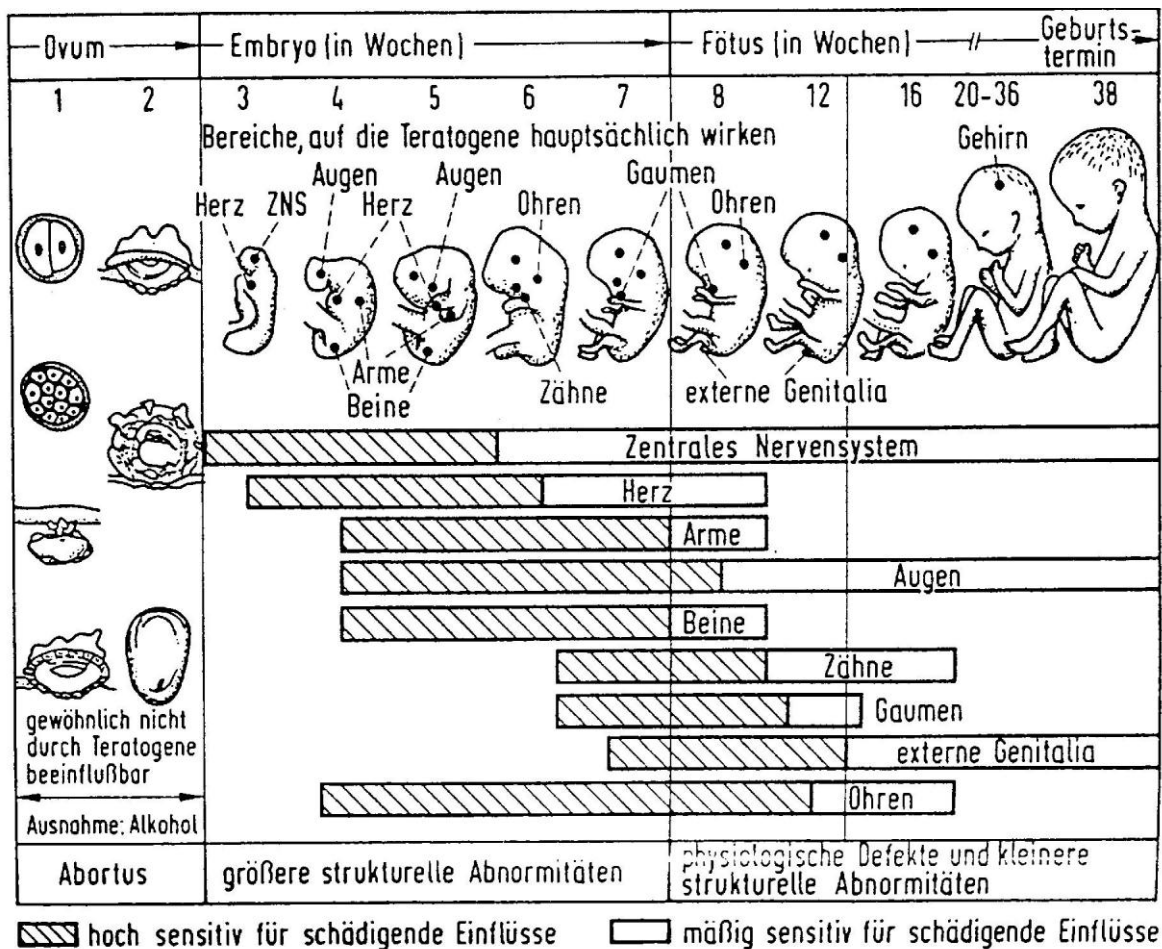
3.3. Sensible Phasen in der Entwicklung des Embryos/Fötus

In tierexperimentellen Untersuchungen an Ratten und Mäusen wurde die schädigende Einwirkung "...des Alkohols während der ersten Tage der Embryonalentwicklung (Präimplantationsperiode) ..." (Sandor, 1987, S. 66) genauer analysiert. Sandor zieht in Erwägung, daß sich chronische Alkoholeinwirkung auf den mütterlichen und möglicherweise väterlichen Organismus bereits in der Präimplantationsphase schädigend auf das entstehende Kind auswirken könnte, und die Entstehung von Mißbildungen und Wachstumsstörungen begünstigt.

Wahrscheinlicher ist jedoch, daß der Alkohol unmittelbar auf den sich einnistenden und wachsenden Embryo einwirkt und durch die toxische Belastung direkt Schäden verursacht. Einwirkende Gifte können vor allem in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten besonders viel Schaden verursachen, da sich in dieser Zeit die Zellen des Fötus sehr schnell teilen, und die meisten Organe angelegt werden (a.a.O.). Abbildung 7 gibt einen Überblick über die embryonale/fötale Entwicklung und deren sensitive Phasen.

Abbildung 4:

Die embryonale/fötale Entwicklung



(aus: Oerter, Montada (Hrsg.) (1991), S.177)

3.4. Schädigungsformen bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

3.4.1. Überblick

Alkohol ist in der Schwangerschaft heutzutage einer der häufigsten und bedeutsamsten Schadstoffe. Schädigungen sind allein durch die Zufuhr von Alkohol bedingt und nicht als sekundäre Effekte, wie z. B. Vitaminmangel oder Fehlernährung als Begleiterscheinung des mütterlichen Alkoholismus zu betrachten (Löser, 1995).

Die Bandbreite der Schäden reicht von Untergewicht und Minderwuchs bis hin zu massiven geistigen und körperlichen Behinderungen und Mißbildungen (Streissguth, 1987; Mills & Graubard, 1987).

Die gravierendste Auswirkung des Alkohols beim Embryo/Fötus ist die sogenannte Alkoholembryopathie (AE) (Majewski, 1987). Definition und Symptomatik der AE werden unter Kapitel 3.4.3. weiter ausgeführt.

Alkoholeffekte sind alle Schädigungen, die auf Alkoholkonsum in der Schwangerschaft beruhen. Die Symptome sind weniger schwer als bei Alkoholembryopathie. Sie können häufig nicht genau gegen andere Ursachen abgegrenzt werden, was eine eindeutige Diagnose

äußerst erschwert oder verhindert (Löser, 1995). Definition und Symptomatik dieser Schädigungsform folgen als nächstes.

3.4.2. Alkoholeffekte

3.4.2.1. Definition

Der Begriff Alkoholeffekte ist nach Löser (1995) weltweit eingeführt. Alkoholeffekte werden dann diagnostiziert, wenn sich die Auswirkungen des Alkohols während der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind zwischen "...dem körperlichen und geistigen Vollbild der Alkoholembryopathie...und dem Normalen ..." bewegen (Löser, 1995, S.2). Die Übergänge sind fließend und Diagnosen splitten sich in sogenannte "Klare Alkoholeffekte" oder "Mögliche Alkoholeffekte". Da besonders das Gehirn von Schädigungen betroffen ist, spricht Löser (1995) in diesem Zusammenhang auch von "Toxischer Enzephalopathie". Es gestaltet sich schwierig, Alkoholeffekte differentialdiagnostisch gegen andere pränatale Einflußfaktoren abzugrenzen. Obwohl die genaue Diagnostik noch sehr ungenau ist, "...ist zu erwarten, daß durch die in aller Welt fortschreitenden Untersuchungen zu Alkoholeffekten mehr Erkenntnisse zu den spez. Hirnveränderungen gewonnen werden und...mehrere Formenkreise, vielleicht quasitypische psychische, mentale, psychopathologische und verhaltensbezogene Veränderungen erkennbar und differentialdiagnostisch bewertbar werden." (Löser, 1995, S.3)

Eine erschwerte Diagnostik ergibt sich z. B. aus dem uneinheitlichen und komplexen Trinkmuster der Schwangeren, weil dadurch keine ausführliche Anamneseerhebung möglich ist. Außerdem werden die Angaben zum Alkoholkonsum von den Schwangeren oft verheimlicht oder verharmlost (a.a.O.)

3.4.2.2. Symptomatik

Alkoholeffekte können leicht mit den Merkmalen der Minimalen Cerebralen Dysfunktion verwechselt werden. Beides sollte aber voneinander genau unterschieden werden. Symptome die nach Löser (1995) bei Alkoholeffekten festzustellen sind, werden zum besseren Überblick in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3:

Symptome der Alkoholeffekte

Hirnorganische Störungen	Verhaltensstörungen und soziale Reifung	Emotionale Störungen	Motorische Störungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzentrations- schwäche; ▪ Wahrnehmungs- störungen; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hyperaktivität; ▪ Distanzlosigkeit, Verführbarkeit; ▪ erhöhte Risikobereitschaft; ▪ stereotype 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ überwiegend gehobene Gemütsverfassung, fröhlich, zugewandt, kontakt- und mitteilungsfreudig; ▪ sehr selten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ungleichfö- zielunsicher Bewegungs ▪ Störungen Ausdrucks ▪ Störungen alles im

<ul style="list-style-type: none"> ▪Sprachentwicklungsverzögerungen; ▪Beeinträchtigung des logischen Denkens und Lösens komplizierter Probleme; ▪Einschränkung des phantasievollen Denkens; ▪Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens; 	<p>Bewegungen;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪faciale Ticks; ▪Haarausreißen; 	<p>depressiv, introvertiert oder autistisch;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪instabile Gefühlsäußerungen (schneller Wechsel zwischen Lachen und Weinen); ▪mangelnde Affektkontrolle; ▪eher mürrische und trotzig Grundstimmung des späteren Erwachsenen; 	<p>feinmotorischer Bereich;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪fehlende Koordination einer Bewegung beteiligter Muskelgruppen; ▪Gleichgewichtsstörungen; ▪überschießende Bewegungen beim gezielten Greifen; ▪grobgeschlägiger Tremor bei massiver Alkoholschädigung; <p>Störungen im motorischen Bereich sind eher bei höhergradiger Schädigung auffällig.</p>
---	---	---	---

Die Anamneseerhebung zur Ermittlung der Symptome wurde im Alter von 3 Jahren oder älter durchgeführt

(Löser, 1995).

3.4.3. Alkoholembryopathie

3.4.3.1. Definition

Alkoholembryopathie entsteht durch den Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft. Sie ist eine pränatale Erkrankung der Frucht mit intrauteriner und postnataler Wachstumsretardierung, Mikrozephalie, statomotorischer und geistiger Retardierung sowie kraniofazialer Dismorphie. Häufig treten auch angeborene Herzfehler, Gelenkanomalien, Genitalanomalien und Fehlbildungen an Skelett und inneren Organen auf (Psyrembel, 1994). Der Begriff Alkoholembryopathie umfaßt alle Entwicklungsstadien des Ungeborenen (Spohr, 1997).

Es gibt bereits eine erhebliche Anzahl an Literatur über Alkoholembryopathie, die sich häufig auf Forschungsinhalte und -ergebnisse von Prof. Dr. Frank Majewski beziehen. Dieser veröffentlichte als Herausgeber in seinem Buch "Die Alkoholembryopathie" (1987) Aufsätze

unterschiedlicher Autoren über mögliche Ursachenfaktoren sowohl des weiblichen Alkoholismus als auch der Alkoholembryopathie und deren Pathogenese, Erscheinungsformen, Prävention und Therapie. Desweiteren können in der Diplomarbeit von Astrid Richter "Prävention der Alkoholembryopathie - Wege zur und mit der alkoholabhängigen schwangeren Frau, aufgezeigt an einer Fragebogenaktion" (1993) detaillierte Informationen über Alkoholembryopathie erworben und zusammenfassende Ergebnisse ihrer Interviews mit ehemals alkoholabhängigen schwangeren Frauen nachgelesen werden.

Häufigkeit: Eine internationale prospektive Studie von 1987 hat ergeben, daß Alkoholembryopathie mit 1-3:1000 "...zusammen mit dem Down-Syndrom (1:833) die häufigste Ursache für eine angeborene mentale Retardierung dar[stellt] und...im Gegensatz zur Trisomie 21 vollständig verhinderbar ..." ist (Spohr, 1997, S. 791 und Psyhyrembel, 1994). Zu dieser Inzidenzzahl sind noch nicht die Lebendgeburten hinzugezählt worden, welche mit **Alkoholeffekten** (Hervorh. d. Verf.) zur Welt kommen (Spohr, 1997).

Eine Studie über die Häufigkeit der Alkoholembryopathie speziell für Deutschland gibt es noch nicht. Es wird aber angenommen, daß "...[sie] ähnlich häufig auftritt wie in Frankreich oder Schweden (Majewski, 1987, S. 110).

Wenn diese Schätzung zutrifft, dann ist in der BRD jährlich mit ca. 1800 Neugeborenen mit einer Alkoholembryopathie aller Schweregrade zu rechnen."

(Majewski, 1987)

3.4.3.2. Symptomatik

Die klinische Symptomatik und Bewertung der Alkoholembryopathie erfolgt nach Majewski (1987). Es handelt sich dabei um ein spezielles Punktesystem, wonach Diagnosen gestellt werden. Die gesamte Punktetabelle ist dem Anhang beigelegt. Die aufgelisteten Schädigungen können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. "Groborientierend kann eine Einteilung in drei Schädigungsgrade vorgenommen werden: Milde Symptomatik (AE I), mittlere Ausprägung (AE II) und schwere Schädigung (AE III). Die Übergänge sind fließend...Es muß betont werden, daß mit [dem] Punktesystem [allein] die Diagnose nicht gestellt werden kann ..." (Majewski, 1987, S. 111), da sich die Differentialdiagnostik schwierig gestaltet und auch andere Krankheiten durchaus eine Punktezahl erreichen können, die der AE III entsprechen, z.B. Cornelia-de-Lange-Syndrom, Noonan-Syndrom, Turner-Syndrom

(Löser, 1995 und Majewski, 1987).

Eine Übersicht der Symptomatik aller drei Schweregrade erfolgt in Tabelle 4.

Tabelle 4:

Ausprägungen der einzelnen Klassifikation nach Majewski (1987)

AE I	AE II	AE III
------	-------	--------

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minderwuchs; ▪ Untergewicht; ▪ Mikrozephalie; ▪ uncharakteristisch geformtes Gesicht; ▪ fließende Übergänge zum Gesunden; ▪ mittlerer IQ: 91; <p>Die Diagnose ist nur möglich, wenn bei der Mutter eindeutig Alkoholismus und exzessives Trinken während der Schwangerschaft festgestellt werden konnte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symptome wie AE I und ▪ auffälligere Gesichtssymptome; ▪ geringfügige neurologische Auffälligkeiten; ▪ geistige Minderbegabung; ▪ innere Fehlbildungen; ▪ mittlerer IQ: 79; <p>Die Diagnose ist wieder nur bei gesichertem Alkoholismus und exzessivem Trinken während der Schwangerschaft möglich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ wie bei AE II und ▪ (fast) alle Symptome der Punktetabelle nach Majewski (1987); ▪ erhebliche intrauterine Wachstumsverzögerungen; ▪ typische kraniofaziale Anomalien; ▪ Muskelhypotonie; ▪ erhebliche geistige Behinderungen; ▪ zahlreiche innere Fehlbildungen, insb. Herzfehler; ▪ erhebliche neurologische Auffälligkeiten; ▪ mittlerer IQ: 66; <p>Die Diagnose gilt annähernd als gesichert, wenn mindestens 40 Punkte der Tabelle erreicht werden.</p>
---	--	--

Abbildung 4:

3-jähriges Mädchen mit mittelgradiger AE



Abbildung 5:

1-jähriges Mädchen mit hochgradiger AE



(aus:Löser, 1995)

Die Abbildungen 4 und 5 sollen die typischen Gesichtsveränderungen der Stufen II und III verdeutlichen.

3.5. Der Zusammenhang zwischen Konsumverhalten und Schädigungsgrad bei Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

3.5.1. Die Schwierigkeit genauer Angaben

Über den Zusammenhang zwischen Konsummenge und Schädigungsgrad gibt es eine Reihe unterschiedlicher Meinungen. Es wird vermutet, daß die "...Schädigung des Kindes...abhängig [ist] von der Dauer, der Menge und Art und Weise des mütterlichen Trinkens vor und während der Schwangerschaft und möglicherweise auch von den eingenommenen Alkoholika." (Spohr, 1997, S. 796)

Die Schwierigkeit, genaue Angaben über Menge und Schädigungsgrad machen zu können liegt an einer Vielzahl von Einflußfaktoren:

❶ Jeder Embryo/Fötus kompensiert entstandene Schäden unterschiedlich erfolgreich

(Spohr, 1997).

❷ Jede Frau verarbeitet den konsumierten Alkohol in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Die Geschwindigkeit des körperlichen Abbaus beeinflußt die Plazentagängigkeit und somit die zugeführte Alkoholmenge in den embryonalen/fötalen Organismus (Volk, 1987).

❸ Die Mengenangaben können "...nicht als wirklich exakte Mengenangaben gewertet werden...", weil Frauen bei einer Befragung entweder ihre genaue Trinkmenge nicht mehr wissen oder keine wahrheitsgemäßen Angaben darüber machen wollen (Löser, 1995, S. 12).

❹ Die bisher durchgeführten Studien zur Ermittlung des Zusammenhangs zwischen Konsummenge und Schädigungsgrad enthalten zu ungenaue Daten, die nicht eindeutig zu interpretieren sind (Streissguth, 1987).

Zusammenhänge, die bisher durch entsprechende Studien ermittelt werden konnten, folgen im nächsten Kapitel.

3.5.2. Schädigende Konsummenge

Sandor spricht in bezug auf die schädigende Menge relativ vage von "...nicht allzu hohen Alkoholdosen..." (Sandor, 1987, S. 74). In seinen Tierexperimenten wurde deutlich, daß sowohl chronische Alkoholfuhr als auch die akute toxische Aufnahme bei der intrauterinen

Entwicklung eine entscheidende Rolle spielt und für pathologische Entwicklungsformen verantwortlich ist (Sandor, 1987).

Löser (1995) veröffentlichte Ergebnisse über den Zusammenhang zwischen Konsummenge und der Entstehung von Alkoholembryopathie. Er ermittelte, daß bereits eine Menge von weniger als 50g Alkohol pro Tag AE Grad III verursachen kann (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5:

Zusammenhang zwischen Trinkmenge und diagnostizierter Alkoholembryopathie Grad III

< 50 g	50-100 g	100-150 g	150-200 g	200-250 g	250-300 g	> 300 g
1,9 %	20,8 %	23,3 %	28,3 %	17,6 %	5,7 %	2,5 %

(aus: Löser, 1995)

Die Probandinnen der Studie waren Alkoholikerinnen nach der Definition des ICD-10. Sie konsumierten seit mindestens sechs Jahren regelmäßig Alkohol. Über ¼ aller Frauen nahm zusätzlich Medikamente ein (a.a.O.).

"...nicht nur Alkohol in hohen Mengen, sondern gerade auch das soziale Trinken relativ kleiner Mengen zu sporadischen Anlässen, [zieht] für das Kind im Mutterleib Schäden nach sich." (Grünberg, 1995, S.33)

Eine europäische Studie, die bei Spohr (1997) erwähnt wird, ermittelte, daß eine Menge von 120g Alkohol pro Woche Schäden beim Embryo/Fötus verursacht. 120g Alkohol pro Woche entsprechen ca. 1 ½ l Wein pro Woche oder 1-2 Gläsern Wein pro Tag. Welche Schäden diese Menge verursacht, wird nicht beschrieben.

Streissguth (1987) belegt, daß 24-28g Alkohol pro Tag den kindlichen IQ um 7 Punkte absinken lassen. Außerdem behauptet er, daß sich exzessives, kurzzeitiges Trinken

(sog. "binge-drinking" = mehr als 60-70g Alkohol pro Trinkgelegenheit) deutlich schädigender auf das Zentrale Nervensystem auswirkt, als nicht-exzessives, gleichförmig verteiltes Trinken (Streissguth, 1987).

Mills und Graubard (1987) führten eine dreijährige Prospektivstudie durch. Als Ergebnis konnte festgehalten werden, daß ab 2 Drinks pro Monat (= 24-28g Alkohol) Wachstumsverzögerungen und Spontanaborte entstehen können. Das Schädigungsrisiko dieser Alkoholmenge wird von ihnen trotzdem als sehr gering eingestuft.

3.5.3. Resümee aus den unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Konsumverhalten und Schädigungsgrad

Es gibt nur wenige gesicherte Daten über den Zusammenhang von Menge und Schädigungsgrad, und selbst diese können wegen unklarer Angaben der Probandinnen oder ungenauer Datenerhebung angezweifelt werden. Trotzdem sind Anhaltspunkte notwendig, um alkoholkonsumierende schwangere Frauen beraten zu können. Ich halte es deshalb für sinnvoll, bisher erforschte Ergebnisse im Beratungsgespräch zu erwähnen und hinzuzufügen, daß unter Fachleuten noch keine absolute Sicherheit besteht.

Schadenverursachende Trinkgewohnheiten können genauer bestimmt werden. Abhängige Trinkerinnen schädigen mit großer Wahrscheinlichkeit ihr Kind und exzessives binge-drinking birgt ein höheres Schädigungsrisiko in sich als andere Trinkgewohnheiten.

Aufgrund der wenigen gesicherten Angaben sollte schwangeren Frauen generell vom Alkoholkonsum abgeraten werden. Nur durch völlige Abstinenz in der Schwangerschaft können Alkoholfolgeschäden ausgeschlossen werden (Löser, 1995; Mills & Graubard, 1987; Spohr, 1997; Streissguth, 1987).

Gleiches gilt für Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft. Welche Inhaltsstoffe schädigend sind und wie sich diese auf den Embryo/Fötus auswirken, folgt im nächsten Kapitel.

4. Inhaltsstoffe von Zigaretten und deren Auswirkungen auf den Organismus des Embryos/Fötus

4.1. Inhaltsstoffe im Hauptstromrauch und deren Auswirkungen

Im Zigarettenrauch sind ca. 4000 verschiedene Substanzen enthalten. Sie lassen sich in folgende Stoffklassen unterteilen: Kohlenoxide, Stickoxide, Ammoniak, und flüchtige Amine, Cyanwasserstoff, Alkaloide, Alkohole, Aldehyde, Ketone, Phenole, aromatische Kohlenwasserstoffe, Karbonsäuren, Amine, Dioxine, Nitrosamine, Metalle, Freie Radikale und andere (Hakimi, 1998).

Der Hauptwirkstoff des Zigarettenrauches - das Nikotin - gehört zu den sogenannten Alkaloiden. Der Nikotingehalt der verschiedenen Zigarettenarten beträgt 0,1 - 3,0 mg (a.a.O.).

Der Raucher steuert seine Nikotinaufnahme unabhängig vom Nikotingehalt der Zigarette. Ist der Nikotingehalt gering, so wird zum Ausgleich intensiver geraucht. Beim inhalierten Rauch wird das Nikotin über die Lungenbläschen in das strömende Blut aufgenommen und gelangt

so innerhalb von sieben Sekunden in das Gehirn, wo es an die Nikotinrezeptoren andockt und auf Dauer abhängig macht (a.a.O.).

Nikotin an sich ist kein krebserregender Stoff oder für durch Rauchen entstehende Atemwegserkrankungen verantwortlich. Ebenso ist sein Einfluß auf kardiovaskuläre Erkrankungen oder Todesursachen äußerst gering (Batra, Fagerström, 1997)

Dagegen ist das Kohlenmonoxid eines der wichtigsten Schadstoffe des Zigarettenrauches. Die im Tabakrauch enthaltene Kohlenmonoxidkonzentration beträgt 2,8 - 4,6 Volumenprozent. Dies ist z. B. das Tausendfache der maximal zulässigen Arbeitsplatzkonzentration. Die gesundheitlichen Folgen der Kohlenmonoxidaufnahme sind vor allem Durchblutungsstörungen (Hakimi, 1998).

Im Zigarettenrauch sind mehr als 40 krebserzeugende Substanzen enthalten. Die wichtigsten davon sind N-Nitrosamine, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe und Polonium 210. Durch sie entstehen Karzinome in der Mundhöhle, im Kehlkopf, in der Lunge, der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse. Die wichtigsten N-Nitrosamine sind die

sogenannten tabakspezifischen N-Nitrosamine (TSNA). Sie entstehen bei der Herstellung von Rauch- und Kautabak aus den Blättern der Tabakpflanze (a.a.O.).

Benzol ist ein weiterer gefährlicher Schadstoff, welcher im Zigarettenrauch zu finden ist. Es kann das Knochenmark schädigen und Leukämien auslösen. Das Zigarettenrauchen gilt als die wichtigste Ursache einer Benzolbelastung (a.a.O.).

Die Freien Kohlenstoff- und Sauerstoff-Radikale schädigen die Atemorgane und sind ursächlich an der Entwicklung von Arteriosklerose beteiligt. Sie sind für den Raucher umso gefährlicher, als sein natürlicher Schutz gegen Freie Radikale durch das Rauchen vermindert ist (a.a.O.).

Zur bessere Übersicht einiger im Zigarettenrauch enthaltenen Schadstoffe und deren Vorkommen bzw. Anwendungsbereiche folgt Tabelle 6.

Tabelle 6:

Tabakrauchbestandteile und ihre Vorkommen bzw. Anwendungsbereiche im Alltag

☠Azeton (T)	⇒Lösungsmittel
☠Ammoniak (R)	⇒Reinigungsmittel
☠Arsen (C)	⇒Gift
☠Benzol (C)	⇒Lösungsmittel, Benzin-Zusatzstoff
☠Blausäure (T)	⇒Gift
☠Blei (T)	⇒Autobatterien
☠Butan (C)	⇒Camping-Gas, Zigarettenanzünder
☠Cadmium (C)	⇒Trocken-Batterien
☠Formaldehyd (R)	⇒Möbelindustrie
☠Kohlenmonoxid (T)	⇒Auspuffgas
☠Methanol (T)	⇒Raketentreibstoff, Lösungsmittel
☠Methyl-Isocyanat (R)	⇒Chemisches Zwischenprodukt
☠Polonium 210 (C)	
☠Radon (C)	

☠Schwefelsäure (R)	⇒Radioaktives Isotop
☠Teer (C)	⇒Zerfallsprodukt von Radium
☠Toluol (T)	⇒Ausgangsstoff chemischer Produkte
	⇒Straßenbelag
	⇒Lösungsmittel

Legende: (C) = cancerogen; (R) = Reizstoff; (T) = toxisch

(aus: Brecklinghaus et al., 1996, S. 34)

4.2. Inhaltsstoffe im Nebenstromrauch und deren Auswirkungen

Im Gegensatz zum Hauptstromrauch, der in der Glut- und Destillationszone eine Temperatur von ca. 900°C erreicht, entwickelt sich der Nebenstromrauch bei 500-600°C, wenn die Zigarette abgelegt bzw. nicht an ihr gezogen wird (Hakimi, 1998).

Personen, die sich in der Nähe des abziehenden Rauches befinden und diesen einatmen, werden als Passivraucher bezeichnet. Sie inhalieren die vorher beschriebenen giftigen Substanzen, welche im Nebenstromrauch eine bis zu 100% höhere Konzentration erlangen als im Hauptstromrauch. Infolge des Passivrauchens wurde ein höheres fötales Mißbildungsrisiko beobachtet als bei aktiven Raucherinnen, da die Plazenta einer rauchenden Mutter die Giftstoffe 100 mal schneller abbauen kann als die einer Nichtraucherin (Wenderlein, 1995).

4.3. Die Nikotin-Plazenta-Schranke

Die toxischen Substanzen des Zigarettenrauches lösen sich im Blut der Schwangeren auf und gelangen über die Plazenta in den Blutkreislauf des Kindes (Wenderlein, 1995).

Die Leber des Embryos/Fötus ist durch die Unreife nicht oder kaum fähig, das Gift abzubauen (a.a.O.).

Nikotin und andere toxische Stoffe zirkulieren im Blutkreislauf des Kindes wesentlich länger als in dem der Mutter. Bei starkem Zigarettenkonsum potenziert sich die Menge der fetalen Giftstoffe entsprechend (a.a.O.).

Eine zusätzliche Gefahr des Zigarettenrauchens in der Schwangerschaft bedeutet die besonders schnell vonstatten gehende Plazentagängigkeit des Kohlenmonoxids (CO). Es hat eine 200fach stärkere Affinität zu den roten Blutkörperchen als Sauerstoff und löst sowohl Sauerstoffmangel als auch Vergiftungen aus. Der Kohlenmonoxidgehalt einer Nichtraucherin gleicht sich in schlecht gelüfteten Räumen innerhalb einer halben Stunde dem einer aktiv Rauchenden an. Neben Kohlenmonoxid und Nikotin gelangen auch die anderen im Zigarettenrauch enthaltenen Schadstoffe über die Plazenta in den kindlichen Organismus, wo sie - ihrer toxischen Wirkung entsprechend - Schaden unterschiedlichen Ausmaßes verursachen (Wenderlein, 1995).

Besonders gefährlich für das Kind ist Zigarettenrauchen während des Geburtsverlaufs, z.B. weist das Kind im anfänglichen Wehenstadium nach 20 Minuten den gleichen Nikotingehalt auf wie die Mutter. Die Konzentration des Nikotins im Fötus verhält sich dann im Geburtsverlauf weiterhin steigend. Beim Rauchen während des Geburtsvorgangs besteht zusätzlich erhöhte Erstickungsgefahr durch die hochkonzentrierte Zufuhr von Kohlenmonoxid. (Wenderlein, 1995).

4.4. Schädigende Auswirkungen des Zigarettenkonsums

4.4.1. Präkonzeptionelle Schädigungen infolge der Intoxikation

Schäden, die durch das Rauchen entstehen, sind schon vor einer Konzeption zu verzeichnen, da "...hoher Zigarettenkonsum die Fruchtbarkeit beeinträchtigt." (Wenderlein, 1995, S. 467)

Somit rät Wenderlein (1995), Frauen bereits dann präventiv-medizinisch zu beraten, wenn sie einen Kinderwunsch äußern, "...da die Konzeptionswahrscheinlichkeit...reduziert [wird] und zwar um etwa ein Drittel im Vergleich zu Nichtraucherinnen." Erklären läßt sich dies dadurch, daß der Östrogenspiegel durch den Schadstoffeinfluß herabgesenkt wird, was außerdem für vorzeitiges Altern verantwortlich ist (a.a.O.).

Ein weiterer Grund für verminderte Fertilität ist die Veränderung des Zervix-Schleimes durch Rauchinhalation, weshalb sich in der Folge die Beweglichkeit der Spermien reduziert (a.a.O.).

Eine noch nicht gesicherte Annahme ist die Entstehung von Eileiterspasmus durch erhöhten Zigarettenkonsum. Sie stehen unter Umständen mit einer gesteigerten Rate von Eileiterschwangerschaften in Verbindung (a.a.O.).

Aber nicht nur die weiblichen Keimdrüsen werden beeinträchtigt, sondern auch die männlichen. "Bei Frauen, die von einem stark rauchenden Partner ein Kind erwarten, ist ein doppelt so hohes Mißbildungsrisiko errechnet worden." (a.a.O., S. 468) Bei starken Rauchern sind Anzahl, Beweglichkeit und Struktur der Spermien beeinträchtigt, so daß sie entweder Aborte verursachen oder unfähig sind, eine Eizelle zu befruchten (a.a.O.).

4.4.2. Intrauterine Schädigungen nach der Konzeption

Folgen des Zigarettenrauchens in der Schwangerschaft machen sich vor, während und nach der Geburt bemerkbar. Worum es sich hierbei im einzelnen handelt, ist in Tabelle 7 beschrieben.

Tabelle 7:

Prae-, peri- und postnatale Auswirkungen des Zigarettenkonsums

Prae- und perinatale Auswirkungen	Postnatale Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none"> ▪erhöhtes Abortrisiko ▪erhöhtes Fehlgeburtsrisiko in der Frühschwangerschaft 	<ul style="list-style-type: none"> ▪verringertes Geburtsgewicht um 200-300g, bzw. Gewicht von weniger

<ul style="list-style-type: none"> ▪verstärktes Leiden an allgemeinen Schwangerschaftsbeschwerden ▪Zunahme der Herzfrequenz des Kindes ▪Veränderung des vegetativen Systems in Richtung Minderdurchblutung ▪Nervosität und Unruhe des Kindes ▪Sauerstoffmangel als Dauerzustand ▪fetale Strumabildung (Kropf) ▪Gefäßverengungen und -veränderungen im Bereich der Plazenta ▪morphologische Veränderungen der Plazenta ▪erhöhter Prozentsatz an Blutungen, vorzeitiger Plazentaablösung, und vorzeitigem Blasensprung ▪häufige Komplikationen während der Schwangerschaft ▪Durchblutungsstörungen der Mutter ▪gefährliche Herzfrequenzabfälle des Kindes während der Geburt ▪verminderte Lungenfunktion des Kindes während der Geburt ▪erhöhte perinatale Sterblichkeit ▪häufige Kaiserschnittentbindungen 	<p>als 2500g</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪starke Wachstumsretardierung auch nach der Geburt, welche zum Teil erst nach einigen Jahren aufgeholt wird ▪körperliche und geistig-soziale Retardierung ▪erhöhtes Krebs- und Leukämierisiko ▪erhöhtes Allergierisiko ▪erhöhte Gefahr des plötzlichen Kindstods
--	---

durch Beckenlage	
▪Spaltbildung im Kiefer-Gaumen-Bereich	

(aus: Batra, Heuer-Jung & Buchkremer, 1996; Hakimi, 1998; Kubista, 1994; Wenderlein, 1995)

Diese Auswirkungen ergeben sich dann, wenn die Mutter während der Schwangerschaft oder Geburt selbst raucht bzw. den Rauch anderer passiv einatmet. Nach der Geburt kann das Kind weiterhin dem Passivrauch der Umgebung ausgesetzt sein, was ebenfalls Schäden unterschiedlichen Ausmaßes zur Folge hat.

4.4.3. Schädigungen durch Passivrauchen nach der Geburt

Wenn das Kind geboren ist, können durch Passivrauchen folgende Schäden entstehen:

- Chronische Atemwegserkrankungen wie
 - chronische Bronchitis
 - Lungenentzündung
 - eitrige Mandelentzündung
 - Mittelohrentzündung
 - Asthma Bronchiale
- Augenbrennen, Augenjucken durch Bindehautentzündung

(Batra, Heuer-Jung & Buchkremer, 1996; Hakimi, 1998, Wenderlein, 1995)

Schwangere Frauen sollten unbedingt auf die schädigenden Auswirkungen des Passivrauchens aufmerksam gemacht werden. Sie gefährden ihr Kind sowohl im Mutterleib als auch später außerhalb, wenn sie es dem Zigarettenrauch ungeschützt aussetzen (Hakimi, 1998).

4.5. Der Zusammenhang zwischen Konsumverhalten und Schädigungsgrad bei Zigaretten

Nach diversen Untersuchungen von Ahlsten, Cnattingius & Lindmark (1993), Peschek (1984) und Wenderlein (1995) sind bestimmte Schädigungen mit einer einigermaßen klar definierten Konsummenge in Verbindung zu bringen. Sie sind in Tabelle 8 zusammengefaßt.

Tabelle 8:

Korrelation zwischen Konsummenge und Schädigungsformen

ab 1 Zigarette	< 10 Zigaretten	ab 20 Zigaretten
<ul style="list-style-type: none"> ▪erhöhte Herzfrequenz um 10-15 Schläge pro Minute, um das Sauerstoffdefizit auszugleichen (Normalpuls des Säuglings: 120-140 Schläge pro Minute) ▪jede täglich gerauchte Zigarette der Mutter verursacht 9g geringeres Geburtsgewicht ▪jede täglich gerauchte Zigarette des Vaters (Passivrauch) verursacht zusätzlich 6g weniger Geburtsgewicht ▪während der Geburt ist jede Zigarette lebensgefährlich, da durch die Kohlenmonoxidzufuhr massive Erstickungsgefahr besteht 	<ul style="list-style-type: none"> ▪erhöhtes Krebsrisiko um 50% und doppelt erhöhtes Leukämierisiko ▪erhöhte Abortrate 	<ul style="list-style-type: none"> ▪herabgesetzte Konzeption ▪vermindertes Geburtsgewicht bis zu 300g ▪starke Wachstumsretardierung ▪erheblicher Sauerstoffmangel ▪Mangeldurchblutung ▪Mißbildungen ▪lebensgefährliche Herzfrequenzabfälle ▪eingeschränktes Spüren der Kindsbewegungen

(aus: Ahlsten, Cnattingius & Lindmark, 1993; Peschek, 1984; Wenderlein, 1995)

Welche Schädigungen bei minderschwerem Zigarettenkonsum in bestimmten Entwicklungsphasen des Kindes auftreten, ist noch nicht genügend erforscht worden, so daß es darüber keine gesicherten Angaben gibt (Wenderlein, 1995).

In Bezug auf das fötale Wachstum ist, ähnlich wie beim Alkoholkonsum, davon auszugehen, daß in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft das Schädigungsrisiko besonders hoch ist (siehe Abbildung 7). Wenderlein betont, in jedem Fall den Zigarettenkonsum zur Sicherheit des Ungeborenen vom ersten Tag der Schwangerschaft an zu stoppen, denn die "...Raucherin, die mit eingetretener Schwangerschaft baldigst das Rauchen einstellt, hat ähnliche Aussichten wie eine nichtrauchende Schwangere auf ein normalgewichtiges Neugeborenes." (a.a.O., S.469)

Ziel sozialpädagogischer Handlung soll sein, den Auswirkungen durch Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft präventiv entgegenzutreten, da es sich um vermeidbare Folgeschäden handelt, die durch entsprechende Aufklärung verhindert werden können.

5. Der Präventionsgedanke zur Vermeidung von Schädigungen des Embryos/Fötus durch Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft

5.1. Begriffsbestimmung

Präventive Maßnahmen können sich auf spezifische Risikogruppen und eng umschriebene Phänomene beziehen, aber auch auf allgemeine Formen möglicher Interventionen (zitiert in Hurrelmann und Settertobulte, 1987).

Eine Einteilung des Präventionsbegriffs geht auf Caplan (1964) zurück. Von ihm stammen die drei Bereiche "Primärprävention", "Sekundärprävention" und "Tertiärprävention".

Hurrelmann und Settertobulte (1987) führen eine neue Begriffsbezeichnung ein, die sich an Caplan (1964) orientiert:

❶ Präventive Intervention (Primärprävention)

Sie "...bezieht sich auf die frühe und völlige Verhinderung des Auftretens von für die Entwicklung negativ zu bewertenden..." Ereignissen (a.a.O., S. 98 f). Präventive Interventionsmethoden werden auch als Gesundheitsförderung bezeichnet, da sie "...die Entwicklung gesunder Lebensbedingungen..." in den Vordergrund stellen (a.a.O., S. 97). Die soziale und natürliche Umwelt soll gesundheitsgerecht gestaltet sein, um die persönliche Gesundheit eines jeden Individuums zu fördern. Die Gesundheitsförderung soll über institutionelle Grenzen hinweg erfolgen. Somit kommen für die praktische Umsetzung z.B. frei praktizierende Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die Sozialarbeit, Erwachsenenbildung sowie Schul- und Kindergartenerziehung in Frage. "Es geht um eine gleichberechtigte und konstruktive Arbeitsteilung und Zusammenarbeit auf mehreren Ebenen und über mehrere Berufsgruppen hinweg." (a.a.O., S. 98)

❷ Kurative Intervention (Sekundärprävention)

Sie soll "...eingetretene Störungsereignisse...korrigieren...[abwenden] oder...heilen, um negative Folgen des Ereignisses für die weitere Entwicklung zu vermeiden." (a.a.O., S.99)

❸ Rehabilitative bzw. kompensatorische Intervention (Tertiärprävention)

Sie "...ist die Anpassung an und der Ausgleich von Spätfolgen des negativ zu bewertenden Ereignisses." (a.a.O., S. 99) Der Gesamtzustand soll sich nicht verschlechtern (Hurrelmann und Settertobulte, 1987).

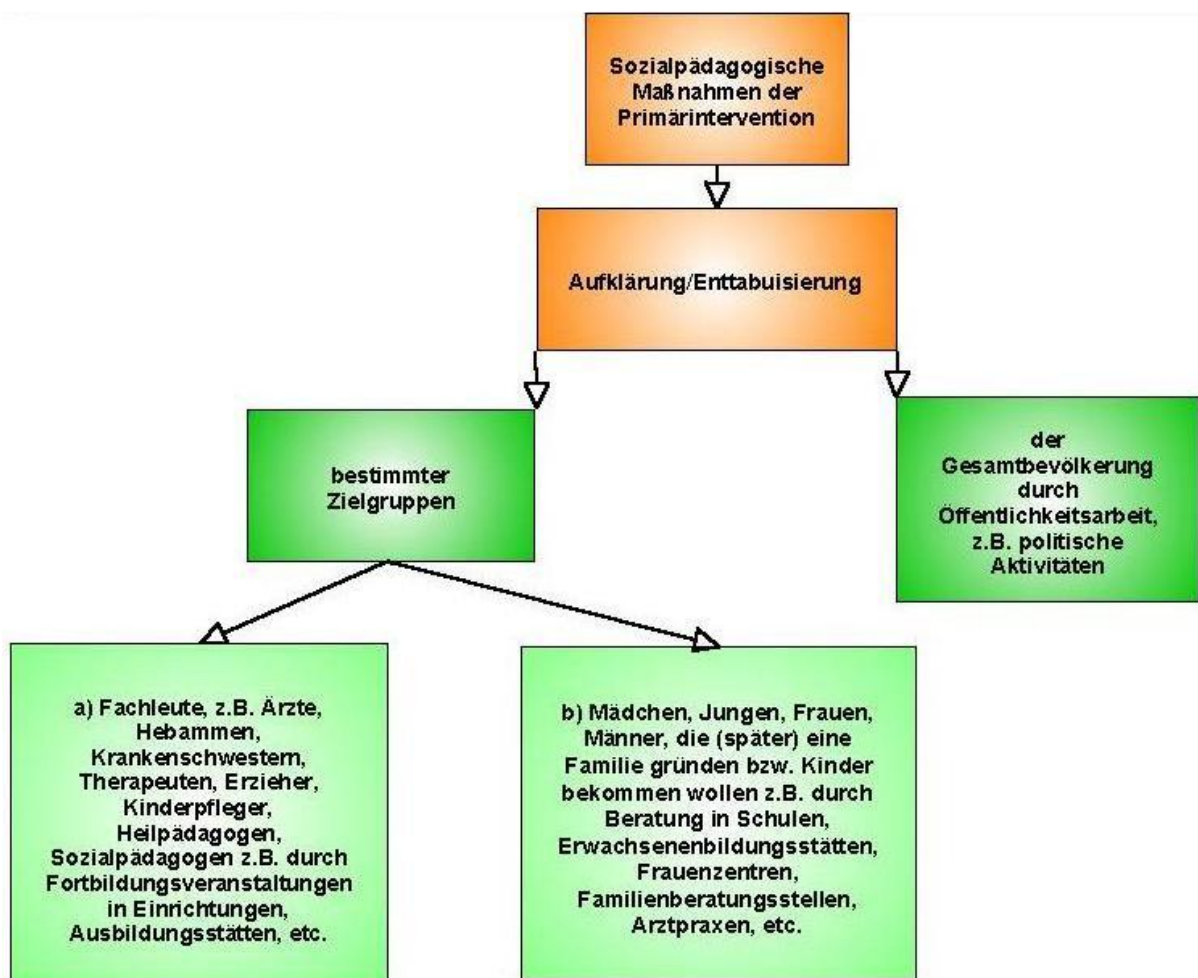
Alle drei Präventionsbereiche sind Aufgabengebiete sozialpädagogischen Handelns. Der nächste Abschnitt beschreibt die Möglichkeiten primärer Interventionen bei Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft.

5.2. Sozialpädagogisches Handeln als "präventive Intervention"

Durch Prävention kann die kindliche Schädigung im Mutterleib verhindert werden. Präventive Intervention bedeutet Aufklärung und Enttabuisierung. Dies kann durch Öffentlichkeitsarbeit geschehen, indem die gesamte Bevölkerung angesprochen wird oder durch gezielte Aufklärung konkreter Zielgruppen. Abbildung 8 zeigt Möglichkeiten primärer Intervention zur Problematik des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft.

Abbildung 8:

Sozialpädagogische Maßnahmen der Primärintervention zur Problematik von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft



Präventiv tätige Sozialpädagogen sind Multiplikatoren. Sie klären die Betroffenen selbst auf oder Berufsgruppen, die zu Betroffenen leichteren Zugang haben. Die Berufsgruppe, welche

ich mit meinem Beratungskonzept ansprechen möchte, sind Gynäkologinnen und Gynäkologen. Sie sind sowohl eine der ersten als auch eine der wichtigsten Bezugspersonen schwangerer Frauen. Sie können die notwendige Vertrauensbasis schaffen und ihre Patientinnen zur abstinente Schwangerschaft motivieren. Das von mir entwickelte Beratungskonzept soll sie dabei in ihrer Beratungstätigkeit unterstützen.

Die Motivation zur Suchtmittelabstinenz ist auch bei zunächst unmotivierten Patientinnen möglich (Miller & Rollnick, 1991). Zum besseren Verständnis folgt eine ausführliche Beschreibung der Beratungsmethode "Motivational Interviewing" nach Miller & Rollnick (1991).

6. Die Beratungsmethode "Motivational Interviewing"(MI) nach Miller & Rollnick (1991)

6.1. Theoretische Grundlagen

6.1.1. Einführung

"...Motivational Interviewing (MI) is a 'directive, client-centered counseling style for eliciting behavior change by helping clients to explore and resolve ambivalence' about change." Diese Definition findet sich bei Handmaker & Hester (ohne Jahr) und wird noch ergänzt durch den Zusatz, daß MI viele Elemente des "Klientenzentrierten Ansatzes" nach Rogers enthalte, sich aber letztendlich darin unterscheidet, daß MI auch direktiv und auf die Motivation zur Verhaltensänderung ausgerichtet sei. Der Behandlungserfolg mit MI als Methode hängt von der Art und Weise der Berater- Klienten- Interaktion ab, d.h. von der persönlichen Haltung des Beraters gegenüber dem Klienten. Die beträchtlich zum Beratungsergebnis beitragenden persönlichen Interaktionselemente werden von Miller & Rollnick (1991) als "Prinzipien" bezeichnet. Sie fließen über den gesamten Beratungsverlauf hinweg mit ein. Sie sind also Beratungsbestandteile, die hauptsächlich zur Verhaltensänderung beim Klienten beitragen. Im Beratungsverlauf müssen sie analysiert, diskutiert und besprochen werden.

6.1.2. Wichtige Aspekte in der Beratung nach MI

6.1.2.1. Die fünf Prinzipien

Die fünf Prinzipien bilden die Grundlage der Beratung. Die Wirksamkeit der Beratung hängt von der mehr oder weniger begünstigenden Einwirkung des Beraters auf den Klienten ab und kann bereits innerhalb einer einzigen Sitzung Folgen für den Klienten haben

(Miller & Rollnick, 1991, 1998).

Die Umsetzung der drei Kernvariablen Empathie, Wertschätzung und Echtheit durch den Berater ermöglicht die ideale Voraussetzung für den Klienten, sein Verhalten zu ändern, da die Beratungsatmosphäre als sicher und unterstützend empfunden wird. Der Klient ist unter diesen

positiven Bedingungen in der Lage, seine Erfahrungen offen und gefahrlos zu erkunden, sowie selbständig Lösungen seiner Probleme zu erarbeiten (a.a.O.).

Die fünf Prinzipien sind:

① Ausdruck von Empathie

"Wenn du etwas von jemandem möchtest, gewinne ihn zuerst als Freund." (Abraham Lincoln, zitiert in Kundera, 1995)

Empathie bedeutet tiefes Verständnis und Mitgefühl dem Klienten gegenüber. Der Berater soll reflektierend zuhören, selbstexplorierte Aussagen des Klienten klären helfen und gegebenenfalls erweitern, ohne ihm eigene Gedanken aufzudrängen. Er soll versuchen, sich in die Situation des Klienten zu versetzen und Verständnis für diese Situation erlangen (Miller & Rollnick, 1991).

② Vermeidung von Argumentation

"Finde nicht Fehler, finde Abhilfe." (Henry Ford, zitiert in Kundera, 1995)

Der Berater soll den Klienten nicht von der eigenen Meinung überzeugen wollen. Er soll stattdessen herausfinden, was der Klient wirklich will, und wofür er tatsächlich bereit ist (Miller & Rollnick, 1998).

③ Umgang mit Widerstand

Der Berater soll auf Widerstände eingehen und dabei Verständnis und Akzeptanz für den Klienten und seine Situation entwickeln (mehr dazu im übernächsten Abschnitt) (a.a.O.).

④ Unterstützung der Selbstwirksamkeit

Der Berater soll das Zutrauen des Klienten in die eigenen Fähigkeiten stärken. Je stärker das eigene Zutrauen ist, desto geringer sind die Ängste und desto eher sieht sich der Klient in der Lage, sein Verhalten zu ändern (a.a.O.).

⑤ Entwicklung von Diskrepanzen

Der Klient hat bestimmte Vorstellungen davon, wie er gerne sein möchte. Der Konsum und seine Vorstellungen stehen im Widerspruch zueinander. Aufgabe des Beraters ist es, diese Diskrepanz herauszufinden und zu verdeutlichen (a.a.O.).

6.1.2.2. Ambivalenz

Der Klient ist seinem Suchtmittelkonsums gegenüber grundsätzlich unsicher und ambivalent eingestellt. Wenn die Ambivalenz vom Berater nicht erkannt wird, ist die Entstehung von Widerstand die Folge. Ambivalente Gefühle des Klienten sind in der Beratungssituation normal. Dem Berater muß bewußt sein, daß seine persönliche Einstellung und grundlegende Haltung dem Klienten und seiner Problematik gegenüber den Grad des Widerstandes und den

Erfolg bezüglich einer Verhaltensänderung stark beeinflusst. Direkte, aggressive Konfrontation mit der Problematik, wie sie früher bei Süchtigen praktiziert wurde, führt lediglich zu Mißerfolg (Miller & Rollnick, 1991).

6.1.2.3. Umgang mit Widerstand

Das Auftreten von Widerstand verdeutlicht dem Berater, daß die angewandte Intervention nicht mit dem Stadium der Änderungsbereitschaft des Klienten übereinstimmt. Der Widerstand ist daran erkennbar daß der Klient

- Einwände formuliert,
- den Beratungsverlauf unterbricht,
- sein Problemverhalten verleugnet,
- sein schädigendes Verhalten ignoriert.

Der Berater soll in der Lage sein, den Widerstand zu erkennen und anzuerkennen. Er soll eine Verstärkung des Widerstandes vermeiden und ihn beseitigen.

Möglich wird dies durch die Anwendung folgender Interventionen:

- einfache Widerspiegelung und Verständnis
- überzogene Widerspiegelung durch Übertreibung,
- Verschiebung des Focus weg vom widerstandauslösenden Thema,
- Betonung der persönlichen Entscheidungsfähigkeit und Kontrolle,
- evtl. Anwendung des therapeutischen Paradox.

Widerstand ist der Schlüssel zu einer erfolgreichen Behandlung, wenn der Berater ihn als das erkennen kann, was er ist: eine Chance (Miller & Rollnick, 1998).

6.1.2.4. Fallen in der Gesprächsführung

Während des Beratungsverlaufs kann der Berater in diverse Gesprächsfallen geraten. Die häufigsten Fallen und wie der Berater mit ihnen umgehen kann, werden im nachfolgenden beschrieben:

① Vorzeitiges Festlegen auf das schädigende Verhalten

Der Berater sollte sich im Gespräch nicht zu schnell auf das schädliche Trinkverhalten der

Patientin festlegen, sondern zunächst so viel wie möglich über den Klienten erfahren. Somit erhält er wichtige Informationen und schafft durch sein offenes Interesse Vertrauen.

② Konfrontationsfalle

Wenn der Berater den Klienten von der Schädlichkeit seines Verhaltens überzeugen will,

befindet er sich bereits in der Falle. Der Berater konfrontiert den Klienten mit Argumenten und Beweisen, und der Klient hält mit seinen Argumenten und Beweisen dagegen.

Stattdessen sollte der Berater herausfinden, was der Klient wirklich will.

③ Etikettierung

Wenn der Berater verkrampft nach einer Diagnose sucht, legt er sich dabei fest und verliert möglicherweise den "offenen Blick" für die Situation.

④ Schuldzuweisung

Den Klienten zu tadeln oder ihm die Schuld für sein Verhalten zu geben, hemmt den Gesprächsverlauf. Der Klient fühlt sich dabei zurechtgewiesen und baut

Widerstand auf. Der Berater sollte versuchen, das Verhalten des Klienten zu verstehen, auch wenn er selbst so nicht handeln würde.

⑤ Frage-Antwort-Spiel

Wenn der Berater Fragen stellt und der Klient kurze Antworten gibt, wird er

wahrscheinlich nicht viel erfahren. Stattdessen sollte er "offene Fragen" stellen, die zum Erzählen anregen, z..B. "Wie sieht so ein normaler Tag, an dem Sie Alkohol trinken bei Ihnen aus? Erzählen Sie mir bitte davon."

⑥ Expertenfalle

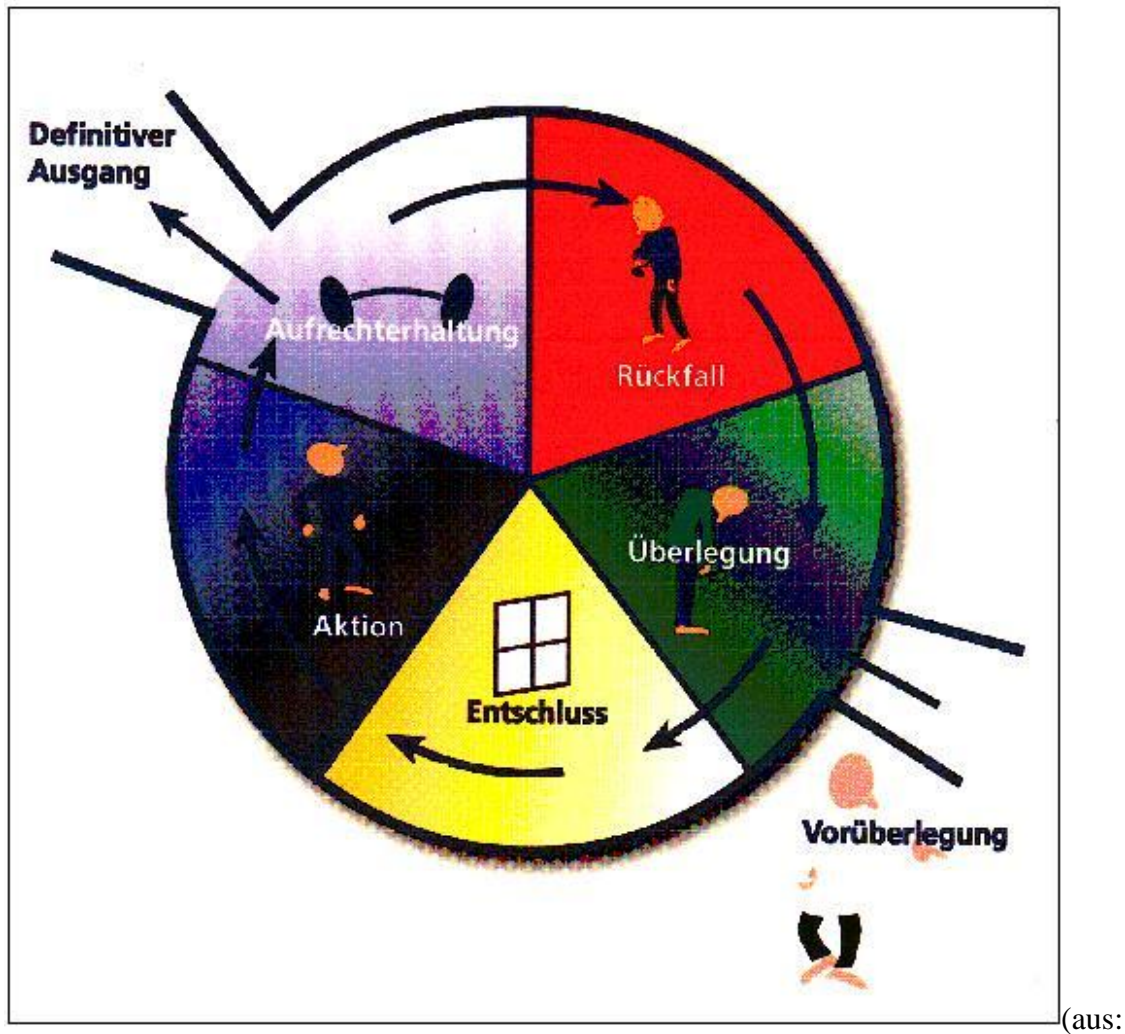
Der Berater muß nicht auf jede Frage des Klienten eine Antwort wissen. Zuzugeben, etwas nicht zu wissen, bringt ihn dem Klienten eher näher (a.a.O.).

6.1.2.5. "Die Stufen des Wandels" nach Prochaska, Norcross & DiClemente (1997)

Die Beratungsphasen des Motivational Interviewing orientieren sich an den Stufen des Wandels nach Prochaska et al. (1997). Zur Veranschaulichung folgt zunächst Abbildung 9.

Abbildung 9:

Die Stufen des Wandels



Group Lipha [ohne Jahr])

Die Stufen des Wandels sind zur Einschätzung des Klientenstandpunktes hilfreich. Das Wissen, wo sich der Klient in seinen Gedanken und Handlungen befindet, ist für den Berater sehr nützlich, da er an dem Punkt ansetzen kann, an dem sein Gegenüber am ehesten zugänglich ist. Die Stufen des Wandels gliedern sich in sechs klar voneinander unterscheidbare Stufen:

- ➊ Vorüberlegung
- ➋ Überlegung
- ➌ Entschluß
- ➍ Aktion
- ➎ Aufrechterhaltung
- ➏ Rückfall

Jeder Veränderungsprozeß beginnt spiralförmig mit der Stufe der Vorüberlegung und nur die erfolgreiche Veränderung über die weiteren Stufen führt zum Ausstieg. Die Spirale kann mehrmals durchlaufen werden. Der erneute Einstieg hängt vom individuellen Veränderungsprozeß ab. Wie lange jemand auf einer Stufe verweilt, ist individuell verschieden. Im nachfolgenden werden die sechs Stufen des Wandels näher erläutert:

① Vorüberlegung

"Nicht etwa, daß sie die Lösung nicht sehen könnten. Sie sehen gar nicht erst, daß es da ein Problem gibt." (Chesterton in Prochaska et al., 1991, S. 48)

Diese Aussage beschreibt recht deutlich den Zustand der Menschen in diesem Stadium. Sie haben noch kein Problembewußtsein entwickelt und nicht den Wunsch, ihr Verhalten zu ändern. Das soziale Umfeld ist bereits auf das schädliche Verhalten aufmerksam geworden, der Betroffene selbst kann aber sein Problem nicht als solches erkennen. Die meisten Menschen in dieser Phase wollen sich nicht ändern. Der Beginn einer Therapie oder Verhaltensänderung erfolgt nur auf Wunsch nahestehender Personen oder Vorgesetzter, die Druck ausüben. Sobald der Druck wieder abnimmt, fällt der Betroffene in alte Gewohnheiten zurück. Personen im ersten Stadium weigern sich, über ihr Problem nachzudenken und wehren jegliche Informationen ab. Sie fühlen sich entmutigt, weil sie ihre Situation als hoffnungs- und ausweglos beurteilen.

② Überlegung

Personen in dieser Stufe haben bereits ein Problembewußtsein entwickelt. Sie überlegen ernsthaft Lösungsmöglichkeiten, und sie versuchen, ihr Problem und die Ursachen zu verstehen und zu erkennen. Die Bereitschaft, etwas am problematischen Verhalten ändern zu wollen, ist vorhanden. Was zur Umsetzung noch fehlt, sind konkrete Pläne und der entscheidende Schritt zur Tat. Der/die Betroffene ist ambivalent und hadert mit seinen/ihren Gedanken und Gefühlen. Er/sie beschäftigt sich mit der Angst des Scheiterns oder mit der Ungewißheit einer unbekanntem Zukunft.

③ Entschluß

Der Entschluß, innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens mit der Veränderung anzufangen, steht jetzt fest. Es werden noch wichtige Vorkehrungen getroffen, wie z. B. das Vorhaben öffentlich bekanntzugeben oder kleinere Versuche im Vorfeld, das problematische Verhalten einzuschränken. Die ambivalenten Gefühle, der Widerstreit zwischen den positiven und negativen Auswirkungen des problematischen Verhaltens, sind noch nicht überwunden. Sie müssen im Beratungsprozeß unter allen Umständen erkannt werden, da das Übergehen der ambivalenten Gefühle Widerstand auf Seiten des Klienten zur Folge hat. Für diese Phase braucht der/die Betroffene genug Zeit, um geeignete Lösungsmöglichkeiten und Handlungspläne ausführlich erarbeiten zu können. Die endgültige Entscheidung zum Handeln soll bewußt getroffen werden.

④ Aktion

Das veränderte Verhalten wird jetzt nach außen hin sichtbar. "Die Handlungsphase ist diejenige, in der sich am offensichtlichsten etwas tut und in der die Anforderungen an Zeit und Energie am größten sind." (Prochaska et al., 1997, S. 54) Obwohl sich der Mensch eindeutig in eine andere Richtung bewegt, ist der Wandel noch nicht klar erkennbar. Somit

besteht die Gefahr, daß der/die Betroffene wenig Anerkennung und Ermutigung durch sein/ihr Umfeld erfährt. Als Hilfestellung zum Durchhalten ist deshalb wichtig, auch weniger sichtbare Fortschritte zu würdigen, da sie genauso bedeutsam sind, wie klar erkennbarer Wandel in die gewünschte Richtung.

5 Aufrechterhaltung

Jetzt wird gefestigt und fortgeführt, was in den Stadien zuvor erreicht wurde. Das Durchhalten ist ein langer, dauerhafter Prozeß und im Hinblick auf das zukünftige Leben von großer Bedeutung. In diesem Stadium ist besonders mit Rückfällen zu rechnen.

6 Rückfall

Der am häufigsten genannte Grund für Rückfälle ist nach Prochaska et al. (1997) seelisches Leid des Betroffenen. Die meisten Rückfälligen beginnen wieder in der ersten oder zweiten Stufe. Hier haben sie die Möglichkeit, sich erneut auf eine Verhaltensänderung vorzubereiten, die am Ende zur Wandlung führen soll. Forschungen haben ergeben, daß rückfällige Personen durch ihre Erfahrungen stärker geworden sind. Somit haben sie gute Voraussetzungen dafür, bald wieder mit geeigneten Plänen in die Handlungsphase überzugehen.

6.2. Beratungsmethoden

6.2.1. Erläuterung

Die Beratung nach der Methodik des MI gliedert sich in zwei Phasen. Schwerpunkt der ersten Phase ist die Gesprächseröffnung und Hinführung auf eine Verhaltensänderung. Im Mittelpunkt steht dabei die Erforschung der Ambivalenz, wobei davon ausgegangen wird, daß jeder Suchtmittelkonsument seinem Verhalten gegenüber grundsätzlich ambivalent eingestellt ist. Anteile, die für eine Verhaltensänderung sprechen, sollen vom Berater verstärkt werden. In dieser Phase kann sehr leicht Widerstand beim Klienten auftreten. Die zweite Phase leitet in die konkrete Handlung über. Wenn der Klient bereit ist, sein Verhalten zu ändern, sollen ein genauer Plan und entsprechende Zielformulierungen erarbeitet werden. Beides erleichtert die praktische Umsetzung des erwünschten Verhaltens (Miller & Rollnick, 1998). Die Erläuterung der Beratungsmethoden erfolgt nach theoretischen Gesichtspunkten von Miller & Rollnick (1991) und deutschen Ausarbeitungen von Körkel (WS 1997/1998, SS 1997, SS 1998), der sich auf Miller & Rollnick (1991) bezieht.

6.2.2. Motivationsstrategien der Phase I

Mit Hilfe der Motivationsstrategien können die theoretischen Grundlagen umgesetzt werden:

1 Angebot offener Fragen

Offene Fragen sind solche, die den Klienten zum Erzählen über sich und seine Problematik anregen. Das Interesse des Beraters soll zum Ausdruck kommen, er soll jedoch nicht aufdringlich wirken und den Gesprächsverlauf zu schnell vorantreiben. Die Methode der offenen Fragen fördert das Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Berater.

2 Empathie (Aktives Zuhören)

In diversen Experimenten wurde herausgefunden, daß die erfolgreiche Umsetzung von Empathie den Widerstand beim Klienten verringert. Der Berater zeigt durch Empathie Verständnis für die Situation des Klienten. Verständnis kann durch Wärme, Respekt, Unterstützung, Achtsamkeit, Sorge, mitfühlendes Verstehen, und ehrliches Interesse ausgedrückt werden (a.a.O.).

Unter kommunikationstheoretischer Betrachtung soll der Berater während des aktiven Zuhörens vergleichen, prüfen, erspüren und präzisieren

☞ was der Klient meint/fühlt,

☞ was der Klient sagt,

☞ was der Zuhörer hört,

☞ was der Zuhörer behält,

☞ was der Zuhörer versteht,

☞ was der Zuhörer sagt, und wie er es sagt,

☞ was der Klient hört,

☞ was der Klient versteht.

(Körkel, WS 1997/1998).

Aktives Zuhören ist nach Aussage von Miller und Rollnick (1998) zwar die Interventionsmethode, welche für den Berater in der Regel am schwersten umzusetzen ist, aber auch die wichtigste im gesamten Beratungsverlauf, da sie die Beziehung zwischen Berater und Klient entscheidend beeinflusst.

③ Ausdruck von Wertschätzung und Würdigung

Durch Wertschätzung und Würdigung fühlt sich der Klient anerkannt und bestätigt. Jeder Klient hat eine individuelle Persönlichkeit, die es zu achten gilt. Unter diesen Voraussetzungen kann der Klient sich selbst erforschen und seine Ressourcen erkennen. Das wertschätzende Verhalten des Beraters muß im Gesprächsverlauf immer wieder neu überprüft werden. Stellt der Berater fest, daß er dem Klienten nicht (mehr) wertschätzend gegenüber treten kann, sollte er einen anderen Gesprächspartner für den Klienten anbieten. Desweiteren ist zu beachten, daß Wertschätzung nur weitergegeben werden kann, wenn sich der Berater selbst annehmen und wertschätzen kann (Körkel, WS 1997/1998).

④ Herausarbeitung der Äußerungen zur Eigenmotivation

Diese Vorgehensweise soll dem Klienten dabei helfen, seine ambivalenten Gefühle aufzulösen. Dabei ist die Aufgabe des Beraters, den Klienten darin zu unterstützen, selbstmotivierende Äußerungen auszudrücken (Miller & Rollnick, 1998).

Um Äußerungen zur Eigenmotivation handelt es sich dann, wenn der Klient

- ein Problem anerkennt (z.B. "Ich habe bisher noch gar nicht realisiert, wieviel ich wirklich trinke!"),
- Betroffenheit ausdrückt (z.B. "Wie konnte mir das passieren? Ich kann es nicht glauben!"),
- direkte oder implizierte Absicht zur Veränderung äußert (z.B. "Ich glaube es wird Zeit, damit Schluß zu machen!"),
- Optimismus über die angestrebte Veränderung ausdrückt (z.B. "Ich denke, ich kann es tun!").

Jede dieser Aussagen ist ein weiterer Schritt in Richtung Veränderung. Der Berater kann die Aussagen zur Eigenmotivation dadurch fördern, indem er

- gezielte Fragen stellt (z.B. "Warum glauben Sie, ist es notwendig, etwas zu ändern?");
- positive und negative Aspekte des schädigenden Verhaltens verdeutlicht;
- die motivierende Grundlage genau erörtert, um weitere selbstmotivierende Aussagen zu fördern und tiefer in die Problematik einzusteigen;
- extreme Folgen erfragt, um durch die Imagination der schlimmsten Folgen Angst zu reduzieren;
- durch Rückschau eine Zeit vergegenwärtigt, in der das schädigende Verhalten noch nicht praktiziert wurde;
- den imaginären Blick in eine veränderte Zukunft ermöglicht;
- dem Klienten wichtige Dinge in seinem Leben benennt und eine Rangordnung erstellt, um zu verdeutlichen, daß es neben dem Konsum eine Menge wichtigerer Dinge gibt (z.B. Familie, Arbeit, Freunde etc.).

(Körkel, SS 1997)

⑤ Zusammenfassung des Besprochenen

Durch eine Zusammenfassung des Besprochenen sollen alle bisher geäußerten Gründe für eine Veränderung nochmals zusammengetragen werden. Die Zusammenfassung nimmt der Berater vor. Er schildert aus der Sicht des Beraters, wie er den Klienten im Gesprächsverlauf wahrgenommen hat, wiederholt ambivalente Äußerungen des Klienten, verbalisiert die tatsächlich vorhandenen Probleme und Risiken aus der Sicht des Beraters, faßt alle vom Klienten geäußerten Veränderungswünsche, -versuche und -pläne zusammen und beurteilt die Gesamtsituation aus seiner Sicht durch ein fachliches Feedback.

Die Zusammenfassung beinhaltet Schlüsselfragen, die den Anstoß zur Entscheidungsfindung und konkreten Handlung geben. Beispiele für mögliche Schlüsselfragen sind:

"Was wollen Sie nun tun? Was bedeutet das alles für Ihr Trinken o.ä.?"

"Was muß sich Ihrer Meinung nach ändern?"

"Was könnten Sie tun? Welche Möglichkeiten haben Sie?"

(Körkel, SS 1997).

6.2.3. Beratungsmethoden der Phase II

① Verstärkung der Änderungsbereitschaft

Es gibt beobachtbare Zeichen des Klienten, mit welchen er seine Änderungsbereitschaft signalisiert:

- Der Klient verringert den Widerstand und stellt Streit, Unterbrechungen etc. ein.
- Der Klient stellt weniger Fragen zum Problem.
- Der Klient faßt den Beschluß zur Änderung und wird dabei ruhiger und entspannter.
- Der Klient macht Aussagen, die das Problembewußtsein und die Betroffenheit bezüglich des Problems sowie Optimismus und Offenheit für eine Veränderung erkennen lassen.

Die Aufgabe des Beraters ist, diese Zeichen zu erkennen und daran anzuknüpfen (a.a.O.).

② Angebot von Wahlmöglichkeiten

Manche Klienten neigen dazu, sich in direkterer Art und Weise vorschreiben zu lassen, was sie tun sollen. Dies ist nicht im Sinne des MI, da hier davon ausgegangen wird, daß nur dann eine Veränderung stattfinden kann, wenn die Person absolut vom eigenen Handeln überzeugt ist, ohne von außen beeinflußt worden zu sein. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, daß dem Klienten Handlungsalternativen zur Verfügung stehen, aus welchen er die für ihn in Frage kommenden Möglichkeiten auswählen und erarbeiten kann. Die Handlungsalternativen soll sich der Klient in erster Linie selbst überlegen, der Berater kann dabei unterstützend mitwirken. Dies bedeutet, daß er ihm beispielhaft mitteilen kann was andere Personen in diesem Fall schon ausprobiert haben. Wichtig ist, daß der Klient die Eigenverantwortlichkeit behält (Miller & Rollnick, 1991).

③ Klare Zielformulierung

Nachdem der Klient sich für eine bestimmte Handlungsalternative entschieden hat, kann er mit Hilfe des Beraters konkrete Ziele formulieren. Der Berater hilft durch diverse Fragen, wie z.B. "Was wollen Sie erreichen?" oder "Wie soll die veränderte Zukunft genau aussehen?" oder "Welches Ziel ist Ihnen am wichtigsten?"

Die Aufstellung einer Zielhierarchie verschafft Überblick und verdeutlicht, worauf sich der Klient zuerst konzentrieren sollte (Körkel, SS 1997, SS 1998).

④ Entwicklung eines konkreten Handlungsplans

Wenn die Zielhierarchie feststeht und der Klient weiß, welches Ziel er zuerst erreichen will, kann ein konkreter Handlungsplan erstellt werden. Dieser beinhaltet die Erarbeitung einer klaren Struktur der zukünftigen Vorgehensweise sowie den Aufbau eines Unterstützungssystems. Beides soll dem Klienten Sicherheit verschaffen, die ihn soweit stärkt, daß er optimistisch und selbstsicher zur Handlung übergehen kann (a.a.O.).

6.3. Kurz-Beratung nach MI

Die Umsetzung der theoretischen Grundlagen des Motivational Interviewing kann auch in der Kurz-Beratung (Brief Intervention) erheblichen Einfluß auf eine Verhaltensänderung nehmen. Erfolgreiche Kurz-Beratung beinhaltet keine Medikation, kein Verhaltenstraining und keine Bedingungen. Sie ist keine Psychotherapie. Die primäre Strategie der Kurz-Beratung ist Motivation, welche innerhalb eines relativ kurzen Beratungszeitraums eine Entscheidung zur Verhaltensänderung bewirken soll (zitiert in Miller & Rollnick, 1991). Klienten der Kurz-Beratung befinden sich erfahrungsgemäß in Phase I oder II des Stufenmodells nach Prochaska & DiClemente (1997). Gerade in diesen Phasen besteht die Herausforderung darin, auf eine Entscheidung bezüglich der Verhaltensänderung begünstigend einzuwirken. Die effektive Umsetzung der Kurz-Beratung beinhaltet sechs wichtige und entscheidende Elemente, welche von Miller & Sanchez (zitiert in Miller & Rollnick, 1991) bezüglich ihrer Effektivität analysiert und untersucht wurden. Die Zusammensetzung der Anfangsbuchstaben aller sechs Elemente ergibt das Wort FRAMES (Rahmen) und ist an den wichtigsten Interventionsstrategien des MI orientiert. Diese sind:

- ❶ Feedback (fachliche Rückmeldung)
- ❷ Responsibility (Stärkung der Eigenverantwortlichkeit des Klienten)
- ❸ Advice (klare Anweisung bezüglich einer Verhaltensänderung)
- ❹ Menu (Auswahl aus mehreren Handlungsalternativen)
- ❺ Empathie (aktives Zuhören, tiefes Verstehen)
- ❻ Self-efficacy (Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung der Klientin)

(Miller & Rollnick, 1991).

Die Umsetzbarkeit der Kurz-Beratung in gynäkologischen Fachpraxen wurde von Handmaker und Hester (ohne Jahr) untersucht. Sie leiteten eine Studie, in welcher Gynäkologen in die

Beratungspraxis der Brief Intervention nach Motivational Interviewing (MI) eingeführt wurden. Der Erfolg dieses Ansatzes wurde durch den Vergleich mit einer Kontrollgruppe

bestätigt. Die Gynäkologen erhielten Informationsmaterial über die Auswirkungen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft, eine 20-minütige Videokassette zur selbständigen Aneignung der Beratungstechnik MI und Karteikärtchen als Hilfsmittel im Beratungssetting. Aus dem Wissen heraus, daß Gynäkologen über sehr wenig Konsultationszeit für die einzelnen Patientinnen verfügen und eher keine Erfahrung mit diversen Beratungstechniken haben, wurde diese Methode herangezogen, da angenommen wurde, daß sie leicht zu erlernen

ist und relativ schnellen Erfolg bezüglich einer Verhaltensänderung bringen kann. In Handmaker & Hester`s Studie lag der Beratungsschwerpunkt auf folgenden

Interventionsstrategien:

- ❶ Offene Fragen
- ❷ Empathie (aktives Zuhören, reflektives Zuhören)
- ❸ Diskrepanzen zwischen Trinkverhalten und Sorge um die Schwangerschaft herausarbeiten
- ❹ Verstärkung des Abstinenzzieles

Die Gynäkologen bewerteten die Methode MI überwiegend als klar, leicht verständlich, hilfreich im Beratungssetting und umsetzbar in gynäkologische Beratungsbedingungen. Durch die Beratungstechnik MI zeigten die Gynäkologen signifikant mehr Empathie, Wärme, Akzeptanz, Optimismus und Unterstützungsmöglichkeiten sowie mehr Fertigkeiten im konstruktiven Umgang mit Widerstand als die Kontrollgruppe.

Die Kontrollgruppe verbrachte wesentlich mehr Zeit damit, über die Trinkgewohnheiten der Patientinnen zu sprechen, und ihnen fehlten eindeutig die notwendigen Hilfsmittel zur Motivation hinsichtlich einer Verhaltensänderung ihrer Patientinnen (a.a.O.).

Das von mir erstellte Beratungskonzept ist auf Kurz-Beratung ausgerichtet, da Gynäkologen in der Regel wenig Zeit für Beratungsgespräche investieren können.

7. Konzeptionelle Überlegungen

7.1. Zeitrahmen

Unter dem Punkt "Kurz-Beratung" wurde bereits erwähnt, daß bei ärztlichen Beratungsgesprächen der Zeitfaktor eine große Rolle spielt. Die Beratungsdauer muß so kurz wie möglich konzipiert sein, so daß die Ärztin/der Arzt die Gespräche in die Untersuchungstermine integrieren kann. Der Zeitrahmen meines Konzeptes beschränkt sich auf 15 Minuten pro Beratungsgespräch. Frauen, die eher bereit sind, auf das bisher konsumierte Suchtmittel zu verzichten, können in dieser Zeit informiert werden und sich für den sofortigen Konsumstop entscheiden. Für Frauen, die mehr Vorteile im Konsum sehen und deshalb mehr Entscheidungshilfen brauchen, ist ein zweiter Termin mit gleicher Zeitdauer vorgesehen. Am Ende der zweiten "Sitzung" sollte die betroffene schwangere Frau soweit motiviert sein, daß sie sich hinsichtlich einer Verhaltensänderung entschieden hat. Bei sehr ambivalenten Frauen kann dies auch bedeuten, daß sie sich zunächst Konsumreduktion vorstellen können und Abstinenz (noch) nicht das zu erreichende Ziel ist.

7.2. Zielgruppe

Aus der Problemdefinition ergibt sich konsequenterweise als Zielgruppe des Konzeptes die Berufsgruppe der Gynäkologinnen und Gynäkologen, die in ihrer Praxis mit alkohol- und zigarettenkonsumierenden schwangeren Frauen in Kontakt kommen. Hierbei sind explizit

nicht nur abhängige Frauen gemeint, sondern alle schwangeren Frauen, die Alkohol und/oder Zigaretten konsumieren. Bei süchtigen Frauen ist zusätzlich zu beachten, daß sie mit großer Wahrscheinlichkeit intensivere Beratung und Betreuung benötigen als nicht-süchtige Frauen, weil sie mehr Schwierigkeiten darin sehen werden, auf das bisher konsumierte Suchtmittel zu verzichten. Wann eine Frau abhängig ist, kann anhand verschiedener Klassifikationsschemata festgestellt werden. Hierzu empfehle ich das ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) (Dillinger, Mombour & Schmidt, 1991) und das DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996).

7.3. Zielsetzung

Ziel der Beratung ist der sofortige Verzicht auf Alkohol und Zigaretten während der Schwangerschaft, und für Zigarettenkonsumentinnen wegen der Gefahren für das Kind durch Passivrauchen auch nach der Schwangerschaft. Wie vorhin bereits angedeutet kann für Frauen, denen der Konsumstopp sehr schwer fällt zunächst Konsumreduktion das Ziel sein. Das Angebot dieser Wahlmöglichkeit ist notwendig, da die konsumierende Frau nur das umsetzen kann, was sie sich selbst zutraut.

7.4. Methode

Die Methode zur Umsetzung der Ziele ist das Konzept zur Beratung von alkohol- und zigarettenkonsumierenden schwangeren Frauen, welches auf der Grundlage der Beratungstechnik Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 1991, 1998) beruht. Das Manual beinhaltet Informationen für die Gynäkologin/den Gynäkologen zur Problematik des Alkohol- und Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft und eine systematisch aufgebaute Anleitung für das Beratungsgespräch.

Um den strukturellen Gegebenheiten der Ärztinnen und Ärzte gerecht zu werden, wurde das Konzept zur Beratung von alkoholkonsumierenden schwangeren Frauen an vier Gynäkologinnen und Gynäkologen zur Ansicht gegeben. Sie wurden gebeten, sowohl den Inhalt als auch die äußerlichen Rahmenbedingungen zu kritisieren. Desweiteren sollten sie angeben, ob sie dieses Konzept in ihre Beratungsgespräche aufnehmen würden. Das Ergebnis folgt im nächsten Kapitel.

7.5. Kritische Anmerkungen eines Gynäkologen zum Beratungskonzept "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft"

Die von mir angeschriebenen Gynäkolog(inn)en erhielten aufgrund einer vorherigen Anfrage und deren Zustimmung zur Mitarbeit je ein Konzept zur Beratung von alkoholkonsumierenden schwangeren Frauen (je zwei vom Stand 1.11.1998 und je zwei vom Stand 13.11.1998) sowie dazugehörige Fragebögen. Während die Gynäkolog(inn)en das Konzept zur Ansicht hatten, wurde es von mir selbst immer wieder neu bearbeitet und war kaum zwei Tage auf dem gleichen Stand, so daß sich ein älteres Exemplar von neueren in etlichen Punkten unterscheidet. Für die Auswertung der Kritik ist dies jedoch unerheblich, so daß ich nicht näher darauf eingehe.

Aus Zeitmangel der Gynäkolog(inn)en war die letztendliche "Ausbeute" trotz ständiger telefonischer Kontakte gering: ein Konzept kam zurück. Somit habe ich die Kritik des Gynäkologen zur Verfügung, der ein Exemplar vom 1.11.1998 erhielt. An dieser Stelle noch einmal herzlichen Dank an ihn!

Auswertung: Zunächst erfolgen das ganze Konzept umfassende Aussagen. Der Gynäkologe beurteilt die Aufmachung (das "layout") des Konzeptes als "sehr gut". Für ihn ist der "rote Faden" des Inhalts erkennbar und logisch nachzuvollziehen. Er findet eine Beratung für suchtmittelkonsumierende Frauen "wichtig" und erachtet sich selbst als zuständig dafür, diese durchzuführen. Ein Konzept wie dieses würde ihm die Beratung erleichtern, und er würde dieses Konzept auch verwenden wollen.

Als nächstes folgt seine Kritik zu einzelnen Konzeptpunkten: Die "Ermittlung zum Informationsstand" bemängelt er als "zu undeutlich ausgedrückt". Diese Kritik habe ich berücksichtigt und hoffe, daß die veränderte Fassung ansprechender und deutlicher ist.

Seines Erachtens ist es eher ungünstig, die Patientin zu fragen, ob sie Informationen haben möchte. Der Gynäkologe ist der Meinung, daß es auf jeden Fall seine Aufgabe sei, Informationen zu vermitteln. Ich habe die Frage durch eine Aussage ersetzt.

Der Punkt "Übergang zur Handlung", welcher in der neuen Fassung nicht mehr vorhanden ist, ist seiner Meinung nach "zu undeutlich ausgedrückt". und "zu allgemein formuliert". Diesen Konzeptpunkt habe ich bereits neu gestaltet, bevor ich die Kritik dazu erhielt.

Das Überlegen von Alternativzielen unter dem Punkt "Gemeinsame Zielabklärung mit der Patientin" beurteilt der Gynäkologe als "zu inkonsequent". Mir ist nicht ganz klar, was der Arzt damit meint. Ich halte es für wichtig, die Patientin darauf hinzuweisen, daß sie ihr geplantes Ziel evtl. nicht erreichen wird. Sie sollte darauf vorbereitet sein, um in der Situation handlungsfähig zu bleiben. Ich habe den kritisierten Konzeptpunkt umformuliert, um meine Intention zu verdeutlichen.

Die restlichen Punkte hat der Kritiker positiv bewertet, woraus ich schließe, daß sie für ihn deutlich, nachvollziehbar und passend dargestellt sind.

Ich bedaure sehr, nur eine Rückmeldung erhalten zu haben. Da mir jedoch selbst die Zeit drängt, ist es mir unmöglich noch länger zu warten. Diese Erfahrung hat mir verdeutlicht, wie wichtig der Zeitfaktor für Gynäkolog(inn)en ist. Denn ich habe nicht den Eindruck, daß die mangelnde Resonanz aus Desinteresse entstand, sondern weil den betreffenden Ärztinnen bzw. dem betreffenden Arzt die Zeit zur intensiveren Auseinandersetzung mit meinem Konzept fehlte. Für weitere Kontakte mit Gynäkolog(inn)en sollte die Komponente "Zeit" immer mitberücksichtigt werden.

8. Ausblick

Das Idealziel zur Umsetzung meines Konzeptes in die gynäkologische Beratungspraxis wäre eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sozialpädagog(inn)en und Ärzt(inn)en. Als Rahmenbedingung müßte ein(e) Sozialpädagogin/e innerhalb der Praxisräume einer(s) Ärztin/Arztes ein Beratungszimmer zur Verfügung haben, wohin betroffene Patientinnen hinverwiesen werden können, sobald die Ärztin/der Arzt während der Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchung Suchtmittelkonsum feststellt. Eine realistische Hürde dieses Modells wäre die Finanzierung der/des Sozialpädagogin/en, wofür ich noch keine passende Lösung gefunden habe. Der Vorteil einer Zusammenarbeit läge darin, daß das Zeitkontingent der

Ärztin/des Arztes nur minimal beansprucht würde, nämlich um den Suchtmittelkonsum der Schwangeren durch Befragung festzustellen und die Patientin bei Bedarf zur Beratung an das nächste Zimmer weiter zu verweisen. Die Umsetzung dieser Idee ist jedoch wahrscheinlich auf längere Sicht hin (noch) nicht möglich.

Als erster Schritt erscheint mir zunächst die Motivation der Gynäkologinnen und Gynäkologen wichtiger, sich erstens mit der Thematik "Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft" ernsthaft auseinanderzusetzen und den Handlungsbedarf zu erkennen und zweitens die Problematik des Suchtmittelkonsums in der Schwangerschaft mit in die Beratung der Schwangerschafts-Vorsorge aufzunehmen.

Als zweiter Schritt wären die Ängste der Gynäkologinnen und Gynäkologen abzuklären, inwieweit sie tatsächlich Patientinnenverluste befürchten, wenn sie die Schwangeren auf ihr schädliches Verhalten ansprechen und wie diese Ängste reduziert werden könnten.

Der dritte Schritt wären zusätzliche Maßnahmen, die die Beratungszeit noch weiter reduzieren würden, da ich den Eindruck habe, Ärztinnen und Ärzte lassen sich nur allzu leicht von zusätzlicher "Last" abschrecken und sei die dafür vorgesehene Zeitangabe noch so gering (Ich verweise hier auf Peter Lang, Bremen, der die Erfahrung machte, daß 50% der von ihm angeschriebenen Gynäkologinnen und Gynäkologen keinen Handlungsbedarf darin sahen, eine Broschüre zur Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft an betreffende Frauen zu verteilen...). Als Maßnahme habe ich die Idee, Frauen in der gynäkologischen Fachpraxis direkt anzusprechen. Geeignete Mittel dazu könnten Plakate und kleine Broschüren sein, die die Frauen zum Hinschauen anregen und ihnen kurze, klare Informationen zum Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft vermitteln. Das Ziel dabei wäre, daß die Schwangere z.B. soweit informiert wird, von sich aus keine Suchtmittel mehr konsumiert oder sich aufgrund eines entsprechenden Hinweises auf dem Plakat/der Broschüre selbständig an die Ärztin/den Arzt wendet, um weitere Informationen zu erhalten. Als Präsentationsort der vorgeschlagenen Medien erachte ich das Wartezimmer der gynäkologischen Praxis als sehr geeignet, weil sich Frauen dort vor der Untersuchung in der Regel einige Zeit aufhalten. Dort könnten auch gleichzeitig andere Frauen erreicht werden, die (noch) nicht schwanger sind, aber die hier erworbenen Informationen entweder für sich nutzen und/oder weitertragen können.

Das Konzept zur Durchführung eines Beratungsgespräches kann von Gynäkologinnen und Gynäkologen in vorliegender Form verwendet werden. Es ist jedoch zu bedenken, daß sich Ärztinnen und Ärzte durch die Beratungstechnik Motivational Interviewing abschrecken lassen, weil sie die Umsetzbarkeit (vor allem in dem kurzen Zeitrahmen) nicht für möglich halten (Zitat eines Lesers meiner Arbeit: "Ich glaube nicht, daß das in einer Viertelstunde beendet ist."). Theoretisch läßt sich schlecht erklären, daß dies doch machbar ist. Handmaker & Hester (ohne Jahr) haben zum besseren Verständnis von Motivational Interviewing zusätzlich eine Video-Lernkassette produziert, die es Gynäkologinnen und Gynäkologen erleichterte, sich die Beratungstechnik anzueignen. Eine solche Lern-Kassette wäre auch in deutscher Sprache denkbar.

Ich habe mit meinem Konzept eine Grundlage geschaffen, schwangere Frauen hinsichtlich eines Themas zu beraten, das in Deutschland bisher kaum an die Öffentlichkeit gedrungen und deshalb noch weitgehend tabuisiert ist. Fast alle Frauen, die ich befragt habe, konnten berichten, daß ihre Ärztin/ihr Arzt während ihrer Schwangerschaft nicht wissen wollte, ob sie Suchtmittel konsumieren. Ich wünsche mir, daß meine Arbeit zur Aufklärung beiträgt und

sich die Zahl der suchtmittelkonsumierenden schwangeren Frauen in Zukunft erheblich reduziert.

Literaturverzeichnis:

Ahlsten, G.; Cnattingius, S. & Lindmark G. (1993). Cessation of smoking during pregnancy improves foetal growth and reduces infant morbidity in the neonatal period.

A population-based prospective study. Acta Paediatr 82, S.177-181.

Batra A. & Fagerström K.-O. (1997). Neue Aspekte der Nikotinabhängigkeit und Raucherentwöhnung. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS):

Sucht-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 43. Jhg., Heft 4, S.277-282.

Brecklinghaus I; Lang P. & Greiser E. (1996). Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft - Beratungsleitfaden für die gynäkologische Fachpraxis.

Bremen.

Cnattingius, S.; Lindmark, G. & Meirik, O. (1992). Who continues to smoke while pregnant? In: Journal of Epidemiology and Community Health, 46, Uppsala, S. 218-221.

Dilling, H.; Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Kapitel V (F), Weltgesundheitsorganisation,

1. Aufl., Göttingen.

Feuerlein, W. (1989). Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit: Entstehung, Folge, Therapie. 4. Aufl., Stuttgart.

Group Lipha (ohne Ort und ohne Jahr). Damit Sie Ihrem Patienten helfen können - Ihr Eingreifen ist entscheidend. Schweiz.

Grünberg, H.-D. (1995). Alkoholismus der Mutter im Kontext mit dem neugeborenen Leben. In: Dießelmann, B.; Fuentes-Najas F.& Kispert, J.; Lumma K. (Hrsg.).

Humanistische Psychologie, Halbjahrbuch 1, 18. Jhg., S.31-45.

Hakimi, R. (1998). Was ist drin im blauen Dunst? Die Gefahren des Rauchens.

In: TIP, Zeitschrift der Krankenkasse Hallesche Nationale, Stuttgart.

Handmaker, N. & Hester R. (ohne Jahr). A brief intervention to enhance prenatal healthcare specialists` ability to intervene. Prevention of fetal alcohol syndrome. Alcohol self-control programm, research division, behavior therapy associates. Albuquerque.

Hanzal, E.; Hoffmann, G. & Kölbl, H. (1992). Drogensucht, Rauchen und fetale Wachstumsretardierung. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 52, Wien, S. 430-433.

- Hester R. & Handmaker N. (Producer) (1997). Motivating pregnant women to stop drinking [Film]. Albuquerque: Southwest Productions.
- Heuer-Jung, V.; Batra, A. & Buchkremer, G. (1996). Raucherentwöhnung bei speziellen Risikogruppen: Schwangere Frauen und Raucherinnen mit Kontrazeptivaeinnahme. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Heft 34, S. 114-117.
- Hurrelmann, K. & Settertobulte, W. (1995). Prävention und Gesundheitsförderung.
- In: Petermann, F. (Hrsg.). Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. Göttingen, S. 95-124.
- Junge, B. (1997). Tabak - Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht `98. Geesthacht, S.19-42.
- Knappen, B. vom; Thater, H. & Löser, H. (1987). Alkoholschäden bei Kindern - Ratgeber zur Alkoholembryopathie. Freiburg im Breisgau.
- Körkel, J. (1996). Arbeitsmaterialien Motivational Interviewing. Bonn.
- Körkel, J. (WS 1997/1998). Beratung. Skript zur Vorlesung, Nürnberg.
- Körkel, J. (1997). Wie motiviert man unmotivierte KlientInnen? Der Ansatz des Motivational Interviewing. Skript zur Fortbildung des Instituts für Therapieforschung (IFT), Ingolstadt.
- Körkel, J. (SS 1997). Wie motiviert man unmotivierte KlientInnen? Skript zum Seminar an der Evangelischen Fachhochschule für Sozialpädagogig, Nürnberg.
- Körkel, J. (SS 1998). Der 10-stufige Ziel-Abklärungsprozeß. Arbeitsmaterial zur Vorlesung an der Evangelischen Fachhochschule für Sozialpädagogig, Nürnberg.
- Körkel, J. & Kruse, G. (1997). Mit dem Rückfall leben: Abstinenz als Allheilmittel? 3. Aufl., Bonn.
- Koller, S. (ohne Jahr). Risikofaktoren der Schwangerschaft. Berlin.
- Kraus, L. & Bauernfeind R. (1998, September). Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland 1997.
- In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS). Sucht-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 44. Jhg., Sonderheft 1.
- Kubista, E. (1994). Rauchen in der Schwangerschaft. Themenheft: Raucherschäden/Rauchertherapie, Wien, S.529-531.
- Kutschera, G. (1995). Tanz zwischen Bewußt-sein & Unbewußt-sein. Paderborn.
- Lang, P. (1998). Förderung des Nikotinverzichts bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 44. Jhg., Heft 1, S. 57-58.

Lang, P.; Brüggemann, M.; Licht, S.; Asendorf, H. & Greiser, E. (1997, März). Massnahmen zur Förderung des Nichtrauchens bei Schwangeren und Eltern von Säuglingen Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin, Zwischenbericht der II. Projektphase, Bremen.

Löser, H. (1995). Alkoholembryopathie und Alkoholeffekte. Stuttgart.

Löser, H. & Bierstedt T. (1998, Februar). Schwangerschaft und Alkohol-Risiken der Kinder und mütterliche Konflikte. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.). Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis. 44. Jhg., Heft 1, S. 42-47.

Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.) (1996). Sucht-Grundlagen, Diagnostik, Therapie.

Stuttgart.

Majewski, F. (1987). Die Alkoholembryopathie - eine häufige und vermeidbare Schädigung.

In: Majewski, F. (Hrsg.). Die Alkoholembryopathie - Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Frankfurt, S.109-123.

Miller, W. (1996). Motivational Interviewing: Research, practice, and puzzles. University of New Mexico.

Miller, W. & Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing-Preparing people to change addictive behavior. New York.

Miller, W. & Rollnick, S. (1995, März). What is Motivational Interviewing. Department of General Practice, University of Wales, College of Medicine, Llanedeyrn Health Centre, Cardiff. Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque.

Miller, W.; Rollnick, S. & Moyers, T. (Producers) (1998). Motivational Interviewing-Professional training videotape series [Film]. Amsterdam: European Addiction Training Institute.

Mills, J. & Graubard, B. (1987). Is moderate drinking during pregnancy associated with an increased risk for malformations? Pediatrics, Vol. 80, Nr.3, S. 309-314.

Nestler, V.; Spohr, H.-L. & Steinhausen, H.-C. (1981). Die Alkoholembryopathie. In: Vivell, O. & Burmeister, W. (Hrsg.). Bücherei des Pädiaters. Beihefte zur Zeitschrift "Klinische Pädiatrie", Heft 83, Stuttgart.

Niedersächsisches Sozialministerium (Hrsg.) (1994). Suchtberatung für Frauen mit dem Schwerpunkt: Schwangere und Mütter mit kleinen Kindern. Abschlußbericht eines Modellprojektes.

Nordrheinische Arbeitsgemeinschaft gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) (1993, Oktober). Am Rande der Gesellschaft-am Rande der Suchtkrankenhilfe. Anforderungen an die ehrenamtliche Suchtkrankenhilfe . Dokumentation der Arbeitstagung, Düsseldorf-Garath.

Oerter & Montada (Hrsg.) (1995). Entwicklungspsychologie. Weinheim, 3. Aufl., S. 177.

Peschek, M. (1984). Rauchen in der Schwangerschaft - eine Untersuchung an 515 Frauen

unter psychologisch-soziologischen Aspekten. Inaugural-Dissertation, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg.

Prochaska, J.; Norcross, J. & DiClemente C. (1997). Jetzt fange ich neu an - Das revolutionäre Sechs-Schritte-Programm für ein dauerhaft suchtfreies Leben. München. Titel der Originalausgabe (1994). Changing for good. New York.

Qammou Lewis, M. (1996). Handlungsverläufe von durchgeführten und verhinderten Rückfällen während der stationären Drogentherapie. Lizentiatsarbeit am Lehrstuhl für Sozialpsychologie, Universität Bern.

Recheis, K. & Bydlinski, G. (1993). Weisheit der Indianer-Vom Leben im Einklang mit der Natur. Wien.

Richter, A. (1993). Prävention der Alkoholembryopathie - Wege zur und mit der alkoholabhängigen schwangeren Frau, aufgezeigt an einer Fragebogenaktion. Diplomarbeit, Evangelische Stiftungsfachhochschule Nürnberg.

Rollnick, S.; Heather, N. & Bell, A. (1992). Negotiating behaviour change in medical settings: The development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health*, S.25-37.

Sandor, S. (1987). Die tierexperimentelle Alkoholblastopathie. In: Majewski, F. (Hrsg.). Die Alkoholembryopathie - Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Frankfurt, S. 66-78.

Sasco, A. J. (1998, Mai). Evolution of smoking among women in Europe. Tagungsbeitrag des First European Symposium On Smoking and Pregnancy-Taking The Chance For Action, Bremen.

Saß H.; Wittchen H.-U. & Zaudig M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen, Bern.

Schulte-Hobein, B.; Schwartz-Bickenbach, D.; Abt, S.; Plum, C. & Nau, H. (1992). Cigarette smoke exposure and development of infants throughout the first year of life: influence of passive smoking and nursing on cotinine levels in breast milk and infant`s urine. *Acta Paediatr*, 51, S. 550-557.

Spohr H.-L. (1990). Das fetale Alkoholsyndrom-die Alkoholembryopathie-ein klinischer Überblick. In: Steiner M. (Hrsg.). Alkohol in der Schwangerschaft und die Folgen für das Kind. Frankfurt a. M., S. 40-80.

Spohr, H.-L. (1997). Das fetale Alkoholsyndrom. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, Stuttgart, S.791-797.

Streissguth, A. P. (1987). Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effects: Teratogenic causes of mental retardation and developmental disabilities. In: Majewski, F. (Hrsg.). Die Alkoholembryopathie - Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Frankfurt, S. 143-165.

Stumpfe, K.-D. (1997). Auswertung der Befragung über die Raucheraufklärung und die Nikotintherapie in Deutschland. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 43. Jhg., Heft 6, S. 436-443.

Teschke, R. (1987). Alkoholmetabolismus. In: Majewski, F. (Hrsg.). Die Alkoholembryopathie- Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Frankfurt, S.40-49.

Volk, B. (1987). Klinisch-neuropathologische Befunde und experimentelle Untersuchungen zur Alkoholembryopathie. In: Majewski, F. (Hrsg.). Die Alkoholembryopathie - Ein Leitfaden der Stiftung für das behinderte Kind zur Förderung von Vorsorge und Früherkennung. Frankfurt, S. 89-101.

Wenderlein, J. M. (1995). Rauchen in der Schwangerschaft. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (ZaeF), Jena, S.467-471.

Anhang

1. Symptomatik und Bewertung der Alkoholembryopathie 60

2. Fragebogen zur kritischen Bewertung des Konzeptes "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft" für Gynäkologinnen und Gynäkologen 61

2. Teil

I. Einführung in die Beratungskonzepte "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft" und "Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft"

II. "Alkoholkonsum in der Schwangerschaft"- Ein Beratungskonzept für gynäkologische Fachpraxen

III. "Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft"- Ein Beratungskonzept für gynäkologische Fachpraxen