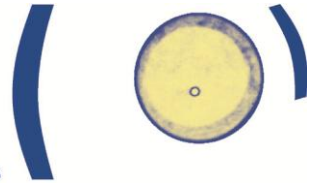


Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras



Guideline zu Screening und Beratung bei Zigaretten- und Alkoholkonsum vor, während und nach der Schwangerschaft

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Ziel der Guideline

- 1.1 Ausgangslage
- 1.2 Rolle und Aufgaben der Hebamme
- 1.3 Abgrenzung und Begriffsdefinitionen
- 1.4 AdressatInnen

2. Folgen von Zigaretten- und Alkoholkonsum

- 2.1 Konsum von Zigaretten und/oder Alkohol vor der Schwangerschaft
- 2.2 Rauchen während der Schwangerschaft
- 2.3 Rauchen und Stillen
- 2.4 Rauchen in Gegenwart von Kindern
- 2.5 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
- 2.6 Alkoholkonsum und Stillen
- 2.7 Rauchen und Alkohol als Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod

3. Interventionsansätze für Begleitung und Beratung

- 3.1 Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum
- 3.2 Beschreibung der Kurzinterventionsansätze für die Beratung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen, die rauchen und/oder Alkohol konsumieren
- 3.3 Nikotinersatztherapie bei Schwangeren
- 3.4 Angaben zum zeitlichen Aufwand für die Anwendung in der Beratung

4. Zusammenfassende Empfehlungen

5. Gültigkeitsdauer

6. Autoren, Konsensusverfahren, Sponsoren

7. Literatur

- 7.1 Schlüssel zu den Referenzen
- 7.2 Referenzen

8. Anhänge

Anhang 1: Das Stadienmodell der Verhaltensänderung

Anhang 2: Die Methode der 5A

- 2.1. Anwendung der 5A exemplarisch bei Raucherinnen
- 2.2. Anwendung der 5A wenn Eltern ihr/e Kind/er dem Passivrauchen aussetzen
- 2.3. Anwendung der 5A bei Alkoholkonsum

Anhang 3: Screening

- 3.1. Fragen zum Alkoholkonsum
- 3.2. Fragen zum Rauchen
- 3.3. Fagerström-Fragebogen

Anhang 4: Die motivierende Gesprächsführung

Anhang 5: Flussdiagramm

Anhang 6: Von den AutorInnen thematisch veröffentlichte Arbeiten

1. Einleitung und Ziel der Guideline

1.1 Ausgangslage

Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft stellen die wichtigsten vermeidbaren Risiken in der vorgeburtlichen Entwicklung dar. Die inzwischen langjährige wissenschaftliche Erforschung der Folgen von Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft fand keinen Schwellenwert, unterhalb dessen kein Risiko für das Kind besteht (Hankin, 2002; Huizink & Mulder, 2006), d.h. auch der Konsum geringer Mengen Alkohol oder Tabak kann das Risiko einer Beeinträchtigung des Kindes bergen.

Der Konsum von Zigaretten und Alkohol liegt während der Schwangerschaft deutlich tiefer als in der gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung. Es gibt jedoch Hinweise, dass der Konsum während dem ersten Trimester der Schwangerschaft höher ist als im Zweiten und Dritten (Colvin et al., 2007). Nach einer vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie (Grob & Lemola, 2005), bei welcher 458 Frauen aus 14 Kantonen der deutschsprachigen und französischsprachigen Schweiz befragt wurden, konnten die folgenden Prävalenzraten von Alkoholkonsum und Rauchen in der Schwangerschaft ermittelt werden:

- 10.9% rauchen Zigaretten (Durchschnitt: 5 Zigaretten im Tag)
- 9.4% haben in der Schwangerschaft aufgehört zu rauchen
- 13.2% trinken mindestens zwei bis vier Mal im Monat Alkohol
- 1.7% trinken zwei bis drei Mal pro Woche
- 2.1% haben mindestens einmal während der Schwangerschaft vier oder mehr Gläser Alkohol getrunken

Aufgrund der Risiken für das Kind ist es Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen, Schwangere und Wöchnerinnen eingehend zu beraten und sie dabei professionell zu unterstützen, auf Alkohol- und Tabakkonsum zu verzichten.

Eine vom Bundesamt für Gesundheit finanzierte und im Winter 2007 durchgeführte repräsentative Befragung bei Hebammen kommt zum Schluss, dass die Beratung zu den Risiken des Rauchens und Trinkens in der Schwangerschaft sowie die konkrete Unterstützung der Frauen beim Konsumstopp unterschiedlich gehandhabt wird: "Ungefähr die Hälfte der Hebammen empfiehlt auf beide Genussmittel ganz zu verzichten, während die andere Hälfte eine Reduktion des Zigarettenkonsums und mässigen Alkoholkonsum empfiehlt" (Grob & Lemola 2008). Diese unterschiedlichen Empfehlungen sind problematisch für Schwangere und Wöchnerinnen.

1.2 Rolle und Aufgaben der Hebamme

Schutz und Förderung von Gesundheit und Wohlergehen von Jugendlichen, Kindern und Ungeborenen sind ein zentrales Anliegen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes und ein wesentlicher Teil des WHO-Rahmenkonzepts GESUNDHEIT 21 (Statement of the European Alcohol and Health Forum, 2007). Die European Midwives Association trägt diese Erklärung mit und fordert ihre Mitgliedsfachverbände auf, aktiv an

deren Umsetzung zu arbeiten (Statement of European Midwives Association on Alcohol, 2008). Das heisst Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft effektiv zu begleiten und beraten, um mögliche negative Auswirkungen von Substanzkonsum zu verringern und/oder vorzubeugen. Ein Schritt in Richtung einer entsprechenden Umsetzung dieser Aufforderung wurde vom National Institute for Health and Clinical Excellence mit der in Kraftsetzung der NICE public health guidance 26 „How to stop smoking in pregnancy and following childbirth“ gemacht, die für Hebammen im Vereinigten Königreich seit Juni 2010 gilt (NICE, 2010).

Studien zeigen, dass den Gesundheitsfachpersonen, insbesondere Hebammen, eine wichtige Rolle bei der Aufklärung von schwangeren Frauen über die Risiken von Zigaretten- und Alkoholkonsum für das ungeborene Kind zukommt (Fleming, 1997). Schwangere Frauen vertrauen dem Rat von Hebammen und richten ihr Gesundheitsverhalten nach ihren Empfehlungen aus (Grob & Lemola, 2008). Es fällt den Gesundheitsfachpersonen jedoch nicht immer leicht, Frauen bezüglich Zigaretten- und Alkoholkonsum zu beraten und sie während Verhaltensänderungsprozessen zu unterstützen und zu begleiten. Gesundheitsfachpersonen scheuen aufgrund von Zeitmangel, ungenügender Ausbildung und der Angst, die Frauen zu verletzen, häufig davor zurück, direkte Fragen zum Genussmittelkonsum zu stellen (insbesondere was den Alkoholkonsum betrifft; Diekman et al., 2000).

Die Aufgabe der Hebamme liegt in der Befragung, Abgabe gezielter Information, Beratung und Begleitung von Frauen auf Grund von einheitlichen Empfehlungen.

In der vorliegenden Guideline werden folgende Aspekte dargestellt:

- Mögliche Risiken für das Ungeborene, das Neugeborene und den Säugling, die durch Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum der Mutter während Schwangerschaft, Wochenbett und der Stillzeit entstehen können.
- Aufzeigen von Interventionsansätzen, welche für die Beratung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen angewendet werden können.

Ziele dieser Guideline sind:

- dass Frauen, die Zigaretten und/oder Alkohol vor, während und nach der Schwangerschaft konsumieren, von Hebammen bezüglich der Risiken einheitlicher beraten und kontinuierlich begleitet werden.
- dass Eltern, die während der Schwangerschaft den Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum eingestellt haben, den Konsum nach der Schwangerschaft nicht wieder aufnehmen (Rückfallprophylaxe).
- dass Eltern über die Schädlichkeit des Passivrauchens für das Kind informiert sind.

1.3 Abgrenzung und Begriffsdefinitionen

Diese Guideline thematisiert die Auswirkungen des Konsums von legalen Substanzen (Genussstoffen) wie Zigaretten und alkoholischen Getränken während der Zeit der Mutterschaft.

Mit dem Begriff „Zigarettenkonsum“ ist der häufigste Tabakkonsum mittels Zigaretten gemeint. Ferner ist der Tabakkonsum mittels Pfeife, Zigarre, Nargileh (Tabakwasserrohr) und Tabakkauen mit gemeint.

Der Begriff „Alkoholkonsum“ schliesst den Konsum von Wein, Bier, Spirituosen, Schaumwein und Alcopops mit ein. Der Alkoholgehalt dieser Getränke ist sehr unterschiedlich. In der Alkoholforschung und -prävention wird die Menge des Alkoholgehalts häufig in Gläsern, bzw. so genannten „Standardgläsern“ angegeben. Ein Standardglas, wie es in einem Restaurant ausgeschenkt wird, enthält zwischen 8 bis 14 Gramm reines Ethanol (siehe Abbildung S.34). Wenn der Alkohol in nicht kommerziellen Settings konsumiert wird, variiert der servierte Alkoholgehalt. Bei Frauen sind die Auswirkungen von Alkohol stärker, da der Abbau von Alkohol weniger schnell verläuft als bei Männern (Frezza et al., 1990).

„Schwangerschaft“ und „Postpartalzeit“ sind Schwellensituationen im Leben einer Frau und eines Paares und fordern unter anderem Anpassungen im somatischen und psychosozialen Bereich. In der Peripartalzeit sind u.a. folgende Risikofaktoren für Zigaretten- und Alkoholkonsum bekannt: Sich Sorgen für die Zeit der Schwangerschaft und um das ungeborene/neugeborene Kind machen, Rauchen und/oder Alkoholkonsum des Partners, soziale Probleme (z.B. finanzielle Sorgen, häusliche Gewalt), Stillprobleme etc. (Fang et al., 2004).

In der vorliegenden Guideline werden folgende Aspekte nicht thematisiert:

- Die Schädigungen, die durch den Konsum von Alkohol und/oder Zigaretten für die Frau selber entstehen können.
- Der Konsum von Cannabis und den möglichen Folgen von Cannabiskonsum. Dieser Aspekt wird bei der Guideline-Überarbeitung berücksichtigt oder in einer separaten Guideline über den illegalen Substanzmittelkonsum (z.B. Cannabis, Heroin) bearbeitet.

1.4 AdressatInnen

Diese Guideline richtet sich an Hebammen, die in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig sind (freiberufliche Hebammen, angestellte Hebammen, Hebammen in der Aus- und Weiterbildung etc.) und an weitere Gesundheitsfachpersonen, die Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft beraten und begleiten.

2. Folgen von Zigaretten- und Alkoholkonsum

2.1 Konsum von Zigaretten und/oder Alkohol vor der Schwangerschaft

Konsum von Zigaretten und alkoholischen Getränken kann die Fortpflanzungsfähigkeit von Frauen und Männern beeinträchtigen. Rauchen senkt die natürliche Fertilität der Frau, indem aufgenommene Schadstoffe eine antiöstrogene Wirkung entfalten, die Anzahl heranreifender Follikel herabsetzen und das Aufsteigen der Spermatozoen im Zervikalschleim erschweren (Zenzes et al., 1997). Kommt es zur Konzeption, erhöht Rauchen das Risiko für Spätaborte (Windham et al., 1992). Bei assistierter Reproduktion (IVF) ist das Risiko eines Abortes bei rauchenden Frauen im Vergleich zu nichtrauchenden Frauen um 28% erhöht (Lintsen and al., 2005). Alkohol erhöht die Östrogensynthese und stört somit den monatlichen Zyklus mit möglichen anovulatorischen Zyklen und möglicher Endometriosis. Bereits „moderater“ Alkoholkonsum wie 1 Glas oder weniger pro Tag, kann zu einer Reduktion der Fruchtbarkeit und zu Fehlgeburten führen (Grodstein & Goldman, 1994; Windham et al., 1997). Bei Männern kann Rauchen zu einer Reduktion der Spermienqualität führen (Beeinträchtigung der Spermienkonzentration, -motilität und -morphologie; Vine et al., 1994). Übermäßiger Konsum von Alkohol hat auch eine direkte testikulärtoxische Wirkung (Parajarinnen & Karhunen, 1994).

Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind zu empfangen, wird durch den Konsum von Zigaretten und Alkohol deutlich reduziert. Die Fruchtbarkeit eines Paares, bei welchem beide Partner beide Genussmittel konsumieren, ist um mehr als 50% verringert (Hassan & Killick, 2004). Entsprechende Veränderungen der Lebensweise können dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu erhöhen.

2.2 Rauchen während der Schwangerschaft

Nikotin passiert die Plazenta schnell und im Fötus gemessene Nikotinmengen liegen um 15% über jenen der Mutter (Walker et al., 1999). Wie in Tierstudien gezeigt werden konnte, ist Nikotin während der Fetalzeit ein Schadstoff, der die Entwicklung des Nervensystems behindert und lebenslang andauernde Veränderungen mit sich bringen kann (Abreu-Villaca et al., 2004), die sich in Lern- und Gedächtnisdefiziten äussern (Steckler & Saghal, 1995). Weitere Mechanismen der Schädigung des Feten durch Rauchen umfassen Mangelversorgung aufgrund von Veränderungen der Plazentafunktion (Salihu & Wilson, 2007), Sauerstoffmangel der Nervenzellen aufgrund des erhöhten Kohlenmonoxidgehaltes im Blut (Rougemont et al., 2002) und Veränderungen im Gehirn, welche die Kinder anfällig machen können für spätere psychische Probleme (Sarnyai et al., 2001). Auch „moderater“ Nikotinkonsum wie eine bis fünf Zigaretten pro Tag hängt z.B. mit geringerem Geburtsgewicht zusammen (Voigt, et al., 2006). Eine pränatale Belastung von 1-10 Zigaretten pro Tag führt zu schlechteren Leistungen in Schulleistungstests, erhöhter Wahrscheinlichkeit von Aufmerksamkeitsdefiziten und aggressivem Problemverhalten in der Kindheit (Batstra et al., 2003) und einer höheren Wahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 18 Jahren (Fergusson et al., 1998). Die pränatale Tabakexposition begünstigt auch das Auftreten von frühzeitigem und

regelmäßigem Zigarettenkonsum im Erwachsenenalter (Al Mamun et al., 2006). Auch Passivrauchen hat einen ungünstigen Einfluss auf das Kind. Nach einer Metaanalyse (Leonardi-Bee et al., 2008), die sich auf 53 Primäruntersuchungen stützt, führt auch Passivrauchen zu intrauteriner Wachstumsretardierung und zu geringerem Geburtsgewicht.

Viele Frauen hören während der Schwangerschaft auf zu rauchen. Aber 2/3 davon werden rückfällig, manche während der Schwangerschaft, andere kurz nach der Geburt oder bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Orleans et al., 2001).

Allgemein kann als bestätigt gelten, dass die Vorteile eines Rauchstopps im Vergleich zu den potenziellen Nachteilen oder Nebeneffekten für das Kind durch den Nikotinentzug klar überwiegen. Eine Vielzahl von Interventionsstudien mit insgesamt über 10'000 Frauen zeigte keine ungünstigen Nebeneffekte eines Rauchstopps für das Kind (Lumley et al., 2009). Häufig berichten Raucherinnen, dass der Zigarettenkonsum ihnen hilft, mit Stress umzugehen oder Stress abzubauen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass nach überwundenem Nikotinentzug das Stressniveau wieder abnimmt und allgemein weniger Stress erlebt wird als vor dem Rauchstopp (Parrott, 1999).

2.3 Rauchen und Stillen

Allgemein hat das Stillen einen wichtigen gesundheitsfördernden Einfluss für das Kind. Stillen hat beispielsweise einen günstigen Einfluss auf den Schilddrüsenmetabolismus und bietet Schutz vor Infektionen der Atemwege und gastrointestinalen Erkrankungen (Dorea, 2007). Rauchen hat einen ungünstigen Einfluss auf den Stillenerfolg: Frauen, die rauchen, stillen im Durchschnitt weniger lang als Nichtraucherinnen. Auch reduziert Nikotin die Produktion von Muttermilch (Rückgang des Basalprolaktinspiegels, Oxytocin-Inhibition) (Amir, 2001). Zudem gelangt Nikotin schnell in die Muttermilch und hat dort eine Halbwertszeit von etwa 90 Minuten. Neben Nikotin enthält Zigarettenrauch auch andere Inhaltsstoffe, die in die Muttermilch übertragen werden. Bei Kindern von Müttern, die kurz vor dem Stillen rauchen, konnte eine kürzere Schlafzeit und eine Veränderung der Schlafarchitektur nachgewiesen werden (Mennella et al., 2007). Aus diesen Gründen soll auch stillenden Frauen empfohlen werden, nicht zu rauchen. Eine Mutter, die raucht, sollte nach dem Stillen rauchen, damit der Nikotingehalt in der Milch bis zur nächsten Stillmahlzeit verringert werden kann.

Die oben einleitend erwähnte Schutzwirkung des Stillens ist auch bei Kindern von rauchenden Müttern vorhanden. Deshalb ist Raucherinnen, die ihren Zigarettenkonsum nicht einstellen können oder wollen, dennoch zu empfehlen, ihr Kind zu stillen. Stillen kann sogar als besonders geeignet betrachtet werden, gesundheitliche Nachteile für das Kind, die mit sozialer Benachteiligung verbunden sind, zu reduzieren. Somit ist es wichtig, dass Hebammen das Stillen auch bei Raucherinnen, die ihren Konsum nicht aufgeben, fördern und unterstützen (Dorea, 2007).

2.4 Rauchen in Gegenwart von Kindern

Kinder, die dem Passivrauchen ausgesetzt sind, erkranken häufiger an Infektionskrankheiten. Das Risiko ist erhöht für Krankheiten der tiefen Luftwege (Lungenentzündung, Bronchiolitis), Mittelohrentzündungen und Meningokokken-

Hirnhautentzündung (Cook et al., 1994). Zudem haben Kleinkinder eine erhöhte Inzidenz von Asthma und die Lungenfunktion ist anhaltend vermindert (Cook et al., 1994). Passivrauchen ist somit ein wichtiger Risikofaktor für akute und chronische Morbidität, die häufig zur Hospitalisation führt (Hofhuis et al., 2003).

„Nebenstromrauch“ (d.h. der Rauch, der direkt durch das Abbrennen der Zigarette entsteht und welcher von den Kindern hauptsächlich eingeatmet wird), weist eine andere Zusammensetzung auf als der Hauptrauch. Nebenstromrauch wird nicht gefiltert und enthält bedeutend mehr gasförmige Stoffe wie Kohlenmonoxid, Benzol, Formaldehyd oder teilchenförmige Substanzen wie Nikotin, Benzopyren oder Kadmium. Zudem kann Kotinin, ein Abbauprodukt von Nikotin, in Urin und Speichel des Kindes nachgewiesen werden (Fulton, 1990). Diese Toxine können über längere Zeit nach dem Erlöschen der letzten Zigarette in der Raumluft bleiben („thirdhand smoke“¹; Winickoff et al., 2009). Das Rauchen der Eltern kann als wichtigste Quelle der Exposition von Passivrauchen bei Kindern betrachtet werden.

2.5 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Alkohol passiert die Plazenta und die Blut-Hirnschranke im Fötus ungehindert (Julien, 1998). Da Alkohol vom Fetus weniger schnell abgebaut werden kann, bleibt das fetale Nervensystem dem Schadstoff länger ausgesetzt. Schwerer Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wird mit dem fötalen Alkoholsyndrom (FAS) in Verbindung gebracht, das diagnostiziert wird, wenn drei Symptomgruppen gleichzeitig auftreten:

- a) Gesichtsanomalien (Mikrozephalie, schmale Lidspalten, schmale Oberlippe, Abflachung des Mittelgesichts),
- b) prä- und postnatale Wachstumsretardierung unter der 10. Perzentile und
- c) Dysfunktionen des Zentralnervensystems (Sokol & Clarren, 1989).

Wenn die für das FAS charakteristischen Gesichtsanomalien fehlen, jedoch Dysfunktionen des Zentralnervensystems in Form von psychischen Problemen, Auffälligkeiten im Sozialverhalten und/oder kognitive Entwicklungsbehinderung auftreten, wird von „Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder“ (ARND) gesprochen. Nach Schätzungen tritt das FAS bei ungefähr 0.1% der Geburten auf (Abel, 1995), während ARND als deutlich häufiger gilt (Sampson et al., 1997). Die Inzidenzrate des FAS kann mit jener des Downsyndroms verglichen werden, die mit 0.15% als die häufigste genetische Ursache für geistige Entwicklungsverzögerung gilt (Löser et al., 1999).

Moderater Alkoholkonsum konnte nicht mit morphologischen Veränderungen wie Gesichtsanomalien in Verbindung gebracht werden (Polygenis, et al. 1998). Es gibt jedoch Hinweise, dass bereits mässiger Konsum von Alkohol die psychische und geistige Entwicklung beeinträchtigen kann (Testa et al., 2003; Streissguth et al., 1990). Beispielsweise zeigen alkoholexponierte Kinder im Alter von vier Jahren häufiger hyperaktives Verhalten (Sayal et al., 2007) und aggressive Verhaltensprobleme in der späteren Kindheit und Jugend (Sood et al., 2001). Im

¹ pro Memoriam: „Firsthand smoke“ ist Hauptrauch, „secondhand smoke“ ist Nebenrauch, „thirdhand smoke“ ist übrigbleibender Tabakrauchgiftstoff nach Erlöschen der Zigarette

Alter von 10-14 Jahren konnten kognitive Defizite beim Lösen von Lern- und Gedächtnisaufgaben nachgewiesen werden (Richardson et al., 2002, Willford et al., 2004), wenn Kinder im ersten Trimester der Schwangerschaft moderaten Mengen Alkohol ausgesetzt waren. Es ist schwierig nachzuweisen, ab welcher Menge Alkohol schädigend wirkt, da die Auswirkungen immer auch von verschiedenen anderen Faktoren abhängen, wie z.B. Alter der Mutter oder gleichzeitigem Konsum anderer Substanzen (Hankin & Sokol, 1995). Eine ausführliche Übersicht zu kognitiven Defiziten und Verhaltensproblemen bei intrauterin nikotin- und alkoholexponierten Kindern ist bei Huizink und Mulder (2006) zu finden, eine kritische Übersicht zum Einfluss von moderatem Alkoholkonsum bei Gray und Henderson (2006).

Eine Literaturreviewstudie von Henderson, Gray und Brocklehurst (2007a) zum moderaten Alkoholkonsum in der Schwangerschaft kommt zum Schluss, dass kein Zusammenhang mit Geburtsvariablen (Geburtsgewicht, intrauterines Wachstum, Totgeburt, Frühgeburt) des Neugeborenen besteht. Die AutorInnen betonen jedoch, dass aufgrund von methodischen Schwächen der Studien nicht der Schluss gezogen werden kann, dass moderater Alkoholkonsum in der Schwangerschaft keine Gefahren für das Kind darstellt. In einem zweiten Review zu Auswirkungen von einmaligen Episoden von Rauschtrinken auf den Fötus finden Henderson, Kesmodel und Gray (2007b) ebenfalls keinen klaren Zusammenhang mit Geburtsvariablen (Geburtsgewicht, intrauterines Wachstum, Totgeburt, Frühgeburt), jedoch einen Hinweis auf mögliche Auswirkungen im Bereich von Verhaltensauffälligkeiten, Lern- und Leistungsschwächen. Eine neue britische Studie konnte jedoch keinen Einfluss von leichtem Alkoholkonsum (1-2 Gläser pro Woche) nachweisen für den Bereich der sozio-emotionalen und kognitiven Entwicklung im Alter von drei und fünf Jahren (Kelly et al., 2010).

Bezüglich Empfehlungen zu moderatem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft besteht kein internationaler Konsens. Ganz auf Alkohol in der Schwangerschaft zu verzichten wird von Experten-Gruppen in Deutschland, Frankreich, Irland, Kanada, Österreich und Schweden empfohlen (Doumont & Libion, 2005). Starke Zurückhaltung beim Konsum von Alkohol wird von Experten in Dänemark und Grossbritannien empfohlen, wobei die empfohlene Höchstgrenze zwischen 2 Gläsern zweimal wöchentlich und einem Glas pro Tag variiert (Doumont & Libion, 2005). Gemäss Empfehlungen des European Nutrition Networks (EUNUTNET, 2006) an Gesundheitsfachpersonen ist schwangeren und stillenden Frauen zu empfehlen, ganz auf Alkohol zu verzichten oder zumindest den Konsum auf ein Minimum zu reduzieren.

2.6 Alkoholkonsum und Stillen

Gemäss historischer Überlieferung wurden Frauen in früheren Zeiten zum Alkoholkonsum ermutigt mit der Begründung, dass Alkohol die Muttermilchbildung fördert und somit das Kind stärkt. Im Kanton Wallis beispielsweise wurde bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts Kindbettwein verwendet, um Mütter nach der Geburt schnell wieder ‚munter‘ zu machen. Die Kur, bei welcher ein bis zwei Liter täglich zu konsumieren waren, dauerte ungefähr zehn Tage (Musée valaisan de la Vigne et du Vin, 2005).

Im Volksmund ist ausserdem der Glaube verankert, dass der Konsum von Bier in der Stillzeit empfohlen werden kann. Eine US-Amerikanische Studie zeigt, dass eine beträchtliche Anzahl an Gesundheitsfachpersonen mässigen Bierkonsum während der Stillzeit mit dem Argument empfiehlt, dass Bierkonsum die Muttermilchbildung begünstigt (Mennella, 2002). Es gibt Resultate, die zeigen, dass Gerste im Bier die Prolactinproduktion anregt. Da der Effekt nicht auf den Alkoholgehalt des Biers zurückgeht, kann auch alkoholfreies Bier zu diesem Zweck verwendet werden.

Neue Studien zeigen, dass mütterlicher Alkoholkonsum die Muttermilchbildung eher reduziert (Koletzko & Lehner 2000; Mennella, 2001). Also ist es ratsam, im ersten Monat nach der Geburt keinen Alkohol zu trinken, bis das Stillen gut etabliert ist. Ausserdem stört die Alkoholbelastung in der Muttermilch den Schlaf-Wach-Rhythmus und die motorische Entwicklung der Kinder (Mennella, 2001; Little, 1989). Der Konsum von alkoholhaltigem Bier oder Wein vor dem Stillen kann somit nicht empfohlen werden. Eine stillende Mutter, die gelegentlich Alkohol trinkt, kann das Stillen auf mehrere Stunden nach dem Konsum verschieben. Oder falls nötig, wird vor dem nächsten Alkoholkonsum die Muttermilch vorgängig ausgestrichen oder abgepumpt. Der Alkoholgehalt in der Muttermilch entspricht demjenigen des mütterlichen Blutes (Mennella, 2001). Solange die Mutter erhebliche Blutalkoholkonzentration aufweist, wird auch die Muttermilch entsprechend viel Alkohol enthalten.

Das Abpumpen und Verwerfen der Muttermilch wird den Alkoholgehalt in der Milch nicht mindern, da auch die neu gebildete Milch wieder Alkohol enthalten wird entsprechend dem Blutalkoholgehalt der Mutter. Der höchste Alkoholspiegel im Blut und in der Milch tritt ungefähr eine halbe bis eine Stunde nach dem Trinken auf und sinkt danach wieder ab, wobei das Timing grossen individuellen Unterschieden unterliegt (Mennella, 2001).

Abschliessend wird der zeitliche Abbau von Alkohol in der Muttermilch dargestellt:

Dauer des Abbaus (Stunden und Minuten) von Alkohol in Abhängigkeit von mütterlichem Gewicht und Menge des Alkoholkonsums (in Standardgläsern)

Mütterliches Gewicht	Anzahl Standardgläser						
	1	2	3	4	5	6	7
50kg	1:51	3:43	5:35	7:27	9:18	11:11	13:03
59kg	1:42	3:26	5:09	6:52	8:36	10:19	12:02
66kg	1:37	3:15	4:53	6:31	8:10	9:48	11:26
70kg	1:33	3:07	4:41	6:15	7:50	9:24	10:57

(Australian Alcoholguidelines, 2009: Anpassung von Giglia & Binns, 2006, übersetzt von Y. Meyer)

2.7 Rauchen und Alkohol als Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod

Die genauen Ursachen für den plötzlichen Kindstod sind bis heute nicht bekannt, wobei Rauchen und Passivrauchen während der Schwangerschaft und nach der Geburt als wichtige Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod zu betrachten sind (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS, 2009.; Carpenter, et al., 2004). Der Konsum von 1 bis 9 Zigaretten pro Tag erhöht das Risiko um das Dreifache, ein Konsum von 10 oder mehr Zigaretten um das Sechsfache.

Vor allem Rauchen in Kombination mit Bedsharing (das Kind schläft nachts im Elternbett) erhöht das Risiko massiv. Laut Carpenter et al. (2004) erhöht die Kombination der Faktoren Rauchen und Bedsharing das Risiko eines plötzlichen Kindstodes um mehr als das Zehnfache. Nach Demott et al. (2006) ist es zentral, dass der Schlafraum rauchfrei ist.

Wenn Eltern Alkohol getrunken haben (3 Gläser oder mehr in den letzten 24 Stunden) und somit ihre Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt ist, besteht bei Bedsharing ein erhöhtes Risiko für den plötzlichen Kindstod, weshalb das Kind auch nicht mit ins Elternbett genommen werden sollte (Demott et al., 2006. Carpenter et al., 2004).

3. Interventionsansätze für die Beratung und Begleitung

Für eine Beratung und Begleitung von Frauen und deren Familien vor, während und nach der Schwangerschaft sind ein professioneller Beziehungsaufbau und eine professionelle Gestaltung unabdingbar. Hierfür werden geeignete Kommunikationstechniken herangezogen, damit Gespräche motivierend gestaltet und Verhaltensänderungsprozesse ressourcenorientiert begleitet werden können.

3.1. Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum

Studien zu Kurzinterventionen bei schwangeren Frauen zeigen, dass mit verhältnismässig geringem Aufwand grosse Effekte zur Prävention von fötaler Substanzbelastung erzielt werden können. So können Alkoholkonsum (Hankin, 2002; Handmaker & Wilbourne, 2001, O'Connor et al., 2007) und Zigarettenkonsum (Lumley et al., 2009, Cochrane Review; Melvin & Gaffney, 2004) deutlich reduziert werden. Mit Interventionen bei leichten Raucherinnen beispielsweise gilt die Methode der 5 A's (Anhang 2) als eine effektive Strategie (Melvin & Gaffney, 2004). Bereits die Abgabe und Besprechung von Informationsmaterial zu den Risiken für das ungeborene Kind während der Beratung kann zum Rauchstopp oder zur Reduktion des Rauchens führen (Fiore, 2000).

3.2 Beschreibungen der Kurzinterventionsansätze für die Beratung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen die rauchen und/oder Alkohol konsumieren

Die Beratung und Begleitung von Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft, die mit dem Konsum von Alkohol und/oder Tabak aufhören wollen, verlangt ein entsprechendes Fachwissen, Beratungskompetenz und die Möglichkeit einer kontinuierlichen Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen über einen längeren Zeitraum.

Für Screening, Beratung und Intervention bei Schwangeren und Wöchnerinnen, die legale Substanzen (Genussstoffe) wie Tabak und alkoholische Getränke konsumieren, können verschiedene theoretische Modelle herangezogen werden. Im Folgenden werden das Stadienmodell zur Verhaltensänderung (Prochaska & Di-Clemente, 1983; Velicier et al 1998) die Methode der 5 A (Glynn & Manley, 1990; Fiore, 2000) und die motivierende Gesprächsführung nach fünf Prinzipien von Miller und Rollnick (2002) vorgestellt. Für die Beratung und Begleitung können die einzelnen Modelle miteinander verknüpft werden. Für die Gesprächsführung bzw. Beratung steht die motivierende Gesprächsführung im Zentrum.

3.2.1 Das Stadienmodell der Verhaltensänderung

Das Stadienmodell der Verhaltensänderung (siehe Anhang 1) basiert auf einem Kontinuum, welches in sechs Stadien beschrieben wird. Die sechs Stadien stellen unterschiedliche Grade der Verhaltensänderungsabsicht dar, von der Veränderungsabsichtslosigkeit hin zur Bereitschaft, ein problematisches Verhalten

verändern zu wollen, vom Rückfall, bis hin zum dauerhaften Ausstieg. Es ist sinnvoll, das aktuelle Veränderungsstadium mit der Frau und dem Partner zu eruieren, damit die Beratung und Begleitung entsprechend aufgebaut und individuell angepasst werden können.

3.2.2 Die Methode der 5 A

Die Methode der 5 A umfasst fünf Schritte und ist als Anleitung zur Beratung und Begleitung exemplarisch für Raucherinnen (siehe Anhang 2) konzipiert worden. Die Methode der 5 A beinhaltet fünf praktisch-verhaltensbezogene Schritte, die sich direkt mit der Erkennung von Konsumverhalten, sowie dem Anstossen, Unterstützen und Aufrechterhalten einer Verhaltensänderung befassen.

Die Methode der 5 A lässt sich einfach in den Ablauf einer normalen Schwangerschaftskontrolle integrieren und kann auf die Beratung bei moderatem Alkoholkonsum übertragen werden.

Mögliche Instrumente zur Erfassung der Nikotin- und Alkoholabhängigkeit sind den Anhängen 3.1, 3.2 und 3.3 zu entnehmen.

3.2.3 Die motivierende Gesprächsführung nach fünf Prinzipien

Die motivierende Gesprächsführung wurde von den Psychologen Miller und Rollnick (2002) entwickelt. Das motivierende Gespräch wird als klientenzentrierte Methode beschrieben, die die Motivation zur Verhaltensänderung fördert, indem innere Widersprüche und Zwiespältigkeiten betrachtet werden, damit Veränderungen des Verhaltens schrittweise in der Beratung und Begleitung geplant und evaluiert werden können. Die fünf Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung sind im Anhang 4 beschrieben.

3.3 Nikotinersatztherapie bei Schwangeren

Bei schweren Raucherinnen wird zusätzlich zur Methode der 5 A's eine pharmakologische Behandlung empfohlen (Melvin & Gaffney, 2004). Die Vorteile des Rauchstopps überwiegen gegenüber den Risiken des Nikotinersatzes bei schwangeren Frauen (Benowitz & Dempsey 2004). In manchen Fällen, insbesondere bei starker Nikotinabhängigkeit (siehe Anhang 3.3: Fagerströmtest) oder bei Abhängigkeit von Alkohol, ist das Hinzuziehen eines Spezialisten oder einer Spezialistin angezeigt.

3.4 Angaben zum zeitlichen Aufwand von Screening und Beratung im Tätigkeitsfeld der Hebamme

Das Deutsche Krebsforschungszentrum (dkfz. 2004) hat den zeitlichen Aufwand für eine Rauchstoppintervention (für die allgemeinmedizinische Praxis) wie folgt identifiziert:

- | | |
|---|------------|
| - Anamnese | ca. 5 Min. |
| - Identifikation von individuellen Risikoprofilen | ca. 5 Min. |
| - Stadien spezifische Interventionen | ca.10 Min. |
| - Aufbau förderlicher Einstellungen zum Ausstieg | ca. 3 Min. |
| - Praktisch-verhaltensbezogene und mentale Massnahmen für Rückfälle | ca. 1 Min. |
| - Erstellen eines Nachsorgefahrplans | ca. 3 Min. |

Nachfolgende Aufwandsschätzungen beruhen auf den Prävalenzraten von Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz (vgl. Seite 3).

Für eine Mehrheit der Frauen (etwa 75%) umfasst der zusätzliche Aufwand die Anamnese (z.B. Ausfüllen aus Auswerten des Kurzscreenings) und die generellen Information über die Risiken von Zigaretten- und Alkoholkonsum. Der Zeitaufwand insgesamt, der bei der Erstkonsultation anfällt, lässt sich hier auf ungefähr 7 Minuten schätzen.

Bei zusätzlichen 10% der Frauen, die bei Kenntnis der Schwangerschaft den Zigarettenkonsum eingestellt haben (Ex-Raucherinnen), ist eine Bekräftigung angezeigt (d.h. die unterstützende Aussage der Hebamme, dass der Rauchstopp eine sehr gute und wichtige Entscheidung ist). Zudem ist bei **allen** folgenden Treffen nachzufragen, ob ein Rückfall stattgefunden hat; bei fortwährender Rauch-Abstinenz ist die Frau jeweils in ihrem Verhalten positiv zu bekräftigen. Wenn kein Rückfall stattgefunden hat, kommen dadurch bei jedem folgenden Treffen 2 Minuten Aufwand zusätzlich hinzu.

15% der Frauen stellen die Risikogruppe dar. Unter ihnen sind 10% Raucherinnen und 5% Frauen, die entweder im Durchschnitt drei oder mehr Gläser Alkohol in der Woche trinken, oder auch Rauschtrinkerinnen, die bei einer Gelegenheit drei oder mehr Gläser trinken (jedoch möglicherweise seltener als einmal pro Woche). Bei dieser Gruppe leiten sich aus der Anamneseerhebung weitere Massnahmen ab, wobei eine individuelle Vorgehensweise angezeigt ist (siehe Anhang 5). Der zeitliche Aufwand bei der Erstkonsultation entspricht in dieser Gruppe gemäss der oben angegebenen Schätzung 27 Minuten.

Weiterführende Informationen zu ökonomischen Abwägungen bezüglich Interventionen zur Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft sind einschlägigen ökonomischen Analysen zu entnehmen (z.B. NICE costing template, 2009).

4. Zusammenfassende Empfehlungen

- Der Hebamme ist bewusst, dass ihr eine wichtige Aufgabe zukommt, alle Frauen und deren Partner umfassend über die Risiken für das Kind bei Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum zu informieren.
- Eine systematische Erhebung des möglichen Zigaretten- und/oder Alkoholkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Geburts- und- Wochenbettbetreuung ist bei jeder Frau angezeigt. Die Verwendung von validierten Screeninginstrumenten (siehe Anhang 3.1 und 3.3.) ist im Beratungs- und Begleitungsalltag zu empfehlen. Die Fragebogen können von der Frau selber (z.B. im Rahmen einer Schwangerenvorsorge) ausgefüllt werden. Anschliessend werden die Ergebnisse im Gespräch diskutiert und ggf. weitere Massnahmen definiert.
- Bei festgestelltem Alkohol- und/oder Tabakkonsum sind bewährte Modelle für die Beratung und Begleitung zu nutzen (siehe Punkt 3 und Anhänge 1-4).
- Gefährdet der Alkoholkonsum (und das Rauchen) u.a. im Zusammenhang mit anderem Suchtmittelkonsum (z.B. Medikamente, Drogen) der Frau und ev. des Partners die Sicherheit des Kindes und/oder der Frau, sind weitere Massnahmen zum Schutz des Kindes und/oder der Frau zu veranlassen (z.B. Sozialdienst, Fachstellen für häusliche Gewalt).
- Zur Vorbeugung eines Rückfalls wird bei jeder Begegnung mit der Frau/dem Partner die Abstinenz vom Zigaretten und/oder Alkoholkonsum mit Lob positiv unterstützt. Im Gespräch werden die Vorteile eines dauerhaften Ausstiegs betont und die Frau/der Partner werden auf den Umgang in kritischen Situationen (Rückfallneigung) vorbereitet. Dabei sind die Faktoren der sozialen Situation und Unterstützung zu berücksichtigen und das Selbstwertgefühl zu stärken/unterstützen.

Inhaltliche Aspekte, die in eine Beratung einfließen:

Allgemeine inhaltliche Aspekte

1. Es gibt kein „sicheres“ Mass an Alkohol- und/oder Nikotinkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit. Deshalb ist Frauen mit Kinderwunsch, Schwangeren und Wöchnerinnen generell zu empfehlen, ganz auf Alkohol und/oder Rauchen zu verzichten.
2. Stellt eine Hebamme fest, dass eine Frau in unangemessener Sorge ist, ihr Kind geschädigt zu haben (z.B. weil sie Alkohol und/oder Zigaretten konsumiert hat bevor sie von der Schwangerschaft wusste), liegt es im Ermessen der Hebamme, die Frau zu beruhigen. Hierzu sei beispielsweise auf Holzgreve et al. (2007; S. 447) verwiesen: „Teratogene Einflüsse führen in den ersten beiden Entwicklungswochen oder in den ersten 4 Wochen nach der letzten Regel entweder zum Frühabort oder bleiben ohne Konsequenzen. Auch wenn die Gültigkeit dieser „Alles-oder-Nichts-Regel“ und ihr zeitlicher Rahmen nicht unumstritten sind, ist ihre Anwendung in der klinischen Praxis vertretbar und hilfreich.“

Inhaltliche Aspekte, die speziell das Rauchen betreffen

3. Generell ist auf einen vollen Verzicht auf Zigaretten hinzuwirken.
4. Ist ein voller Verzicht auf Zigaretten nicht möglich, wird mit der Frau/dem Partner darauf hingearbeitet, dass die Frau/der Partner den Konsum während der Schwangerschaft und dem Wochenbett reduzieren.
5. Kann eine Frau während der Stillzeit nicht auf den Nikotinkonsum verzichten, ist ihr das Stillen ihres Kindes aufgrund der Gesundheitsvorteile der Muttermilch dennoch zu empfehlen. Das Rauchen wird nach der Stillmahlzeit geplant.
6. Eltern, die nach der Geburt des Kindes das Rauchen wieder aufnehmen oder weiter rauchen, werden darüber aufgeklärt, dass es für die Gesundheit und die Entwicklung des Kindes wesentlich ist, in einer rauchfreien Umgebung aufwachsen zu können.
7. Bei starker Nikotinabhängigkeit ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachpersonen unabdingbar, auch kann bei Nikotinabusus eine begleitete Nikotinersatztherapie sinnvoll sein.

Inhaltliche Aspekte, die speziell den Alkoholkonsum betreffen

8. Bei leichtem Alkoholkonsum (d.h. Alkoholkonsum im Bereich von 1-2 Standardgläsern in der Woche) ist die Frau nur darauf hinzuweisen, dass es nach wie vor keinen wissenschaftlichen Beleg gibt, dass dies dem Kind keinen Schaden zufügt. Dabei ist die Empfehlung zu geben, ganz auf den Alkoholkonsum zu verzichten.
9. Bei moderatem Alkoholkonsum (d.h. Alkoholkonsum von 3 oder mehr Standardgläsern in der Woche) oder Rauschtrinken (Konsum von 3 oder mehr Standardgläsern bei einer Gelegenheit, was auch seltener als einmal pro Woche vorkommen kann) ist eine individualisierte Beratung und Begleitung einzuleiten (gemäß Anhängen 1-4).
10. Bei schwerem Alkoholkonsum (Abusus) oder Alkoholabhängigkeit sind in Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachpersonen Massnahmen einzuleiten, die dazu beitragen, dass die Gesundheit von Frau und Kind gefördert werden. Bei schwerem Alkoholkonsum im Wochenbett ist zudem das Abstillen zu diskutieren.

5. Gültigkeitsdauer

Diese Guideline wird spätestens nach fünf Jahren oder bei Vorliegen von entsprechend relevanten neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen überarbeitet.

6. Autoren, Konsensusverfahren, Sponsoren

Die Guideline wurde in einem Korrespondenzverfahren von drei AutorInnen verfasst:
Yvonne Meyer-Leu, HES-SO / HECVSanté, Filière sage-femme, Lausanne, Verantwortliche
Katharina Tritten Schwarz, Dozentin Studiengang Hebamme, Berner Fachhochschule
Sakari Lemola, Dr. phil., Institut für Psychologie, Universität Basel

Die Literaturrecherche wurde von vorangegangenen thematischen Arbeiten für die vorliegende Guideline übernommen (vgl. Anhang 7).

Die Guideline wurde von der „Guidelinekonferenz“ des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) geprüft.

Diese Guideline wurde im Auftrag des SHV erstellt und wurde nicht von Sponsoren unterstützt.

Lausanne, 22.12.2010

Yvonne Meyer-Leu
Katharina Tritten Schwarz
Sakari Lemola

7. Literatur

7.1 Schlüssel zu den Referenzen

Die in dieser Guideline vorgestellten quantitativen Studien werden nach Evidenz gewichtet, die Evidenzlevels werden folgendermassen gewertet:

Grad I

Die Evidenz ist aufgrund randomisierter, kontrollierter Studien (oder Metaanalysen) von genügendem Umfang derart, dass die Gefahr gering ist, dass sie falsch positive oder falsch negative Resultate beinhalten.

Grad II

Die Evidenz basiert auf randomisierten, kontrollierten Studien, welche jedoch zu klein sind, um ihnen Grad I zuzusprechen; sie können positive Trends, welche jedoch statistisch nicht signifikant sind, oder gar keine Trends zeigen. Sie sind mit einem Risiko falsch negativer Resultate verbunden.

Grad III

Die Evidenz basiert auf nicht randomisierten Kontroll- oder Kohortenstudien, Fallserien, Fallkontrollstudien oder Querschnittstudien.

Grad IV

Die Evidenz basiert auf der Meinung angesehener Experten oder Expertengremien, wie sie in publizierten Konsenskonferenzen oder in Guidelines angegeben werden.

Grad V

Die Evidenz basiert auf der Meinung derjenigen Personen, welche diese Guideline geschrieben oder aktualisiert haben, beruhend auf ihrer Erfahrung, ihrer Kenntnis der einschlägigen Literatur und der Diskussion mit ihren FachkollegInnen.

7.2 Referenzen

Abel, E. L. (1995). 'An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect', <i>Neurotoxicol Teratol</i> , 17(4), 437-443.	Grad III
Abreu-Villaca, Y., Seidler, F. J., Tate, C. A., Cousins, M. M., & Slotkin, T. A. (2004). 'Prenatal nicotine exposure alters the response to nicotine administration in adolescence: effects on cholinergic systems during exposure and withdrawal', <i>Neuropsychopharmacology</i> , 29(5), 879-890.	Grad III
Al Mamun, A., O'Callaghan, F. V., Alati, R., O'Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., et al. (2006). 'Does maternal smoking during pregnancy predict the smoking patterns of young adult offspring? A birth cohort study', <i>Tob Control</i> , 15(6), 452-457.	Grad III
Amir, L. H. (2001). 'Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms', <i>Early Hum Dev</i> , 64(1), 45-67.	Grad III

Australian Alcohol Guidelines (2009), '§4: Pregnancy and breastfeeding', <i>National Health and Medical Research Council</i> , 67-81.	Grad IV
Batstra, L., Hadders-Algra, M. & Neeleman, J. (2003). 'Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood; prospective evidence from a Dutch birth cohort', <i>Early Human Development</i> 75, 21-33.	Grad III
Benowitz, N. & Dempsey, D. (2004). 'Pharmacotherapy for smoking cessation during pregnancy', <i>Nicotine Tob Res</i> , 6 Suppl 2, 189-202.	Grad II
Bush, K. R., Kivlahan, D. R., Davis, T. M., Dobie, D. J., Sporleder, J. L., Epler, A. J. et al. (2003). 'The TWEAK is weak for alcohol screening among female Veterans Affairs outpatients', <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 27(12), 1971-1978.	Grad III
Carpenter, R. G., Irgens, L. M., Blair, P. S., England, P. D., Fleming, P., Huber, J. et al. (2004). 'Sudden unexplained infant death in 20 regions in Europe: case control study', <i>Lancet</i> , 363(9404), 185-191.	Grad I
Cook, D. G., Whincup, P. H., Jarvis, M. J., Strachan, D. P., Papacosta, O. & Bryant, A. (1994). 'Passive exposure to tobacco smoke in children aged 5-7 years: individual, family, and community factors', <i>BMJ</i> , 308(6925), 384-389.	Grad III
Colvin, L., Payne, J., Parsons, D., Kurinczuk, J. J. & Bower, C. (2007). 'Alcohol consumption during pregnancy in nonindigenous west Australian women', <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 31(2), 276-284.	Grad III
Demott, K., Bick, D., Norman, R., Ritchie, G., Turnbull, N., Adams, C., Barry, C., Byrom, S., Elliman, D., Marchant, S., Mccandlish, R., Mellows, H., Neale, C., Parkar, M., Tait, P. & Taylor, C. (2006). 'Clinical Guidelines And Evidence, Review For Post Natal Care: Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies', London: National Collaborating Centre For Primary Care And Royal College Of General Practitioners.	Grad IV
Deutsches Krebsforschungszentrum, Lindinger, P. (2004). 'Die Rauchersprechstunde - Beratungskonzept für Gesundheitsberufe', Heidelberg, 1-24.	Grad IV
Diekman, S. T., Floyd, R. L., Découflé, P., Schulkin, J., Ebrahim, S. H. & Sokol, R.J. (2000). 'A survey of obstetrician-gynecologists on their patients alcohol use during pregnancy', <i>Obstet Gynecol.</i> , 95(5), 756-763.	Grad III

Dorea, J. G. (2007). 'Maternal smoking and infant feeding: breastfeeding is better and safer', <i>Matern Child Health J</i> , 11(3), 287-291.	Grad IV
Doumont, D. & Libion F. (2005). 'Grossesse et boissons alcoolisées : quels messages et recommandations proposer?', Université Catholique de Louvain.	Grad IV
EUNUTNET, European Network for Public Health Nutrition (2006). 'Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union' (http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo%20English%20version/Activities/EUpolicy06.pdf , Zugang 06.12.2010)	Grad IV
Fang, W.L., Gldstein, A.O., Butzen, A.Y., Hartsock, S.A., Hartmann, K.E., Helton, M. & Lohr, J.A. (2004). 'Smoking cessation in pregnancy: a review of postpartum relapse prevention strategies', <i>J Am Board Fam Pract</i> 17(4), 264-75.	Grad II
Fagerstrom, K. O. & Schneider, N. G. (1989). 'Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire', <i>J Behav Med</i> , 12(2), 159-182.	Grad II
Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (1998). 'Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence', <i>Arch Gen Psychiatry</i> , 55(8), 721-727.	Grad III
Fiore, M. C. (2000). 'Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline', <i>Respir Care</i> , 45(10), 1196-1199.	Grad I
Fleming, M. F. (1997). 'Strategies to increase alcohol screening in health care settings', <i>Alcohol Health Res World</i> , 21(4), 340-347.	Grad IV
Frezza, M., DiPadova, C., Pozzato, G., Terpin, M., Baraona, E. & Lieber, C. S. (1990) 'High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism', <i>N Engl J Med</i> , 322, 95-99.	Grad III
Fulton, B. (1990). 'The galactopharmacopedia. Recreational drug use in the breastfeeding mother. Part 2: Licit drugs', <i>J Hum Lact</i> , 6(1), 15-16.	
Giglia, R. & Binns, C. (2006) 'Alcohol and lactation: A systematic review', <i>Nutrition & Dietetics</i> 63, 103-116.	Grad II
Glynn, T.J., Manley, M.W. & Pechacek, T.F. (1990). 'Physician initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials', <i>Prog Clin Biol Res</i> , 339, 11-25.	Grad IV

Göransson, M., Magnusson, A. & Heilig, M. (2006). Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life'. <i>Acta Obstet Gynecol Scand</i> , 85, 657-662.	Grad III
Gray, R. & Henderson, J. (2006). Review of the fetal effects of prenatal alcohol exposure. Report to the Department of Health, National Perinatal Epidemiology Unit: University of Oxford.	Grad II
Grob, A. & Lemola, S. (2005). 'Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz', <i>Schlussbericht einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit</i> (Verfügung 03.001623).	Grad III
Grob, A. & Lemola, S. (2008). 'Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaftsvorsorge', <i>Schlussbericht einer Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit</i> (Vertrag 07.003009/204.0001-361).	Grad III
Grodstein, F., Goldman, M. & Cramer, D. W (1994). 'Infertility in women and moderate alcohol use', <i>Am J Publ Health</i> , 84(9), 1429-1432.	Grad III
Handmaker, N. S. & Wilbourne, P. (2001). 'Motivational interventions in prenatal clinics', <i>Alcohol Res Health</i> , 25(3), 219-221-219.	Grad II
Hankin, J. R. & Sokol, R. J. (1995). 'Identification and care of problems associated with alcohol ingestion in pregnancy', <i>Semin Perinatol</i> , 19(4), 286-292.	Grad IV
Hankin, J. R. (2002). 'Fetal alcohol syndrome prevention research', <i>Alcohol Res Health</i> , 26(1), 58-65.	Grad II
Hassan, M. A. & Killick, S. R. (2004). 'Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity', <i>Fertil Steril</i> , 81 (2), 384-392.	Grad IV
Henderson, J., Gray, R. & Brocklehurst, P. (2007). 'Systematic review of effects of low-moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome', <i>BJOG</i> , 114(3), 243-252.	Grad II
Henderson, J., Kesmodel, U. & Gray, R. (2007). 'Systematic review of the fetal effects of prenatal binge-drinking', <i>J Epidemiol Community Health</i> , 61(12), 1069-1073.	Grad II
Hofhuis, W., de Jongste, J. C. & Merkus, P. J. (2003). 'Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children', <i>Arch Dis Child</i> , 88(12), 1086-1090.	Grad IV

Holzgreve, W., Tercanli, S. & Miny, P. (2007). Pränatale Diagnostik und genetische Beratung. In: K. Diederich, W. Holzgreve, W. Jonat, A. Schultze-Mosgau, K-T. M. Schneider, J. M. Weiss. Gynäkologie & Geburtshilfe. S. 439-475. Heidelberg: Springer.	Grad IV
Huizink, A. C. & Mulder, E. J. (2006). 'Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring', <i>Neurosci Biobehav Rev</i> , 30(1), 24-41.	Grad II
Julien, R.M.A. (1998). A Primer of Drug Action, A Concise, Non-technical Guide to the Actions, Uses and Side Effects of Psychoactive Drugs, eight ed. Freeman and Company, New York (pp. 64-78).	Grad IV
Kelly, Y., Sacker, A., Gray, R., Kelly, J., Wolke, D., Head, J. & Quigley, M.A. (2010). 'Light drinking during pregnancy: still no increased risk for socioemotional difficulties or cognitive deficits at 5 year of age?'. <i>J Epidemiol Community Health</i> , Oct 5. [Epub ahead of print]	Grad III
Koletzko, B. & Lehner, F. (2000). 'Beer and breastfeeding', <i>Adv Exp Med Biol</i> , 478, 23-28.	Grad II
Lemola, S. & Grob, A. (2004). 'Mutter und Kind nach der Geburt. Fragebogen zum Geburtserleben, zur sozialen Unterstützung und zum Genussmittelkonsum von Müttern kurz nach der Geburt'. Unveröffentlichter Fragebogen, Universität Bern.	
Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J. & Coleman, T. (2008). 'Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis', <i>Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed</i> , 93(5), F351-361.	Grad II
Lintsen, A. M., Pasker-de Jong, P. C., de Boer, E. J., Burger, C.W., Jansen, C.A., Braat, D. D. & van Leeuwen, F.E. (2005). 'Effects of subfertility cause, smoking and body weight on the success rate of IVF', <i>Hum Reprod</i> , 20(7), 1867-1875.	Grad III
Little, R. E., Anderson, K. W., Ervin, C. H., Worthington-Roberts, B. & Clarren, S. K. (1989). 'Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year', <i>N Engl J Med</i> , 321(7), 425-430.	Grad III
Löser, H., Bierstedt, T. & Blum, A. (1999). '[Fetal alcohol syndrome in adulthood. A long-term study]', <i>Dtsch Med Wochenschr</i> , 124(14), 412-418.	Grad III

Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. & Watson, L. (2009). 'Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy', <i>Cochrane Database Syst Rev</i> (3), CD001055.	Grad I
Magnusson, A., Goransson, M. & Heilig, M. (2005). 'Unexpectedly high prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care and simple tools that improve detection', <i>J Stud Alcohol</i> , 66(2), 157-164.	Grad III
Melvin, C. & Gaffney, C. (2004). 'Treating nicotine use and dependence of pregnant and parenting smokers: an update', <i>Nicotine Tob Res</i> , 6 Suppl 2, S107-124.	Grad II
Mennella, J.A. (2002). 'Alcohol and lactation: the folklore versus the science'. In: K.G. Auerbach, ed. <i>Current issues in clinical lactation</i> , (pp. 3-10). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.	Grad III
Mennella, J. A., Yourshaw, L. M. & Morgan, L. K. (2007). 'Breastfeeding and smoking: short-term effects on infant feeding and sleep', <i>Pediatrics</i> , 120(3), 497-502.	Grad III
Mennella, J. (2001). 'Alcohol's effect on lactation', <i>Alcohol Res Health</i> , 25(3), 230-234.	Grad II
Miller, W.R. & Rollnick, S., (2002). 'Motivational Interviewing. Preparing people for change'. 2 nd edition. New York: The Guilford Press.	
Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). 'Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen'. Freiburg: Lambertus.	
Musée valaisan de la Vigne et du Vin. (2005) 'La coupe et le vin de l'accouchée', Samuel Pont, In : Quand le bois sert à boire (Ouvrage collectif du Musée valaisan de la Vigne et du Vin publié sous la direction d'Anne-Dominique Zufferey-Périsset) Editions du Musée valaisan de la Vigne et du Vin, Sierre-Salquenen.	Grad V
NICE public health guidance 26. (2010). 'Quitting smoking in pregnancy and following childbirth', (http://guidance.nice.org.uk/PH26/Guidance/pdf/English , Zugang 06.12.2010)	Grad IV
NICE costing template (2009). 'Economic analysis of interventions for smoking cessation aimed at pregnant women' University of York, Taylor, M. Project Director (http://guidance.nice.org.uk/PH26 , Zugang 06.12.2010)	Grad IV

O'Connor, M. J. & Whaley, S. E. (2007). 'Brief intervention for alcohol use by pregnant women', <i>Am J Public Health</i> , 97(2), 252-258.	Grad II
Orleans, C. T., Johnson, R. W., Barker, D. C., Kaufman, N. J. & Marx, J. F. (2001). 'Helping pregnant smokers quit: meeting the challenge in the next decade', <i>West J Med</i> , 174(4), 276-281.	Grad IV
Parrott, A. C. (1999). 'Does cigarette smoking cause stress?', <i>Am Psychol</i> , 54(10), 817-820.	Grad IV
Pajarinen, J. T. & Karhunen, P. J. (1994). 'Spermatogenic arrest and Sertoli cell-only syndrome: common alcohol-induced disorders of the human testis', <i>Int J Androl</i> , 17(6), 292-299.	Grad IV
Polygenis, D., Wharton, S., Malmberg, C., Sherman, N., Kennedy, D., Koren, G. et al. (1998). 'Moderate alcohol consumption during pregnancy and the incidence of fetal malformations: a meta-analysis', <i>Neurotoxicol Teratol</i> , 20(1), 61-67.	Grad I
Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1983). 'Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change', <i>J Consult Clin Psychol</i> , 51(3), 390-395.	Grad III
Richardson, G. A., Ryan, C., Willford, J., Day, N. L. & Goldschmidt, L. (2002). 'Prenatal alcohol and marijuana exposure: effects on neuropsychological outcomes at 10 years', <i>Neurotoxicol Teratol</i> , 24(3), 309-320.	Grad III
Röske, K., Hannöver, W., Grempler, J., Thyrian, J.R., Rumpf, H.J., John, U. & Hapke, U. (2006). 'Post-partum intention to resume smoking', <i>Health Education Research</i> 21(3), 386-392.	Grad III
Rougemont, M., Do, K.Q. & Catagne, V. (2002). New model of glutathione deficit during development: effect on lipid peroxidation in the rat brain. <i>J Neurosci Res</i> , 70, 774-783.	Grad III
Salihi, H. M. & Wilson, R. E. (2007). 'Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes', <i>Early Hum Dev</i> , 83(11), 713-720.	Grad II
Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). 'Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II', <i>Addiction</i> , 88(6), 791-804.	Grad III

Sampson, P. D., Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Little, R. E., Clarren, S. K., Dehaene, P. et al. (1997). 'Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder', <i>Teratology</i> , 56(5), 317-326.	Grad III
Sarnyai, Z., Shaham, Y. & Heinrichs, S. C. (2001). 'The role of corticotropin-releasing factor in drug addiction', <i>Pharmacol Rev</i> , 53(2), 209-243.	Grad II
Sayal, K., Heron, J., Golding, J. & Emond, A. (2007). 'Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study', <i>Pediatrics</i> , 119(2), e426-434.	Grad III
Sokol, R. J. & Clarren, S. K. (1989). 'Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring', <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 13(4), 597-598.	Grad IV
Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T. et al. (2001). 'Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. dose-response effect', <i>Pediatrics</i> , 108(2), E34.	Grad III
Statement of the European Alcohol and Health Forum (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/Alcohol_charter2007.pdf , Zugang 24.10.2009)	Grad IV
Statement of European Midwives Association on Alcohol, September 2008 (http://www.europeanmidwives.eu/ema/60Position_Papers/ALCOHOL/ , Zugang 24.10.2009)	Grad IV
Steckler, T. & Sahgal, A. (1995). 'The role of serotonergic-cholinergic interactions in the mediation of cognitive behaviour', <i>Behav Brain Res</i> , 67(2), 165-199.	Grad III
Streissguth, A. P., Barr, H. M. & Sampson, P. D. (1990). 'Moderate prenatal alcohol exposure: effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years', <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 14(5), 662-669.	Grad III
SIDS Schweiz 2009 SIDS-Prävention (http://www.sids.ch/kindstod/index.html , Zugang 18.03.2009)	Grad IV
Testa, M., Quigley, B. M., & Eiden, R. D. (2003). 'The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: a meta-analytical review', <i>Alcohol Alcohol</i> , 38(4), 295-304.	Grad II

Velicier, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J. & Redding, C. A., (1998). 'Transtheoretical model, summary overview of the transtheoretical model'. University of Road Island, US [http://uri.edu/research/cprc/transtheoretical.htm] Access 17.09.08	Grad III
Vine, M.F., Margolin, B. H., Morrison, H. I. & Hulka, B. S., (1994). 'Cigarette Smoking and sperm density: a meta-analysis', <i>Fertil Steril</i> , 61(1), 35-43.	Grad II
Voigt, M., Hermanussen, M., Wittwer-Backofen, U., Fusch, C. & Hesse, V. (2006). 'Sex-specific differences in birth weight due to maternal smoking during pregnancy', <i>Eur J Pediatr</i> , 165(11), 757-761.	Grad III
Walker, A., Rosenberg, M. & Balaban-Gil, K. (1999). 'Neurodevelopmental and neurobehavioral sequelae of selected substances of abuse and psychiatric medications in utero', <i>Child Adolesc Psychiatr Clin N Am</i> , 8(4), 845-867.	Grad II
Willford, J. A., Richardson, G. A., Leech, S. L. & Day, N. L. (2004). 'Verbal and visuospatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure', <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 28(3), 497-507.	Grad III
Windham, G. C., Swan, S. H. & Fenster, L. (1992). 'Parental cigarette smoking and the risk of spontaneous abortion', <i>Am J Epidemiol</i> , 135(12), 1394-1403.	Grad III
Windham, G. C., Von Behren, J., Fenster, L., Schaefer, C. & Swan, S. H. (1997). 'Moderate maternal alcohol consumption and risk of spontaneous abortion', <i>Epidemiology</i> , 8(5), 509-514.	Grad III
Winickoff, J. P., Friebely, J., Tanski, S. E., Sherrod, C., Matt, G. E., Hovell, M. F. & McMillen, R. C. (2009). 'Beliefs about the health effects of «thirdhand» smoke and home smoking bans', <i>Pediatrics</i> , 123, e74-e79.	Grad IV
Zenzen, M. T., Reed, T. & Casper, R. (1997). 'Effects of cigarette smoking and age on the maturation of human oocyte', <i>Hum Reprod</i> , 12, 1736-1741.	Grad III

8. Anhänge

Anhang 1: Das Stadienmodell der Verhaltensänderung

Das Stadienmodell der Verhaltensänderung in Anlehnung an Prochaska & Di-Clemente, 1983; Velicier et al 1998.

Die sechs Stadien der Veränderung kurz erläutert:

Sorglosigkeit (Precontemplation)

Kennzeichen: Die Person beabsichtigt nicht, in den folgenden 6 Monaten Massnahmen, die das Aufhören des Konsums unterstützen, zu ergreifen.

Vorgehensweise im Gespräch: Hören Sie den Argumenten zu, aber behalten Sie eine klare Position. Zum Beispiel: Auf „Ich rauche sehr wenig“ können Sie antworten: „Auch wer wenig raucht, nimmt Folgen für das Kind in Kauf.“ Informieren Sie über die Vorteile, die das Nichtrauchen mit sich bringt.

Bewusstwerdung (Contemplation)

Kennzeichen: Die Person beabsichtigt, ihr Verhalten in den folgenden 6 Monaten zu ändern. Ambivalente Gefühle können lange Zeit im Vordergrund sein.

Vorgehensweise im Gespräch: Bieten Sie Unterstützung und Begleitung im Prozess des Abwägens von Vor- und Nachteilen der Veränderungen an.

Vorbereitung (Preparation)

Kennzeichen: Die Person beabsichtigt, in naher Zukunft (< 6 Monaten) Massnahmen, die das Aufhören des Konsums unterstützen, zu ergreifen. Die Person hat konkrete Absichten und wird in den Absichten zur Verhaltensänderung unterstützt.

Vorgehensweise im Gespräch: Besprechen Sie Barrieren, die das Aufhören aktuell verunmöglichen und erarbeiten sie zusammen mit der Person/dem Paar mögliche Bewältigungsstrategien/Lösungsansätze.

Handlung (Action)

Kennzeichen: Die Person hat innerhalb der letzten 3 Monate konkrete Verhaltensveränderungen vorgenommen.

Vorgehensweise im Gespräch: Die Person wird in ihrem Verhalten gelobt. Mögliche Rückfallsituationen werden besprochen und Lösungsansätze definiert.

Aufrechterhaltung („Maintenance“)

Kennzeichen: Die Person hat bis anhin einen Rückfall verhindert und gerät seltener in Versuchung, das alte Verhalten wieder aufzunehmen, sie gewinnt Vertrauen in die neue Verhaltensweise.

Vorgehensweise im Gespräch: Besprechen Sie, ob und wenn ja wie häufig und wie stark die Frau in der letzten Zeit in Versuchung geraten ist, wieder mit dem Konsum von Alkohol und/oder dem Rauchen von Zigaretten zu beginnen. In dieser Phase gilt es, die Frau in ihrem Verhalten zu stärken und wo nötig zu unterstützen (z.B. Familienangehörige mit einbeziehen).

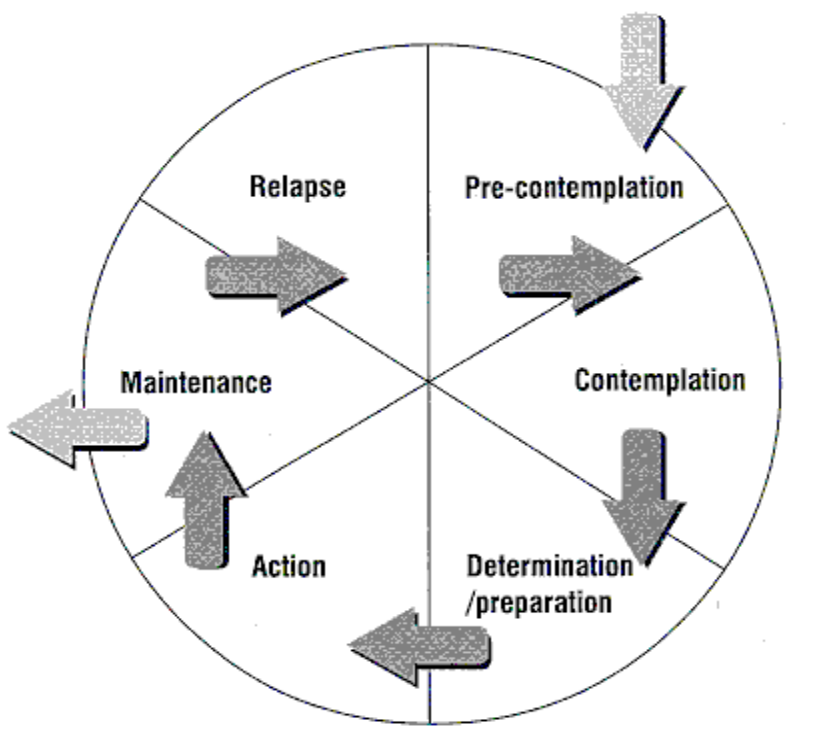
Rückfall (Relapse)

Kennzeichen: Die Person erleidet einen Rückfall. Nur ungefähr 15% fallen bis ins Stadium der Absichtslosigkeit zurück. Die Mehrheit kehrt zum Vorbereitungsstadium zurück. Personen benötigen häufig mehrere Versuche (bis zu vier Versuchen) bis die Verhaltensänderung endgültig aufrecht erhalten werden kann.

Vorgehensweise im Gespräch: Rückfall ist kein Versagen sondern eine Basis, mit der gearbeitet und auf welcher aufgebaut werden kann.

Oft sind belastende Ereignisse ausschlaggebend für einen Rückfall. Im Gespräch sind begünstigende und hinderliche Faktoren für einen Rückfall wiederum zu eruieren, um mit anderen und/oder weiteren Massnahmen einem nächsten Rückfall möglichst vorzubeugen.

Abbildung des Stadienmodells der Verhaltensänderung: Nach Erkenntnissen der Gesundheitsverhaltensforschung muss jeder Mensch diese Phasen durchlaufen, wenn er sich persönlich entwickeln will.



Quelle: <http://webpages.shepherd.edu/CGUSTI01/stages.jpg>

Anhang 2: Die Methode der 5A

Die Methode der 5A umfasst fünf Schritte:

2.1 Anwendung der 5A exemplarisch bei Raucherinnen

1) Abfragen des Rauchstatus ("Ask"):

Die Hebamme erfasst die Rauchgewohnheiten und die Nikotinabhängigkeit bei allen betroffenen schwangeren Frauen. Zudem ist wichtig zu erfahren, ob die Frauen vor der Schwangerschaft geraucht haben. Bei Raucherinnen, die eigens für die Schwangerschaft den Konsum eingestellt haben, empfiehlt es sich zwecks Rückfallprophylaxe eine angepasste Beratung wie bei aktiven Raucherinnen zu machen.

2) Anraten des Rauchverzichts ("Advise"):

Die Hebamme befähigt die Schwangere mit dem Rauchen aufzuhören. Die Raucherinnen werden über die Risiken des Rauchens für das Kind informiert.

3) Ansprechen der Aufhörmotivation („Assess“)

Die Hebamme erfasst den Willen und die Bereitschaft der schwangeren Frauen, das Rauchen unmittelbar einzustellen.

4) „ Assistieren beim Rauchstopp“ („Assist“)

Die Hebamme unterstützt und begleitet die schwangeren Frauen während des Prozesses bis zur Abstinenz:

- Der Zeitpunkt des Rauchstopps wird vereinbart.
- Ein Ausstiegsplan wird erstellt und Verhaltensänderungsstrategien werden gemeinsam festgelegt.
- Das soziale Umfeld wird mit einbezogen (Zigarettenkonsum des Partners als wichtigster Faktor für Rückfälle!).
- Selbsthilfe-Broschüren werden abgegeben und besprochen.
- Bei starken Raucherinnen sollte, wenn der Ausstieg schwer fällt, eine Nikotinersatztherapie empfohlen werden. Konkret bedeutet das, die Schwangere muss von der beratenden Fachperson ein Rezept für die Nikotinersatztherapie einschliesslich ausführlicher Instruktion erhalten oder aber eine Adressliste von Gesundheitsfachpersonen, die ein solches Rezept abgeben und entsprechend instruieren.

5) „Arrangieren der Nachbetreuung“ („Arrange“)

Die Hebamme spricht das Rauchen bei allen weiteren Kontakten/Gesprächen an, auch wenn der Rauchstopp erfolgt ist. Fragen wie: „Haben Sie jemals die Absicht wieder zu rauchen?“ Wenn ja, die Gründe erfragen, damit Prioritäten für die weitere Beratung und Begleitung definiert werden können, die (Röske et al., 2006) der Rückfallprophylaxe dienen.

2.2 Anwendung der 5A, wenn Eltern ihr/e Kind/er dem Passivrauchen aussetzen

1) Abfragen ("Ask"):

Die Hebamme fragt die Eltern z.B. nach Ihren Kenntnissen zu den Risiken des Passivrauchens für das Kind/die Kinder.

2) Anraten ("Advise"):

Die Hebamme ergänzt und schliesst unter Umständen die Wissenslücke der Eltern bezüglich der Risiken von Passivrauchen für das Kind/die Kinder.

3) Ansprechen („Assess“):

Mit den Eltern die gegenwärtigen Gewohnheiten an- und besprechen. Was sind Gründe, das Kind/die Kinder dem Passivrauchen auszusetzen, was könnte zugunsten der Gesundheit des Kindes/der Kinder verändert werden? Zusammen mit den Eltern werden mögliche Massnahmen entwickelt. Wichtig dabei ist, dass die Eltern befähigt werden, die Massnahmen mit ihren eigenen Worten zu definieren und nicht die Hebamme diejenige ist, die die Lösungsansätze formuliert.

4) Assistieren („Assist“):

In der Beratung werden die Eltern befähigt, die Wichtigkeit des Schutzes des Kindes/der Kinder vor Passivrauchen zu erkennen. Während der Begleitung unterstützt die Hebamme die Eltern, damit sie selber auf das Rauchen in Innenräumen gänzlich verzichten können und sie sich bei der Einwirkung von Drittpersonen für das Kind/die Kinder einsetzen (Einladungen zu Hause oder extern, bei der Tagesmutter, im Auto von Drittpersonen etc.).

5) Arrangieren („Arrange“):

Die Hebamme begleitet die Eltern in diesem Prozess und nimmt Fragen und Probleme bei jeder weiteren Sitzung wieder auf. Zusammen mit den Eltern werden vereinbarte Massnahmen evaluiert, angepasst und/oder neue Massnahmen definiert.

2.3 Anwendung der 5A bei Alkoholkonsum

Die Methode der 5 A kann auf die Beratung bei moderatem Alkoholkonsum übertragen werden. Ein zentraler Unterschied beim Vorgehen bei Alkoholkonsum besteht jedoch beim Screening (Schritt 1): Moderater Alkoholkonsum (z.B. ab 3 Gläser pro Woche) oder gelegentliches Rauschtrinken (ab 3 Gläsern bei einer Gelegenheit) können nur schlecht mit der einfachen Frage, ob eine Frau Alkohol konsumiert, identifiziert werden (Magnusson et al., 2005; Göransson et al., 2006). Aus diesem Grund ist ein standardisiertes Vorgehen zu wählen. Die Frau kann beispielsweise mit einer angepassten Form der ersten drei Fragen aus dem Alcohol Use Disorder Identification Test dem AUDIT-C (Saunders et al., 1993; Bush et al., 2003; Lemola & Grob, 2004) befragt werden (siehe Anhang 3).

Anhang 3: Screening

Die nachfolgenden Fragen (Screening) können der Frau auch zum selbständigen Ausfüllen abgegeben werden, z.B. während sie auf die Konsultation wartet.

Anhang 3.1: Fragen zum Alkoholkonsum (speziell für Frauen während der Schwangerschaft)

AUDIT-C

Bitte beantworten Sie die folgenden sechs Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum so offen und korrekt wie möglich.

	nie	1 bis 3-mal pro Monat	1 bis 2-mal pro Woche	3 bis 4-mal pro Woche	5 bis 7-mal pro Woche
1. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit Alkohol getrunken (d.h. seit Sie von Ihrer Schwangerschaft wissen)?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Wie häufig haben Sie Alkohol getrunken bevor Sie schwanger wurden?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	Ich trinke gar nicht	„Nur Nippen“	1 Glas	2 Gläser	3 oder mehr
3. Wie viele Gläser Alkohol haben Sie in der letzten Zeit an solchen Tagen getrunken? (d.h. an Tagen an welchen Sie Alkohol getrunken haben)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Bevor Sie schwanger wurden, wie viele Gläser Alkohol haben Sie da an einem Tag getrunken, an welchem Sie Alkohol tranken?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
	nie	weniger als 1- mal pro Monat	1-mal pro Monat	1-mal pro Woche	fast jeden Tag
5. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit 3 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Bevor Sie schwanger wurden, wie häufig haben Sie da 3 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit getrunken?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Eine Abbildung der standardisierten Alkoholmengen für jede Gruppe von alkoholischen Getränken kann hilfreich sein, um den Begriff „1 Glas Alkohol = 10-12g reiner Alkohol“ zu definieren:



Quelle: http://www.kenn-dein-limit.info/uploads/tx_templavoila/infografik_standardglaeser_01.jpg

Auswertung:

Eine individualisierte Beratung ist durchzuführen, wenn

1. bei ‚Frage 1‘ vier Punkte oder mehr und ausserdem bei ‚Frage 3‘ drei Punkte oder mehr erreicht werden,
2. bei ‚Frage 1‘ drei Punkte oder mehr und ausserdem bei ‚Frage 3‘ vier Punkte oder mehr erreicht werden oder
3. wenn bei Frage 5 zwei Punkte oder mehr erreicht werden.

Daumenregel: Eine Beratung ist durchzuführen, wenn

1. Drei Gläser oder mehr in der Woche getrunken werden
2. Drei Gläser oder mehr bei einer Gelegenheit getrunken wurden (Rauschtrinken)

Fragen 2, 4 und 6 sind wichtig als Hintergrundinformation. Wenn eine Frau einen höheren Konsum vor der Schwangerschaft hatte, ist es wichtig, genau nachzufragen, selbst wenn vollständige Abstinenz angegeben wird. Diese Massnahme dient unter anderem der Stärkung der Motivation, weiterhin abstinent zu bleiben.

Anhang 3.2: Fragen zum Rauchen

1. Rauchen Sie?

- ₁ Ja, ich rauche Anzahl Zigaretten/Tag:..... * Weiter mit Frage 4
- ₂ Ich habe mit Rauchen aufgehört * Weiter mit Frage 2
- ₃ Nein, ich habe nie geraucht * weiter mit Frage 4

2. Wann haben Sie aufgehört zu Rauchen?

Vor

3. Wie viele Zigaretten haben Sie früher geraucht?

Anzahl Zigaretten/Tag:.....

4. Raucht Ihr Partner?

- ₁ Ja Anzahl Zigaretten/Tag:.....
- ₂ Nein * weiter mit Frage 6

5. Raucht Ihr Partner in Ihrer Gegenwart?

- ₁ Ja
- ₂ Nein

6. Sind Sie häufig Passivrauchen ausgesetzt?

- ₁ Ja Bei welchen Gelegenheiten?
- ₂ Nein

Anhang 3.3: Fagerström-Fragebogen

Der Fagerström-Fragebogen ist ein Instrument zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit (Fagerström & Schneider, 1989). Dieser Fragebogen kann ebenfalls als Grundlage für die Empfehlung einer Nikotinersatztherapie genutzt werden.

Der Fagerström-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit	
<i>Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?</i>	innerhalb von 5 Minuten 3 6 bis 30 Minuten 2 31 bis 60 Minuten 1 nach 60 Minuten 0
<i>Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, (zum Beispiel Kirche, Bücherei, Flugzeug, Arbeitsplatz, Restaurant und so weiter) das Rauchen zu unterlassen?</i>	ja 1 nein 0
<i>Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?</i>	die erste am Morgen 1 andere 0
<i>Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?</i>	bis 10 0 11 bis 20 1 21 bis 30 2 31 und mehr 3
<i>Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufstehen mehr als am Rest des Tages?</i>	ja 1 nein 0
<i>Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?</i>	Ja 1 Nein 0
Gesamtpunktzahl:	

(Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004)

Das Abschätzen der Nikotinabhängigkeit lautet wie folgt:

0-2 Punkte: Dies spricht für geringe Abhängigkeit.

3-5 Punkte: Dies entspricht bereits dem Vorliegen einer mittleren Abhängigkeit und spricht für die Verwendung einer Entwöhnungshilfe.

6-7 Punkte: Es liegt eine ausgeprägte Abhängigkeit vor. In der Regel sind mehr Anstrengungen erforderlich.

8-10 Punkte: Gleiches gilt für die starke Abhängigkeit.

Anhang 4: Die motivierende Gesprächsführung

Die fünf Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung nach Miller & Rollnick (1999):

1. Empathie ausdrücken

- Das Problem akzeptieren, nicht billigen, Akzeptanz erleichtert die Veränderung.
- Zuhören, Sichtweise der Klientin ernst nehmen, im individuellen Kontext als berechtigt betrachten (Überlebensstrategie).
- Paraphrasieren, zusammenfassen.

2. Diskrepanz entwickeln

- Mit der unangenehmen Realität konfrontieren.
- Diskrepanz zwischen dem aktuellen Verhalten und den grundsätzlichen Lebenszielen deutlich machen (Gesundheit, Glück, positives Selbstbild).
- Werden die Nachteile des bisherigen Verhaltens bewusster, ist die Veränderung wahrscheinlicher.
- Im Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt gefangen.
- Durch Druck von aussen passiert keine Veränderung.
- Kollision mit höheren Lebenszielen herausfinden.
- Diskrepanz selbst herausfinden lassen.

3. Beweisführung vermeiden

- Vorwürfe vermeiden - sanfte Konfrontation. Wenn Ihnen jemand sagt, das geht aber nicht, wird die Reaktion sein, aber sicher geht das.
- Keinen Widerstand provozieren.
- Keine Etikettierung wie Raucherin, Alkoholikerin, selbst Diagnose stellen lassen.
- Tanzen, nicht kämpfen.

4. Widerstand aufnehmen

- Psychologisches Judo als sanfter Weg, die Energie der anderen Person nutzen, in die gewünschte Richtung lenken.
- Erkenntnis in Bewegung setzen.
- Klientin dazu einladen, neue Informationen zu berücksichtigen und die Perspektiven zu wechseln.
- Fragen zurückgeben.
- Ideen für die Lösung des Problems entwickeln lassen.
- Wichtige Aussagen paraphrasieren, hervorheben, Verständnis klären, Gefühle spiegeln (Sie denken nicht, dass das Aufhören für sie in Frage kommt. Sie können keinen Weg sehen und es könnte schief gehen, wenn sie es versuchen).

- Fokus verschieben (gut, ich rauche ein paar Zigaretten, aber ich bin keine abhängige Raucherin. Ich glaube nicht, dass das das eigentliche Problem ist. Erzählen Sie mir, wie und unter welchen Bedingungen sie eher rauchen).
- Persönliche Entscheidungsfreiheit und Selbstkontrolle betonen.

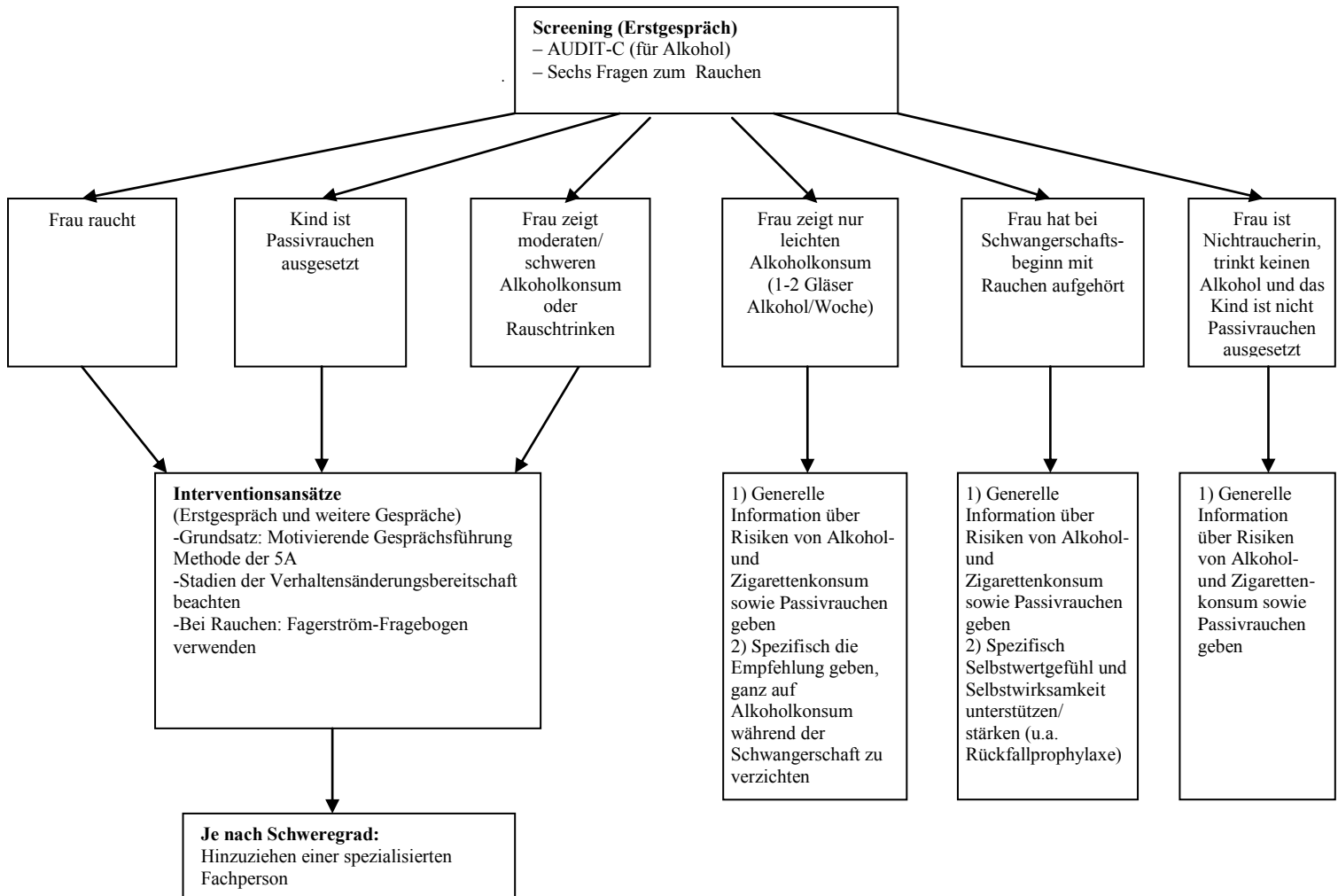
5. Selbstwirksamkeit fördern

- Glaube an die Möglichkeit, sich zu verändern, als Motivationsquelle (Vertrauen in Fähigkeiten stärken, Wahrnehmung für Fähigkeiten stärken, mit Hindernissen auf dem Weg zur Veränderung fertig werden).
- Die Klientin ist für die Entscheidung zur Veränderung verantwortlich, persönliche Verantwortung betonen (es ist ihre Entscheidung, Sie können es tun, Sie können es schaffen).

Alternative Behandlungsmethoden nutzen

Anhang 5: Flussdiagramm

Überblick zu den Praxisempfehlungen zur Prävention von Zigaretten- und Alkoholkonsum:



Anhang 6: Von den AutorInnen thematisch veröffentlichte Arbeiten

Publikationen

- Lemola, S. & Grob, A. (2008). Smoking cessation during pregnancy and relapse after childbirth: the impact of the grandmother's smoking status. *Matern Child Health J.* Jul 12(4), 525-33.
- Lemola, S. & Grob, A. (2007). Drinking and smoking in pregnancy: which questions do Swiss physicians ask? *Swiss Med Wkly.* 137, 66-69.
- Meyer, Y., Lemola, S., Daepfen, J.B., Dériaz, O., Gerber, S. (2011). Association of moderate alcohol use and binge drinking during pregnancy with neonatal health. *Alc Clin Exp Res* (accepted for publication 25.01.2011).

Leitung von Forschungsprojekten

- Grob, A. & Lemola, S. (2007-2008). Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaftsvorsorge: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Grob, A. & Lemola, S. (2004-2005). Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz: Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2007-2008). Dépistage de la consommation d'alcool à risque chez les femmes enceintes et approche préventive par l'intervention brève. Recherche subsidiée par DO-RE.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2003-2004). Impact du conseil à la désaccoutumance tabagique chez des mères en post partum. Recherche subsidiée par DO-RE.

Postersessionen und Präsentationen

- Meyer-Leu Y., (2009). Consommation modérée d'alcool durant la grossesse et santé néonatale. Présentation libre. Swiss Public Health Conference, Zurich.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2008). Screening of pregnant women alcohol/Tobacco consumption and neonatal issue. Poster. 28th Triennial Congress of International Confederation of Midwives, Glasgow.
- Meyer-Leu, Y. et al. (2007). Identifikation schwangerer Frauen mit einem Risiko zum Alkoholkonsum oder doppeltem Konsum von Alkohol und Tabak. Poster. Nationalkongress des Schweizerischen Hebammenverbandes, Olten.
- Tritten, K. (2008). Posterpräsentation der Masterthesis am Schweizerischen Hebammenkongress in Sarnen. Thema: „Gesundheitsfachfrauen in Ausbildung, Ihr Rauchverhalten, ihr Wissen über Tabakprävention und ihre berufsbedingten Einstellungen dazu“.
- Tritten, K. (2008). Posterpräsentation der Masterthesis an der Public Health Konferenz in Genf. Thema: „Gesundheitsfachfrauen in Ausbildung, Ihr Rauchverhalten, ihr Wissen über Tabakprävention und ihre berufsbedingten Einstellungen dazu“.