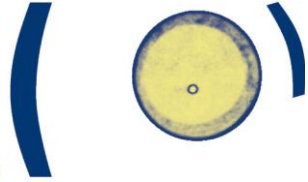


Schweizerischer Hebammenverband  
Fédération suisse des sages-femmes  
Federazione svizzera delle levatrici  
Federaziun svizra da las spendreras



**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 Rauchen von E-Zigaretten
- 2.6 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft
- 2.7 Alkoholkonsum und Stillen
- 2.8 Rauchen und Alkohol als Risikofaktoren für den plötzlichen Kindstod

## **3. Interventionsansätze für Begleitung und Beratung**

- 3.1 Screening und Interventionsansätze für die Beratung und Begleitung
- 3.2 Wirksamkeit von Kurzinterventionen bei Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum
- 3.3 Beschreibung der Kurzinterventionsansätze für die Beratung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen, die rauchen und/oder Alkohol konsumieren
  - 3.3.1 Das Stadienmodell der Verhaltensänderung
  - 3.3.2 Die Methode der 5A
  - 3.3.3 Die motivierende Gesprächsführung
- 3.4 Nikotinersatztherapie bei Schwangeren
- 3.5 Rückfallprävention
- 3.6 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
- 5.1 Entscheidungsbaum zu den Praxisempfehlungen zur Prävention von Rauchen**
  - 5.2 Entscheidungsbaum zu den Praxisempfehlungen zur Prävention von Alkoholkonsum**
  - 5.3 Weitere Informationen zur Nutzung für die Beratungstätigkeit**
- 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 der Konsum unbedenklich wäre (Flak et al., 2014; Huizink & Mulder, 2006). Auch das Passivrauchen bedeutet eine starke Belastung mit gesundheitsschädigenden Folgen für das Ungeborene und das Kind (Farber et al., 2015; Bundesamt für Gesundheit, BAG, 2012). Obschon der Konsum von Zigaretten und Alkohol bei Schwangeren deutlich tiefer liegt als in der gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung, gibt es Hinweise, dass der Konsum während des ersten Trimesters der Schwangerschaft höher ist als während des zweiten und dritten Trimesters (Colvin et al., 2007). Nach einer vom BAG in Auftrag gegebenen Studie (Grob & Lemola, 2005), bei der 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: fünf Zigaretten pro Tag)
- 9,4% haben in der Schwangerschaft aufgehört zu rauchen
- 13,2% trinken mindestens zwei bis vier Mal pro 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

Bezüglich des Rauchens liegt die Schweiz somit im Durchschnitt der Europäischen Länder (Zeitlin et al., 2013). Aufgrund der Risiken für das Kind und die Mutter ist es Aufgabe von Gesundheitsfachpersonen, Schwangere und Wöchnerinnen eingehend zu beraten und sie professionell zu unterstützen, auf Alkohol- und Tabakkonsum zu verzichten. Dass dieser Aufgabe nicht immer nachgegangen wird, zeigt eine vom BAG finanzierte und im Frühling 2014 durchgeführte repräsentative Befragung bei Müttern. Die Themen «Rauchen» und «Alkoholkonsum in der Schwangerschaft» wurden bei ungefähr einem Drittel der schwangeren Frauen nicht angesprochen (Dravta et al., 2014).

## 1.2 Rolle und Aufgaben der Hebamme<sup>1</sup>

Schutz und Förderung von Gesundheit und Wohlergehen von Jugendlichen, Kindern und Ungeborenen sind ein zentrales Anliegen und ein wesentlicher Teil des Rahmenkonzepts GESUNDHEIT 21 der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO, Statement of the European Alcohol and Health Forum, 2009). 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). Gemäss dem Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015–2025) (WHO, 2015) gilt im Besonderen eine gezielte Unterstützung von Raucherentwöhnungsmassnahmen für schwangere Frauen und Eltern von Kleinkindern als prioritäre Empfehlung [Artikel 14 (1)]. Das heisst, Frauen vor, während und nach der Schwangerschaft sind von Gesundheitsfachpersonen effektiv zu begleiten und zu beraten, um mögliche negative Auswirkungen von Rauchen und Trinken zu verringern und/oder um ihnen vorzubeugen. In Anlehnung an diesen Richtungsentscheid wurden in verschiedenen Europäischen Ländern Richtlinien für Gesundheitsfachpersonen zur Beratung von schwangeren Frauen erarbeitet. Beispiele hierfür sind die vorliegende Guideline des Schweizerischen Hebammenverbandes (SHV) sowie die Public Health Guidance

---

<sup>1</sup> Im Text wird der Einfachheit halber die weibliche Form verwendet. Die männliche Form ist immer mit eingeschlossen.

26 «How to stop smoking in pregnancy and following childbirth» des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) im Vereinigten Königreich (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 (Chamberlain et al., 2013). Schwangere Frauen vertrauen dem Rat von Hebammen und richten ihr Gesundheitsverhalten mehrheitlich nach deren Empfehlungen aus (Herberts & Sykes, 2012; Lemola et al., 2013). 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 Fachkenntnisse, fehlender Überzeugung, einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Frauen zu haben, und der Angst, die Frauen und deren Partner/Familien in Verlegenheit zu bringen, häufig davor zurück, direkte Fragen zum Genussmittelkonsum zu stellen (Diekman et al., 2000; Lemola et al., 2013).

Die Aufgabe der Hebamme liegt in der Befragung, Abgabe gezielter Information, Beratung und Begleitung von Frauen und deren Partner/Familie aufgrund 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 Stillzeit entstehen können.
- Aufzeigen von Interventionsansätzen, die für die Beratung und Begleitung von Schwangeren und Wöchnerinnen angewendet werden können.

Ziele dieser Guideline sind:

1. Dass Frauen, die Zigaretten und/oder Alkohol vor, während und nach der Schwangerschaft konsumieren, von Hebammen bezüglich der Risiken einheitlicher beraten und möglichst kontinuierlich begleitet werden. Ziele dieser Beratung sind:
  - a. Die Frauen werden über die Risiken von Zigaretten- und Alkoholkonsum gemäss aktuellem wissenschaftlichem Kenntnisstand informiert und somit dabei unterstützt, einen informierten Entscheid über ihr Konsumverhalten zu fällen.
  - b. Die Frauen stellen den Zigarettenkonsum ein oder reduzieren ihn.
  - c. Die Frauen stellen einen problematischen Alkoholkonsum ein oder reduzieren ihn.
  - d. Eltern, die während der Schwangerschaft den Zigaretten- und/oder problematischen Alkoholkonsum eingestellt haben, werden dabei unterstützt, den Konsum nach der Schwangerschaft nicht wieder aufzunehmen (Rückfallprophylaxe).
2. Dass Eltern über die Schädlichkeit des Passivrauchens für das Kind informiert werden.
3. Dass Hebammen Instrumente für die Umsetzung der Massnahmen von Screening und Beratung bei Zigaretten- und Alkoholkonsum vor, während und nach der Schwangerschaft unmittelbar im Praxisalltag nutzen können. Die Guideline und deren Nutzung können in die Grundausbildung zur Hebamme sowie in die Weiterbildung einfließen.

### **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.

Der Tabak wird am häufigsten in Form von Zigaretten konsumiert, daher wird der Begriff «Zigarettenkonsum» verwendet. Ferner ist der Tabakkonsum mittels Pfeife, Zigarre, Nargileh (Tabakwasserrohr) und Tabakkauen ebenfalls darunter zu verstehen. Der Konsum mittels E-Zigaretten wird im Abschnitt 2.5 gesondert behandelt.

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. sogenannten Standardgläsern angegeben. Ein Standardglas, wie es in einem Restaurant ausgeschenkt wird, enthält zwischen 10 und 12 Gramm reines Ethanol (vgl. Abbildung Seite 11). Wenn der Alkohol in nicht kommerziellen Settings konsumiert wird, variiert der servierte Alkoholgehalt. Bei Frauen sind die Auswirkungen von Alkohol stärker, da dessen Abbau weniger schnell verläuft als bei Männern (Frezza et al., 1990).

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.
- Die Schädigungen, die durch den exklusiven Konsum von Cannabis oder anderen illegalen Substanzmitteln für Frau und Kind entstehen können. Wenn Cannabis in Kombination mit Tabak geraucht wird, was meist der Fall ist, können die Empfehlungen bezüglich des Zigarettenkonsums herangezogen werden.

### **1.4 Adressatinnen und Adressaten**

Diese Guideline richtet sich in erster Linie an Hebammen, die in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig sind (selbstständig erwerbende Hebammen, angestellte Hebammen, Hebammen in der Aus- und Weiterbildung usw.) und an weitere Gesundheitsfachpersonen, die Frauen und deren Familien 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

Der Konsum von Zigaretten und alkoholischen Getränken kann die Fortpflanzungsfähigkeit von Frauen und Männern beeinträchtigen. Rauchen senkt die natürliche Fertilität der Frau, indem die aufgenommenen Schadstoffe eine antiöstrogene Wirkung entfalten, die Anzahl heranreifender Follikel herabsetzen und das Aufsteigen der Spermatozoen im Zervikalschleim erschweren (Zenzes et al., 1997). Bei assistierter Reproduktion (z. B. In-vitro-Fertilisation) ist das Risiko eines Abortes bei rauchenden Frauen im Vergleich zu nichtrauchenden Frauen um 28% erhöht (Firns et al., 2015; Lintsen et al., 2005). Alkohol steigert die Östrogensynthese und stört somit den monatlichen Zyklus mit möglichen anovulatorischen Zyklen und möglicher Endometriosis. Bereits «moderater» Alkoholkonsum wie drei bis fünf Gläser pro Woche kann zu einer Reduktion der Fruchtbarkeit und zu Fehlgeburten führen (Bailey & Sokol, 2011). Bei Männern kann Rauchen zu einer Reduktion der Spermienqualität führen (Beeinträchtigung der Spermienkonzentration, -motilität und -morphologie; Taymour, 2010). Übermäßiger Konsum von Alkohol hat auch eine direkte testikulärtoxische Wirkung wie Oligo- oder Azoospermie (Condorelli et al., 2015).

Die Wahrscheinlichkeit, ein Kind zu zeugen, wird durch den Konsum von Zigaretten und Alkohol deutlich reduziert. Die Fruchtbarkeit eines Paares, bei dem 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.

Neue Forschung deutet darauf hin, dass der Alkohol- und Zigarettenkonsum des Vaters vor der Konzeption nicht nur eine Rolle für die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption, sondern durch epigenetische Veränderungen auch eine Rolle für die spätere Gesundheit des Kindes spielt (Condorelli et al., 2015; **Finegersh et al., 2014; Soubry, 2015; Stuppia et al., 2015**). Aus diesem Grund ist v. a. in der präkonzeptionellen Beratung (z. B. Familienplanung) darauf hinzuweisen, dass nicht nur die Frau, sondern auch der Mann sein Konsumverhalten entsprechend reflektieren sollte.

### 2.2 Rauchen während der Schwangerschaft

Nikotin passiert die Plazenta schnell, und die im Fötus gemessenen 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). Diese äussern sich in Lern- und Gedächtnisdefiziten (Steckler & Saghal, 1995). Weitere Mechanismen der Schädigung des Feten durch Rauchen umfassen Mangelversorgung aufgrund von Veränderungen der Plazentafunktion (Salihi & Wilson, 2007), Sauerstoffmangel der Nervenzellen aufgrund des erhöhten Kohlenmonoxidgehaltes im Blut (Rougemont et al., 2002) und epigenetische Veränderungen, die sich auf die Entwicklung des Gehirns auswirken können (Knopik et al., 2012). Auch der Konsum von einer bis fünf Zigaretten pro Tag hängt z. B. mit geringerem Geburtsgewicht zusammen (Voigt et al., 2006). Rauchen gilt als wichtige vermeidbare Ursache von geringem Geburtsgewicht und Säuglingssterblichkeit (Donofrio et al., 2014; Johansson et al., 2009). Auch Passivrauchen<sup>2</sup> hängt mit erhöhten Risiken für das Kind zusammen. Nach einer Metaanalyse (Leonardi-Bee et al., 2008), die sich auf 53 Primäruntersuchungen stützt, führt auch Passivrauchen zu intrauteriner Wachstumsretardierung und zu geringerem Geburtsgewicht. Zwei weitere Metaanalysen fanden ein erhöhtes Risiko für eine Totgeburt (Leonardi-Bee et al., 2011; basierend auf 19 Primärstudien) und Fehlbildungen (Salmasi et al., 2010; basierend auf 76 Primärstudien). Sabbagh et al. (2015) kommen zudem in ihrer Metaanalyse zum Schluss,

dass eine mütterliche Exposition bezüglich Passivrauchen das Risiko für eine Lippen-Kiefer-Gaumenspalte 1,5-fach erhöht. Viele Frauen hören während der Schwangerschaft auf zu rauchen. Aber zwei Drittel davon werden rückfällig, manche während der Schwangerschaft, andere kurz nach der Geburt oder bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Orleans et al., 2001; Harmer & Memon, 2013). Als wichtigster Risikofaktor für einen Rückfall gilt das Rauchen des Partners (Lemola & Grob, 2008).

Allgemein kann als bestätigt gelten, dass die Vorteile eines Rauchstopps die potenziellen Nachteile oder Nebeneffekte für das Kind (z. B. durch den Nikotinentzug) klar überwiegen. Eine Vielzahl von Interventionsstudien mit insgesamt über 29'000 Frauen zeigten keine ungünstigen Nebeneffekte eines Rauchstopps für das Kind (Chamberlain et al., 2013). Häufig berichten Raucherinnen zwar, 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). Die systematische Überblicksarbeit von Chamberlain et al. (2013) identifizierte drei Studien, die positive Effekte des Rauchstopps auf das Wohlbefinden der Frauen berichteten, während keine Studie einen negativen Effekt fand.

### **2.3 Rauchen und Stillen**

Allgemein hat das Stillen einen wichtigen gesundheitsfördernden Einfluss auf 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 Stillerfolg: 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 stillenden Frauen empfohlen werden, nicht zu rauchen (vgl. auch die entsprechenden Empfehlungen der American Academy of Pediatrics; Eidelman et al., 2012). Eine Mutter, die mit dem Rauchen nicht aufhören kann, sollte nach dem Stillen rauchen (und nicht in Gegenwart des Kindes!), damit der Nikotiningehalt in der Milch bis zur nächsten Stillmahlzeit verringert werden kann. Die einleitend erwähnte Schutzwirkung des Stillens ist auch bei Kindern von rauchenden Müttern vorhanden. Deshalb ist Raucherinnen, die ihren Zigarettenkonsum nicht einstellen können, dennoch zu empfehlen, ihr Kind zu stillen und punktuell das Thema Rauchstopp wieder aufzunehmen. 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**

Schutz vor Passivrauchen ist ein wichtiges Ziel der Gesundheitsförderung bei Kindern (WHO, 2015; vergleiche auch die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics; Groner et al., 2015). 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 der von den Kindern hauptsächlich eingeatmet wird, weist eine andere Zusammensetzung auf als der Hauptrauch. Er wird nicht gefiltert und enthält bedeutend mehr gasförmige Stoffe wie Kohlenmonoxid, Benzol, Formaldehyd oder teilchenförmige Substanzen wie Nikotin, Benzpyren oder Kadmium (Fulton, 1990). Diese Toxine können



über längere Zeit nach dem Erlöschen der letzten Zigarette in der Raumluft erhalten bleiben (thirdhand smoke<sup>3</sup>; Winickoff et al, 2009) und von Oberflächen (z. B. Kleidern und Möbeln) absorbiert werden. Durch den direkten Kontakt mit diesen Oberflächen können diese Toxine vom Kind ebenfalls aufgenommen werden. Zudem können die vorhandenen Oxidationsmittel und andere Verbindungen mit der Raumluft interagieren und Schadstoffe (Innenraumschadstoffe) produzieren (Farber & Groner, 2015). Das Rauchen der Eltern muss daher als wichtige Quelle der Exposition von Passivrauch bei Kindern betrachtet werden.

## 2.5 Rauchen von E-Zigaretten

Bezüglich der Risiken des Rauchens von E-Zigaretten ist deutlich weniger bekannt als bezüglich des Rauchens von Tabak, wobei von verschiedenen Seiten die Einschätzung geäußert wurde, dass die Risiken deutlich geringer seien (Nutt et al., 2014; McNeill et al., 2015). Diese Einschätzung bezieht sich jedoch auf nicht schwangere Frauen. Beispielsweise wird bei Nutt et al. (2014) explizit darauf hingewiesen, dass die Risiken für das ungeborene Kind möglicherweise deutlich höher sind als die Risiken für die Mutter. Solange keine Evidenz für die Unbedenklichkeit des Konsums von E-Zigaretten vorliegt, gilt die Regel, dass es sicherer ist, darauf zu verzichten, wenn man sein Kind keinen schwer einschätzbaren Risiken aussetzen möchte.

## 2.6 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Alkohol passiert die Plazenta und die Blut-Hirn-Schranke des Fetus ungehindert (Julien, 1998). Da Alkohol vom Fetus weniger schnell abgebaut werden kann, bleibt das fetale Nervensystem dem Schadstoff länger ausgesetzt. Schwere Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wird mit dem fetalen Alkoholsyndrom (FAS) in Verbindung gebracht. Dieses wird diagnostiziert, wenn die folgenden 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 Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) (deutsch: Fetale Alkoholspektrum-Störung) gesprochen. Der Begriff FASD wurde eingeführt, um ein weiteres Spektrum von Folgen der fetalen Alkoholbelastung zu beschreiben. FASD umfasst das FAS, das partielle FAS und das sogenannte Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorder (ARND) (ein Störungsbild, bei dem die Effekte auf die geistige Entwicklung im Vordergrund stehen, während äussere körperliche Beeinträchtigungen fehlen) (Chudeley et al., 2005). Nach Schätzungen tritt das FAS bei ungefähr 0,1% der Neugeborenen auf (Abel, 1995; Warren, 2001), während FASD als deutlich häufiger gilt.

Studien, die mögliche Effekte des vorgeburtlichen Alkoholkonsums auf den Fetus untersuchen, teilen den Alkoholkonsum häufig in die drei Kategorien «geringer Alkoholkonsum», «moderater Alkoholkonsum» und «hoher bzw. starker Alkoholkonsum» ein. Diese drei Kategorien werden nicht immer ganz einheitlich definiert. Generell werden die Alkoholkonsummengen in Standardgläsern angegeben. In der Schweiz entspricht ein Standardglas dem Konsum von 10 bis 12 g reinen Alkohols.

Die nachfolgende Abbildung stellt die verschiedenen Standardgläser dar, wie sie in der Schweiz üblich sind:

---

<sup>3</sup> pro Memoriam: Firsthand smoke ist Hauptrauch (z. B. die Zigarette wird selber geraucht), secondhand smoke ist Nebenrauch (z. B. man atmet den Rauch einer Zigarette ein, die man nicht selber raucht), thirdhand smoke ist übrigbleibender Tabakrauchgiftstoff nach dem Erlöschen der Zigarette (z. B. über die Kleidung).

## Übersicht verschiedener alkoholischer Getränke



1 Glas Bier	3 dl <b>12-15 g</b>
1 Glas Wein oder 1 Glas Sekt	1,5 dl <b>12-15 g</b>
1 Glas Spirituose, Wodka, Whisky, Rum usw.	0,25 dl <b>10 g</b>
1 Flasche Mixgetränk, Alcopop	2,75 dl <b>12-13 g</b>

### Ein Standardglas enthält 10 bis 12 g reinen Alkohol

Quelle: mit freundlicher Genehmigung, Genf Federation Alkoholprävention (feppa, 2008, übersetzt von Y. Meyer)

Im Folgenden wird auf die Definition eingegangen, die sich auf Flak et al. (2014) bezieht und die beiden Kategorien «geringer Alkoholkonsum» sowie «moderater Alkoholkonsum» zur Kategorie «geringer bis moderater Alkoholkonsum» zusammenfasst. Zudem wird die Kategorie «hoher bzw. starker Alkoholkonsum» unterteilt in Grad 1 und Grad 2:

- «Geringer bis moderater Alkoholkonsum»: 1-6 Standardgläser pro Woche
- «Höherer Alkoholkonsum Grad 1»:  $\geq$  7-13 Standardgläser pro Woche
- «Höherer Alkoholkonsum Grad 2»:  $\geq$  14 Standardgläser pro Woche.

Zudem ist die Kategorie des «Rauschtrinkens» wichtig, die von Flak et al. (2014) wie folgt definiert wird:

- «Rauschtrinken»:  $\geq$  4 Standardgläser pro Trinkgelegenheit.

Die gegenwärtig neuste und umfassendste Metaanalyse von Flak et al. (2014) deutet darauf hin, dass sich bereits der «geringe bis moderate Alkoholkonsum» negativ auf die spätere Entwicklung der Kinder im Bereich der Selbstregulation und des Sozialverhaltens auswirken könnte. Die Befundlage ist jedoch aktuell (August 2016) noch unklar. Keine negativen Effekte des «geringen bis moderaten Alkoholkonsums» konnten jedoch auf die kognitive Entwicklung der Kinder gefunden werden (Flak et al., 2014).

Demgegenüber zeigt die aktuelle Forschungslage deutlich, dass sowohl «höherer Alkoholkonsum Grad 1 und Grad 2» als auch gelegentliches «Rauschtrinken» das Risiko für FASD erhöht (Bailey & Sokol, 2008; Flak et al., 2014). Generell gilt, dass die Auswirkungen der vorgeburtlichen Alkoholbelastung auch von verschiedenen anderen Faktoren wie z. B. Alter, genetischen Faktoren, Unterschieden bezüglich des mütterlichen Metabolismus oder gleichzeitigem Konsum anderer Substanzen abhängen (Charness et al., 2016; Stoler et al., 2002). Somit ist es möglich, dass eine Konsummenge bei einer Frau unbedenklich ist, während dieselbe bei einer anderen Frau bereits eine Beeinträchtigung des Feten zur Folge haben kann.

Da die wissenschaftliche Befundlage bezüglich der Auswirkungen des «geringen bis moderaten Alkoholkonsums» in der Schwangerschaft nicht eindeutig ist, wird die Frau vor ein ethisches Dilemma gestellt, ob sie das vermeidbare Risiko einer fetalen

Alkoholbelastung eingehen möchte oder nicht (O'Leary & Bower, 2012). Die sicherste Wahl für eine schwangere Frau ist gänzlich auf Alkohol zu verzichten, d. h. Abstinenz (O'Leary & Bower, 2012; Flak et al., 2014; Charness et al., 2016). Dabei bleibt der Entscheid über einen möglichen Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft selbstverständlich in der Entscheidungsfreiheit der Frau. Eine weitere Problematik besteht in der Möglichkeit, dass bei einigen Frauen eine zu starke Betonung des Risikos einer Schädigung des Feten durch «geringen bis moderaten Alkoholkonsum» unter Umständen mehr Schaden anrichten als von Nutzen sein könnte. Beispielsweise kann eine schwangere Frau, nachdem sie Alkohol getrunken hat, aus Sorge und schlechtem Gewissen zu einer Stressreaktion neigen. Obwohl nicht wissenschaftlich belegt, ist es denkbar, dass diese Stressreaktion ebenfalls eine ungünstige Wirkung auf den Feten haben könnte.

## **2.7 Alkoholkonsum und Stillen**

Gemäss der Swiss Infant Feeding Studie (Dratva et al., 2014) liegt die initiale Stillprävalenz in der Schweiz bei 95%. Dabei werden über 50% der Kinder mindestens zwölf Wochen ihres Lebens ausschliesslich gestillt. Während für die Schweiz keine aktuellen Daten vorliegen, konsumieren gemäss Haastrup (2014) 50% der stillenden Frauen in Europa Alkohol.

Interessanterweise wurden Frauen in früherer Zeit sogar zum Alkoholkonsum während der Stillzeit 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 schneller wieder «munter» zu machen. Die Kur, bei der ein bis zwei Liter täglich konsumiert 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). Tatsächlich gibt es Hinweise darauf, dass Gerste im Bier die Prolaktinproduktion anregt (Koletzko & Lehner, 2000). Da der Effekt jedoch nicht auf den Alkoholgehalt des Biers zurückgeht, kann auch alkoholfreies Bier zu diesem Zweck verwendet werden.

Schätzungen zufolge ist die Alkoholbelastung des Kindes beim Stillen bei gleichbleibendem Alkoholkonsum der Mutter deutlich geringer als während der Fetalzeit (etwa 20- bis 100-fach geringer; Schwegler et al., 2012), was darauf zurückzuführen ist, dass das Kind in der Fetalzeit den Alkohol direkt über das Nabelschnurblut aufnimmt, während beim Stillen eine orale Aufnahme vorliegt.

Studien zeigen jedoch eine ungünstige Wirkung des Alkoholkonsums in der Stillzeit auf die Muttermilchbildung (Haastrup et al., 2014). Bei moderatem Alkoholkonsum ist mit einer Verminderung des Milchvolumens um etwa 20% innerhalb der ersten vier Stunden nach dem Alkoholkonsum zu rechnen, da das hormonelle Wechselspiel von Oxytocin und Prolaktin gestört ist (Verzögerung des Milchspendereflexes und geringerer Prolaktinanstieg). Auch wurde festgestellt, dass der Geruch der Muttermilch verändert ist und Säuglinge im Durchschnitt deutlich weniger Milch trinken, wenn ihre Mutter Alkohol konsumiert hat (Schwegler et al., 2012). Einige Studien deuten zudem auf kürzere Schlafdauer und erhöhte Reizbarkeit bei Kindern hin, unmittelbar nachdem sie Alkohol in der Muttermilch ausgesetzt waren (Mennella, 2001; Schuetze et al., 2002). Während Abstinenz in der Stillzeit am sichersten erscheint, birgt die Abstinenzempfehlung das Risiko, dass Frauen gänzlich vom Stillen absehen oder früher abstillen. Aus diesem Grund kann eine Beratung dahin gehen, praktische Empfehlungen zu geben, wie Alkoholkonsum den Stillserfolg möglichst nicht reduziert (vgl. Empfehlungen). Zu diesen Empfehlungen gehört, im ersten Monat nach der Geburt keinen Alkohol zu trinken, bis das Stillen gut etabliert ist (Giglia, 2006). Danach kann das Stillen auf mehrere Stunden nach dem Konsum verschoben werden oder die Muttermilch wird vor dem Alkoholkonsum vorgängig ausgestrichen oder abgepumpt. Der zeitliche Abbau von Alkohol in der Muttermilch dauert ungefähr drei Stunden pro Standardglas (Ho et

al., 2001). Nach dem Konsum von z. B. einem Standardglas Bier werden nach ungefähr drei Stunden in der Muttermilch keine Rückstände von Alkohol mehr nachweisbar sein.

## **2.8 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 zu betrachten sind (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS, 2009; Carpenter et al., 2004).

Rauchen erhöht das Risiko vor allem dann massiv, wenn das Kind nachts im Elternbett schläft (Bedsharing). Laut Carpenter et al. (2004) steigert die Kombination der Faktoren Rauchen und Bedsharing das Risiko eines plötzlichen Kindstodes um mehr als das Zehnfache. Somit ist es für die Reduktion des Risikos des plötzlichen Kindstodes zentral, dass der Raum, in dem das Kind schläft, rauchfrei ist (Demott et al., 2006). Auch Alkoholkonsum kann das Risiko erhöhen, wenn Eltern Alkohol getrunken haben und somit ihre Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt ist. Bei Bedsharing besteht 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. Screening und Interventionsansätze für die Beratung und Begleitung**

In jedem Fall ist ein professioneller Beziehungsaufbau als auch eine individuelle Beratung und Begleitung von Frauen und deren Familien vor, während und nach der Schwangerschaft unabdingbar, damit ein Screening und die individuell notwendigen Interventionen angegangen werden können. Damit Gespräche motivierend gestaltet und Verhaltensänderungsprozesse ressourcenorientiert begleitet werden können, werden nebst Screeninginstrumenten geeignete Kommunikationstechniken herangezogen.

#### **3.1 Screening von Zigaretten und Alkoholkonsum**

Um zu erreichen, dass psychosoziale Interventionen an jene Frauen gerichtet werden können, die am meisten davon profitieren, wird in einem ersten Schritt ein adäquates Screeningverfahren durchgeführt (vgl. Anhang 3). Beim Rauchen besteht dieses, aus der grundsätzlichen Frage nach dem Rauchen, und bei rauchenden Frauen folgt die anschliessende Durchführung des Fagerström-Tests, um das Ausmass der Nikotinabhängigkeit einzuschätzen (vgl. Anhang 3.3). Bei der Erfassung des Alkoholkonsumverhaltens schliesst ein adäquates Screening zwingend die Anwendung des AUDIT-C<sup>4</sup> Fragebogens ein, der unter der Schirmherrschaft der WHO entwickelt wurde (Saunders et al., 1993). Der AUDIT-C-Fragebogen ist eine verkürzte bzw. adaptierte Version des gesamten AUDIT (vgl. Anhang 3.1). Der AUDIT-C ist von den Frauen auszufüllen (Selbsteinschätzung), da einschlägige Forschung zeigt, dass die mündliche Erfragung des Alkoholkonsums zu einem «Underreporting» führen kann d. h. zu deutlich geringeren Angaben des Alkoholkonsums, als wenn die Frauen selbstständig einen Fragebogen ausfüllen (Mc Namara et al., 2005). Der Screeningtest AUDIT-C ist für die Schwangerschaft validiert, d. h. er verfügt über eine hohe Sensitivität und Spezifität bezüglich der Identifikation eines problematischen Alkoholkonsums während der Schwangerschaft (Burns et al., 2010).

#### **3.2 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 fetaler Substanzbelastung erzielt werden können. Alkohol- (Hankin, 2002; Handmaker & Wilbourne, 2001; O'Connor et al., 2007) und Zigarettenkonsum (Chamberlain et al., 2013) können deutlich reduziert werden, indem die Frauen z.B. mittels psychologischen und pädagogischen Interventionen (Beratungsgesprächen und/oder Selbstlernprogrammen via PC, Telefonapp oder Tablet) ermutigt werden, ihr Konsumverhalten während der Schwangerschaft zu verändern (WHO, 2014; Stade, 2009). Bei leichten Raucherinnen gilt beispielsweise die Methode der 5 A's (Anhang 2) als effektive Strategie (WHO, 2014). Bereits das Verteilen und Besprechen von Informationsmaterial zu den Risiken für das ungeborene Kind während der Beratung kann zum Rauchstopp oder zur Reduktion des Rauchens führen (Fiore, 2008).

---

<sup>4</sup> Alcohol-Use-Disorders-Identification-Test-Consumption (Screening-Verfahren zur Entdeckung alkoholbezogener Störungen)

### **3.3 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 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 (WHO, 2014; Fiore et al., 2008) und die motivierende Gesprächsführung nach fünf Prinzipien von Miller und Rollnick (E: 2002; D: 1999; F: 2013) vorgestellt. Für die Beratung und Begleitung können die einzelnen Modelle miteinander verknüpft werden. Für die Gesprächsführung bzw. Beratung steht die motivierende Gesprächsführung im Zentrum.

#### **3.3.1 Das Stadienmodell der Verhaltensänderung (Transtheoretisches Modell)**

Das Stadienmodell der Verhaltensänderung (siehe Anhang 1) thematisiert die Entscheidungsfindung des Individuums, indem die Veränderung als Prozess und der Fortschritt anhand von sechs Stufen beschrieben wird (Velicier et al., 1998). Die sechs Stadien stellen unterschiedliche Grade der Bereitschaft dar, ein Verhalten zu ändern, von der Veränderungsabsichtslosigkeit über die Bereitschaft, ein problematisches Verhalten verändern zu wollen, bis hin zum dauerhaften Ausstieg. Es ist sinnvoll, das aktuelle Veränderungsstadium mit der Frau und ihrem Partner zu eruieren, damit die Beratung und Begleitung entsprechend aufgebaut und individuell angepasst werden kann.

#### **3.3.2 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 im Rahmen von drei bis fünf Minuten (WHO, 2014) 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. Zudem können die Methode der 5 A dazu verwendet werden, Passivrauchen zu reduzieren (WHO, 2014) vgl. Anhang 2.2.

#### **3.3.3 Die motivierende Gesprächsführung**

Die motivierende Gesprächsführung wurde von den Psychologen Miller und Rollnick (2002) entwickelt. Sie wird als klientenzentrierte Methode beschrieben, welche die Motivation zur Verhaltensänderung fördert, indem innere motivationale Widersprüche angesprochen werden. Somit können Veränderungen des Verhaltens schrittweise in der Beratung und

Begleitung geplant und evaluiert werden (Lindson-Hawley et al., 2015) (vgl. Anhang 4).

### **3.4 Nikotinersatztherapie bei Schwangeren**

Der Nutzen von Nikotinersatztherapie während der Schwangerschaft für den Rauchstopp und die Gesundheit des Kindes gilt derzeit als noch nicht belegt (Coleman et al., 2015). Bei moderater bis starker Nikotinabhängigkeit (vgl. Anhang 3.3: Fagerströmtest bei 3-10 Punkten) ist hingegen das Hinzuziehen eines Spezialisten oder einer Spezialistin zur Unterstützung des Nikotinentzugs angezeigt.

### **3.5 Rückfallprävention**

Die Schwangerschaft als auch die Zeit postpartum stellt eine Chance dar, um die Prävalenz des Rauchens (Simmons et al., 2013; Jiménez-Muro et al., 2012) und/oder des Alkoholkonsums bei den Frauen zu senken. Daher muss bereits in der Beratung und Begleitung während der Schwangerschaft das Thema Rückfall angegangen werden, indem sogenannte Triggersituationen (Risikofaktoren für einen Rückfall) identifiziert und Lösungsansätze bzw. Bewältigungsstrategien erarbeitet werden (Hajek et al., 2013). Um einen Rückfall vorzubeugen, kann der Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, 2004) dienlich sein (vgl. Anhang 5.3). Da die Rückfallquote bei Alkohol- oder Tabakkonsum mit 80 bis 90% innerhalb der ersten zwölf Monaten hoch liegt, ist Rückfallprävention als besonders wichtig zu betrachten (Hendershot et al., 2011).

### **3.6 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 spezifischer 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 4).

Für eine Mehrheit der Frauen (etwa 75%) umfasst der zusätzliche Aufwand die Anamnese (z. B. Ausfüllen und Auswerten des Kurzscreenings) und die generelle Information über die Risiken von Zigaretten- und Alkoholkonsum. Der Zeitaufwand insgesamt, der bei der Erstkonsultation anfällt, lässt sich hier auf ungefähr sieben 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 Rauchabstinenz ist die Frau jeweils in ihrem Verhalten positiv zu bekräftigen. Wenn kein Rückfall stattgefunden hat, kommen dadurch bei jedem folgenden Treffen zwei Minuten Aufwand zusätzlich hinzu.

15% der Frauen stellen die Risikogruppe dar. Unter ihnen sind 10% Raucherinnen und 5% Frauen, die höheren Alkoholkonsum zeigen (d. h. im Durchschnitt sieben Gläser Alkohol oder mehr in der Woche) und/oder rauschtrinken (d. h. bei einer Gelegenheit vier oder mehr Gläser Alkohol getrunken haben). Bei dieser Gruppe leiten sich aus dem Assessment weitere Massnahmen ab, wobei eine individuelle Vorgehensweise angezeigt ist (vgl. Anhang 5.2). Der zeitliche Aufwand bei der Erstkonsultation entspricht in dieser Gruppe gemäss der angegebenen Schätzung 27 Minuten.

Weiterführende Informationen zu ökonomischen Abwägungen bezüglich Interventionen zur Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft sind einschlägigen ökonomischen Analysen zu entnehmen. Studien zeigen die Kosteneffektivität z. B. der Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft anhand der Methode der 5 A, im Vergleich zu den Kosten, die durch mögliche Langzeitfolgen beim Kind entstehen (vgl. z. B. Ayadi et al., **2006**).



## 4. Zusammenfassende Empfehlungen

### Allgemeine Grundsätze:

- Der Hebamme ist bewusst, dass ihr eine wichtige Aufgabe zukommt, alle Frauen und deren Partner umfassend bezüglich der Risiken für das Kind zu informieren, die durch Zigaretten- und/oder Alkoholkonsum entstehen können.
- Eine systematische Erfragung des Zigaretten- und/oder Alkoholkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge, Geburts- und Wochenbettbetreuung ist bei jeder Frau, unabhängig von ihrem kulturellen oder beruflichen Hintergrund, angezeigt.
- Da es kein «sicheres» Mass an Alkohol- und/oder Nikotinkonsum während der Schwangerschaft und Stillzeit gibt, ist schwangeren Frauen generell zu empfehlen, ganz auf Alkohol und/oder Rauchen zu verzichten. Somit ist darauf hinzuwirken, dass die Frauen (a) den Zigarettenkonsum einstellen oder zumindest reduzieren und (b) problematischen Alkoholkonsum einstellen oder reduzieren. Die Entscheidung über das Konsumverhalten liegt schliesslich bei der Frau, die darin unterstützt werden soll, einen informierten Entscheid fällen zu können.

### Allgemeine Empfehlungen für die Beratung:

1. Frauen und Männern mit Kinderwunsch ist zu empfehlen, dass sie das Rauchen einstellen und den Alkoholkonsum auf ein geringes Ausmass reduzieren, um die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption zu erhöhen, das Abortrisiko zu senken und die gesundheitliche Entwicklung des Kindes zu schützen.
2. Validierte Screeninginstrumente (siehe Anhang 3.1 und 3.3.) zur differenzierteren Identifizierung des Zigaretten- und Alkoholkonsums sind in den Beratungs- und Begleitungsalltag zu integrieren. Die Fragebogen können von der Frau selbst (z. B. im Rahmen einer Schwangerenvorsorge) ausgefüllt werden. Anschliessend können die Ergebnisse im Gespräch diskutiert und ggf. weitere Massnahmen definiert werden.
3. Bei festgestelltem Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum sind für die weitere Beratung und Begleitung bewährte Modelle zu nutzen (siehe Kapitel 3 und Anhänge 1-4).
4. 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 einerseits auf Holzgreve et al. (2007; Seite 447) verwiesen: «Teratogene Einflüsse führen in den ersten beiden Entwicklungswochen oder in den ersten vier 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.» Andererseits ist die wissenschaftliche Befundlage bezüglich der Risiken von «geringem bis mässigem Alkoholkonsum» in der Schwangerschaft nach wie vor unklar (vgl. Flak et al., 2014; Charness et al., 2016) und es ist somit denkbar, dass der Schaden durch die Sorgen der Frau (stressbedingt) den ungünstigen Effekt des Alkohols übertreffen könnte.
5. Gefährdet der Alkoholkonsum und/oder das Rauchen, u. a. im Zusammenhang mit anderem Suchtmittelkonsum (z. B. Medikamente, Drogen) der Frau und evtl. 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. Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde, Fachstellen für häusliche Gewalt usw.).
6. Um die Sicherheit des Kindes zu erhöhen, ist bei Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum der Eltern vom Schlafen des Kindes im elterlichen Bett abzuraten.

**Spezielle Empfehlungen für die Beratung von Frauen, die rauchen oder Passivrauchen ausgesetzt sind:**

1. Generell ist auf einen vollen Verzicht von Zigaretten hinzuwirken.
2. Ist ein voller Verzicht von Zigaretten nicht möglich, wird mit der Frau / dem Partner darauf hingearbeitet, dass die Frau / der Partner den Konsum während der Schwangerschaft und dem Wochenbett reduziert.
3. 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. In diesem Fall ist das Rauchen jeweils nach der Stillmahlzeit einzuplanen.
4. 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 (inkl. rauchfreier Schlafraum), indem die Folgen des Passivrauchens aufgezeigt werden.
5. Bei starker Nikotinabhängigkeit ist die interprofessionelle Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachpersonen unabdingbar.
6. Im Falle eines Zigarettenkonsums bereits ab einer Zigarette pro Tag, gelegentlichem Rauchen oder wenn der Partner raucht, ist ebenfalls eine Kurzintervention angezeigt.
7. Zur Vorbeugung eines Rückfalls wird bei jeder Begegnung mit der Frau / dem Partner die Abstinenz vom Zigarettenkonsum mit Lob positiv unterstützt. Dies gilt auch für die Sistierung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft. Im Gespräch werden die Vorteile eines dauerhaften Rauchstopps betont, und die Frau / der Partner werden auf die Bewältigung von kritischen Situationen vorbereitet (Rückfallprophylaxe). Dabei sind die Faktoren der sozialen Situation und Unterstützung zu berücksichtigen und das Selbstwertgefühl der Frau zu stärken/unterstützen.

**Spezielle Empfehlungen für die Beratung bei Alkoholkonsum:**

1. Bei leichtem bis mässigem Alkoholkonsum (d. h. Alkoholkonsum im Bereich von 1 bis 6 Standardgläsern in der Woche) ist die Frau darauf hinzuweisen, dass es nach wie vor keinen wissenschaftlichen Beleg gibt, dass dies dem Kind keinen Schaden zufügt.
2. Bei stärkerem Alkoholkonsum («höherer Alkoholkonsum Grad 1», vgl. Anhang 3.1, d. h. Alkoholkonsum von ungefähr 7 bis 13 Standardgläsern in der Woche oder seltenem Rauschtrinken, d. h. Konsum von 4 oder mehr Standardgläsern bei einer Trinkgelegenheit weniger als einmal im Monat) ist eine individualisierte Beratung und Begleitung einzuleiten (gemäss Anhängen 1-4).
- ~~3.~~ Bei schwerem Alkoholkonsum («höherer Alkoholkonsum Grad 2», vgl. Anhang 3.1, d. h. Konsum von 14 oder mehr Standardgläsern in der Woche oder häufigerem Rauschtrinken, d. h. Konsum von 4 oder mehr Standardgläsern bei einer Trinkgelegenheit einmal im Monat oder häufiger) sind zusätzlich zu einer individualisierten Beratung und Begleitung in Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachpersonen (vgl. Verzeichnis Infodrog: Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht, Anhang 5.3) Massnahmen einzuleiten, die dazu beitragen, dass die Gesundheit von Frau und Kind gefördert werden.
4. Bei Alkoholkonsum ist eine Beratung/Intervention durch die Hebamme durchzuführen, wenn die Frau einen «adaptierten AUDIT-C-Mengen-Score» von mindestens 8 Punkten erreicht, also ab «höherem Alkoholkonsum Grad 1» (d. h. ungefähr 7 oder mehr Standardgläser in der Woche), oder einen «adaptierten AUDIT-C-Rauschtrinken-Score» von mindestens 2 Punkten erreicht, also ab seltenem Rauschtrinken (d. h. 4 oder mehr Standardgläser bei einer Gelegenheit weniger als einmal pro Monat). Das Beiziehen eines Spezialisten oder einer spezialisierten Fachperson ist dann angezeigt, wenn die Frau einen «adaptierten AUDIT-C-Mengen-Score» von mindestens 9 Punkten erreicht, also ab «höherem Alkoholkonsum Grad 2» (d. h. ungefähr 10 oder mehr Standardgläser in der Woche), oder einen «adaptierten AUDIT-C-Rauschtrinken-Score» von

mindestens 3 Punkten, also ab häufigerem Rauschtrinken (d. h. ab 4 oder mehr Standardgläsern bei einer Gelegenheit mindestens einmal pro Monat).

5. Beratung von stillenden Müttern:

- Keinen Alkohol zu konsumieren ist die sicherste Wahl.
- Es ist zu empfehlen, dass Frauen im ersten Monat nach der Geburt gänzlich auf Alkohol verzichten, bis das Stillen gut etabliert ist. Nach dem ersten Monat kann auf Nachfrage der Frau / des Partners informiert werden, dass 1 bis 2 Standardgläser pro Tag sowie maximal nicht mehr als 3 Standardgläser bei einer Trinkgelegenheit getrunken werden könnten (Giglia, 2010; Haastrup, 2014).
- Die Anleitung auf Seite 13 kann eine Unterstützung darin bieten, einzuschätzen, wie schnell Alkohol im Blut abgebaut wird und somit in der Muttermilch nicht mehr nachweisbar ist.

## 5. Gültigkeitsdauer

Diese Guideline wird in der Regel nach fünf Jahren oder beim Vorliegen von entsprechend relevanten neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen überarbeitet.

## 6. Autoren, Konsensusverfahren, Sponsoren

Die Guideline wurde in einem Korrespondenzverfahren von drei Autorinnen und Autoren verfasst:

**Yvonne Meyer-Leu**, Prof. Ordinaire, Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO / Haute Ecole Santé Vaud HESAV, Filière Bsc sage-femme, Lausanne, responsable du mandat FSSF

**Katharina Tritten Schwarz**, Dozentin Studiengang Hebamme BSc, Fachbereich Gesundheit, Disziplin Geburtshilfe, Berner Fachhochschule, Bern

**Sakari Lemola**, Prof. Dr. phil., Department of Psychology, University of Warwick, United Kingdom

Die Literaturrecherche wurde von vorangegangenen thematischen Arbeiten für die vorliegende Guideline übernommen (vgl. Anhang 6).

Die Guideline wurde vom Sounding Board des SHV am 30. September 2016 geprüft und am 21. März 2017 vom Zentralvorstand des SHV verabschiedet

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

Lausanne, 16. Dezember 2016

Meyer-Leu Yvonne

Lemola Sakari

Tritten Schwarz Katharina

## 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, die jedoch zu klein sind, um ihnen Grad I zuzusprechen; sie können positive Trends, die 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 nichtrandomisierten 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, die diese Guideline geschrieben oder aktualisiert haben, beruhend auf ihrer Erfahrung, ihrer Kenntnis der einschlägigen Literatur und der Diskussion mit ihren Fachkolleginnen und -kollegen.

### 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
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
Ayadi, M. F., Adams, E. K., Melvin, C. L., Rivera, C. C., Gaffney, C. A., Pike, M. A., Rabius, V., Ferguson, J. N. (2006). Costs of a smoking cessation counseling intervention for pregnant women: comparison of three settings, <i>Public Health Reports</i> , 121(March-April):120-126.	Grad IV
Bailey, B.A. & Sokol, R.J. (2011). Prenatal Alcohol Exposure and Miscarriage, Stillbirth, Preterm Delivery, and Sudden Infant Death Syndrome <i>Alcohol Research &amp; Health</i> , Volume 34, Issue Number 1 <a href="http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/86-91.html">http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh341/86-91.html</a> (Zugang 27.03.2016).	Grad IV

Bailey, B.A., Sokol, R.J. (2008). Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care, <i>Clin Obstet Gynecol</i> , 51:436-444.	Grad IV
Bundesamt für Gesundheit (2012). Basisinformationen zum Passivrauchen. <a href="http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/07322/?lang=de">http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00041/07322/?lang=de</a> (Zugang 09.01.2015).	IV
Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2004). Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht. Köln. <a href="http://www.bzga.de/botmed_31520000.html">http://www.bzga.de/botmed_31520000.html</a> (Zugang 14.05.2016).	IV
Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2015). Bewusst verzichten: Alkoholfrei in der Schwangerschaft - Praxismodule für die Beratung Schwangerer, Köln. <a href="http://www.bzga.de/botmed_32040000.html">http://www.bzga.de/botmed_32040000.html</a> (Zugang 14.05.2016).	
Burns, E., Gray, R., Smith, L.A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: a systematic review, <i>Addiction</i> , 105(4):601-14.	Grad I
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 III
Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J. R., Perlen, S. M., Eades, S. J., Thomas, J. (2013). Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 10. Art. No.: CD001055. DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub4.	Grad I
Charness, M. E., Riley, E. P., & Sowell, E. R. (2016). Drinking During Pregnancy and the Developing Brain: Is Any Amount Safe?, <i>Trends in Cognitive Sciences</i> , 20(2):80-82.	Grad IV
Chudley, A. E., Conry, J., Cook, J. L., Look, C., Rosales, T., LeBlanc, N., and the Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder (2005). Fetal alcohol spectrum disorder. Canadian guidelines for diagnosis, <i>CMAJ</i> , 172 (suppl):S1-21.	Grad IV

Condorelli, R. A, Calogero, A. E., Vicari, E., La Vignera, S. (2015). Chronic consumption of alcohol and sperm parameters: our experience and the main evidences, <i>Andrologia</i> , 47:368-79.	Grad III
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
Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M.-A., Cooper, S.E., Leonardi-Bee, J. (2015). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy, The Cochrane Library.	Grad I
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. & 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
Donofrio, B., Class, Q., Lahey, B., & Larsson, H. (2014). Testing the Developmental Origins of Health and Disease Hypothesis for Psychopathology Using Family-Based, Quasi-Experimental Designs, <i>Child Development Perspectives</i> , 8(3):151-157.	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
Dratva, J., Gross, K., Späth, A., Stemp Stutz, E. (2014). Šwiss Infant Feeding Study - SWIFS, Studie im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit (Verfügung 13.005392).	Grad III

Eidelman, A. I., Schanler, R. J., Johnston, M., Landers, S., Noble, L., Szucs, K., & Viehmann, L. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. <i>Pediatrics</i> , 129(3):e827–e841.	Grad IV
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
Farber, H.J., Groner, J., Walley, S., Nelson, K. (2015). Protecting children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke, From the American Academy of Pediatrics, <i>Pediatrics</i> , 136(5):e1439–1467	Grad IV
Finegersh, A., Homanics, G.E. (2014). Paternal alcohol exposure reduces alcohol drinking and increases behavioral sensitivity to alcohol selectively in male offspring, <i>Plos one</i> , 9(6): e99078.	
Fiore, S., Jaén, C. R., Baker, T., Bailey, W. C., Glenn, B., Benowitz, N. L. Christiansen, B. A. et al. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: A U.S. Public Health Service Report, <i>Am J Prev Med</i> , 35(2):158–176.	Grad I
Firns, S., Fernandes Cruzat, V., Keane, K. N., Joesbury, K. A., Lee, A. H., Newsholme, P., Yovich, J. L. (2015). The effect of cigarette smoking, alcohol consumption and fruit and vegetable consumption on IVF outcomes: a review and presentation of original data, <i>Reprod Biol Endocrinol</i> , 13:134.	Grad III
Flak, A. L., Su, S., Bertrand, J., Denny, C. H., Kesmodel, U. S., Cogwell, M. E. (2014). The Association of mild, moderate, and binge prenatal alcohol exposure and child neuropsychological outcomes: a meta-analysis, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 38(1):214–226.	Grad I
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.	Grad IV
Genf Federation Alkoholprävention (fegpa). (2008) Plateforme «Femmes - alcool - parentalité: Alcool au féminin». <i>Prospekt</i> , 1-6.	Grad IV

Giglia, R. C. (2010). Alcohol and lactation: an updated systematic review, <i>Nutrition &amp; Dietetics</i> , 67 (4):237-243.	Grad II
Giglia, R. C. & Binns, C. (2006). Alcohol and lactation: A systematic review, <i>Nutrition &amp; Dietetics</i> , 63 (2):103-116.	Grad II
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(6):657-662.	Grad III
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
Groner, J. A., Walley, S. C., Etzel, R. A., Wilson, K. M., Farber, H. J., Balk, S. J., & Moore, J. E. (2015). Public policy to protect children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke. From the American Academy of Pediatrics, <i>Pediatrics</i> , 136(5):998-1007.	Grad IV
Haastrup, M.B., Pottegard, A., Damkier, P. (2014). Alcohol and breastfeeding, <i>Basic &amp; Clinical Pharmacology &amp; Toxicology</i> , 144:168-173.	Grad IV
Hajek, P., Stead, L. F., West, R., Jarvis, M., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Relapse prevention interventions for smoking cessation, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 1. Art. No.: CD003999. DOI: 10.1002/14651858.CD003999.pub3.	Grad I
Handmaker, N. S. & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics, <i>Alcohol Res Health</i> , 25(3):219-221.	Grad II
Hankin, J. R. (2002). Fetal alcohol syndrome prevention research, <i>Alcohol Res Health</i> , 26(1):58-65. <a href="https://www.ehd.org/pdf/FAS_Prevention_Research.pdf">https://www.ehd.org/pdf/FAS_Prevention_Research.pdf</a> (Zugang 14.05.2016)	Grad II
Harmer, C. & Memon, A (2013). Factors associated with smoking relapse in the postpartum period: an analysis of the child health surveillance system data in Southeast England, <i>Nicotin Tob Res</i> , 15(5):904-909.	Grad III
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
Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. <i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i> , 6, 17. <a href="http://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17">http://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17</a>	Grad I



Herberts, C., & Sykes, C. (2012). Midwives' perceptions of providing stop-smoking advice and pregnant smokers' perceptions of stop-smoking services within the same deprived area of London, <i>Journal of Midwifery &amp; Women's Health</i> , 57(1):67-73.	Qualitative
Ho, E., Collantes, A., Kapur, B. M., Moretti, M., Koren, K. (2001). Alcohol and breast feeding: calculation of time to zero level in milk. <i>Biol Neonate</i> , 80(3):219-222.	Grad III
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, <i>Gynäkologie &amp; Geburtshilfe</i> , 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
Jiménez-Muro, A., Nerín, I., Samper, P., Marqueta, A., Beamonte, A., Gargallo, P., Oros, D., & Rodríguez, G. (2012). A proactive smoking cessation intervention in postpartum women, <i>Midwifery</i> , 29:240-245.	Grad II
Johansson, A. L., Dickman, P. W., Kramer, M. S., & Cnattingius, S. (2009). Maternal smoking and infant mortality: does quitting smoking reduce the risk of infant death?, <i>Epidemiology</i> , 20(4):590-597.	Grad III
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 (S. 64-78).	Grad IV
Knopik, V. S., Maccani, M. A., Francazio, S., & McGeary, J. E. (2012). The epigenetics of maternal cigarette smoking during pregnancy and effects on child development. <i>Development and psychopathology</i> , 24(04):1377-1390.	Grad IV
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.	Grad IV

Lemola, S. & Grob, A. (2008). Smoking cessation during pregnancy and relapse after childbirth: the impact of the grandmother's smoking status, <i>Matern Child Health J</i> , Jul 12(4):525-533.	Grad III
Lemola, S., Meyer-Leu, Y., Samochowiec, J., & Grob, A. (2013). Control beliefs are related to smoking prevention in prenatal care, <i>Journal of evaluation in clinical practice</i> , 19(5):948-952.	Grad III
Leonardi-Bee, J., Britton, J., & Venn, A. (2011). Secondhand smoke and adverse fetal outcomes in nonsmoking pregnant women: a meta-analysis, <i>Pediatrics</i> , 127(4):734-741.	Grad I
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 I
Lindson-Hawley, N., Thompson, T. P., Begh, R. Motivational interviewing for smoking cessation, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 3</i> . Art. No.: CD006936. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3	Grad I
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
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
McNamara, T. K., Orav, E. J., Wilkins-Haug, L. (2005) Risk during pregnancy - Self-report versus medical record, <i>AJOG</i> , 193:19815.	Grad II
McNeill, A., Brose, L. S., Calder, R., Hitchman, S. C., Hajek, P., & McRobbie, H. (2015). E-cigarettes: an evidence update. <i>Public Health England</i> , 3:1-44. <a href="http://tobacco.cleartheair.org.hk/wp-content/uploads/2015/08/PHE-e-cig-review-summary-Aug-2015.pdf">http://tobacco.cleartheair.org.hk/wp-content/uploads/2015/08/PHE-e-cig-review-summary-Aug-2015.pdf</a> (Zugang 06.12.2016)	Grad IV
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., 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. A. (2002). Alcohol and lactation: the folklore versus the science. In: K.G. Auerbach, ed. Current issues in clinical lactation, (S. 3-10). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.	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., (2013). L'entretien motivationnel - Aider la personne à engager le changement, trad. par Lecaillier, D., Michaud, P. Paris, InterEditions.	
Miller, W. R. & Rollnick, S., (2002). Motivational Interviewing. Preparing people for change, 2 <sup>nd</sup> 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, S. 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 after childbirth, <a href="http://guidance.nice.org.uk/PH26/Guidance/pdf/English">http://guidance.nice.org.uk/PH26/Guidance/pdf/English</a> (Zugang 27.03.2016).	Grad IV
Nutt, D., Phillips, L., Balfour, D., Curran, V., Dockrell, M., Foulds, J., Fagerstrom, K., Letlape, K., Milton, A., Polosa, R., Ramsey, J., Sweanor, D. (2014) Estimating the harms of nicotine containing products using the MCDA approach, <i>Eur Addict Res</i> , 2014:20:218-225.	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
O'Leary, C. M., Bower, C. (2012). Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up?, <i>Drug and Alcohol Review</i> , 31:170-183.	Grad I

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
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
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 glutathionedeficit during development: effect on lipid peroxidation in the rat brain, <i>J Neurosci Res</i> , 70:774–783.	Grad III
Sabbagh, H. J., Hassan Ahmed Hassan, M., Innes N. P. T., Elkodary, E. M., Little, J., Mosseyay, P. A. (2015). Passive Smoking in the etiology of non-syndromic orofacial clefts: a systematic review and metaanalysis, <i>Plos one</i> , March 11.	Grad II
Salihu, H. M. & Wilson, R. E. (2007). Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes, <i>Early Hum Dev</i> , 83(11):713–720.	Grad II
Salmasi, G., Grady, R., Jones, J., & McDonald, S. D. (2010). Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses, <i>Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica</i> , 89(4):423–441.	Grad I
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
Schuetze, P., Eiden, R. D., Chan, A. W. K. (2002). The effects of alcohol in breast milk on infant behvarioal state and mother-infant feeding interactions, <i>Infancy</i> , 3:349–363.	Grad IV

Schwegler, U., Kohlhuber, M., Roscher, E., Kopp, E., Ehlers, A., Weißenborn, A., Rubin, D., Lampen, A., Fromme, H. (2012). Alkohol in der Stillzeit - Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung. Berlin, Bundesinstitut für Risikobewertung, <a href="http://www.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf">http://www.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf</a> (Zugang 12.02.2016).	Grad IV
Simmons, V. N., Sutton, S. K., Quinn, G. P., Meade C.D., & Brandon, T. H. (2013). Prepartum and postpartum predictors of smoking, <i>Nicotine &amp; Tobacco Research</i> , 16(4):461-468. doi:10.1093/ntr/ntt177	Grad II
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
Soubry A. (2015). Epigenetic inheritance and evolution: A paternal perspective on dietary influences, <i>Porg Biophys Mol Biol</i> , 118:79-85.	Grad III
Stade, B. C., Bailey, C., Dzenoletas, D., Sgro, M., Dowswell, T., Bennett, D. (2009). Psychological and/or educational interventions for reducing alcohol consumption in pregnant women and women planning pregnancy, <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , Issue 2. Art. No.: CD004228. <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164939/pdf/emss-57361.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164939/pdf/emss-57361.pdf</a> (Zugang 14.05.2016).	Grad II
Statement of the European Alcohol and Health Forum. (2009) First progress report on the implementation of the EU strategy. September. <a href="http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf</a> (Zugang 27.03.2016).	Grad IV
Statement of European Midwives Association on Alcohol, September 2008. <a href="http://www.europeanmidwives.com/position-papers">http://www.europeanmidwives.com/position-papers</a> (Zugang 27.03.2009).	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
Stoler, J. M., Ryan, L. M., Holmes, L.B. (2002). Alcohol dehydrogenase 2 genotypes, maternal alcohol use, and infant outcome, <i>J Pediatr</i> , 141(6):780-785.	Grad III

Stuppia, L., Franzago, M., Ballerini, P., Gatta, V., Antonucci I. (2015). Epigenetics and male reproduction: the consequences of paternal lifestyle on fertility, embryo development, and children lifetime health, <i>Clin Epigenetics</i> , 7:120-135	Grad III
Sudden Infant Death Syndrome - SIDS Schweiz (2009) SIDS-Prävention <a href="http://sids.ch/kindstod/index.html">http://sids.ch/kindstod/index.html</a> (Zugang 27.03.2016)	Grad IV
Taymour, M. (2010). Cigarette smoking and male infertility, <i>JAR</i> , 1(3):179-186.	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. <a href="http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/">http://web.uri.edu/cprc/detailed-overview/</a> (Zugang 27.03.2016).	Grad III
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
Warren, K. R., Calhoun, F. J., May, P. A., Vijoien, D. L., Li, T-K., Tanaka, H. et al. (2001). Fetal alcohol syndrome: an international perspective, <i>Alcohol Clin Exp Res</i> , 25(5):202S-206S.	Grad IV
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
World Health Organization (2015). Fahrplan für eine wirksamere Umsetzung des Rahmenübereinkommens der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs in der Europäischen Region der WHO (2015-2025): Den Tabakkonsum hinter uns lassen, <a href="http://www.euro.who.int">http://www.euro.who.int</a> (Zugang 11.01.2016).	Grad IV
World Health Organization (2014) Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions in primary care (Zugang 04.01.2016).	Grad IV
Zeitlin, J., Mohangoo, A. D., Delnorn, M., Alexander, S., Blondel, B., Bouvier-Colle, M. H., et al. (2013). European perinatal health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010.	Grad IV

Zenzes, 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 nachfolgend 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. Z. B.: Auf «Ich rauche sehr wenig» können Sie antworten: «Auch wer wenig raucht, kann das Kind gefährden». Informieren Sie über die Vorteile, die das Nichtrauchen mit sich bringt, und die Folgen von Passivrauchen.

#### **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 Verhaltensänderungen 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), bis die Verhaltensänderung endgültig aufrechterhalten werden kann.

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

Oft sind belastende Ereignisse ausschlaggebend für einen Rückfall. Damit die Chance auf einen Rückfall minimiert werden kann, werden im Gespräch unmittelbare Risikofaktoren wie auch protektive Faktoren eruiert und entsprechende Vermeidungsstrategien gemeinsam erarbeitet, um mit anderen und/oder weiteren Massnahmen einen nächsten Rückfall möglichst vorzubeugen.



## **Anhang 2: Die Methode der 5 A**

Die Methode der 5 A umfasst fünf Schritte:

### **2.1 Anwendung der 5 A 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. Wichtig dabei ist, dass die Befähigung zum Aufhören klar im Zentrum steht und auf die jeweilige Person fokussiert ist (WHO, 2014). 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, denen der Ausstieg schwer fällt, ist es wichtig, die Frau und deren Familie in Zusammenarbeit mit einer Fachperson zu begleiten.

#### 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 der Rückfallprophylaxe dienen (Röske et al., 2006).

### **2.2 Anwendung der 5 A, 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, welche 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 usw.).

5) Arrangieren («Arrange»):

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

### **2.3 Anwendung der 5 A bei Alkoholkonsum**

Die Methode der 5 A kann auf die Beratung bei Alkoholkonsum übertragen werden. Ein zentraler Unterschied beim Vorgehen bei Alkoholkonsum besteht jedoch beim Screening (Schritt 1): Das Ausmass des Alkoholkonsums kann 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 adaptierten AUDIT-C (Saunders et al., 1993; Bush et al., 2003; Lemola & Grob, 2004) befragt werden (siehe Anhang 3.1).

### Anhang 3: Screening

Die nachfolgenden Fragen (Screening) sollten der Frau zum selbstständigen Ausfüllen abgegeben werden (vgl. 3.1), z. B. während sie auf die Konsultation wartet. Die Antworten können anschliessend ausgewertet und in der Konsultation besprochen werden.

#### Anhang 3.1: Fragen zum Alkoholkonsum aus dem adaptierten AUDIT-C-Fragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden drei Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum so offen und ehrlich 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

	Ich trinke gar nicht	«nur Nippen»	1 Glas	2 Gläser	3 oder mehr
2. 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

	nie	weniger als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	fast jeden Tag
3. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit vier 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

Abbildung der standardisierten Alkoholmengen für die unterschiedlichen alkoholischen Getränke, wie sie in der Schweiz üblich sind (1 Glas Alkohol = 10-12 g reiner Alkohol):



1 Glas Bier	3 dl <b>12-15 g</b>
1 Glas Wein oder 1 Glas Sekt	1,5 dl <b>12-15 g</b>
1 Glas Spirituose, Wodka, Whisky, Rum usw.	0,25 dl <b>10 g</b>
1 Flasche Mixgetränk, Alcopop	2,75 dl <b>12-13 g</b>

Quelle: mit freundlicher Genehmigung, Genf Federation Alkoholprävention (fegpa), 2008, übersetzt von Y. Meyer

### Auswertung:

Anhand der ersten beiden Fragen des adaptierten AUDIT-C lässt sich der «adaptierte AUDIT-C-Mengen-Score» berechnen (Summe von Frage 1 und Frage 2). Es lassen sich vier Schweregrade des regelmässigen Alkoholkonsums anhand des «adaptierten AUDIT-C-Mengen-Scores» unterscheiden:

- 1) Kein Alkoholkonsum (Summe von Frage 1 und Frage 2 = 2 Punkte;
- 2) «Geringer bis moderater Alkoholkonsum» (Summe von Frage 1 und Frage 2 = 3-7 Punkte; entspricht ungefähr 1 bis 6 Gläsern in der Woche)
- 3) «Höherer Alkoholkonsum Grad 1» (Summe von Frage 1 und Frage 2 = 8 Punkte; entspricht ungefähr 7 bis 9 Gläsern in der Woche)
- 4) «Höherer Alkoholkonsum Grad 2» (Summe von Frage 1 und Frage 2  $\geq$  9 Punkte; entspricht ungefähr 10 oder mehr Gläsern in der Woche)

Anhand der dritten Frage des adaptierten AUDIT-C lässt sich der «adaptierte AUDIT-C-Rauschtrinken-Score» bestimmen.

- 1) Kein Rauschtrinken (Score = 1 Punkt)
- 2) Seltenes Rauschtrinken (Score = 2 Punkte)
- 3) Häufigeres Rauschtrinken (Score = 3-5 Punkte)

Eine individualisierte Beratung durch die Hebamme ist durchzuführen, wenn

1. die Summe von Frage 1 und Frage 2 («adaptierter AUDIT-C-Mengen-Score») 8 oder mehr Punkte beträgt
2. bei Frage 3 («adaptierter AUDIT-C-Rauschtrinken-Score») 2 oder mehr Punkte erreicht werden

Eine zusätzliche Beratung bei einer spezialisierten Fachperson ist angezeigt, wenn

1. die Summe von Frage 1 und Frage 2 («adaptierter AUDIT-C-Mengen-Score») 9 oder mehr Punkte beträgt;
2. bei Frage 3 («adaptierter AUDIT-C-Rauschtrinken-Score») 3 Punkte oder mehr erreicht werden.

### **Anhang 3.2: Fragen zum Rauchen**

#### **1. Rauchen Sie?**

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

#### **2. Wann haben Sie mit Rauchen aufgehört?**

Vor .....Monat/en

Vor ..... Jahr/en

#### **3. Wie viele Zigaretten haben Sie früher geraucht?**

Anzahl Zigaretten/Tag:.....

#### **4. Raucht Ihr/e Partner/in?**

- <sub>1</sub> Ja      Anzahl Zigaretten/Tag:.....
- <sub>2</sub> Nein      \* weiter zu Frage 6

#### **5. Raucht Ihr/e Partner/in in Ihrer Gegenwart?**

- <sub>1</sub> Ja
- <sub>2</sub> Nein

#### **6. Sind Sie häufig Passivrauchen ausgesetzt?**

- <sub>1</sub> Ja      Bei welchen Gelegenheiten? .....
- <sub>2</sub> Nein

### Anhang 3.3: Fagerström-Fragebogen

Der Fagerström-Fragebogen ist ein Instrument zur Erfassung der Nikotinabhängigkeit (Fagerström & Schneider, 1989). Dessen Auswertung zeigt auf, ob die Hinzuziehung einer spezialisierten Fachperson angezeigt ist oder nicht (vgl. Auswertungskriterien unten an der Seite).

Der Fagerström-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit	
Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?	Innerhalb von 5 Minuten <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> 6 bis 30 Minuten <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 31 bis 60 Minuten <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nach 60 Minuten <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. Kirche, Bücherei, Flugzeug, Arbeitsplatz, Restaurant), das Rauchen zu unterlassen?	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?	Die erste am Morgen <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Andere <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?	Bis 10 <input type="checkbox"/> <sub>0</sub> 11 bis 20 <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> 21 bis 30 <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> 31 und mehr <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufstehen mehr als am Rest des Tages?	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?	Ja <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nein <input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
Gesamtpunktzahl:	

(Deutsches Krebsforschungszentrum, 2004)

### Auswertung bzw. das Abschätzen der Nikotinabhängigkeit

#### Erklärung:

- 0-2 Punkte: Spricht für eine geringe Abhängigkeit;
- 3-5 Punkte: Entspricht bereits dem Vorliegen einer mittleren Abhängigkeit. Hier ist das Hinzuziehen einer spezialisierten Fachperson angezeigt;
- 6-7 Punkte: Spricht für eine ausgeprägte Abhängigkeit. In der Regel sind mehr Anstrengungen erforderlich. Hier ist das Hinzuziehen einer spezialisierten Fachperson angezeigt;
- 8-10 Punkte: Spricht für eine starke Abhängigkeit. Hier ist das Hinzuziehen einer spezialisierten Fachperson angezeigt.

## **Anhang 4: Die motivierende Gesprächsführung**

### **Die fünf Strategien und die vier Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung nach Miller & Rollnick (1999)**

Zur Förderung der Motivation kann im Gespräch das Vorgehen, gemäss den nachfolgenden **fünf Strategien**:

- 1. Offene Fragen stellen** (die Frau zum Sprechen ermutigen, eine Atmosphäre von Akzeptanz und Vertrauen herstellen)
  - 2. Aktives Zuhören** (wiederholen des Gesagten, umformulieren oder paraphrasieren, geäusserte Gefühle reflektieren)
  - 3. Bestätigen der Aussagen** (formulierte Stärken und Bemühungen bestätigen)
  - 4. Zusammenfassen** (Zusammenfassungen ermöglichen, damit die Frau etwas ergänzen oder eine Korrektur anbringen kann)
  - 5. Change-Talk** hervorrufen (positive und negative Seiten des aktuellen Verhaltens formulieren lassen und dabei die änderungspositiven Äusserungen fördern. Lösungen wenn immer möglich von der Frau selber formulieren lassen.)
- ... und den **vier Prinzipien** hilfreich sein:

#### **1. Empathie ausdrücken**

- Eine Atmosphäre des Vertrauens schaffen, dies gibt Sicherheit.
- Zuhören, Sichtweise der Klientin ernst nehmen, im individuellen Kontext als berechtigt betrachten (Überlebensstrategie).
- Das Problem akzeptieren, nicht billigen, Akzeptanz erleichtert die Veränderung.
- 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). Widerspruch zwischen den gesteckten Zielen und dem aktuellen Verhalten aufzeigen ist der erste Schritt zur Veränderung.
- 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 und **Beweisführung vermeiden**.
- Fachperson neigt dazu, mit dem Hintergrundwissen überzeugen zu wollen, was zu Widerstand führt. Daher kein schlechtes Gewissen machen, keine Problemeinsicht erzwingen.
- Vorwürfe vermeiden - sanfte Konfrontation. Wenn Ihnen jemand sagt, «das geht aber nicht», wird die Reaktion sein, «aber sicher geht das».
- Keine Etikettierung wie Raucherin, Alkoholikerin, sondern selbst Diagnose stellen lassen.
- Mit den Klienten tanzen, nicht kämpfen.

#### **3. Widerstand aufnehmen/umlenken**

- Widerstand dient als Schutz.
- 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.

#### **4. Selbstwirksamkeit fördern**

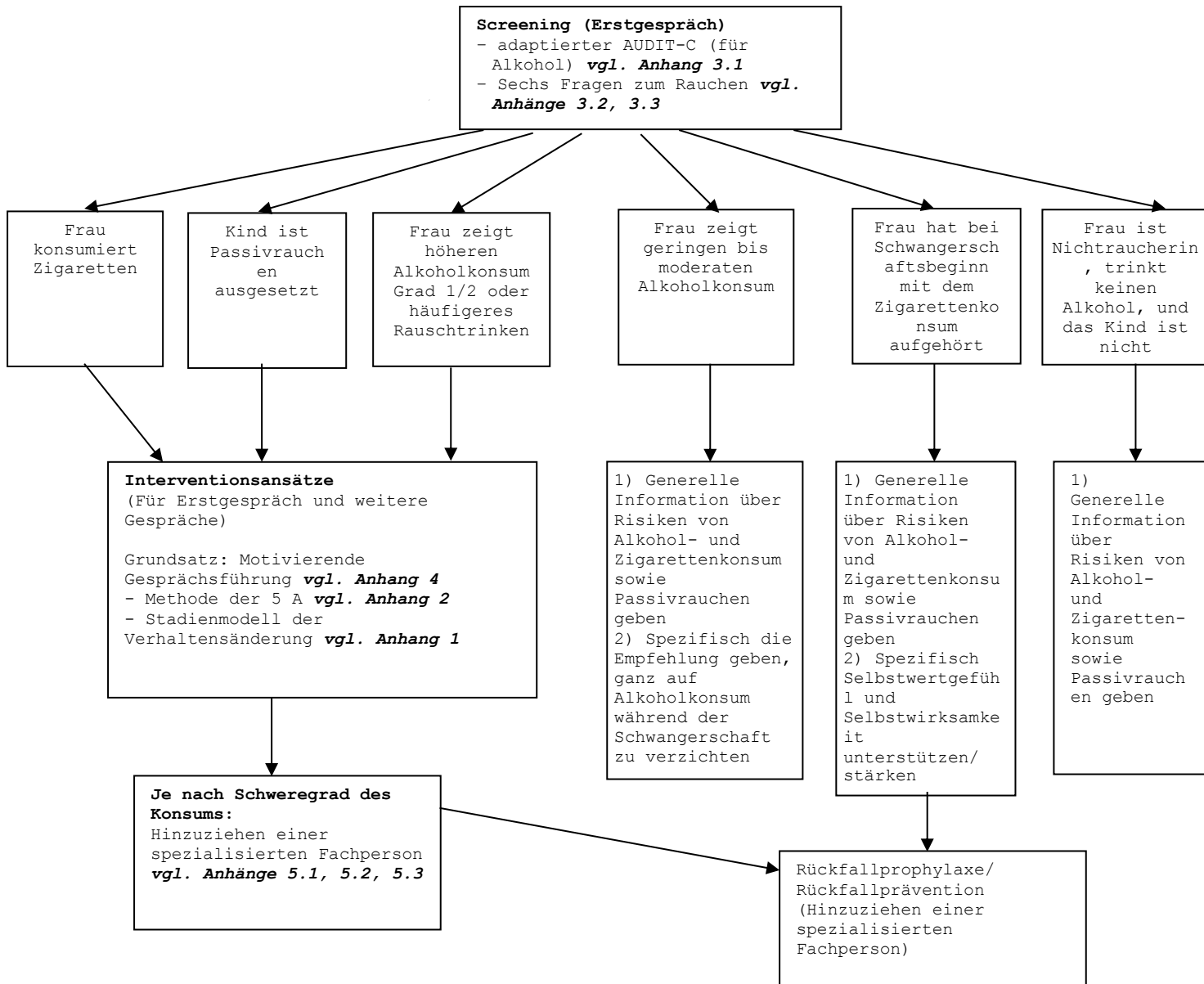
- Glaube an die Möglichkeit, sich zu verändern, als Motivationsquelle (Vertrauen in Fähigkeiten stärken, Wahrnehmung für Fähigkeiten stärken, mit Hindernissen auf dem Weg zur Veränderung umgehen können).
- Die Klientin ist für die Entscheidung zur Veränderung verantwortlich, persönliche Verantwortung betonen («EEEs ist Ihre Entscheidung, Sie können es tun, Sie können es schaffen»).
- Zuversicht unterstützen, indem gemeinsam die ersten Schritte zur Verhaltensänderung geplant und begleitet werden, inkl. Verhalten im Falle eines Rückfalls.

**In Bildern sprechen und Fachbegriffe in einer angepassten Sprache wiedergeben.  
Zudem alternative Behandlungsmethoden miteinbeziehen (z. B. Homöopathie).**

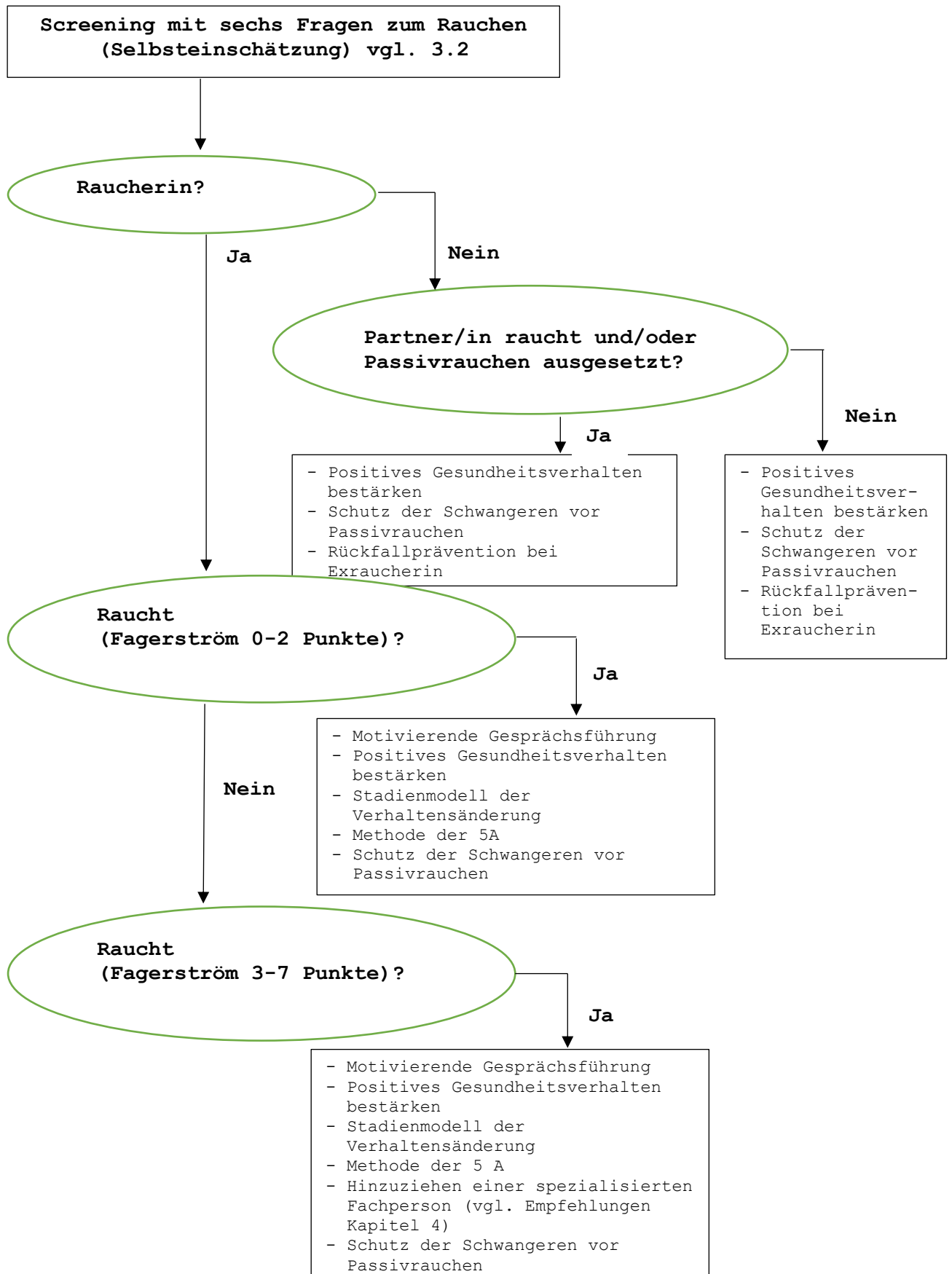


## Anhang 5: Flussdiagramm

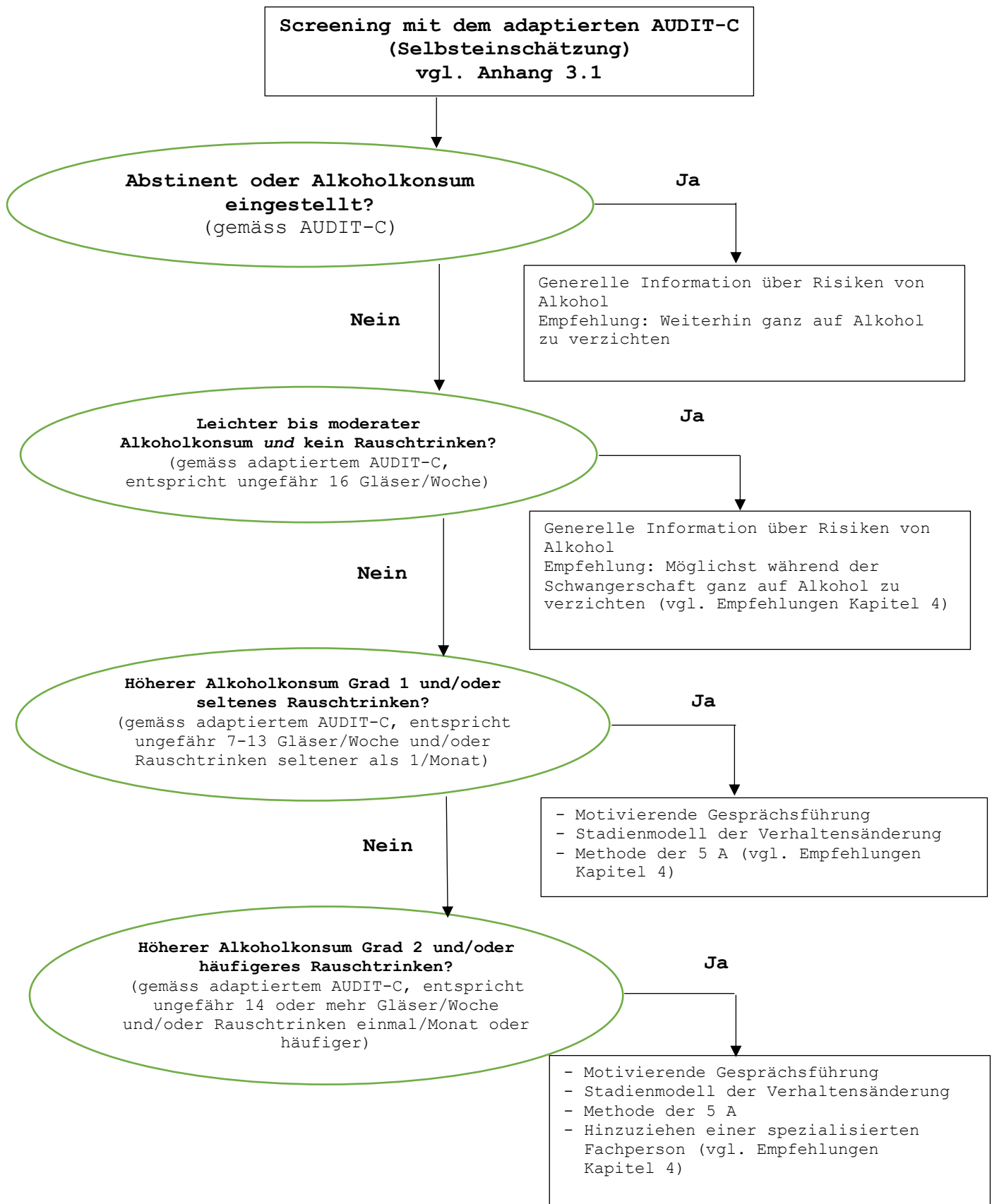
Überblick zu den Praxisempfehlungen zur Prävention von Zigaretten- und Alkoholkonsum:



## 5.1 Entscheidungsbaum zu den Praxisempfehlungen zur Prävention von Rauchen



## 5.2 Entscheidungsbaum zu den Praxisempfehlungen zur Prävention von Alkoholkonsum



### **5.3 Weiterführende Information: Externe Fachstellen und nützliche Links**

Die Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht (Infodrog) bietet Zugang zu Experten als auch zu den verschiedenen Therapie-, Beratungs- und Schadensminderungsangeboten, wie z. B. Datenbank der Suchthilfeangebote, Broschüren, Materialien.

- Schweizerische Koordinations- und Fachstelle Sucht  
Link: <http://www.infodrog.ch/>
- **Fachstellen für Gewaltprävention vgl. Fachverband Gewaltberatung Schweiz**  
Link: <http://www.fvgs.ch>

## **Anhang 6: Von den Autorinnen und Autoren 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.
- Lemola, S., Meyer-Leu, Y., Samochowiec, J. & Grob, A. (2013). Control beliefs are related to smoking prevention in prenatal care. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 948-952. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01891.x
- Meyer-Leu, Y., Lemola, S., Daeppen, J-B., Deriaz, O., Gerber, S. (2011). Association of Moderate Alcohol Use and Binge Drinking During Pregnancy with Neonatal Health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35, 1669-1677. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01513.x

### **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. und Tritten, K. (2016). Alkohol und Tabak: Teratogenität und Outcome, Screening und Beratung bei Alkohol- und Tabakkonsum. Referat. Workshop Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Perinatale Pharmakologie, Universitätsspital Zürich.
- 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«.