

**Persönliche PDF-Datei für
T. Hoff, B. Laux, B. Münzel, W. Farke, M. Kollmann**

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

**Screening des Alkohol-
und/oder Tabakkonsums
im Rahmen der
Schwangerschaftsberatung –
Erfahrungen aus dem Kölner
Präventionsansatz**

DOI 10.1055/s-0033-1358461
Suchttherapie 2013; 14: 178–182

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung
in Repositorien.

Verlag und Copyright:
© 2013 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1439-9903

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Screening des Alkohol- und/oder Tabakkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsberatung – Erfahrungen aus dem Kölner Präventionsansatz

Screening of Alcohol and/or Tobacco Consumption in Pregnancy Counseling – Experiences of the Cologne Prevention Approach

Autoren

T. Hoff¹, B. Laux², B. Münzel², W. Farke¹, M. Kollmann¹

Institute

¹ Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln
² Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln (SKF e.V.)

Schlüsselwörter

- fetales Alkoholsyndrom
- FASD
- Alkohol
- Tabak
- Schwangerschaft
- Screening

Key words

- fetal alcohol syndrome
- FASD
- alcohol
- tobacco
- pregnancy
- screening

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1358461>
Suchttherapie 2013; 14: 178–182
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dipl.-Psych. T. Hoff
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW
Wörthstraße 10
50668 Köln
t.hoff@katho-nrw.de

Zusammenfassung

In der Schwangerschaftsberatung wird ein Interventionsmodell erprobt, das Screenings zum Alkohol- und/oder Tabakkonsum sowie psychoedukative Materialien, motivierende Kurzinterventionen und Elemente des SKOLL-Trainings umfasst. Die Zahl erfasster rauchender Schwangerer entspricht annähernd den bundesdeutschen Häufigkeiten, während sich im Alkoholscreening in einer ersten Projektphase deutliche Unterschätzungen zeigen. Es steht aber weniger die reale Zahl konsumierender Schwangerer im Vordergrund des Interventionsmodells, sondern vielmehr die Ermöglichung der Thematisierung und Sensibilisierung des Konsums in einem nicht suchtspezifischen Setting. Screening und nachfolgende Interventionsschritte stoßen mehrheitlich auf positive Reaktionen und Interesse der Schwangeren an weitergehender Information zum Suchtmittelkonsum, eröffnen also in der Schwangerschaftsberatung Wege der Prävention fetaler Schädigungen.

Hintergrund

Schädigungen des ungeborenen Kindes durch Alkohol- und/oder Tabakkonsum in der Schwangerschaft umfassen u.a. prä- und postnatale Wachstumsverzögerungen, erhöhte Risiken für Fehl- und Frühgeburten, spätere akute und chronische Atemwegserkrankungen, psychische und soziale Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten usw. Kinder, die davon betroffen sind, sind damit von Geburt an und dauerhaft einem erhöhten biopsychosozialen Belastungsniveau ausgesetzt.

Abstract

An intervention model is tested in the context of pregnancy counseling, comprising screening for alcohol and/or tobacco use during pregnancy as well as the use of psychoeducational materials, brief motivational interventions and elements of SKOLL training. The number of reported smoking pregnant women is corresponding approximately to the nationwide German frequencies that proof the sufficient sensitivity of the screening. However, the results of the alcohol screening show significant underestimations in the first period of the project. Therefore the raise of the issue and awareness of consumption in the setting of pregnancy counseling can be seen as the centerpiece of the intervention model, rather than the real measured number of positive screening. In case of the majority of pregnant women, screening as following intervention steps cause a positive reaction and interest in further information and support.

Das Vollbild des fetalen Alkoholsyndroms (FAS), dessen jährliche Inzidenz in Deutschland auf ca. 2000–4000 Kinder geschätzt wird, gilt als häufigste vermeidbare angeborene Schädigung [1].

Zu den Diagnosekriterien gehören mindestens eine Wachstumsauffälligkeit (Geburts-/Körpergewicht, Geburts-/Körperlänge), die für FAS typischen facialem Auffälligkeiten (kurze Lidspalten, verstrichenes Philtrum und schmale Oberlippe) und mindestens eine ZNS-Auffälligkeit (Mikrocephalie, globale Intelligenzminderung oder Auffälligkeiten in Sprache, Feinmotorik, Exekutivfunktion usw.) [2]. Prognostisch ist die Entwicklung dieser Kinder erschwert u.a. durch komorbide psychische Auffälligkeiten.

keiten (z. B. ADHS) und den dauerhaften Unterstützungsbedarf in der Lebensführung, auch wenn die Folgen durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung reduziert werden können.

Auf dem Hintergrund der Vermeidbarkeit dieser pränatalen Schädigungen stellt sich die Frage nach Möglichkeiten der Prävention im Rahmen der Betreuung von Schwangeren.

Kurzinterventionen und insbesondere Screenings tragen nach internationalen Studien zu einer Konsumreduktion bzw. -abstinenz bei Schwangeren bei.

Die aktuelle Analyse von Fröschl et al. [1] zur Evidenz von FAS-Präventionsmaßnahmen ergab auf Basis einer systematischen Literaturrecherche einen noch unzureichenden Kenntnisstand mit bisher nur wenigen amerikanischen Studien mit z.T. eingeschränkter methodischer Qualität; Kurzinterventionen und insbesondere Screenings des Alkoholkonsums bei Schwangeren führen demnach aber zu einer Konsumreduktion bzw. -abstinenz. Die Autorinnen resümieren u. a.: „Die momentanen Maßnahmen zum Screening von Schwangeren in Deutschland sollten evaluiert und gegebenenfalls adaptiert werden. Das medizinische und das nichtmedizinische Personal, das Screening sowie Kurzinterventionen bei Schwangeren durchführt, sollte speziell aus- und weitergebildet werden. Neben grundlegender Information zum Thema Alkohol in der Schwangerschaft wird eine Weiterbildung zu Gesprächsführung sowie einem respektvollen und wertschätzendem Umgang mit den betroffenen Frauen empfohlen. Betroffene Frauen sollten bei Bedarf an entsprechende weitere Beratungs- und Behandlungsangebote verwiesen werden“ (S. 31). Es stellt sich entsprechend die Frage nach Erfahrungen mit der Implementierung von Screenings und Kurzinterventionen zum Alkohol- und Tabakkonsum in Praxisfeldern, in denen unmittelbar Schwangere in ihrer spezifischen Lebenssituation angesprochen werden können; hierzu gehören neben der gynäkologischen Versorgung wesentlich auch Schwangerschaftsberatungsstellen.

Das Projekt

Das Kooperationsprojekt des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. Köln und dem Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln widmet sich der Implementierung eines Screeninginstruments und begleitenden Kurzinterventionen zum Alkohol- und/oder Tabakkonsum in das Praxisfeld der Schwangerschaftsberatung sowie der notwendigen Vernetzung mit der Suchthilfe zur weitergehenden Behandlung [3]. Verbesserte Hilfen sollen hier auch durch Angebote eines Selbstkontrolltrainings („SKOLL“) in den Feldern der Frühen Hilfen erreicht werden.

Zielgruppe sind schwangere Klientinnen mit riskantem sowie abhängigem Substanzkonsum unter besonderer Berücksichtigung von Alkohol und Tabak; im Rahmen der Sensibilisierung von Multiplikatoren werden Fachkräfte aus Schwangerschaftsberatungsstellen, den Frühen Hilfen und der Suchthilfe einbezogen und geschult. Übergeordnet wird eine Reduktion von Alkohol- und/oder Tabakkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit und dadurch eine Verringerung prä- und postnataler Schädigungen des Kindes sowie eine bessere Versorgung schwangerer alkohol- oder tabakkonsumierender Frauen angestrebt.

Ergänzend wird das zielgruppenspezifische Erziehungskompetenztraining „Mehr MUT!“ für (ehemals oder aktuell) Suchtmittel

konsumierende Mütter von Kindern, die möglicherweise von FASD betroffen sind, eingesetzt. Diese nachgeburtliche Unterstützung zielt konzeptionell auf die Auseinandersetzung mit den eigenen mütterlichen Fähigkeiten sowie der Entwicklung des Kindes – unter den besonderen Bedingungen einer potenziell vorgeburtlich verursachten alkoholbedingten Schädigung. Die Förderung der Erziehungskompetenzen und Sensibilisierung für Substanzkonsumfolgen aus der Schwangerschaft ist nicht zuletzt auf dem Hintergrund, dass nicht selten weitere Kinder in einer Familie geboren werden, auch unter präventiver Perspektive bedeutsam.

Das Projekt wird vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Fördermaßnahme „Verbreitung bewährter Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ als eines von bundesweit 3 Projekten gefördert. Nach erfolgreichem Abschluss der ersten Förderphase 2011–2012, die sich auf die regionale Entwicklung und Erprobung bezog, steht im Fokus der aktuellen Förderphase, neben der methodischen Ausdehnung auf Akteure der „Frühen Hilfen“ und der Familienhilfe, die bundesweite Verbreitung dieses Kölner Präventionsansatzes auf weitere Modellregionen unter Beachtung der unterschiedlichen versorgungssystemischen und soziokulturellen Bedingungen (derzeit Erfkreis, Erfurt, Paderborn, Trier, Wuppertal/solingen).

Dem SkF e.V. Köln obliegen dabei die praktische Umsetzung des Modellprojektsansatzes in der eigenen Schwangerschaftsberatungsstelle, die Schulung der Fachkräfte zu projektrelevanten Inhalten sowie in Techniken der motivierenden Kurzintervention zur Dissemination des Interventionsansatzes in den kommunalen und diözesanen Netzwerken wie auch bei den bundesweiten Projektpartnern. Das DISuP beteiligt sich an der Methodenentwicklung und -schulung in Schwangerschaftsberatungen und Einrichtungen der Frühen Hilfen, übernimmt die Entwicklung und Erprobung des Erziehungskompetenzfördertrainings „Mehr MUT!“ sowie die wissenschaftliche interne Begleitforschung; die Förderlinie des BMG wird zusätzlich extern evaluiert durch die Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (Prof. Dr. Petra Kolip).

Das Interventionsmodell und Projekterfahrungen

Die im Verbreitungsmodell angewandten Interventionsmethoden (Abb. 1) lehnen sich eng an das Interventionsmodell des

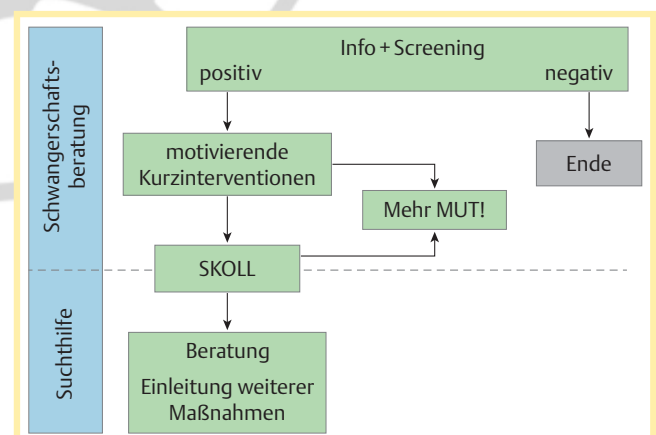


Abb. 1 Interventionsmodell zur Prävention von Alkohol- und Tabakkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit durch Angebote der Schwangerschaftsberatung und Erziehungskompetenzförderung.

Pilotprojektes an. Durch eine vernetzte Tandemstruktur von Schwangerschaftsberatung/Frühen Hilfen und der Suchthilfe strebt das Konzept eine verbesserte integrative Vorgehensweise der häufig nicht kooperierenden Systeme an, um niedrigschwellige Zugangs- und Behandlungswege für schwangere und stillende Frauen mit Substanzkonsum zu schaffen. Die Frauen sollen gemäß einem Stepped-Care-Ansatz Hilfe so früh wie möglich und so viel wie nötig erhalten.

Durch Nutzung bewährter Methoden wie psychoedukative Materialien (im Projekt: Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA), motivierende Kurzberatung und Elemente des SKOLL-Selbstkontrolltrainings in der Schwangerschaftsberatung wurden bestehende Strukturen optimiert; bei anhaltendem Konsum wird eine Vermittlung in die Suchthilfe angestrebt.

Nach den Piloterfahrungen gelingt mit diesem Interventionsmodell eine zeitökonomische und settingspezifische Durchführung von Screenings zur Konsumerfassung sowie die Einführung von motivierenden Kurzinterventionen zur Konsumveränderung in der Schwangerschaftsberatung.

Das Konsumscreening konnte durch die Eingliederung in die verbindlichen Strukturen des SkF Köln e.V. im Feld der Schwangerschaftsberatung als standardisiertes Vorgehen im Modellprojekt zuverlässig implementiert werden.

Beraterinnen in der Schwangerschaftsberatung erlebten einen Kompetenzgewinn durch die Methodenerweiterung sowie eine Sensibilisierung und Ansprachemöglichkeit hinsichtlich des Suchtmittelkonsums ihrer Klientinnen.

Die Überleitung zur Suchtberatung von Schwangeren mit behandlungsbedürftigem Alkohol-/Tabakkonsum gelang im Pilotprojekt durch eine fehlende Inanspruchnahme durch die Klientinnen jedoch nur defizitär. Der Bedarf zur vertiefenden weitergehenden Beratung bei ausgeprägtem und/oder anhaltendem riskantem Konsum soll daher zukünftig auch durch niedrigschwellige suchtpreventive und -beraterische „Inhouse“-Angebote innerhalb der Schwangerschaftsberatung gewährleistet werden. Ein weiterer Baustein im Projekt zur Ansprache der Klientinnen stellt die Schaffung neuer Zugangswege durch themenspezifische Informationen in lebensweltorientierten Bezügen über webbasierte Medien (vgl. www.lotsin.de) dar.

Das Screening in der Schwangerschaftsberatung

Die Erfassung des Alkohol- und/oder Tabakkonsums bedarf in der Lebensphase Schwangerschaft aufgrund der möglichen fetalen Schädigungen der Erhebung jeglichen und nicht nur des hinlänglich als riskant, gefährlich oder abhängig definierten Konsums.

Ein Ziel des vorliegenden Projektes war es, einen Screening-Fragebogen zum Alkohol- und/oder Tabakkonsum zu entwickeln, der:

- im Rahmen von Schwangerschaftsberatungsstellen praktikabel und ökonomisch einsetzbar ist,
- bei den befragten Schwangeren auf eine möglichst hohe Akzeptanz trifft,
- den Konsum in der bisherigen Schwangerschaft hinreichend sensibel erfasst, um daraus auch im Beratungsprozess unmittelbar Implikationen für das weitere Vorgehen ableiten zu können und
- der die – traditionell nicht mit suchtspezifischen Fragestellungen beauftragten – Schwangerschaftsberaterinnen gut in der Ansprache des Tabuthemas „Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft“ unterstützt.

Das an den Praxiserfordernissen entlang entwickelte, seit Januar 2013 in 5 Praxisregionen eingesetzte und modifizierte Screening ist in **Tab. 1** dargestellt. Es basiert auf dem VÄSE-Fragebogen (deutschsprachiger CAGE-Fragebogen) zur Erhebung des Alkoholkonsums [4] sowie dem Fagerström-Fragebogen zur Nikotinabhängigkeit [5]. Da im vorliegenden Arbeitskontext die Erfassung des fetal riskanten Konsums und weniger der Schweregrad einer Abhängigkeit von zentraler Praxisbedeutung ist, wurden im Laufe mehrfacher Modifikationen einzelne Fragen an die Lebensphase Schwangerschaft bzw. den Einsatz in Schwangerschaftsberatungsstellen angepasst oder gestrichen.

Auch der in der Literatur diskutierte TWEAK-Fragebogen [6] wurde in der Projektentwicklungsphase einbezogen, aber hinsichtlich seiner Frageformulierungen im Kontext der Schwangerschaftsberatung letztlich als zu abschreckend bewertet und daher verworfen. Dies ist auch vor dem Hintergrund des spezifischen Beratungssettings in der Schwangerschaftsberatung zu verstehen: Frauen, die sich hierher wenden, kommen in der Regel nicht wegen eines Konsumproblems und erwarten auch nicht, darauf angesprochen zu werden, sondern sehen den eigenen Beratungsbedarf z. B. in Bereichen sozialrechtlicher, finanzieller oder partnerschaftlicher Fragestellungen; um das nach wie vor bestehende Tabuthema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft dennoch besprechbar zu machen, erfordert es nach den bisherigen Praxiserfahrungen eines Screenings, das eher sensibilisierenden und gesprächsanregenden Charakter hat, als die vertiefte Diagnostik einer ggf. vorliegenden Suchterkrankung. Es geht darum, mögliche Folgen für das ungeborene Kind des bis zum Eintritt der Schwangerschaft als nicht veränderungsbedürftig eingeschätzten Konsums zu bedenken und ggf. Unterstützung anzubieten.

Ergebnisse und weitere Qualitätssicherung

Aufgrund des laufenden Projektcharakters werden hier beispielhaft die Ergebnisse des ersten Halbjahres 2013 am Standort Köln dargestellt. In diesem Zeitraum wurde 327 von 364 neuen Klientinnen bei Anmeldung in der Schwangerschaftsberatungsstelle das Screening ausgehändigt (ausgeschlossen wurden in diesem Interventionsmodell Frauen in Krisensituationen, z. B. bei Beratungsprozessen zur Pränataldiagnostik, sowie Frauen, deren mangelnde Sprachkenntnisse einer Übersetzung z. B. durch Begleitpersonen bedurften). 69,1% (n = 226) der Klientinnen stimmten unter den Studienbedingungen des inform consent einer Teilnahme zu, 30,9% (n = 101) lehnten dies ab.

4,2% (n=9) der teilnehmenden Klientinnen zeigten ein positives Alkoholkonsumscreening, 25,7% (n=57) ein positives Tabakkonsumscreening. Die Reaktion der positiv gescreenten Klientinnen auf das Screening und die sich anschließenden Kurzinterventio-

Bitte beachten: Pro Frage ist nur eine Antwort möglich!
Bitte alle Fragen vollständig beantworten!

- 1) Rauchen Sie aktuell bzw. haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?
- Ich habe zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft geraucht → weiter bei Frage Nr. 5) (0)
- Ich rauche aktuell (1)
- Ich rauche jetzt nicht mehr, habe aber bis ca. zur ____ Schwangerschaftswoche geraucht (1)
-
- 2) Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag bzw. haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?
- bis zu 5 Zigaretten / Tag (1)
- 6 bis 10 Zigaretten / Tag (2)
- 11 und mehr Zigaretten / Tag (3)
-
- 3) Auf welche Zigarette würden Sie aktuell nicht verzichten wollen bzw. wollten Sie nicht verzichten, als Sie noch in der Schwangerschaft geraucht haben?
- Die erste am Morgen (1)
- Andere (0)
-
- 4) Fällt bzw. fiel es Ihnen schwer, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen?
- Ja (1)
- Nein (0)
-
- 5) Trinken Sie aktuell alkoholhaltige Getränke bzw. haben Sie in der jetzigen Schwangerschaft Alkohol getrunken?
- Bitte beachten Sie: Hierzu gehören auch gelegentliche Getränke, wie z.B. mal ein Glas Sekt.
- Ich habe zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft Alkohol getrunken → Screening beenden (0)
- aktuell (2)
- jetzt nicht mehr, aber bis ca. zur ____ Schwangerschaftswoche (1)
- Falls Alkohol in der Schwangerschaft getrunken wird oder wurde, bitte weiter mit den Fragen Nr. 6-10
- 6) An wie vielen Tagen in der Woche trinken Sie aktuell alkoholhaltige Getränke bzw. haben Sie in der jetzigen Schwangerschaft durchschnittlich Alkohol getrunken?
- Seltener als 1x / Woche (1)
- An 1 Tag / Woche (1)
- An 2 oder 3 Tagen / Woche (2)
- An 4 oder mehr Tagen / Woche (3)
-
- 7) Haben oder hatten Sie während der jetzigen Schwangerschaft schon einmal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum verringern sollten?
- Ja, aber in den letzten 4 Wochen nicht mehr (1)
- Ja, aktuell (d.h. in den letzten 4 Wochen) (2)
- Nein (0)
-
- 8) Hat jemand Sie während der jetzigen Schwangerschaft schon einmal durch Kritisieren Ihres Alkoholkonsums ärgerlich gemacht?
- Ja, aber in den letzten 4 Wochen nicht mehr (1)
- Ja, aktuell (d.h. in den letzten 4 Wochen) (2)
- Nein (0)
-
- 9) Haben Sie sich während der jetzigen Schwangerschaft schon einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen Ihres Alkoholtrinkens?
- Ja, aber in den letzten 4 Wochen nicht mehr (1)
- Ja, aktuell (d.h. in den letzten 4 Wochen) (2)
- Nein (0)
-
- 10) Haben Sie während der jetzigen Schwangerschaft schon einmal morgens als Erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich wieder ins Gleichgewicht zu bringen oder einen Kater loszuwerden?
- Ja, aber in den letzten 4 Wochen nicht mehr (1)
- Ja, aktuell (d.h. in den letzten 4 Wochen) (2)
- Nein (0)

Für die BeraterInnen: stufenweises Interventionsverfahren nach erreichten Punkten:

1-2 Punkte → Herausgabe psychoedukativer Materialien

ab 3 Punkte → zusätzlich: Motivierende Kurzberatung

ab 4 Punkte → zusätzlich: Empfehlung zur Sucht-/Präventionsberatung und/oder zum Erziehungskompetenzkurs „Mehr MUT!“

Tab. 1 Screening Alkohol- und/oder Tabakkonsum in Schwangerschaftsberatungsstellen.

nen können in diesem Praxis-Forschungs-Kooperationsprojekt aus praxismethodischen Gründen nur aus Sicht der Beraterinnen erfasst werden, was Fehler- und Verzerrungsgefahren in der Aussagevalidität beinhaltet. Dennoch stößt das Interventionsmodell größtenteils auf eine akzeptierende Haltung bei den Klientinnen: Von den bisher abgeschlossenen Beratungsprozessen bei positiv gescreenten Klientinnen reagierten:

- ▶ auf das Screening (N=38): 76,3% positiv, 21,1% unentschieden, 2,6% ablehnend;
- ▶ auf die Aushändigung psychoedukativer Materialien (N=38): 86,8% positiv, 10,5% unentschieden, 2,6% ablehnend;
- ▶ auf motivierende Kurzberatung (N=36): 75,0% positiv, 22,2% unentschieden, 2,8% ablehnend.

Die Mehrzahl der Klientinnen zeigt sich also in der Schwangerschaftsberatung dem Erfragen des Substanzkonsums und an-

schließenden Unterstützungsangeboten zur Verhaltensänderung gegenüber offen. Während die erfasste Zahl der rauchenden Schwangeren nach den ersten Erfahrungen annähernd den Schätzwerten in Deutschland entsprechen [7], das Screening also hinreichend sensitiv ist, liegt die Zahl der Schwangeren, die einen Alkoholkonsum angeben, deutlich unterhalb der in der Bevölkerung bekannten Prävalenzen (Alkoholkonsum in der Schwangerschaft lt. KIGGS-Studie 14%) [8]. Wahrscheinlich unterliegen die Antworten im Alkoholscreening einer stärkeren Verzerrung aufgrund sozialer Erwünschtheit, möglicher Schuldgefühle und dem damit verbundenen Verschweigen des Konsumausmaßes, möglicherweise aber auch den Einflüssen der Erhebung unter Studienbedingungen (Hürde der Studieneinverständniserklärung). In der Praxis zeigt sich aber, dass Frauen in der Schwangerschaftsberatung auch bei negativem Screening Gesprächsoffenheit und Interesse an vertiefenden Informationen wie den psychoedukativen Materialien zeigen. Das Screening eröffnet somit die Möglichkeit zu weitergehenden Kurzinterventionen und damit der Prävention fetaler Schädigungen, unabhängig von der erfassten realen Zahl alkohol- oder tabakkonsumierender Schwangerer.

Resümee

Alkohol- und/oder Tabakkonsum in der Schwangerschaft stellt bei Klientinnen, aber auch bei nicht suchtspezifischen Berufsgruppen immer noch ein Thema dar, das schamhaft besetzt und schwierig besprechbar erscheint. Die Regelangebote der Suchtkrankenhilfe, die an der Behandlung von Suchterkrankungen orientiert sind, greifen hier nicht bzw. wirken abschreckend auf die Schwangeren, die sich nicht als suchtkrank erleben. Angesichts einer bestehenden Schwangerschaft ist jeglicher Konsum von Suchtmitteln im Hinblick auf das ungeborene Kind als riskanter bzw. schädigender Konsum anzusehen. Mithilfe des vorliegenden Interventionsmodells und seiner Implementierung in den im Projekt beteiligten Schwangerschaftsberatungsstellen wird deutlich, dass die Erfassung, Sensibilisierung und Veränderungsunterstützung und damit die Prävention möglicher Schädigungen für die Kinder in diesem Setting möglich und sinnvoll ist.

Fazit für die Praxis

Nach unseren Erfahrungen kann der standardisierte Einsatz von Konsumscreenings auch in der Schwangerschaftsberatung gut gelingen, wenn dies organisatorisch und organisch in vorhandene Beratungsabläufe eingepflegt wird. Das vorgestellte Screening unterstützt dabei hilfreich Gespräche über den häufig tabuisierten Alkohol- oder Tabakkonsum sowohl für Klientinnen als auch Beraterinnen.

Zur Person



Prof. Dr. Tanja Hoff, geb. 1970, Dipl.-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), seit 2010 Professorin für Psychosoziale Prävention, Intervention und Beratung an der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln und Projektleitung am dortigen Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung (www.disup.de). Seit 2000 sozial-, sucht- und gesundheitspsychologische Forschungsprojekte, u. a. zu Akkulturation/Migration und Alkoholkonsum, Kinder psychisch kranker Eltern, Sucht im Alter usw.

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation besteht.

Literatur

- 1 Fröschl B, Brunner-Ziegler S, Wirl C. Prävention des fetalen Alkoholsyndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 130 DIMDI; Köln: 2013
- 2 Landgraf M, Heinen F. S3-Leitlinie Diagnostik des Fetalen Alkoholsyndroms. www.awfm.org
- 3 Hoff T, Farke W, Rossenbach A et al. Neuer Präventionsansatz zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Suchttherapie 2011; 12: 115–118
- 4 John U, Hapke U, Rumpf HJ et al. Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd.71); 1996
- 5 Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med 1989; 12: 159–181
- 6 Merzenich H, Lang P. Alkohol in der Schwangerschaft – Ein kritisches Resümee. Expertise im Auftrag der BZgA. BZgA; Köln: 2002
- 7 Bergmann RL, Bergmann KE, Schumann S et al. Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 2008; 212: 80–86
- 8 Bergmann KE, Bergmann RL, Ellert U et al. Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2007; 50: 670–676