



Jede Zigarette weniger ist ein Erfolg

Rauchen gefährdet die Gesundheit der Kinder schon im Mutterleib. Nicht nur, wenn die Schwangere raucht, sondern auch, wenn in ihrem Umfeld zur Zigarette gegriffen wird. Passivrauchen ist für Kinder ebenso gefährlich. Man weiß, dass dadurch Allergien und andere Risiken entstehen. Hebammen können ausschlaggebend wirken, weil junge Familien offen für Veränderungen sind.

> Barbara Staschek

In Deutschland rauchen durchschnittlich 13 Prozent der werdenden Mütter zu Beginn der Schwangerschaft. Von ihnen gibt rund ein Viertel das Rauchen während der Schwangerschaft auf (Schneider et al. 2008). Andere Untersuchungen gehen aber von einer weitaus höheren Rate von schwangeren Raucherinnen sowohl zu Beginn (35 bis 40 Prozent) als auch am Ende der Schwangerschaft (20 bis 25 Prozent) aus.

Der Einfluss der Lebensumstände auf den Rauchstatus von Schwangeren und Müttern ist bedeutsam. Unter jungen und mehrfachen Müttern, Frauen aus bildungsfernen Schichten, Auszubildenden, Studentinnen sowie Frauen, die Vorsorgeuntersuchungen in geringem Umfang wahrnehmen, finden sich besonders häufig rauchende Schwangere. Rauchende Schwangere und Mütter sind häufiger ledig, haben ein niedriges Einkommen oder leben mit einem rauchenden Partner zusammen (Giersiepen et al. 2006, Röske et al. 2008, Bergmann et al. 2008, Schneider et al. 2008). Junge Frauen mit geringer Schulbildung stellen eine Hochrisikogruppe dar. Laut zurückliegenden Untersuchungsergebnissen rauchen Migrantinnen seltener als Nicht-Migrantinnen (Bergmann et al. 2008). Mittlerweile ist jedoch bei Schwangeren aus den Mittelmeerländern eine höhere Rauchprävalenz als im Bundesdurchschnitt zu beobachten (Schneider et al. 2008). Der Anteil rauchender Väter ist in Deutschland höher als der Anteil rauchender Mütter. Unter Vätern mit Migrationshintergrund finden sich besonders häufig Raucher, so dass ihre Frauen und

Kinder insgesamt häufiger passiv mitrauchen müssen (Bergmann et al. 2008).

Schätzungsweise der Hälfte aller Raucherinnen gelingt während der Schwangerschaft ein Rauchstopp. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status. Beispielsweise belegen repräsentative Daten aus Mecklenburg-Vorpommern einen vergleichsweise geringen Anteil an erfolgreichen Rauchstopp-Versuchen während der Schwangerschaft unter Frauen mit niedriger Schulbildung. Nur ein Drittel der Frauen mit weniger als zehn Jahren Schulbildung stellte das Rauchen vor der Geburt ein, im Unterschied zu fast 85 Prozent derjenigen mit mehr als zehnjähriger Schulbildung. Auch jungen Frauen gelingt demnach seltener der Rauchstopp (Röske et al. 2008). Einige Frauen reduzieren während der Schwangerschaft den Zigarettenkonsum. Befragungen dazu ermittelten einen durchschnittlichen Konsum von 20 Zigaretten täglich vor und acht Zigaretten täglich am Ende der Schwangerschaft (Giersiepen et al. 2006). Obwohl für manche Frauen die Schwangerschaft ein Anstoß zum Nichtrauchen ist, werden bis zu 70 Prozent derjenigen, die während der Schwangerschaft rauchfrei waren, innerhalb eines Jahres rückfällig (Deutsches Krebsforschungszentrum 2010, Röske et al. 2006).

Erhöhte Risiken

Rauchen während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für Früh- und Totgeburten, Schwangerschaftskomplikationen und Fehlbildungen. Abhängig von der Anzahl der gerauchten Zigaretten haben Kinder rauchender Mütter ein niedrigeres Geburtsgewicht. Die Lungenfunktion der Kinder ist verringert und sie haben ein höheres Risiko für Adipositas, plötzlichen Kindstod, erhöhten Blutdruck, möglicherweise für manche Krebsarten im Kindesalter sowie Verhaltensauffälligkeiten.

Die pathogenen Auswirkungen des Rauchens während der Schwangerschaft und rund um die Geburt zeigen sich derart, dass praktisch alle Komplikationen verschlechtert werden. Ungünstig wirkt sich das Rauchen auch auf das Stillen aus. Bezogen auf die Allergiegefährdung kann ebenso von einer signifikanten Verschärfung ausgegangen werden. So heißt es in der S3-Leitlinie zur Allergieprävention (siehe auch Seite 12ff.): Aktive und passive Exposition gegenüber Tabakrauch erhöht das Allergierisiko (insbesondere das Asthmarisiko) und ist zu vermeiden. Das gilt besonders während der Schwangerschaft (Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V. 2009).

Neben den gesundheitsschädigenden Folgen durch das Rauchen der Mutter stellt die Belastung durch Passivrauch ein zusätzliches gesundheitliches Risiko für Säuglinge und Kinder dar. Passivrauchbelastung in der Kindheit beeinträchtigt die Lungenentwicklung, erhöht das Risiko für Plötzlichen Kindstod, akute und chronische Atemwegsbeschwerden und -erkrankungen, sowie Mittelohr- und Hirnhautentzündungen (Deutsches Krebsforschungszentrum 2010). Dies ist besonders problematisch, da Kinder vorwiegend in der elterlichen Umgebung dauerhaft dem Tabakrauch ausgesetzt sind. Auch in diesem Zusammenhang nehmen risikobelastete Bevölkerungsgruppen einen besonderen Stellenwert ein. Wie Untersuchungen belegen, sind Kinder junger Eltern sowie von Eltern mit niedrigem sozioökonomischem Status besonders ausgeprägt durch Passivrauchen belastet (Robert Koch-Institut – BZgA 2008, Schulze & Lampert 2006).

Ein Rauchstopp vor oder während der Schwangerschaft kann das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Gesundheitsschäden des Kindes wirkungsvoll reduzieren. Rauch-

Die gesundheitsgefährdenden Effekte des Passivrauchens für das Kind sind immens – hier sind Verhaltensänderungen einfach umzusetzen.

Vorgestellt

Weniger ist mehr (WIM – Rauchfrei-Beratung durch Familienhebammen)

Das Projekt „Weniger ist mehr“ ist eine gemeinsame Initiative des Hebammenverbandes Niedersachsen e. V., der Stiftung „Eine Chance für Kinder“, des Vereins Frauen Aktiv Contra Tabak e. V. (FACT) und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS). Es wird vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Ziel des Projekts ist es, bildungsferne Schwangere und Mütter von jungen Kindern aus psychosozial belasteten Verhältnissen zum Rauchstopp zu motivieren und eine kompetente Rauchfrei-Beratung zu einem integrierten Bestandteil der Beratungsroutine von Familienhebammen werden zu lassen. Das Team hat aktuell eine zweite Projektphase beim Bundesministerium für Gesundheit beantragt, um die Seminare, außer in Niedersachsen, auch in anderen Bundesländern anbieten zu können. Mittelfristig geplant ist eine Ausweitung des Qualifizierungsprogramms auf alle Hebammen.

freie Mütter und Familien schützen ihre Kinder somit nachhaltig vor den gesundheitlichen Risiken des Passivrauchens. Eltern, denen ein Rauchstopp nicht gelingt, verbessern durch die Reduktion des Tabakkonsums und den Rauchverzicht in der Gegenwart ihrer Kinder sowie durch eine rauchfreie Umgebung die Ausgangslage für die eigene und die Gesundheit ihrer Kinder deutlich. Durch eine rauchfreie Schwangerschaft wird

- die Häufigkeit von allergischen Erkrankungen (insbesondere Asthma) um ein Drittel gesenkt

- das Risiko einer Fehlbildung gesenkt
- die Möglichkeit einer Frühgeburt um die Hälfte reduziert
- das Risiko einer Totgeburt um ein Drittel reduziert
- die Gefahr des Plötzlichen Kindstods um mehr als die Hälfte gesenkt (Multiplikatorenfortbildung aid 2011).

Die WHO beurteilt deshalb das Rauchen als den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktor für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf in der Europäischen Union (WHO 1999).

Ziel sollte es deshalb sein, kompetente Rauchfrei-Beratung zu einem integrierten Bestandteil der Beratungsroutine von Hebammen und Familienhebammen werden zu lassen. Ziel muss es sein, Schwangere und Mütter in Richtung eines *vollständigen* Rauchstopps zu unterstützen. Partner und Familienmitglieder sind in jedem Fall in die Beratung einzubeziehen. Eine rauchfreie Umgebung für das Kind zu schaffen, ist dabei ein wichtiges Teilziel (siehe auch Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften, AWMF: DG Sucht + DGPPN 10/2004; DG Pneumologie 5/2008, www.awmf.org).

Effektive Rauchfrei-Beratung

Hebammen stehen vor der Aufgabe, die Rauchfrei-Beratung in ihre Tätigkeit zu integrieren und sie möglichst effektiv zu gestalten. Dies ist für Familienhebammen umso wichtiger, da bei den von ihnen betreuten Müttern und Kindern häufig Mehrfachbelastungen anzutreffen sind, deren krankmachende Wirkung sich möglicherweise potenziert.

Hinzu kommt, dass gerade in diesen eher schwierigen Lebensverhältnissen die Häufigkeit und Intensität des Tabakkonsums überdurchschnittlich hoch ist, während die meisten der hier geborenen Kinder zum Zeitpunkt ihrer Geburt gesund sind. Das ist für beteiligte Fachleute und Eltern eine Herausforderung, der sich alle stellen sollten: Je nachdem, wie sich Eltern und Umfeld verhalten, macht es für den Lebensweg der Kinder einen signifikanten Unterschied. Ihr Weg unterscheidet sich wesentlich in Abhängigkeit davon, welche Betreuung und Förderung sie in den ersten Lebensjahren erhalten.

In diesem Zusammenhang begründet sich auch der Projektansatz des Vorhabens „Weniger ist mehr – Rauchfrei-Beratung durch Familienhebammen“, das seit Anfang 2011 an Qualifizierungsangeboten für Familienhebammen arbeitet.

Das Thema Nicht-Rauchen in der Hebammenbetreuung anzusprechen, ruft bei Hebammen wie auch bei anderen Fachleuten häufig ambivalente Gefühle hervor. Befürchtungen werden angeführt, dass durch ein Ansprechen die Beziehung zur Frau gefährdet werden könnte. Außerdem ist der Glaube an die Wirksamkeit der Beratung durch Hebammen bisher noch nicht genügend verbreitet.

Durch das Qualifizierungsangebot des Projekts „Weniger ist mehr (wim)“ (siehe Kasten Seite 43) sollen eine möglichst gute Praxiswirksamkeit erreicht und die zeitnahe Umsetzung des Gelernten gefördert werden. Neben der Wissensvermittlung und dem Einüben von Beratungswerkzeugen reflektieren die (Familien-) Hebammen in den Seminaren auch die eigenen Erfahrungen und Gefühle. Im Hinblick auf die tägliche Praxis überlegen sie, wo genau und wie sie in ihrer Arbeit die Rauchfrei-Informationen und diesbezügliche Beratung integrieren können.

Aus den bisherigen, noch relativ kurzen Projekterfahrungen können einige zentrale Aussagen an dieser Stelle weiter führen:

- Hilfreich und wirksam ist es, die Rauchfrei-Beratung in die Routinearbeit der Hebammentätigkeit zu integrieren.
- Ein neutrales und nicht wertendes Erfragen des aktuellen Rauchstatus stärkt die Vertrauensbeziehung zwischen Frau und Hebamme.
- Auf der Basis motivierender Gesprächsführung und lösungsorientierter Beratung wirken das längerfristige Begleiten und das wiederholte Erkunden der Situation unterstützend für einen Rauchstopp oder die Reduzierung des Konsums.
- Die Gespräche der Rauchfrei-Beratung sind ein bedeutsamer Zugangsweg zu anderen Fragen oder Konfliktlagen der Frauen beziehungsweise der Eltern, die als Ursachen für den Tabakkonsum identifiziert und damit bewusst gemacht oder bearbeitet werden können.
- Die Richtung in der Beratung „Weniger ist mehr“ oder „Jede nicht gerauchte Zigarette ist ein Erfolg!“ erweist sich sowohl für die betreuenden Hebammen als auch für die betreuten Frauen und Familien als aussichtsreiche Strategie.
- Insbesondere der Fokus, eine rauchfreie Umgebung für die Kinder herzustellen, setzt bei der Motivation an, eine gute Mutter beziehungsweise ein guter Vater sein zu wollen, und fördert diese Erfahrung bei den Eltern.

Material zur Rauchfrei-Beratung durch Hebammen

- Ich bekomme ein Baby, rauchfrei in der Schwangerschaft: www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/rauchfrei-in-der-schwangerschaft-ich-bekomme-ein-baby/
- Das Baby ist da, rauchfrei nach der Geburt: www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/rauchfrei-nach-der-geburt-das-baby-ist-da/
- Ihr Kind raucht mit, was Sie über Passivrauchen wissen sollten: www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/ihr-kind-raucht-mit/
- Vorsicht Wasserpfeife: www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/vorsicht-wasserpfeife/
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Telefonberatung zur Raucherentwöhnung, www.rauchfrei-info.de
- BZgA: Raucher-/Nichtraucher-Infos mit aktuellen News, Forum, Rauchertests und Ausstiegsprogramm speziell für Jugendliche: www.rauch-frei.info/
- DAK – Just be smoke-free. Programm zum Rauchstopp für Jugendliche und junge Erwachsene: www.justbesmokefree.de/
- Aufkleber und anderes für den Mutterpass und Unterrichtsmaterialien für Kurse: www.gesund-ins-leben.de
- Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ): Passivrauchende Kinder in Deutschland, Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben, Band 2, Rote Reihe, 4. überarbeitete Auflage (2004): www.dkfz.de
- DKFZ: Schutz der Familie vor Tabakrauch. Band 14- Rote Reihe, www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_14_Schutz_der_Familie_vor_Tabakrauch.pdf
- Schweizerischer Hebammenverband, Guideline zu Screening und Beratung bei Zigaretten- und Alkoholkonsum vor, während und nach der Schwangerschaft: www.hebamme.ch

- Die Integration der Rauchfrei-Beratung in die Hebammenpraxis bietet für Hebammen und Eltern gute Chancen, die eigene Selbstwirksamkeit zu erfahren, sich als erfolgreich zu erleben und über die positiven Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder auch das eigene Selbstbewusstsein zu stärken. ○

Die Autorin

Barbara Staschek ist selbstständige Diplompädagogin, Hebamme und Supervisorin. Die Schwerpunkte ihrer Arbeit ist die Supervision im Themenfeld Gesundheit, Pädagogik, Schule, die Qualifizierung von (Familien-) Hebammen, Projektentwicklung und Projektmanagement sowie die Fachberatung für Familienhebammenprojekte und Frühe Hilfen.

Kontakt:
info@staschek.com

Hinweis

In den Artikel eingeflossen sind die **Arbeitsergebnisse des „Weniger ist mehr“ - (Wim)-Projektteams**: Sybille Fleitmann, Evelyn Lesta, Christiane Schwarz, Dr. Ute Sonntag, Dr. Sabina Ulbricht und Dr. Edith Weiß-Gerlach.

Weitere Seminare

Das Bundesministerium für Gesundheit ermöglicht eine weitere **Seminarfolge** für das Projekt **Weniger ist mehr (WIM - Rauchfrei-Beratung durch Familienhebammen)** für Familienhebammen. Veranstaltungsort ist Hannover. Die Seminarteilnahme ist kostenfrei. Einführungsseminar: 13. und 14. Juni 2012 (eineinhalb Tage). Der Termin für den Vertiefungstag (ein halber Tag) wird dort bekannt gegeben. Referentinnen sind Dr. Edith Weiß-Gerlach und Barbara Staschek. Kontakt und weitere Auskünfte bei der Autorin (s.o.).

Literatur

Bergmann, R. L.; Bergmann, K. E.; Schumann, S.; Richter, R.; Dudenhausen, J. W.: Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie. 212, 80-86 (2008)
British Medical Association: Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. London: BMA science and education department. British Medical Association and Tobacco Control Resource Centre. (2004)
Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.): Schutz der Familie vor Tabakrauch. Heidelberg (2010)
Giersiepen, K.; Rahden, O. von; Hassel, H.: European action on Smoking Cessation In Pregnancy (EURO-scip) III. National Status Report: Germany. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/[2.8.2011] (2006)
Leitlinie „Tabakbedingte Störungen/Leitlinie Tabakentwöhnung“. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e.V.; Leitlinie Allergieprävention, Update 2009, S. 5 (2009)
Multiplikatorenfortbildung: Primäre Allergieprävention, Rauchfrei, aid-infodienst, Bonn, S. 9 (2011)
Robert Koch-Institut/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Erkennen-Bewerten-Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln (2008)
Röske, K.; Hannover, W.; Thyrian, J. R.; Grempler, J.; Rumpf, H.-J.; John, U.; Hapke, U.: Warum Frauen nach der Geburt wieder mit dem Rauchen anfangen. Gesundheitswesen. 68, 171-175 (2006)
Röske, K.; Lingnau M.-L.; Hannover, W.; Haas, J.-P.; Thyrian, J. R.; Fusch C.; John, U.: Prävalenz des Rauchens vor und während der Schwangerschaft - populationsbasierte Daten. Dtsch med Wochenschr. 133, 764-76 (2008)
Schneider, S.; Maul, H.; Freerksen, N.; Potschke-Langer, M.: Who smokes during pregnancy? An analysis of the German perinatal quality survey 2005. Public Health. 122:1210-1216 (2008)
Schulze, A.; Lampert, T.: Bundes-Gesundheitssurvey: soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut Berlin (2006)
World Health Organization (WHO): World No-Tobacco Day 1999 - Leave the pack behind. Geneva (1999)



»»» Ideal zur vaginalen pH-Wert-Regulierung in der Schwangerschaft

KadeFungin® Milchsäurekur mit (S)-Milchsäure und pH4



- Als 7-Tage-Kur
- Regeneriert und stabilisiert die Vaginalflora
- Ohne Duft- und Farbstoffe
- Auch zur unterstützenden Behandlung bakterieller Vaginosen und nach Behandlung von Scheidenpilz



Ja, bitte senden Sie mir:

- Muster der KadeFungin® Milchsäurekur
 25 Patientinnen-Ratgeber

Name, Vorname

Straße

PLZ/Ort

Senden Sie diesen Abschnitt an:
DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH,
Registraße 2, 12277 Berlin oder schicken Sie uns eine
E-Mail an: kadefungin@kade.de

www.kadefungin.de

DR. KADE Pharmazeutische Fabrik GmbH, Berlin

KadeFungin® Milchsäurekur, Gel, Zusammensetzung: (S)-Milchsäure, Glycerol, Hydroxyethylcellulose, Natriumlactat-Lösung, Propylenglycol, Sorbinsäure, gereinigtes Wasser. **Anwendungsgebiete:** Regeneration und Stabilisierung der Vaginalflora, Wiederherstellung des natürlich sauren Milieus. **Gegenanzeigen:** Keine Anwendung bei: bekannter Überempfindlichkeit gegen einen oder mehrere Inhaltsstoffe. **Nebenwirkungen:** Zu Beginn der Therapie Leichtes Brennen möglich. Stand: 01/2011, E-Mail: kadefungin@kade.de, www.kadefungin.de.

DR. KADE
PHARMA

