

## Proaktive Telefonberatung zielt auf Rauchverzicht

# Start ins Leben ohne Nikotin

Von Barbara von Richthofen-Krug<sup>1</sup>, Prof. Dr. Christian Haasen<sup>1</sup>, Margrit Schlankardt<sup>2</sup>

**Die Gefahren sind hinlänglich bekannt, und doch rauchen schätzungsweise 25 bis 35 Prozent der Frauen zu Beginn einer Schwangerschaft. Das Hamburger Projekt PATERAS (ProAktive Telefonberatung RAuchen und Schwangerschaft – Säuglingszeit), ein telefonisches Beratungsangebot des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg in Kooperation mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), versucht Schwangere und ihre Partner, zum Ausstieg zu motivieren.**

In Deutschland raucht etwa jede dritte Frau (32,4 Prozent) im Alter zwischen 20 und 45 Jahren (Daten des Mikrozensus 2005, erhoben in 370.000 Haushalten [Statistisches Bundesamt 2006]). Leider stehen auf nationaler Ebene keine Daten zur Prävalenz des Rauchens in der Schwangerschaft zur Verfügung. Geschätzt wird, dass in Deutschland zu Beginn der Schwangerschaft 25 bis 35 Prozent der Frauen rauchen. Bestimmte Subgruppen sind allerdings überproportional betroffen. So rauchen die Hälfte der unter 25jährigen und 40 Prozent der sozial benachteiligten Schwangeren, während die Rauchprävalenz allein stehender Schwangerer sogar 62 Prozent beträgt. Rauchen in der Schwangerschaft kann dramatische, langfristige Folgen haben. Dazu gehören ein deutlich erhöhtes Fehl- und Frühgeburtsrisiko, verringertes Geburtsgewicht, verzögertes Wachstum, häufigeres Auftreten von Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, erhöhte perinatale Mortalität, erhöhtes Risiko des Plötzlichen Kindstodes (Sudden Infant Death Syn-

drome [SIDS]), erhöhtes Leukämierisiko, chronische Beeinträchtigung von Lungenentwicklung und -wachstum sowie vermehrt Asthma. Weitere Spätfolgen wie Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) oder andere Verhaltensauffälligkeiten werden diskutiert.

## Passivrauchbelastung

Kinder von Frauen, denen ein Rauchverzicht in der Schwangerschaft nicht gelungen ist oder die nach der Geburt wieder beginnen zu rauchen (bis zu 60 Prozent der Frauen, denen ein Rauchverzicht in der Schwangerschaft gelungen ist werden – ohne Intervention – nach der Geburt ihres Kindes wieder rückfällig), sind zudem häufiger den Risiken der Passivrauchbelastung ausgesetzt als Kinder von Nichtraucherinnen. Zu diesen Risiken gehören akute Atemwegserkrankungen, Bronchitis, Lungenentzündungen, chronischer Husten, sowie akute und chronische Mittelohrentzündungen. Zusätzlich gibt es Hinweise darauf, dass rauchende Mütter bzw. Eltern als Rollenmodell und mittels anderer Mechanismen Rauchgewohnheiten an die nachfolgende Generation weitergeben können. Neugeborene gewöhnen sich zum Beispiel daran, dass Muttermilch und Eltern nach Tabak riechen, es findet eine positive Verknüpfung statt.

In Deutschland verzichten 25 bis 50 Prozent der Raucherinnen spontan vor oder während der Schwangerschaft auf das Rauchen. Obwohl diese spontane Verzichtsquote gegenüber nichtschwangeren Raucherinnen sehr hoch erscheint, bleiben somit noch 50 bis 75 Prozent der Raucherinnen, denen trotz ihrer Schwangerschaft ein Verzicht auf das Rauchen nicht gelangt. Schwangere Raucherinnen

konsumieren durchschnittlich 13 Zigaretten täglich, was im Verlauf der Schwangerschaft zu einer durchschnittlichen Schadstoffbelastung von rund 3640 Zigaretten führt.

## Interventionen

In Deutschland existiert eine bundesweite Interventionsstrategie zur Reduzierung des Rauchens in der Schwangerschaft bislang lediglich im Ansatz. Dabei bietet die Zeit rund um eine Geburt einen hervorragenden Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung, insbesondere da in dieser Lebensphase auch Menschen erreicht werden, die sonst kaum Angebote der Gesundheitsversorgung und Prävention nutzen. Anhand von Meta-Analysen konnte belegt werden, dass die besonders hohe Motivation zum Nikotinverzicht während der Schwangerschaft durch Interventionen deutlich gesteigert werden kann. Untersuchungen aus den USA konnten sogar die Kosteneffizienz entsprechender Interventionen nachweisen. Gelingt es einer Frau, vor oder auch während der Schwangerschaft auf das Rauchen zu verzichten, reduzieren sich nachweislich die Risiken.

## PATERAS – Ein Hamburger Projekt

Die bestehende Problematik wird in Hamburg vom Projekt PATERAS aufgegriffen. Die telefonische Beratungsform gilt als niedrigschwellig, ermöglicht eine sehr individuelle Beratung und zeichnet sich dabei durch einen relativ geringen Aufwand aus. Neben anderen Formen der Raucherberatung zeigen Telefonberatungen ähnlich gute, teilweise sogar höhere Erfolgsquoten. Dies gilt insbeson-

dere für die proaktiven Beratungstelefone. Bei diesen werden die Klientinnen nach einem Erstkontakt vom Beratungsteam proaktiv angerufen, d. h., sie müssen sich nicht mehr von sich aus melden, sondern der (pro-)aktiv Handelnde sind die Beraterinnen. Speziell bei einem gesellschaftlich stark tabuisierten Verhalten wie dem Rauchen in der Schwangerschaft müssen die Frauen so nicht selbst ihre Hemmschwelle überwinden. So scheint das proaktive Vorgehen ein wichtiger Schlüssel zum Erfolg zu sein.

Die Zielgruppe des neuen Hamburger Projektes PATERAS umfasst rauchende Schwangere und ihre Partner (unabhängig davon, ob sie ebenfalls rauchen oder nicht), rauchende Mütter und Väter während des ersten Lebensjahres ihres Kindes, sowie Frauen, die aufgrund der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben (zur Stabilisierung der Abstinenz und Rückfallprophylaxe). Die Kontaktaufnahme erfolgt über Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hebammen, Geburtskliniken, Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte, Mütterberatungsstellen und Elternschulen. Kern der niedrigschwelligen Intervention ist das proaktive Vorgehen in Form einer telefonischen Raucher(innen)beratung. Das Projekt wird vom Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg in Kooperation mit der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft

für Gesundheitsförderung (HAG) durchgeführt und wird von den Hamburger Krankenkassen für drei Jahre gefördert. Die Evaluation sechs und zwölf Monate nach Erstkontakt ist Projektbestandteil.

Erfahrungen der ersten Monaten der Projektlaufzeit haben gezeigt, wie wichtig das proaktive Vorgehen ist: So haben sich nur zirka 10 Prozent der beratenen Frauen selbst gemeldet, während 90 Prozent der Kontakte darüber zustande kamen, dass Fachpersonen die Patientin zu einer Einwilligung motivierten und diese Einwilligungserklärung direkt weitergeleitet wurde. In dem im Oktober 2006 initiierten Projekt wurden bislang 36 Frauen beraten. Elf Frauen konnten zu einem Rauchstopp motiviert werden, vier bei der Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz unterstützt werden und weitere fünf reduzierten die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten. Aufgrund von Sprachschwierigkeiten bei einigen Beratungen soll künftig eine türkischsprachige Kollegin das Team ergänzen. Die Frauen haben die Anrufe fast durchgängig positiv aufgenommen, sind gesprächsbereit und freuen sich über telefonische Unterstützung. Zunächst sind vier Telefonate (Dauer jeweils 10-20 Minuten) vorgesehen, wobei sich die tatsächliche Anzahl am individuellen Bedarf der Klientinnen orientiert und auch höher liegen kann. Wenn Klientinnen einen Ausstiegstermin

festlegen, gibt es fünf Folgeanrufe im ersten Monat nach dem Rauchstopp, da dieser als besonders rückfallsensibel gilt. Das Projekt lebt davon, dass Fachpersonen betroffene Frauen bzw. Paare aus Hamburg informieren und möglichst zu einer Einwilligung motivieren, die dann an das Projekt weitergeleitet wird. Informationen und Faltblätter sind über das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) erhältlich.

*Literatur bei den Verfassern*

**1** Prof. Dr. Christian Haasen ist Direktor des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS), Barbara von Richthofen-Krug arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am ZIS.

**2** Margrit Schlankardt ist Geschäftsführerin der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG).

#### Kontaktadresse

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)  
z.Hd. Barbara von Richthofen-Krug  
Martinstraße 52  
20246 Hamburg  
Tel.: 040-42803-7570  
Tel. für KlientInnen: 01805-505 909  
(14 Ct/Min. aus dem Festnetz der T-Com, Rückrufe kostenlos)  
Fax: 040-42803-8351  
E-Mail: [pateras@uke.uni-hamburg.de](mailto:pateras@uke.uni-hamburg.de)