

Rauchen in der Schwangerschaft

Möglichkeiten zur Reduktion und Beendigung des Tabakkonsums unter Einbeziehung eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts
im Studiengang Gesundheitsmanagement und Integrierte
Versorgung

Autorin: Sarah Maria Legat, BScN

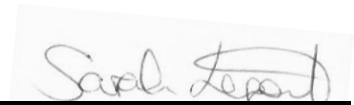
Personenkennzeichen: 1810795027

Betreuer: Dr. med. univ. Martin Sprenger, MPH

Datum: 24.6.2020

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit, dass ich die Masterarbeit selbständig verfasst habe. Die von mir verwendeten Hilfsmittel habe ich angegeben, Zitate kenntlich gemacht.



Graz, 24.06.2020

Unterschrift

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ARGE	Arbeitsgemeinschaft
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
Etc.	et cetera
EU	Europäische Union
E-Zigaretten	Elektrische Zigaretten
GKK	Gebietskrankenkasse
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
NHS	National Health Service
Nr.	Nummer
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Develop- ment
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
ONGKG	Österreichisches Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
RCT	Randomised Controlled Trial
RIS	Rechtsinformationssystem des Bundes
SMS	Short Messenger Service
WHO	World Health Organization

KURZFASSUNG

Problemstellung: Die Folgen des Rauchens betreffen sowohl die Gesundheit der Mutter als auch die des Ungeborenen und Säuglings. In der Praxis wird das Thema häufig tabuisiert, da davon ausgegangen wird, dass Frauen grundsätzlich durch die Schwangerschaft motiviert sind mit dem Rauchen aufzuhören. Doch fehlt es oft an Unterstützungsangeboten und Hilfestellungen bei der Raucherentwöhnung.

Methode: Die Masterarbeit beinhaltet einen theoretischen und einen empirischen Teil. Für den theoretischen Teil wurde Literatur aus Datenbanken, Fachliteratur und relevanten Internetquellen hinzugezogen. Im empirischen Teil wurde ein qualitativer Forschungsansatz angewendet. Fünf Experteninterviews, sowie drei Interviews mit (passiv-)rauchenden Schwangeren wurden hierzu durchgeführt.

Ergebnisse: Es gibt derzeit noch sehr ungenaue Prävalenzzahlen aus Österreich zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft und bedarf daher weiterer Forschung. Es konnten verschiedenste Entwöhnungsmaßnahmen im nationalen und internationalen Raum dargestellt werden. Um eine effektive Raucherentwöhnung zu garantieren, ist es wichtig, individuell auf die Bedürfnisse der rauchenden Schwangeren einzugehen.

Schlussfolgerung: Um weitreichende Erfolge in der Tabakentwöhnung von rauchenden Schwangeren zu erzielen, ist es unabdingbar die Angebote auszuweiten und eine Kombination verschiedener Entwöhnungsmethoden individuell an die Schwangere anzupassen. Empfehlungen für die Forschung und Praxis beziehen sich auf die Durchführung wissenschaftlicher Studien, sowie auf die Vertiefung des Themas in Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens.

Schlüsselwörter: Rauchen, Schwangerschaft, Tabakentwöhnung, Raucherentwöhnung, ganzheitliche Versorgung

ABSTRACT

Problem: The consequences of smoking affect both the health of the mother, as well as that of the unborn and infant. In practice, this topic is often taboo, since it is assumed that women are generally motivated by pregnancy to quit smoking. However, there is often a lack of support and assistance with smoking cessation.

Method: The present paper contains a theoretical and an empirical part. For the theoretical part literature from databases, as well as expert literature and relevant internet sources were used. A qualitative research approach was used for the empirical part. Five expert interviews and three interviews with (passive-)smoking pregnant women were conducted.

Results: There are currently still very inaccurate prevalence figures from Austria about smoking during pregnancy and therefore it requires further research. A wide variety of smoking cessation measures could be presented in national and international areas. In order to guarantee an effective smoking cessation, it is important to respond individually to the needs of pregnant women who smoke.

Conclusion: To achieve far-reaching successes in smoking cessation from pregnant women, it is essential to expand the offers and to individually adapt a combination of different smoking cessation methods to the pregnant woman. Recommendations for research and practice relate to the conduct of scientific studies, as well as deepening the topic in training centres of the healthcare system.

Key words: smoking, pregnancy, tobacco cessation, smoking cessation, holistic care

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Problemstellung.....	2
1.2	Forschungsfragen	6
1.3	Forschungsziel	6
2	METHODIK UND VORGEHENSWEISE.....	7
2.1	Literature Review.....	7
2.2	Suchstrategie.....	7
2.3	Auswahl der Literatur.....	8
3	THEORETISCHER HAUPTTEIL.....	10
3.1	Begriffsdefinitionen.....	10
3.1.1	Raucher/innen	10
3.1.2	Passivraucher/innen und Passivrauchen.....	12
3.1.3	Abhängigkeit und Sucht.....	12
3.1.4	Tabak	14
3.1.5	Nikotin	14
3.1.6	Tabakprodukttrichtlinie	15
3.1.7	Ganzheitliche Versorgung	16
3.1.8	Schwangerschaft.....	17
3.1.9	Neugeborenes.....	17
3.1.10	Säugling	17
3.2	Epidemiologie des österreichischen Rauchverhaltens in der Schwangerschaft.....	18

3.3 Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft - Ansätze auf der Verhaltensebene in Österreich.....	19
3.3.1 Beratung und Psychosoziale Interventionen.....	19
3.3.2 Interventionen durch Gesundheitsanbieter und Gesundheitsberufe.....	21
3.3.3 Rauchfreies Krankenhaus	22
3.3.4 Interventionen durch Versicherungsträger.....	23
3.3.5 Broschüren	27
3.3.6 Medikamentöse Ansätze – Nikotinersatztherapie.....	29
3.3.7 Komplementäre Angebote.....	29
3.3.8 Tabakpräventionsstrategie Steiermark.....	30
3.3.9 Übersicht der nationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung	32
3.4 Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft - Ansätze zur ganzheitlichen Versorgung im internationalen Vergleich.....	33
3.4.1 Psychosoziale Interventionen.....	33
3.4.2 Interventionen durch Gesundheitsanbieter und Gesundheitsberufe.....	34
3.4.3 Die Rolle von sozialen Netzwerken, Angehörigen und Partner/innen.....	42
3.4.4 Contingency Management.....	46
3.4.5 Finanzielle Anreizsysteme.....	46
3.4.6 Mobile Health.....	48
3.4.7 Medikamentöse Ansätze – Nikotinersatztherapie.....	52
3.4.8 Sportliche Betätigung	53
3.4.9 Übersicht der internationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung im Vergleich mit Interventionen aus Österreich.....	55
4 EMPIRISCHER TEIL.....	58
4.1 Methodik.....	58

4.1.1	Auswahl und Beschreibung der Expert/innen und (passiv-) rauchenden Schwangeren.....	59
4.1.2	Durchführung der Interviews.....	60
4.1.3	Ergebnisdarstellung.....	61
4.2	Interpretation der Ergebnisse.....	63
5	DISKUSSION UND AUSBLICK	80
5.1	Zusammenfassung.....	80
5.2	Beantwortung der Forschungsfrage.....	80
5.3	Diskussion.....	83
5.3.1	Stärken der Arbeit.....	87
5.3.2	Limitationen der Arbeit.....	87
5.4	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	88
5.4.1	Empfehlungen für die Forschung.....	89
5.4.2	Empfehlungen für die Praxis.....	89
6	VERZEICHNISSE	91
6.1	Literaturverzeichnis.....	91
6.1.1	Literaturquellen.....	91
6.1.2	Internetquellen.....	95
6.1.3	Gesetzestexte.....	101
6.2	Abbildungsverzeichnis.....	101
6.3	Tabellenverzeichnis.....	102
ANHANG.....		
A.1	Interviewleitfaden	
A.2	Transkription Interview I	

A.3 Transkription Interview II
A.4 Transkription Interview III
A.5 Transkription Interview IV
A.6 Transkription Interview V
A.7 Schriftliche Beantwortung des Interviewleitfadens [VI]
A.8 Schriftliche Beantwortung des Interviewleitfadens [VII]
A.9 Schriftliche Beantwortung des Interviewleitfadens [VIII]
A.10 Suchprotokoll
A.11 Kategorienschema

1 EINLEITUNG

Die ersten Rauchversuche beginnen bei vielen Menschen bereits im Jugendalter. In den letzten Jahren ist die Anzahl der Raucher/innen in einigen Ländern deutlich rückläufig (Felder-Puig, Teutsch, Ramelow & Maier, 2019, S. 97). Die aktuelle HBSC (= Health Behaviour in School-aged Children)-Studie aus den Jahren 2013/2014 zum Thema „Ungleich aufwachsen: Geschlechterspezifische und sozioökonomische Unterschiede in Bezug auf die Gesundheit und das Wohlbefinden junger Menschen“ zeigt auf, dass in Österreich die Anzahl der 15-jährigen Raucherinnen bei 14 Prozent liegt. In Deutschland liegt die Prozentzahl dieser bei 15 und in Schweden bei sieben (WHO, 2016, S. 151). Das Jugendalter, ab dem regelmäßig Zigaretten geraucht werden, liegt im Durchschnitt bei 15,3 Jahren. Das Rauchverhalten zeigt sich dabei häufig stabil im Übergang zum Erwachsenenalter (ebd., S. 97). Das wiederum bestätigt sich durch vorhandene Daten zur Raucherprävalenz im gebärfähigen Alter und während der Schwangerschaft. Eine Erhebung der Statistik Austria im Jahr 2014 ergab, dass 22,1 Prozent der Frauen im gebärfähigen Alter täglich geraucht haben (Statistik Austria, 2015, S. 172; Statistik Austria, 2019, o.S.). Im Geschlechterunterschied zeigt sich eine Zunahme der Anzahl der rauchenden Frauen um 12,3 Prozent seit 1972. Von 2006/2007 bis zum Jahr 2014 war eine Zunahme von 1,7 Prozent zu erkennen (Stelzl, B. persönl. Mitteilung, 15.4.2020). Einige Faktoren beeinflussen das Rauchverhalten von (schwangeren) Frauen. Darunter fallen der sozioökonomische Status, die Ausbildung, das Alter und schwangerschaftsbezogene Symptome wie Übelkeit, Geschmack und olfaktorische Veränderungen (Greaves, Poole, Okoli, Hemsing, Qu, Bialystok & O’Leary, 2011, S. 2). Ein großes Problem stellen schwierige soziale Lebensumstände der Schwangeren dar. Sie neigen, im Vergleich zu Schwangeren aus besser gestellten sozialen Schichten, eher dazu das Rauchen schwerer aufgeben zu können (Ayerle, 2005, S. 10). Frauen, welche es nicht schaffen in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufzuhören haben sehr häufig ein niedriges Einkommen, weniger soziale Unterstützung, einen niedrigeren Bildungsstand, sind jünger, haben eine unzureichende Betreuung während der gesamten Schwangerschaft, keine/n Partner/in oder eine/n rauchende/n Partner/in (Coleman, Chamberlain, Daves, Cooper & Leonardi-Bee, 2015, S. 3).

Schon vor 15 Jahren haben Engelkraut und Teuerle folgendes erkannt (2005, S. 197): „Für eine effektive Beratung müssen die Lebensumstände der Schwangeren bemerkt und mit einbezogen werden. Eine Beratung ist dann gut, wenn die Ratsuchenden hinterher mehr Handlungsmöglichkeiten haben als vorher“.

Die Schwangerenbetreuung und -beratung nimmt einen hohen Stellenwert in der Versorgung ein. Dazu zählen unter anderem die Schwangerenvorsorge und die Gesundheitsförderung. Die Evidenz zeigt auf, dass der Zugang zu Informationen und Ressourcen zu einer deutlichen Verbesserung der Gesundheit beitragen kann. Ziel der Schwangerenberatung ist es, dass sowohl die Schwangere als auch das ungeborene Kind körperlich, seelisch und geistig gestärkt werden. Darüber hinaus ist es relevant Informationen zu übermitteln, welche verständlich sind, ohne dabei die Schwangere zu bevormunden. Unnötige Sorgen und Verunsicherungen sollten ersetzt werden durch Hoffnung, Vermittlung von Sicherheit sowie Kompetenz (ebd., S. 197).

Die negativen Folgen durch den Tabakkonsum können nur dann völlig ausgeschaltet werden, wenn die Schwangere das Rauchen völlig aufgibt (Ayerle, 2005, S. 10). Durch erfolgreiche Abstinenz des Rauchens vor und während der Schwangerschaft können sowohl das Komplikationsrisiko als auch negative Gesundheitsfolgen für Mutter und Kind deutlich gesenkt werden. Daher erhält dieses Thema in Bezug auf Public Health einen hohen Stellenwert bei Schwangeren und Frauen im gebärfähigen Alter (Kuntz, Zeihe, Starker, Prütz & Lampert, 2018, S. 47).

1.1 Problemstellung

Die Folgen des Rauchens betreffen einerseits die Mütter, andererseits aber auch die Gesundheit der ungeborenen Kinder und Säuglinge (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 38-39; Greaves et al., 2011, S. 2). Rauchen während der Schwangerschaft führt bei der angehenden Mutter zu einem erhöhten Risiko Erkrankungen am Herz-Kreislauf-System oder an der Lunge zu erleiden. Es besteht dadurch auch ein erhöhtes Risiko für Komplikationen während der Schwangerschaft. Für den Fötus stellen ein „niedriges Geburtsgewicht, Totgeburten, spontane Fehlgeburten, vermindertes

Fötuswachstum, Frühgeburten, Plazentaabbruch und plötzlicher Kindstod“ unerwünschte Folgen dar (Greaves et al., 2011, S. 2). Nach der Klassifizierung der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (= ICD 10) können Säuglinge von rauchenden Müttern die Diagnose „Fetusschädigung durch Tabakkonsum der Mutter“ erhalten (Horak, Fazekas, Zacharasiewicz, Eber, Kiss, Lichtenschopf, Neuberger, Schmitzberger, Simma, Wilhelm-Mitteräcker & Riedler, 2011, S. 130). Eine detaillierte Diagnosebeschreibung wurde bereits 1985 gefordert, und wäre auch heute noch wünschenswert. Möglich wäre hierbei laut Neuberger die Bezeichnung „fetales Tabaksyndrom“ (ebd., S. 130).

Laut der Weltgesundheitsorganisation (= World Health Organization = WHO) haben über 40 Prozent der europäischen Kinder mindestens einen Elternteil, der raucht. Fast 50 Prozent aller Kinder halten sich regelmäßig an öffentlichen Orten auf, welche durch Tabakrauch belastet sind. Wenn Kinder in einem Raucherhaushalt aufwachsen ist die Gefahr doppelt so hoch, dass sie auch selbst irgendwann zu rauchen beginnen, als jene Kinder, die in einem rauchfreien Haushalt aufwachsen (WHO, 2015, S. 22). Um einige europäische Länder beispielhaft darzustellen, aus welchen Daten zur Raucherprävalenz von Jugendlichen und Erwachsenen ab 15 Jahren vorhanden sind, wurde die nachfolgende Tabelle 1 erstellt. Die Daten stammen aus der OECD (= Organisation for Economic Co-operation and Development)-Studie aus dem Jahr 2019.

Tabelle 1: Tabakprävalenz in Prozent von Jugendlichen und Erwachsenen ab 15 Jahren aus europäischen OECD-Ländern, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2019, S. 27)

Europäische Länder	Anzahl der täglichen Raucher/innen in Prozent
Island	8,6
Schweden	10,4
Norwegen	12,0
Finnland	14,0
Luxemburg	14,5
Niederland	16,8
Portugal	16,8
Dänemark	16,9
Irland	17,0

Estland	17,2
Großbritannien	17,2
Tschechien	18,4
Deutschland	18,8
Belgien	18,9
Slowenien	18,9
Schweiz	19,1
Italien	19,9
Litauen	20,3
Spanien	22,1
Polen	22,7
Slowakei	22,9
Lettland	24,1
Österreich	24,3
Frankreich	25,4
Ungarn	25,8
Türkei	26,5
Griechenland	27,3

Die meisten Frauen beginnen bereits im Jugendalter von durchschnittlich 15 Jahren zu rauchen. Umso wichtiger ist es, die Prävalenzzahlen der jugendlichen Raucherinnen so niedrig wie nur möglich zu halten (WHO, 2016, S. 154). Eine erfolgreiche Tabakprävention im Jugendalter sorgt für niedrigere Prävalenzzahlen der rauchenden Schwangeren und schützt somit nicht nur die Schwangeren, sondern auch deren ungeborene Kinder.

Die nachfolgende Tabelle zeigt zum deutlicheren Verständnis die Prävalenzzahlen von 15-jährigen Raucherinnen aus der HBSC-Studie aus den Jahren 2013/2014 auf.

Tabelle 2: Prävalenzzahlen in Prozent von jugendlichen Raucherinnen anhand der HBSC-Studie 2013/2014, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an WHO (2016, S. 151)

Land	Prävalenzzahl (%)
Norwegen	3
Island	3
Schweden	7

Dänemark	8
Griechenland	13
Österreich	14
Deutschland	15
Ungarn	21
Italien	22
Grönland	53

Unter anderem ist es aus den oben genannten Gründen von Notwendigkeit, dass Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe Umsetzungsstrategien und Maßnahmen setzen, um einen Rauchstopp von Schwangeren, aber auch Frauen, welche vor einer gewünschten Schwangerschaft stehen, zu unterstützen. Somit können Komplikationen und Schäden während und nach der Schwangerschaft bei Mutter und Kind vermieden werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 38-39).

Aus Daten von den Vereinigten Staaten von Amerika ist bekannt, dass viele Schwangere das Rauchen während der Schwangerschaft beenden oder zumindest reduzieren, aber oft hält dies nur kurz an. Laut Greaves et al. beginnen 25 Prozent bereits während der Schwangerschaft, 50 Prozent innerhalb von vier Monaten nach der Geburt (= postpartum) und 70 bis 90 Prozent innerhalb von zwölf Monaten nach der Geburt wieder mit dem Rauchen. Das wiederum zeigt deutlich, welches große Gesundheitsproblem das Rauchen darstellt (Greaves et al., 2011, S. 3).

In diesem Zusammenhang tritt auch die Frage nach dem Stillen bei rauchenden Müttern in den Vordergrund. Letztlich wird auch rauchenden Müttern geraten, ihr Kind zu stillen, da es prinzipiell viele Vorteile für den Säugling bringt: Nährstoffbedarf wird optimal dem Wachstum und den Abwehrkräften angepasst, es wirkt keimtötend und senkt das Risiko bestimmten Krankheiten zu erleiden (wie zum Beispiel Diabetes Mellitus, Adipositas, entzündliche Krankheiten, etc.). Für die Mutter bewirkt das Stillen eine Infektionsprophylaxe und ein vermindertes Risiko einer verstärkten Blutung in der Nachgeburtsperiode (Lothrop, 2011, S. 24-38).

In der Praxis wird der Nikotinkonsum während der Schwangerschaft häufig tabuisiert, da davon ausgegangen wird, dass Schwangere grundsätzlich motiviert sind mit dem Rauchen aufzuhören, um das Kindeswohl zu garantieren (ebd., S. 20). Es ist von Notwendigkeit Risikogruppen mittels epidemiologischer Studien zu identifizieren, um folgend geeignete Interventionen setzen zu können. Im Anschluss können die angewendeten Maßnahmen auf Wirksamkeit evaluiert und somit entsprechend die Anzahl der rauchenden Schwangeren reduziert werden (Kuntz, Zeiher, Starker, Prütz & Lampert, 2018, S. 48). Laut Angaben der WHO gibt es einige Interventionen, denen sie eine hohe Empfehlung aussprechen. Jedoch gibt es für die meisten davon nur eine geringe Qualität der Evidenz (WHO, 2013, S. 19).

1.2 Forschungsfragen

- 1. Welche epidemiologischen Daten zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft sind in Österreich verfügbar?**
- 2. Welche Möglichkeiten zur Reduktion und Beendigung des Tabakkonsums in der Schwangerschaft gibt es, unter Einbeziehung eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes?**

1.3 Forschungsziel

Ziel dieser Masterarbeit ist es aufzuzeigen, welche epidemiologische Daten, Zahlen und Fakten es zu rauchenden Schwangeren in Österreich gibt. Zudem sollen Möglichkeiten verdeutlicht werden, welche es zur Reduktion und Beendigung des Tabakkonsums während der Schwangerschaft gibt, unter Einbeziehung eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes. Dabei sollen bereits vorhandene Umsetzungsstrategien und Maßnahmen in Österreich zum Vorschein gebracht werden. Im Vergleich dazu sollen international, evidenzbasierte Maßnahmen dargestellt werden, um diese möglicherweise künftig auch in Österreich implementieren zu können.

Es ist nicht Ziel dieser Masterarbeit erfolgreiche Tabakpräventionsstrategien hinsichtlich Kinder und Jugendliche zu analysieren.

2 METHODIK UND VORGEHENSWEISE

In dieser Arbeit wurde im Zeitraum von Oktober 2019 bis Februar 2020 ein Literatur Review durchgeführt, um die Theorie des Themas abzudecken. Zudem erfolgten für den empirischen Teil Interviews mit ausgewählten Interviewpartner/innen, auf welche im Kapitel 4.1 näher eingegangen wird.

2.1 Literature Review

Das Literature Review gilt als häufig verwendete Methode in der akademischen Forschung. Diese Methode macht sich die große Vielfalt der Literatur zu Nutze, um damit viele Fragen beantworten zu können und eine Zweckerfüllung zu erreichen. Es hilft dem Verfasser einer Arbeit sich genauer mit dem Forschungsthema auseinanderzusetzen und Vertrauen zum Themengebiet aufzubauen. Schlussendlich können Forschungslücken aufgezeigt werden, welche eine weitere Auseinandersetzung mit dem spezifischen Thema benötigen (Booth, Sutton & Papaioannou, 2016, S. 10-11).

Eine systematische Auswahl der vorhandenen Fülle an Literatur ist also wichtig, um den Überblick nicht zu verlieren und um sich intensiv mit einem bestimmten Themengebiet auseinanderzusetzen. Darauf basierend werden die Ergebnisse dieser Masterarbeit anhand der oben genannten themenspezifischen Fragestellungen ermittelt.

2.2 Suchstrategie

Für diese wissenschaftliche Arbeit wurde ein systematisches Literature Review in deutscher und englischer Sprache durchgeführt. Gesucht wurde dabei in den Datenbanken CINAHL, Cochrane, Google Scholar und PubMed, sowie in einschlägiger Fachliteratur, Publikationen und Internetquellen von offiziellen Gesundheitsträgern und -organisationen in Form einer Handsuche.

Es wurden folgende Keywords verwendet, um das Literature Review durchzuführen: smoking, tobacco, cessation, stop*, quit* und pregnan*. Zur Hilfe genommen wurden die sogenannten Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“. Außerdem wurde darauf geachtet, dass ausschließlich Literatur der letzten zehn Jahre inkludiert wurde und sich alle Wörter im Titel oder Abstract befinden. Das dazugehörige Suchprotokoll findet sich im Anhang wieder (s. A.10).

2.3 Auswahl der Literatur

Die nachfolgende Abbildung 1 zeigt auf, welche Limitationen in der Suche gesetzt wurden, um ausschließlich aktuelle Ergebnisse in den theoretischen Hauptteil (exklusive Begriffsdefinitionen) einzuschließen. Den Treffern der Datenbankrecherchen wurde anschließend ein Titel- und Abstract-Screening unterzogen, wodurch sichergestellt werden konnte, dass ausnahmslos relevante Literatur in die Masterarbeit inkludiert wurde. Das dazugehörige Flussdiagramm befindet sich in Abbildung 2. Zudem wurde Literatur ausgeschlossen, welche das Rauchen in der Schwangerschaft in Kombination mit anderen Suchterkrankungen oder Krankheitsbildern wie zum Beispiel psychischen Erkrankungen kombinierte (s. Abbildung 1). Der Grund dafür war, dass diese zusätzlichen Faktoren in der Behandlung immer eine wichtige Rolle spielen und Maßnahmen noch spezifischer ausgewählt werden müssen und somit nicht für die Allgemeinheit der Bevölkerung geltend gemacht werden können.

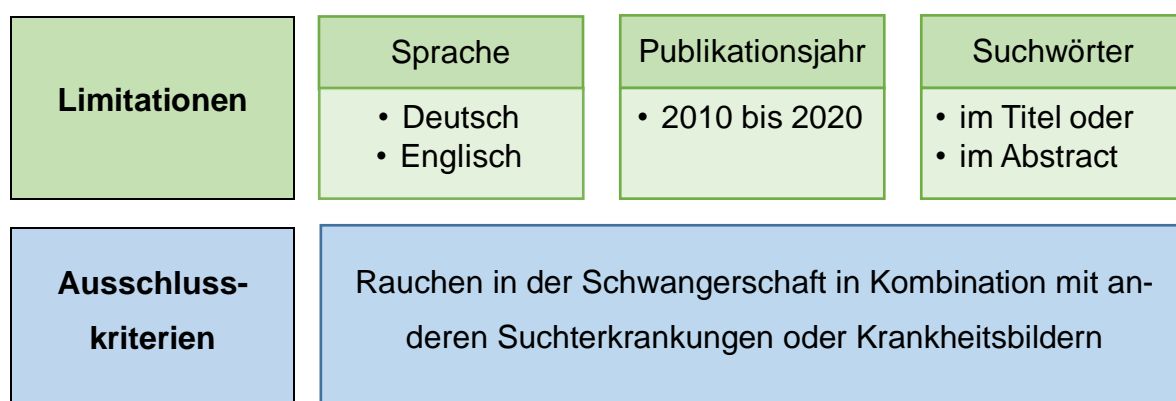


Abbildung 1: Limitationen und Ausschlusskriterien, Quelle: Eigene Darstellung

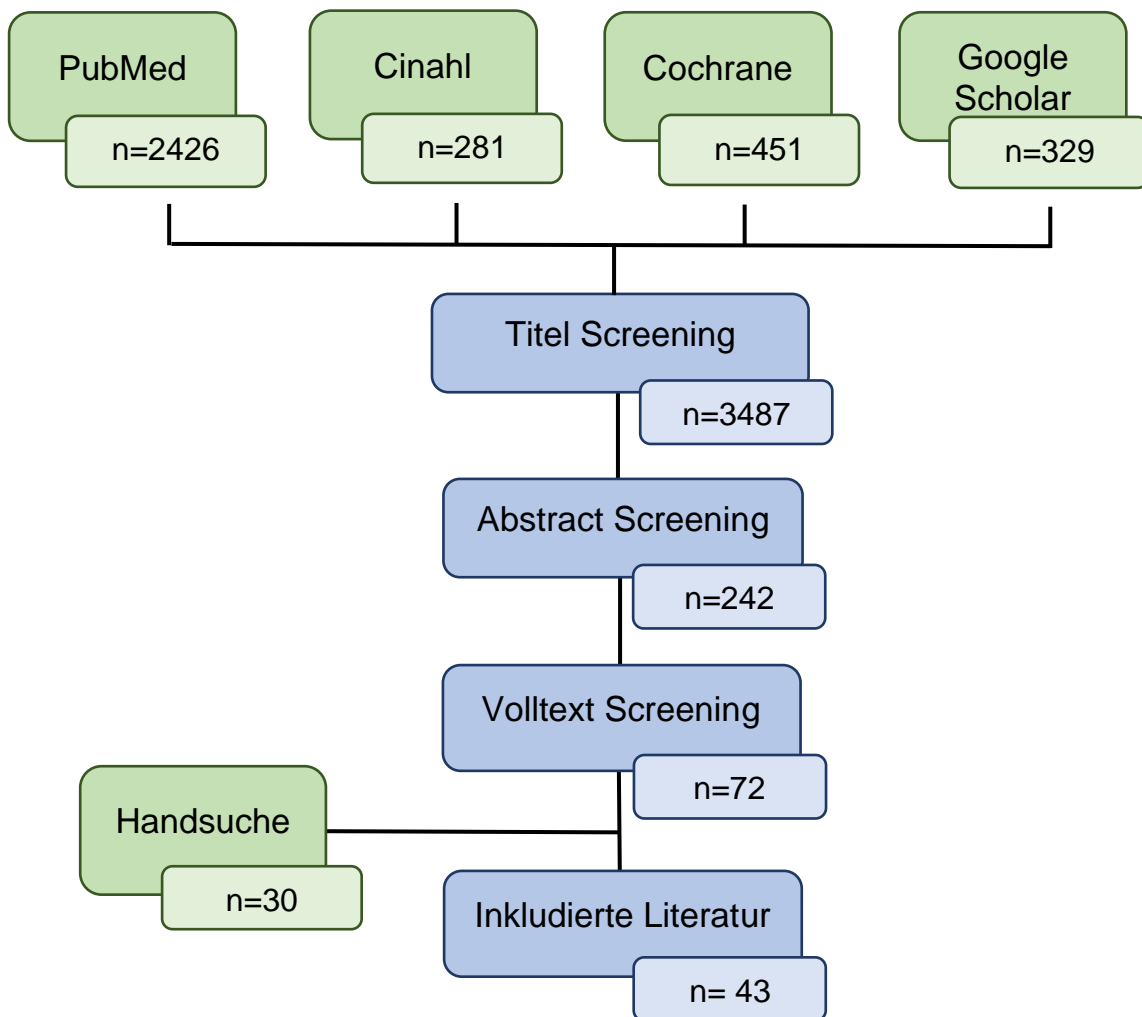


Abbildung 2: Flussdiagramm, Quelle: Eigene Darstellung

3 THEORETISCHER HAUPTTEIL

3.1 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden alle Begriffe definiert, welche für diese Masterarbeit von Relevanz sind, um ein gemeinsames Verständnis herzustellen.

3.1.1 Raucher/innen

Raucher/innen können dem Robert-Koch-Institut zufolge nach folgenden Gruppen unterschieden werden (Latza, Hoffmann, Terschüren, Chang-Claude, Kreuzer, Schaf-frath Rosario, Kropp, Stang, Ahrens & Lampert, o.J., S. 12):

Jemalsraucher/innen:

Dazu zählen Personen, die zu einem unbestimmten Zeitpunkt, aber über einen definierten Mindestzeitraum von sechs Monaten mindestens eine Zigarette pro Tag oder mindestens fünf Zigaretten pro Woche oder mindestens 1 Packung pro Monat aktiv geraucht haben.

Gegenwärtige Raucher/innen:

Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung aktiv rauchen oder innerhalb eines definierten Zeitraums vor dem Erhebungszeitpunkt (definiert durch das Befragungsteam) mit dem Rauchen aufgehört haben.

Ex-Raucher/innen:

Jemalsraucher/innen, die seit einem definierten Mindestzeitraum aber nicht mehr rauchen.

Gelegenheitsraucher/innen:

Raucher/innen, die zu bestimmten Gelegenheiten rauchen oder geraucht haben. Dazu zählen zum Beispiel Partys, Discobesuche, Feiern, etc.

Rauchen wirkt sich auf alle Organe unseres Körpers aus, da der Tabakrauch in den Blutkreislauf gelangt und somit durch den gesamten Körper fließt. In Abbildung 3 finden sich Krankheitsbilder, welche mit dem Rauchen in Verbindung gebracht werden können, wieder. Natürlich erkranken auch Nichtraucher/innen an diesen Krankheiten, jedoch steigt das Erkrankungsrisiko durch das Rauchen deutlich (VIVID, o.J.a, www).

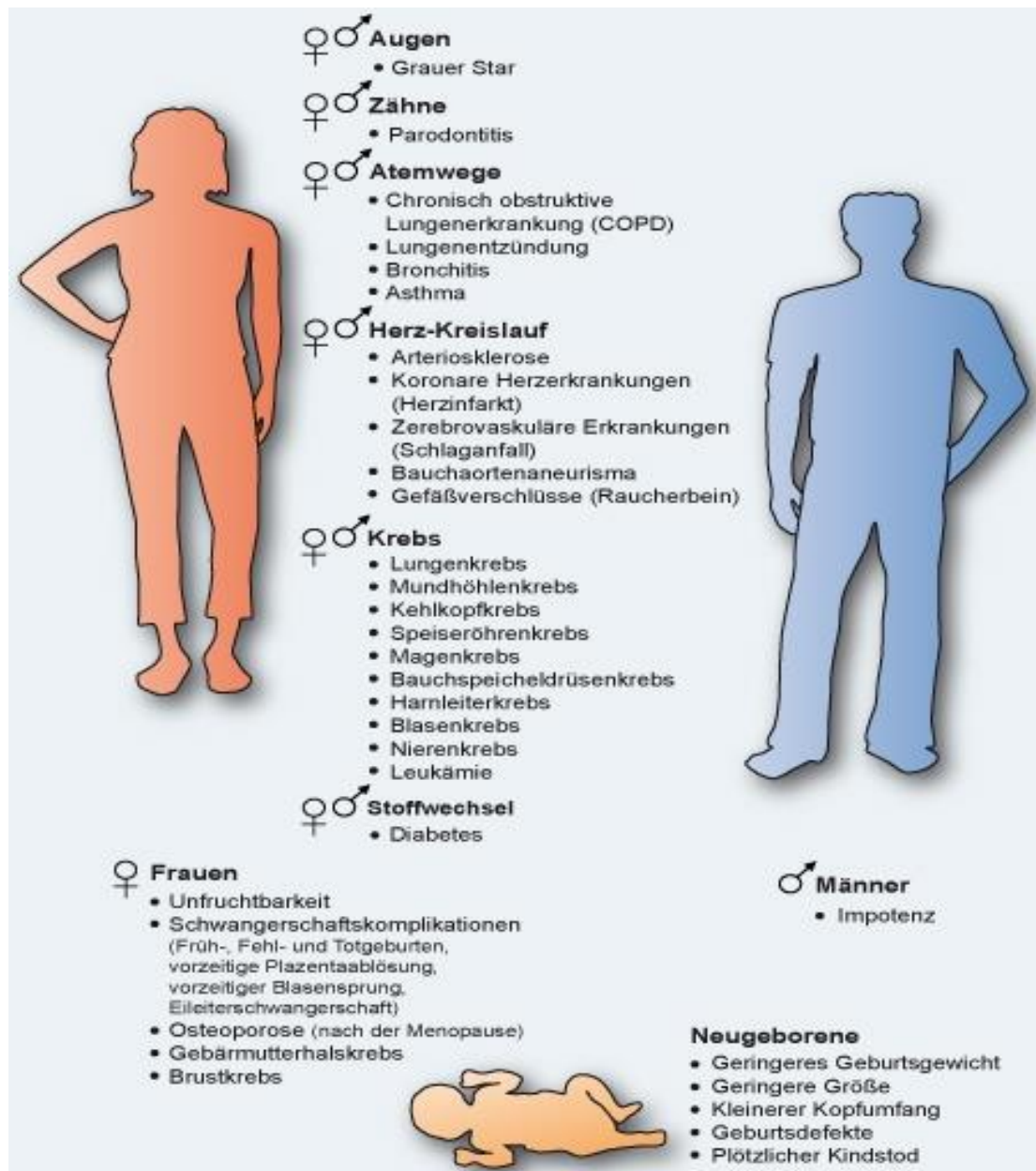


Abbildung 3: Krankheitsbilder in Zusammenhang mit dem Rauchen, Quelle: VIVID (o.J.a, www)

Das Rauchen deckt viele Bedürfnisse von Raucher/innen ab. Einerseits wirkt es stimulierend, andererseits aber auch sedierend und anxiolytisch. Die ersten Folgen des

Rauchens wie Kopfschmerzen, Schwindel und leichte Übelkeit legen sich recht rasch nach mehrmaligem Konsum. Danach beginnt bereits die Toleranzentwicklung und der Konsum wird auf durchschnittlich 20 Zigaretten pro Tag gesteigert. Bei einem Rauchstopp treten aufgrund der körperlichen Abhängigkeit Entzugserscheinungen auf. Dazu zählen zunächst Reizbarkeit, Ruhelosigkeit und ein zwanghaftes Rauchverhalten (= "Craving"). Später können Konzentrationsstörungen, Symptome von Angst, gesteigerter Appetit und Schlafstörungen hinzukommen (Soyka, Batra, Heinz, Moggi & Walter, 2019, S. 241).

3.1.2 Passivraucher/innen und Passivrauchen

Passivraucher/innen sind grundsätzlich Nichtraucher/innen. Sie sind jedoch dem Tabakrauch, durch das aktive Rauchen von Mitmenschen „in ihrer privaten, beruflichen oder öffentlichen Umgebung“, ausgesetzt (Latza et al., o.J., S. 12). Somit atmen sie den Tabakrauch ein, „ohne selbst aktiv zu rauchen“ (VIVID, o.J.b, www). Dementsprechend steigt auch hier das Erkrankungsrisiko für bestimmte Krankheitsbilder, welche ansonsten vor allem Raucher/innen zugeschrieben werden ((s. Kapitel 3.1.1) ebd., www).

Vor allem mit dem Passivrauch konfrontiert sind Säuglinge und Kinder. Bei Harnuntersuchungen werden bei passivrauchenden Kindern, im Vergleich zu Erwachsenen, doppelt so hohe Cotinin-Werte nachgewiesen. Cotinin stellt ein Abbauprodukt von Nikotin dar. Besonders gefährlich ist dies, da Kinder noch in der Entwicklung und daher empfindlicher sind und die Giftstoffe schlechter abgebaut werden können. Kinder klagen dabei häufig über „Kopfschmerzen, Schwindel, Husten, Bauchweh, Konzentrations- und Schlafstörungen“ und erleiden häufiger chronische Atemwegserkrankungen wie Asthma, Lungenentzündungen und Bronchitis (VIVID, o.J.c, www).

3.1.3 Abhängigkeit und Sucht

Ob eine Tabakabhängigkeit besteht, kann mit sogenannten Diagnosesystemen oder mithilfe des Fagerström-Tests erhoben werden. Zu Diagnosesystemen zählen etwa der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (=DSM-IV) der American

Psychiatric Association oder die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (=ICD-10). Mittels eines Symptomkatalogs kann festgestellt werden, ob eine Abhängigkeit vorliegt oder nicht. Der Fagerström-Test (Abbildung 4) erhebt „auf einer Skala von 1 bis 10 den Schweregrad der Abhängigkeit“ (Kröger, Flöter & Piontek, 2007, www). Früher wurde der Begriff Sucht meist mit körperlicher Abhängigkeit von verschiedensten Substanzen assoziiert, wobei er heute auch für die physische, psychische und soziale Abhängigkeit, sowie für bestimmte Verhaltensweisen (Spielsucht, Kaufsucht, etc.) verwendet wird. Richtigerweise sollte der Begriff nur verwendet werden, wenn das „Problemverhalten zu einem eigendynamischen, zwanghaften Verhalten wird“ (VIVID, o.J.d, www). Die Sucht entwickelt sich nicht von einem Tag auf den anderen, sondern über einen längeren Prozess hinweg (ebd., www).

Fagerström-Toleranz-Test

Ein standardisierter Test zur Beurteilung der Nikotinabhängigkeit

1. Wie lange dauert es, bis Sie nach dem Aufwachen Ihre erste Zigarette rauchen?
 (3) innerhalb von 5 Minuten
 (2) 6 bis 30 Minuten
 (1) 31 bis 60 Minuten
 (0) nach 60 Minuten
2. Fällt es Ihnen schwer, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, darauf zu verzichten, z. B. in der Kirche, der Bibliothek, im Kino etc.
 (1) ja (0) Nein
3. Bei welcher Zigarette würde es Ihnen am schwersten fallen, auf sie zu verzichten?
 (1) Bei der ersten morgens (0) Bei einer anderen
4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich?
 (0) bis 10 (1) 11–20 (2) 21–30 (3) 31 und mehr
5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Aufwachen mehr als während des restlichen Tages?
 (1) ja (0) Nein
6. Rauchen Sie selbst dann, wenn Sie so krank sind, dass Sie den größten Teil des Tages im Bett bleiben müssen?
 (1) ja (0) Nein

Testauswertung/Beurteilung der Abhängigkeit:

0-2 Punkte: sehr gering
 2-4 Punkte: gering
 5 Punkte: mittel
 6-7 Punkte: stark
 8-10 Punkte: sehr stark

Abbildung 4: Fagerström-Toleranz-Test, Quelle: Groman & Lichtenschopf (2012, S. 23)

3.1.4 Tabak

Tabak enthält 4800 Inhaltsstoffe und wird aus der Tabakpflanze gewonnen. Es werden verschiedene Konsumationsformen unterschieden: Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Feinschnitt, (Wasser-)pfeifen, Schnupf- oder Kautabak. Tabak kann auch in verschiedene Typen unterschieden werden je nach Blatttyp und Trockenmethode. Der Tabakrauch selbst ist ein Gasgemisch, in dem gelöste Partikel vorzufinden sind. Nikotin stellt dabei den bekanntesten Inhaltsstoff dar. Einen weiteren Inhaltsstoff stellt die Blausäure dar. Sie wird unter anderem als Rattengift und Pflanzenschutzmittel eingesetzt. Das enthaltene Formaldehyd im Tabak führt zu chronischen Atemwegsentzündungen. Durch die äußerst geringe Größe der Tabakinhaltsstoffe gelangen diese beim Einatmen mühelos in die Lunge. Zudem ist nachgewiesen, dass über 70 Substanzen des Tabakrauchs krebserregend sind (VIVID, o.J.d, www). „Die gesundheitsschädigenden Wirkungen des Tabakrauchens sind inzwischen allgemein anerkannt“ und auch die damit verbundene geringere Lebenserwartung von durchschnittlich fünf Jahren im Vergleich zu Nichtraucher/innen (Stimmer & Andreas-Siller, 2000, S. 431).

3.1.5 Nikotin

Nikotin als bekanntester Inhaltsstoff des Tabaks macht körperlich und psychisch abhängig. Dies geschieht durch seine anregende, aber auch entspannende Wirkung. „Eine Zigarette enthält bis zu 13 Milligramm Nikotin, wobei beim Rauchen rund ein bis zwei Milligramm pro Zigarette vom Körper aufgenommen werden“ (VIVID, o.J.e, www). Innerhalb von sieben bis zehn Sekunden gelangt das Nikotin in unser Gehirn (ebd., www).

Die Nebenwirkungen von Nikotin werden in der nachfolgenden Abbildung 5 ausführlich dargestellt.

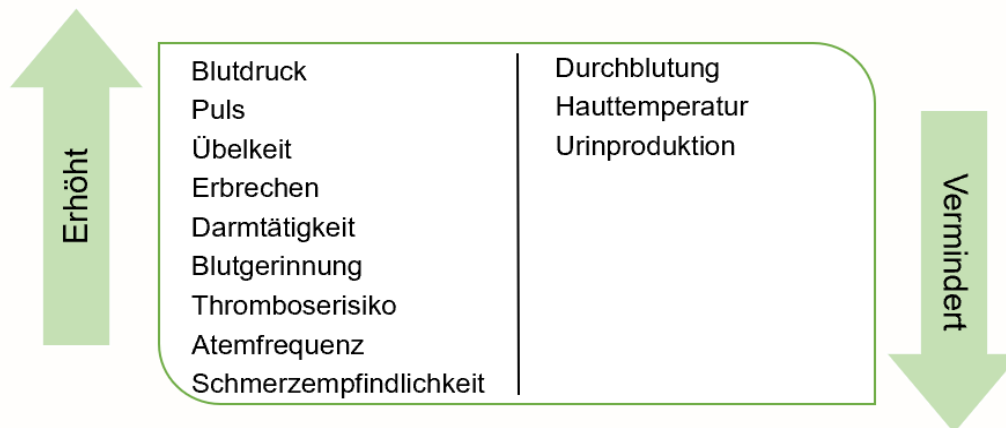


Abbildung 5: Nebenwirkungen von Nikotin, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an VIVID (o.J.e, www)

Nikotin zählt zu den stärksten Pflanzengiften. Bereits eine Dosis von 0,05 Gramm reinem Nikotin ist für den Menschen tödlich. Diese Dosis kann beim alleinigen Rauchen jedoch nicht erreicht werden. Es wird recht schnell wieder vom Körper abgebaut und über die Nieren ausgeschieden (Stimmer & Andreas-Siller, 2000, S. 431). Die Halbwertszeit liegt bei Raucher/innen bei 30 bis 60 Minuten, bei Nichtraucher/innen bei zirka 120 Minuten. Der schnellere Abbau bei Raucher/innen ergibt sich durch eine gewisse Toleranzentwicklung, welche auf Enzymebene stattfindet. Es kommt daher schwerer zu einer Intoxikationserscheinung als bei Nichtraucher/innen (Soyka, Batra, Heinz, Moggi & Walter, 2019, S. 241).

Cotinin als Abbauprodukt von Nikotin weist eine Halbwertszeit von zirka 19 Stunden auf und ist damit „ein relativ stabiler und lange nachweisbarer Metabolit“. Es wird hauptsächlich über die Nieren ausgeschieden. Durch eine Urinprobe können Rückschlüsse auf den Nikotinkonsum gezogen werden (ebd., S. 241).

3.1.6 Tabakproduktrichtlinie

Die „Richtlinie zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Herstellung, die Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen“ (2014/40/EU) regelt alles über die Tabakprodukte in der Europäischen Union (= EU). Inhalt dieser Richtlinie sind Verpackungsdetails

(Warnhinweise, Layout, etc.), Inhaltsstoffe, Zusatzstoffe, Messverfahren, Schutz vor Fälschungen, Sicherheitsmerkmale, etc. Es soll dadurch eine einheitliche Regelung innerhalb der EU, aber auch eine Förderung des Gesundheitsschutzes erlangt werden. Die Tabakindustrie ist verpflichtet genaue Berichte über die verwendeten Inhaltsstoffe an die Mitgliedstaaten zu übermitteln. Gesundheitsrelevante Warnhinweise in Form von Text und Abbildungen müssen 65 Prozent der Vorder- und Rückseite von Zigarettenverpackungen bedecken. Zudem gibt es bestimmte Sicherheits- und Qualitätsanforderungen für elektronische Zigaretten (=E-Zigaretten). Vor allem hinsichtlich Werbung, Marketing und Sponsoring gibt es strenge Regelungen in der Tabakprodukttrichtlinie (Rechtsinformationssystem des Bundes (=RIS), 2014, [www](#)).

3.1.7 Ganzheitliche Versorgung

Es gibt keine allgemeingültige Definition der ganzheitlichen Versorgung.

Das Gesundheitsförderungsgesetz legt fest, dass eine „Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens“ gewährleistet sein soll (RIS, 2020, [www](#)).

Biologische, sowie soziale Aspekte und Rollen beeinflussen uns. Zweifellos auch Ungleichheiten in Bildung, Einkommen und Ethnie. Daher ist es wichtig, all diesen Einflussgrößen ganzheitliche Beachtung zu schenken. Sie können uns dabei unterstützen, aber auch daran hindern unsere Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Oder aber auch unsere Krankheiten zu bewältigen beziehungsweise können sie die Krankheitsentstehung beeinflussen (Bundesministerium für Gesundheit, 2011, S. 501).

Ganzheitliche Versorgung beschreibt eine Gewährleistung der Versorgung in allen Lebenslagen und berücksichtigt dabei psychische, physische, soziale und finanzielle Aspekte, sowie die individuellen Lebensumstände wie Partnerschaft, Familie, Arbeit und Wohnsituation (Quelle: eigene Erstellung).

3.1.8 Schwangerschaft

Schwangerschaft (Synonym: Gravidität, Gestation) beschreibt die Zeit, die zwischen der Befruchtung der Eizelle und der Geburt liegt. Eine Schwangerschaft dauert im Durchschnitt 267 Tage. Gerechnet wird in Wochen ab der letzten Menstruation vor der Befruchtung der Eizelle und dauert dann ungefähr 40 Wochen. Grund hierfür ist, dass der genaue Tag der Befruchtung oft nicht bekannt ist. Der Nachweis einer Schwangerschaft erfolgt durch einen laborchemischen Schwangerschaftstest und eine Sonographie (Antwerpes, 2019, [www](#)).

3.1.9 Neugeborenes

Diese Bezeichnung erhält das Kind im Zeitraum von der Geburt bis zur vierten Lebenswoche (Antwerpes, 2017, [www](#)) beziehungsweise bis zum 28. Lebenstag. Die frühe Neugeborenen Periode umfasst die ersten sieben Lebenstage, die späte Neugeborenen Periode den Zeitraum zwischen achten und 28. Lebenstag (Uhlemann, o.J., [www](#)).

3.1.10 Säugling

Die Bezeichnung Säugling beschreibt ein Kind ab der vierten Lebenswoche bis zum Abschluss des ersten Lebensjahres. Nachfolgend erhält es den Begriff Kleinkind. Kinder in der Säuglingsphase machen eine rasche Entwicklung durch (Antwerpes, 2017, [www](#)).

3.2 Epidemiologie des österreichischen Rauchverhaltens in der Schwangerschaft

Die Prävalenz des Rauchens während der Schwangerschaft liegt in Österreich bei 20 bis 30 Prozent (Horak et al., 2011, S. 131; Aigner & Neuberger, 2012, S.6). Nur zirka 50 Prozent davon hören während der Schwangerschaft mit dem Rauchen auf und um die 56 Prozent davon beginnen das Rauchen wieder nach der Entbindung (ebd., S.6).

Im Geburtenregister von 2012 sprach man von 9,7 Prozent rauchender Frauen während der Schwangerschaft, wovon 4,9% mehr als fünf Zigaretten am Tag rauchten. Diese Daten seien aber laut Angabe von Heim zu unterschätzen, da die tatsächliche Anzahl der rauchenden Schwangeren seiner Meinung nach deutlich höher liegt. Wobei aber nachweislich gesagt werden kann, dass der Trend nach unten geht und somit Aufklärungskampagnen und Raucherentwöhnungsangebote in ihrer Wirkung bestätigt werden können. Weitere Interventionen zur Steigerung der Motivationskraft und Bewusstseinsänderung seien aber dennoch notwendig (Heim, 2014, S. 29).

Im Jahr 2014 ergab die Erhebung des Raucherstatus in Österreich durch die Statistik Austria, dass 833.021 Frauen, das sind 22,1 Prozent aller Frauen, täglich geraucht haben. Darunter sind 55,7 Prozent im gebärfähigen Alter zwischen 15 und 44 Jahren (Statistik Austria, 2015, S. 172; Statistik Austria, 2019, o.S.).

Die Erhebung des Instituts für klinische Epidemiologie der Tirol Kliniken GmbH von 2016 ergab, dass 14,2 Prozent aller 86.354 befragten Schwangeren in Österreich geraucht haben, wobei dieses Ergebnis mit Vorsicht zu behandeln ist, da nur 47,1% aller Studienteilnehmerinnen die Frage zum Rauchstatus beantwortet haben. Somit liegt die Dunkelziffer noch höher (Oberaigner & Leitner, 2017, S. 29-31). „Denn zuzugeben, dass man in der Schwangerschaft raucht, ist schwierig“ (Zacharasiewicz, 2015, www). In Österreich findet keine Cotinin-Messung im Harn während der Schwangerschaft statt. Durch die gezielte Messung dieses Wertes könnten objektive Zahlen dargelegt, sowie die Folgen für das ungeborene Kind deutlicher gemacht werden (ebd., www).

Derzeit gibt es keine aktuelleren Daten zu rauchenden, schwangeren Frauen in Österreich. Doch die aufgezeigten Zahlen sprechen eindeutig für die Notwendigkeit von Forschung in diesem speziellen Themengebiet. Vor allem aber für eine Notwendigkeit der

Versorgungsforschung in Österreich, da in anderen Ländern andere Gesundheitssysteme und Möglichkeiten vorliegen und somit nicht zur Gänze für das österreichische Gesundheitsversorgungssystem übernommen werden können.

3.3 Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft - Ansätze auf der Verhaltensebene in Österreich

„Mit dem Rauchen aufzuhören ist in jeder Phase der Schwangerschaft sinnvoll, jedoch gilt auch hier: Je früher, desto besser! Mit anderen Worten: Es ist nie zu spät zum Aufhören, aber auch nie zu früh.“

(VIVID, o.J.c, www)

Es gibt in Österreich viele Einrichtungen und Anlaufstellen zur Raucherentwöhnung. Hier erhalten Schwangere Informationen, Broschüren, Beratungen und Hilfestellungen, um mit dem Rauchen aufzuhören. Um nur einige wenige Anlaufstellen und Einrichtungen zu nennen (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, 2017, S. 22-23):

- Rauchfrei Telefon – kostenlose telefonische Beratung
- Rauchfrei App – kostenfreie App des Rauchfrei Telefons
- Österreichische Gesundheitskasse (=ÖGK)
- Gesundheitszentren
- Krankenanstalten
- Ambulanzen

3.3.1 Beratung und Psychosoziale Interventionen

Bereits im Jahr 2005 wurden durch die Österreichische Gesellschaft für Pneumologie Standards zur Raucherentwöhnung publiziert. Die aktuelle, überarbeitete Version

bietet eine Richtlinie zur Tabakentwöhnung. Diese Richtlinie ist kein verpflichtend vorgeschriebenes Gesetz, sondern lediglich eine Empfehlung und Unterstützung. Wie vorgegangen wird, entscheiden Ärzt/innen beziehungsweise Therapeut/innen und der/die Patient/in (Lichtenschopf, 2011, S. 2).

Kurzinterventionen:

Eine Empfehlung bezieht sich auf Kurzinterventionen in Form von kurzen, prägnanten Ratschlägen zum Rauchstopp durch eine/n Gesundheitsexperten/in an den/die Raucher/in. Diese Beratung soll der erste Anstoß zum Umdenken sein und sollte maximal zehn Minuten dauern. Diese Interventionsform eignet sich vor allem für Settings mit straffen Zeitvorgaben für den Patient/innenkontakt. Es ist abgestimmt auf folgende Rauchergruppen: „abstinenzmotivierte RaucherInnen, stabile RaucherInnen und RaucherInnen, die erst seit kurzer Zeit abstinent sind“ zur Rückfallprophylaxe (ebd., S. 5). Für die Gesprächsführung eignet sich hierbei das 3-A- beziehungsweise 5-A-Interventionsmodell, welche in den Kapiteln 3.3.4 und 3.4.2 näher erläutert werden (ebd., S. 5).

Intensive Entwöhnungsberatung:

Diese Form der Beratung gilt als effektiver in der Raucherentwöhnung als eine ausschließliche Kurzberatung. Dabei sollen mindestens vier Kontakte mit dem/der Raucher/in stattfinden. Die Abhaltung der Beratung erfolgt durch ausgebildete Gesundheitsexpert/innen. Als Beispiel kann hier das Österreichische Rauchertelefon genannt werden, welches im Kapitel 3.3.4 beschrieben wird. Eine intensive Entwöhnungsberatung ist für all jene sinnvoll, die zu einer Raucherentwöhnung motiviert sind (ebd., S. 5-6). Es muss mit einem erhöhten Zeitaufwand gerechnet werden, wenn effektive Ergebnisse erzielt werden sollen (ebd., S. 14).

Der Evidenz zufolge hat ärztliche und pflegerische Beratung einen minimalen positiven Effekt auf die Raucherentwöhnung. Aufwändigere Beratungen erhöhen den Effekt nur gering. Spezielle Einzel- und Gruppenentwöhnungen zeigen die ziemlich

gleiche Wirkung auf und erhöhen die Erfolgsquote um das Doppelte (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010, S. 7).

3.3.2 Interventionen durch Gesundheitsanbieter und Gesundheitsberufe

Schwangere sollten bereits bei der ersten pränatalen Untersuchung über mögliche Ansätze und Interventionen zur Raucherentwöhnung aufgeklärt werden und auch während der Schwangerschaft immer wieder verschiedene Möglichkeiten angeboten bekommen. Nicht nur durch Gynäkolog/innen, sondern auch durch Allgemeinmediziner/innen (Lichtenschopf, 2011, S. 2, S. 14). Bei den weiteren Kontrolluntersuchungen sollte stets auf die Bedürfnisse der Schwangeren eingegangen werden und auch der/die Partner/in und gegebenenfalls die Familie miteinbezogen und berücksichtigt werden. Informationen über das Thema Rauchen sollten dabei in geeigneter Form übermittelt werden, wie etwa Infobroschüren, Ton- und/oder Videomaterial (Ludwig-Bolzmann-Institut, 2014, S. 22).

Die werdende Mutter sollte eine gute Vertrauensbasis zur gewählten Hebamme haben. Denn sie stellt eine kompetente Quelle rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt dar. Sie kann Informationen und Hilfestellungen geben und somit die Motivation zum Rauchstopp erhöhen (Österreichisches Hebammengremium, o.J., [www](http://www.hebammen.at)).

Gesprächsleitfaden: Medizinische Beratung schwangerer Frauen beim Rauch- und Alkoholverzicht

Der Gesprächsleitfaden ist aufbauend auf ein Gespräch mit der betroffenen Schwangeren. Es wird darauf hingewiesen, welche Punkte bei der Gesprächsführung beachtet werden sollen und wie man am besten in das Gespräch einsteigt (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, 2019, [www](http://www.frauen.at)):

- Wertfreie Haltung einnehmen
- Ermutigen und Motivieren
- Gemeinsam einen Termin bei einer möglichen Anlaufstelle ausmachen
- Über Fakten sprechen

- Broschüren aushändigen
- Bei jedem weiteren Aufeinandertreffen aktiv nachfragen, ob es mit dem Verzicht funktioniert, ob eine Reduktion erreicht werden konnte und ob vereinbarte Termine bereits wahrgenommen wurden

Einem Bericht des Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zufolge führt die Ausbildung von Gesundheitsberufen hinsichtlich Beratung zur Raucherentwöhnung zu einer evidenzbasierten besseren Beratungsqualität. Jedoch sind auf Grundlage dieser Evidenz zusätzliche Interventionen notwendig, um eine erfolgreiche Tabakentwöhnung zu erzielen (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010, S. 6).

3.3.3 Rauchfreies Krankenhaus

Speziell in Gesundheitseinrichtungen spielt das Thema Rauchen eine große Rolle. Das Österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (=ONKKG) bietet Gesundheitseinrichtungen in Österreich die Möglichkeit, sich als rauchfreie Einrichtung zertifizieren zu lassen. Dadurch werden sie Teil des Global Network For Tobacco Free Health Care Services. Die Einteilung erfolgt dabei je nach den Erfüllungsgraden der acht vorgegebenen Standards in Gold, Silber oder Bronze (ONKKG, o.J., [www](http://www.onkkg.at)):

- Gold = erfüllt mindestens 87,5 Prozent der Anforderungen = weitestgehend rauchfrei
- Silber = erfüllt bis zu 75 Prozent der Anforderungen
- Bronze = „Standards 1 und 2 sind zu 75 % erfüllt“

Bislang gibt es in Österreich 25 Gesundheitseinrichtungen, welche die Zertifizierung Rauchfreies Krankenhaus tragen, darunter drei auf dem Level Gold, 15 auf dem Level Silber und sieben auf dem Level Bronze. Die Zertifizierung ist drei Jahre lang gültig, wobei für eine Verlängerung eine jährliche Selbstbewertung anhand eines

vorgegebenen Instruments durchzuführen ist. Nach drei Jahren ist ein erneuter Bericht zu verfassen, sowie erforderliche Nachweise einzureichen. Ab Level Silber finden auch Vor-Ort-Besuche statt (ebd., www).

3.3.4 Interventionen durch Versicherungsträger

Folgend werden Interventionen näher erläutert, welche Versicherungsträger selbst vor Ort anbieten beziehungsweise über welche sie rauchende Schwangere und ihre näheren Angehörigen beraten.

3-A-Technik

Sie ist vor allem in der ersten Zeit der Rauchfreiheit nützlich. Dabei kann das starke Verlangen nach einer Zigarette reduziert werden (Rauchfrei Telefon, 2020, www).

Ablenken – Ablenkung in Form von etwas Tun (zum Beispiel Handarbeiten oder ein Musikinstrument spielen), aber auch Ablenkung in Form von Gedanken können dabei helfen sich gezielt und bewusst auf etwas Anderes zu konzentrieren und somit von den Gedanken an eine Zigarette abzukommen (ebd, www).

Abwarten – meist endet das Verlangen nach einer Zigarette bald wieder, da es im Durchschnitt nicht länger als fünf bis zehn Minuten dauert, bis ein Verlangen vorüber ist (Rauchfrei Telefon, 2020, www).

Abhauen – dabei soll die vorherrschende Situation verlassen werden. Oftmals reicht das Bewegen, Händewaschen oder tief durchatmen an einem anderen Ort schon aus (ebd., www).

Am allerwichtigsten ist es jedoch sich selbst zu belohnen, wenn selbst gesetzte Zwischenziele erreicht wurden. Um die Motivation zu steigern, sollte die Belohnung schon im Vorhinein festgelegt werden. Die Belohnung muss nicht unbedingt groß oder teuer sein, sondern etwas das man gerne hätte oder gerne tut (ebd., www).

Das erweiterte 5-A-Interventionsmodell, welches im Kapitel 3.4.2 durch internationale Literatur ausführlicher beschrieben wird, ist laut Lichtenschopf vor allem für Raucher/innen empfehlenswert, welche zu einem Rauchstopp motiviert sind. Bei allen

anderen sollte aber zumindest das 3-A-Interventionsmodell zur Anwendung kommen (Lichtenschopf, 2011, S. 5).

Das 5-A-Interventionsmodell findet in den Ambulatorien der Österreichischen Gesundheitskasse Anwendung. Dabei wird ein Rauchstopp durch motivierende Ansprache unterstützt (Fernandez & Posch, 2011, S. 13). Eine dazu durchgeführte Studie belegt, dass rund 66 Prozent der Teilnehmer/innen einem Entwöhnungsangebot zugestimmt hatten, wenn sie mittels der motivierenden Ansprache durch das 5-A-Interventionsmodell angesprochen wurden. Über die Hälfte der durchführenden Ärzt/innen waren mit der Praktikabilität der Befragung zufrieden. Im Durchschnitt benötigen sie für eine motivierende Ansprache 5,72 Minuten (ebd., S. 51)

Webseite www.endlich-aufatmen.at

Die Webseite unter Aufsicht der Österreichischen Gesundheitskasse ist seit 2008 aktiv und unterstützt Raucher/innen beim Rauchstopp. Es werden Fakten, Methoden und Tipps per Mausklick dargelegt. Darüber hinaus kann selbst, durch Ausfüllen des Fagerström-Tests, der individuelle Abhängigkeitsgrad ermittelt werden. Bei Bedarf kann mit Expert/innen in einem voreingerichteten Forum in Kontakt getreten werden, um somit weitere Informationen und Anregungen zu erhalten. Auf der Webseite wird auch auf das Rauchfrei Telefon und das Seminar „Rauchfrei in 6 Wochen“ hingewiesen (ÖGK, 2020, [www](http://www.endlich-aufatmen.at)). Für diese Webseite wurde bislang noch keine Evaluation durchgeführt, daher ist eine Bestätigung der Wirkung hinsichtlich Raucherentwöhnung derzeit nicht möglich.

Rauchfrei Telefon

Das kostenfreie, evidenzbasierte Angebot der Österreichischen Gesundheitskasse ist ein Telefondienst, welcher von einem Team aus Gesundheitspsychologinnen seit dem Jahr 2006 geführt wird. Dabei beraten, informieren und vermitteln diese zu verschiedenen Angeboten in Österreich. Das Telefon ist täglich von Montag bis Freitag acht Stunden lang verfügbar. Auf jeder österreichischen Zigarettenspackung ist die Nummer des Rauchfrei Telefons zu finden. Die Expert/innen unterstützen dabei mit dem

Rauchen aufzuhören, aber auch dabei rauchfrei zu bleiben. Es stellt eine Initiative der Sozialversicherung, der Bundesländer und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz dar. Auf der Homepage des Rauchfrei Telefon www.rauchfrei.at können auch kostenlos Broschüren bestellt oder ein Anruf gebucht werden. Spezifisch eingegangen wird auf der Homepage auch auf das Rauchen in Zusammenhang mit Kinderwunsch, Schwangerschaft, Stillen und Unterstützung durch Angehörige (Rauchfrei Telefon, 2020, www).

Frau Meingassner, fachliche Leitung des Rauchfrei Telefons, gibt an, dass derzeit nur eine niederschwellige Inanspruchnahme des Rauchfrei Telefons durch Schwangere stattfindet. Lediglich ein bis drei Schwangere melden sich pro Monat für ein Gespräch. In Abbildung 6 zeigt sich der Ablauf der Telefonberatung. Sollte die Schwangere nicht abheben, so erfolgt eine Nachricht auf den Anrufbeantworter oder sie erhält eine SMS (= Short Messenger Service). Prinzipiell wird das Angebot des Rauchfrei Telefons angenommen und 80 Prozent sind erreichbar. Ziel der Beratung ist es, eine Beziehung zueinander aufzubauen, die Motivation zum Rauchstopp zu stärken, Wissen zu vermitteln und Alternativen und Tipps aufzuzeigen (Meingassner, o.J., www).



Abbildung 6: Beratung durch das Rauchfrei Telefon, Quelle: Meingassner (o.J., www)

Eine Evaluation von Oktober 2012 bis Dezember 2014 durch das Rauchfrei Telefon bestätigte Effektivität und Effizienz der Telefonberatung bei Raucher/innen. Die Stichprobe bestand dabei aus 168 Personen. Als persönlich hilfreich erachtet wurden durch die Teilnehmer/innen der persönliche Kontakt/die Beziehung, konkrete

Tipps/Verhaltensalternativen und die inhaltliche Kompetenz, sowie das Fachwissen der Beraterinnen. 94 Prozent sind mit der Beratung durch das Rauchfrei Telefon (sehr) zufrieden. Weiters kann die Wirksamkeit der Beratung belegt werden, welche in der nachfolgenden Abbildung aufgezeigt wird (Rauchfrei Telefon, 2016, S. 5-6).

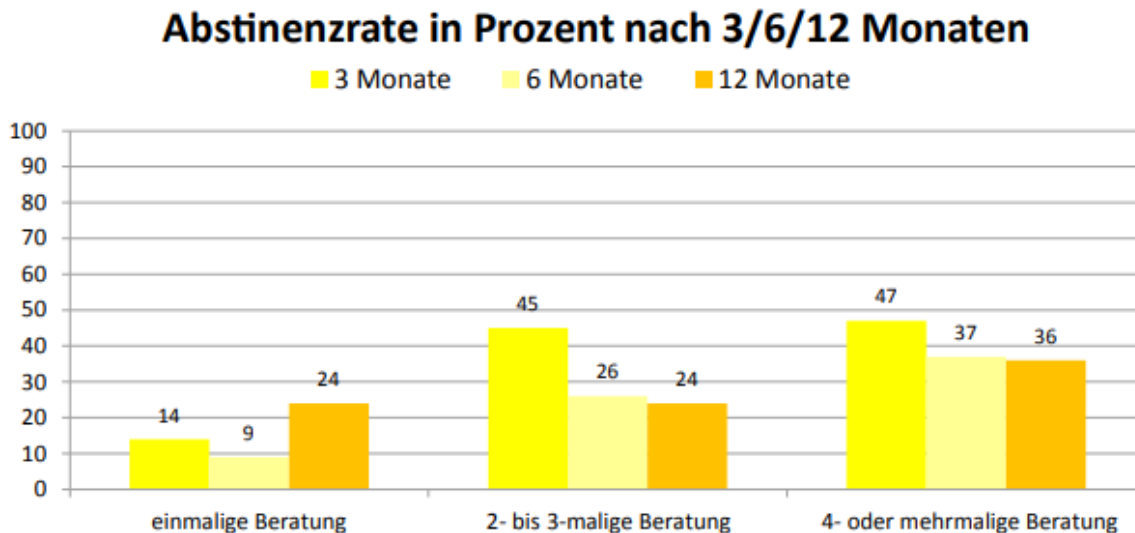


Abbildung 7: Evaluation Rauchfrei Telefon - Abstinenzrate in Prozent, Quelle: Rauchfrei Telefon, 2016, S. 7

Rauchfrei App

Als Ausbau des Rauchfrei Telefons bietet die kostenfreie App seit 2015 Tools zur Unterstützung und Motivation beim Rauchstopp. Die App kann individuell gestaltet werden und Push Notifications erinnern die Nutzer/innen zusätzlich an diverse Informationen. Beispielsweise zeigt die App auf seit wie vielen Tagen die Rauchfreiheit besteht, wie viele Zigaretten dadurch nicht geraucht wurden, und auch in wie vielen Tagen sich etwas Bestimmtes mit dem Gesparten gekauft werden kann, das sich zuvor als individuelles Ziel gesetzt wurde. Es werden immer wieder Zwischenziele durch den/die Nutzer/in definiert, um somit die Motivation aufrechtzuerhalten. Betrieben wird die App von der Österreichischen Gesundheitskasse und ist eine Initiative der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Bundesländer und des Bundesministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Konsumentenschutz (ÖGK, 2019, www). Für die Rauchfrei

App wurde bislang noch keine Evaluation durchgeführt, sehr wahrscheinlich aufgrund der kurzen Verfügbarkeit der App.

3.3.5 Broschüren

Eine Auszeit für Ihr Baby

Eine Auszeit für Ihr Baby ist eine Broschüre des Wiener Programm für Frauengesundheit, der Gesundheits- und Sozialplanung Stadt Wien und der Stadt Wien. Es wird darauf hingewiesen, dass während der Schwangerschaft und Stillzeit auf das Rauchen verzichtet werden soll. Es schadet dem Ungeborenen, Neugeborenen und Säugling nicht, wenn man sofort mit dem Rauchen aufhört, da durch den Rauchstopp sofort keine Giftstoffe mehr zum Kind gelangen können. Bereits eine Zigarette bewirkt beim Kind eine verringerte Sauerstoffzufuhr. Selbst das Passivrauchen ist schlecht für das Ungeborene, daher sollten Raucherräume gemieden werden. Auch Lüften allein ist nicht ausreichend, um sich vor den Giftstoffen des Zigarettenrauchs zu schützen. Kinder nehmen die Giftstoffe sowohl über die Muttermilch als auch über den Atem, die Haut, die Kleidung und Möbel auf. Zudem kann Rauchen zu einer verminderten Produktion von Muttermilch führen. Sollte eine völlige Abstinenz nicht möglich sein, soll nicht direkt vor dem Stillen geraucht werden, sondern danach. Es soll auch nicht in Räumen, in denen sich Kinder aufhalten, geraucht werden. Grundsätzlich sollte immer der Rat von Fachleuten in Anspruch genommen werden, um evidenzbasierte Informationen zu erhalten (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, 2017, S. 2-21).

Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft

Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft ist eine Broschüre des Instituts für Suchtprävention Pro Mente Oberösterreich. Diese zeigt diverse Aspekte auf, wieso Zigaretten und Rauch schlecht für das Baby sind. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass sich das Rauchen während der Schwangerschaft bei Mutter und Kind immer anders auswirkt und sich Schäden nicht sofort zeigen müssen, sondern auch Jahre später zum Vorschein kommen können. Bei einem Rauchstopp treten beim Ungeborenen keine starken Entzugssymptome auf. Am besten führt man eine

Rauchentwöhnung durch, sobald die Schwangerschaft bekannt wird. Auch auf das Thema Passivrauchen wird näher eingegangen. Die eigene Umgebung soll darauf aufmerksam gemacht werden, dass Schwangere im Raum sind. Sollte nicht aufgehört werden zu rauchen, solle man den Raum verlassen, da auch Passivrauch schädlich für Mutter und Kind sind (Institut Suchtprävention, o.J., o.S.). Hinsichtlich Stillen findet man die gleichen Ratschläge wie in der Broschüre „Eine Auszeit für Ihr Baby“.

Individuell zugeschnittene Selbsthilfematerialien haben der Evidenz zufolge eine hohe Wirkung. Eine Kombination mit Beratung stellt keine Steigerung des Abstinenz Erfolges dar (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010, S. 7). Zeitungsartikel, Webseiten, Apps und Broschüren sind die am meisten genutzten Informationsangebote. Grundsätzlich ist es jedoch wichtig, dass gute Gesundheitsinformationen über die genannten Formate verbreitet werden. Die aktuell zur Verfügung stehenden Artikel sind zu 60 Prozent „stark übertrieben oder nicht zutreffend“ (ÖPGK = Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz, 2020, [www](http://www.oepgk.at)). Die ÖPGK stellt daher einige Anforderungen für „Gute Gesundheitsinformation Österreich“ (ebd., [www](http://www.oepgk.at)):

- Qualitätsvolle, wissenschaftliche Informationen auf dem aktuellen Stand der Forschung
- Informationen sollen „unabhängig, unverzerrt, geschlechtergerecht, verlässlich, verständlich und auf Evidenz basierend sein.“
- Verständliche Informationen, in einer einfachen und verständlichen Sprache und Textgestaltung
- Transparente, neutrale und glaubwürdige Hinweise
- Berücksichtigung von Altersunterschieden
- Anpassung an die Zielgruppe
- Trennung von Information und Empfehlungen
- Regelmäßige Aktualisierung der Inhalte
- Etc.

3.3.6 Medikamentöse Ansätze – Nikotinersatztherapie

Medikamentöse Ansätze zur Tabakentwöhnung werden in Österreich an und durch Raucher/innen angewendet. Zuverlässig in der Langzeitabstinenz sind Nikotinkaugummi, -nasalspray, -pflaster und die Wirkstoffe Vareniclin und Bupropionhydrochlorid. Es gibt jedoch unzureichende Evidenz zu diesem Thema in Bezug auf Schwangere und die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie und sollten daher nicht zum Einsatz kommen. Speziell Bupropionhydrochlorid kann potenziell schädigend für das ungeborene Kind sein, aber auch für den Säugling, da es über die Muttermilch an das Kind übertragen wird. Auch Vareniclin ist nicht in der Schwangerschaft zugelassen. Die Wirkstoffe Clonidin und Nortryptilin sind prinzipiell wirksame Medikamente zur Tabakentwöhnung, zeigten jedoch bei Schwangeren keine ausreichende Wirkung. Hinsichtlich Stillen gibt es derzeit noch keine Untersuchungen und sie sollten daher nicht zur Anwendung kommen (Lichtenschopf, 2011, S. 7-13).

Eine aktuellere Broschüre aus dem Jahr 2017 gibt an, dass Nikotinersatzprodukte wie Lutschtabletten und Kaugummis weniger schädlich für das Kind sind, als zu rauchen. Die Verwendung sollte aber ausschließlich unter ärztlicher Aufsicht stattfinden. Die Evidenzlage für E-Zigaretten ist umstritten, es gibt aber bereits erste Nachweise, dass sie krebsfördernde Inhaltsstoffe haben und werden daher nicht empfohlen (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, 2017, S. 19).

3.3.7 Komplementäre Angebote

Die Tabakentwöhnung kann durch regelmäßige Aktivität unterstützt werden. Vor allem in Situationen nach akutem Verlangen einer Zigarette kann es einen Ausweg schaffen. Bewegung führt zu Entspannung, verbessert die Stimmungslage und schützt zudem vor einer unerwünschten Gewichtszunahme, welche oft mit dem Rauchstopp assoziiert wird. Auch bestimmte Atemtechniken bei denen bewusst, in angenehmer Körperhaltung, geatmet wird helfen bei der Entspannung und können von überall aus durchgeführt werden (Rauchfrei Telefon, 2020, www).

Auch Akupunktur und Hypnose können unterstützend beim Rauchstopp wirken und dürfen auch während der Schwangerschaft angewendet werden (Jankl, 2014, www).

Insbesondere bei der Akupunktur und Hypnose gibt es keine evidenzbasierten Nachweise bezüglich der Wirkung (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2010, S. 14).

3.3.8 Tabakpräventionsstrategie Steiermark

Als erstes Bundesland Österreichs setzte die Steiermark 2005 erste Maßnahmen „zur Prävention und Senkung des Tabakkonsums“. Folgende Ziele wurden unter anderem gesetzt (Fernandez & Posch, 2011, S. 7):

- Senkung der Anzahl der Menschen, die mit dem Rauchen beginnen
- Steigerung der Anzahl der Menschen, die mit dem Rauchen aufhören
- Schutzmaßnahmen vor den Folgen des Passivrauchens für Menschen, welche diesem ausgesetzt sind
- Steigerung des Wissens der Bevölkerung zu den Folgen des (Passiv-) Rauchens

Um die oben gesetzten Ziele zu erreichen, wurde ein Maßnahmenbündel entwickelt. Zum einen wurden Tabakentwöhnungsprogramme eingeführt, wie beispielsweise „Rauchfrei in 6 Wochen“. Dabei finden von Expert/innen geleitete Gruppensitzungen von jeweils 90 Minuten, einmal pro Woche, statt. Seit 2009 übernimmt die Koordination die ÖGK. Für spezielle Zielgruppen wie Schwangere werden zusätzlich Einzelentwöhnungsberatungen durchgeführt. Der Abstinenzenerfolg liegt bei 60 Prozent zum Stand 2011 (Fernandez & Posch, 2011, S. 12).

Ein großes Ziel war auch die Raucher/innenprävalenz auf unter 20 Prozent zu senken. Durch Beratung und Angebote soll der Ausstieg aus dem Tabakkonsum gefördert werden. Daher wurden spezielle Aus- und Weiterbildung für diverse Gesundheitsberufe angestrebt (ebd., S. 16).

Zudem sind auch strukturelle Gegebenheiten wichtig zur Tabakprävention von Schwangeren. Für Krankenhäuser, Betriebe, Schulen und die Gastronomie gibt es bereits individuelle Regelungen aufgrund des erhöhten Gefahrenpotenzials. Diese beziehen sich beispielsweise auf gekennzeichnete Raucherzonen. Vor allem aber haben

auch nicht aufhörwillige rauchende Schwangere Kontakt mit Ärzt/innen und Angehörigen von Gesundheitsberufen und sollten von diesen auf das Rauchen angesprochen werden. Im niedergelassenen Bereich stößt man dabei oft auf fehlende Motivation durch das Gesundheitspersonal, da eine entsprechende Honorierung diesbezüglich fehlt. Es ist auch notwendig, Expert/innen in der Tabakentwöhnung auszubilden, um den Qualitätskriterien nationaler und internationaler Standards zu entsprechen. Und um somit eine Tabakentwöhnung in allen Regionen, sowohl städtisch als auch ländlich, in ausreichender Form anbieten zu können (Österreichische ARGE (= Arbeitsgemeinschaft) Suchtvorbeugung, 2014, o.S.).

Eine weitere wichtige Maßnahme stellt die Tabaksteuer dar. Die Steuererhöhung der letzten Jahre zeigt, dass diese Maßnahme wirksam und kosteneffizient ist. Jedoch nur, wenn die Steuern auch ausreichend erhöht werden. Auch die Werbung sollte deutlich reduziert werden. Werbung für Tabakwaren ist in Österreich gesetzlich geregelt und bereits stark eingeschränkt. Dennoch gibt es noch zirka 5000 Zigarettenautomaten, welche 24 Stunden täglich zugänglich sind - auch sie stellen ein Werbemittel dar. Wie auch die kostenlose Abgabe von Rauchutensilien, beispielsweise in Form von Feuerzeugen (ebd., o.S.).

Eine bereits wichtige umgesetzte Maßnahme ist das absolute Rauchverbot in der Gastronomie und auf Indoor-Arbeitsplätzen. Letzteres schließt jedoch Räume aus, welche ausschließlich von Raucher/innen genützt werden. Dabei wird in Kauf genommen, dass angrenzende Räume nicht vor Passivrauch geschützt werden, der Raubeginn erleichtert werden kann und es eine Demotivation zum Rauchstopp auslösen kann. Die ARGE Suchtvorbeugung rät daher zur Umsetzung eines absoluten Rauchverbots an Indoor-Arbeitsplätzen (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, 2014, o.S.).

3.3.9 Übersicht der nationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung

Abschließend zum Kapitel 3.3 findet sich eine Übersicht der nationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung in Tabelle 3.

Tabelle 3: Übersicht der nationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung, Quelle: Eigene Darstellung

Intervention	Beispiel
Psychosoziale Interventionen	Kurzintervention
	Intensive Entwöhnungsberatung
Interventionen durch Gesundheitsanbieter und -berufe	Gesprächsleitfaden
Rauchfreies Krankenhaus	
Interventionen durch Versicherungsträger	3-A-Technik
	5-A-Interventionsmodell
	www.endlich-aufatmen.at
	Rauchfrei Telefon
	Rauchfrei App
Broschüren	
Medikamentöse Ansätze	Nikotinersatztherapie
Komplementäre Angebote	Bewegung
	Atemtechniken
	Akupunktur
	Hypnose
Tabakpräventionsstrategie Steiermark	

3.4 Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft - Ansätze zur ganzheitlichen Versorgung im internationalen Vergleich

3.4.1 Psychosoziale Interventionen

Laut einem durchgeführten Literature Review der Datenbank PubMed von Miyazaki, Hayashi & Imazeki sollte die erste Linie der Behandlung rauchender Schwangere eine psychosoziale Intervention sein. Der Grund hierfür ist der nicht-pharmakologische Ansatz, welcher zu einer Veränderung des kognitiven Verhaltens und der Motivation führt, aber auch als unterstützende Therapie eingesetzt werden kann. „Diese Strategien können Beratung, Gesundheitserziehung, Feedback, finanzielle Anreize und soziale Unterstützung von Gleichaltrigen und/oder Partnern sowie Verbreitungsversuche umfassen“ (Miyazaki, Hayashi & Imazeki, 2015, S. 419). Eine Empfehlung der WHO gibt an, dass Gesundheitsdienstleister/innen routinemäßig allen rauchenden Schwangeren oder jene, die vor kurzer Zeit mit dem Tabakkonsum aufgehört haben, Ratschläge und psychosoziale Maßnahmen zur Beendigung des Tabakkonsums anbieten sollen (ebd., S. 419). Zudem rät die WHO explizit dazu, Schwangere mit psychosozialen Interventionen bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen. Insbesondere auch dann, wenn sie bereits rauchfrei sind, um einen Rückfall zu vermeiden. Grundlegend sollte damit so früh wie möglich begonnen werden (WHO, 2013, S. 44).

Die bisherige Evidenz ist jedoch mäßig, da es wenige Studien zu diesem Thema gibt und wenn doch, ist die Population sehr gering. Daher ist es schwierig, die Wirksamkeit ausreichend zu belegen und die Maßnahmen auszuweiten (Miyazaki, Hayashi & Imazeki, 2015, S. 419).

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie laut Leung & Davies „umfasst Beratung, soziale Unterstützung, Anreize und Hypnose“ (2015, S. 792). Wobei das Literature Review ergab, dass eine Beratung allein keine signifikante Auswirkung auf die Raucherentwöhnung hat.

Positive Ergebnisse zeigten hingegen finanzielle Anreizsysteme (ebd., S. 792), welche im Kapitel 3.4.5 näher erläutert werden

Hypnose

In dem Literature Review von Leung & Davies wurde auch die Wirksamkeit der Hypnose untersucht. Dabei gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Wobei zu beachten ist, dass „psychosoziale Interventionen wie Beratung, anreizbasierte Therapie und Hypnose keine negativen Auswirkungen auf den Fötus“ haben (ebd., S. 792). Somit können sie ergänzend zu anderen Interventionen bedenkenlos und bei Bedarf eingesetzt werden (ebd., S. 792).

3.4.2 Interventionen durch Gesundheitsanbieter und Gesundheitsberufe

Eine umfassende Beratung durch Fachkräfte über die möglichen Interventionen zur Raucherentwöhnung und die möglichen Folgen für die Schwangere und den Fötus beziehungsweise die Mutter und den Säugling ist unerlässlich. Bei den verschiedensten Raucherentwöhnungsansätzen ist es sinnvoll zusätzlich Leitfäden und Broschüren auszuhändigen oder Videomaterial zur Verfügung zu stellen. Diese können mit nach Hause genommen oder von dort aus angesehen werden. Somit können die beschriebenen Tipps und Fertigkeiten auch zuhause nachgelesen und umgesetzt werden. Eine vorstellbare Option wäre ein Buddy/Peer-Angebot zur sozialen Unterstützung der Schwangeren während der Tabakentwöhnung. Auch ein persönliches follow-up nach der Geburt wäre sinnvoll, um den Rauchstopp durch nachfolgenden Zuspruch beizubehalten. Weiters wäre es möglich Selbsthilfegruppen oder Gruppenberatungen einzuführen, um die Tabakentwöhnung umzusetzen und/oder aufrechtzuerhalten (Greaves et al., 2011, S. 44).

5-A-Interventionsmodell

Im Folgenden wird das evidenzbasierte 5-A-Interventionmodell, welches häufig in der Raucherentwöhnung eingesetzt wird, näher beschrieben.

„Asking“ – Fragen.

Hierbei werden Fragen gestellt beziehungsweise Diskussionen zwischen Gesundheitsprofessionen und Schwangeren geführt (Okoli, Greaves, Bottorff & Marcellus, 2010, S. 67). Es sollen relevante Informationen über den Tabakkonsum eingeholt werden, wie beispielsweise die Menge. Dabei ist auf eine genaue Dokumentation in der Patientenakte zu achten (Miyazaki, Hayashi & Imazeki, 2015, S. 419).

„Assessing“ – Einschätzen.

Dabei erfolgt die Einschätzung, ob Schwangere überhaupt bereit sind mit dem Rauchen aufzuhören (ebd., S. 419).

„Advised“ – Beratend.

Gesundheitsberufe stehen den schwangeren Frauen beratend zur Seite, um den Tabakkonsum zu beenden (ebd., S. 67) und weisen darauf hin, dies auf eine klare, stabile und individuelle Weise zu tun (ebd., S. 419).

„Assisting“ – Unterstützen.

Der Fokus liegt hierbei vor allem auf diejenigen, die bereit sind zumindest den Versuch eines Rauchstopps einzuleiten (Miyazaki, Hayashi & Imazeki, 2015, S. 419).

„Arranging“ – Arrangieren.

Es wird auf verschiedene Raucherentwöhnungsprogramme verwiesen (Okoli, Greaves, Bottorff & Marcellus, 2010, S. 67) und gemeinsam mit der Schwangeren Nachsorgetermine vereinbart (ebd., S. 419).

Mögliche Barrieren der Gesundheitsprofessionen im Umgang mit rauchenden Schwangeren sind laut Okoli, Greaves, Bottorff & Marcellus folgende (2010, S. 67-69):

- Das Fehlen ausreichender Beratungskennnisse oder zu wenig Zeit für eine ausreichende Beratung.
- Mangelndes Selbstvertrauen in die eigene Interventionsfähigkeit durch unzureichende Ausbildung in diesem Bereich.
- Wenig Vertrauen in medikamentöse Ansätze zur Nikotinersatztherapie.
- Der Glaube daran, dass das Verhalten schwangerer Patientinnen nicht beeinflusst werden kann.
- Die Auffassung, Raucherentwöhnung sei nicht Tätigkeitsfeld von Gesundheitsanbieter/innen.
- Die Einschätzung, dass Anwendungen zur Raucherentwöhnung nicht erfolgreich wären.
- Ihrer Meinung nach könne durch das Raten zum Rauchstopp die Beziehung zwischen den Gesundheitsberufen und der Patientin negativ beeinflusst werden.
- Keine Rückvergütung für Beratungen, speziell bezüglich Tabakentwöhnung.

Einem Systematic Review zufolge verwenden Gesundheitsanbieter/innen zumeist nur einzelne Komponenten der 5A's in der Intervention, lediglich 19,6 Prozent aller Allgemeinmediziner/innen, Hebammen und Gynäkolog/innen wenden alle 5A's an (Gould, Twain, Stevenson, Gribbin, Bonevski, Palazzi & Zeev, 2019, S. 5).

Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Mehrere Studien zeigen auf, dass die Motivation der Schwangeren zumeist besonders groß ist mit dem Rauchen aufzuhören. Dafür ist nur ein geringer Beratungsaufwand nötig. Das Rauchverhalten kann im Rahmen einer Rauchanamnese (s. Abbildung 8) erhoben werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004, S.5).

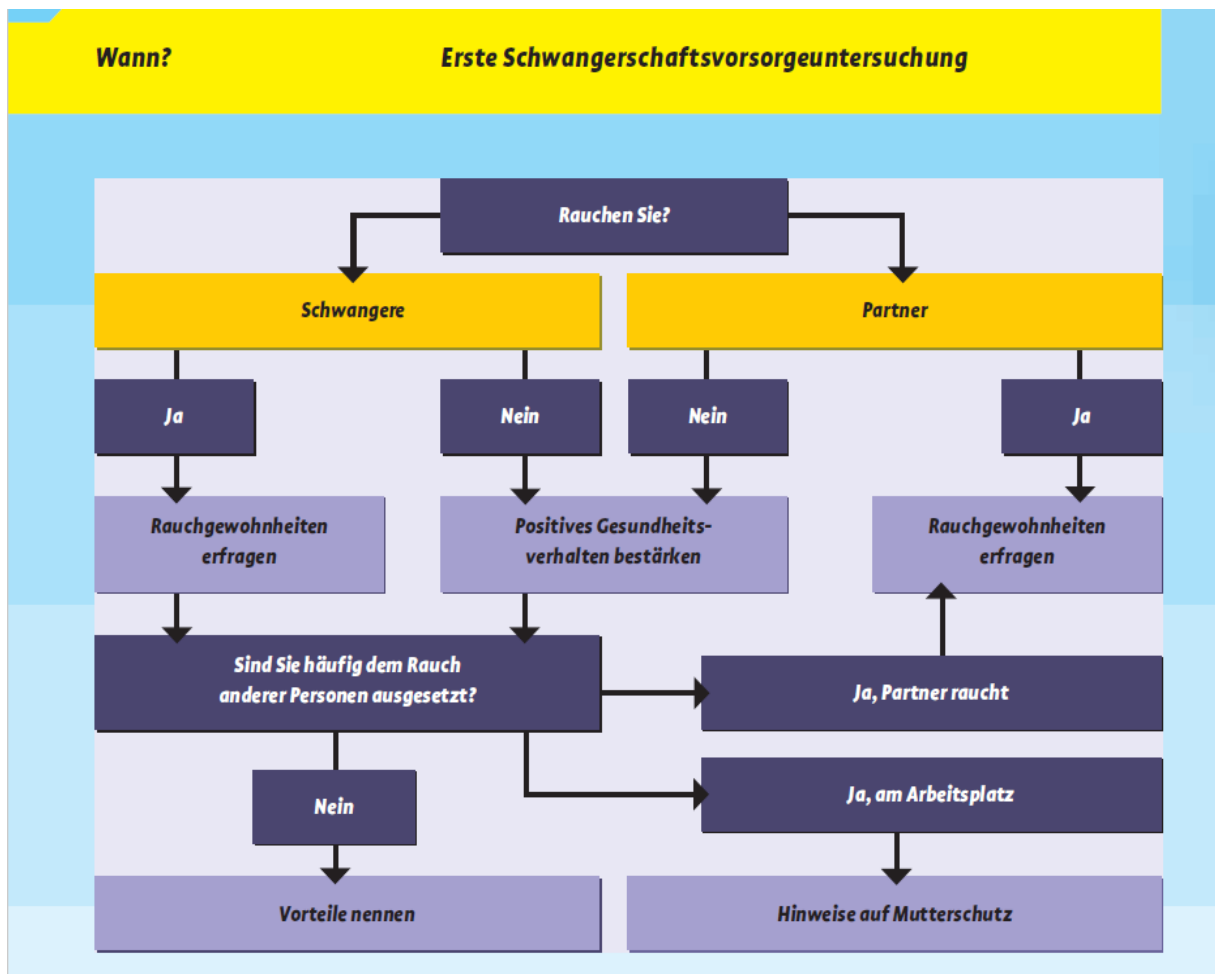


Abbildung 8: Rauchanamnese, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 16).

Um eine erfolgreiche Raucherentwöhnungsberatung (s. Abbildung 9) durchzuführen ist ein persönliches, individuelles Gespräch notwendig. Im besten Falle unter Einbeziehung des/der (rauchenden) Partners/Partnerin und bereits bei der ersten Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung. Ziel ist es die Motivation zu stärken und Handlungsalternativen zu erkennen und aufzuzeigen. Zusätzlich kann Unterstützungsmaterial ausgehändigt werden, zum Beispiel in Form von „Broschüren, Kursangebote, Selbsthilfegruppen, Beratungsmöglichkeiten“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004, S.5).

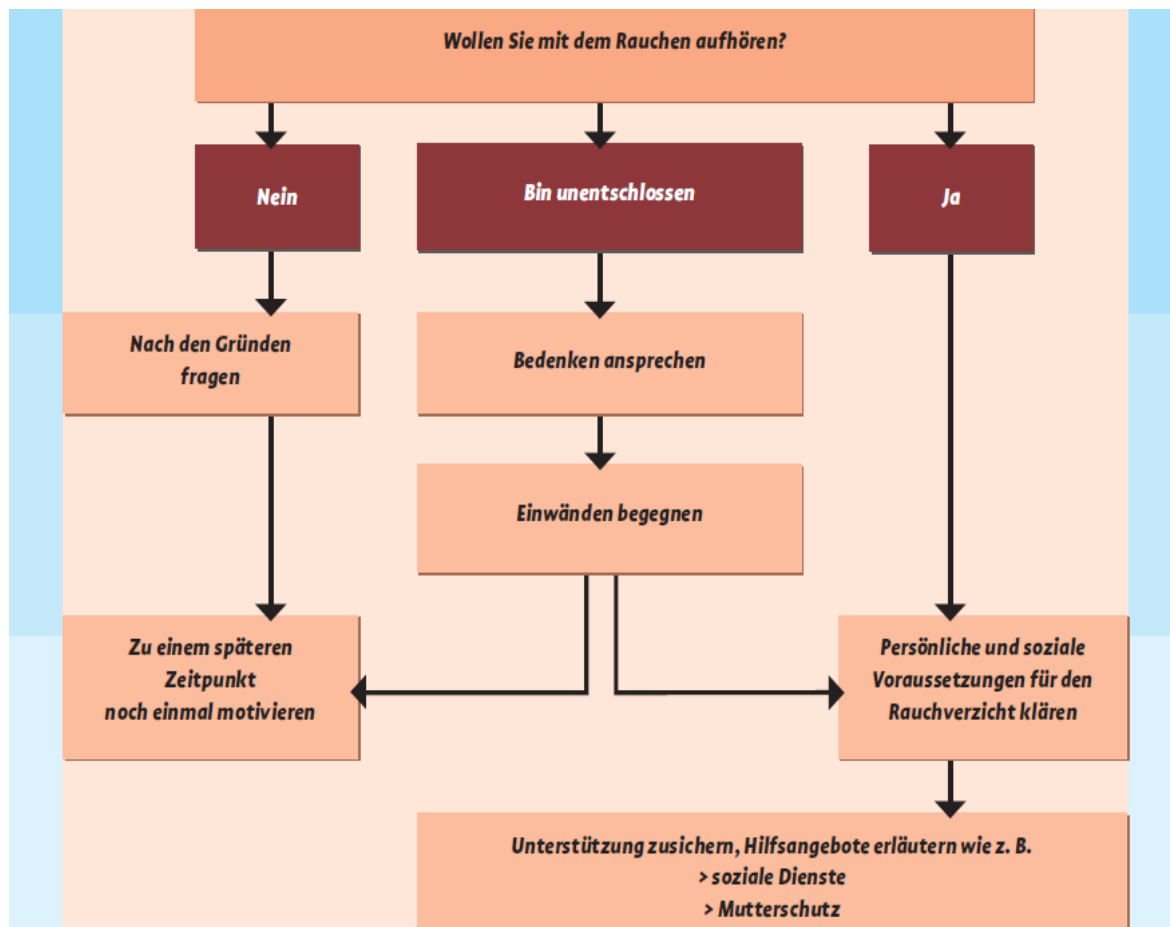


Abbildung 9: Raucherentwöhnungsberatung, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 21).

Offenheit für eine weitere Beratung und Unterstützung der Schwangeren sollten gegeben sein (s. Abbildung 10). Erfahrungen zeigen, dass nicht bei jedem eine Abstinenz erreicht werden kann. Ein falscher Weg ist es auf alle Fälle mit Druck und direkten Aufforderungen die Schwangere zum Rauchstopp zu bringen. Dadurch erlangt man häufig eher Widerstand. Besser ist es Verständnis und Anteilnahme zu übermitteln, sowie Hinweise und Empfehlungen auszusprechen. Die Schwangere muss selbst den Wunsch nach Veränderung verspüren und positive Anreize erkennen. Daher ist es sinnvoll diese zu steigern und Hindernisse zu beseitigen (ebd., S.7-8).

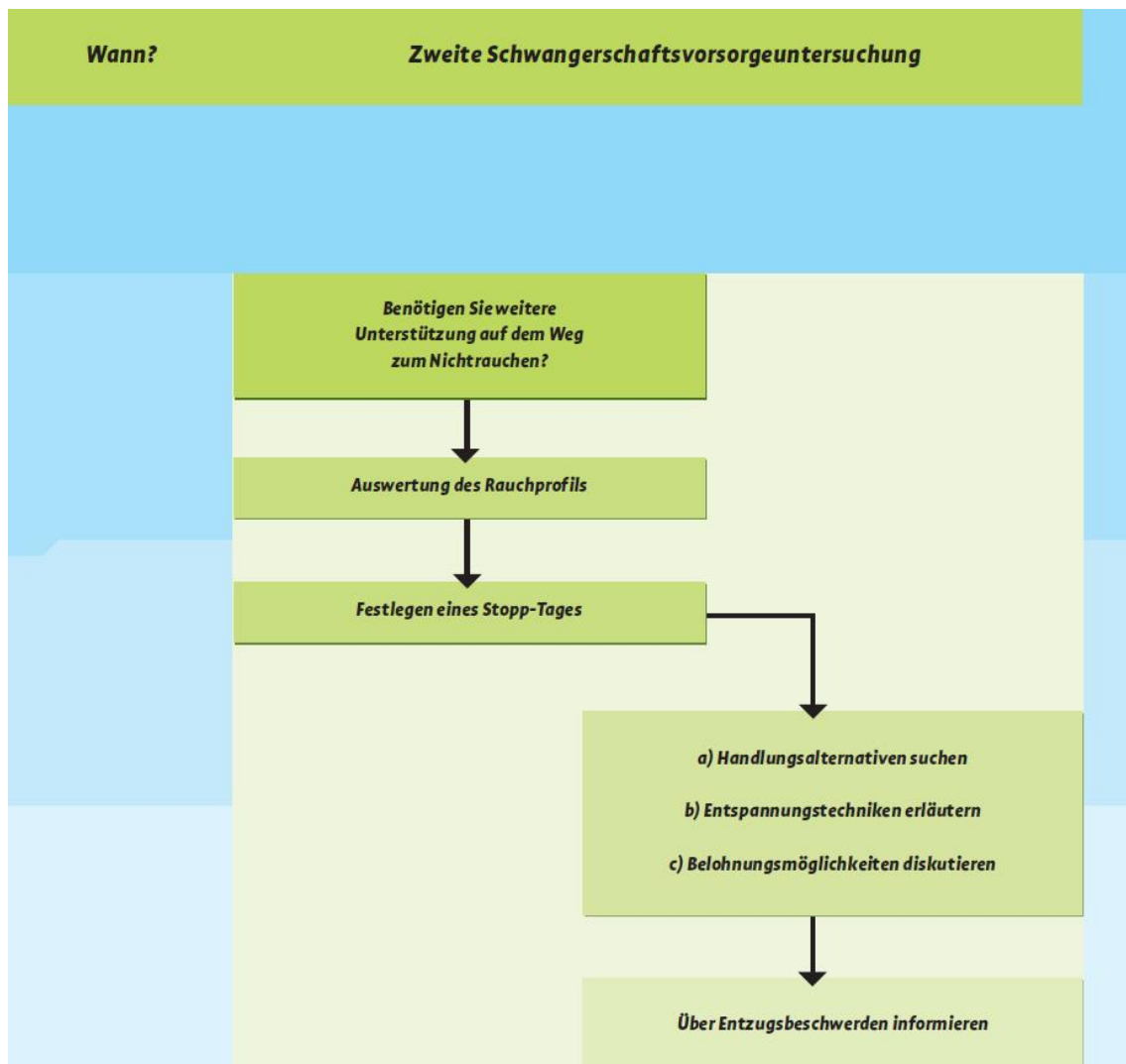


Abbildung 10: Aufrechterhaltung der Beratung, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 28).

Das Aufrechterhalten eines regelmäßigen Kontakts ist wichtig, um die Schwangere auch bei den Folgetreffen nach dem Nichtrauchen zu fragen (s. Abbildung 11). Dabei sollen bei einem Nichtrauchen der Schwangeren die positiven Veränderungen ausgedrückt und eine Anerkennung ausgesprochen werden. Bei einem Rückfall sollte auch dieser angesprochen werden, um der Schwangeren „das Gefühl des persönlichen Versagens zu nehmen“ (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004, S. 41). Weitere Unterstützung, sowie „Geduld, Verständnis und Ermutigung“ sind notwendig, um den Rückfall aufzuarbeiten und um einen neuen Rauchstopp anzustreben (ebd., S. 41).

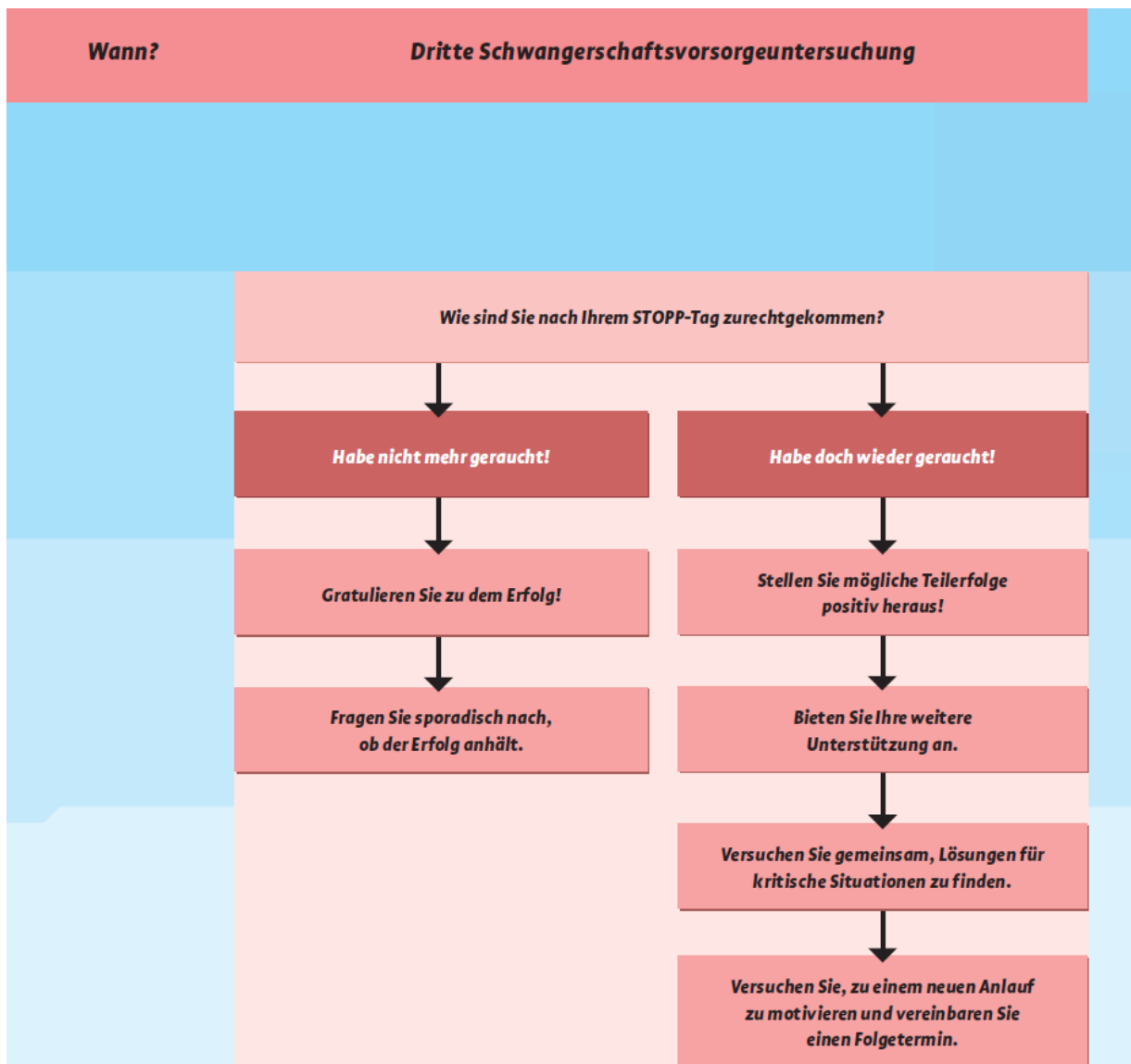
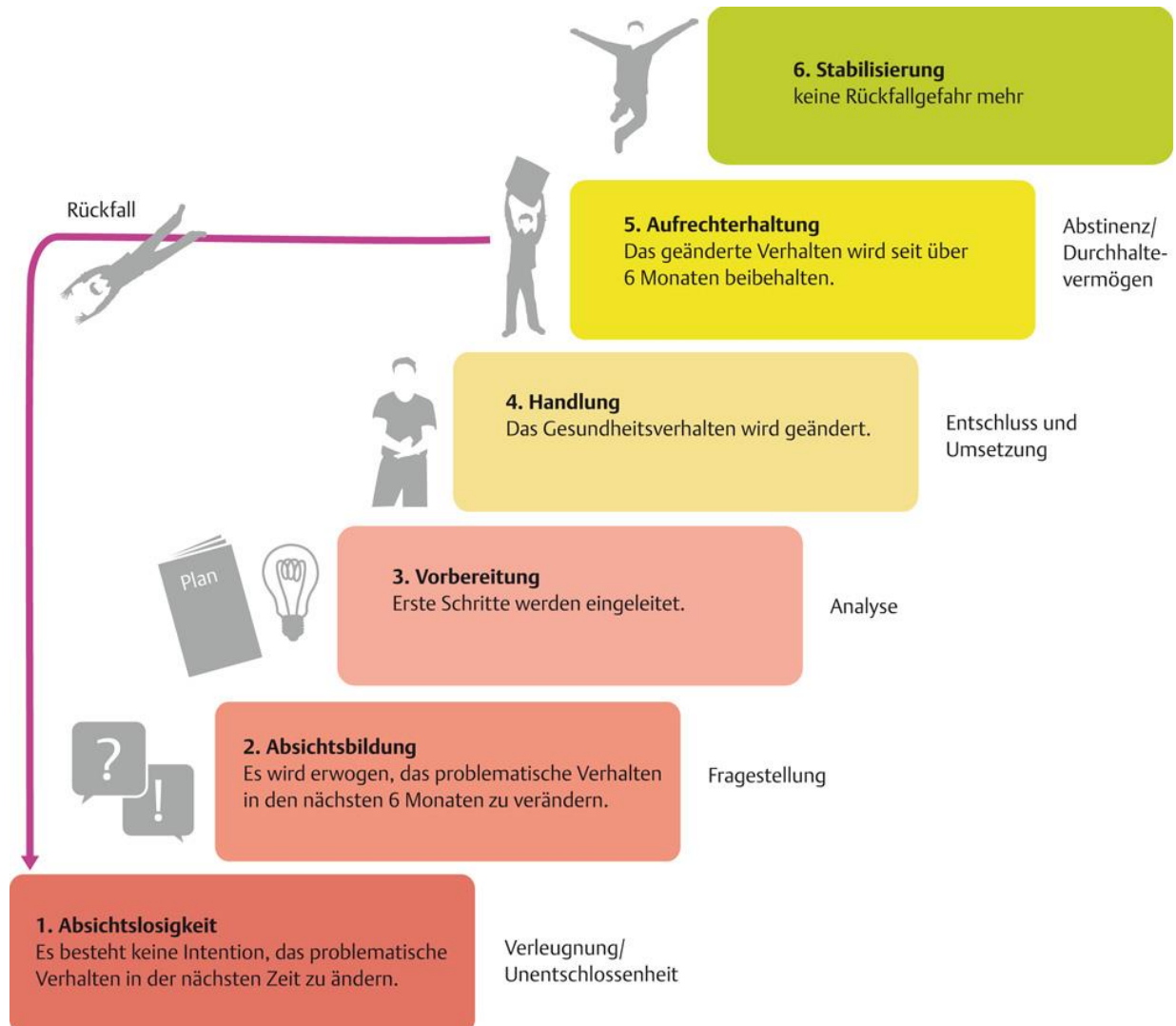


Abbildung 11: Rückfallbewältigung, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 40).

Hilfreich in diesem Zusammenhang ist die Kenntnis über die fünf Stadien der Verhaltensänderung nach dem Modell von Prochaska, Norcross und DiClemente (s. Abbildung 12). Die Stadien des Modells bauen aufeinander auf. Es ist in jedem Stadium möglich einen Rückfall zu erleiden und dies ist auch nicht ungewöhnlich. Selten wird das Modell linear durchlaufen. Dann sollte jedoch gezielt auf die Gründe des Rückfalls eingegangen werden, um einen neuerlichen Rückfall aus dem gleichen Grund zu vermeiden. Für eine erfolgreiche Beratung ist es notwendig, zu erkennen, in welchem Stadium sich die Schwangere befindet. Für eine erfolgreiche Raucherabstinenz

müssen alle fünf Stadien durchlaufen werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2004, S.10).



Georg Thieme Verlag, Stuttgart · New York
I care Pflege · 2015

Abbildung 12: Stadien der Verhaltensänderung, Quelle: Georg Thieme Verlag (2015, www).

Die WHO kritisiert diesen Ansatz in Zusammenhang mit Schwangeren. Die Stadien der Verhaltensveränderungen sollen nämlich bei Personen, welche selbst die Absicht haben mit dem Rauchen aufzuhören, eingesetzt werden. Manche Schwangeren haben diese Absicht noch nicht und fallen somit aus diesem Schema heraus. Es sollten laut WHO aber alle Schwangeren Unterstützungsangebote bekommen, unabhängig von ihrer Absichtsbildung (WHO, 2013, S. 44).

3.4.3 Die Rolle von sozialen Netzwerken, Angehörigen und Partner/innen

Soziale Netzwerke, Angehörige und Partner/in nehmen großen Einfluss auf Schwangere, unabhängig davon ob diese vorhanden sind oder nicht. Zudem besteht ein erhöhtes Risiko mit dem Rauchen zu beginnen oder dieses fortzuführen, wenn Menschen, mit denen ein Zusammenleben besteht, rauchen. Dadurch ist ein vereinfachter Zugang zu Tabakwaren gegeben und somit die Versuchung größer. Zudem können auch Ethnizität, Haushaltseinkommen und der Beziehungsstatus das Rauchen während der Schwangerschaft sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Studien ergeben, dass alleinerziehende, einkommensschwache und aus bestimmten ethnischen Gruppen stammende Frauen eher dazu neigen während der Schwangerschaft zu rauchen. Rauchen wird dabei oftmals als eine Form der Bewältigungsstrategie angesehen (Greaves et al., 2011, S. 9-10).

Partner/innen können ihre schwangeren Frauen dabei unterstützen mit dem Rauchen aufzuhören, indem sie das Rauchen selbst reduzieren oder beenden und nicht in der Nähe der Schwangeren rauchen. Hören die Männer mit dem Rauchen auf, die schwangere Frau raucht aber weiter, führt dies zu erhöhtem Konfliktpotenzial und übt Druck auf die Schwangere aus. Diese fühlt sich überwacht, was wiederum dazu führen könnte, dass sie sich dazu entscheidet weniger zu rauchen oder ganz damit aufzuhören (ebd., S. 10). Aus diesem Grund ist es wichtig den/die Partner/in und sozialen Kontext in die Beratung mit einzubeziehen. Dabei soll das Rauchverhalten der Familie und des/der Partner/in evaluiert und darauf aufbauend Interventionen eingeleitet werden, um passende Rahmenbedingungen für die gesamte Familie zu schaffen (ebd., S. 44).

Schwangere Frauen, welche sich „spontan“ dazu entscheiden das Rauchen aufzugeben hatten meist folgende Faktoren als Ausgangsposition (Coleman, Chamberlain, Daves, Cooper & Leonardi-Bee, 2015, S. 3):

- Sie haben von Grund auf weniger geraucht.
- Sie hatten einen temporären Rauchstopp vor der Schwangerschaft.
- Sie haben einen Nichtraucher als Partner/in.

- Sie haben soziale Unterstützung.
- Sie haben eine große Überzeugung der Gefahren des Rauchens.
- Sie haben eine geringere Abhängigkeit.

DEUTSCHLAND: Nationales Gesundheitsziel – Gesundheit rund um die Geburt

„ZIEL 1: Eine gesunde Schwangerschaft wird ermöglicht und gefördert“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 15):

Ziel ist es, Schwangere über die Risiken des Rauchens im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen aufzuklären, sowie Hilfestellungen und Angebote zur Suchtprävention und zum Rauchstopp zu übermitteln. Nicht außer Acht gelassen werden sollte das Umfeld – Personengruppen, Lebensräume und Arbeitsumfeld. Zudem empfiehlt das Bundesministerium für Gesundheit einen Rauchstopp zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft (ebd., S. 15).

„Teilziel 1.4 - Der Anteil der Frauen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit auf schädliche Substanzen wie Alkohol und Tabak verzichten, ist erhöht. Folgeschäden sind reduziert“ (ebd., S. 28):

Maßnahmenempfehlungen umfassen die Beratung und Unterstützung (passiv-) rauchender Schwangerer, einschließlich ihres Partners/ihrer Partnerin und des sozialen Umfelds. Nicht vergessen werden darf dabei auf die Kinder, welche dem Passivrauch ausgesetzt sind. Hierbei sollen erste Informationen über Schutzmaßnahmen bereits in Geburtsvorbereitungskursen erfolgen (ebd., S. 28).

Quit Together

Quit Together ist eine Methode, welche sich an Paare richtet und sowohl rauchende Schwangere (bis zur 28. Schwangerschaftswoche), als auch ihre Partner/innen mit einbezieht. Die folgend beschriebene Studie wurde in Rumänien durchgeführt. Dabei erhielten die Paare der Interventionsgruppe pränatal (= vor der Geburt) und postnatal (= nach der Geburt) Motivations- und Problemlösungsansätze durch ausgebildete Psycholog/innen telefonisch übermittelt. Die Paare der Kontrollgruppe erhielten

ausschließlich die Standardbetreuung, keine telefonische Betreuung. Zudem erhielten beide Gruppen Informationsblätter zur Raucherentwöhnung mit Informationen zum Nutzen der Nikotinabstinenz und wie der Partner die rauchende Schwangere bei der Entwöhnung unterstützen kann. Hier waren viele Informationen enthalten, welche sie grundsätzlich in der Routinebetreuung bekommen sollten. Auch Geldgutscheine erhielten beide Gruppen bei erfolgreicher Rekrutierung, drei Monate postnatal und auch nach erfolgtem follow-up. Die telefonische Kontaktaufnahme mit der rauchenden Schwangeren erfolgte durch eine weibliche Psychologin, dauerte 20-30 Minuten und fand sechs Mal während der Schwangerschaft und zwei Mal postnatal statt. Ein männlicher Psychologe führte die Gespräche mit den Partnern durch. Diese dauerten gleich lang, fanden jedoch drei Mal während der Schwangerschaft und einmal postpartum statt. Bei Bedarf wurden ergänzende Gespräche zwischen Psycholog/in und (rauchender) Schwangeren oder Partner vereinbart. Telefongespräche mit beiden Partnern in einer Situation stellen eine größere Herausforderung dar, da hier die Konzentration auf gemeinsame Aktivitäten gerichtet werden soll und hier nur als Team Veränderungen angestrebt werden können. Daher wurden gemeinsame Gespräche mit dem Paar nicht durchgeführt (Meghea, Brinzaniuc, Sidor, Chereches, Miha, Iuhas, Stamatian, Caracostea, Dascal, Foley, Baban, Voice & Blaga, 2018, S. 5-10). Die Studie zeigt auf, dass diese Interventionsform vor allem in Ländern „mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsressourcen und Raucherentwöhnungsdiensten [aber] mit hoher Raucherprävalenz“ (ebd., S. 11) zielführend ist. Die Umsetzung ist auch stark von der Partnerschaft abhängig. Schwierigkeiten in der Beziehung können den Erfolg mindern, sowie auch eine geringe Compliance (ebd., S. 11).

Ich bekomme ein Baby - rauchfrei in der Schwangerschaft, Ratgeber für Schwangere und ihre Partner

In dieser Broschüre der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wird aufgezeigt, welche positiven Auswirkungen ein Rauchstopp für das Baby mit sich bringt. Unter anderem wird darauf aufmerksam gemacht, dass sich durch die Tabakentwöhnung die Lungen des Ungeborenen vollständig entwickeln können und das Risiko einer Totgeburt um ein Drittel gesenkt werden kann. Zudem wird die Gefahr des

plötzlichen Kindstods reduziert. Sollten noch Unklarheiten, Fragen oder Unentschlossenheit herrschen, so wird auf ein Beratungstelefon der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zur Unterstützung auf dem Weg zum Nichtrauchen hingewiesen. Die Broschüre ist dafür gedacht, Raucherinnen und ihre Partner/innen beim Rauchstopp Schritt für Schritt zu unterstützen. Daher ist der Ratgeber in drei Schritte unterteilt, welche der Reihe nach abgearbeitet werden sollen/können. Schritt eins zielt darauf ab einen „Stopp“-Tag, also einen Tag in der nächsten Woche zu wählen, an dem man mit dem Rauchen aufhört. Schritt zwei ist die Vorbereitung auf den „Stopp“-Tag. Einige Frauen rauchen bis zum gesetzten Tag weiter wie bisher, andere reduzieren die Menge langsam. Man soll testen, wie man die Lust auf eine Zigarette gut unter Kontrolle bekommt. Entspannungstechniken ausprobieren, aber auch ein Belohnungssystem einführen, wenn man es geschafft hat nicht zu rauchen. Hierbei werden exakte Tipps gegeben. Ein wichtiger Faktor ist auch das Rauchen durch Personen in der persönlichen Umgebung. Der Ratgeber unterstützt durch konkrete Antwortmöglichkeiten, welche man in verschiedenen Situationen geben kann, und wie man in diesen richtig reagiert. Schritt drei ist die Checkliste vor dem „Stopp“-Tag, um gut vorbereitet in den ersten Nichtraucher-Tag zu starten. Hierbei wird zum Beispiel die Umgebungsgestaltung wichtig, um gar nicht erst an das Rauchen zu denken und den Entzug leichter zu vollziehen. Es sollen alle Aschenbecher weggeräumt, Zigaretten vernichtet, Familienangehörige, Freunde und Arbeitsplatz informiert und Zwischenmahlzeiten vorbereitet werden. Auf häufig vorkommende Entzugssymptome wird eingegangen und auch wie man diese mildern kann. Beispielsweise empfehlen sie: entspannende Pausen zu machen, viel zu trinken, zuckerfreie Bonbons oder Hustendrops gegen Husten bereitzuhalten, Duftöle, Warmbäder und Atemübungen können gegen Kopfschmerzen helfen und auch auf eine ballaststoffreiche Ernährung soll wegen der Obstipationsgefahr geachtet werden. Sollte es dennoch zu einem Rückfall kommen, soll der Kopf nicht in den Sand gesteckt und ein neuer Versuch gewagt werden. Während der rauchfreien Zeit soll einiges durch die Schwangere niedergeschrieben werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, o.J., S. 4-26):

- wie beim Rauchstopp vorgegangen wurde
- wie lange die rauchfreie Zeit bereits dauert

- welche Alternativen ausprobiert wurden
- ob zusätzliche Unterstützung erhalten wurde
- etc.

3.4.4 Contingency Management

Unter Contingency Management versteht man das Notfall- oder Katastrophenmanagement.

Dabei wird mit Anreizsystemen gearbeitet, welche die Raucherentwöhnung unterstützen und das erwünschte Verhalten verstärken. Ziel der Anreizsysteme ist es die Motivation zu steigern. Studien belegen, dass der Zeitpunkt und die Höhe des Anreizes das Ergebnis beeinflussen, wobei diese Studie nicht ausschließlich an schwangeren Frauen durchgeführt wurde. Die verwendeten Anreize der Studien waren Gutscheine, Informationen zur Raucherentwöhnung und Beratungen. Der Nachteil an Anreizsystemen ist, dass die Erfolge nur von kurzer Dauer sind und nach dem Absetzen eine hohe Rückfallrate zu erkennen ist. Zudem „stellen sich einige ethische Fragen, zum Beispiel ob es angemessen ist, öffentliche Gelder zu verwenden, um Menschen dafür zu bezahlen, dass sie das tun, was andere ohnehin tun, ohne dafür bezahlt zu werden“ (Greaves et al., 2011, S. 39).

3.4.5 Finanzielle Anreizsysteme

Eine Analyse der Datenbank Cochrane durch Horak et al. ergab, dass 24 Prozent aller Frauen das Rauchen beenden, wenn sie finanzielle Anreize geboten bekommen (2011, S.139). Hierbei gibt es die Möglichkeit dies in Form von Gutscheinen oder aber in Form von Geldbeträgen anzubieten.

Gutscheine

Die beschriebene Studie setzte bei rauchenden, schwangeren Aborigines und rauchenden Schwangeren der indigenen Bevölkerungsgruppe finanzielle Anreize zum

Rauchstopp. Neben motivierenden Ansprachen (im Durchschnitt 12,2 Kontakte innerhalb von 20 Monaten) durch Case-Manager/innen erfolgte auch eine Nikotinersatztherapie anhand Best-Practice Richtlinien. Gemessen wurde der Kohlenmonoxid-Wert in der Ausatemluft. Je nach den Werten des ausgeatmeten Kohlenmonoxids gab es eine finanzielle Entschädigung in Form von Einkaufsgutscheinen. Letztendlich hörten 36 Prozent (= vier Schwangere) noch während der Schwangerschaft auf zu rauchen und zwei davon blieben auch nach der Geburt rauchfrei. Kritisch zu betrachten ist die geringe Anzahl der Teilnehmerinnen. Die geringe Anzahl ergibt sich durch die ohnehin niedrige Anzahl von 31 Rekrutierten und einer hohen Ausfallrate (Askew, Guy, Lyall, Egert, Rogers, Pokino, Manton-Williams & Schluter, 2019, S. 2-8).

Eine zweite Studie von Leung & Davies weist ebenso positive Ergebnisse hinsichtlich finanzieller Anreizsysteme auf. Den finanziellen Anreiz stellten Gutscheine für Einzelhandelswaren dar, welche die rauchenden Schwangeren erhielten, wenn sie eine Raucherentwöhnung durchführten. Dabei konnte ein erhöhtes Geburtsgewicht erzielt werden, im Vergleich zu Neugeborenen, welche eine rauchende Mutter haben oder hatten. Zusätzlich wurden in der Studie Gutscheine für jede negative Urinprobe hinsichtlich Cotinin zu Verfügung gestellt. Zu bemerken ist, dass das Gutscheinangebot mit der Geburt des Kindes eingestellt wurde. Damit verbunden wurde ein Anstieg des Tabakkonsums der jungen Mütter festgestellt. Somit zeigt dieses Anreizsystem auf, dass es nur Erfolge gibt, solange das Gutscheinangebot besteht. Dieses wiederum ist ein sehr kostspieliges Angebot für diese kurze Wirkdauer (Leung & Davies, 2015, S. 792).

Geldbeträge

Eine amerikanische Studie untersuchte finanzielle Anreizsysteme als Motivator zum Rauchstopp während der Schwangerschaft. 30 rauchende Schwangere aus New York nahmen an der gesamten Studie teil. Rekrutiert wurden sie von Pränatal-Kliniken und Gemeinden der Greater Buffalo Area. Sie erhielten finanzielle Anreizsysteme in Kombination mit drei weiteren Angeboten – Schulung/Beratung, Monitoring/Feedback und familiäre Unterstützung. Gemessen wurde die Abstinenz anhand des Cotinin-Werts im Harn. Die Teilnehmerinnen erhielten für jede der 22 Kontrollen Geldbeträge zwischen 25 und 50 Dollar (umgerechnet 22 bis 44€), wenn der Cotinin-Gehalt im Harn niedriger

war als bei der letzten Messung. Die Geldbeträge erhöhten sich jedes Mal um je fünf Dollar, wenn der Wert sank. War das Ergebnis des Cotinins dagegen höher als beim letzten Mal sprangen die Schwangeren immer wieder auf die 25 Dollar Anfangsprämie zurück. Am Ende der Studie waren 21 von 30 Teilnehmerinnen rauchfrei, die übrigen neun reduzierten die Tabakmenge nachweislich. Alle Studienteilnehmerinnen würden eine Teilnahme am Raucherentwöhnungsprogramm empfehlen (Wen, Eiden, Justicia-Linde, Wang, Higgins, Thor, Haghdel, Peters & Epstein, 2019, S. 309-312; S. 316).

3.4.6 Mobile Health

Ergebnisse der Tabakentwöhnung zeigen auf, dass die Bequemlichkeit der Anwendungsform eine große Rolle spielt. Das Mobiltelefon hat man ständig mit dabei und somit ist man immer und überall erreichbar (Naughton, Jamison & Sutton, 2013, S. 911).

SMS

Durchwegs häufig zur Anwendung kommen Textnachrichten in Form von SMS, da die Verfügbarkeit und Nutzung von Mobiltelefonen in allen sozialen Schichten weit verbreitet ist. Positiv aufgefasst wird auch die Sofort-Support-Textfunktion, bei der man bei Bedarf weitere Informationen anfordern kann, indem man bestimmte Schlüsselwörter als Antwort zurücksendet. Anschließend wird durch ein Hintergrund-System des Anbieters eine passende Antwort zu diesem Thema an den/die Nutzer/in versendet. Dadurch erspart man sich das lange Warten in einer Telefonschleife oder bei Expert/innen vor Ort. Dies wiederum wurde von einigen Personen als kritisch angesehen, da es in speziellen Situationen durchaus wichtig ist, persönlichen Kontakt zu haben. Ein Nachteil an der Anwendung von Textnachrichten via SMS ist auch die Kurzlebigkeit von SMS, da viele Nutzer/innen ihren Posteingang löschen, wenn dieser gefüllt ist und somit Informationen nicht erneut abgerufen werden können. Dadurch haben die Inhalte der Textnachrichten oft nur eine kurze Wirkung. Einige Anwender/innen haben sich jedoch ihre wichtigsten Informationen aus dem Posteingang zusätzlich am Handy abgespeichert, sodass diese nicht verloren gehen konnten (Naughton, Jamison & Sutton, 2013, S. 911-918).

SmokeFree Baby App

Diese App wurde speziell für rauchende Schwangere entwickelt, um ihnen zu helfen „mit dem Rauchen aufzuhören oder das Rauchen zu reduzieren“ und dient gleichzeitig als Studie (Tombor, Shahab, Brown, Crane, Michie & West, 2016, S. 536). Die App enthält fünf Module, welche verschiedene Verhaltensveränderungen anstreben. Die Kontrollgruppe erhält dabei nur Basiszugang zu manchen, Anwenderinnen der Vollversionen haben Zugang zu allen Funktionen, wobei die Zuteilung zufällig erfolgt. Zu Beginn werden die Teilnehmerinnen darauf hingewiesen, dass es sich bei der App auch um eine Studie handelt und um teilnehmen zu können, füllen sie einen Basisfragebogen aus. Teilnehmerinnen welche „vier oder mehr Zigaretten pro Tag rauchen, können entscheiden, ob sie das Rauchen ganz einstellen oder auf drei oder weniger Zigaretten pro Tag reduzieren möchten. Wer drei oder weniger Zigaretten raucht, kann nur das Ziel „Rauchfrei“ wählen“. Täglich erfolgt eine Abfrage zu den gerauchten Zigaretten beziehungsweise Kontakten zu Rauchenden. Anschließend wird man entweder gelobt oder erhält unterstützende Informationen (ebd., S. 533-543).

Funktionen der App (ebd., S. 533-543):

- Rechenfunktion, welche aufzeigt, wieviel Geld bereits durch die Reduktion oder Beendigung des Tabakkonsums gespart werden konnte.
- Videoclips mit Tipps und Erfahrungswerten von ehemaligen rauchenden Schwangeren.
- Um die Bindung zum Ungeborenen zu erhöhen, wird einmal pro Woche eine Information zum derzeitigen Entwicklungsstadium des Kindes bereitgestellt, basierend auf den eingegebenen Daten der Mutter zum Schwangerschaftsstadium.
- Zugang zu Informationen über den Zusammenhang von Stress und Rauchen, sowie Stressbewältigungstechniken.
- Zugang zu Informationen über gesundheitliche Auswirkungen des Rauchens während der Schwangerschaft auf Mutter und Kind, schädliche Wirkung von Passivrauchen und Vorteile der Raucherentwöhnung.

- „Face-to-Face“ - Persönliche Unterstützung durch Terminvereinbarung bei einem/einer Expert/in (bisher jedoch nur Kontaktdaten von Expert/innen aus Großbritannien, USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Irland verfügbar)

Das Studienergebnis ist derzeit noch ausständig. Je nach Studienergebnis erfolgt anschließend eine Überarbeitung der SmokeFree Baby App, sowie ein Zweit-Screening Experiment oder eine RCT- (= Randomised Controlled Trial) Studie (ebd., S. 543).

MumsQuit – Internetbasierte Raucherentwöhnung

Ziel dieser Webseite aus Großbritannien ist es, eine/n Online-Expert/in des nationalen Gesundheitsdienstes (= NHS = National Health Service) bereitzustellen, der/die Schwangere kontinuierlich bei der Tabakreduktion und -beendigung unterstützt. Im Rahmen dieser doppelblinden, zweiarmigen RCT-Studie wird durch die Nutzerdaten ein strukturierter, individueller Beendigungsplan erstellt. Eingegangen wird dabei auf die Antworten der Nutzerin, welche sie im interaktiven Dialog mit dem/der Online-Berater/in angibt. Durch persönliches Feedback erhalten die Anwenderinnen Tipps wie sie ihren Rauchstatus, ihren Medikamentengebrauch, ihr Vertrauen und ihre Einstellung zum Rauchen ändern können. Die gesetzten Interventionen basieren auf 33 evidenz- oder theoriebasierten Techniken zur Verhaltensveränderung. Die Interventionsdauer setzt sich aus jeweils vier Wochen vor und nach Rauchstopp zusammen, wobei die Nutzerinnen die Webseite verwenden und zusätzlich bei verfügbaren neuen Online-Interventionen eine E-Mail erhalten. Die Kontrollgruppe erhält ausschließlich eine Webseite mit Informationen zur Raucherentwöhnung. Eine Studie zeigte, dass die App zu 48 Prozent von Schwangeren mit geringem sozio-ökonomischen Status in Anspruch genommen wurde. Dadurch wäre es möglich mit Hilfe dieser App eine geringere Lücke in den sozialen Schichten bezüglich Rauchstatus während der Schwangerschaft zu erreichen. Ergebnisse über die Reduktion oder Beendigung des Rauchens werden in der Studie nicht erwähnt. Jedoch haben sich Schwangere der MumsQuit' Interventionsgruppe deutlich häufiger auf der Webseite eingeloggt als Schwangere der Kontrollgruppe (Herbec, Brown, Tombor, Michie & West, 2014, S. 131-134).

Quit4baby

Quit4baby ist ein SMS-Nachrichtenservice aus den Vereinigten Staaten für Schwangere aufbauend auf den bereits vorhandenen Anbieter Text2quit, welcher rauchende Erwachsene beim Rauchstopp unterstützt. Rauchende Schwangere, welche bereits Nutzer des Nachrichtenservice Text2quit waren, welche rauchen oder innerhalb der letzten vier Wochen mit dem Rauchen aufgehört haben erhielten Zugang zum Quit4baby Nachrichtenservice. Ausgeschlossen wurden zudem schwangere Raucherinnen unter 18 Jahren, schwangere Nichtraucherinnen und Nutzerinnen einer Nikotinersatztherapie. Die Dauer der Nachrichten wurde aufgrund der Studienzeit auf 43 Tage begrenzt, dabei erhielten die Anwenderinnen täglich ein bis fünf Nachrichten zugesandt. Inhalte der SMS dienten zur Ermutigung und Motivation zum Rauchstopp. Zudem versuchten sie die Erfolge, welche durch eine Raucherentwöhnung erzielt werden können, zu übermitteln. Die Textnachrichten enthielten auch Informationen über Bewältigungsstrategien, Verhaltensveränderung und genaue Hilfestellungen bei der Beendigung inklusive Beendigungsplan und -datum. Die Inhalte wurden mit Hilfe einer Richtlinie zur Raucherentwöhnung während der Schwangerschaft des amerikanischen Gesundheitsdienstes erstellt. Darüber hinaus konnten sie auch vorgegebene Schlüsselwörter als Nachricht zurücksenden, um zu gewissen Themen nähere Informationen zu bekommen. Beispielsweise konnten sie mit „SMOKED“ antworten, was darauf hindeutete, dass sie geraucht haben. Dann bekommen sie nähere Informationen zur Rückfallbewältigung und wie sie einen neuen Rauchstopp einleiten können. Die meisten Anwenderinnen beurteilten den SMS-Nachrichtenservice positiv. Gut bewertet wurde der Inhalt des Programms, die vermittelten Fähigkeiten und Ermutigungen und die soziale Unterstützung, daher würden fast 100 Prozent das Programm weiterempfehlen. Kritikpunkte gab es hinsichtlich der niedrigen Benachrichtigungsfrequenz über den Tag, des Nachrichteninhalts, des Nachrichten-Timings und der zu niedrigen Interaktivität. Das Studienergebnis ist aufgrund der niedrigen Teilnehmerinnenanzahl von 20 Schwangeren und dem ausstehenden Ergebnis der rauchfreien Schwangeren nach Studienende jedoch kritisch zu betrachten (Abroms, Johnson, Heminger, Van Alstyne, Leavitt, Schindler-Ruwisch & Bushar, 2015, S. 2-10).

3.4.7 Medikamentöse Ansätze – Nikotinersatztherapie

Schwangere, welche aus unterschiedlichen, individuellen Gründen nicht mit dem Rauchen aufhören können, haben die Möglichkeit die Rauchmenge zu reduzieren oder eine medikamentöse Therapie, eine sogenannte Nikotinersatztherapie einzuleiten (Greaves et al., 2011, S. 20-21). Als Beispiele werden in der Literatur häufig die Medikamente Bupropion und Vareniclin verwendet (Coleman, Chamberlain, Davey, Cooper & Leonardi-Bee, 2015, S. 4). Für jene gibt es aber laut WHO keine Qualitätsnachweise in der Literatur, bezüglich der Wirkung und Nebenwirkungen in der Schwangerschaft. Diverse nationale Richtlinien empfehlen die Anwendung in der Schwangerschaft nur unter strenger ärztlicher Aufsicht (WHO, 2013, S. 51).

Bei der Nikotinersatztherapie wird im Gegensatz zum Tabakrauch „reines“ Nikotin in verschiedensten Anwendungsformen angeboten. Mögliche Anwendungsformen sind transdermale Pflaster, Kaugummis oder Lutschtabletten. Bei dieser Vorgehensweise wird die Nikotindosis langsam reduziert, sodass nur geringe Entzugssymptome auftreten (ebd., S. 4). Dadurch wird auch gewährleistet, dass die „Kohlenmonoxid-Exposition begrenzt wird“ (ebd., S. 20) und somit eine Schadensminderung erreicht werden kann. Wie auch bei anderen Angeboten gibt es Gegner der Nikotinersatztherapie. Ihrer Meinung nach wird den Schwangeren eine falsche Hoffnung gemacht. Es gibt zwar Hinweise darauf, dass die Nikotinersatztherapie die Schäden bei der Schwangeren und dem Fötus beziehungsweise bei der Mutter und dem Säugling im Vergleich zum Rauchen verringern kann, jedoch keine Beweise (ebd., S. 20-21). Was jedoch bestätigt werden kann, ist die Tatsache, dass beim Tabakrauchen neben dem Nikotin viele andere giftige Stoffe inhaliert werden, welche keine Inhaltsstoffe der Nikotinersatztherapie darstellen (ebd., 2015, S. 4). Medikamentöse Therapieformen sollten dennoch nur Einsatz finden, wenn andere Formen der Tabakreduktion nicht zum gewünschten Erfolg führen. Zu beachten sind auch die Nebenwirkungen der unterschiedlichen medikamentösen Therapien, welche unbedingt mit der Schwangeren beziehungsweise der Mutter besprochen werden sollten. Es wird auch empfohlen auf Ersatztherapien zurückzugreifen, welche nicht kontinuierlich, über längeren Zeitraum einen Wirkstoff abgeben, wie dies zum Beispiel Nikotinpflaster tun (Greaves et al., 2011, S. 37-38).

Das Review von Coleman, Chamberlain, Davey, Cooper & Leonardi-Bee untersuchte medikamentöse Ansätze zur Raucherentwöhnung, einschließlich elektronischer Nikotinabgabesysteme, sogenannte E-Zigaretten. Grundsätzlich sollten E-Zigaretten weniger toxische Inhaltsstoffe wie beispielsweise Teer und Kohlenmonoxid enthalten. Sie enthalten dafür aber unter anderem Kunststoffe, Gummi, Keramik, Fasern und Metalle. Die Datenlage hierzu ist aber stark begrenzt (Coleman, Chamberlain, Davey, Cooper & Leonardi-Bee , 2015, S. 4-5).

3.4.8 Sportliche Betätigung

In der Studie von Ussher, Lewis, Aveyard, Manyonda, West, Lewis, Marcus, Riaz, Taylor, Barton, Daley, Essex, Eslinger & Coleman aus Großbritannien erhielt die Interventionsgruppe (rauchende Schwangere zwischen der zehnten und 24. Schwangerschaftswoche) 14 Trainingseinheiten unter der Aufsicht von Sporttrainern, welche über einen Zeitraum von sechs Wochen abgehalten wurden. Die sportliche Betätigung setzte sich zusammen aus (Ussher et al., 2015, S. 3-5):

- Kontinuierliches Gehen am Laufband über 30 Minuten
- 58 verschiedene Übungen mit unterschiedlicher Intensität je nach Alter und aktuellem Aktivitätsniveau

Überwacht wurden alle Teilnehmerinnen der Interventionsgruppe mit einem polaren Pulsmesser. Zudem wurde das Aktivitätsniveau durch Gespräche während des Trainings gemessen. Dabei wird beobachtet, ob Gespräche während des Trainings aufrechterhalten werden konnten, und ob dies „ziemlich leicht“ bis „etwas schwer“ funktionierte (Ussher et al., 2015, S. 5). Konnte das Gespräch nicht geführt werden, so war die Trainingsintensität zu hoch. Angeboten wurden auch 20-minütige Beratungen hinsichtlich Heimtraining (bei Bedarf mit Broschüre und DVD), die positiven Effekte für Mutter und Kind auch in Bezug auf den Rauchstopp und die Wirkung der sozialen Umgebung. Weiters erhielten die Teilnehmerinnen einen Schrittzähler. Die Kontrollgruppe hingegen erhielt ausschließlich Informationen zur Verhaltensveränderung. Durch die Verwendung eines Schrittzählers konnte ein erhöhtes Aktivitätsniveau in der Interventionsgruppe festgestellt werden und es kam zu einer Steigerung der Schritte

um zehn Prozent alle vierzehn Tage. So kamen Schwangere letztendlich auf 10.000 Schritte pro Tag. Der kontinuierlichen Rauchstopp, wobei dieser definiert wurde als Maximum von fünf Zigaretten seit dem Rauchstopp bis vier Wochen danach, wurde gemessen anhand der Aussagen der Teilnehmerinnen, des Kohlenmonoxid-Wert in der Ausatemluft und dem Cotinin-Wert im Speichel der Schwangeren und Mütter jeweils wöchentlich (ebd., S. 5-10). Die körperliche Aktivität der Schwangeren und Mütter, welche nachweislich einen Rauchstopp durchgeführt haben, wird in Abbildung 13 näher dargestellt. Die Angaben der Minuten erfolgten durch die Teilnehmerinnen selbst, ohne genaueren Nachweis. Die primär nachgewiesene kontinuierliche Nikotinabstinenz in Prozent aller Teilnehmerinnen zum Ende der Schwangerschaft und nach vier Wochen nach dem Rauchstopp wird in Abbildung 14 deutlich gemacht (ebd., S. 22- 24).

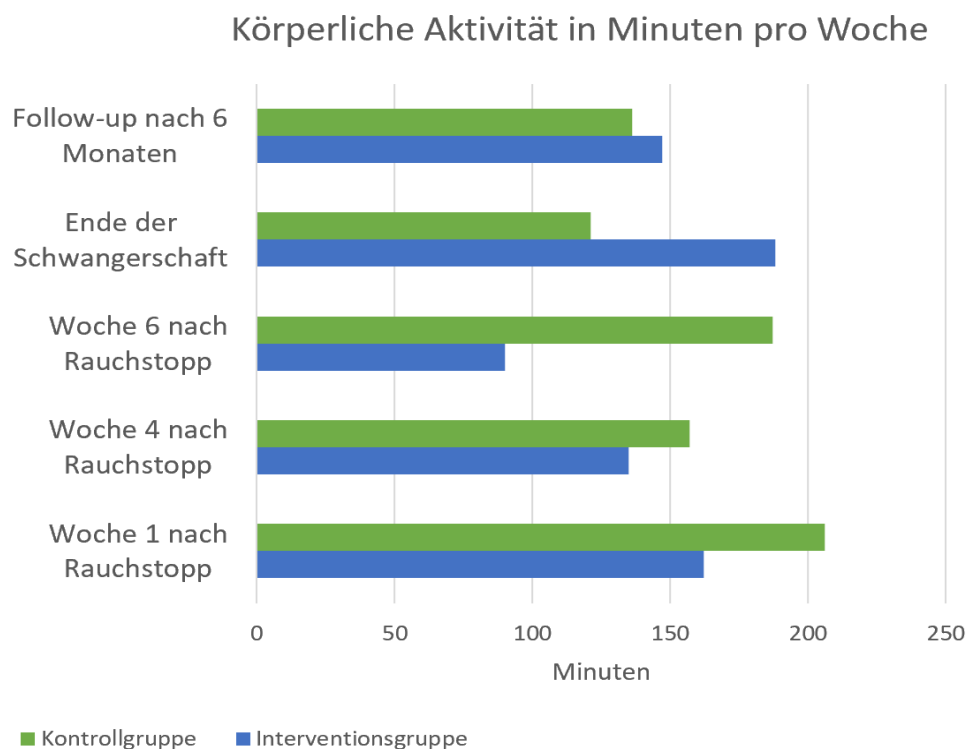


Abbildung 13: Körperliche Aktivität in Minuten pro Woche, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ussher et al. (2015, S. 22)

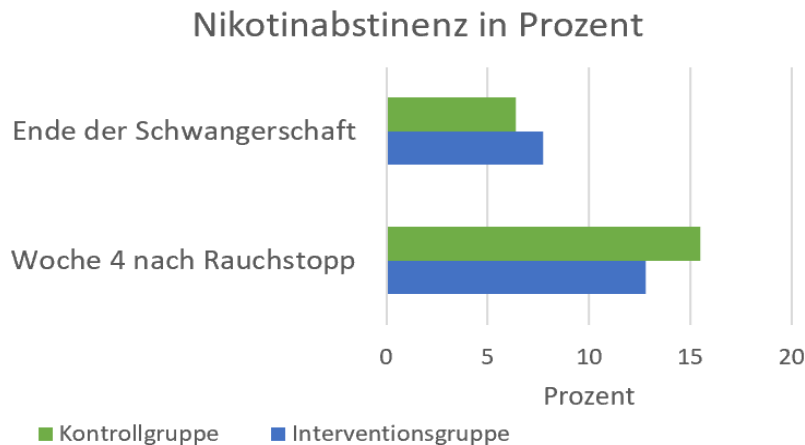


Abbildung 14: Nikotinabstinenz in Prozent, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ussher et al. (2015, S. 24)

3.4.9 Übersicht der internationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung im Vergleich mit Interventionen aus Österreich

In diesem abschließenden Kapitel werden die international verfügbaren Interventionen dargestellt (s. Tabelle 4) und anschließend mit jenen aus Österreich verglichen (s. Tabelle 5), um abschließend zum Theorieteil eine detaillierte Übersicht der unterschiedlichen Interventionen zu erhalten.

Tabelle 4: Übersicht der internationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung, Quelle: Eigene Darstellung

Intervention	Beispiel
Psychosoziale Interventionen	Verhaltenstherapie
	Hypnose
Interventionen durch Gesundheitsanbieter und -berufe	5-A-Interventionsmodell
	Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht
Rolle von sozialen Netzwerken, Angehörigen und Partner/innen	Quit Together
	Broschüren und Ratgeber für Schwangere und ihre Partner

Contingency Management	Anreizsysteme
Finanzielle Anreizsysteme	Gutscheine
	Geldbeträge
Mobile Health	SMS
	SmokeFree Baby App
	MumsQuit'
	Quit4baby
Medikamentöse Ansätze	Nikotinersatztherapie
Sportliche Betätigung	

Tabelle 5: Vergleich der nationalen und internationalen Interventionen, Quelle: Eigene Darstellung

Intervention	Beispiel aus Österreich	Internationales Beispiel
Psychosoziale Interventionen	Kurzintervention	Verhaltenstherapie
	Intensive Entwöhnungsberatung	Hypnose
Interventionen durch Gesundheitsanbieter und -berufe	Gesprächsleitfaden	5-A-Interventionsmodell
		Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht
Rauchfreies Krankenhaus	vorhanden	nicht bekannt
Interventionen durch Versicherungsträger	3-A-Technik	nicht bekannt
	5-A-Interventionsmodell	
	www.endlich-aufatmen.at	
Broschüren	vorhanden	
Medikamentöse Ansätze	Nikotinersatztherapie	
Komplementäre Angebote	Bewegung	Sportliche Betätigung
	Atemtechniken	
	Akupunktur	
	Hypnose	

Tabakpräventionsstrategie Steiermark	vorhanden	-
Mobile Health	Rauchfrei Telefon	SMS
	Rauchfrei App	SmokeFree Baby App
		MumsQuit'
		Quit4baby
Rolle von sozialen Netzwerken, Angehörigen und Partner/innen	wird beschrieben	Quit Together
Contingency Management	nicht bekannt	Anreizsysteme
Finanzielle Anreizsysteme	nicht bekannt	Gutscheine
		Geldbeträge

4 EMPIRISCHER TEIL

Im folgenden Kapitel wird die Methodik genauer erläutert, die Interviewteilnehmer/innen beschrieben, sowie die Interpretation der Interviewergebnisse dargelegt.

4.1 Methodik

Im Anschluss an den theoretischen Teil, folgte der empirische Teil in Form von fünf semi-strukturierten Interviews mit Expertinnen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Medizin, Hebammenwesen, Psychologie und Soziologie. Zwei weitere Experten aus den Bereichen Medizin und Public Health, sowie Gesundheitsförderung gaben ein schriftliches Statement via E-Mail zu diesem Thema ab, da für sie ein Interview nicht möglich war. Des Weiteren wurden drei Interviews mit (passiv-)rauchenden Schwangeren inkludiert. Für den empirischen Teil dieser Masterarbeit wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Dies stellt zusätzlich zum theoretischen Input eine bestmögliche Beantwortung der Forschungsfragen sicher. Aufgrund der derzeitig vorherrschenden Pandemie wurde auf (Online-)Kommunikationstools zurückgegriffen, um die Interviews durchzuführen. Auf ausdrücklichen Wunsch der drei befragten (passiv-)rauchenden Schwangeren fand eine Übermittlung und Beantwortung des Interviewleitfadens schriftlich, per E-Mail, statt. Für aufkommende Fragen waren sowohl die Schwangeren als auch ich, als Erstellerin des Interviewleitfadens, jederzeit verfügbar. Dadurch wurde erzielt, dass eine möglichst große Bandbreite an Expert/innen und Interviewpartner/innen herangezogen werden konnte und somit aussagekräftige Ergebnisse dokumentiert werden können.

Beschreibung und Begründung der Methodenauswahl

Es gibt in der empirischen Sozialforschung verschiedene Formen von Interviews. Sie unterscheiden sich durch den Strukturierungsgrad. Standardisierte Interviews kennzeichnen sich durch festgelegte Fragen und Antwortkategorien aus. Ablauf und Kommunikation erfolgen dabei nach vorab definierten Regelungen. Bei offenen, narrativen Interviews wird der Schwerpunkt auf ein bestimmtes Thema gelegt, es gibt jedoch

keine Standardisierung. Die Steuerung des Interviews erfolgt durch die Befragten. Der/Die Interviewende soll lediglich zum Erzählen anregen. Bezüglich des Strukturierungsgrades fällt das semi-strukturierte Interview auf keine dieser beiden Formen, sondern liegt dazwischen. Hinsichtlich der Struktur findet man bei semi-strukturierten Interviews einen Leitfaden, der Themenbereiche und bestimmte Fragestellungen vorgibt und als Orientierung für den/die Interviewende/n nützlich ist. Es gibt jedoch keine genauere Regelung zur Abfolge und auch keine festgelegten Antwortkategorien. Der/Die Befragte kann frei antworten. Der Leitfaden soll daher alle für die Forschungsfragen relevanten Themen beinhalten, um anschließend Vergleiche zwischen den verschiedenen Interviews herstellen zu können (Misoch, 2015, S. 13-14, S. 66).

Ziel dieser Masterarbeit ist es unter anderem durch den empirischen Teil den Blickwinkel verschiedener Expert/innen und (passiv-)rauchenden Schwangeren auf das Thema Rauchen in der Schwangerschaft zu lenken, um somit neue Erkenntnisse zu gewinnen. Das qualitative Forschungsdesign mit der empirischen Sozialforschung soll dabei unterstützen, die unterschiedlichen, subjektiven Sichtweisen zu diesem Thema darzustellen und zu vergleichen.

4.1.1 Auswahl und Beschreibung der Expert/innen und (passiv-) rauchenden Schwangeren

Bei der Auswahl der Expert/innen wurden ausschließlich Expert/innen herangezogen, welche sich beruflich mit dem Thema Rauchen in der Schwangerschaft auseinandersetzen. Um einen umfassenden Blick auf das Thema zu erhalten, wurden die Expert/innen aus folgenden Berufssparten gewählt:

- Medizin
 - Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 - Professor für Präventivmedizin
- Hebammenwesen
- Psychologie
 - mit aktuellem Schwerpunkt auf Suchtforschung
 - mit aktuellem Schwerpunkt auf Tabakentwöhnung

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Soziologie
 - Suchtprävention

Bei der Auswahl der (passiv-)rauchenden Schwangeren wurde darauf geachtet, dass entweder sie selbst oder der/die Partner/in während der Schwangerschaft rauchen oder geraucht haben. Die Auswahl der Schwangeren erfolgte dabei sowohl aus dem beruflichen Umfeld, als auch aus dem Bekanntenkreis.

4.1.2 Durchführung der Interviews

Um eine vertraute, angenehme Umgebung zu schaffen, durften die Interviewpartner/innen Zeit und (Online-)Kommunikationstool frei wählen. Drei Interviews wurden zudem schriftlich von den (passiv-)rauchenden Schwangeren beantwortet, da eine andere Kommunikationsform für sie unpassend war, sie jedoch als relevante Teilnehmerinnen eingestuft werden konnten. Zu Beginn des Interviews wurden das Ziel der Masterarbeit erläutert und Informationen zum Datenschutz besprochen. Um einen guten Einstieg in das Thema zu geben, folgte zunächst eine offene Frage, um den Erzählfluss einzuleiten, anschließend wurden noch offene Fragen aus dem Interviewleitfaden durch die Interviewende gestellt. Beendet wurde das Interview mit einer Danksagung und dem Ausschalten des Aufzeichnungsgerätes.

Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde durch die Verfasserin der Masterarbeit selbst erstellt. Im Rahmen der Erarbeitung des Theorieteils kamen interessante Fragen auf, welche gesammelt, anschließend überprüft und sortiert wurden, um somit an die Arbeit angepasste Fragen an die Expert/innen und (passiv-)rauchenden Schwangeren zu stellen. Um die datenschutzrechtlichen Aspekte zu beachten, wurden die Interviewpartner/innen gebeten, ein Datenschutzblatt zu unterschreiben. Dies bezog sich insbesondere auf die Aufzeichnung, Transkription und Auswertung des Interviews und wurde auch von der Verfasserin der Masterarbeit unterzeichnet. Den Expert/innen war es dabei möglich zu differenzieren, ob sie damit einverstanden sind, dass der Beruf in der

Masterarbeit genannt wird oder ob sie völlig anonym bleiben möchten. Zum Schutz der befragten (passiv-)rauchenden werden keine Daten in der Arbeit bekannt gegeben, welche die Anonymität beeinflussen. Nach dem Einverständnis der Interviewpartner/innen wurde das Aufnahmegerät gestartet und mit dem Interview begonnen. Der Interviewleitfaden findet sich im Anhang A.1 wieder.

4.1.3 Ergebnisdarstellung

Zunächst wurden die Interviews nach dem vereinfachten Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl transkribiert (2015, www). Anschließend wurden die Ergebnisse der Interviews mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Dabei wurden inhaltsrelevante Textstellen aus dem Transkript in einer Excel-Datei paraphrasiert. Zudem wurden in diesem Schritt die Schritte drei bis fünf (s. Abbildung 15) mit durchgeführt. Im nächsten Schritt wurde die Zusammenstellung der neuen Aussagen in einem Kategorienschema umgesetzt (s. Anhang A.11). Zu guter Letzt wurden die Ergebnisse interpretiert und nochmals mit dem Ausgangsmaterial überprüft.

Folgende Hauptkategorien wurden gebildet:

- Motivation zur Interviewteilnahme
- Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft
- Methoden zur Raucherentwöhnung

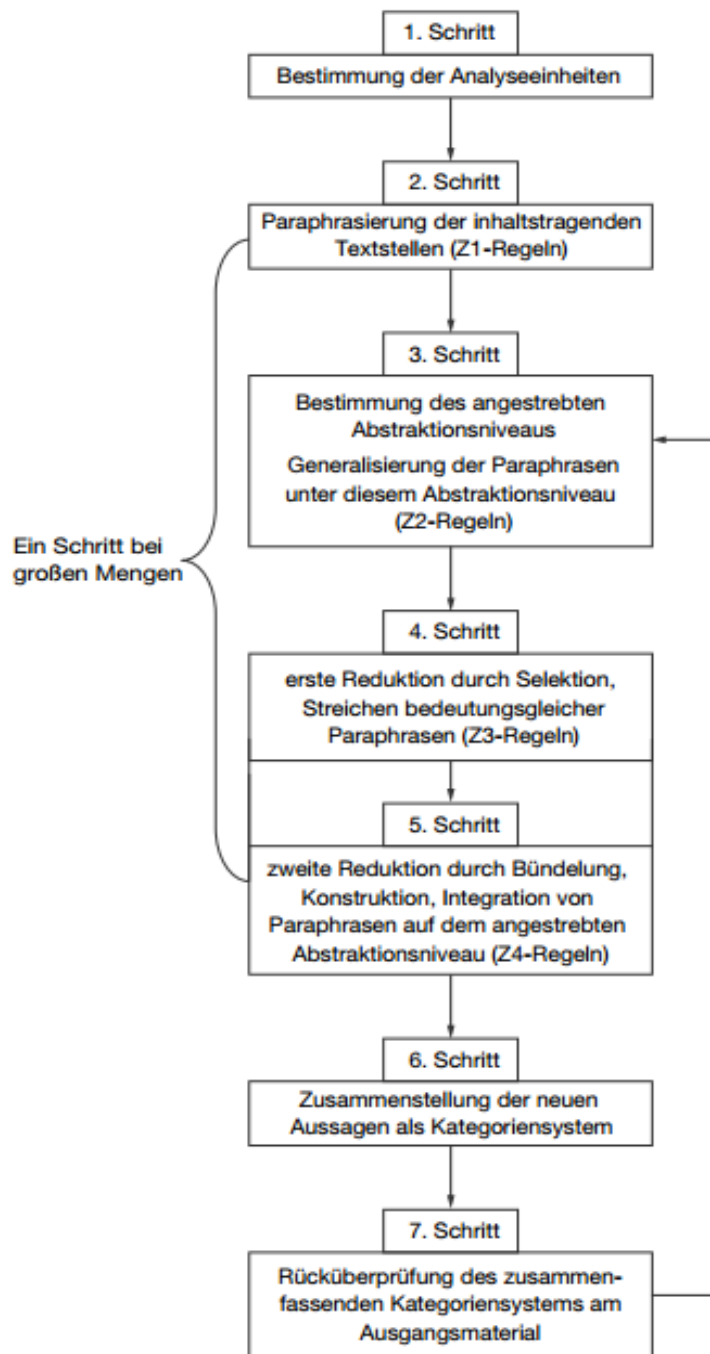


Abbildung 15: Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, Quelle: Mayring (2013, S. 70)

Die zwei kurzen Statements der Experten wurden nicht transkribiert und es wurde ihnen auch keine Inhaltsanalyse unterzogen. Aufgrund ihrer Relevanz werden sie jedoch in den empirischen Teil inkludiert und als Statements gekennzeichnet.

4.2 Interpretation der Ergebnisse

Motivation zur Interviewteilnahme

In diesem Kapitel werden die Motivation und die Beweggründe zur Interviewteilnahme beziehungsweise zur Auseinandersetzung mit diesem Thema näher beschrieben. Zudem werden relevante, individuelle Gedanken der Befragten aufgezeigt.

Motivation und Beweggründe

Alle Expert/innen sind zum Zeitpunkt des Interviews beruflich mit dem Thema Rauchen in der Schwangerschaft konfrontiert. Da sich das Thema durch viele verschiedene Berufssparten zieht und die Tabakprävention grundsätzlich sehr anspruchsvoll ist, wurde die Auseinandersetzung mit dem Thema als *„spannend, abwechslungsreich und sinnvoll beschrieben“* ([II], s. Anhang A.3). Frauen, welche in der Schwangerschaft rauchen haben andere Bedürfnisse in der Beratung und Betreuung als Rauchende, welche nicht schwanger sind. Vor allem die Erreichbarkeit erschwert sich durch den Faktor Schwangerschaft, da Tabakkonsum auch mit sozialen Unterschieden in Zusammenhang gebracht werden kann.

Eine passivrauchende Schwangere gab an, dass sie sich vor der Schwangerschaft nie Gedanken zu diesem Thema gemacht hat, obwohl sie selbst Raucherin war. Eine bereits vierfache Mutter erklärte, dass ihre Meinung zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft, vor ihren eigenen Schwangerschaften, eine ganz andere war. Sie versuchte einen sogenannten kalten Entzug, welcher ihr nicht gelang und seither findet sie das Thema äußerst wichtig.

Individuelle Gedanken

In der Population Schwangerer ist Rauchen ein vorherrschendes Thema. Die Prävalenzzahlen sind dabei recht stabil, wenn man Ergebnisse der Suchtforschung näher betrachtet. Aber es wäre wichtig, noch besser hinzuschauen, um das Thema noch präsenter zu machen.

Bezüglich der Tabakpräventionsstrategie, welche im Theorieteil ausführlicher beschrieben wurde, lässt sich sagen, dass vor allem Ziel 2 und 3 relevant, hinsichtlich Rauchens in der Schwangerschaft sind. Es geht einerseits darum, dass mehr

Menschen mit dem Rauchen aufhören, sowie andererseits, die Menschen und dadurch auch das Ungeborene und das Kind vor Passivrauch zu schützen.

Frauen sind durch die Schwangerschaft in einer stressigen Situation mit viel Druck, durch sich selbst, aber auch von außen. Rauchende Schwangere kämpfen mit starken Schuldgefühlen und Stigmatisierung - auch im Gesundheitswesen. Es gibt eine harte gesellschaftliche Wertung hinsichtlich des Rauchens.

Die Kostenübernahme für eine Raucherentwöhnung durch die Krankenkasse wird laut einer Expertin von dieser „*nicht so positiv aufgenommen*“ ([1], s. Anhang A.2). Jedoch können Gesundheitsökonom/innen in einer Rechnung klar aufzeigen, dass es kosteneffektiv ist, Menschen bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen. Denn Rauchen allein ist schon teuer, aber noch teurer wird es, wenn Frauen in der Schwangerschaft rauchen und somit sie selbst, aber auch das Ungeborene oder Kind Folgeerkrankungen erleiden können. Das hat zur Folge, dass die Betroffenen länger hospitalisiert oder therapiert werden müssen, wodurch die Kosten stark ansteigen. Für das Ungeborene kann das Rauchen unter anderem eine Wachstumsrestriktion und eine schlechtere Versorgung über die Plazenta bedeuten, aber auch Langzeitfolgen können nicht ausgeschlossen werden. Für die Mutter besteht durch das Rauchen eine Multimorbidität mit vielen möglichen Begleiterkrankungen, sowie eingeschränkter Leistungsfähigkeit, welche auch unter der Geburt deutlich wird. Dabei gibt es immer die Symbiose zwischen Mutter und Ungeborenem. Die Mutter ist dabei die Agierende und das Kind ist abhängig von ihr. Festgestellt werden konnte auch, dass Entwöhnungsmaßnahmen wie beispielsweise das Rauchfrei Telefon gar nicht so sehr angenommen werden, wie es sich Expert/innen erwartet hätten.

In der Unterstützung rauchender Schwangerer kann deutlich mehr gemacht werden. Eine Zusammenarbeit mit dem Eltern-Kind-Zentrum wäre laut einer Expertin erstrebenswert, da auch hier viele Schwangere und Jungmütter erreicht werden können. Auch im Hebammenstudiengang der FH Joanneum Graz nimmt das Thema Rauchen in der Schwangerschaft einen großen Raum ein. Dabei wird die direkte Wissensvermittlung von Rauchen und die Schädlichkeit, aber auch die Stimulation und Motivation

einer Verhaltensänderung durch die Anwendung der motivierenden Ansprache gelehrt.

Eine Schwangere gab an, sich immer die Fragen der Vorbildfunktion gestellt zu haben. *„Bin ich ein schlechtes Vorbild für meine Kinder, weil ich Raucherin bin?“* ([VII], s. Anhang A.8.). Sie hatte sich darüber Gedanken gemacht, ob es in Ordnung wäre, sich vor ihren Kindern zu verstecken. Sie habe aber nicht gewollt, dass es ihre Kinder einmal selbst herausfinden und sie beim Rauchen erwischen. Daher sprach sie offen mit ihnen darüber, sie sehen sie beim Rauchen und sehen auch wie Aufhörversuche ablaufen können.

Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft

In diesem Kapitel wird die Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft eruiert. Dabei wird der Fokus auf Beweggründe für den Beginn, das Aufrechterhalten und die Beendigung des Rauchens gelegt. Im Anschluss wird aufgezeigt, welche Aufklärungsarbeit und Unterstützung in der Praxis stattfinden und in welchem Aufmaß.

Beweggründe für den Beginn und das Aufrechterhalten

Das Rauchen in der Schwangerschaft zu beginnen oder aufrechtzuerhalten hat einen psychologischen Hintergrund. Nikotin ist stark abhängigkeiterzeugend. Der physische und somatische Entzug sind relativ undramatisch, aber der habituelle Entzug ist ein deutlich längerer Prozess. Auch der Prozess des Rauchens dauert mit fünf bis zehn Minuten deutlich länger als die Einnahme oder Verabreichung anderer Drogen. Daher ist es wesentlich anzudenken, was im Moment der Tabakentwöhnung von einer Schwangeren verlangt wird. *„Spreche ich von einer Nikotinsucht, von einer Tabakabhängigkeitserkrankung oder spreche ich mit einer Frau, die hin und wieder eine Zigarette raucht. Weil das sind zwei ganz unterschiedliche Komponenten“* ([I], s. Anhang A.2.), welche unterschiedliche Behandlung und Betreuung bedürfen. Es ist auch deutlich schwerer als Schwangere das Rauchen aufzugeben, wenn der/die Partner/in weiter raucht.

Eine soziale Ungleichheit in Bezug auf das Rauchen während der Schwangerschaft kann festgestellt werden. Je gebildeter, besser situiert und mehr Haushaltseinkommen, umso weniger neigt eine Frau dazu während der Schwangerschaft zu rauchen. Da vor allem Bildung und Milieu ein großes Problem im Konsum darstellen, ist es wichtig diese sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen künftig besser zu erreichen.

Auch wenn einige das Rauchen während der Schwangerschaft aufgeben, beginnen sie rasch nach der Geburt wieder damit. Das wird beispielsweise bereits beim Stillen zu einer Herausforderung, auf welches später näher eingegangen wird.

Eine passivrauchende Schwangere gab an, sie wollte früher nur einmal probieren, dachte nicht an die Folgen. Sie war auch nie eine Kettenraucherin, sei aber jetzt regelmäßig dem Passivrauch ihres Partners ausgesetzt, welcher ausschließlich im Freien raucht. Eine andere rauchende Schwangere erklärte, sie war bei ihrem Beginn jung und wollte cool sein, etwas Verbotenes machen, weil ihre Eltern es nicht gewollt hätten, dass sie raucht. Sie hatte mehrmals versucht mit dem Rauchen aufzuhören, hatte aber jedes Mal starke Entzugserscheinungen. Sogar ihr persönliches Umfeld riet ihr wieder zu einem Rauchbeginn, weil „*ich nicht auszuhalten war*“ ([VII], s. Anhang A.8.). Sie habe nach Rücksprache mit ihrem Gynäkologen bereits in der ersten Schwangerschaft wieder mit leichten Zigaretten angefangen. Er empfahl ihr, eine leichte Zigarette pro Tag zu rauchen. Auch bei den folgenden drei Schwangerschaften hatte sie sich an diese Vorgehensweise gehalten. Eine weitere rauchende Schwangere gab an, sie rauche, weil es ihr schmecke und sie sei auch die Einzige im Haushalt, die rauche.

Beweggründe für die Beendigung

Das Beenden des Tabakkonsums fällt leichter, je abnormaler das Rauchen in der Gesellschaft angesehen wird, und je eingeschränkter die Verfügbarkeit und der Zugang sind. Im besten Fall beendet die Schwangere das Rauchen während der Schwangerschaft und im allerbesten Fall beendet sie es vor der Schwangerschaft und bleibt auch im Anschluss für immer rauchfrei.

Ein weiterer Grund für die Beendigung des Rauchens sind die weitgreifenden Folgen für das Kind. Beispielsweise haben Kinder von Müttern, welche in der Schwangerschaft geraucht haben, ein deutlich höheres Risiko im späteren Leben übergewichtig zu werden. Da durch die Schadstoffe, welche mit dem Rauchen aufgenommen werden, epigenetische Änderungen im Körper ausgelöst werden können. Somit stellt Rauchen nicht nur ein kurzfristiges, sondern auch ein langfristiges Problem für Kinder dar.

Für die passivrauchende Schwangere stand fest, dass jede Zigarette für ein Ungeboresenes eine zu viel ist, daher hatte sie damals aufgehört. Sie wollte die Risiken für eine Gesundheitsschädigung bei ihrem Kind nicht eingehen, da sie auch über einige Folgeerkrankungen Bescheid weiß. Ab dem Wissen ihrer Schwangerschaft hatte sie daher einen sofortigen Rauchstopp angetreten. Sie ist der Meinung, dass jeder weiß, wie schlecht das Rauchen ist, daher sei das Belehren von Raucher/innen weniger sinnvoll – „*es ist und bleibt eine Sucht*“ ([VI], s. Anhang A.7.). Wichtig wäre laut ihr die Beendigung vor allem für das Ungeborene und das Kind, da diese sich noch nicht wehren können.

Aufklärung und Unterstützung bei der Entwöhnung

In zwei Expertinneninterviews wurde VIVID, die vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark und dem Gesundheitsfonds Steiermark beauftragte Fachstelle zur Vorbeugung von Suchtverhalten, angesprochen. VIVID legt seinen Schwerpunkt unter anderem auf Gesundheitsberufe und deren Fort- und Weiterbildung. Sie lernen Gesundheitsberufen, wie diese Raucher/innen zum Aufhören motivieren können. Es geht dabei nicht um die Entwöhnung an sich, sondern darum, Motivation zu erzeugen, um sich für eine Entwöhnung zu interessieren oder sich dafür anzumelden.

Eine Gynäkologin erzählte im Interview, sie kläre die Patientinnen darüber auf, dass sie den Tabakkonsum reduzieren beziehungsweise wenn möglich ganz mit dem Rauchen aufhören sollen. Jedoch erhalten die Patientinnen keine Informationen darüber, wie sie dies machen können oder Verweise zu zuständigen Anlaufstellen. Eine andere Expertin erzählt aus ihrer Erfahrung, dass manche Ärzt/innen Schwangeren heute noch dazu raten, die Zigaretten besser nur zu reduzieren. Auch Medizinstudent/innen hatten ihr darüber berichtet, dass sie dies immer wieder in Praktika erlebten, obwohl

man weiß, dass Kinder rauchender Schwangerer später selbst leichter eine Suchterkrankung entwickeln. Auch eine rauchende Schwangere bestätigte diese Aussagen. Sie gab an, sie musste selbst auf ihren Gynäkologen zugehen, um Informationen zur Raucherentwöhnung zu erhalten. Sie wechselte auch während der vier Schwangerschaften den Gynäkologen, und auch hier fand nie ein Gespräch zum Thema Rauchen statt. Die passivrauchende Schwangere gab an, dass sie bei jeder Untersuchung auf das Thema angesprochen und über Folgen und Risiken aufgeklärt wurde. Auch eine weitere rauchende Schwangere bestätigte dies, sagte jedoch, wenn man gezielte Unterstützung möchte, müsse man diese selbst einfordern.

Eine rauchende Schwangere erzählte, dass sie im Rahmen einer Untersuchung, vor der Entbindung, im Krankenhaus bei der Anamnese zum Rauchstatus befragt wurde. Für sie wirkte vor Ort Rauchen als ein Tabuthema, *"weil es ja sowas wie Rauchen während der Schwangerschaft in unserer Gesellschaft nicht geben darf"* ([VII], s. Anhang A.8.). Die passivrauchende Schwangere gab an, dass aus Erfahrungen in ihrem Umfeld einige Gynäkolog/innen nicht zu einem Rauchstopp raten, sondern zu einem Weiterrauchen in der Schwangerschaft.

Bei der Mutter-Kind-Pass Untersuchung wird standardmäßig ein Harntest durchgeführt, daher meinen zwei der fünf Expertinnen, wäre es sinnvoll, den Cotinin-Wert mitzubestimmen, da somit keine eigene, zusätzliche Erhebung erforderlich ist. Lediglich der Test würde erweitert werden. Für manche Schwangeren wäre es eine Unterstützung, wenn sie eine Veränderung in ihrem Körper klar vor Augen sehen. Jedoch ist das standardmäßige Erheben des Cotinin-Werts im Harn für vier Expertinnen auch ein schwieriges Thema. Auf der einen Seite stehen der Wunsch und die Pflicht das Ungeborene zu schützen, aber auf der anderen Seite muss die Frau immer die Wahl haben, ob sie diesen Test durchführen möchte oder nicht. Jeder hat bestimmte Rechte, darunter auch ein Mitspracherecht. Zudem darf keine Erhebung ohne vorherige Erlaubnis der Schwangeren erfolgen. Bei einer gewünschten Entwöhnung kann das Ergebnis dabei helfen, den objektiven Erfolg vor Augen zu sehen, also eine Art Bio-Feedback des Körpers am Papier. Der Vorteil dabei ist, dass der Cotinin-Wert im Harn schnell weniger wird, somit sind relativ rasch positive Ergebnisse für die Schwangere

darstellbar und erhöht demnach die Motivation. Die Testung sollte dabei laut einer Expertin stets in Kombination mit einer Kurzberatung, einer Vermittlung oder einem Entwöhnungsangebot stehen. Niemals sollte das Ergebnis des Cotinin-Werts oder das generelle Rauchen vorwurfsvoll kommuniziert oder als Druckmittel eingesetzt werden. Für Nichtraucherinnen wäre es sehr wahrscheinlich kein Problem den Cotinin-Wert routinemäßig zu erheben. Für Schwangere, die aber mehr rauchen als sie zugeben oder häufiger Passivrauch ausgesetzt sind, könnte es durchaus einen negativen Einfluss haben. Ein Experte sagte in einem Statement jedoch dazu: *„Die einzig wirklich verlässliche Datengrundlage wäre ein Kotinintest bei der ersten Mutter-Kind-Pass-Untersuchung“* (Statement, 7.11.2019).

"Alles was Standard ist, ist eigentlich grundsätzlich nicht gut." ([V], s. Anhang A.6.). Laut dieser Expertin wäre es viel wichtiger die Persönlichkeit, die individuellen Umstände und Gründe zu eruieren, wieso die Frau raucht. Es soll keiner auf das Rauchen und dessen Schlechtheit sowie die medizinischen und biologischen Folgen daraus reduziert werden. Rauchen ist sehr komplex und vor allem die Verhaltensveränderung ist ein herausfordernder Prozess. Wichtiger als Standarderhebungen wäre die allgemeine Wissensvermittlung, sowie die individuelle, persönliche Aufklärung. Die Mutter-Kind-Pass Kontrolle sollte nicht nur aus den Fragen „Rauchen Sie?“ und „Wieviel?“ bestehen, sondern es soll als Chance angesehen werden, sich Zeit zu nehmen und dieses wichtige Thema erstmalig proaktiv und ausgiebig anzusprechen. Vor allem wenn das Gespräch durch Fachpersonen geführt wird und auch Hintergründe des Rauchens erklärt werden, kann etwas bei der rauchenden Schwangeren erzielt werden. Dazu braucht man Kompetenz, Zeit und die nötige Finanzierung, um eine Frau über eine längere, durchaus notwendige Zeit begleiten zu können. Vor allem Hebammen sind mit Schwangeren und Jungmüttern in engem Kontakt, von der Frühschwangerschaft, über die Geburt bis hin zur Stillgruppe. Hier entsteht eine Vertrauensbasis, sowie Kenntnisse über das Umfeld, die Stressoren und finanzielle Probleme der Frau. Dieses Wissen und das Vertrauen können genutzt werden, um verschiedene Möglichkeiten aufzuzeigen und Unterstützung zu bieten. Eine Begleitung über einen längeren Zeitraum hinweg ist vor allem bei rauchenden Schwangeren äußerst sinnvoll.

Eine Expertin war der Ansicht, dass es zum Teil einen Informationsüberfluss zur Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft gibt. Die übrigen Expertinnen waren sich

jedoch einig, dass es viel zu wenig Informationen, Aufklärung, Hilfsangebote und Unterstützung gibt. Im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchung wird der Rauchstatus zwar vorgegebener Maßen erfragt, jedoch oft nicht näher darauf eingegangen. Auch auf einigen Wochenbettstationen und Ambulanzen fehlen Informationsbroschüren oder diese sind zumindest Mangelware. Gerade dort sollten diese wichtigen Informationen aber Standard sein.

Methoden zur Raucherentwöhnung

Die unterschiedlichen Kenntnisse der Expert/innen und (passiv-)rauchenden Schwangeren über Raucherentwöhnungsmaßnahmen werden im Folgenden dargestellt. Aber auch deren Meinungen über die Effektivität der genannten Maßnahmen und mögliche Motivatoren, um Frauen für einen Rauchstopp zu sensibilisieren, werden diskutiert.

Kenntnis über Entwöhnungsmaßnahmen

Unter den Expert/innen sind als Tabakentwöhnungsmaßnahmen folgende genannt worden:

- Medikamente
- Kaugummi
- Pflaster
- Motivierende Ansprache
- Verhaltenstherapie
- Selbsthilfe mit Hilfe von Büchern oder Online-Tools
- Hypnose
- Akupunktur
- Strukturelle Maßnahmen wie das Rauchverbot in der Gastronomie
- Contingency Management
- Verhaltensmedizinische und -psychologische Strategien
- Rauchfrei Telefon
- Rauchfrei App
- Intensive Begleitung und Betreuung durch die ÖGK speziell für Schwangere
- Finanzielle Anreizsysteme für den Nicht-Konsum
- Steuererhöhungen

Ein wichtiger Aspekt einer Expertin war in diesem Zusammenhang auch, dass laut Präventionsmaßnahmen E-Zigaretten nicht als Maßnahme zur Raucherentwöhnung zählen.

Unter den Schwangeren sind nachfolgende Maßnahmen genannt worden:

- Nikotinplaster
- Sublinguale Tabletten
- Hypnose
- Rauchfrei Telefon
- Helpline
- ÖGK – Einzel- und Gruppentherapien
- Akupunktur
- Laserbehandlung
- Spray
- Kaugummi
- Dragees

Eine rauchende Schwangere empfand gerade das Rauchfrei Telefon und die Helpline als sehr hilfreich, da Ansprechpersonen verfügbar sind, welche einen motivieren. Speziell wenn von familiärer Seite wenig Unterstützung geboten wird.

Aus einem Experten-Statement geht hervor, dass die ÖGK ein Raucherentwöhnungsprogramm, speziell für Schwangere, anbietet. Zudem können rauchende Partner/innen gratis mit am Programm teilnehmen. Im Durchschnitt erreichen sie jedoch nur zwischen fünf und zehn Personen pro Jahr, welche schlussendlich am Programm teilnehmen (Statement, 15.4.2020).

Als kritisch betrachtet wurde das oben genannte Angebot zur Raucherentwöhnung von einer rauchenden Schwangeren. Sie war der Meinung, dass man sich in im Falle einer Teilnahme am Raucherentwöhnungsprogramm bereits für einen Entzug entschieden haben sollte, da die Treffen ihrer Meinung nach nicht häufig genug stattfinden würden.

Effektivität der Maßnahmen

Unser Verhalten ist stark abhängig von unseren Gewohnheiten. Zudem besteht bei einer Abhängigkeit immer auch eine gewisse psychische, soziale und körperliche Abhängigkeit, die allesamt berücksichtigt werden müssen.

Eine Verhaltenstherapie allein ist nur begrenzt erfolgreich. Auch die Nikotinersatztherapie, welche in einigen Raucherfällen vom Land Steiermark gefördert wird, ist in der Schwangerschaft nicht empfohlen. Wenn sie jedoch in Ausnahmefällen zur Anwendung kommen muss, so sollte dies nur unter engem Monitoring und ärztlicher Begleitung erfolgen. Es wäre sinnvoller, die verschiedenen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung in Kombination zu sehen und auch anzuwenden. Durch das Zusammenspiel einer Profession aus dem Bereich der Raucherentwöhnung und einem Methodenmix, wäre eine gelungene Tabakprävention möglich. Das wiederum macht die Begleitung und Unterstützung sehr komplex, aber wertvoll. Auch Informationskampagnen wären laut einer Expertin nur begrenzt erfolgreich, in der Reduktion der Prävalenzzahlen. Es gibt einfach keine Wundermaßnahme, sondern eine gute Mischung verschiedener Maßnahmen, ist zielführend in der Senkung des Tabakkonsums.

Der Rauchstopp wirkt sich sehr oft auf das Essverhalten aus. Dies stellt eine mögliche Gefahr in der Schwangerschaft hinsichtlich Gestationsdiabetes und damit verbundenen, anderen Vulnerabilitäten dar. Die häufig vorkommenden Geschmacksveränderungen in der Schwangerschaft können aber einen positiven Effekt auf das Rauchverhalten haben. In manchen Fällen schmeckt dadurch die Zigarette nicht mehr. Das erleichtert den Rauchstopp, da im Zeitraum der Geschmacksveränderung das Suchtverhalten aussetzt. Das Verhalten ändert sich dabei zwar nicht vollständig, aber zumindest setzt es für diese Zeit aus. Daher kommt es aber bei den meisten nach der Geburt sehr schnell wieder zu einem Rückfall, da sich die Geschmackswahrnehmung wieder ändert. Und genau hier muss frühzeitig eine Intervention stattfinden, um den Rauchstopp aufrechterhalten zu können.

Eine Expertin war der Meinung, dass man mit Vernunft viel mehr erzielen kann als mit Kontrolle. *„Also wenn man es irgendwie schafft, den Stellenwert der eigenen*

Gesundheit, der auch die Gesundheit des Kindes miteinbezieht, in den Vordergrund zu stellen, hat man viel gewonnen in der Beratung" ([III], s. Anhang A.4.).

Ein weiterer Anreiz zum Rauchstopp ist auch die Steuererhöhung. Laut einer Expertin müsse die Steuererhöhung aber deutlich spürbar sein, da eine kleinere Steuererhöhung häufiger stattfindet, und gar nicht so stark wahrgenommen wird. Eine Steigerung der Tabaksteuer, um mindestens zehn Prozent ist notwendig, um eine Veränderung im Konsumverhalten, vor allem bei jungen Menschen, festzustellen. Die Schockbilder auf Zigaretten werden von zwei Expertinnen, als weniger effektiv angesehen. Grund hierfür ist zum einen, dass meist, die weniger schlimmen Bilder, eine höhere Wirkung bei Menschen auslösen können. Das Bild einer krebserkrankten Raucherlunge kommt bei vielen Menschen gar nicht wirklich an, was aus psychologischer Sichtweise auch völlig klar ist. Denn ob Menschen etwas verstehen oder wahrhaben wollen, hängt auch immer davon ab, inwieweit diese Informationen in ihre Lebenswelt integrierbar sind.

Keine Frau konsumiert Substanzen, um ihrem Kind zu schaden. Die Gründe sind ganz andere. Zumeist ist Rauchen ein Stress-Management-Tool, da ihnen kein anderes Tool zur Verfügung steht, zumindest denken sie das. Je mehr Druck auf die Schwangere ausgeübt wird, umso höher wird der Stresslevel und umso eher neigt sie dazu rückfällig zu werden.

Laut der Meinung einer rauchenden Schwangeren, beeinflusst die Einstellung zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft die Inanspruchnahme von Entwöhnungsmethoden. Wenn ein Wille oder eine Überzeugung vorhanden sind, wird sie Hilfe annehmen, wenn es aus Druck entsteht, wird die Schwangere eher dazu neigen, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Dann wird sie immer wieder Gründe und Ausreden finden, wieso sie es *"auf später verschiebt oder eher sein lassen sollte"* ([VIII], s. Anhang A.9.).

Motivation

Für die meisten Schwangeren ist die Schwangerschaft allein ein großer Motivator zur Raucherentwöhnung, da waren sich die Expertinnen einig und auch für eine der drei

Schwangeren war der positive Schwangerschaftstest Grund genug, sofort mit dem Rauchen aufzuhören.

"Prinzipiell wollen Mütter das Beste für ihr Kind" ([V], s. Anhang A.6.). Zudem stellen die eigene Familie, der/die Partner/in, Freunde, der/die Gynäkolog/in, die Hebamme und sämtliche andere Gesundheitsberufe einen wichtigen Motivator dar. Eine rauchende Schwangere bestätigte, sie hätte sich mehr Unterstützung durch ihre Familie gewünscht. Eine passivrauchende Schwangere fand es auch positiv, dass ihr Partner, ab dem Wissen der Schwangerschaft, nur mehr draußen geraucht hat.

Zudem funktionieren Menschen über Verstärkung eines gewünschten Verhaltens. *„Nun sagen einige, Raucherentwöhnung müsse aus dem Inneren und aus tiefster Überzeugung erfolgen, ohne dies zu belohnen. Dies widerspricht jeder psychologischen Theorie und gerade diese Methode [, nämlich Verstärkung des gewünschten Verhaltens,] würde jede/r Psychologin als effektiv einstufen“* ([I], s. Anhang A.2.). Grundsätzlich sollte jede rauchende Frau in der Schwangerschaft engmaschig untersucht werden, natürlich unter Berücksichtigung der Bereitschaft und des Wunsches der Schwangeren.

Motivierend sind Gesundheitsberufe vor allem, wenn sie Empfehlungen für Kurse und Beratungen direkt aussprechen. Die Hilfsangebote müssen konkret und unmittelbar vermittelt werden. So können die Schwangeren hingehen oder anrufen und erhalten auf einfachem Weg eine Unterstützung. Wichtig ist es dabei, vorrangig Hilfe anzubieten und keine Schuld- oder Schamgefühle aufkommen zu lassen. Das Ziel fast aller Schwangeren ist es, ein gesundes Kind zur Welt zu bringen und diesem Schutz und Vorbild zu sein.

Leider gibt es auch rauchende Schwangere, für die ein zu kleiner Fötus im Ultraschallbild, keine ausreichende Motivation zum Rauchstopp darstellt. *"Diejenigen, die hartnäckige Raucher sind, denen ist es oft wirklich egal, egal was man sagt"* ([IV], s. Anhang A.5.). Deshalb ist es wichtig zu wissen, je leichter eine Frau beeinflussbar ist, umso leichter fällt eine Überzeugung zum Rauchstopp.

Eine große Herausforderung stellt auch das Thema Rauchen und Stillen dar. Natürlich ist das Beste und Gesundeste für das Neugeborene, die Muttermilch einer nichtrauchenden Mutter zu erhalten. Aber Studien sagen ganz klar, dass gestillte Kinder von rauchenden Müttern gesünder sind als nichtgestillte Kinder. Wenn zwar geraucht wird, aber die Mutter stillen möchte, sind einige Aspekte zu beachten. Beispielsweise der Abstand zwischen dem Rauchen und dem Stillen, um möglichst wenig Schadstoffe an das Kind zu übertragen. Für manche Frauen steht das Rauchen jedoch über dem Stillen. Sie wollen nicht ständig ausrechnen müssen, wann sie denn nun rauchen dürfen und stillen ab oder fangen erst gar nicht damit an, um diesen Stressfaktor auszuschalten. Oft wird auf die postpartale Raucherentwöhnungsberatung vergessen, da die Frau während der Schwangerschaft rauchfrei war, wie bereits oben beschrieben, zum Beispiel aufgrund der Geschmacksveränderung. Da aber diese rauchfreie Periode eine große Chance wäre, auch postpartal rauchfrei zu bleiben, wäre es wichtig, die jungen Mütter, die ersten Monate nach der Schwangerschaft dahingehend zu beraten und zu begleiten.

"Ein ungeborenes Kind schützen, Vorbild für dein Kind sein."

([II], s. Anhang A.3)

Abschließend zum empirischen Teil werden auf den nachfolgenden Seiten (s. Tabelle 6) die wichtigsten Erkenntnisse der Expert/innen und (passiv-)rauchenden Schwangeren tabellarisch zusammengefasst.

Tabelle 6: Tabellarische Darstellung der Erkenntnisse aus dem empirischen Methodenteil, Quelle: Eigene Darstellung

Expert/innen	Motivation zur Interview- teilnahme	Motivation und Beweggründe
		Rauchende Schwangere sind schwerer erreichbar und haben andere Bedürfnisse in der Beratung.
		Individuelle Gedanken
		Wichtig wäre es, noch besser hinzuschauen und das Thema präsenter zu machen.
		Die Schwangere ist ohnehin in einer stressvollen Situation mit viel Druck.
		Gesundheitsökonom/innen können Krankenkassen aufzeigen, dass es kosteneffektiv ist, Raucher/innen bei der Entwöhnung finanziell zu unterstützen.
	Bedeutung des Rauchens und Nichtraucherens während der Schwangerschaft	Beweggründe für den Beginn/das Aufrechterhalten
		Rauchen in der Schwangerschaft hat eine starke psychologische Bedeutung.
		Beim Rauchen in der Schwangerschaft kann eine soziale Ungleichheit festgestellt werden. Daher ist es wichtig, die eher gefährdenden sozio-ökonomisch benachteiligten Gruppen besser zu erreichen.
		Wenn der/die Partner/in raucht, ist es umso schwieriger für die Frau aufzuhören.
		Viele hören zwar während der Schwangerschaft mit dem Rauchen auf, beginnen aber nach der Geburt wieder damit. Dies stellt zum Beispiel beim Stillen eine Herausforderung dar.
		Beweggründe für die Beendigung
		Je abnormaler Rauchen in der Gesellschaft angesehen wird und je eingeschränkter Tabak verfügbar ist, umso leichter fällt der Rauchstopp.
Die Folgen des Rauchens während der Schwangerschaft sind weitgreifend, hin zu Übergewicht bei Kindern und langfristige, epigenetische Veränderungen.		

Expert/innen	Bedeutung des Rauchens und Nicht-rauchens während der Schwangerschaft	Aufklärung und Unterstützung bei der Entwöhnung
		Teilweise geben Ärzt/innen heute noch den Rat den Konsum nur zu reduzieren. Jedoch stellt jede Zigarette einen Schaden für das Ungeborene dar.
		Kinder können später leichter eine Suchterkrankung entwickeln, wenn während der Schwangerschaft geraucht wurde.
		Die Meinungen zur Erhebung des Cotinin-Wertes sind zwiegespalten. Der Wert sollte niemals als Druckmittel eingesetzt oder vorwurfsvoll kommuniziert werden. Er könnte auf Wunsch der Schwangeren in Form eines Bio-Feedbacks als Unterstützung eingesetzt werden. Jegliche rechtlichen und ethischen Aspekte müssen in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden.
		Viele sind der Meinung es gibt einen Informationsmangel, wenige denken, es gibt einen Informationsüberschuss.
		Wichtig ist eine individuell zugeschnittene Wissensvermittlung durch eine Fachperson, sowie ausreichend Zeit und finanzielle Mittel für eine längerfristige Begleitung.
	Methoden zur Raucherentwöhnung	Kenntnis über Entwöhnungsmaßnahmen
		Bezahlung für den Nicht-Konsum, Medikamente, Kaugummi, Pflaster, motivierende Ansprache, Verhaltenstherapie, Selbsthilfe, Hypnose, Akupunktur, Steuererhöhungen, strukturelle Maßnahmen (Rauchverbot Gastronomie), Contingency Management, Rauchfrei Telefon und Apps und Angebote der Österreichischen Gesundheitskasse.
		Rauchende Schwangere sollten engmaschig kontrolliert und begleitet werden, aber nach individuellem Wunsch der Frau.
		Effektivität der Maßnahmen
		Es muss die psychische, soziale und körperliche Abhängigkeit berücksichtigt werden.
		Nikotinersatztherapie wird in der Schwangerschaft nicht empfohlen, in Ausnahmefällen unter ärztlichen, engmaschigen Kontrollen.
		Ein Rauchstopp kann einen Gestationsdiabetes, sowie damit verbundene Vulnerabilitäten begünstigen.

Expert/innen	Methoden zur Raucherentwöhnung	Motivation
		Unterstützung statt Schuld- und Schamgefühle bieten.
		Der größte Motivator ist meist die Schwangerschaft selbst, aber auch die Familie, Partner/in, Freunde, der/die Gynäkolog/in Hebamme und diverse Gesundheitsberufe.
		Gestillte Kinder von rauchenden Müttern sind gesünder als nicht-gestillte Kinder. Lediglich ein gewissen Zeitfenster muss zwischen Tabakkonsum und Stillzeit liegen.
		Auf eine postpartale Rückfallprophylaxe darf nicht vergessen werden.
(passiv-)rauchende Schwangere	Motivation zur Interviewteilnahme	Motivation und Beweggründe
		Rauchen während der Schwangerschaft war vor der Schwangerschaft nie ein Thema.
		Vor der Schwangerschaft hatte eine Interviewteilnehmerin eine völlig andere Meinung zu diesem Thema. Erst seitdem sie als Schwangere einen „kalten Entzug“ durchmachte, weiß sie, wie wichtig dieses Thema ist.
		Individuelle Gedanken
	Bin ich ein schlechtes Vorbild für meine Kinder, weil ich rauche? Ist ein Verstecken in Ordnung? Mit ihren Kindern spricht sie offen über das Thema.	
	Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft	Beweggründe für den Beginn/das Aufrechterhalten
		Sie war jung, wollte das Rauchen nur einmal ausprobieren, wollte cool sein und etwas Verbotenes machen. Über die Folgen des Rauchens wurde nicht nachgedacht.
Sie wollte das Rauchen aufgeben, hatte jedoch zu starke Entzugserscheinungen. Der Gynäkologe riet ihr eine leichte Zigarette am Tag zu rauchen.		
	Sie raucht gerne und es schmeckt ihr.	

(passiv-)rauchende Schwangere	Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft	Beweggründe für die Beendigung
		Jede Zigarette ist eine zu viel für das Ungeborene. Es gibt einige Folgeerkrankungen. Sobald sie von der Schwangerschaft wusste, hat sie mit dem Rauchen aufgehört. Das Ungeborene und das Kind können sich noch nicht wehren.
		Aufklärung und Unterstützung bei der Entwöhnung
		Zwei Schwangere mussten selbst auf den/die Arzt/Ärztin zugehen, er/sie selbst habe kein Gespräch zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft angefangen.
		Erst kurz vor der Entbindung sei sie im Krankenhaus dazu befragt worden, es wirkte aber auf sie wie ein Tabu-Thema.
		Viele Gynäkolog/innen raten nicht zu einem Rauchstopp, sondern den Konsum zu reduzieren.
	Methoden zur Raucher-entwöhnung	Kenntnis über Entwöhnungsmaßnahmen
		Nikotinpflaster, sublinguale Tabletten, Hypnose, Rauchfrei Telefon, ÖGK Einzel- und Gruppentherapien, Akupunktur, Laserbehandlung, Spray, Kaugummi und Dragees.
		Effektivität der Maßnahmen
		Es ist ein Unterschied ob ein Wille und eine Überzeugung vorhanden sind, oder ob man einen Rauchstopp aus Druck macht. Manche können immer wieder Ausreden finden, wieso man erst später oder gar nicht mit dem Rauchen aufhört.
		Motivation
		Sie hätte sich mehr Unterstützung durch die Familie gewünscht.

5 DISKUSSION UND AUSBLICK

5.1 Zusammenfassung

Die Raucherprävalenz während der Schwangerschaft liegt in Österreich laut unterschiedlichen wissenschaftlichen Quellen zwischen 9,7 und 30 Prozent (Horak et al., 2011, S. 131; Aigner, Neuberger, 2012, S.6; Heim, 2014, S. 29; Statistik Austria, 2015, S. 172; Statistik Austria, 2019, o.S.; Oberaigner & Leitner, 2017, S. 29-31). In der Masterarbeit konnten einige Ansätze zur ganzheitlichen Versorgung (passiv-)rauchender Schwangere in Österreich aufgezeigt werden. Im Vergleich dazu wurde nach internationalen Ansätzen zur Raucherentwöhnung in der Schwangerschaft recherchiert und anschließend wertvolle Ergebnisse dargelegt. Dabei konnte festgestellt werden, dass einige Maßnahmen sowohl im nationalen als auch im internationalen Raum Anwendung finden. Es gibt jedoch auch zahlreiche Ansätze, welche in Österreich bisher noch keinen Zugang gefunden haben. Eine nähere Auseinandersetzung mit diesen wäre sicherlich sinnvoll, unter der Berücksichtigung des österreichischen Gesundheitsversorgungssystems. Die empirischen Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass sich das Thema Rauchen in der Schwangerschaft durch viele verschiedene Berufssparten zieht. Rauchende Schwangere haben besondere Bedürfnisse in der Beratung und Betreuung, welche im Idealfall eine engmaschige, langfristige und individuelle Betreuung erfordern.

5.2 Beantwortung der Forschungsfrage

In Bezug auf die gestellten Forschungsfragen haben sich folgende Ergebnisse geboten.

Forschungsfrage 1: Welche epidemiologischen Daten zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft sind in Österreich verfügbar?

Die Prävalenz des Rauchens während der Schwangerschaft liegt in Österreich laut verschiedener Quellen aus den Jahren 2011 bis 2019 zwischen 9,7 und 30 Prozent (Horak et al., 2011, S. 131; Aigner, Neuberger, 2012, S.6; Heim, 2014, S. 29; Statistik Austria, 2015, S. 172; Statistik Austria, 2019, o.S.; Oberaigner & Leitner, 2017, S. 29-31). Davon hört gerade einmal die Hälfte noch in der Schwangerschaft auf zu rauchen. Mehr als die Hälfte, nämlich 56 Prozent beginnen nach der Geburt des Kindes wieder mit dem Rauchen (ebd., S.6). Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang, dass einige Schwangere die Frage nach dem aktuellen Rauchstatus in diversen Erhebungen nicht bekannt gegeben haben (ebd., S. 29; ebd., S. 29-31), wodurch sich diese große Differenz in der Prozentangabe ergibt.

Vielen fällt es schwer, die Frage nach dem Rauchstatus ehrlich zu beantworten. Daher lassen nur gezielte Messungen wie beispielsweise jene des Cotinin-Wertes objektive Aussagen zu (Zacharasiewicz, 2015, www). Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine aktuelleren Daten zum Rauchstatus Schwangerer in Österreich. Die aufgezeigten Zahlen sind jedoch nicht gerade niedrig, wie auch im Ländervergleich in der Masterarbeit deutlich wird. Weitere Forschung zu diesem speziellen Thema, allen voran in Österreich, ist daher von großer Notwendigkeit. Vor allem hinsichtlich der Versorgungsforschung wäre es wichtig Erhebungen durchzuführen, da im internationalen Raum andere Gesundheitssysteme und Möglichkeiten vorliegend sind. Daher können internationale Interventionen und Ansätze nicht vollständig für das österreichische Gesundheitsversorgungssystem übernommen werden.

Forschungsfrage 2: Welche Möglichkeiten zur Reduktion und Beendigung des Tabakkonsums in der Schwangerschaft gibt es, unter Einbeziehung eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes?

Grundsätzlich wollen Eltern ihren (ungeborenen) Kinder die besten Voraussetzungen bieten. Sie beeinflussen die Gesundheit ihrer Kinder, durch verhaltenspräventive Maßnahmen, wie beispielsweise durch das Aufgeben des Rauchens (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 7). Es wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft sinnvoll ist, den Tabakkonsum einzustellen (Bundesministerium für Gesundheit, 2017, S. 15; VIVID, o.J.c, www).

Es konnten einige Ansätze zur ganzheitlichen Versorgung, in Bezug auf die Raucherentwöhnung für Schwangere in Österreich aufgezeigt werden. Es gibt sowohl ambulante Einrichtungen und Anlaufstellen, diverse Broschüren, Interventionen durch Gesundheitsanbieter/innen und Versicherungsträger, psychosoziale Interventionen, komplementäre Methoden und medikamentöse Nikotinersatztherapien zur Unterstützung. Sie alle haben unterschiedliche Wirkmechanismen in unserem Körper, haben aber alle das gleiche Ziel – Schwangere rauchfrei zu bekommen. Im Vergleich dazu wurde nach internationalen Ansätzen recherchiert. Dabei konnte aufgezeigt werden, dass psychosoziale Interventionen, Interventionen durch Gesundheitsanbieter/innen, Contingency Management, sportliche Betätigung, mobile-Health Anwendungen, medikamentöse Nikotinersatztherapien und finanzielle Anreize mögliche Maßnahmen zur Tabakentwöhnung darstellen. Hier zeigt sich bereits, dass es einige Überschneidungen gibt, aber auch Maßnahmen, welche bisher noch keine Anwendung in Österreich gefunden haben. Einen wichtigen Faktor bei der Raucherentwöhnung stellen vor allem die sozialen Netzwerke der Frauen, sowie Angehörige und Partner/innen dar. Dies wird sowohl in nationalen als auch in internationalen Studien und Dokumenten, immer wieder hervorgehoben.

Aus dem empirischen Teil der Arbeit geht hervor, dass sich das Thema Rauchen in der Schwangerschaft durch viele verschiedene Berufssparten zieht. Rauchende Schwangere haben andere Bedürfnisse in der Beratung und Betreuung als Raucher/innen ohne den Faktor Schwangerschaft. Aufgrund der vorherrschenden Prävalenzzahlen in Österreich, ist es äußerst wichtig das Thema noch präsenter zu machen. Frauen sind durch ihre Schwangerschaft in einer Ausnahmesituation. Es wird mit viel Druck durch sie selbst, aber auch von außen, auf sie gewirkt. Denn die Schwangere ist die Agierende und das Ungeborene ist abhängig von ihr. Bei der Unterstützung rauchender Schwangerer kann und muss deutlich mehr gemacht werden. Dabei muss individuell auf sie eingegangen werden und auch der Hintergrund des Rauchens muss eruiert werden. Es hängt auch davon ab, wie lange die Frau schon raucht und wie viele Zigaretten pro Tag. Denn je geringer die Ausgangsmenge, umso leichter beziehungsweise schneller ist eine Entwöhnung möglich. Nicht außer Acht gelassen werden darf dabei das soziale Umfeld, sowie auch die Kenntnis über die soziale

Ungleichheit in Bezug auf das Rauchen, während der Schwangerschaft. Wichtig ist auch, dass sich Gesundheitsanbieter und -berufe ihrer wichtigen Aufgabe und Chance, im Zusammenhang mit der Tabakentwöhnung und -prävention bewusst sind. Das Thema darf nicht tabuisiert werden und der Schwangeren keine Schuldgefühle oder Druck vermittelt werden.

Bei der standardmäßigen Cotinin-Messung sind die Meinungen der Expert/innen teils gespalten. Es müssen einige Aspekte beachtet werden, um eine Umsetzung überhaupt gesetzlich und ethisch vertretbar, möglich zu machen. Es könnte auch überlegt werden, ob es sinnvoll wäre, eine Umsetzung zumindest für jene anzubieten, die einen Rauchstopp wünschen. Und die zusätzlich den Cotinin-Wert beziehungsweise dessen Senkung, durch die Tabakentwöhnung, als Motivation ansehen.

Den Expert/innen und (passiv-)rauchenden Schwangeren sind einige Entwöhnungsmaßnahmen bekannt, aber deren Effektivität wird zum Teil kritisch betrachtet. Gewisse Maßnahmen werden bisher nachweislich, nur durch einen geringen Prozentsatz von Schwangeren, in Anspruch genommen. Eine gelungene Tabakprävention ist durch das Zusammenspiel mehrere Professionen, sowie Maßnahmenbündel möglich. Daher ist die Begleitung und Betreuung rauchender Schwangerer schwieriger, im Vergleich zu Raucherinnen ohne den zusätzlichen Faktor einer Schwangerschaft. Aber sie ist mindestens genauso sinnvoll.

5.3 Diskussion

Im Rahmen der Masterarbeit konnte festgestellt werden, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen in der Schwangerschaft - Möglichkeiten zur Reduktion und Beendigung des Tabakkonsums unter Einbeziehung eines ganzheitlichen Versorgungsansatzes unabdingbar ist. In erster Linie wäre es wichtig, die tatsächliche Raucherprävalenz in der Schwangerschaft zu erheben, denn in den meisten inkludierten Studien und Literaturquellen kam es zu einer Untererhebung bei der Datenerfassung zum Rauchstatus. Derzeit schwankt die Prozentzahl der rauchenden Schwangeren

zwischen 9,7 und 30 Prozent (Horak et al., 2011, S. 131; Aigner, Neuberger, 2012, S.6; Heim, 2014, S. 29; Statistik Austria, 2015, S. 172; Statistik Austria, 2019, o.S.; Oberaigner & Leitner, 2017, S. 29-31). Genauere Zahlen wären also definitiv von Vorteil. Nur so kann die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen evaluiert werden beziehungsweise Maßnahmen an die individuellen Bedürfnisse der Schwangeren angepasst werden.

Rauchen als dieses darf nicht als Tabuthema in der Schwangerschaft gesehen werden. Einerseits wirkt es, als hätten Fachkräfte eine gewisse Scheu davor, die rauchenden Schwangeren direkt darauf anzusprechen, aufgrund möglicher negativer Folgen für die weitere Behandlung. Wie etwa einem Vertrauensbruch oder weniger Patient/innen in der Praxis. Doch aufgrund der Ergebnisse dieser Masterarbeit und dem aufgezeigten Bedarf an Unterstützungsmöglichkeiten beim Rauchstopp, darf dieses wichtige Thema kein Tabuthema bleiben. Mit vorliegendem Fachwissen und einer gewissen Kommunikationsfähigkeit, unter Anwendung bestimmter Kommunikationstechniken, sowie Einfühlungsvermögen, sollten sich die oben genannten befürchteten Aspekte schnell von selbst lösen. Es ist wichtig, die Schwangeren beim Rauchstopp zu unterstützen und zu begleiten und sie nicht allein „im Regen stehen zu lassen“. Verständlicherweise haben auch viele Frauen Scheu davor, ihren tatsächlichen Rauchstatus zuzugeben, aus Angst vor den Blicken, Gedanken und Worten ihrer Umwelt. Denn jeder weiß, dass Rauchen schädlich für jeden Einzelnen, aber auch bei Schwangeren vor allem für das Ungeborene, den Neugeborenen und den Säugling ist. Nicht zu vergessen, die Auswirkungen des Passivrauchens für das nähere Umfeld. Daher ist es dringend notwendig, die Maßnahmen individuell an die schwangeren Frauen anzupassen und ihnen Hilfe zu ermöglichen, statt Druck auszuüben. Dadurch wird ihnen ihre Scheu auch genommen und je offener sie über ihren Rauchstatus und den dadurch verbundenen Problemen sprechen, umso schneller und besser kann ihnen geholfen werden. Auch andere Krankheitsbilder wie beispielsweise psychische Erkrankungen dürften in diesem Zusammenhang nicht außer Acht gelassen werden. Eventuell ist besonders dann eine Kombination mehrerer Interventionen sinnvoll, sowie auch engmaschigere Kontrollen und Zusammenarbeit mit der Schwangeren und, bei Bedarf und Wunsch, auch deren Partner/in.

Zudem darf nicht vergessen werden, dass einige Frauen, nämlich zirka 56 Prozent der 50 Prozent, welche während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufgehört haben, nach der Entbindung wieder damit beginnen (Aigner, Neuberger, 2012, S.6). Darauf muss auch ein Fokus gerichtet und Maßnahmen gesetzt werden. Nur weil eine Frau es geschafft hat, während der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufzuhören, heißt es nicht, dass sie es auch nach der Geburt ohne Hilfe aufrechterhalten kann. Hier ist frühzeitige, präventive Unterstützung durch Gesundheitsanbieter und -berufe notwendig. Österreich bietet in Hinblick auf Interventionen zur Raucherentwöhnung einige Möglichkeiten und Programme an, wie in der Arbeit beschrieben. Im internationalen Vergleich zeigt sich jedoch, dass weitere effektive Maßnahmen möglich wären. Unter anderem der Ausbau an mobile-Health Angeboten. Gerade Mobilgeräte sind heutzutage von sehr vielen Menschen, vor allem jungen Menschen, in Verwendung. Sie sind tagtäglicher Begleiter und somit auch eine Möglichkeit, unterstützend bei der Raucherentwöhnung durch den Alltag zu führen und immer wieder an die Abstinenz zu erinnern, sowie auch die Motivation zum Rauchstopp zu steigern. Die Rauchfrei App der Österreichischen Gesundheitskasse bietet bereits erste gute Ansätze. Durch die kostenlosen Funktionen und die Möglichkeit der individuellen Gestaltung (ÖGK, 2019, [www](http://www.ogk.at)) legt sie einen guten Grundstein für eine anwenderfreundliche App, welche auch mit speziellen Funktionen für Schwangere konzipiert ist. Zudem kann ergänzend eine telefonische Beratung durch Expert/innen über das Rauchfrei Telefon hinzugezogen werden.

Im Gegensatz dazu ist die SmokeFree Baby App für rauchende Schwangere entwickelt worden und findet in den Ländern Großbritannien, USA, Kanada, Australien, Neuseeland und Irland Einsatz. Zusätzlich zu den Features der Rauchfrei App, bietet die SmokeFree Baby App Videoclips mit wichtigen Tipps und Erfahrungswerten von ehemaligen, rauchenden Schwangeren. Ferner erhält man einmal pro Woche Informationen zum derzeitigen Entwicklungsstadium des Kindes und auch die Möglichkeit von „Face-to-Face“ Gesprächen via Smartphone oder Tablet mit Expert/innen ist gegeben (Tombor et al., 2016, S. 543). Die MumsQuit'App und die Quit4Baby App bieten diese Funktionen jedoch nur in stark eingeschränkter Form und eignen sich daher nicht als Beispiel, für einen Ausbau der österreichischen mobile Health Dienste.

Einen weiteren wichtigen Standpunkt stellen die Angebote der Gesundheitsanbieter/innen und Gesundheitseinrichtungen dar. Zu allererst ist es wichtig, dass sich alle Gesundheitsdienstleister/innen ihrer Verantwortung bewusst sind und ihre Expertise einsetzen. Um Frauen dadurch bereits vor der Schwangerschaft, spätestens aber beim Erstkontakt im Rahmen der Schwangerschaft, über mögliche Ansätze und Interventionen zur Raucherentwöhnung aufklären zu können. Auch wenn im Rahmen der Masterarbeit einige Barrieren der Gesundheitsprofessionen im Umgang mit rauchenden Schwangeren aufgelistet werden konnten, so ist dieses Thema dennoch unumgänglich. Als Hilfestellung bei der Gesprächsführung dient hierbei unter anderem der Gesprächsleitfaden für medizinische Beratung aus Österreich. Aber auch das national und international angewendete 5-A-Interventionsmodell findet häufig positiven Zuspruch in unterschiedlichsten Quellen, da es speziell darauf ausgerichtet ist, bei der Raucherentwöhnungsberatung zu unterstützen. Leider wird es bislang von nicht einmal einem Fünftel aller Allgemeinmediziner/innen, Hebammen und Gynäkolog/innen angewendet (Gould, Twyman, Stevenson, Gribbin, Bonevski, Palazzi & Zeev, 2019, S. 5). Eine weitere Möglichkeit ist es, nach dem Leitfaden der Kölner Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorzugehen, wobei zunächst eine genaue Rauchanamnese erfolgt. Der Leitfaden führt den/die Anwender/in entlang der Leitfragen durch die verschiedenen Gespräche, der einzelnen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und helfen dem/der Anwender/in dabei, nicht vom richtigen Weg abzukommen. Das grundlegende Ziel sollte es immer sein, die Frauen ohne Druck bei der Raucherentwöhnung zu unterstützen und im besten Fall gemeinsam eine Abstinenz zu erreichen. Sollte die Kompetenz zur Beratung zum Rauchstopp nicht vorhanden sein, so sollte unbedingt auf eine zuständige Stelle oder Fachperson verwiesen werden. Außerdem darf eine Unterstützung bei der Rückfallbewältigung nicht in Vergessenheit geraten.

Wichtig wäre es zudem, an unterschiedlichsten Stellen des Gesundheitswesens Informationen für Raucher/innen und schwangere Raucher/innen zur Verfügung zu stellen, bewusst auszuhändigen und die Betroffenen immer wieder auf das Thema anzusprechen und Unterstützung anzubieten. Auch unabhängig von einer Schwangerschaft, ist Rauchen in unserer Gesellschaft ein großes Thema und sollte in den nächsten Jahren eine deutliche Reduktion aufzeigen, um die eigene Gesundheit und auch die, der Gesamtbevölkerung, zu stärken.

5.3.1 Stärken der Arbeit

Die Stärken der Masterarbeit ergeben sich aus der Verwendung aktueller Literatur der letzten zehn Jahre, sowohl aus dem nationalen als auch internationalen Bereich. Obendrein wurde Fachliteratur in Form der Handsuche hinzugezogen, darunter auch Internetquellen, welche relevante Informationen zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft in Österreich lieferten. Grund hierfür war, dass ein Großteil der Literatur ausschließlich auf Webseiten der Träger von Gesundheitskassen und Gesundheitsanbietern zu finden war und die Studienlage in Österreich zu diesem Thema stark begrenzt ist. Natürlich wurden diese Quellen auf Vertrauenswürdigkeit und aktuellen Stand untersucht. Eine weitere Stärke stellt das Durchsuchen von vier anerkannten Datenbanken, mithilfe einer klar definierten Suchstrategie, dar. Inkludiert wurden dabei unter anderem zwei RCT-Studien, ein Systematic Review, sowie sechs Literature Reviews, welche Systematic Reviews als inkludierte Quellen aufwiesen. Als Interviewpartner/innen wurden sieben Expert/innen, darunter 2 Experten in Form eines kurzen Statements, mit einem 360°-Blick auf dieses umfassende Thema gewählt, sowie auch drei (passiv-)rauchende Schwangere, um auch deren individuellen Eindruck zum Thema näher zu beleuchten.

5.3.2 Limitationen der Arbeit

Eine Limitation der Masterarbeit stellt die Einschränkung bezüglich der Sprache dar. Es wurde ausschließlich nach deutscher und englischer Literatur gesucht, wodurch sich die Anzahl der Ergebnisse verringerte. Hinsichtlich der Aktualität der Literatur lässt sich sagen, dass eine Broschüre und deren Abbildungen aus dem Jahr 2004 hinzugezogen wurden, da sie als äußerst relevant für die Masterarbeit eingestuft wurden. Letztendlich wurden 43 Quellen in den Hauptteil der Masterarbeit inkludiert, davon 30 aus dem Bereich der Handsuche. Das Ausmaß der Quellen der Handsuche ergibt sich aus dem Grund, dass in Österreich kaum Forschungsliteratur zu diesem Thema vorhanden und somit nicht in wissenschaftlichen Datenbanken aufzufinden ist. Daher stammen die meisten Daten aus Internetquellen von Gesundheitsanbietern sowie Bücher und Berichte.

Die Interviews der Expert/innen und (passiv-)rauchende Schwangere wurden im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes geführt. Sie stellen somit subjektive Meinungen und Erfahrungen dar. Daher können nur eingeschränkte Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung gezogen werden, im Vergleich zu einem quantitativen Forschungsansatz.

5.4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die inkludierte Literatur zeigt auf, dass es unterschiedliche Möglichkeiten zur Reduktion der Tabakmenge für rauchende Schwangere gibt. Einige davon sind so wirkungsvoll, dass eine vollständige Abstinenz erreicht werden kann. Partner/in, Familienangehörige und das soziale Netzwerk spielen eine wichtige Rolle im Leben der Schwangeren und sollten keinesfalls außer Acht gelassen werden. Sowie auch weitere Ansätze der ganzheitlichen Versorgung, wie beispielsweise Lebensräume und das Arbeitsumfeld. Um weitreichende Erfolge in der Tabakentwöhnung bei rauchenden Schwangeren zu erzielen, ist es unabdingbar, die Angebote auszuweiten und individuell an die Schwangere anzupassen. Vor allem in Bezug auf die Situation in Österreich und die große Anzahl der schwangeren Rauchenden, ist es notwendig, sich mit Literatur und Daten aus dem internationalen Bereich auseinanderzusetzen. Diese müssen im Detail aufgearbeitet und anschließend in angepasster Form in das österreichische Gesundheitsversorgungssystem integriert werden, um somit den Trend des Rauchens während der Schwangerschaft deutlich zu senken. Um dies zu erreichen, ist eine Zusammenarbeit der österreichischen Gesundheitspolitik und den unterschiedlichsten Gesundheitsanbieter/innen und -einrichtungen unumgänglich und äußerst notwendig.

Die Auswertung des empirischen Teils der Masterarbeit zeigt, ergänzend zur Literatur, auf, dass eine Zusammenarbeit mehrerer Gesundheitsprofessionen für die Versorgung rauchender Schwangerer notwendig ist. Durch die Multiprofessionalität können unterschiedliche Sichtweisen und Aspekte berücksichtigt werden, um alle individuellen (Lebens-)situationen der Schwangeren in der ganzheitlichen Versorgung zu beachten.

Auch die (passiv-)rauchenden Schwangeren beschreiben in ihren Aussagen, dass sie mehr Unterstützung durch Gesundheitsberufe und -anbieter benötigt hätten, um mit dem Rauchen aufzuhören beziehungsweise um überhaupt Raucherentwöhnungsmaßnahmen aufgezeigt oder vermittelt zu bekommen.

5.4.1 Empfehlungen für die Forschung

Einige Aspekte und Auswirkungen des Rauchens wurden bereits ausführlich untersucht. Dazu zählen unter anderem die negativen gesundheitlichen Auswirkungen auf das Ungeborene, das Neugeborene und den Säugling. Es wird immer wieder appelliert, den Tabakkonsum rauchender Schwangerer zu senken, jedoch fehlen Interventionen mit wissenschaftlicher Evidenz, um diese umsetzen zu können. Die aktuelle Studienlage in Österreich zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft ist leider stark begrenzt. Aus diesem Grund wäre es sinnvoll, wenn Österreich selbst Studien zu diesem Thema durchführt und sich nicht ausschließlich auf international durchgeführte Studien beruht, da in anderen Ländern, andere Gesundheitssysteme und Möglichkeiten vorherrschend sind oder eben nicht.

Von großer Relevanz ist auch das Thema aktueller Rauchstatus. Es sollten regelmäßige Erhebungen des Rauchstatus während der Schwangerschaft erhoben werden, damit aktuelle Zahlen und somit die Notwendigkeit von Interventionen aufgezeigt werden können. Es sollten nicht nur Äußerungen der rauchenden Schwangeren erhoben werden, sondern die Ergebnisse durch Laborergebnisse untermauert werden. Als Beispiel bietet sich hier der Literatur nach unter anderem die nicht-invasive Methode der Urinkontrolle an, um den Cotinin-Gehalt zu messen, um somit klare Ergebnisse vorzulegen. Zu berücksichtigen sind in diesem Fall aber jegliche ethische und rechtliche Aspekte, welche vorab geklärt werden müssen.

5.4.2 Empfehlungen für die Praxis

Vorhandene Hilfestellung bei der Gesprächsführung sollten vermehrt angewendet werden und bereits Bestandteil der Ausbildung sein. Gesundheitsanbieter/innen sollen regelmäßige Fortbildungen und Schulungen zum Thema Gesprächsführung in

schwierigen Situationen erhalten. Somit kann ein sicheres Auftreten garantiert werden und auch sie selbst werden sicherer im Umgang mit schwierigen Situationen und Gesprächen.

Notwendig wäre es auch, das Thema Gesundheitsförderung und Prävention in österreichischen Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens zu integrieren beziehungsweise zu vertiefen. Speziell im Bereich der Medizin kommt dies häufig zu kurz. Der Krankheitsansatz hat natürlich seine Berechtigung und sollte keinesfalls zurückgeschraubt werden. Aber häufig sieht man nur den kranken Menschen, sinnvoller wäre es auch den gesunden Menschen genauer zu betrachten und dabei zu unterstützen, gesund zu bleiben. Viele Folgen von gesundheitsschädlichem Verhalten zeigen sich erst Jahre später oder im Alter. Daher ist sich ein junger Mensch dessen oftmals nicht so sehr bewusst. Gäbe es aber Informationen und anschauliche Effekte gezielter Maßnahmen, so wäre es leichter, diese nachzuvollziehen und auch selbst umzusetzen.

6 VERZEICHNISSE

6.1 Literaturverzeichnis

6.1.1 Literaturquellen

Abroms, L. C., Johnson, P. R., Heminger, C. L., Van Alstyne, J. M., Leavitt, L. E., Schindler-Ruwisch, J. M. & Bushar, J. A. (2015). Quit4baby: Results From a Pilot Test of a Mobile Smoking Cessation Program for Pregnant Women. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, vol. 3 (1): e10. DOI: 10.2196/mhealth.3846.

Aigner, K. & Neuberger, M. (2012). Epidemiologie. In A., Lichtenschopf (Hrsg.), *Standards der Tabakentwöhnung – Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie Update 2010* (S. 5-9). Wien, New York: Springer Verlag.

Askew, D.A., Guy, J., Lyall, V., Egert, S., Rogers, L., Pokino, L.A., Manton-Williams, P. & Schluter, P.J. (2019). A mixed methods exploratory study tackling smoking during pregnancy in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander primary health care service. *BMC Public Health*, 19:343.

Ayerle, G.M. (2005). Das Erleben der Schwangerschaft. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (S. 4-11). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Booth, A., Sutton, A. & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review* (2. Auflage). Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC, Melbourne: SAGE.

Coleman, T., Chamberlain, C., Davey, M. A., Cooper, S. E. & Leonardi-Bee, J. (2015). Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy

(Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015 (12). DOI: 10.1002/14651858.CD010078.pub2.

Engelkraut, R. & Teuerle, S. (2005) Beratung der Schwangeren. In: Bund Deutscher Hebammen (Hrsg.), *Schwangerenvorsorge durch Hebammen* (S. 197). Stuttgart: Hippokrates Verlag.

Gould, G. S., Tayman, L., Stevenson, L., Gribbin, G. R., Bonevski, B., Palazzi, K. & Zeev, Y. B. (2019). What components of smoking cessation care during pregnancy are implemented by health providers? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9:e026037. DOI:10.1136/bmjopen-2018-026037.

Greaves, L., Poole, N., Okoli, C. T. C., Hemsing, N., Qu, A., Bialystok, L. & O'Leary, R. (2011). *Expecting to Quit: A best-practices review of smoking cessation interventions for pregnant and post-partum women* (2. Auflage). Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Groman, E. & Lichtenschopf, A. (2012). Diagnostik und Anamnese. In A- Lichtenschopf (Hrsg.), *Standards der Tabakentwöhnung. Konsensus der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie - Update 2010* (S. 21-28). Wien, New York: Springer Verlag.

Herbec, A., Brown, J., Tombor, I., Michie, S. & West, R. (2014). Pilot randomized controlled trial of an internet-based smoking cessation intervention for pregnant smokers, *Drug and Alcohol Dependence*, 2014 (140), S. 130-136.

Horak Jr., F., Fazekas, T., Zacharasiewicz, A., Eber, E., Kiss, H., Lichtenschopf, A., Neuberger, M., Schmitzberger, R., Simma, B., Wilhelm-Mitteräcker, A. & Riedler, J. (2011). Das Fetale Tabaktsyndrom – Ein Statement der Österreichischen Gesellschaften für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG), Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP), Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) sowie Pneumologie (ÖGP). *Wiener klinische Wochenschrift*

The Central European Journal of Medicine, 2012 (124), S.129–145. DOI: 10.1007/s00508-011-0106-9

Kuntz, B., Zeiher, J., Starker, A., Prütz, F. & Lampert, T. (2018). KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 3 (1), S. 47–54. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-009

Lesch, O. M. & Walter, H. (2009). *Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien: Springer Verlag.

Leung, L. W. S. & Davies, G. A. (2015). Smoking Cessation Strategies in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37 (9), S. 791–797.

Lichtenschopf, A. (2011). Richtlinien der Tabakentwöhnung Stand 2010. *Wiener klinische Wochenschrift The Central European Journal of Medicine*, 2011 (123), S. 1-17. DOI: DOI 10.1007/s00508-011-1571-x

Mayring, P. (2013). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik*. (12. Auflage). Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Meghea, C. I., Brinzaniuc, A., Sidor, A., Chereches, R. M., Miha, D., Iuhas, C. I., Stamatian, F., Caracostea, G., Dascal, M. D., Foley, K., Baban, A., Voice T. C. & Blaga, O. M. (2018). A couples-focused intervention for smoking cessation during pregnancy: The study protocol of the Quit Together pilot randomized controlled trial. *Tobacco Prevention & Cessation*, 2018. DOI: 10.18332/tpc/89926.

Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin, München, Boston: De Gruyter Oldenbourg.

Miyazaki, Y., Hayashi, K. & Imazeki, S. (2015). Smoking cessation in pregnancy: psychosocial interventions and patient-focused perspectives. *International Journal of Women's Health*, 2015 (7), S. 415-427.

Naughton, F., Jamison, J. & Sutton, S. (2013). Attitudes towards SMS text message smoking cessation support: a qualitative study of pregnant smokers. *Health Education Research, 28* (5), S. 911-922.

Okoli, C. T. C., Greaves, L., Bottorff, J. L. & Marcellus, L. M. (2010). Health Care Providers' Engagement in Smoking Cessation With Pregnant Smokers. *JOGNN, 39* (1), S. 64-77.

Siedentopf, J. P. (2009). Pathophysiologische Aspekte des Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft. In J.W. Dudenhausen (Hrsg.), *Rauchen in der Schwangerschaft. Häufigkeit, Folgen und Prävention* (S. 22-26). München: Urban & Vogel GmbH Verlag.

Soyka, M., Batra, A., Heinz, A., Moggi, F. & Walter, M. (2019). *Suchtmedizin*. Deutschland: Elsevier GmbH.

Stimmer, F. & Andreas-Siller, P. (2000). *Suchtlexikon*. München, Wien: Oldenburg Verlag.

Tombor, I., Shahab, L., Brown, J., Crane, D., Michie, S. & West, R. (2016). Development of SmokeFree Baby: a smoking cessation smartphone app for pregnant smokers. *Translational Behavioral Medicine, 2016* (5), S. 533-545.

Ussher, M., Lewis, S., Aveyard, P., Manyonda, I., West, R., Lewis, B., Marcus, B., Riaz, M., Taylor, A. H., Barton, P., Daley, A., Essex, H., Eslinger, D. & Coleman, T. (2015). The London Exercise And Pregnant smokers (LEAP) trial: a randomised controlled trial of physical activity for smoking cessation in pregnancy with an economic evaluation. *Health Technology Assessment, 19* (84). DOI: 10.3310/hta19840.

Wen, X., Eiden, R. D., Justicia-Linde, F. E., Wang, Y., Higgins, S. T., Thor, N., Haghdel, A., Peters, A. R. & Epstein, L. H. (2019). A multicomponent behavioral intervention for smoking cessation during pregnancy: a nonconcurrent multiple-baseline design. *TBM, 2019* (9). DOI: 10.1093/tbm/iby027.

6.1.2 Internetquellen

Antwerpes, F. (2017). *Säugling*. Verfügbar unter: https://flexikon.doccheck.com/de/S%C3%A4ugling?utm_source=www.doccheck.flexikon&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch [19.2.2020].

Antwerpes, F. (2019). *Schwangerschaft*. Verfügbar unter: <https://flexikon.doccheck.com/de/Schwangerschaft#> [19.2.2020].

Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele. (2017). *Eine Auszeit für Ihr Baby. Informationen zu Alkohol und Rauchen für werdende Mütter*. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/auszeit-baby.pdf> [7.3.2020].

Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele. (2019). *Gesprächsleitfaden: Beratung schwangerer Frauen beim Rauch- und Alkoholverzicht*. Verfügbar unter: <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/medizinische-beratung-schwangere.pdf> [7.3.2020].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten*. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636> [16.3.2020].

Bundesministerium für Gesundheit. (2011). *Österreichischer Frauengesundheitsbericht 2010/2011*. Verfügbar unter: https://goeg.at/sites/goeg.at/files/2017-06/Frauengesundheitsbericht_2011_LF.pdf [23.10.2019].

Bundesministerium für Gesundheit. (2015). *Nationales Gesundheitsziel: Tabakkonsum reduzieren*. Verfügbar unter:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Tabakkonsum_reduzieren.pdf [23.10.2019].

Bundesministerium für Gesundheit. (2017). *Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt*. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Nationales_Gesundheitsziel_Gesundheit_rund_um_die_Geburt.pdf [3.3.2020].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (o.J.). *Ich bekomme ein Baby. rauchfrei in der Schwangerschaft. Ratgeber für Schwangere und ihre Partner*. Verfügbar unter: https://www.rauchfrei-info.de/fileadmin/main/data/Dokumente/Ich_bekomme_ein_Baby.pdf [2.3.2020].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. (2004). *Leitfaden für die Beratung Schwangerer zum Rauchverzicht*. Verfügbar unter: https://www.rauchfrei-info.de/fileadmin/main/data/Dokumente/Leitfaden_fuer_die_Beratung_Schwangerer.pdf [12.3.2020].

Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Verfügbar unter: <https://www.audiotranskription.de/Praxisbuch-Transkription.pdf> [20.4.2020].

Felder-Puig, R., Teutsch, F., Ramelow, D. & Maier, G. (2019). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018*. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=692> [14.4.2020].

Fernandez, K. & Posch, W. (2011). *Tabakpräventionsstrategie Steiermark Grundlagen, Ziele und Maßnahmen 2007 bis 2010*. Verfügbar unter: http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf [3.3.2020].

Georg Thieme Verlag. (2015). *Transtheoretisches Modell*. Verfügbar unter: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflegepaedagogik/abb-05-22-transtheoretisches-modell.jpg [9.3.2020].

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2010). *RAUCHERBERATUNG MIT DEM ZIEL DER ENTWÖHNUNG*. Verfügbar unter: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715121&version=1391184570> [8.6.2020].

HBSC. (o.J.). *Publications: Data Visualisations*. Verfügbar unter: http://www.hbsc.org/publications/datavisualisations/tobacco_use.html [8.6.2020].

Heim. (2014). *Geburtenregister Österreich. Bericht Geburtsjahr 2012*. Verfügbar unter: <https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/groe/groe-jahresbericht-2012> [3.3.2020].

Institut Suchtprävention. (o.J.). *Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft*. Verfügbar unter: https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/09_Infobox/Infomaterialien/Alkohol_Rauchen_in_der_Schwangerschaft.pdf [24.2.2020].

Jankl, E. (2014). *Rauchen in der Schwangerschaft*. Verfügbar unter: <https://www.minimed.at/medizinische-themen/gesund-es-kind/rauchen-schwangerschaft/> [7.2.2020].

Kröger, C. B., Flöter, S. & Piontek, D. (2007). *Behandlung der Tabakabhängigkeit - Eine Übersicht*. Verfügbar unter: thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-2007-993175 [14.2.2020].

Latza, U., Hoffmann, W., Terschüren, C., Chang-Claude, J., Kreuzer, M., Schaffrath Rosario, A., Kropp, S., Stang, A., Ahrens, W. & Lampert, T. (o.J.) *Erhebung, Quantifizierung und Analyse der Rauchexposition in epidemiologischen Studien*. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchexposition_epidstudien.pdf?__blob=publicationFile [17.2.2020].

Ludwig-Boltzmann-Institut. (2014). *Eltern-Kind-Vorsorge neu. Update Teil IX: Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien für Screenings von Schwangeren. Endbericht.* Verfügbar unter: http://eprints.hta.lbg.ac.at/996/4/HTA-Projektbericht_Nr.62-Addendum_II.pdf [24.2.2020].

Meingassner, S. (o.J.). *Die Beratung schwangerer Raucherinnen am Rauchfrei Telefon.* Verfügbar unter: https://rauchfrei.at/wp-content/uploads/Meingassner_Beratung_Rauchfrei-Telefon.pdf [16.4.2020].

Oberaigner, W., Leitner, H. (2017). *Geburtenregister Österreich: Bericht über die Geburtshilfe in Österreich 2016.* Verfügbar unter: <https://www.iet.at/data.cfm?vpath=publikationen210/groe/groe-jahresbericht-2016> [23.10.2019].

OECD. (2019). *Health at a Glance 2019. OECD Indicators.* Verfügbar unter: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1586873711&id=id&accname=guest&checksum=9C418667BC952FDD9D17325C05C0A3A7> [14.4.2020].

Österreichische Arbeitsgruppe Suchtvorbeugung. (2014). *WIRKSAME MASSNAHMEN DER TABAKPRÄVENTION aus Sicht der österreichischen Suchtprävention.* Verfügbar unter: https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/ARGE_Positionspapier_Tabakpraevention.pdf [16.4.2020].

Österreichische Gesundheitskasse. (2019). *Rauchfrei – so geht's dir besser!* Verfügbar unter: <http://www.rauchfreiapp.at/> [3.3.2020].

Österreichische Gesundheitskasse. (2020). *WIR HELFEN IHNEN VOM RAUCHEN LOSZUKOMMEN, GUT GELAUNT UND DAUERHAFT!* Verfügbar unter: <http://www.endlich-aufatmen.at/> [3.3.2020].

Österreichisches Hebammengremium. (o.J.). *RAUCHEN IN SCHWANGERSCHAFT UND STILLZEIT?* Verfügbar unter: <https://www.hebammen.at/rauchen-in-schwangerschaft-und-stillzeit/> [7.3.2020].

Österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. (o.J.). *Sektion "Rauchfreie Gesundheitseinrichtungen"*. Verfügbar unter: <http://www.ongkg.at/rauchfrei.html> [6.3.2020].

Rauchfrei Telefon. (2016). *10 Jahre Rauchfrei Telefon*. Verfügbar unter: https://rauchfrei.at/wp-content/uploads/10_Jahresbericht.pdf [8.6.2020].

Rauchfrei Telefon. (2020). *Das Rauchfrei Telefon ist eine telefonische Beratungsstelle rund um das Thema Rauchen, Rauchfrei werden und Rauchfrei bleiben*. Verfügbar unter: <https://rauchfrei.at/> [6.3.2020].

Statistik Austria. (2015). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014*. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?includePage=detailedView§ionName=Gesundheit&pubId=7141 [05.12.2019].

Statistik Austria. (2019). *Bevölkerung nach Alter und Geschlecht*. Verfügbar unter: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html [05.12.2019].

Uhlemann, M. (o.J.). *Physiologie der Neonatalperiode*. Verfügbar unter: https://kinderklinik.med.uni-rostock.de/fileadmin/Kliniken/ukj/Bilder/Adaptation_und_Physiologie_des_Neugeborenen.pdf [2.3.2020].

VIVID. (o.J.a). *Rauchen und Gesundheit*. Verfügbar unter: <http://www.vivid.at/wissen/tabak/rauchen-und-gesundheit/> [19.2.2020].

VIVID. (o.J.b). *Gesundheit und Passivrauchen*. Verfügbar unter: <http://www.vivid.at/wissen/tabak/nichtraucherschutz/gesundheitliche-folgen/> [19.2.2020].

VIVID. (o.J.c). *Schwangerschaft und Kinder*. Verfügbar unter: <http://www.vivid.at/wissen/tabak/nichtraucherschutz/schwangerschaft-und-kinder/> [14.2.2020].

VIVID. (o.J.d). *Was ist Tabak?* Verfügbar unter: <http://www.vivid.at/wissen/tabak/was-ist-tabak/> [19.2.2020].

VIVID. (o.J.e). *Was ist Sucht?* Verfügbar unter: <http://www.vivid.at/wissen/was-ist-sucht/> [14.2.2020].

WHO. (2013). *WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy*. Verfügbar unter: <https://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/> [17.3.2020].

WHO. (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*. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/283831/65wd10g_Tobacco_150475.pdf?ua=1 (1.12.2019).

WHO. (2016). *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) STUDY: INTERNATIONAL REPORT FROM THE 2013/2014 SURVEY. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1 [8.6.2020].

Zacharasiewicz, A. (2015). *ÖGP-Kongress 2015: Rauchen in der Schwangerschaft erhöht Asthma-Risiko für das Kind*. Verfügbar unter: <https://www.ogp.at/oegp-kongress-2015-rauchen-in-der-schwangerschaft-erhoeht-asthma-risiko-fuer-das-kind/> [7.3.2020].

6.1.3 Gesetzestexte

Rechtsinformationssystem des Bundes. (2014). *Erläuterungen*. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/RegV/REGV_COO_2026_100_2_1169827/COO_2026_100_2_1201274.html [19.2.2020].

Rechtsinformationssystem des Bundes. (2020). *Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheitsförderungsgesetz, Fassung vom 19.02.2020*. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011127&ShowPrintPreview=True> [19.2.2020].

6.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Limitationen und Ausschlusskriterien, Quelle: Eigene Darstellung	8
Abbildung 2: Flussdiagramm, Quelle: Eigene Darstellung.....	9
Abbildung 3: Krankheitsbilder in Zusammenhang mit dem Rauchen, Quelle: VIVID (o.J.a, www)	11
Abbildung 4: Fagerström-Toleranz-Test, Quelle: Groman & Lichtenschopf (2012, S. 23).....	13
Abbildung 5: Nebenwirkungen von Nikotin, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an VIVID (o.J.e, www).....	15
Abbildung 6: Beratung durch das Rauchfrei Telefon, Quelle: Meingassner (o.J., www)	25
Abbildung 7: Evaluation Rauchfrei Telefon - Abstinenzrate in Prozent, Quelle: Rauchfrei Telefon, 2016, S. 7.....	26
Abbildung 8: Rauchanamnese, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 16).....	37
Abbildung 9: Raucherentwöhnungsberatung, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 21).....	38
Abbildung 10: Aufrechterhaltung der Beratung, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 28).....	39

Abbildung 11: Rückfallbewältigung, Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2004, S. 40).....	40
Abbildung 12: Stadien der Verhaltensänderung, Quelle: Georg Thieme Verlag (2015, www).	41
Abbildung 13: Körperliche Aktivität in Minuten pro Woche, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ussher et al. (2015, S. 22).....	54
Abbildung 14: Nikotinabstinenz in Prozent, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Ussher et al. (2015, S. 24).....	55
Abbildung 15: Schritte der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring, Quelle: Mayring (2013, S. 70).....	62

6.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Tabakprävalenz in Prozent von Jugendlichen und Erwachsenen ab 15 Jahren aus europäischen OECD-Ländern, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an OECD (2019, S. 27)	3
Tabelle 2: Prävalenzzahlen in Prozent von jugendlichen Raucherinnen anhand der HBSC-Studie 2013/2014, Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an WHO (2016, S. 151).....	4
Tabelle 3: Übersicht der nationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung, Quelle: Eigene Darstellung	32
Tabelle 4: Übersicht der internationalen Interventionen zur Raucherentwöhnung, Quelle: Eigene Darstellung.....	55
Tabelle 5: Vergleich der nationalen und internationalen Interventionen, Quelle: Eigene Darstellung	56
Tabelle 6: Tabellarische Darstellung der Erkenntnisse aus dem empirischen Methodenteil, Quelle: Eigene Darstellung	76
Tabelle 7: Zeicheninventar der Transkription, Quelle: Eigene Darstellung	107
Tabelle 8: Suchprotokoll, Quelle: Eigene Darstellung.....	155
Tabelle 9: Kategorienschema, Quelle: Eigene Darstellung.....	155

ANHANG

A.1 Interviewleitfaden

Einleitung:

Vielen Dank für ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Interview.

Kurz zu meiner Person und meiner Masterarbeit. Neben meiner Tätigkeit als Diplomierete Gesundheits- und Krankenpflegerin am Landeskrankenhaus Graz bin ich Studentin an der Fachhochschule Pinkafeld. Ich habe mich aufgrund von großem Interesse und meines beruflichen Backgrounds an der Frauenklinik am LKH Graz für dieses Thema entschieden.

Unser Gespräch heute wird zirka 20 bis 25 Minuten an Zeit beanspruchen. Zuvor möchte ich ihnen jedoch versichern, dass alle aufgezeichneten Daten, sowie Anonymität und Datenschutz vertraulich behandelt werden. Hierfür bitte ich Sie das vorgefertigte Dokument zum Datenschutz durchzulesen und zu unterzeichnen.

Gesondert können Sie zustimmen, dass ihr Name, sowie Angaben zu ihrem Beruf und ihrer Ausbildung in der Masterarbeit zum näheren Verständnis der Leser/innen angegeben werden dürfen (nur für Expert/innen)

Ich werde nun das Aufnahmegerät starten.

Motivation zur Interviewteilnahme

Sie haben sich bereit erklärt mit mir ein Interview zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft zu führen. Vielen Dank dafür. Somit komme ich gleich zu meiner ersten Frage.

Motivation zur Interviewteilnahme

Leitfrage 1: Wie kommt es zu ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema? Erzählen Sie doch mal.	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen an Expert/innen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Motivation und Beweggründe zur Teilnahme am Interview ○ Individuelle, grundlegende Gedanken zu diesem Thema 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Streben Sie persönlich an eine Veränderung in der Prävention und Versorgung der Schwangeren hinsichtlich Rauchens zu erzielen?
	Konkrete Nachfragen an Schwangere
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rauchen sie derzeit? ○ Was waren ihre Beweggründe mit dem Rauchen anzufangen? ○ Sind sie regelmäßig Passivrauch ausgesetzt?

Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft

Leitfrage 2: Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind?	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Nachfragen an Expert/innen
<ul style="list-style-type: none"> ○ Beweggründe, um das Rauchen während der 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Denken Sie, dass die meisten Schwangeren ausreichende Informationen, Aufklärung und Unterstützung durch Gesundheitsberufe erhalten? Vor allem, bezüglich Präventionsprogramme und Interventionen zur Raucherentwöhnung?

<p>Schwangerschaft zu beginnen, aufrechtzuerhalten oder zu beenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufklärung und Unterstützung der Gesundheitsberufe bei der Raucherentwöhnung 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Denken Sie, es wäre sinnvoll standardmäßig den Cotinin-Wert im Harn der Schwangeren zu testen, um somit vor allem den Schwangeren aufzuzeigen, welche Auswirkungen das Rauchen und Passivrauchen hat?
	<p>Konkrete Nachfragen an Schwangere</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Haben Sie bereits einen Rauchstopp versucht? ○ Haben Sie vor mit dem Rauchen aufzuhören? ○ Wurden Sie bereits darüber informiert, welche Risiken und Folgen der Tabakkonsum während der Schwangerschaft für Mutter und Kind hat?

Methoden zur Raucherentwöhnung

<p>Leitfrage 3: Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt? Und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen?</p>	
<p>Inhaltliche Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kenntnis über verfügbare Entwöhnungsmaßnahmen ○ Effektivität der Maßnahmen einschätzen 	<p>Konkrete Nachfragen an Expert/innen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Was denken Sie, sind geeignete Motivatoren, um mit dem Rauchen aufzuhören?
	<p>Konkrete Nachfragen an Schwangere</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie haben Sie es geschafft mit dem Rauchen aufzuhören? <ul style="list-style-type: none"> ○ Was waren ihre Beweggründe?

	<ul style="list-style-type: none">○ Wurden Sie von Gesundheitsberufen dabei unterstützt?○ Haben Sie noch Vorschläge, wie man rauchende Schwangere noch zu einem Rauchstopp motivieren könnte?
--	--

Abschluss:

Haben Sie eventuell noch weitere Anmerkungen zu diesem Thema?

Vielen Dank für die ausführliche Beantwortung der Fragen.

A.2 Transkription Interview I

Für die Durchführung der Transkription wurde folgendes Zeicheninventar laut der vereinfachten Transkription nach Dresing & Pehl gewählt:

Tabelle 7: Zeicheninventar der Transkription, Quelle: Eigene Darstellung

Im Text	Bedeutung
(...)	Pause
SICHER	Besondere Betonung
B: Ich habe dort I: Wo genau? B: nachgesehen. Auf der Homepage.	Jeder Sprecher hat eigene Absätze, auch bei kurzen Einwüfen. I: Interviewer/in B: Befragte/r
(lachen), (seufzen)	Charakterisierung von nonverbalen Äußerungen, welche die Aussage unterstützen.
(unv., Handystörgeräusch)	Unverständlich
[Text]	Eigens eingeführter Textteil, zum besseren Verständnis
(erkunden?)	Was dem Unverständlichen am Ehesten entspricht, aus dem Zusammenhang
#00:25:32#	Zeitmarke
**	Unkenntlich gemacht, aufgrund des Datenschutzes

I: Ja, meine erste Frage ist dann, wie es zu Ihrem Interesse kommt, dass Sie jetzt mit mir dieses Interview durchführen? Dass Sie da einfach mal kurz darüber berichten
#00:00:09#

B: Ja gerne, also es war jetzt nicht ein Interesse im Sinne, dass ich mir das Thema ausgesucht hab, das war ein bisschen gegeben. Dadurch, dass ich - jetzt muss ich mich ans Jahr erinnern (lacht) - ich glaube, es war 2015. Ich habe meinen PHD

begonnen an der Medizinischen Uni in Wien und das Thema meiner Supervisorin, meiner Mentorin ** war Suchterkrankungen in der Schwangerschaft und der spezielle Fokus bei uns in der Ambulanz lag oder liegt, ich bin nicht mehr dort, aber der Fokus dort liegt immer noch darauf, auf der Opioiderhaltungstherapie für schwangere Frauen und da ist Rauchen einfach ganz klar ein Thema in der Population. Also dadurch kam ich damit auch in Kontakt, ich muss aber jetzt dazu sagen, ich habe, ich bin jetzt seit ungefähr ja vier Jahren nicht mehr so ganz zentral im Thema Suchterkrankungen während der Schwangerschaft. Ich bin immer noch ganz stark im Bereich Suchterkrankungen am forschen, aber hab mich jetzt seit einiger Zeit nicht mehr mit dem Thema im Fokus beschäftigt. Also das heißt, wenn ich jetzt nicht die aktuellen epidemiologischen Zahlen vorliegend hab, bitte ich um Verzeihung. Vor allem, weil ich jetzt auch schon seit fast zwei Jahren jetzt nicht mehr in Österreich forsche. Das heißt, da ist mein Wissen möglicherweise schon ein bisschen out of date. #00:01:40#

I: Ja, nein, das passt eh. Es wird eben auch verglichen im internationalen Bereich, was wird dort gemacht, um das eben vielleicht auch in Österreich implementieren zu können #00:01:54#

B: Ja. #00:01:54#

I: Gut, dann ist eben die nächste Frage: Streben Sie persönlich an eine Veränderung in der Prävention und Versorgung der Schwangeren hinsichtlich Rauchens zu erzielen? #00:02:03#

B: Naja, also ich finde es ist immer ein bisschen, das ist eine sehr schwierige Frage, vor allem wenn sie mich, weil sie fragen mich all diese Fragen als Suchtforscherin. Also ich bin nicht primär in der Versorgung von schwangeren Frauen, sondern ich habe immer den Fokus auf Suchterkrankungen und da ist es allgemein, also wie soll ich sagen, da gibt es zwei Antworten dazu, weil auf der einen Seite ist es natürlich so, die Prävalenzzahlen sind immer irgendwo im Fokus. Auf der anderen Seite wissen wir in der Suchtforschung die sind relativ stabil. Also ich spreche jetzt von Suchterkrankungen, nicht von recreational use von Substanzen. Weil wir wissen sind ja seit Anbeginn

der Aufzeichnungen nahezu, liegt die Prävalenzzahl von Menschen mit Suchterkrankungen so um die zehn Prozent. Das ist eine ziemlich, ziemlich grobe Einschätzung. Aber da ändert sich in der Regel nicht viel. Was sich natürlich ändert, je nach Standort, sind die Substanzen, weil das hängt einfach von der Verfügbarkeit ab. Und eine Sache, die wir ja sehen jetzt seit einigen Jahren ist es - sogar in Österreich (lacht)- die Prävalenzzahl der rauchenden Menschen ein bisschen zurückgeht, das ist natürlich schön. Aber solche Sachen sind ganz langzeitliche Entwicklungen, wir sehen also es gibt da diese schönen Grafiken, wo man immer sieht, welche Maßnahmen wurden zu welchen Zeiten gesetzt. Und das fängt an bei Steuern, weil je teurer es ist, desto weniger junge Menschen vor allem beginnen mit dem Konsum von legalen Substanzen. Was wir mittlerweile ganz gut wissen, was nicht so toll funktioniert sind Informationskampagnen. Da gibt es eigentlich fast weltweit keine eindeutigen Effekte, dass die zu einer Reduktion der Prävalenzzahlen führen. Auf der anderen Seite muss man immer sagen, alles muss sozusagen in der Summe betrachtet werden. Wir haben nicht die eine Wundermaßnahme, die den riesen Abfall bewirkt hat, sondern es wirkt irgendwie immer alles zusammen. Von daher, ja natürlich, ist es ein Ziel und in der Schwangerschaft sind wir in einer ganz besonderen Situation, weil wir haben ein bisschen weniger riggle room. Also es ist ein bisschen weniger, grad wenn ich mir jetzt zum Beispiel das Behandlungssetting anschau. Bei einer schwangeren Frau ist es immer ein bisschen schwieriger zu sagen, dass eine Reduktion im Gebrauch von bestimmten Substanzen Ziel sein kann, weil wir bei bestimmten Substanzen eine Null oder eine sehr niedrige Dosis sozusagen ausreicht, eine sehr niedrige Dosis reicht bei gewissen Substanzen aus, um am falschen Zeitpunkt Schäden zu verursachen. Deswegen sozusagen, deswegen rede ich jetzt ein bisschen so drum rum. Ich glaube das ist eine Frage, die sehr schwer, sie ist sehr einfach an der Oberfläche zu beantworten, weil ja natürlich, und die wird aber sehr kompliziert, sobald ich ein bisschen tiefer eintauche. #00:05:14#

I: Ok (lächelt). Und welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind? #00:05:26#

B: Die Frage habe ich vorher schon gelesen gehabt und es hat, also, habe ich lange darüber nachgedacht. Ich beantworte sie gerne erst und mich würde dann aber auch interessieren wo kommt die Frage her? #00:05:39#

I: Mhm (bejahend). #00:05:39#

B: Welche Bedeutung hat das Rauchen? Ich finde das ist eine sehr interessante Frage. Weil Rauchen hat ja mindestens zwei Funktionen, mindestens, wahrscheinlich noch viel mehr. Aber auf der einen Seite sozusagen, wenn ich in die Richtung der Suchterkrankung gehe, dann weiß ich, dass Nikotin sehr stark abhängigkeits erzeugend ist, primär aufgrund der (unv.), das heißt es wird geraucht, es kommt sehr schnell im Gehirn an. Gleiches gilt natürlich auch beim waping, da habe ich sehr hohes Abhängigkeitspotential, wir wissen auf der anderen Seite auch der physische Entzug, der somatische Entzug, der ist relativ undramatisch. Nach ungefähr 24 Stunden ist das erledigt, aber diese habituelle Komponente dessen, man hat bestimmte Zeiten, an denen man es macht und dann hat diese Gestik und es ist auch ein längerer Prozess als bei anderen Drogen. Also das heißt ich rauch meine Zigarette bei fünf bis zehn Minuten. Und das ist nicht nur ein durch die Nase ziehen oder eine Nadel ansetzen oder eine Tablette einschmeißen. Und ich glaube aber, dass in der Schwangerschaft, das halt noch diese andere interessante Komponente, weil ganz oft und das ist, wenn ich in die Allgemeinbevölkerung schaue, der Fall. Das ist aber ganz oft auch im Treatment Bereich der Fall, dass die Mutter nicht mehr losgelöst, oder die werdende Mutter, nicht mehr losgelöst vom Kind gesehen wird. Das heißt sozusagen es wird automatisch erwartet, dass alles Habituelle, was eventuell dem Kind Schaden könnte, fallen gelassen wird. Und das ist beim Rauchen der Fall. Aber das ist natürlich auch bei unendlich vielen Ernährungs-recommendations der Fall. Es tut mir leid, manchmal fallen mir die deutschen Wörter nicht mehr ein (lacht). #00:07:30#

I: Nein, macht nichts (lacht). #00:07:33#

B: Und ich finde, das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Das bedeutet nicht sozusagen, ich will damit nicht sagen, dass man einer schwangeren Frau sagt „es ist völlig okay weiter

zu rauchen“ um Gottes Willen. Aber ich glaube, das ist ein ganz wichtiger Aspekt, das immer mitzudenken was verlange ich denn eigentlich und sozusagen spreche ich von einer Nikotinsucht, von einer Tabakabhängigkeitserkrankung oder spreche ich mit einer Frau die hin und wieder eine Zigarette raucht. Weil das sind zwei ganz unterschiedliche Komponenten. Was bedeutet es für das ungeborene Kind? Naja, dass ist, da sind wir ganz schnell im biologischen Bereich. Weil es hat natürlich ganz relativ klare nachweisliche Kurzzeit- aber auch Langzeitfolgen. Aber da habe ich wieder sozusagen diese Symbiose zwischen, die natürlich auch biologisch einfach nicht trennbar ist, aber diese Symbiose zwischen Mutter und ungeborenem Kind. Und die Mutter ist die Agierende, weil das Kind kann ja noch nicht. Das heißt also, da fällt es mir ein bisschen schwer sozusagen - Was bedeutet es für das ungeborene Kind? Jenseits von biologischen Auswirkungen. Langzeitlich für das Kind, nachdem es geboren wurde und etwas herangewachsen ist, wissen wir ja auch von Eltern mit Suchterkrankung, dass die Kinder eine höhere Vulnerabilität haben. Genetisch bedingt, aber natürlich auch durch die Exposition durchs Modelllernen, und so weiter, ja. #00:09:07#

I: Mhm. Super. Und denken Sie, dass die meisten Schwangeren ausreichende Informationen und Aufklärung beziehungsweise Unterstützung durch die Gesundheitsberufe erhalten? Vor allem bezüglich Präventionsprogramme und Interventionen zur Raucherentwöhnung? #00:09:26#

B: Ich glaube, was die Informationen anbelangt kann ich relativ klar sagen, ja. Ich glaube sogar, dass an vielen Stelle eher ein Informationsüberfluss da ist. Aber das schlägt ein bisschen in die Kerbe was ich ganz am Anfang erwähnt haben, dass wir ja relativ gut wissen, dass Informationskampagnen allein keine positiven Auswirkungen auf Senkung von Prävalenzzahlen oder auch für die Einzelpersonen haben. Ein gutes Beispiel sind glaube ich diese Schockbilder, die auf Zigarettenschachteln – jetzt mittlerweile, weiß nicht genau seit wann - drauf sind. Also da ist es halt auch immer, da find ich eine ganz interessante Erkenntnis, dass die weniger KRASSEN Bilder eine höhere Wirkung haben. Also, dass zum Beispiel für Frauen die Message „Rauchen lässt die Haut altern“ durchaus sozusagen zum Nachdenken anregen. Bei Männern ist es interessanterweise der Impotenz-Hinweis. Dass aber, wenn ich eine krebserkrankte

Raucherlunge herzeige, dass da nicht jeder sofort die Zigarette fallen lässt, ist irgendwie psychologisch auch klar, weil diese Nachricht gar nicht ankommt. Kann also, dass sozusagen, wir haben immer diese Divergenz zwischen unserem eigenen Verhalten, was wir an den Tag legen und inwieweit wir jenseits des Wissens, das wir haben, das auch zu Ende denken können, weil sozusagen das Äquivalent, wenn ich in ein Auto steig, dann weiß ich auch, dass ich theoretisch an einem Autounfall sterben kann, dennoch werde ich nicht jedes Mal sozusagen, wenn ich die Autotür aufmache, denken „Gottes Willen ich steig lieber nicht ein“, weil das einfach sozusagen, wie wir psychologisch solche Informationen verarbeiten, hängt immer darauf an, wie weit sind sie in unsere Lebensrealität integrierbar. So viel zur Information an sich. Was die Unterstützungsmaßnahmen anbelangt muss ich ganz ehrlich sagen, weiß ich nicht so genau, weil ich bin ja, ich habe ja in einem Bereich gearbeitet oder in der Ambulanz gearbeitet, die spezialisiert war auf Frauen, schwangere Frauen mit Suchterkrankungen. Die haben natürlich hinten und vorne alle Informationsprogramme und auch da war ein ganz enger Kontakt, ein enges Monitoring während der Schwangerschaft. Weil alle die Frauen - ich habe es schon am Anfang erwähnt - eine Opiatabhängigkeit hatten. Das heißt die mussten sowieso fast jeden Tag in die Klinik kommen, um ihre Opioiderhaltungstherapie zu bekommen. Da wurde allerdings auch wenig in Bezug auf das Rauchen gemacht und man muss auch einfach sagen wir haben schwangeren Frauen extrem wenig anzubieten, weil wir haben die ganzen behavioralen Therapien, die allerdings sehr begrenzt erfolgreich sind. Und das gilt für alle Suchterkrankungen. Wenn ich eine zum Beispiel eine (unv.) behavioral Therapie, die generell der Gold-Standard ist, da habe ich einen relativ kleinen Prozentsatz an Menschen mit Suchterkrankungen, die darauf positiv ansprechen. Ohne irgendwelchen Zusatz-Hilfsmaßnahmen, seien das Erhaltungstherapien oder seien das zum Beispiel für die komorbiden Erkrankungen, also zum Beispiel Antidepressivum. Und da habe ich zum Beispiel in der Schwangerschaft die ganz besonders trickreiche Situation, ich kann keine Nikotinerhaltungstherapie anbieten beziehungsweise kann ich das NUR unter extrem engem Monitoring und als sozusagen als last resort. Weil anders als beim nicht-schwangeren Menschen, wo das Nikotin Kaugummi bis hin zum wäpnen immer noch besser ist als die Exposition gegenüber der Tabak Zigarette. Bei der schwangeren Frau geht's aber ums Nikotin. Das heißt das kann ich jetzt nicht routinemäßig anbieten und damit bin ich natürlich

extrem eingeschränkt, in dem was ich als Unterstützung tatsächlich anbieten kann.

#00:13:30#

I: Okay, und denken Sie wäre es sinnvoll, wenn man standardmäßig den Cotinin-Wert im Harn der Schwangeren testet, um somit vor allem den Schwangeren aufzuzeigen, welche Auswirkungen das Rauchen beziehungsweise das Passivrauchen hat?

#00:13:46#

B: Also das finde ich eine interessante Frage und finde ich einen ganz schwierigen Punkt. Also da schwingen für mich so zwei Sachen mit. Es wurden auch immer wieder laut rufe getätigt nach universellen Drogentests für schwangeren Frauen und ich finde es ist ein ganz ganz schwieriges Thema. Weil ich hab natürlich auf der einen Seite den Wunsch und auch die Pflicht vor allem als Arzt oder Ärztin das ungeborene Kind zu schützen. Auf der anderen Seite, mit einem universellen Test, vor allem war das ganz oft das Thema, das die Frau gar keine Wahl hat, ob dieser Test gemacht wird oder nicht, entziehe ich der schwangeren Frau damit automatisch bestimmte Rechte. Weil, ja, sie ist schwanger, aber das bedeutet ja nicht, dass sie automatisch der Gesellschaft, dem medizinischen System und allem und jedem alles offenlegen muss, was sie Tag und Nacht tut. Deshalb finde ich das ist eine ganz ganz schwierige Komponente. Und da gibt es für mich noch nicht so die ganz klare Antwort. Was aber für mich relativ klar ist, ist dass Frauen Mitspracherecht haben müssen. Dass sie (lächelt) definitiv nicht einfach getestet werden, ohne informiert zu werden. Und dass sie auch Vetos einlegen können, vor allem wo und von wem sie getestet werden. Das Aufzeigen des Cotinin-Werts selber, habe ich auch, (Pause) finde ich so ein bisschen bedenklich, weil auf der einen Seite könnte man es sehen als eine Art von Bio-Feedback, wenn es, besonders wenn es um eine gewünschte Entwöhnung der Frau geht, wunderbar. Weil dann kann man es ein bisschen als, so als Zusatz, als einfach objektivierbaren Erfolg mitlaufen lassen und zeigen, schau es wird immer weniger und es wird ja sehr schnell immer weniger. Das ist sicher eine Möglichkeit, wie es positiv eingesetzt werden könnte. Allerdings sehe ich das eher, also ich hab gleich so Horrorszenarien im Kopf. Das immer aufgezeigt wird „DA schau was du Schlimmes deinem Kind antust“. Ob das hilfreich ist für eine Frau, vor allem und ich spreche jetzt von einer Frau mit

einer Nikotinabhängigkeit, die sowieso durch ihre Schwangerschaft in einer stressvolleren Situation ist als vorher, dann den Druck hat, sie muss jetzt mit dem Rauchen aufhören und dann sozusagen noch dieser Zusatzdruck des objektiven Werts hinzukommt. Da bin ich mir nicht ganz sicher, ob wir damit, wenn wir nicht sehr sehr sehr vorsichtig das einsetzen generell in eine gute Richtung steuern. #00:16:34#

I: Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen? #00:16:44#

B: Ja, da habe ich vorher kurz schon ein bisschen darüber geredet. Also es gibt natürlich so die zwei groben Schienen. Auf der einen Seite behaviorale Programme. Was da ist, das habe ich vorher vergessen zu erwähnen. Was da sich immer wieder besonders, also für alle Suchterkrankungen, aber auch fürs Rauchen deutlich positiv auswirkt ist das Contingency Management. Also dass tatsächlich, in den Studien sind es natürlich Studienteilnehmerinnen, aber kann ich auch ganz gut in einem Krankenhaus integrieren oder in einem medizinischen Setting. Das heißt tatsächlich die Person wird bezahlt für den Nicht-Konsum. Also da denke ich mir immer jede Psychologin, jeder Psychologe (Pause) KANN nicht anders als das als effektiv wahrnehmen, weil das ist, wie wir Menschen funktionieren, das wissen wir fast alle, wir funktionieren über Verstärkung und da geht es einfach um eine direkte Verstärkung eines erwünschten Verhaltens. Wird immer nicht so positiv aufgenommen, vor allem wenn's dann um ein Krankenkassen-Reversement geht, weil natürlich alle sagen „Gottes Willen, warum sollten wir das machen“, da haben wir allerdings Gesundheitsökonominnen und -ökonominnen, die sehr schnell vorrechnen können, warum das kosteneffektiv ist. Weil Rauchen ist extrem teuer. Das wissen wir auch alle. Das wird umso teurer in der Schwangerschaft. Besonders wenn es starke Raucherinnen sind, wo das Kind dann relativ bald nach der Geburt Folgeerkrankungen hat und länger hospitalisiert werden muss und so weiter. Also diese Modelle lohnen sich, allerdings stehen dem so ein bisschen diese moralischen Überzeugungen im Weg, man muss das aus der innersten, tiefsten Überzeugung machen und darf das nicht belohnen. Bin ich völlig dagegen. Also das ist, das widerspricht jeglicher psychologischen Theorie. Und ja, also moralisieren hat im ganzen Substanzgebrauch und auch im Suchtbereich uns noch nie weitergebracht.

Das ist glaub ich was BESONDERES, wenn es um Frauen geht, die möglicherweise noch andere Suchterkrankungen aufweisen. Was ich als ganz erfolgsversprechend sehe, (PAUSE) was die ganze Nikotin-Replacement Schiene anbelangt, das fällt wie gesagt ja zu großen Teilen weg in der Schwangerschaft. Generell ist es meiner Meinung nach eine Gute und wichtige Unterstützung von behavioralen Therapie, aber eben wie gesagt in der Schwangerschaft sehr sehr schwierig, was andere Unterstützungsmodelle angeht. Ich hab schon CBD vorhin erwähnt, das ist sicher eine wichtige Unterstützung, besonders in der Schwangerschaft. Vermutlich auch kombiniert mit anderen Stress Management Techniken, weil ich habe ja auch grade bei der schwangeren Frau, die weitere Komplikationen neben all den vielen anderen Komplikationen. Das wenn ich, wenn die Frau das Rauchen einstellt, das es sich auf das Essen verschiebt. Was in der Schwangerschaft auch ein größeres Problem ist, als in der Nicht-Schwangerschaft, weil sozusagen Schwangerschaftsdiabetes und all die Vulnerabilitäten, die dazukommen, also sozusagen alle Maßnahmen, die nicht erfolgreich sind, kann ich sowieso weggeben und darunter fällt alles Moralisierende. Die nicotin-replacement-Therapie fällt weg und die Sachen, die dann übrigbleiben, Contingency Management, andere behaviorale Therapien, Stress-Management usw. Ich glaube, in der Schwangerschaft ist es ganz besonders wichtig, dass relativ engmaschig zu machen. Entsprechend dem Wunsch der Frau natürlich auch und da einfach von der Quantität her ein bisschen mehr anzubieten, als das in anderen Lebenssituationen möglicherweise notwendig wäre. #00:20:42#

I: Ok, und was denken Sie wären geeignete Motivatoren, um mit dem Rauchen aufzuhören, außer die, die Sie jetzt schon genannt haben? #00:20:53#

B: Naja, wir haben sowieso den Effekt, dass die Schwangerschaft an sich oft ein großer Motivator ist. Wir haben ganz ganz viele schwangere Frauen, die spontan aufhören zu rauchen. Wir hatten auch auf der Ambulanz immer wieder Frauen, die unbedingt Opiatabstinent werden wollten, was jetzt tatsächlich das viel größere Problem ist, weil bei der Opiatabstinenz, Suchterkrankungen gehen einher mit Rückfällen, das ist einfach so. Das ist auch in der Schwangerschaft nicht anders. Bei Opiaten ist allerdings das große Problem, dass dieses Anfluten und Abfluten von Opiaten vom Opiatlevel im

Blut. Das ist ein großes Problem für das Kind, weil es sozusagen im Uterus einen Entzug durchmacht. Das ist beim Rauchen ein bisschen weniger dramatisch. Es ist auch der Fall, weil natürlich das Baby, ja oder der Fötus, alle Schwankungen mitkriegt. Allerdings die neurologischen Folgen vom Nikotinentzug im Uterus sind ein bisschen weniger dramatisch als von Opiaten. Aber da ist es immer, also da ist es eben tatsächlich ganz, ganz wichtig mit der Frau engmaschig zusammenzuarbeiten und auch grade Frauen die sagen „ich bin jetzt schwanger, ich lasse alles stehen und liegen“ von vorne herein trotzdem Rückfallprävention zu machen, um zu sagen das ist ein ganz ganz tolles Ziel und das ist ganz wichtig, aber sozusagen die Situation im Hinterkopf zu behalten, das ist ja nicht sozusagen das Schloss ist vorgehängt und jetzt wird es nie wieder passieren, aber eben wie gesagt, also der Motivator „ich bin schwanger und ich möchte ein gesundes Kind“, der ist ja da und ich glaube das ist auch ganz, das ist, habe ich gar nicht erwähnt am Anfang, möchte ich aber an der Stelle noch einmal unterstreichen. Keine Frau konsumiert Substanzen in der Schwangerschaft, um ihrem Kind zu Schaden und es ist auch nicht so, dass die Substanzen konsumiert werden und einfach gesagt wird „es ist mir egal was mit meinem ungeborenen Kind passiert“, sondern Substanzen werden konsumiert aus vielen unterschiedlichen Gründen, aber ganz oft einfach als Management-Tool, weil nichts anderes da ist. Und weil das eine extrem, ja stressreiche Situation sein kann, ja also vielleicht eher, da fallen mir eher Anti-Motivatoren ein, als zusätzliche, also ich glaub, dass eben (Pause) zusätzlich massiven Druck auf die Frauen auszuüben, wird sicher eher dazu führen, dass sie wieder rückfällig werden, weil ich einfach den Stress erhöhe. Also das heißt, einfach als gegeben anzusehen, dass diese Frau schon einen riesen Motivator hat, weil durch ihre Schwangerschaft, und den zu unterstützen. #00:23:50#

I: Okay, super, ja, haben sie sonst noch irgendwelche Anmerkungen zu diesem Thema? #00:23:57#

B: Ich glaub, ich hab soweit alles sagen können, was ich dazu beitragen kann. #00:24:08#

A.3 Transkription Interview II

I: Passt, dann komme ich gleich zu meiner ersten Frage. Das wäre eben: Wie kommt es zu Ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema? Dass Sie da einfach einmal kurz drüber erzählen. #00:00:10#

B: Also ich habe einen neuen Job gesucht, nachdem ich die Karenz mit meinen Kindern beendet habe, war vorher schon im Gesundheitsbereich, also ich bin Soziologin, und der Job ist zu mir gekommen. Also es hat mich wer darauf aufmerksam gemacht und ich dachte anfangs, dass das nur so eine Zwischenlösung sein wird, weil ohh nur Rauchen, nur Tabak und das war es aber überhaupt nicht. Und es ist einfach nach wie vor voll spannend. Ich bin jetzt, also am 1. Mai habe ich das zwölfte Jahr (lacht) vollendet. Ich mache das jetzt seit zwölf Jahren und es ist nach wie vor super spannend und abwechslungsreich und einfach extrem sinnvoll. #00:00:57#

I: Mhm (bejahend). Streben Sie persönlich auch an eine Veränderung in der Prävention und Versorgung der Schwangeren hinsichtlich des Rauchens zu erzielen? #00:01:06#

B: (Pause) Eine Veränderung (...) Also was wir gerne hätten das ist, dass wir mehr erreichen können, weil Schwangere, die rauchen sehr schwer erreichbar sind. Und vielleicht kann ich ein bisschen etwas Grundsätzliches sagen zur Tabakpräventionsstrategie. Ist das vielleicht sinnvoll? #00:01:37#

I: Ja, sicher. #00:01:37#

B: Damit man das einsetzen kann. Also die Tabakprävention, nehmen Sies eigentlich auf oder schreiben sie mit? #00:01:46#

I: Nein. Ich nehme es auf. #00:01:48#

B: Okay, weil dann brauch ich mich nicht bemühen langsam zu sprechen. #00:01:52#

I: Nein, nein, danke. #00:01:55#

B: Also, die Tabakpräventionstrategie ist 2007 ins Leben gerufen mit dem Ziel, dass weniger Menschen rauchen. Bringen kann das Ziel entweder, erreicht werden, indem weniger anfangen oder indem mehr aufhören. Drittes Ziel der Tabakpräventionsstrategie. Also das erste Ziel ist einfach weniger Menschen, die zu rauchen beginnen. Das Zweite, mehr Menschen, die zu rauchen aufhören, und das Dritte ist Schutz der Menschen vor Passivrauch. Und jetzt haben wir natürlich beim Thema Schwangerschaft Ziel 2 und 3, also mehr, die aufhören und Schutz der Menschen vor Passivrauch, weil es ja auch um das ungeborene Kind geht. Und die Tabakpräventionsstrategie Steiermark hat den absoluten Fokus auf die Vorbeugung, auch auf die Prävention, also darauf, dass man verhindert, dass Menschen mit dem Rauchen beginnen. Wobei wir inzwischen durch die neuen Produkte wie E-Zigaretten, Tabakerhitzer und sehr stark auch betonen, Rauchen beinhaltet auch Nikotinprodukte. Also das ist jetzt nicht nur auf die klassische Zigarette bezogen. Aber es gibt einen kleinen Teil der Präventionsstrategie, der gar nicht präventiv ist, sondern Therapie. Und das ist die Tabakentwöhnung. Diese Tabakentwöhnung ist, da beuge ich nicht mehr vor, dass jemand nicht beginnt, sondern ich will jemanden unterstützen beim Aufhören. Und diese Entwöhnung wird als einziges nicht von VIVID umgesetzt, sondern von der ÖGK, aber wird von VIVID koordiniert. Also ist Teil der Strategie und bei dieser Tabakentwöhnung fällt einfach auf, dass es ganz schwer ist, schwangere Rauchende zu erreichen. Das merken wir auch in einem anderen Bereich, der sehr wohl Teil der Strategie, also der ein präventiver Teil der Strategie ist. Da wir [= VIVID] auch einen Schwerpunkt bei Gesundheitsberufen haben und Gesundheitsberufen quasi lernen, wie können sie mit rauchenden Patienten und Patientinnen umgehen und diese zum Aufhören motivieren. Da geht es nicht um Entwöhnung, da geht es, wie kann der Gesundheitsberufe die Patientin oder den Patienten dazu motivieren sich für eine Entwöhnung zu interessieren oder sich dafür anzumelden. Also da soll nicht die diplomierte Krankenpflege oder die Ärztin den Menschen bei der Entwöhnung helfen, sondern nur weiter verweisen. Ja, und da haben wir immer wieder auch mit der Frauenklinik und mit der Kinderklinik zu tun gehabt. Und auch mit Hebammen, mit niedergelassenen und daher gibt es einfach die Rückmeldung, sowie aus der Literatur auch, dass es relativ schwer ist

schwängere Rauchende zu erreichen. Und da würden wir einfach anstreben noch besser hinzuschauen. Ich habe aber keine Methode, die ich aus dem Hut zaubern kann. Aus anderen Ländern weiß man, dass dieses Klima, das mit dem Rauchen aufgehört wird, besser wird, wenn strukturelle Maßnahmen da sind, so wie ein Rauchverbot in der Gastronomie, dass wir ja jetzt endlich haben. Das erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen mit dem Rauchen aufhören, das macht es ihnen leichter, wenn sie immer beim Fortgehen geraucht haben und es gibt nun mal auch schwängere Rauchende, die viel fortgehen. Vielleicht ist da jetzt eine Veränderung. Ein zweites ganz ganz wirksames Instrument für die Reduktion des Rauchens ist die Erhöhung der Steuer, weil das doch für viele dann eine Hürde ist. Wobei die Erhöhung der Steuer so stark sein muss, dass es die Leute spüren. Weil eine leichte Steuererhöhung gibt es ja immer wieder, bei allen möglichen Dingen. Aber man hat festgestellt ab zehn Prozent Steigerung auf einmal, merkt man das dann im Konsumverhalten. Das heißt, wenn die Packung Zigaretten jetzt nicht mehr fünf Euro sondern 5,50 kosten würde auf einen Schlag, würde das gerade Gruppen, die, weiß ich nicht, aus sozioökonomisch schlechteren Verhältnissen sind, die weniger Geld haben, die niedrigere Ausbildung haben und so weiter und so fort, dass die tendenziell weniger rauchen würden. Und genau die Gruppen sind aber eher die, die ja in der Schwangerschaft weiterräumen. Also es gibt ja da eine starke soziale Ungleichheit beim Rauchen in der Schwangerschaft. Je gebildeter, je besser situiert, je mehr Haushaltseinkommen eine Schwangere hat, desto eher wird sie zumindest in der Schwangerschaft aufhören oder zumindest einmal ganz geheim und mit einem ultra-schlechten Gewissen zweimal während der Schwangerschaft in einer, weiß ich nicht, besonderen Situation geheim ein paar Mal anziehen. Aber richtig durchrauchen während der Schwangerschaft, das ist ein Bildungs- und Milieu-Problem. Und da ist es einfach total wichtig DIESE sozio-ökonomisch benachteiligten Milieus in Zukunft besser zu erreichen, ich weiß aber nicht, wie es gehen kann. Die ganze Szene überlegt und rätselt. Wie kann man diese Frauen, ich sag einmal, man sagt ja nicht mehr Unterschicht, aber früher hätte man gesagt aus der Unterschicht, jetzt sagt man aus sozioökonomischen benachteiligten Milieus. Wie kann man diese Frauen erreichen, die vielleicht einfach so schlechte Wohnverhältnisse haben, dass sie keinen Balkon haben, dass es vielleicht auch einen Partner mit einem Alkoholproblem gibt, dass es kein Verständnis gibt für Passivrauch beim

ungeborenen Kind, wo vielleicht im Raum, im Haus geraucht wird, wo im Auto geraucht wird, wo auch die ganze Umgebung weiter tschickt [=raucht] als ob nichts wäre. Und DAS ist die große Herausforderung. Und ich weiß jetzt was ich Ihnen auch empfehlen kann, falls sie noch einen Interviewpartner brauchen. Das ist das Rauchfrei Telefon. (Pause) Weiß nicht, haben Sie von dem schon gehört? #00:08:46#

I: Ja genau und das kommt auch in der Arbeit vor, meinen Sie da **? #00:08:51#

B: Ja genau. #00:08:53#

I: Ja genau, mit der habe ich nächste Woche das Interview. #00:08:55#

B: Perfekt, **, die haben ein eigenes, also ich glaube es ist nicht ganz anders, wie das Aufhörprogramm mit anderen Menschen, die nicht schwanger sind, aber sie haben schon speziell auch in ihrer Begleitung beim Aufhören Rücksicht genommen auf Schwangerschaft und auf diese besondere Situation. Und das es sehr wichtig ist, den Partner einzubeziehen, weil natürlich, wenn der Partner weiter raucht und die Frau soll aufhören, das IST schwierig und der macht das vielleicht in der Wohnung und die Wohnung ist eh klein und es gibt eh keinen Balkon und ich bin eh gestresst und weiß nicht, wie es finanziell weiter geht und vielleicht trinkt er noch dazu und ist ein bisschen aggressiv und die Kinder sind laut. Ich kann das schon nachvollziehen, nur da müssen wir hinschauen. Und das schwierige ist einfach, dass wir alle miteinander gut situiert, wir sind halt alle miteinander so, dass wir im Leben stehen, dass wir einen Job haben, dass das ganze sehr reflektiv sein sollte, wenn wer mit dem Rauchen aufhört und das ist halt auch schwierig in manchen Milieus. Wenn man dann erwartet, äh wann rauchen wir besonders? Was könnte ihnen jetzt helfen? Ja und vor der Herausforderung stehen wir, aber es ist ganz klar, dass es ganz wichtig ist. Es gibt Studien, die sagen erst hören relativ viele in der Schwangerschaft auf, aber sie beginnen wieder nach der Geburt. Das heißt, beim Stillen ist es schon wieder viel schwieriger, (Pause) ja, da hätte ich gleich noch eine Interviewpartnerin für Sie (lacht) jetzt muss ich aber suchen (lacht). Und zwar ** und die hat selber dazu eine Arbeit geschrieben zum Thema Rauchen und Rauchstopp. Und ich weiß nicht ob Schwangerschaft auch, aber zumindest das

Stillen hatte sie dabei, die kennt sich da auch extrem gut aus wie man auch bei den, also es ist ein bisschen anders, weil es natürlich nicht mehr Schwangerschaft ist. Aber auch zur Schwangerschaft, nur falls sie noch jemanden brauchen, ganz eine Liebe, mit lieben Grüßen von mir. #00:11:16#

I: Mhm, ja. #00:11:17#

B: ** #00:11:24#

I: Okay, super, nein danke. #00:11:25#

B: Und ist eine top Ansprechperson auch dazu. Also auch ein bisschen von der, ich komm von der praktischen Seite eher, ich kenn mich auch aus in der Literatur, aber sie ist einfach eine Forschungseinrichtung und sie kennt sich in der Literatur sicher noch besser aus als ich. #00:11:40#

I: Mhm, nein super danke, ja. (Pause) Ja, dann wäre meine zweite Frage, das ist jetzt eh schon zum Großteil vorgekommen. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach das Rauchen und Nichtrauchen in der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind? #00:11:58#

B: Also, was ich noch ergänzen kann, das ist sicher, es gibt noch immer Ärzte, wir hören das noch immer in den Entwöhnseminaren, die zu den Frauen sagen „tun Sie reduzieren, es ist besser Reduktion, tun's halt weniger rauchen als ein sogenannter kalter Entzug“, das ist GROTENTIEFER BLÖDSINN. Das ist ein MYTHOS und wir wundern uns, dass das noch immer Ärzte sagen, wir können es fast nicht glauben. Wir machen ja auch bei Gesundheitsberufen Weiterbildungen auf der MedUni und selbst jetzt erzählen das noch manche Studenten auf der MedUni, dass sie das in Praktika hören. Das heißt, fürs Kind ist es auf jeden Fall besser. Jede nicht gerauchte Zigarette ist ein Vorteil für das Kind. Jede gerauchte Zigarette ist ein Schaden für das Ungeborene. Es gibt so weitreichende Konsequenzen für das Ungeborene. Von dem, dass sie später eher Mittelohrentzündung kriegen, bis zu einem geringeren Geburtsgewicht, bis

zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für den plötzlichen Kindstod, bis zu erhöhter Wahrscheinlichkeit selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln. Bis zu dem, das finde ich auch so arg, dass sie eher übergewichtig werden. Also, wenn die Mutter in der Schwangerschaft geraucht hat, werden sie eher übergewichtig. Man erklärt sich das auch damit, dass ein Rauchen eine ständige Entgiftung erfordert und das fällt dann weg und der Stoffwechsel hat es aber anders gelernt. Oder das mit der Suchterkrankung, auch das prägt sich so sehr derartig früh ins Gehirn von einem ungeborenen Menschen ein, dass der dann leichter suchtkrank wird. Natürlich gibt es den anderen Faktor „boah, die Mutter hat sogar in der Schwangerschaft weiter geraucht“. Das Kind wird eine viel höhere Wahrscheinlichkeit haben später, dass auch in der Familie geraucht wird, dass vielleicht in den eigenen vier Wänden geraucht wird, dass das Rauchen normal ist. Das führt natürlich auch dazu, aber man kann eindeutig feststellen, wenn in der Schwangerschaft geraucht wird, hat dieser Menschen dann später eine VIEL VIEL größere Wahrscheinlichkeit selbst mit dem Rauchen zu beginnen oder eine andere Suchterkrankung zu entwickeln. Und von dem her, also es ist einfach SO derartig wichtig, dass in der Schwangerschaft nicht geraucht wird, aber AUCH dass die Mutter von Passivrauch geschützt wird. Also, dass nicht die Mutter NICHT RAUCHT, aber der Partner oder ich weiß nicht wer, der halbwüchsigen Sohns raucht in den eigenen vier Wänden. #00:14:56#

I: Schwierig, ja. Denken Sie ist es wäre sinnvoll, dass man standardmäßig den Cotinin-Wert im Harn der Schwangeren testet, um somit vor allem der Schwangeren aufzuzeigen, welche Auswirkungen das Rauchen und das Passivrauchen hat? #00:15:13#

B: Eigentlich finde ich es gut. Ich finde es eine gute Idee. Ich finde das eine gute Idee. Ich habe das auch noch nie gehört, aber es hört sich total logisch an, weil es werden ja ohnehin bei diesen Mutter-Kind-Pass Untersuchungen Harntests durchgeführt. Immer, das ist ja Standard. Und dann könnte man ja den Cotinin-Wert mitbestimmen, das heißt es wäre gar nicht mehr, nur der Test wäre erweitert. Aber nicht die Erhebungsmethode, weil die Erhebung wird ja sowieso gemacht vom Harn. #00:15:45#

I: Vom Harn genau. #00:15:47#

B: Und das find ich schon, also ich glaub, dass es manche Menschen einfach auch brauchen (Pause) schwarz auf weiß zu sehen „he, da ist eine Veränderung in deinem Körper“. Und man müsste halt gut schauen, dass man es nicht vorwurfsvoll kommuniziert. #00:16:03#

I: Genau, ja. #00:16:04#

B: Sondern einfach sagt „ich habe im Harn gesehen, sie rauchen. Oder sind starkem Passivrauchen ausgesetzt. (Pause) Wie können wir da tun? Was könnten Sie verändern, um Ihr Kind zu schützen?“ Eigentlich finde ich es eine gute Idee, ja. #00:16:20#

I: Mhm, super, ja. #00:16:23#

B: Also, wenn einfach kein Vorwurf daraus gemacht wird. #00:16:27#

I: Genau, ja. #00:16:28#

B: Ja. #00:16:29#

I: Welche Methoden zu Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen? I: Genau, ja. #00:16:36#

B: Bekannt sind mir ganz viele, ich glaub ziemlich alle, dies gibt am Markt. Ich sag gleich dazu die Prävention definiert E-Zigaretten nicht als Entwöhnung, obwohl es die E-Zigaretten-Industrie uns weismachen will. Das heißt das fällt ziemlich völlig weg, es ist nur ein anderes Produkt und ich kann auch nicht, wenn ich zuerst ganz viel, weiß ich nicht, Schokolade gegessen habe und dann esse ich die Light-Schokolade oder die dunklere Schokolade, sagen, ich esse keine Schokolade mehr. Das ist ja gar keine Schokolade. Ich sag Ihnen, also bekannt ist natürlich nur Medikamente, nur Verhaltenstherapie, dann die Selbsthilfe mit Hilfe von Büchern zum Beispiel oder mit Hilfe von Online-Tools. Manche haben Hilfe erhalten durch Hypnose oder Akupunktur. Und ich sag ihnen jetzt aber was das Effektivste ist und das Effektivste ist die

Verhaltenstherapie in Kombination mit Nikotinersatz. Das heißt, und das ist auch das was wir anwenden in der Steiermark. Das ist das Einzige was die Steiermark fördert, auch finanziell fördert, das Land Steiermark. Und (Pause) die Verhaltenstherapie heißt zu schauen, wo hat sich bei Ihnen eine Gewohnheit eingeschlichen? Wo müssen wir Ihr Verhalten verändern, damit Sie gut als Nichtraucherin Leben können? Ich sag Ihnen ein Beispiel. Ich hab selber geraucht in meinen Zwanzigerjahren. Also so zwischen, weiß ich nicht, ich hab erst ganz spät angefangen, mit 20 glaube ich und mit 30 hab ich aufgehört. Und ich hab nur abends geraucht. Bei mir war der Knackpunkt: Was muss bei Einbruch der Dunkelheit sich verändern, damit das Rauchbedürfnis nicht mehr da ist? Ich bin immer wenn's finster worden ist auf den Balkon gegangen und da ist dann auch die Lust gekommen, und das hab ich mir einfach angewöhnt. Damals gab es noch keine Begleitung und nix, ich hab das alles alleine gemacht und es ist mir zum Glück auch leichtgefallen. Aber damals gab es noch gar nix und ich habe mir einfach angewöhnt der Balkon ist tabu. Am Abend, was tu ich am Balkon? Du kannst nicht mehr lesen, du kannst nicht mehr Gegend schauen. Was tue ich am Balkon am Abend, wenn es finster war, war der Balkon nur zum Rauchen da. Das heißt, ich hab den Balkon gemieden. Nachdem es mir leichtgefallen ist, hab mir dann andere Dinge angewöhnt in der ersten Phase und das ist relativ leicht gegangen. Wenn wer anders zum Beispiel immer morgens zum Kaffee raucht, müsste man sich überlegen: Was tut der Mensch dann zum Kaffee, statt des Rauchens in der Übergangsphase oder ist es jemand der immer mit der Arbeitskollegin auf Pause. Großes Problem - Rauchen ist ein Pausenfüller. (Pause) Was macht er stattdessen? Geht er trotzdem mit? Wir würden eher raten in der ersten Phase: geh nicht mit. Weil dann wirst du versucht werden wieder anzufangen. Sondern, weiß ich nicht, nimm dir einen Apfel mit, suche dir eine andere Pausenkollegin, die nicht raucht und so weiter und so fort. Dass ich das Verhalten, das setzt bei den Gewohnheiten an und bei der psychischen und sozialen Abhängigkeit. Es gibt aber auch eine körperliche Abhängigkeit. Und ich würde davon ausgehen, wenn jemand in der Schwangerschaft raucht, dass die Person schon auch eine körperliche Abhängigkeit hat. Und da hilft einfach Nikotinersatz. In der Schwangerschaft geht ganz viel nicht vom Nikotinersatz her. Ganz viel darf die schwangere Frau nicht nehmen, aber ein paar Sachen gibt es, die ihr helfen können. Das könnt Ihnen dann aber ** genauer sagen. Da bin ich nicht die beste Adresse. Warum rede

ich jetzt so stark für das Rauchfrei Telefon, obwohl ich gleichzeitig sage Verhaltenstherapie, die in Kombination mit Nikotinersatz. Das Rauchfrei Telefon erledigt die Verhaltenstherapie und empfiehlt den Nikotinersatz und die kennen sich auch so gut aus, dass sie einer Schwangeren zum Beispiel sagen würden „Sie sind schwanger, das dürfen sie nicht nehmen, aber das dürfen sie nehmen“. Sie werden dann schon in die Apotheke geschickt, natürlich, aber es wird mitgedacht und dadurch erhält der Mensch auch die Botschaft „he, du musst es nicht ganz ohne Medikament schaffen“. „Du, es gibt eine körperliche Abhängigkeit, aber über die kann dir ein Produkt aus der Apotheke weiterhelfen“ und trotzdem nur Apotheke und nur Nikotinersatz wird dir mit großer Wahrscheinlichkeit nicht helfen. Weil es gibt die psychische und soziale Abhängigkeit. #00:21:46#

I: Was denken Sie sind geeignete Motivatoren, um mit dem Rauchen aufzuhören, (Pause) die jetzt vielleicht, ja, noch nicht genannt worden sind? #00:22:03#

B: Also wichtige Motivatoren, Multiplikatoren meinen Sie? #00:22:06#

(unv).

I: Genau. #00:22:10#

B: Menschen oder Dinge? #00:22:12#

I: Beides. #00:22:14#

B: Okay, Menschen glaube ich auf jeden Fall die eigene Familie, sicher der Frauenarzt oder die Frauenärztin, die Hebamme, aber auf jeden Fall auch sämtliche Gesundheitsberufe. Gesundheitsberufe haben eine ganz starke Autorität und jede Frau will das Beste für ihr Kind. Also außer sie ist extrem lieblos und noch zusätzlich ungewollt schwanger und so weiter, aber da gehen wir jetzt einmal nicht davon aus, dass das die Mehrheit ist, müsste man auch mitdenken, dass es diese Gruppe natürlich gibt, der ihr Kind eher wurscht [=egal] ist, weil den allermeisten ist ihr Kind ein großes großes

Anliegen, selbst bei einer ungewollten Schwangerschaft. Und alle die Autoritäten sind, und ich glaub aber auch oder wir merken auch, dass es ganz viel vom unmittelbaren Umfeld auch abhängt. Zusätzlich zu den Gesundheitsautoritäten, das heißt, wenn die beste Freundin auch aufgehört hat in der Schwangerschaft. Wenn die Schwester sagt „he bitte jetzt machen wir es aber zusammen, zumindest für diese paar Monate noch“. Wenn die Mutter sagt „du ich hab aber aufgehört bei dir“. Also, wenn der Partner sagt „ich reiße mich zusammen und ich rauch zumindest vor dir nicht mehr, ich mach das nur mehr in der Arbeit oder wenn ich mit den Kumpels weggehe, aber ich mach’s jetzt nicht mehr zu Hause“ oder der Partner sagt „ich gehe zumindest raus, wenn ich daheim bin, auch wenn ich drei Stöcke ohne Lift runtergehen muss“. All das kann irrsinnig unterstützend sein. (Pause) Nicht vergessen dürfen wir die Strukturen wie vorher erwähnt. Es sind nicht nur Menschen und Botschaften, sind auch die Strukturen und je abnormaler das Rauchen in der Gesellschaft ist, und je eingeschränkter es ist, desto leichter fällt es auch einer schwangeren Frau, während der Schwangerschaft und im besten Fall auch während der Stillzeit nicht mehr zu rauchen. Und im allerbesten Fall solls sie dann gleich rauchfrei bleiben, aber das tun halt viele nicht (lacht). Und von der Botschaft her, also es waren die Menschen, es waren die Strukturen. Von der Botschaft her ist es sicher so, dass der Schutz und das Vorbild GANZ GANZ starke Motive sind. Ein ungeborenes Kind schützen, Vorbild für dein Kind sein. Wir haben mit Exrauchernden eine Aktion gemacht letztes Jahr, die hat geheißen „Rauchen passt nicht mehr zu mir“. Ich kann ihnen das auch als (unv.) schicken, wenn Sie es interessiert. Und da haben wir eine Webseite gemacht, die heißt www.passt-nicht-mehr.at und haben gefragt „warum haben Sie aufgehört zu rauchen? Wieso haben sie aufgehört?“ Und wir waren ganz ganz überrascht, wie stark das Vorbild Motiv war. Manche haben es als DAS große Motiv gehabt. Aber ganz viele haben es dabeigehabt als Motiv. Die haben gesagt „bah, jetzt bin ich 40 geworden und ich hab mir gedacht, spätestens mit 40 will ich aufhören“ oder „ich habe auch gemerkt, boah meine Tochter, die ist dann schon in den Kindergarten gekommen und ich wollte wirklich nicht mehr, dass die das jetzt bewusst mitkriegt, dass ich rauche“ oder „beim ersten Kind bin ich dann wieder rückfällig geworden, aber beim zweiten Kind wollte ich wirklich rauchfrei bleiben“ oder ein Mann, aus dem haben wir dann sogar ein Plakat gemacht, „ich will meinen Kindern ein gutes Vorbild sein“, der hat seinen damals 14-jährigen Sohn erwischt, wie er immer

Zigaretten geklaut hat. Dann hat er gesagt „nein, jetzt ist aber echt aus, geht ned“ [=nicht] und deswegen aufgehört. Das heißt Vorbild und Schutz sind ganz starke Botschaften und ganz starke Motive für die Menschen. Und das ist sicher eine sensible Phase, wo man sie Großteiles gut erreichen kann. #00:26:19#

I: Okay, super ja. #00:26:20#

B: Also ich hab jetzt, um zusammenzufassen, ich find wir haben die drei Aspekte: Konkrete Menschen und da haben wir den Privatbereich und die Profis. Wir haben den Bereich die richtige Botschaft, das Motiv ansprechen uns das Dritte sind die Strukturen. Also rauchen denormalisieren und das möglichst leicht machen nicht zu rauchen. #00:26:42#

I: Super, ja. Das war jetzt prinzipiell eh meine letzte Frage. Haben sie sonst noch irgendwelche weiteren Anmerkungen, die Sie gerne kundtun wollen? #00:26:53#

B: Nein. #00:26:54#

I: Nein, ok. Dann vielen Dank für die ausführliche Beantwortung. #00:27:00#

B: Bitte. #00:27:00#

A.4 Transkription Interview III

I: Gut, dann komm ich gleich zu meiner ersten Frage: Also, wie kommt das zu Ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema? #00:00:07

B: Also, ich bin ja Gesundheitspsychologin und klinische Psychologin und war für den Aufbau und bin fürs ** einfach verantwortlich und war von Beginn an für das Thema Tabakentwöhnung am Rauchfrei Telefon zuständig und dadurch bin ich einfach sehr, sehr lange in dem Thema. Und in der Beratung von Rauchern und Raucherinnen

haben wir gemerkt, dass schwangere Raucherinnen schwerer erreichbar sind, bisschen andere Bedürfnisse in der Beratung haben und wir irgendwie gemerkt haben, dass Schwangere dieses Angebot am Rauchfrei Telefon auch zum Beispiel gar nicht so annehmen, wie was wir uns erwartet hätten, zum Beispiel. #00:00:55

I: Streben Sie persönlich an eine Veränderung In der Prävention und Versorgung der Schwangeren, hinsichtlich Rauchens, zu erzielen? #00:01:07

B: Ja, also wir machen wirklich am Rauchfrei Telefon auch sehr viel, genau für diese Zielgruppe. Wir haben zum Beispiel gleich auf der Starts (...), also wir finden sehr, sehr wichtig, dass das Thema präsent wird, weil es ist zum Beispiel, auch wenn man Schwangerenzeitschrift anschaut, da gibt es ja so von allen Frauenzeitschriften auch so Schwangerenzeitschriften. Da kommt das Thema Rauchen zum Beispiel nie vor oder auch alle diese Zeitschriften für Eltern oder für junge Mütter oder so, das hab ich mal mir angeschaut. Da kommt das Thema Rauchen und Rauchstopp einfach nicht vor. Weil es ein bisschen ein sperriges Thema ist und das ist einer der wichtigsten Dinge, die wir anstreben, auch am Rauchfrei Telefon. Dass man das Thema einfach thematisiert und sichtbar macht und sagt auch für Schwangere ist es schwierig aufzuhören und auch Schwangere dürfen Hilfe in Anspruch nehmen. Und gerade für Schwangere ist es so gut aufzuhören. Also das wär da zum einen das Thema mehr präsent machen, also auch dann in der Beratung bieten wir einfach dichtere Termine an und längere Gespräche. Wir haben auch eigene Folder für Schwangere. Wir haben in der Rauchfrei App versucht, für Schwangere auch anders zu motivieren oder zu begleiten. Also, dass wir schon uns sehr bewusst sind, dass es eine Zielgruppe von Rauchern, also von Raucherinnen ist, die nochmal ein bisschen anders angesprochen werden muss. #00:02:32

I: Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und später auch für das Kind? #00:02:45

B: In Bezug auf, meinen Sie medizinisch oder ob das Rauchen, was es erfüllt oder eher vielleicht Beides oder soll ich bei beiden? #00:03:00

I: Ja, kurz, bitte. #00:03:02

B: Ja, so medizinisch gesehen weiß man eh ganz klar, was das für einen schädlichen Einfluss hat. Und deswegen wäre es natürlich so gut, schon in der Kinderplanungsphase rauchfrei zu sein oder einfach schon im jungen Erwachsenenalter rauchfrei zu sein. Nicht nur dann wegen dem Rauchen an sich, sondern auch wegen Passivrauch. Und viele schaffen es halt aufzuhören, wenn sie wissen, dass sie schwanger sind. Aber manche schaffen es auch nicht. Und die Frauen, die dann trotzdem weiter rauchen, die sind mit sehr, sehr starken Schuldgefühlen konfrontiert oder sehr starker Stigmatisierung auch. Auch im Gesundheitswesen hab ich die Erfahrung gemacht, dass rauchende Schwangere Patientinnen zweiter Klasse sind im Vergleich zu denen, die nicht rauchen. Also das auch eine sehr harte gesellschaftliche Wertung auch ist für Schwangere, die rauchen. Die es dann noch einmal schwieriger macht. weil die meisten Raucherinnen, die schwanger sind, sowieso ein schlechtes Gefühl haben oder wissen ich tue dem Kind etwas Schlechtes, also dieses ambivalent, dass man eigentlich schaffen will und das Beste für sein Kind will, aber auch einfach nicht aufhören kann. Das ist sehr belastend. #00:04:19

I: Denken Sie, dass die meisten Schwangeren aber ausreichende Informationen, Aufklärung und Unterstützung durch Gesundheitsberufe erhalten, hinsichtlich Präventionsprogramme und Interventionen zur Raucherentwöhnung? #00:04:33

B: Nein, leider nicht. Ich hab den Eindruck. dass das noch ganz, ganz unterversorgt wird. Es wird zwar das Thema Rauchen im Mutter-Kind-Pass einmal angehackt, das wird oft gar nicht ernsthaft gefragt, beziehungsweise wenn's gefragt wird, dann wird eine saloppe Empfehlung gegeben. Also zum einen, dass das Thema nicht ausreichend thematisiert wird, zum anderen, dass es aber auch wenig Hilfsangebote gibt, die unmittelbar vermittelt werden. Das dann halt wirklich die Frauenärztin sagt, da ist ein Kurs, da ist eine Beratung, da können Sie hingehen und, dass sich Frauen wirklich

dafür schämen, die gar nicht ehrlich sind, wenn sie rauchen oder sagen sie rauchen weniger. Wirklich aus Angst nicht geschätzt zu werden, von der Sprechstundenhilfe zum Beispiel oder negative Erfahrungen kriegen, statt Hilfsangebote. Also ich glaube, dass es notwendiger wäre, die Schwangeren dann darauf anzusprechen und ihnen konkrete Hilfsangebote auch wirklich unmittelbar zu vermitteln. Wo sie dann gleich hin gehen können oder anrufen können und einfach Unterstützung in Anspruch nehmen können und ihnen dieses Schuld- und Schamgefühl nehmen und stattdessen einfach Hilfe anbieten. #00:05:45

I: Und denken Sie wäre es sinnvoller standardmäßig den Cotinin-Wert im Harn der Schwangeren zu testen, um somit vor allem der Schwangeren aufzuzeigen, welche Auswirkungen das Rauchen und Passivrauchen hat? #00:05:59

B: Ich denke es ist sicher sinnvoll das zu testen, wenn die Testung mit einer Kurzberatung und einer Vermittlung von einem Entwöhnangebot auch dann verknüpft ist. Also nur ihr den Cotinin-Wert vor den Kopf zu stoßen sozusagen und sie noch mehr in diesem Schuld- und Hilflosigkeitgefühl lassen, wäre kontraproduktiv. Aber wenn man den Test nehmen kann, um zu sagen „um diesen Wert zu senken, hören Sie auf zu rauchen und da finden Sie Hilfe“, das könnte eine gute Kombination sein. #00:06:33

I: Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen? #00:06:40

B: Also, es gibt sehr gut etablierte Methoden, die vor allem mit der Verhaltensveränderungen arbeiten, also wo verhaltensmedizinisch-, verhaltenspsychologische Strategien angewandt werden, um ein Verhalten zu ändern und Rauchen ist ein Suchtverhalten und das ist einfach auch evidenzbasiert, dass das wirksam ist und sinnvoll ist. Und sonst gibt es viele individuelle Strategien auch, die auch helfen können, wie Rauchfrei Apps oder Selbsthilfe-Literatur. Aber ich denke, gerade bei Schwangeren braucht man eine bisschen intensiverer Begleitung und Betreuung, weil auch der Rauchstopp in Schwangerschaft, wenn man *[ihn]* nicht von selber schafft, schwierig ist. Weil man auch eine stärkere Abhängigkeit spürt, durch die veränderten

Metaboliten. Weil man eh psychisch einfach in Aufruhr ist und da einfach gut eine persönliche Begleitung ist. #00:07:45

I: Was denken Sie, sind geeignete Motivatoren, um mit dem Rauchen aufzuhören? #00:07:52

B: Auch jetzt spezifische für Schwangere? # 00:07:55

I: Mhm, genau. # 00:07:58

B: Also für die meisten ist eh das Kind an sich ein guter Motivator. Und ganz viele schaffen es ja wirklich, sobald sie schwanger sind. Aber oft ist es auch so, dass nur das Kind eben nicht ausreicht, dass es gut ist, einen Grund für sich selber zu finden. Weil wir dann auch die Erfahrung gemacht haben, dass Frauen, die eh schon auf viel verzichten, wegen dem Kind oder für das Kind und manchmal das Rauchen nicht auch noch nehmen lassen so auf die Art. Also wenn man es irgendwie schafft, den Stellenwert der eigenen Gesundheit, der auch die Gesundheit des Kindes miteinbezieht, in den Vordergrund zu stellen, hat man viel gewonnen in der Beratung. Es ist schwierig, aber es gibt einfach dann auch so Untermotivationsaspekte wie, mehr Geld zur Verfügung zu haben, (unv.). eine risikofreiere Schwangerschaft zu haben, weniger Wahrscheinlichkeit von Kindstod, also diese ganzen, ganz klaren Risikofaktoren zu vermeiden. # 00:09:04

I: Okay und dann hätte ich jetzt noch eine spezifische Frage zum Rauchfrei Telefon. Ich hab schon ein Interview mit ** geführt und Sie hat gemeint, vielleicht können Sie mir dann noch ein bisschen mehr dazu erzählen, dass ihr auch ganz viel an medikamentöser Therapien sozusagen anbietet oder empfiehlt, manchen schwangeren Frauen, die das brauchen? #00:09:34

B: Nein, das ist ein Missverständnis. Weil wir, schwangeren Frauen, denen ist ja auch Nikotinersatz nicht empfohlen. Also das stimmt definitiv nicht. #00:09:47

I: Okay. Das wäre nämlich meine Frage gewesen, weil ich eben gelesen habe, dass das, wenn, nur unter ganz engem Monitoring und unter ärztlicher Aufsicht empfohlen ist und sie gemeint hat (unv.) #00:10:00

B: Nein. #00:10:01

I: Okay, deswegen, das wollte ich nur. #00:10:03

B: Jaja, also nein, für Personen, die nicht schwanger sind, empfehlen wir durchaus den Nikotinersatz oder medikamentöse Begleitung. Aber für Schwangere ganz klar nicht, wir verweisen immer auf die ärztliche Begleitung. #00:10:19

I: Mhm, okay, das wären eigentlich jetzt meine Fragen gewesen. Haben Sie sonst noch irgendwelche weiteren Anmerkungen? #00:10:28

B: (Pause) Nein, irgendwie eh so einfach das Hauptthema, dieses nicht so wertend, das Thema für die Schwangeren vermittelt wird. Und ihnen viel mehr Hilfe angeboten werden sollte. Dass sie nicht glauben müssen, erstens sich dafür schämen müssen. Und dass sie das alleine schaffen, also das wären so die darunterliegenden Apelle sozusagen. #00:10:57

I: Ja gut, dann sage ich vielen Dank für das Interview und für die Informationen. #00:11:06

B: Ja, alles Gute für Ihre Masterarbeit. #00:11:09

I: Dankeschön, Danke. #00:11:10

A.5 Transkription Interview IV

I: Ja, meine erste Frage dazu wäre eben, wie es überhaupt zu ihrem Interesse kommt, eben auch zum Thema Rauchen in der Schwangerschaft, ob da Interesse vorherrscht und ja. #00:00:13

B: Ja, sicher, mhm. #00:00:15

I: Streben sie an, dass Sie persönlich irgendeine Veränderung in der Prävention oder Versorgung der schwangeren hinsichtlich Rauchens erzielen? #00:00:26

B: Ja, auf jeden Fall. #00:00:29

I: Und welche Bedeutung haben Ihre Meinung nach das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind? #00:00:42

B: Welche Auswirkungen oder Bedeutung? #00:00:44

I: Ja, genau. #00:00:46

B: Auf jeden Fall einmal für das ungeborene Kind sozusagen, dass eine Wachstumsrestriktion da ist, bis hin zur schlechteren Versorgung des Kindes. Von der mütterlichen Seite natürlich auch die überhaupt Multimorbidität durchs Rauchen, also jetzt gar nicht so auf die Schwangerschaft bezogen, sondern einfach alle Begleiterkrankungen von Lunge, von der Leistungsfähigkeit bis zur Geburt, merkt man natürlich schon Unterschiede. #00:01:15

I: Und denken Sie, dass die meisten Schwangeren ausreichende Informationen, Aufklärung und Unterstützung durch Gesundheitsberufe erhalten, hinsichtlich Präventionsprogramme und Interventionen zur Raucherentwöhnung? #00:01:28

B: Nein, eigentlich nicht. Also das ist sicherlich noch ausbaufähig. #00:01:32

I: Denken Sie es wäre es sinnvoll, dass man standardmäßig den Cotinin-Wert im Harn der Schwangeren testet, um somit der Schwangeren aufzuzeigen, welche Auswirkungen das Rauchen und Passivrauchen haben? #00:01:45

B: Was würde das Aussagen? Würde da die Menge des Nikotins auch oder ist das nur, sagt das aus ob positiv oder negativ, oder? #00:01:56

I: Nein, man kann schon genau die Menge daraus ablesen. #00:02:01

B: Ich glaube, dass diejenigen die weiterhin, also mittlerweile ich glaube ich, grundsätzlich schon, dass viele wissen, dass das Rauchen in der Schwangerschaft beendet werden muss. Manche machen es trotzdem und sagen halt dann nicht, dass sie rauchen. Glaube ich. Ich meine und die Frage ist immer, inwiefern das ein Kontrollzwang dann ist oder inwiefern die Patienten da einwilligt, weil sie muss ja damit auch einverstanden sein, dass man Nikotin misst. Wenn man das routinemäßig macht, ich glaube, dass das ein bisschen schwierig ist, wie man das rechtlich auch macht. Ob die Frau das auch möchte, weil diejenigen, die nicht rauchen, denen ist es egal. Da kann man es natürlich bestimmen. Die, die mehr rauchen als sie angeben, die wollen natürlich nicht, dass man die Menge bestimmt und sieht. Ich glaube eher, dass man auf die Eigenverantwortlichkeit ein bisschen plädieren muss. Und eher auf die Folgen hinweisen, wenn sie weiterhin rauchen. Also das mach ich schon. Und wobei ich natürlich (unv., spricht mit Kind). Das man da eher sozusagen, ich glaub, dass man da mit Vernunft, als mit Kontrolle, mehr erreicht. Aber ich kann das natürlich auch nicht sagen. #00:03:25

I: Und welche Methoden zur Rauchentwöhnung sind Ihnen bekannt und für wie effektiv halten Sie die Maßnahmen? #00:03:33

B: Also ich muss sagen, so richtig Kampagnen sind mir gar nicht bekannt. Ich versuche die Frauen dazu zu animieren, dass sie es reduzieren beziehungsweise so gut wie

möglich ganz aufhören. Was dann meistens viele auch sagen. Aber also wirklich definitiv sie darüber aufklären, wie sie es machen sollen, das tu ich nicht. #00:04:00

I: Was denken Sie, sind geeignete Motivatoren, um überhaupt mit dem Rauchen aufzuhören? #00:04:05

B: Puh, das weiß ich nicht, das ist ganz schwierig. Also für manche ist es nicht einmal, wenn sie schon ein zu kleines Kind haben, wenn sie rauchen. Für manche ist es nicht einmal, wenn es schon ersichtlich ist, ein Ansporn aufzuhören. Also das ist, diejenigen die da hartnäckige Raucher sind, denen ist es oft wirklich egal, egal was man sagt. Und ich glaube doch, wenn man sagt „das Kind kann einen Schaden, also hat mittlerweile einen Schaden davongetragen, bitte schauen Sie, dass Sie jetzt weiter reduzieren.“ Selbst das hilft oft nicht. Das habe ich oft genug auf der Klinik erlebt, also das ist sehr schwierig. Diejenigen, die da leicht beeinflussbar sind, die beenden des eh schon mit der Schwangerschaft, aber diejenigen, die weiter rauchen, das ist ganz schwierig, die irgendwie zu erreichen. #00:04:54

I: Okay, gut, das war's eigentlich eh schon, haben sie sonst noch irgendwelche weiteren Anmerkungen zu dem Thema? #00:05:02

B: Nein, das man das sicherlich mehr machen kann. Und so vielleicht auch offizielle Programme, also das Eltern-Kind-Zentrum. Das auch für jeden zugänglich ist, ich weiß es nicht. Also, was gibt es für Möglichkeiten im Moment? #00:05:17

I: Es gibt eben sehr viel zur Selbsthilfe, wie in die ganzen Apps und so, die einen unterstützen können. Oder eben das Rauchfrei Telefon, dann die Gesundheitskasse bietet auch an das Rauchfrei in 6 Wochen, auch speziell für Schwangere. #00:05:33

B: Okay und das geht über die GKK direkt also über die? #00:05:37

I: Mhm. #00:05:37

B: Also direkt an der Gebietskrankenkasse? #00:05:40

I: Genau, da kann man sich melden und dann dort eben dieses Entwöhnprogramm mitmachen. #00:05:46

B: Okay. #00:05:47

I: Ja. #00:05:48

B: Ich muss sagen, ich hab sehr wenige, die angeben, dass sie in der Schwangerschaft rauchen. Ich hab das wirklich praktisch nie. Auf der Klinik habe ich das häufiger gesehen, weil ich glaub, dass das mit sozialen Unterschieden auch vielleicht ein bisschen zusammenhängt. Kann ich jetzt nicht sagen, ob das wirklich so ist, aber gefühlsmäßig. Natürlich kann ich nicht sagen ob mich Frauen anlügen. Es kann auch sein, dass manche rauchen und es nicht sagen. Also es gibt praktisch keine Frau an, dass sie in der Schwangerschaft raucht. Es ist immer die Frage, ich kann sie nicht kontrollieren, wenn der Mutter-Kind-Pass nach raucht riecht, dann muss ich davon ausgehen, dass sie vielleicht bisschen mehr als Passivraucherin ist, aber wissen tu ich es auch nicht. Und ich muss sagen, ich glaube schon von 50 Schwangeren gibt maximal eine an, dass sie raucht, wirklich, also bei uns jetzt in der Ordination. Deswegen grundsätzlich das Problem sie weiterzuleiten, habe ich im Moment nicht, natürlich frage ich „haben Sie vor der Schwangerschaft geraucht?“ Das ist immer diese Frage im Mutter-Kind-Pass. Eigentlich sagen alle, sie haben aufgehört, wie es dann tatsächlich ist, das ist sehr schwierig, das irgendwie zu eruieren. Damit wäre es natürlich wieder gut, wenn man im Urin, nur ob das für die Frau ein Eingriff in die Privatsphäre ist, das ist schwer zu beantworten, ich weiß es nicht. Wie das aufgefasst wird, wenn man's misst. #00:07:06

I. Ja, eben das wäre eh wirklich wichtig. #00:07:10

B: Als würde man einen Drogentest machen und ausschließen wollen, dass Drogen genommen worden sind. Also das ist natürlich eine gute Idee und für die Frau auch zu sehen, dass man das wirklich nachweisen kann, aber wie das dann, ich weiß auch

nicht, wie das datenschutzrechtlich, also rechtlich aussieht, wenn die Frau das nicht will und eine Frau die heimlich raucht wird's nicht wollen. #00:07:30

I: Genau, ja, #00:07:31

B: Die mehr raucht, als sie angibt. #00:07:33

I: Mhm, ja sie müsste dem eh zustimmen, es ist auch schon der Vorschlag gekommen, dass man das so wie als Motivation annimmt, dass man sagt, wenn sie aufhören will und sie will den Harn abgeben, dass man ihr damit wirklich zeigen kann, „schauen Sie es geht eh zurück, es hat eine positive Auswirkung“, ja genau. #00:07:51

B: Okay, ja, nein. Sicher eine gute Idee, ich glaub schon, dass man da viel noch machen kann, wobei ich glaube, sehr wenig dieses Patientenklintel habe, die das zugibt. Und ich weiß nicht, ob es da Daten gibt, wie hoch da die Dunkelziffer ist oder Vermutungen, gibt es da irgendwas? #00:08:13

I: Ja 20 bis 30 Prozent. #00:08:14

B: Ja, das denke ich mir, also ich denke auch, dass diejenigen, die vorher geraucht haben, nicht auf einmal heute auf morgen. Sicher manche schaffen, ich kenne einige davon aus dem Freundeskreis, aber manche schaffen das sicher nicht. Und vielleicht muss man da mehr auch von unserer Seite nachfragen, wenn sie angegeben hat, dass sie vorher geraucht hat, dass man da vielleicht ein bisschen mehr nachfragt, dass es nicht so zum Tabu-Thema wird. Ich glaube es traut sich keine Frau zu fragen, die raucht in der Schwangerschaft, oder viele Frauen halt. Ich glaube, dass die Dunkelziffer sehr hoch ist und dass man vielleicht da schauen muss. Und das geht wahrscheinlich nur immer wieder mit Aufklärung, was kann es beim Kind auslösen und das ist vielleicht das was bei den meisten Frauen schon irgendwas mit dem Kind machen, als diese Geschichten was kanns mit der eigenen Lunge machen, das ist schon so abgedroschen, dass das den Frauen mittlerweile, da reagiert kein Raucher. Aber mit dem Kind, dem ungeborenen Kind, die meisten schauen, aber was ich auf der Klinik erlebt

hab, wie ich schon gesagt habe, dass es manchen echt wurscht [=egal] war, wenn das Kind schon klein war. So wie „ein Kopf kleiner, dann ist es nicht so schlimm bei der Geburt“ hört man dann. Das ist glaub ich eher, wie ich das sehe, dass es eher selten ist glaub ich. #00:09:42

I: Ja, okay. Dann, Danke. #00:09:46

A.6 Transkription Interview V

I: Also meine erste Frage wäre eben, wie es zu ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema kommt. Ich habe eben auch von einer Kollegin erfahren, dass Sie sich auch bei einer Arbeit mit dem Thema Rauchen beschäftigt haben, die hat mich da ein bisschen vermittelt. #00:00:16

B: Okay, okay. #00:00:19

I: Ja. #00:00:19

B: Dass ich mich selber mit dem Thema beschäftigt habe oder dass ich eine Kollegin #00:00:24

I: Nein, dass sie sich selbst damit, mit dem Thema beschäftigt haben und ich habe mir eben auch gedacht im Zuge dessen, dass ja auch Hebammen sehr viel mit schwangeren Frauen zu tun haben, ob sie da vielleicht einen Einblick geben können. Ob da irgendetwas im Rahmen der Ausbildung auch dahingehend unterrichtet wird, wie man die Frauen darauf anspricht oder vielleicht unterstützt. #00:00:48

B: Ja, okay. Also die erste Frage ist, wie ich zu diesem Thema gekommen bin. Ich war ** Und VIVID sind 2006 oder sieben auf mich zugekommen. Und VIVID ist diese Fachstelle für Suchtprävention in der Steiermark. Und die wollten den Hebammen, sagen wir mal, über dieses wichtige Thema informieren und wollten dann Fortbildungen

anbieten. Und das habe ich dann gemeinsam mit ihnen organisiert und da hat der Bereich Stillen und Rauchen halt einfach gefehlt in dem Input. Weil das doch ein großer Bereich ist, wo Hebammen tätig sind und dann hab ich selbst mich, sagen wir mal vertieft, und dort den Vortrag selber abgehalten. Weil ich mich sehr gut mit dem Stillen auskenne, war das auch passend und so bin ich eigentlich zu VIVID und zu diesem Thema gekommen. Dann hat mich das nicht mehr losgelassen und hab dann auch weiter geforscht und immer wieder so geschaut, was passiert mit Frauen in der Schwangerschaft und was passiert, wenn sie aufhören, aber vor allem auch was passiert, wenn sie also nach der Geburt, weil ich so viele Frauen nach der Geburt irgendwann, also innerhalb von einem halben Jahr sind die meisten Frauen, die aufgehört haben in der Schwangerschaft, haben wieder angefangen mit Rauchen. Für mich war dann auch wichtig dieses Thema im Wochenbett anzusprechen und auch zu überlegen, wie soll man's sprechen, warum fangen Frauen wieder mit dem Rauchen an. Und können wir diese sensible Zeit von Schwangerschaft und die Zeit nachher nützen, um eine Verhaltensänderungen durchzuführen. Und jetzt ist es sogar so, dass ist eine fixe, relativ große Vorlesung in der Hebammenausbildung ** im Studiengang an der FH Joanneum ist, wo VIVID das unterrichtet. Sehr viel natürlich direkte Wissensvermittlung von Rauchen und die Schädlichkeit, aber auch sehr viel über wie man Verhaltensänderungen stimulieren kann und motivieren kann. Und diese motivierende Ansprache wird auch gelernt bei den Studentinnen. #00:03:05

I: Ah, okay, super. Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborener und das Kind? #00:03:16

B: (Pause) Das Rauchen in der Schwangerschaft kann eine sehr starke psychologische Bedeutung haben. Wenn wir uns nur darauf richten, wie schlecht das Alles für die Mutter und für das Kind ist. Das stimmt natürlich, da gibt es ganz viele Bereiche. Die Durchblutung der Plazenta, das Wachstum vom Kind, also da gibt es ganz viele Bereiche, die absolut nicht optimal sind. Aber es hat vor allem auch eine psychologische Komponente. Ich glaub, dass so eine starke Veränderung im Leben, vor allem bei der ersten Schwangerschaft, dass wir mehr auf dieser Ebene eingehen sollen,

wenn wir Frauen wirklich vom Rauchen wegbringen wollen. Die Wichtigkeit das zu tun ist sehr, sehr weitgreifend. Die Folgen vom Rauchen in der Schwangerschaft sind sehr weitgreifend. Ein Ding was ich jetzt im Rahmen von unserer Studie, die wir machen zum Übergewicht ist, dass, wenn Frauen in der Schwangerschaft rauchen, dass die Kinder ein sechsfach erhöhtes Risiko haben, selber als Kind, also später im Leben, als Kind oder junge Erwachsene übergewichtig zu werden. Das heißt diese Stoffe, die da in den Kreislauf hineinkommen, die da epigenetische Änderungen hervorrufen, sind eigentlich so weitreichend, dass es sicher nicht ein kurzfristiges Problem ist, dass man sagt, es ist für die Frau nicht gut. Und es für das Kind, das nicht gut wächst. Nach der Geburt ist es dann eh alles wieder in Ordnung. Also es hat schon sehr massiv, sehr intensiv Frauen zu motivieren, nicht mehr zu Rauchen in der Schwangerschaft. #00:05:08

I: Glauben Sie, dass die meisten Schwangeren ausreichend Informationen, Aufklärung und Unterstützung kriegen? #00:05:18

B: Nein, viel zu wenig. Ich denke auch, dass wenn Sie eh auf der Frauenklinik arbeiten. Wir lassen unsere Studentinnen im Wochenbett so eine Hebammervisite machen und da müssen auch Beratungsthemen herausgefiltert werden, was für die Frauen wirklich wichtig ist. Und weil sie so gut ausgebildet sind in dieser motivierenden Ansprache sagen Studentinnen „ja, wir möchten gerne die Frauen darauf hinweisen, also was braucht Sie an Unterstützung, was gibt es an Rauchertelefon und alles was es schon gibt, die das vermitteln. Und es gibt auf der Wochenbettstation eigentlich diese Infobroschüren, mal nicht zu bekommen. Das sollte als Standard auf der Wochenbettstation und in der Ambulanz aufliegen. Dieses Rauchertelefon und die Beratungsstelle, die es von der GKK (=Gebietskrankenkasse) und VIVID gibt. #00:06:12

I: Ja, wäre auch in diesem Zusammenhang meine nächste Frage. Denken Sie, dass es sinnvoll wäre, dass man standardmäßig den Cotinin-Wert im Harn testet, um den Schwangeren somit aufzuzeigen, welche Auswirkungen das Rauchen beziehungsweise das Passivrauchen haben? #00:06:31

B: Alles was Standard ist, ist eigentlich grundsätzlich nicht gut. Also einmal eine Grundhaltung. Das was passiert ist, dass man dann suggeriert, dass die, die es messen und die den Laborbefund kundtun die Allwissenden sind. Und es geht eigentlich an der Persönlichkeit, den persönlichen Umständen, die persönlichen Gründe, warum wer raucht, vollkommen dran vorbei. Man reduziert das Rauchen und die Qualität des Rauchens, die Schlechtheit des Rauchens nur auf biochemische Substanzen und medizinische, biologische Folgen daraus. Aber Rauchen ist komplexer. Und Rauchen, es ist kaum die Abhängigkeit, die Substanz, die es ausmacht, dass Frauen oder Menschen so schwer wegkommen von dem Rauchen. Also wenn man drei, vier Tage nicht raucht, ist schon so viel von dieser Sucht weg, aber vor allem das Verhalten, was angepasst werden muss. Das heißt, ich kann Menschen nicht vom Rauchen wegstreichen, wenn ich nicht diese Verhaltensänderung berücksichtige und Abfrage, warum sie überhaupt rauchen. Oder welche Strategien sie selber entwickeln würden, also es braucht ausgiebige Beratungsgespräche und Begleitung über mehrere Punkte, dass Menschen wegkommen vom Rauchen und sie müssen auch bereit sein dazu. Sonst die ganzen Drohungen auf der Zigarettenpackung bringt eh nichts. Es geht an das Essenzielle der Raucherentwöhnung vorbei, wenn wir drohen „Sie haben noch immer so viel Cotinin in ihrem Blut oder in ihrem Harn. Sie schummeln, Sie lügen mich an, Sie bemühen sich nicht.“ #00:08:36

I: Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen? #00:08:47

B: Okay, ja jetzt hab ich natürlich durch den (unv., lacht)

I: (lacht)

B: Motivierende Ansprache kenne ich natürlich, das ist das Rauchertelefon, wo sie begleitet werden, dann gibt es natürlich die Kaugummi und Pflaster. Ja, also an Beratungsinstanzen kenne ich eben sowas wie das Rauchertelefon und die Beratungen speziell auch für Schwangere von der GKK, die steirische GKK und ich glaube, dass

das österreichweit ist. Und Methoden (Pause), glaub sogar Akupunktur wird immer wieder erfolgreich. #00:09:27

I: Genau, ja. Also glauben Sie schon, dass diese Maßnahmen auch mit Verhaltenstherapie und dem Rauchertelefon schon effektiv sind? #00:09:36

B: Ich denke, dass da, ja, denke ich schon. Ich denke auch, also man kann das eine nicht ohne das andere tun. Das macht es so komplex. Also nur Akupunktur, wird was von außen gemacht und sind die Leute nicht bereit, wird es nicht helfen. Und Leute werden erst bereit, wenn sie wirklich auch Informationen bekommen über die Schädlichkeit des Rauchens natürlich, aber auch über diese Prozesse, die da im Hintergrund stehen, diese Verhaltensprozesse. Also ich glaube, dass das eine der Rollen der Hebamme sein kann, in der Frühschwangerschaft schon, sagen wir diese Bereitschaft, das anfängt mit Wissen über die Nachteile des Rauchens, aber auch über die Möglichkeiten, wie man aussteigt. Also es müssen beide Wissens Ebenen angesprochen werden. Und erst wenn diese Wissens Ebene erreicht ist, wächst die Bereitschaft, das überhaupt auch in den Angriff zu nehmen. Dann müssen die Frauen begleitet werden, also auch motivierend begleitet werden. #00:10:56

I: Das wäre eh schon meine nächste Frage. Was denken Sie wären geeignete Motivatoren, um mit dem Rauchen aufzuhören? #00:11:05

B: Also ich denke in der Schwangerschaft, dass es ein unglaublicher Motivator für Mütter ist und deswegen muss man dieses Zeitfenster nützen, dass sie das Beste für ihr Kind wollen. Prinzipiell wollen Mütter das Beste für ihr Kind. Und weil sie dem Kind nicht ausweichen können, weil sie es im Bauch haben, werden sie auch motivierter sein, aber man muss sie auch befähigen, dass sie aussteigen. Sehr oft ist es auch, dass der Geschmack sich ändert in der Schwangerschaft und dass es Ihnen einfach nicht mehr schmeckt. Das heißt, dass es relativ leicht ist, das Verhalten auszusetzen. Das heißt sie ändern nicht ihr Verhalten, sie setzen es einfach aus. Und dann kommt die Zeit nach der Geburt und sehr oft geht das relativ schnell, sogar auch auf der Wochenbettstation, aber das werden Sie selber auch wissen, dass sie dann auf dem

Balkon schon wieder rauchen. Das heißt der Geschmack ändert sich relativ schnell nach der Geburt oder sie haben es so weit hinaus gedehnt, aber es ist keine Veränderung im Verhalten, es ist wirklich ein Aussetzen vom Verhalten. Wenn Frauen überzeugt sind, dass Stillen gut ist, werden sie auch weniger rauchen, weil es doch bekannt ist, dass natürlich das Cotinin oder andere Stoffe auch in die Muttermilch übergehen, also da braucht es auch eine gute Beratungskompetenz von Hebammen und alle die im Wochenbett tätig sind, auch im verlängerten Wochenbett, dass sie da Informationen darüber kriegen und dass sie eine Handleitung kriegen, wie sie dann trotzdem Stillen können, wenn sie unbedingt rauchen wollen. Also diese Idee, dass man nicht Stillen darf, wenn man raucht, manche Frauen wählen dann das Rauchen und aus Studien ist noch immer klar hervorgehoben, dass wenn sie Rauchen und Stillen, die Kinder gesünder sind, als wenn sie nicht Stillen und Rauchen, da sie eh durch das Passivrauchen so viele Schadstoffe mitkriegen. Also wie Mittelohrentzündungen, Bronchitis also all diese Erkrankungen, die nichts mit dem Rauchen zu tun haben, die sind geringer bei den Kindern, wo die Mütter stillend rauchen. Am besten natürlich Stillen und Nichtrauchen, aber wenn es nicht geht. Und manche Mütter wählen eben das Rauchen und sagen „ich stille dann nicht, weil dann muss ich mir da überhaupt keine Rechnung mithalten, wie lange da die Rauchabstände sein sollen und so weiter. Und das wäre Schade diese Zeit, die sie nicht geraucht haben in der Schwangerschaft, weil ihr Geschmack anders war, sagen wir, nicht als Chance zu nützen ins Wochenbett und ins erste Lebensjahr, um wirklich daran zu bleiben, dass sie nicht in die Rauchgewohnheit zurückfallen. #00:14:04

I: Ja, prinzipiell waren das jetzt eh alle meine Fragen, die ich da in meinem Leitfaden habe. Haben Sie sonst noch irgendwelche Anmerkungen zum Thema, die jetzt vielleicht nicht gefragt worden sind? #00:14:25

B: Ja, ich denke, dass es ein (Pause) dreiteiliger Bereich ist, den man parallel ansprechen muss. Das eine ist wirklich allgemeine Wissensvermittlung. Da ist natürlich auch so eine Stelle wie VIVID oder die Landesregierung oder ein Staat dafür zuständig, dass dieses allgemeine Wissen rund um Rauchen besser in der Bevölkerung ankommt. Dann ist natürlich die Ebene, dass man Frauen individuell aufklären muss.

Sprich auch die Zeit der Schwangerschaft nützen soll und auch das Erste, in dem Mutter-Kind-Pass nicht nur Fragen „Rauchen Sie? Und wieviel?“ Aber, dass diese Chance auch eine Gelegenheit gibt, dass entweder Ärzte oder Hebamme in der Mutter-Kind-Pass Beratung, dass Zeit genommen wird, dieses Thema erstmalig anzusprechen. Das heißt es reicht nicht zu fragen „Rauchen Sie?“ und abhacken und erledigt sich die Geschichte. Also, wenn die ja sagen oder man hat das Gefühl die raucht, wäre das eine Möglichkeit das proaktiv ausgiebig anzusprechen. Das macht was aus, wenn eine Fachperson das individuell, persönlich zu einem sagt und nicht nur diese, was alles schädlich ist, aber auch was die Hintergründe sind vom Rauchen, also was wir vorher besprochen haben. Und dann braucht es ein Bewusstsein, also eine Kompetenz natürlich, um dieses Erstgespräch, diese allgemeine Information, die auf das Individuum angepasst sind, zu vermitteln und dann braucht es auch das Potential, die Kompetenz, die Zeit und auch die Finanzierung, dass man dann diese Person über eine längere Zeit begleiten kann. Und das ist natürlich in einem Konzept von einer Mutter-Kind-Pass Kontrolle, also diese neun Monate und dann die Zeit nach der Geburt. Und Hebammen sehen sehr oft auch Frauen bei der Stillgruppe und so weiter, also dass man da auch diese Vertrauensbasis, die aufgebaut worden ist, diese Kenntnisse über das persönliche Umfeld, über Stressoren, über Väter die auch rauchen oder über finanzielle Probleme oder was auch immer oder sehr stressiges Leben mit dem Neugeborenen. Wenn wir all diese Kenntnisse haben, dann kann man auch individuell diese Frauen begleiten. In Kombination mit guten Angeboten von Professionals, wo es um Rauchentwöhnung geht. Und das heißt, es sind wirklich sagen wir drei Säulen, die da sein müssen, damit man das wirklich erfolgreich machen kann. #00:017:08

I: Ja, also dass man das wirklich das halt ganzheitlich betrachtet. #00:017:18

B: Dass man sachlich, allgemeine Informationen über Rauchen, auch über die Möglichkeiten der Unterstützung, die es gibt, dann ein individuelles, proaktives Ansprechen, also die Frauen, ihre Verantwortung, die sie eh spürt, herzuholen, das einen Platz geben und dann wirklich eine Begleitung über eine längere Periode hinaus. #00:017:38

I: Ja, okay, super. Danke für die ausführliche Beantwortung. Es waren sehr viele neue Aspekte auch drinnen und Sichtweisen. #00:017:53

B: Ja schön. #00:017:53

I: Danke (lacht). #00:17:55

A.7 Schriftliche Beantwortung des Interviewleitfadens [VI]

Leitfrage 1:

Wie kommt es zu ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema? Erzählen Sie doch mal.

Das Thema Rauchen und Schwangerschaft war zuvor nicht aktuell für mich, doch beim Frauenarzt immer ein Thema. Ich habe vor der Schwangerschaft geraucht, zwar nicht viel, jedoch ist jede Zigarette für ein Ungeborenes eine zu viel. Die gesundheitlichen Risiken wollte ich einfach nicht tragen. Wie viele wissen, ist unter anderem ein vermindertes Geburtsgewicht und Entzugserscheinungen eine Folge bei Babys, dies wollte ich meinem Kind nicht antun. Sobald ich erfahren habe, dass ich schwanger war, war für mich klar, dass ich keine Zigaretten mehr Rauchen werde.

Unterfragen:

1.1) Rauchen sie derzeit?

Bis zur siebten Schwangerschaftswoche, danach habe ich erfahren, dass ich schwanger bin.

1.2) Und was waren ihre Beweggründe mit dem Rauchen anzufangen?

Zu Beginn wollte ich es nur einmal ausprobieren, der Kettenraucher war ich nie, jedoch minderjährig und unerfahren. An die Folgen denkt man in diesem Alter nie. Jedoch hörte ich immer wieder mal auf zu rauchen, insbesondere als ich erfahren habe, dass ich schwanger bin.

1.3) Sind sie regelmäßig Passivrauch ausgesetzt?

Diese Frage muss ich bejahen, mein Partner ist starker Raucher, er rauchte auch im Haus, bis zur siebten Schwangerschaftswoche, doch danach nur mehr im Freien.

Leitfrage 2:

Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach, das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind?

Wie bei der ersten Leitfrage schon erwähnt ist Rauchen ein Gesundheitsrisiko für das Kind und die Mutter, angefangen bei einem zu niedrigen Geburtsgewicht, als auch das Wachstum des Kindes wird beeinflusst. Die allgemeinen Risiken bezüglich des Rauchens sind einem bewusst, doch es ist und bleibt eine Sucht. Nichtrauchen ist auf jeden Fall besser für Mutter und Kind, die Versorgung des Kindes durch die Nabelschnur ist bei Nichtrauchern besser durchblutet und somit ergibt dies eine bessere Entwicklung des Kindes.

Unterfragen:

2.1) Haben Sie bereits einen Rauchstopp versucht?

Ja zuvor mehrmalige Raucherstopps, doch in der Schwangerschaft keine einzige Zigarette geraucht.

2.2) Haben Sie vor mit dem Rauchen aufzuhören?

Habe schon aufgehört.

2.3) Wurden Sie bereits durch einen Gesundheitsanbieter (Arzt/Ärztin, Hebamme, etc.) darüber informiert, welche Risiken und Folgen der Tabakkonsum während der Schwangerschaft für Mutter und Kind hat?

Ja meine Frauenärztin klärte mich über Risiken und etwaige Folgen auf.

Leitfrage 3:

Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt? Und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen?

Bekannt sind mir unter anderem Hypnose, Akupunktur, Entwöhnungstherapie, Nikotinersatzprodukte, eine Laserbehandlung.

Es kommt immer darauf an, welchen Ansatz der Raucher hat, ob er diese Methoden wirklich in Anspruch nehmen will, also ein Wille vorhanden ist, oder ob sie es nur machen, weil sie es müssen. Meiner Meinung nach ist ohne einen Willen kein Erfolg in Sicht.

Unterfragen:

3.1) Wie haben Sie es geschafft mit dem Rauchen aufzuhören? Was waren ihre Beweggründe?

In der Schwangerschaft, wie ich den positiven Test in den Händen gehalten habe, wenn das nicht Grund genug ist.

3.2) Wurden Sie von Gesundheitsberufen dabei unterstützt?

Eigentlich nicht, nur aufgeklärt bezüglich Risiken und Folgeschäden des Kindes.

3.3) Haben Sie noch Vorschläge, wie man rauchende Schwangere noch zu einem Rauchstopp motivieren könnte?

Meiner Meinung nach sollte es jeder Mutter bewusst sein, was sie damit ihrem Kind antut. Jeder wünscht sich ein gesundes Kind und dies ist meist ein guter Ansatz, welcher die Mütter eventuell zum Nachdenken bringt.

Abschluss:

Haben Sie eventuell noch weitere Anmerkungen zu diesem Thema?

Was ich in meiner Schwangerschaft mitbekommen habe, raten nicht alle Frauenärzte zu einem Raucherstopp, viele empfehlen den Müttern oft weiter zu rauchen, was ich persönlich nicht verstehe.

Vielen Dank für die ausführliche Beantwortung der Fragen.

A.8 Schriftliche Beantwortung des Interviewleitfadens [VII]

Leitfrage 1:

Wie kommt es zu ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema? Erzählen Sie doch mal.

Weil ich selbst vierfache Mutter bin und Raucherin. Ich habe vor meinen Schwangerschaften eine komplett andere Meinung zu dem Thema "Schwangerschaft und Rauchen" gehabt, als ich sie jetzt vertrete, da ich nun weiß, wie es mir selbst ergangen ist. Es ist auf alle Fälle ein wichtiges Thema, da es ja um unsere Zukunft und unseren größten Schatz geht, unsere Kinder und unsere Gesundheit.

Unterfragen:

1.1) Rauchen sie derzeit?

Ja.

1.2) Und was waren ihre Beweggründe mit dem Rauchen anzufangen?

Was soll ich sagen!?! Jung und dumm? Cool sein wollen, was Verbotenes machen (mit dem Wissen, dass die Eltern ausrasten würden, wenn sie es wüssten).

1.3) Sind sie regelmäßig Passivrauch ausgesetzt?

Indirekt. Bei uns wird nur im Freien geraucht. Also wenn da ein paar Leute zusammenstehen, eher ja. Sonst nein.

Leitfrage 2:

Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach, das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind?

Wichtig wäre es natürlich für Mutter, Ungeborenes und Kind, wenn die Mutter nicht rauchen würde. Jeder Raucher, weiß um die Schädlichkeit des Rauchens und was er

sich und seinem Körper beziehungsweise Gesundheit damit antut. Deshalb ist auch das "Bekehren wollen" sicher etwas sinnfrei. Schlimmer geht es da dem Ungeborenen und Kind, weil sie sich dagegen nicht wehren können.

Unterfragen:

2.1) Haben Sie bereits einen Rauchstopp versucht?

Ja, mehrmals. Da aber die Entzugs- und Gewöhnungserscheinungen so stark sind, hat sogar mein Umfeld gemeint, ich solle wieder anfangen zu rauchen, da ich nicht auszuhalten war. (Hätte mir da vielleicht, gerade in den Schwangerschaften, auch mehr Unterstützung aus meinem familiären Umfeld gewünscht). Stimmungsschwankungen, körperliche Erscheinungen wie starkes Zittern, starke Gewichtszunahme (Stoffwechsel normalisiert sich wieder), ...waren sehr schlimm für mich.

2.2) Haben Sie vor mit dem Rauchen aufzuhören?

Derzeit nicht.

2.3) Wurden Sie bereits durch einen Gesundheitsanbieter (Arzt/Ärztin, Hebamme, etc.) darüber informiert, welche Risiken und Folgen der Tabakkonsum während der Schwangerschaft für Mutter und Kind hat?

Während aller Schwangerschaften, wurde das Thema "Rauchen" von niemandem angesprochen. Außer bei den letzten Untersuchungen vor der Entbindung im Krankenhaus, wurde ich jeweils einmal für die Anamnese gefragt. Wie ein Tabu-Thema. Oder als wollte man es "totschweigen", weil es ja sowas wie "Rauchen während der Schwangerschaft" in unserer Gesellschaft nicht geben darf. Bei meiner ersten Schwangerschaft hatte ich sofort aufgehört zu rauchen, als ich wusste, dass ich schwanger bin. Als es mir aber mit den starken körperlichen Entzugserscheinungen wirklich sehr schlecht ging, habe ich meinen Frauenarzt darauf angesprochen, was ich dagegen tun kann. Er empfahl mir damals, von den leichtesten Zigaretten, die es damals gab, immer ein Stück am Tag zu rauchen. Nicht mehr. Und das habe ich dann auch bei den nächsten drei Schwangerschaften so gemacht. Ich wurde aber von den

anderen Frauenärzten auch nie nach meinem Rauchverhalten, oder ob ich überhaupt rauche, befragt.

Leitfrage 3:

Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt? Und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen?

- Nikotinpflaster: finde ich für zum Beispiel Krankenhausaufenthalte sehr sinnvoll, wenn man während des Aufenthalts nicht hinaus kann. Aber zur Raucherentwöhnung finde ich sie ungeeignet, da der "Suchtstoff" ja trotzdem zugeführt wird.
- Weitere Nicotinellprodukte wie Inhalierstift: siehe oben
- Raucherentwöhnungstabletten (sublingual): man hat das Gefühl im Hals, als hätte man viel geraucht. Nach einiger Zeit sollte man die Dosis der Tabletten reduzieren, um einen leichteren Entzug zu haben. Wenn man das möchte...
- Hypnose: in meinen Augen, völliger Humbug.
- Bücher lesen: siehe oben
- Rauchertelefon/Helpline: Sicher eine sehr sinnvolle Einrichtung, wenn man aufhören möchte, da man dort immer einen Ansprechpartner findet, der einen motiviert, das "Aufhören" weiter durch zu ziehen. Vor allem wenn man zu Hause diese Unterstützung nicht hat.
- GKK Raucher Stopp: Gruppen- oder Einzeltherapie. Hilft finde ich nur, wenn man sich wirklich ernsthaft für das Aufhören entschlossen hat, da diese Gesprächstherapie nur für drei oder vier Mal gedacht ist.

Prinzipiell sehe ich das so, dass man im Kopf vollends überzeugt sein muss, aufhören zu WOLLEN, dass man es auch schafft! Ansonsten findet man immer "Gründe" oder besser "Ausreden", warum man es vielleicht eher auf "später verschiebt" oder "eher sein lassen" sollte.

Unterfragen:

3.1) Wie haben Sie es geschafft mit dem Rauchen aufzuhören? Was waren ihre Beweggründe?

Habe es leider nie geschafft, so oft wie ich es versucht habe....

3.2) Wurden Sie von Gesundheitsberufen dabei unterstützt?

Die KAGes (bzw. unser Betriebsarzt) bietet die Möglichkeit zur gratis Raucherentwöhnung durch Gesprächstherapie an. Während der Schwangerschaft, bietet es auch die GKK an, wobei ich glaube, dass das nicht ausreichend genutzt wird (gab es bei meiner ersten Schwangerschaft nicht und bei meiner Letzten, wurde ich nicht darauf hingewiesen, dass es das gibt. Habe es erst irgendwann einmal so nebenbei mitbekommen...)

3.3) Haben Sie noch Vorschläge, wie man rauchende Schwangere noch zu einem Rauchstopp motivieren könnte?

Ansonsten vielleicht auch das "Ansprechen" in den Facharztpraxen, nicht Totschweigen. Und falls ein "ja" in der Raucheranamnese auftaucht, vielleicht auch über die zahlreichen Möglichkeiten der Entwöhnung zu sprechen und auch nachzufragen, wie es einem mit dem "Aufhören" geht. Auch die Möglichkeiten Entspannungstechniken zu üben, anzubieten, um eventuell auch nach der Entbindung "Nichtraucher" zu bleiben. Beziehungsweise eventuell auch im Mutter-Kind-Pass für "Rauchermütter" verpflichtend einen Besuch auf der Frühchenstation (Entzugsbabys), beziehungsweise Schlaflabor (erhöhtes Risiko für Sudden Infant Death Syndrom). Im Allgemeinen sehe ich es aber so: Belohnen fürs Aufhören, würde sicher mehr Sinn machen und erfolgsversprechender sein, als Angst machen und Belehrungen (Bilder von zerfressenen/schwarzen Lungen, Asthmakinder, Raucherbein, Tracheostoma....)

Abschluss:

Haben Sie eventuell noch weitere Anmerkungen zu diesem Thema?

Als eine Anmerkung zu dem Thema hätte ich noch: Zwecks rauchen, auch nach der Stillzeit... Für mich hat sich immer die Frage gestellt, ob ich ein schlechtes Vorbild

bin, weil ich vor meinen Kindern rauche (also zum Beispiel, wenn wir gemeinsam im Garten sind oder zumindest auf alle Fälle im Freien). Manche meiner Freundinnen fanden es total wichtig, dass ihr Kind sie nicht beim Rauchen sieht. Sie haben sich sogar teilweise hinter der Hausmauer oder Ähnlichem versteckt, was mir im Leben nie eingefallen wäre. Vor allem war meine Überlegung dazu immer: Wie reagieren die Kinder, wenn sie es mal herausfinden!? Das Betrug und Verstecken ok ist? Das wollte ich nie. Sicher haben sie das "falsche Bild" von der "rauchenden Erwachsenen" im Kopf. Aber genauso sehen sie auch, wie schlimm die "Aufhörversuche" laufen können und kann offen mit ihnen über dieses Thema sprechen (es kann nie früh genug sein).

Vielen Dank für die ausführliche Beantwortung der Fragen.

A.9 Schriftliche Beantwortung des Interviewleitfadens [VIII]

Leitfrage 1:

Wie kommt es zu ihrem Interesse zu diesem wichtigen Thema? Erzählen Sie doch mal.

Vielleicht kann ich mit meinen Antworten eine Kleinigkeit beitragen.

Unterfragen:

1.1) Rauchen sie derzeit?

Ja.

1.2) Und was waren ihre Beweggründe mit dem Rauchen anzufangen?

Ich rauche einfach gerne und es schmeckt mir.

1.3) Sind sie regelmäßig Passivrauch ausgesetzt?

Nein, bin die Einzige, die raucht.

Leitfrage 2:

Welche Bedeutung haben Ihrer Meinung nach, das Rauchen und das Nichtrauchen während der Schwangerschaft für die Mutter, das Ungeborene und das Kind?

Wenn ich nicht rauche, habe ich eine Sorge weniger und wenn ich rauche, eine Sorge mehr. Wenn man schwanger ist, macht man sich dauernd Sorgen. Man hat ein höheres Risiko, wenn man raucht. Leider gab es zwei Fälle in meinem Bekanntenkreis die ihre Kinder in der 26. Woche bekommen haben und noch einige Frühgeburten, die aber nicht geraucht haben. Deswegen die Aussage, dass ich eine Sorge mehr habe, da immer was passieren kann.

Unterfragen:

2.1) Haben Sie bereits einen Rauchstopp versucht?

Nein.

2.2) Haben Sie vor mit dem Rauchen aufzuhören?

Nein.

2.3) Wurden Sie bereits durch einen Gesundheitsanbieter (Arzt/Ärztin, Hebamme, etc.) darüber informiert, welche Risiken und Folgen der Tabakkonsum während der Schwangerschaft für Mutter und Kind hat?

Ja, bei jeder Untersuchung beim Frauenarzt.

Leitfrage 3:

Welche Methoden zur Raucherentwöhnung sind Ihnen bekannt? Und für wie effektiv halten Sie die genannten Maßnahmen?

Spray, Pflaster, Kaugummi und Dragees. Es ist eine reine Kopfsache mit dem Rauchen aufzuhören. Wenn man wirklich aufhören will, dann braucht man keine Hilfsmittel.

Unterfragen:

3.1) Wie haben Sie es geschafft mit dem Rauchen aufzuhören? Was waren ihre Beweggründe?

Ich habe nicht aufgehört.

3.2) Wurden Sie von Gesundheitsberufen dabei unterstützt?

Man bekommt Unterstützung, wenn man fragt, aber jeder muss da alleine durch.

3.3) Haben Sie noch Vorschläge, wie man rauchende Schwangere noch zu einem Rauchstopp motivieren könnte?

Es ist reine Kopfsache. Wenn es im Kopf nicht ankommt, ist es nur halbherzig und man fängt wieder an.

Abschluss:

Haben Sie eventuell noch weitere Anmerkungen zu diesem Thema?

Ich hoffe in der Zukunft ist unsere Jugend vernünftiger und fängt erst gar nicht zu rauchen an. Dann wird es hoffentlich solche Themen nicht mehr geben. Sehr viele haben in meinem Bekanntenkreis schon aufgehört zu rauchen. Und ich werde auch meinen Kindern beibringen das Rauchen schädlich ist und man erst gar nicht anfangen soll. Ich bin der lebende Beweis. Denn alle Schwangeren, Mütter, Mädchen und so weiter werden dann eine Sorge weniger in ihrem Leben haben.

Vielen Dank für die ausführliche Beantwortung der Fragen.

A.10 Suchprotokoll

Tabelle 8: Suchprotokoll, Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	Datum	Datenbank	Suchbegriffe	Treffer	Auswahl
1	15.11.2019	PubMed	(((smoking[Title/Abstract] OR tobacco[Title/Abstract]) AND cessation[Title/Abstract] OR stop*[Title/Abstract] OR quit*[Title/Abstract]) AND pregnan*[Title/Abstract])	2426	2
2	16.11.2019	Cinahl	Smoking AND (cessation OR stopping OR quitting) AND (pregnancy OR pregnant)	281	1
3	16.11.2019	Cochrane	Smoking AND (cessation OR stopping OR quitting) AND (pregnancy OR pregnant)	451	1
4	17.11.2019	Google Scholar	(smoking OR tobacco) AND (cessation OR stop* OR quit*) AND pregnan*	329	9

A.11 Kategorienschema

Tabelle 9: Kategorienschema, Quelle: Eigene Darstellung

Hauptkategorien	Motivation zur Interviewteilnahme	Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft	Methoden zur Raucherentwöhnung
Subkategorien	Motivation und Beweggründe	Bedeutung des Rauchens und Nichtrauchens während der Schwangerschaft	Kenntnis über Entwöhnungsmaßnahmen
	Individuelle Gedanken	Beweggründe für die Beendigung	Effektivität der Maßnahmen
		Aufklärung und Unterstützung bei der Entwöhnung	Motivation