

# Proaktive Raucherberatung von Schwangeren und Müttern von Säuglingen – ein Projekt im Rahmen der Prävention des plötzlichen Säuglingstodes (SID)

STAHN K<sup>1</sup>, GRUBE A<sup>1</sup>, BUCHER A<sup>1</sup>, WALTER B<sup>1</sup>, STOCK K<sup>1</sup>, MÖLLE S<sup>2</sup>, SCHARFE S<sup>2</sup>, LINDINGER P<sup>3</sup>, PÖTSCHKE-LANGER M<sup>3</sup>, KEUSCH S<sup>4</sup>, VERHEER HG<sup>4</sup>, KRAMER J<sup>5</sup>, PADITZ E<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin TU Dresden

<sup>2</sup> Kinderarztpraxis Dresden

<sup>3</sup> Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

<sup>4</sup> AOK Sachsen, Dresden

<sup>5</sup> Sächsisches Staatsministerium für Soziales

## Einleitung

Tabakrauchexposition während der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr erhöht das SID-Risiko dosisabhängig bis zu 8–16fach. Weitere gesicherte Risiken sind das Auftreten einer Fehl- oder Frühgeburt, sowie Geburt eine hypotrophen Kindes, außerdem Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Mikrocephalus und Klumpfußbildung [1, 2, 7].

Nach aktuellen Erhebungen rauchen 20–50 % aller Schwangeren [6]. Die Hälfte der Schwangeren unter 25 Jahren raucht [4], bei Schwangeren der niedrigeren sozialen Schichten mehr als 40 % [3, 5]. Durchschnittlich raucht eine Schwangere 13 Zigaretten am Tag [3], im Durchschnitt ist das ungeborene Kind demnach im Verlauf der Schwangerschaft dem Rauch von 3640 Zigaretten ausgesetzt. Etwa ein Drittel der Schwangeren schafft den freiwilligen Ausstieg in der Schwangerschaft [4], postnatal steigt das Rückfallrisiko stetig mit wach-

sendem Alter des Kindes [1]. 1994–1999 rauchten 22 % der Mütter von Säuglingen, die im 3. Lebensmonat im Schlaflabor untersucht wurden (43 % der unter 23-jährigen und 19,8 % der über 23-jährigen Mütter) [5]. Am Ende des ersten Lebensjahres rauchen bereits wieder 30 % der Mütter [1].

Telefonische Raucherberatungen haben sich bewährt aufgrund ihrer einfachen Zugänglichkeit bei relativ geringem Aufwand. Sie bieten außerdem den wesentlichen Vorteil einer individuellen Beratung. Verglichen mit anderen Möglichkeiten der Raucherberatung zeigen sie ähnlich gute, teilweise sogar höhere Erfolgsquoten. Dies gilt insbesondere für die proaktiven Beratungstelefone [8]. Bei diesen werden die Klienten nach einem Erstkontakt vom Berater proaktiv angerufen, d.h. sie müssen sich nicht mehr von sich aus melden, sondern der (pro-)aktiv Handelnde ist der Berater.

## Methodik

Im April 2002 wurde das Info- und Beratungstelefon Gesunder Babyschlaf gestartet (Tel. 01 80/50 99 555). Dort können Interessierte einen Infotext sowie Faxabruf abrufen oder zu festgelegten Sprechzeiten von Kinderärzten beraten werden. Im März 2003 wurde dieses Infotelefon um eine „Beratung für rauchende Schwangere und Mütter von Säuglingen“ – ebenfalls mit Infotext, Faxabruf und der Möglichkeit, sich von speziell geschulten Raucherberaterinnen beim Rauchstopp unterstützen zu lassen – erweitert (Infotext siehe **Abb. 2** Beitrag Kokenge/Paditz in diesem Textband).

Sprechzeiten sind Dienstags bis Donnerstags von 8:00–10:00 Uhr und Dienstag und Donnerstag von 16:00–18:00 Uhr.

Für den proaktiven Ansatz wurden Kinder- und Frauenärzte sowie Hebammen in ganz Sachen gebeten, mittels eines speziell angefertigten Formblattes, das mit Datenschutzexperten abgestimmt wurde, die schriftliche Einwilligung rauchender Schwangerer und Mütter von Säuglingen einzuholen, vom Raucherberatungstelefon angerufen zu werden. Die Raucherinnen werden über Tipps und Tricks zum Rauchstopp informiert. Mit ausstiegswilligen Raucherinnen wird ein Rauchstopptermin innerhalb der nächsten 14 Tage vereinbart, begleitend erfolgen engmaschige Folgeanrufe. Bei nicht ausstiegswilligen Raucherinnen wird mittels psychologischer Gesprächsführung die Ambivalenz beim Rauchen erhöht und eventuell in Folgekontakten ein Rauchstopp vereinbart.

Rauchende Partner werden an die bekannten reaktiven Suchttelefone der

BzGA (Tel. (02 21) 89 20 31) und des deutschen Krebsforschungszentrums (Tel. (062 21) 42 42 00) verwiesen.

Folgekontakte werden individuell vereinbart, erfolgen aber in jedem Falle vier Wochen nach Geburt des Kindes sowie zum 6. und 12. Lebensmonat um die erzielten Erfolge zu evaluieren.

## Ergebnisse

In den ersten neun Monaten wurden 71 Erstanrufe getätigt. Davon waren 61 Kontakte proaktiv und nur 10 Kontakte reaktiv. Mit 55 % (39/71) der Frauen wurde ein Rauchstopptermin vereinbart.

Insgesamt wurden im Beobachtungszeitraum 31 % der Frauen (22/71) rauchfrei. Weitere 23 % (16/71) reduzierten den Zigarettenkonsum. Damit konnten 54 % der erstkontaktierten Frauen zur kompletten Rauchfreiheit oder zumindest zur Reduktion des Zigarettenkonsums motiviert werden.

28 % der Erstanrufe (20/71) waren einmalige Kontakte. Ursächlich waren neben einem Widerruf des Beratungswunsches auch bereits erfolgter Rauchstopp, reiner Informationsbedarf, stationärer Aufenthalt der Klientin, Tod des Kindes, Schwangerschaft nicht vorliegend, u. v. a. m.

Zahlreiche weitere Frauen konnten motiviert werden, zumindest eine rauchfreie Wohnung zu schaffen, viele wurden – teilweise erstmalig – aufgeklärt über die zahlreichen unerwünschten Wirkungen des Rauchens auf das ungeborene oder neugeborene Kind. Außerdem wurden Informationen gegeben über die Mög-

lichkeit des Stillens trotz Zigarettenkonsum und die beste „Technik“ (Rauchen direkt im Anschluss an die Stillzeit).

## Diskussion

Das Projekt stellt das erste proaktive Raucherberatungstelefon in Deutschland dar. Die eigenen vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass eine kurzfristige Beeinflussung des Raucherstatus möglich ist. Das proaktive Vorgehen scheint der Schlüssel zum Erfolg zu sein, da dadurch die Hemmschwelle der Schwangeren überschritten wird, sich selbst zu melden. Für die Effizienz des proaktiven Vorgehens spricht auch das Verhältnis der proaktiven zu reaktiven Anrufe (61:10). Abstinenzquoten von Raucherberatungstelefonen liegen zwischen 15–45 %. Damit zeigt sich die erreichte Abstinenzquote von 31 % im mittleren Bereich. Die individuelle telefonische Beratung inklusive der Möglichkeit von Folgekontakten ist der Selbsthilfe und der Gruppentherapie überlegen. Eine intensive Weiterbetreuung zur Reduktion der Rückfallquote vor allem auch nach der Geburt sowie eine Evaluation der Ergebnisse ist erforderlich und nach einem festgelegten Protokoll bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes vorgesehen.

Ziel des Projektes ist die weitere Senkung der SID-Rate durch Vermittlung der drei Informationen: Babys schlafen am sichersten in Rückenlage und im Schlafsack sowie „Baby mag rauchfrei – auch schon vor der Geburt“.

---

## LITERATUR

- 1 Bornhäuser A, Pötschke-Langer M: Passivrauchende Kinder in Deutschland – Frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. Rote Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle Band 2, deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg, (2003) 11–23
- 2 Hausteil KO: Rauchen, Nikotin und Schwangerschaft. *Geburtsh Frauenheilk* 60 (2000) 11–19
- 3 Helmert U et al.: Rauchverhalten von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern. *Sozial- und Präventivmedizin* 43 (1998) 51–58
- 4 Lang P: Förderung des Nichtrauchens in der Schwangerschaft. In: Hausteil KO: Rauchen und kindliche Entwicklung – Raucherschäden und Primärprävention. Verlag Perfusion, Nürnberg, (2001) 153–167
- 5 Maier et al.: Dresden (2003)
- 6 Paditz E: Beratungstelefon „Gesunder Babyschlaf“ und „Beratung für rauchende Schwangere und rauchende Mütter von Säuglingen“ innerhalb der Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes: *Tel. 01 80/50 99 555. Kinder- und Jugendarzt* 34 (2003) 482–488
- 7 Schellscheidt J, Oyen N, Jorch G: Interactions between maternal smoking and other prenatal risks factors for sudden infant death syndrome (SIDS). *Acta Paediatr. Aug;* 86 (8) (1997) 857–863
- 8 Stead LF, Lancaster T: Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review): *The cochrane library* 3. Oxford: Update software (2003)

---

## AUTOR

Dr. med. Katharina Stahn  
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, TU Dresden  
 Fetscherstraße 74  
 01307 Dresden  
 E-Mail: post@babyschlaf.de  
[www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de)