

# Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaftsvorsorge

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit  
(Vertrag 07.003009 / 204.0001-361)

Schlussbericht

Prof. Dr. Alexander Grob  
Dr. Sakari Lemola  
Universität Basel

Mai 2008





## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>HINTERGRUND</b>	<b>7</b>
1.1	Einleitung	7
1.2	Begriffsdefinitionen	7
1.3	Auswirkungen der in dieser Studie thematisierten Substanzen für das Kind	8
1.4	Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz	11
1.5	Die Rolle von Fachpersonen in der Beratung von schwangeren Frauen	11
<b>2</b>	<b>ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN</b>	<b>15</b>
2.1	Zielsetzung der Studie	15
2.2	Forschungsfragen	15
<b>3</b>	<b>METHODE</b>	<b>16</b>
3.1	Messinstrument	16
3.2	Vorgehen bei der Stichprobenrekrutierung	16
3.3	Stichprobe	17
3.4	Auswertung	19
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>20</b>
4.1	Prävention von fötaler Zigarettenrauch- und Alkoholbelastung	20
4.2	Einflussfaktoren auf die Beratungspraxis	28
4.3	Prävention von weiterem Substanzkonsum während der Schwangerschaft	38
4.4	Prävention von Fehl- und Mangelernährung während der Schwangerschaft	38
4.5	Einschätzung der Nützlichkeit verschiedener Massnahmen zur Verbesserung der Prävention	40
<b>5</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b>	<b>42</b>
5.1	Beantwortung der Fragestellungen	42
5.2	Empfehlungen	44
<b>6</b>	<b>LITERATUR</b>	<b>46</b>



## Zusammenfassung

Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum und Fehlernährung während der Schwangerschaft stellen die wichtigsten vermeidbaren Risiken in der vorgeburtlichen Entwicklung dar. Der Fokus der Forschung lag bis vor Kurzem auf der teratogenen Wirkung von schwerem Substanzkonsum. In jüngerer Zeit werden zunehmend Risiken mässigen Konsums von Substanzen und subtile Langzeitfolgen untersucht. Die langjährige wissenschaftliche Erforschung der Folgen von Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kennt keinen Schwellenwert, unterhalb dessen kein Risiko für Fehlentwicklung für das Kind besteht. Hingegen wird zwischen der intrauterinen Substanzbelastung und der Folge für Kinder eine Dosis-Wirkungsbeziehung angenommen. Mangel- und Fehlernährung während der Schwangerschaft können das intrauterine Wachstum vermindern, zu Störungen der Fötalentwicklung führen und die Gesundheit der Mutter gefährden. Das distale Ziel dieser Studie bestand darin, einen Beitrag zum Schutz des Ungeborenen vor schädlicher Substanzexposition (Nikotin, Alkohol und illegale Drogen) sowie vor den Risiken von Mangel- oder Fehlernährung zu leisten. Hierzu wurde in der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz eine Vollerhebung bei Gynäkolog/innen ( $N = 486$ ; durchschnittliche Partizipationsrate: 45.8%) und Hebammen ( $N = 366$ ; durchschnittliche Partizipationsrate: 28.8%) zum Substanzkonsum- und Ernährungsscreening bei schwangeren Frauen durchgeführt.

Die meisten Gynäkolog/innen fragen Schwangere nach Rauchgewohnheiten und erklären die Risiken des Zigarettenkonsums während der Schwangerschaft. Einigkeit herrscht darin, dass Frauen während der Schwangerschaft gänzlich von Zigarettenkonsum absehen sollen. Eine deutliche Mehrheit der Gynäkolog/innen spricht Alkoholkonsum an. Die Zustimmung zu Alkoholabstinenz ist nicht eindeutig. Ein bedeutender Einflussfaktor hierzu ist die Risikoeinschätzung mässigen Alkoholkonsums für die Entwicklung des Kindes. Die meisten Gynäkolog/innen sprechen die Risiken des Konsums von rohen Fleischprodukten sowie die Risiken von Folsäure- und Eisenmangel während der Schwangerschaft an.

Eine deutliche Mehrheit der Hebammen spricht Zigaretten- und Alkoholkonsum an und informiert über die Risiken. Die Meinungen gehen auseinander, ob während der Schwangerschaft Zigaretten und Alkohol in reduziertem Masse konsumiert werden sollen. Ungefähr die Hälfte empfiehlt auf beide Genussmittel ganz zu verzichten, während die andere Hälfte eine Reduktion des Zigarettenkonsums und mässigen Alkoholkonsum empfiehlt. Ob Abstinenz empfohlen wird, hängt davon ab, wie gross das Risiko von moderatem Nikotin und Alkoholkonsum für das Kind eingeschätzt wird. Die meisten Hebammen erklären die Risiken von Eisenmangel und des Konsums von rohen Fleischprodukten.

Eine Mehrzahl der Gynäkolog/innen und Hebammen würde sich eine Verbesserung der Screening-, Beratung- und Interventionspraxis von der Einführung von Richtlinien durch die entsprechenden Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Schweizerischer Hebammenverband) versprechen, von einer stärkeren Gewichtung der Thematik in der Grundausbildung und in spezifischen Fortbildungen sowie von der Bereitstellung von Informationsmaterial zu den Risiken des Konsums von Substanzen in der Schwangerschaft durch die Fachgesellschaften und durch spezialisierte Fachstellen.



# 1 Hintergrund

## 1.1 Einleitung

Rauchen, Alkohol-, Drogenkonsum und Fehlernährung während der Schwangerschaft stellen die wichtigsten vermeidbaren Risiken in der vorgeburtlichen Entwicklung dar. Über die Plazenta nimmt der Fötus am Substanzkonsum der Mutter teil, wobei Teratogene und Noxen wie Nikotin und Alkohol das Kind praktisch ungefiltert erreichen. Mangel- und Fehlernährung während der Schwangerschaft können das intrauterine Wachstum vermindern und zu verschiedenen Störungen der Fetalentwicklung führen. Seit dem Beginn der wissenschaftlichen Erforschung von Teratogenen und der Beschreibung des Fötalen Alkoholsyndroms in den 1960er und 1970er Jahren hat die Forschung eine stets wachsende Evidenzgrundlage darüber geschaffen, welche Mechanismen zu intrauteriner Schädigung des Fötus führen. Der Fokus hat sich dabei von schweren Fällen von Substanzgebrauch mit entsprechend schweren Folgen für den Fötus auf die Risiken von mässigem Konsum von Substanzen und entsprechend subtileren Langzeitfolgen verschoben (Huizink & Mulder, 2006).

Im Anschluss an Definitionen der hier verwendeten Begriffe wird ein Überblick zu den Auswirkungen der in dieser Studie thematisierten Substanzen, die Prävalenz von Substanzkonsum in der Schweiz während der Schwangerschaft und die *Best Practice in Screening*, Beratung und Intervention bei Substanzkonsum in der Schwangerschaftsvorsorge dargestellt. Zudem werden Befunde internationaler Studien zur Screening-, Beratungs- und Interventionspraxis von Fachpersonen dargestellt.

## 1.2 Begriffsdefinitionen

Unter Screeningtests werden standardisierte Testverfahren verstanden, die im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen mit relativ geringem Zeitaufwand aus der Gesamtheit der schwangeren Frauen Fälle zu identifizieren vermögen, bei welchen ein problematisches Konsumverhalten vorliegt. Die Durchführung eines Screeningtests wird explizit vom einfachen Erfragen, ob eine Substanz konsumiert wird, unterschieden. Vor allem im Bereich Alkoholkonsumscreening in der Schwangerschaft kann die einfache Frage nach Alkoholkonsum im Vergleich zu standardisierten Screeningtests (Göransson et al., 2006) zu deutlich unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Intervention wird hier in einem weiten Sinne verstanden: Bereits die Empfehlung, den Konsum von Substanzen zu verändern, z.B. auf Zigarettenkonsum zu verzichten, oder die Aufklärung über die Risiken beziehungsweise Vorteile des Konsums einer Substanz, z.B. Erklären, weshalb der Körper während der Schwangerschaft vermehrt Eisen benötigt, werden als einfache Art von Intervention betrachtet. Von weiterführenden Interventionen wird gesprochen, wenn die Fachperson zusätzlich zum Erklären der Risiken oder Vorteile einer Substanz und dem Ratschlag, den Konsum zu verändern, Schritte mit dem Ziel unternimmt, den Substanzkonsum zu beeinflussen.

Der Begriff Substanzkonsum wird in einem weiten Sinn verstanden und wird verwendet für den Konsum von legalen Genussstoffen wie alkoholische Getränke, Tabak und Kaffee, illegale Drogen und Medikamente, sowie verschiedene Nahrungsmittel und Mikronährstoffe.

Unter moderatem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wird in der Forschung häufig ein Konsum von drei bis vier Standardgläsern Alkohol in der Woche verstanden (vgl. z.B. Windham et al., 1997). In Übereinstimmung mit früherer Forschung im Bereich Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaft (Tough, et al., 2005) wurde in dieser Studie moderater Alkoholkonsum als „ab und zu ein Glas“ [Alkohol trinken] spezifiziert.

### 1.3 Auswirkungen der in dieser Studie thematisierten Substanzen für das Kind

#### *Rauchen*

Nikotin passiert die Plazenta schnell und im Fötus gemessene Nikotinmengen liegen um 15% über jenen in der Mutter (Walker et al., 1999). Nikotin ist ein Neuroteratogen, welches die Entwicklung des Nervensystems behindert: Am Tiermodell konnte gezeigt werden, dass vorgeburtliche Nikotinexposition zu einer lebenslang andauernden cholinergen Hypoaktivität führen kann (Abreu-Villaca et al., 2004), was in Zusammenhang mit Lern- und Gedächtnisdefiziten in der Entwicklung steht (Steckler & Saghal, 1995). Weitere Mechanismen der Schädigung des Fetus durch Rauchen umfassen Mangelernährung aufgrund von Veränderungen der Plazentafunktion (Salihu & Wilson, 2007), Sauerstoffmangel der Nervenzellen aufgrund des erhöhten Kohlenmonoxidgehaltes im Blut (Rougemont et al., 2002) und Dysregulation der fötalen Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse), welche die Kinder anfällig für spätere psychische Probleme und Substanzgebrauch machen kann (Sarnyai et al., 2001). Auch „moderater“ Nikotinkonsum wie eine bis fünf Zigaretten am Tag stehen mit intrauteriner Wachstumsretardierung zusammen: Das Geburtsgewicht ist um durchschnittlich 117g geringer als bei Nichtraucherinnen und die Wahrscheinlichkeit ein untergewichtiges Kind zu gebären ist um 72% höher (Voigt, et al., 2006). Eine pränatale Belastung von einer bis zehn Zigaretten pro Tag kann zu schlechteren Leistungen in Schulleistungstests, erhöhter Wahrscheinlichkeit von Aufmerksamkeitsdefiziten und aggressivem Problemverhalten in der mittleren Kindheit (Batstra et al., 2003) und einer höheren Wahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten im Alter von 18 Jahren (Fergusson, Woodward & Horwood, 1998) führen. Auch Passivrauchen kann einen ungünstigen Einfluss auf das Kind haben. Nach der Metastudie von Leonardi-Bee et al. (2008), welche sich auf 53 Primäruntersuchungen stützt, führt Passivrauchen zu intrauteriner Wachstumsretardierung: Das Geburtsgewicht war bei Müttern, die Zigarettenrauch ausgesetzt waren aber selbst nicht rauchten, durchschnittlich um 33g vermindert, das Risiko eines Geburtsgewichtes von weniger als 2500g war um 22% höher.

#### *Alkoholkonsum*

Alkohol passiert die Plazenta und die Blut-Hirnschranke im Fötus ungehindert (Julien, 1998). Da Alkohol vom Fetus weniger schnell abgebaut werden kann, bleibt das fetale Nervensystem der Noxe länger ausgesetzt. Zwei Mechanismen, die dabei zu Schädigungen des

Nervensystems führen können, werden ausführlich beschrieben. In einer Studie von Sari et al. (2004) wies der Nachwuchs von Mäusen, welcher während der Gestation Alkohol konsumierte, eine verminderte Anzahl und Deformationen an Neuronen in der Hauptbahn der Serotoninneuronen zum Stirnhirn auf. Diese Veränderungen können zu zwei Konsequenzen führen: Einerseits stimulieren die Serotoninneuronen durch Reizübertragung das Wachstum des Kortex. Eine Verminderung der Signalfrequenz führte zu einem geringeren Wachstum des Stirnhirns. Das Hirngewicht war durchschnittlich um 20% vermindert. Es ist weiter bekannt, dass eine Verminderung der Serotonin-Übertragung (in diesem Fall auf Grund von Deformation und Reduktion der Serotoninneuronen) zu affektiven Störungen (Depressive Störung und Angststörungen; Elhwuegi, 2004; Morilak et al., 2004) führen kann. Ein zweiter Mechanismus, wie Alkohol Störungen im fetalen Nervensystem verursachen kann, liegt im Alkoholzug in Folge eines Alkoholrausches (Riley, et al., 2001). Klinische Human- (z.B. Viljoen et al. 2002) und experimentelle Tierstudien (z.B. Maier et al., 2001) legen nahe, dass akzidentielles Rauschtrinken gefährlicher für den Fötus ist als regelmässiger Konsum von geringen Mengen Alkohol.

Schwerer Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wird mit dem fötalen Alkoholsyndrom (FAS) in Verbindung gebracht, welches dann diagnostiziert wird, wenn drei Symptomgruppen gleichzeitig auftreten: a) Gesichtsanomalien (Mikrozephalie, schmale Lidspalten, schmale Oberlippe, Abflachung des Mittelgesichts), b) prä- und postnatale Wachstumsretardierung unter das 10. Perzentil und c) Dysfunktionen des Zentralnervensystems (ICD-10, WHO, 1991). Wenn die für FAS charakteristischen Gesichtsanomalien fehlen, jedoch Dysfunktionen des Zentralnervensystems in Form von psychischen Problemen, Auffälligkeiten im Sozialverhalten und/oder kognitive Entwicklungsbehinderung auftreten, wird vom „Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder“ (ARND) gesprochen. Nach Schätzungen tritt FAS bei 0.097% der Geburten auf (Abel, 1995), während ARND als deutlich häufiger gilt (Sampson et al., 1997). Die Inzidenzrate von FAS kann mit jener des Downsyndroms verglichen werden, welche mit 0.15% als die häufigste genetischen Ursache für geistige Entwicklungsverzögerung gilt (Löser, Bierstedt & Blum, 1999).

Moderater Alkoholkonsum konnte nicht mit morphologischen Veränderungen wie Gesichtsanomalien in Verbindung gebracht werden (Polygenis, et al. 1998). Es gibt jedoch Hinweise, dass bereits mässiger Konsum von Alkohol die psychische und geistige Entwicklung beeinträchtigen kann (Testa, Quigley, & Das Eiden, 2003; Streissguth, Barr, & Sampson, 1990). So zeigen beispielsweise alkoholexponierte Kinder im Alter von vier Jahren häufiger hyperaktives Verhalten (Streissguth et al., 1989) und aggressive Verhaltensprobleme in der späteren Kindheit und Jugend (Streissguth et al. 1996, Roebuck et al., 1999, Sood et al., 2001). Im Alter von 10 bis 14 Jahren konnten kognitive Defizite beim Lösen von Lern- und Gedächtnisaufgaben nachgewiesen werden (Richardson et al., 2002, Willford et al., 2004), wenn Kinder im ersten Trimester der Schwangerschaft moderaten Mengen Alkohol ausgesetzt waren. Bereits der Konsum von vier Gläsern Alkohol in der Woche erhöhte das Risiko einer ungünstigen intrauterinen Entwicklung (z.B. das Risiko von Spontanabort Windham et al., 1997). Eine ausführliche Übersicht zu kognitiven Defiziten und Verhaltensproblemen

bei intrauterin nikotin- und alkoholexponierten Kindern ist bei Huizink und Mulder (2006) zu finden.

#### *Alkoholkonsum in der Stillzeit*

Eine weiterführende Fragestellung ist, ob Alkoholkonsum in der Stillzeit empfohlen werden kann. Eine US-amerikanische Studie zeigt, dass eine beträchtliche Anzahl an Fachpersonen mässigen Alkoholkonsum während der Stillzeit empfehlen unter anderem mit dem Argument, dass vor allem Bierkonsum die Milchproduktion begünstigt (Mennella, 2002). Es liegen Befunde vor, wonach Gerste im Bier die Prolactinproduktion anregt. Der Effekt kommt jedoch nicht durch den Alkoholgehalt zu Stande, weshalb alkoholfreies Bier den gleichen Effekt erzielt. Es gibt weiter Hinweise darauf, dass mässiger Alkoholkonsum den Stillerfolg beeinträchtigt. Eine Übersichtsarbeit zeigt, dass der Konsum von alkoholhaltigem Bier während der Stillzeit nicht empfohlen werden kann, obwohl die Forschung bis anhin keine negativen Einflüsse von geringem Bierkonsum während der Stillzeit zeigen konnte (Koletzko & Lehner, 2000).

#### *Illegale Drogen*

Der Konsum von Drogen wie Cannabis und Kokain in der Schwangerschaft wurde mit negativen Folgen für die spätere Entwicklung der Kinder in Verbindung gebracht. Kokain- und schwerer Cannabiskonsum in der Schwangerschaft können zu kognitiven Defiziten und Verhaltensproblemen im Kindes- und Jugendalter führen (Mayes, 2000; Fried et al., 1992; Leech et al., 1999; Goldschmidt et al., 2000). Während die Erforschung der Folgen von Kokainkonsum bereits weiter fortgeschritten ist (Mayes, 2000), fehlen bislang Studien zu den Folgen von mässigem Cannabiskonsum in der Schwangerschaft (Huizink & Mulder, 2006).

#### *Mangel- und Fehlernährung*

Mangelernährung und Fehlernährung während der Schwangerschaft können nachhaltig negative Folgen für die Fetalentwicklung haben: Ein Mangel an Folsäure in der Frühphase der Schwangerschaft erhöht das Risiko von *Spina bifida* (Antony, 2007; Haider & Bhutta, 2006), Eisen- und Vitamin A-Mangel stehen in Zusammenhang mit geringem Geburtsgewicht (Haider & Bhutta, 2006). Der Konsum von rohen Fleischprodukten stellt wegen des Risikos von kongenitaler Toxoplasmose eine Gefahr dar (Jones et al., 2001). Eine zu starke Gewichtszunahme der Mutter während der Schwangerschaft oder Übergewicht gehen mit einem erhöhten Risiko von Präeklampsie (Schwangerschaftsbluthochdruck) einher (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

#### *Fazit*

Die inzwischen langjährige wissenschaftliche Erforschung der Folgen von Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft fand keinen Schwellenwert, unterhalb dessen kein Risiko für das Kind besteht. Vielmehr kann zwischen der intrauterinen Substanzbelastung und der Folge für betroffene Kinder eine Dosis-Wirkungsbeziehung angenommen werden (Huizink & Mulder, 2006). Mangel- und Fehlernährung während der Schwangerschaft

können das intrauterine Wachstum vermindern, zu verschiedenen Störungen der Fetalentwicklung führen, aber auch die Gesundheit der Mutter gefährden (Haider & Bhutta, 2006).

#### 1.4 Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft in der Schweiz

Die Schweiz liegt bezüglich des Alkoholkonsums im internationalen Vergleich im oberen Mittelfeld (WHO Statistical Information System WHOSIS, 2004). Nach der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002 trinken 0.6% der 15- bis 24-jährigen Frauen täglich Alkohol und 28.4% Rauchen Zigaretten, unter den 25- bis 34-jährigen trinken 2.5% täglich und 25.5% rauchen Zigaretten, unter den 35- bis 44-jährigen Frauen trinken 6.7% täglich und 29.3% rauchen (SFA/ISPA, 2004). Cannabis wird von 4.5% der Frauen zwischen 15 und 39 Jahren geraucht (Obsan, 2005).

Eine Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz; Grob & Lemola, 2005), bei welcher 458 Frauen kurz nach der Geburt eines Kindes befragt wurden, zeigt, dass mehr als 10% während der Schwangerschaft mindestens zwei bis vier Mal im Monat Alkohol tranken, knapp 2% tranken zwei bis drei Mal in der Woche, täglicher Konsum wurde hingegen kaum berichtet. 3% der Frauen gaben an, bei einer typischen Trinkgelegenheit zwei Gläser Alkohol zu trinken, und 2% haben mindestens einmal während der Schwangerschaft vier oder mehr Gläser Alkohol getrunken. Ausserdem rauchten über 10% der Frauen Zigaretten und 2% konsumierten Cannabis. Der Konsum von Alkohol, Zigaretten und Cannabis liegt somit während der Schwangerschaft deutlich tiefer als in der gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Substanzkonsum während dem ersten Trimester der Schwangerschaft höher sein könnte als im zweiten und dritten (Colvin et al., 2007).

#### 1.5 Die Rolle von Fachpersonen in der Beratung von schwangeren Frauen

Nach Art. 29 im Krankenversicherungsgesetz (KVG) ist Ärzt/innen und Hebammen die Durchführung von Kontrolluntersuchungen während der Schwangerschaft zugetragen, wobei nach der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) vom 29. September 1995 (Art. 13) die Anamnese Teil der Erstuntersuchung darstellt. Im Rahmen der Anamnese und Schwangerschaftsberatung während der ersten Schwangerschaftsuntersuchung wird erwartet, dass Substanzkonsum angesprochen wird, wobei dies nicht explizit festgeschrieben ist und die Durchführung von der klinischen Erfahrung der Ärzt/in abhängt.

##### *Best Practice in der Beratung von schwangeren Frauen in der Schwangerschaftsvorsorge*

Fachärzt/innen und Hebammen spielen eine wichtige Rolle bei der Aufklärung von schwangeren Frauen über die Risiken von Rauchen, Trinken und Fehlernährung für das ungeborene Kind (Fleming, 1997). Schwangere Frauen vertrauen dem Rat von Fachpersonen und richten ihr Gesundheitsverhalten nach ihren Empfehlungen. Die Methode der Wahl bei Screening,

Beratung und Intervention bei Substanzkonsum von schwangeren Frauen kann anhand der „Methode 5A“ (Glynn & Manley, 1990; Fiore et al., 2000) beschrieben werden, die ursprünglich spezifisch als Anleitung zur Begleitung von schwangeren Raucherinnen konzipiert wurden. Die Methode 5A umfasst fünf Schritte, welche Fachpersonen mit schwangeren Frauen erarbeiten: 1) „Ask“ – die Fachperson screenet die schwangere Frau nach Substanzkonsum. 2) „Advise“ – die Fachperson erklärt Risiken des Konsums und berät die Frau bezüglich Abstinenz. 3) „Assess“ – die Fachperson exploriert den Willen der schwangeren Frau, das schädliche Verhalten aufzugeben und versucht ihre Bereitschaftserklärung zur Abstinenz schriftlich festzuhalten. 4) „Assist“ – die Fachperson assistiert und begleitet die schwangere Frau während dem Prozess zur Abstinenz. 5) „Arrange“ – die Fachperson stösst den Prozess des Rauchstopps an (Jordan et al., 2006). Die Methode der 5A lässt sich einfach in den Ablauf der regulären Schwangerschaftsvorsorge integrieren und auch auf die Beratung bei Alkohol- und anderem Substanzkonsum sowie Fehlernährung übertragen. Im Wesentlichen umfassen die 5A die gleichen Schritte wie das Vorgehen bei Kurzinterventionen bei Alkoholkonsum, welches Handmaker und Wilbourne (1999) in einem „Stepped-care model“ beschreiben. Ein zentraler Unterschied beim Vorgehen bei Alkohol- und Zigarettenkonsum besteht jedoch beim Screening: Wie beispielsweise Studien in Schweden (Magnusson, Göransson & Heilig, 2005; Göransson, Magnusson & Heilig, 2006) zeigen konnten, ist die Sensitivität der einfachen Frage, ob eine Frau Alkohol konsumiert, wie sie von den meisten Hebammen in Schweden gestellt wird, relativ gering im Vergleich zu standardisierten Screeninginstrumenten: Mit der „regulären antenatalen Screening Frage“ (der einfachen Frage, ob eine Frau trinkt) wurde keine von 162 untersuchten schwangeren Frauen im ersten Schwangerschaftstrimester als problematische Trinkerin identifiziert. Mit der Timeline Follow-Back Methode (Sobell, Brown, Leo & Sobell, 1996) konnte jedoch gezeigt werden, dass 17% einen Konsum von über 70g Alkohol in der Woche und/oder Rauschtrinken aufwiesen. Die Autor/innen der Studie folgerten, dass diese Diskrepanz dazu führt, dass viele Schwangere fälschlicherweise nicht als problematische Trinkerinnen erkannt werden.

### *Effektivität von Interventionen*

Studien zu Kurzinterventionen mit schwangeren Frauen zeigen, dass in der gynäkologischen Praxis mit verhältnismässig geringem Aufwand grosse Effekte zur Prävention von fötaler Substanzbelastung erzielt werden können (Hankin, 2002; Melvin & Gaffney, 2004). Bei Interventionen mit leichten Raucherinnen beispielsweise gilt die Methode der 5 A als effektivste Strategie (Melvin & Gaffney, 2004), wobei bereits die Abgabe von Informationsmaterial zu den Risiken für das ungeborene Kind zum Erfolg führen kann (Fiore, 2000). Bei schweren Raucherinnen wird zusätzlich zur Methode der 5 A eine pharmakologische Behandlung empfohlen (Melvin & Gaffney, 2004). Kurzinterventionen zur Reduktion von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft erwiesen sich als effektiv (Handmaker & Wilbourne, 1999; Hankin, 2002).

*Screening-, Beratung und Interventionspraxis von Fachpersonen in der Schwangerschaftsvorsorge*

Studien zu der Frage, ob Frauen in der Schwangerschaft von Fachpersonen auf Substanzkonsum angesprochen werden, existieren in den USA (Jordan et al., 2006: Zigarettenkonsumscreening und Intervention; Diekman, 2000: Alkoholkonsumscreening), Kanada (Alkoholscreening: Tough et al. 2004) und Schweden (Alkoholscreening: Göransson et al., 2004; Göransson, et al., 2006; Magnusson et al., 2005). Bei Tough et al. (2004) und Tough et al. (2005) wurden Gynäkolog/innen, Hebammen und Allgemeinpraktiker/innen befragt wobei auch Screening und Beratung zu Alkoholkonsum in der Präkonzeptionsphase untersucht wurden. Von der schwedischen Forschungsgruppe wurden Hebammen in Stockholm befragt.

Allen Studien ist gemeinsam, dass die grosse Mehrheit der befragten Fachpersonen angaben, schwangere Frauen zu Zigaretten- beziehungsweise Alkoholkonsum zu befragen. Ein häufiger Befund ist, dass die Fachpersonen zwar Fragen stellen, jedoch kaum in strukturierter Weise mit einem Screeninginstrument (Diekman et al., 2000; Göransson, et al., 2006). Diekman et al. (2000) berichten, dass 97% der Fachpersonen angeben, den Alkoholkonsum zu erfragen, aber nur 23% verwendeten dazu ein Screeninginstrument wie AUDIT (Babor & Grant, 1989), T-ACE (Chang, 2001) oder TWEAK (Russell, 1994).

Auch selten wird interveniert, wenn eine Frau von Zigaretten oder Alkoholkonsum berichtet: Bei Jordan et al., (2006) wurde untersucht, ob Fachpersonen in der Schwangerschaftsvorsorge der Methode der 5A folgen. Die meisten der befragten Gynäkolog/innen (98%) gaben an, dass sie schwangere Frauen routinemässig zu Nikotinkonsum befragen. Zwei Drittel der Gynäkolog/innen (66%) berieten die Frauen und klärten sie über die Risiken auf. Bei Frauen, die jedoch angeben, in der Schwangerschaft zu rauchen, intervenierte nur ein kleiner Teil: 29% assistierten bei der Reduktion des Rauchens und nur 6% begleiteten den Prozess längerfristig (Jordan et al. 2006). Göransson et al. (2004) untersuchten das Wissen von Hebammen zu Störungen, die durch fetale Alkoholexposition entstehen, und die Kenntnis wie bei Trinkerinnen interveniert werden soll. Schliesslich befragten sie die Hebammen, ob sie in Fällen von problematischem Alkoholkonsum in der Vergangenheit tatsächlich interveniert haben, mit dem Ergebnis, dass zwar 72% der Hebammen angaben, dass schwangere Frauen mit Alkohol- oder Drogenproblemen an eine Spezialist/in zu überweisen sind, wobei nur 36% entsprechend handelten. Gestützt auf diese Ergebnisse folgerten Göransson et al. (2004), dass Richtlinien zur Standardisierung des Vorgehens der Hebammen bei Beratung und Intervention, die Versorgungslage verbessern könnten.

Entsprechende Studien in der Schweiz, bei welchen Fachpersonen zu ihrer Substanzkonsumscreening- und Beratungspraxis in der Schwangerschaftsvorsorge befragt wurden, existierten bis anhin nicht. Im Unterschied zu den beschriebenen internationalen Studien wurden im Rahmen der BAG-Studie „Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz“ Frauen nach der Geburt eines Kindes befragt, ob sie während der Schwangerschaft von einer Fachperson auf den Alkohol- und Zigarettenkonsum angesprochen wurden (Lemola & Grob, 2007). Nur knapp mehr als ein Drittel der befragten Frauen gab an, während der Schwangerschaft von einer Fachperson zum Alkoholkonsum angesprochen worden zu sein. Frauen mit höherem

Alkoholkonsum wurden nicht häufiger von einer Fachperson befragt als Frauen, die während der Schwangerschaft nicht tranken. Ungefähr zwei Drittel der Frauen gaben an, auf Nikotinkonsum angesprochen worden zu sein. Unter den Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, waren es fast 90% (Lemola & Grob, 2007). Jene Frauen, die von einer Fachperson auf Alkoholkonsum angesprochen worden waren, gaben mit 75% an, dass es ihre Gynäkolog/in war, die sie diesbezüglich befragt hat. Am zweithäufigsten fragten Hebammen nach Alkoholkonsum (39% der Frauen in der Teilstichprobe, die von einer Fachperson auf Alkoholkonsum angesprochen worden waren). Diese Zahlen liegen vor allem hinsichtlich Alkoholkonsum deutlich tiefer als die in den oben beschriebenen internationalen Studien. Ein wichtiger Unterschied zwischen den Studien ist, dass in der BAG-Studie nicht Fachpersonen sondern die Mütter selbst kurz nach der Geburt befragt wurden. Für die Unterschiede zwischen der BAG-Studie und den internationalen Studien sind verschiedene Erklärungen denkbar: Erstens, dass Fachpersonen in der Schweiz tatsächlich seltener nach Alkoholkonsum fragen als in den USA, Kanada und Schweden, zweitens, dass deutlich mehr Fachpersonen angeben, Fragen zum Konsumverhalten zu stellen, als sie es wirklich tun, und drittens, dass sich viele Frauen nach der Geburt nicht mehr daran erinnern, dass sie nach dem Konsumverhalten befragt wurden. Falls letztere Erklärung zutrifft, so würde dies darauf hindeuten, dass vor allem die Gruppe, die während der Schwangerschaft regelmässig Alkohol getrunken hat, zu wenig eingehend über die Risiken von Alkoholkonsum beraten worden ist.

*Welche „Barrieren“ verhindern eine effektivere Beratung und Intervention bei schwangeren Frauen?*

Der Befund, dass Fachpersonen häufig Fragen zum Konsum von Substanzen stellen, aber nicht intervenieren, kann verschiedenartig erklärt werden. Eine Erklärung besteht darin, dass die Einschätzung des Risikos von moderatem Konsum beeinflusst, ob interveniert wird. Schätzen Fachpersonen das Risiko des Substanzkonsums der Frau für das Kind als eher gering ein, ist die Wahrscheinlichkeit des Intervenierens gering. Hierzu liegen Daten vor, die zeigen, dass sich Gynäkolog/innen mit mehr Wissen zu den Risiken des Rauchens in der Schwangerschaft häufiger und effektiver in der Beratung engagieren (Mullen et al., 1998). Tough et al. 2004 zeigten, dass Fachpersonen in Kanada, welche moderaten Alkoholkonsum als weniger schädlich betrachteten, deutlich seltener Abstinenz und häufiger mässigen Konsum (d.h. „ab und zu ein Glas“) empfahlen, als Fachpersonen, die Alkoholkonsum als risikoreich einschätzten. Ein anderer Erklärungsansatz für den Befund, dass sich Fachpersonen im Umgang mit Substanzkonsum in der Schwangerschaft unterscheiden, geht von der Annahme aus, dass Fachpersonen, die sich eine grössere Wirksamkeit zuschreiben, häufiger intervenieren als solche, die nicht erwarten, dass ihrer Ratschläge eine Wirkung zeigen. Studien, die den Einfluss der Selbstwirksamkeit untersuchten, zeigen, dass Fachpersonen mit höherer Selbstwirksamkeit häufiger angeben, schwangere Frauen zu beraten (Thompson et al., 1993) und häufiger intervenieren, als solche mit geringer Selbstwirksamkeit (Jordan et al., 2006).

## 2 Zielsetzung und Forschungsfragen

### 2.1 Zielsetzung der Studie

Das distale Ziel der Studie besteht darin, einen Beitrag zum Schutz des Ungeborenen vor schädlicher Substanzexposition (Nikotin, Alkohol und illegale Drogen) sowie vor den Risiken von Mangel- oder Fehlernährung zu leisten. Hierzu wird eine möglichst umfassende Bestandesaufnahme der substanzkonsumbezogenen Screening-, Informations- und Interventionspraxis der in der Schwangerschaftsvorsorge tätigen Fachpersonen angestrebt. Die gewonnenen Informationen dienen in der Folge als Grundlage für die Analyse des Handlungsbedarfs sowie zur konkreten Ableitung von möglichen Empfehlungen und Massnahmen. Schliesslich ist es Ziel der Studie, in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Berufsverbänden einen konkreten Beitrag zur Sensibilisierung der in der Schwangerschaftsvorsorge tätigen Fachpersonen für die Prävention von schädlicher Substanzexposition, Mangel- und Fehlernährung zu leisten.

### 2.2 Forschungsfragen

Im Rahmen der Bestandesaufnahme der substanzkonsumbezogenen Screening-, Informations- und Interventionspraxis von Fachpersonen in der Schwangerschaftsvorsorge soll geklärt werden:

- Wie Gynäkolog/innen und Hebammen in der Schweiz die Risiken von Alkohol- und Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft einschätzen.
- Nach welchen Regeln Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen auf Rauchen und Alkoholkonsum screenen.
- Wie Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen über die Risiken von Zigaretten und Alkohol in der Schwangerschaft informieren und welche Empfehlungen sie zum Konsum geben.
- Welche Gründe dazu führen können, dass Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen nicht zu Alkohol- oder Zigarettenkonsum befragen.
- Wie Gynäkolog/innen und Hebammen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Reduktion von Alkohol- oder Zigarettenkonsum einschätzen.
- Welche Anliegen Gynäkolog/innen und Hebammen bezüglich einer Verbesserung der Prävention haben.

## 3 Methode

### 3.1 Messinstrument

Zur Erfassung der substanzkonsumbezogenen Screening-, Informations- und Interventionspraxis wurden zwei strukturgleiche Fragebogen für Gynäkolog/innen und Hebammen entwickelt. Die Fragebogen gliedern sich in sechs Bereiche:

1. Angaben zur Person (Demografische Angaben, Arbeitsumgebung, Berufserfahrung, Arbeitsfeld).
2. Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft (Screening-, Informations- und Interventionspraxis, Einschätzung der Risiken von Zigarettenkonsum, Einschätzung der Wirksamkeit einer Intervention, Einschätzung von Barrieren, die ein konsequentes ansprechen des Zigarettenkonsums verhindern können, Sensibilität bezüglich Partner- und Passivrauchen)
3. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (Screening-, Informations- und Interventionspraxis, Einschätzung der Risiken von Alkoholkonsum, Einschätzung der Wirksamkeit einer Intervention, Einschätzung von Barrieren, die ein konsequentes ansprechen des Alkoholkonsums verhindern können, Sensibilität bezüglich dem Trinkverhalten des Partners).
4. Konsum von anderen Substanzen während der Schwangerschaft (Screening bezüglich Koffeinkonsum, selber gekauften Medikamenten, vom Arzt verschriebenen Medikamenten und illegalen Drogen).
5. Ernährung während der Schwangerschaft (Abklärung von Schwangerschaftsdiabetes (bei Gynäkolog/innen), Aufklärung bezüglich Risikolebensmitteln und Mikronährstoffversorgung, Empfehlung von Multivitamin- und Mineralstoffpräparaten, Folsäureprophylaxe, Einschätzung der Risiken und Interventionen bei nicht normalem Gewichtsverlauf).
6. Einschätzung des Nutzens von verschiedenen Massnahmen zur Verbesserung der Prävention

Das Messinstrument wurde im Rahmen einer Pilotphase mit sechs Gynäkolog/innen und zehn Hebammen getestet und mit speziellem Augenmerk auf Umfang, Verständlichkeit und Berufsgruppenangemessenheit besprochen. Um die gewünschte Partizipationsrate zu erreichen, wurde darauf geachtet, dass die durchschnittliche Bearbeitungsdauer pro Fragebogen nicht über 20 Minuten lag. In der Folge wurde das Instrument den entsprechenden Berufsverbänden (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Schweizerischer Hebammenverband) zur Vernehmlassung vorgelegt.

### 3.2 Vorgehen bei der Stichprobenrekrutierung

Die Rekrutierung der Stichprobe erfolgte anhand von Einträgen im offiziellen Telefonbuch der Schweiz (Directories CD, 5/07; Swisscom Directories AG, 2007). Schweizweit wurden 1060 Gynäkolog/innen unter der Rubrik „Gynäkologie und Geburtshilfe“ aufgefunden. Un-

ter den Rubriken Hebamme/Sage-Femme/Levatrice fanden sich 198 Hebammen; zusätzlich konnten 1065 Hebammen gefunden werden, bei welchen als Berufsbezeichnung Hebamme/Sage-Femme/Levatrice angegeben war, die aber nicht unter der Rubrik Hebamme aufgeführt waren. Beiden Berufsgruppen (Gynäkolog/innen,  $N = 1060$ ; und Hebammen,  $N = 1270$ ) wurde am 5./6. November 2007 (deutschsprachige Schweiz) und am 27. November 2007 (französisch- und italienischsprachige Schweiz) ein Forschungsfragebogen in der jeweiligen Sprache zugesendet.

### 3.3 Stichprobe

Bis zum 27. Februar 2008 beantworteten 486 Gynäkolog/innen (45.8% der Gesamtpopulation der Schweizer Gynäkolog/innen mit Telefonbucheintrag) und 366 Hebammen (28.8% der Gesamtpopulation der Schweizer Hebammen mit Telefonbucheintrag) den Fragebogen. Unter den Hebammen mit Telefonbucheintrag in der Rubrik ‚Hebamme‘ beantworteten 94 den Fragebogen (49.0%), während unter den Hebammen, bei welchen Hebamme als ‚Berufsbezeichnung‘ angegeben war, 272 (25.1%) den Fragebogen beantworteten.

Die höhere Rücklaufquote unter den Hebammen mit Eintrag in der Rubrik ‚Hebamme‘ kann auf zwei Gründe zurückgeführt werden. Einerseits finden sich hierunter möglicherweise mehr freischaffende sowie in einer privaten Praxis tätige Hebammen. Da diese Studie sich in erster Hinsicht auf die Praxis der Schwangerschaftsvorsorge und der Schwangerschaftskontrolle bezieht – ein Bereich, der mehr ins Tätigkeitsfeld von freischaffenden Hebammen und Hebammen in Hebammenpraxen fällt als ins Tätigkeitsfeld von in Spitälern angestellten Hebammen – ist anzunehmen, dass Hebammen, mit Eintrag in der Rubrik ‚Hebamme‘ von der Studie stärker angesprochen waren. Andererseits praktizieren möglicherweise einige der Personen mit ‚Hebamme‘ als Berufsbezeichnung im Telefonbuch aber ohne Eintrag in der Rubrik ‚Hebamme‘ nicht mehr den Beruf der Hebamme. Detaillierte Angaben zur Teilnehmerate unterteilt nach Sprachregionen können Tabelle 1 entnommen werden.

**Tabelle 1:** Angaben zur Teilnehmerate unterteilt nach Sprachgruppen.

	Versendete Fragebogen <i>n</i>	Anzahl beantwortete Fragebogen <i>n (%)</i>
<b>Gynäkolog/innen</b>		
Deutsch	718	352 (49.0)
Französisch	288	107 (37.2)
Italienisch	54	27 (50.0)
Total	1060	486 (45.8)
<b>Hebammen</b>		
Deutsch	893	260 (29.1)
Französisch	342	94 (27.5)
Italienisch	35	12 (34.3)
Total	1270	366 (28.8)

Tabellen 2 und 3 geben detaillierte Auskunft zur Demographie und Arbeitserfahrung der beiden Berufsgruppen.

**Tabelle 2:** Angaben zur Demographie und Arbeitserfahrung der Gynäkolog/innen ( $N = 486$ ). Da nicht alle Gynäkolog/innen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Wert
<b>Demographie</b>	
Alter $M (SD)$	51.8 (8.8)
Geschlecht: männlich (%)	273 (56.2)
weiblich (%)	201 (43.8)
<b>Berufserfahrung</b>	
Arbeitsumgebung	
Arbeitet hauptsächlich im Spital (%)	54 (11.1)
Arbeitet hauptsächlich in der Praxis (%)	391 (80.5)
Arbeitet gleich viel im Spital wie in der Praxis (%)	41 (8.4)
Jahre seit Studienabschluss $M (SD)$	24.7 (8.5)
Jahre seit Facharztabschluss $M (SD)$	16.1 (9.0)
Zeitpunkt des Erstkontaktes in der Schwangerschaft	
Vor der 20. Schwangerschaftswoche(%)	464 (97.3)
20. – 29. Schwangerschaftswoche(%)	11 (2.3)
Nach der 30. Schwangerschaftswoche(%)	2 (0.4)
Begleitet Frauen bei der Geburt	
Ja (%)	350 (72.5)
Nein (%)	133 (27.5)
Anzahl Geburten im Monat $M (SD)$	10 (16)

**Tabelle 3:** Angaben zur Demographie und Arbeitserfahrung der Hebammen ( $N = 366$ ). Da nicht alle Hebammen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	<i>Wert</i>
<b>Demographie</b>	
Alter $M$ ( $SD$ )	44.7 (8.5)
<b>Berufserfahrung</b>	
Arbeitsumgebung (Mehrfachantworten möglich)	
Als Hebamme im Spital(%)	174 (47.5)
Als freischaffende Hebamme(%)	198 (54.1)
Als Hebamme in einer Hebammenpraxis (%)	44 (12.0)
Als Hebamme in einer Arztpraxis (%)	8 (2.2)
Jahre seit der Hebammenausbildung $M$ ( $SD$ )	18.7 (8.9)
Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftskontrolle ( $SSW$ )	21.4 (11.7)
Vor der 20. Schwangerschaftswoche (%)	171 (57.0)
20. – 29. Schwangerschaftswoche (%)	42 (14.0)
Nach der 30. Schwangerschaftswoche (%)	87 (29.0)
Anzahl Geburten im Monat $M$ ( $SD$ )	7.8 (30.3)

### 3.4 Auswertung

Die zurückgesendeten Fragebogen wurden eingescannt und mit Hilfe der Software Teleform (Electric Paper, 2007) elektronisch in die Statistikdatenbank eingelesen. Sämtliche Eingaben wurden zusätzlich von Auge auf Korrektheit geprüft.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Prävention von fötaler Zigarettenrauch- und Alkoholbelastung

#### *Prävention von Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft*

Die meisten Gynäkolog/innen (92%) befragen schwangere Frauen routinemässig zu Zigarettenkonsum, klären ihre Patientinnen zu den Risiken des Rauchens auf (87%) und geben an, dass sie Zigarettenkonsum-Screening als Teil ihres Aufgabenbereiches betrachten (99%). Weniger einheitlich wurde das Risiko eingeschätzt, welches von Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft ausgeht. Während 46% den Konsum von 3-9 Zigaretten im Tag bereits als deutlich erhöhtes Risiko für das Kind einschätzten, fanden 52% das Risiko nur als leicht erhöht. Eine Mehrheit (71%) empfiehlt den Patientinnen, das Rauchen ganz einzustellen, während 19% eine Reduktion des Nikotinkonsums empfiehlt. Weitere 10% gaben an, dass sie entweder Abstinenz oder eine Reduktion des Rauchens empfehlen, je nachdem, wie sie die Möglichkeiten der Patientinnen einschätzen, den Konsum zu verändern. Die Antwortalternativen „den Konsum nicht zu verändern“ und „ich gebe hierzu keine Empfehlungen ab“ wurden praktisch nicht gewählt.

**Tabelle 4.** Gynäkolog/innen: Häufigkeit von Zigarettenkonsumscreening, -beratung und der Risikoeinschätzung nach Sprachregion und Abschlussjahr der Facharztausbildung (in Prozent)

	Sprachregion			Facharztausbildung			CH
	Dt	Fr	It	Vor 1990	1990- 1999	Nach 1999	
<b>Zigarettenkonsumscreening</b>							
Befragt alle Patientinnen, ob sie rauchen	90	99	96	90	93	93	<b>92</b>
Befragt nur, wenn Z.konsum vermutet	9	1	4	9	6	7	<b>7</b>
Fragt nicht nach Zigarettenkonsum	1	0	0	1	1	0	<b>1</b>
<b>Aufklärung zu den Risiken</b>							
Routinemässige Aufklärung	85	89	96	88	84	85	<b>87</b>
Keine routinemässige Aufklärung	15	11	4	12	16	15	<b>13</b>
<b>Empfehlungen</b>							
Das Rauchen einzustellen	74	63	63	74	72	68	<b>71</b>
Das Rauchen einstellen od. reduzieren	9	10	22	7	10	14	<b>10</b>
Das Rauchen zu reduzieren	17	26	15	18	18	18	<b>19</b>
Die Rauchgewohnheiten nicht zu ändern	0	0	0	1	0	0	<b>0</b>
Keine Empfehlungen	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 1-2 Zigaretten/Tag</b>							
Unbedenklich	44	47	58	51	46	36	<b>46</b>
Leicht erhöhtes Risiko	49	45	39	41	47	57	<b>47</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	8	9	4	9	7	6	<b>8</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 3-9 Zigaretten/Tag</b>							
Unbedenklich	2	3	0	3	2	0	<b>2</b>
Leicht erhöhtes Risiko	51	48	77	54	52	52	<b>52</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	47	50	23	42	46	48	<b>46</b>

**Stichprobengrößen:** Deutschsprachige Schweiz (n=352), Französischsprachige Schweiz (n=107), Italienischsprachige Schweiz (n=27), Abschluss der Facharztausbildung vor 1990 (n=189), Abschluss der Facharztausbildung 1990-1999 (n=180), Abschluss der Facharztausbildung nach 1999 (n=94), Gesamtschweiz alle Altersstufen (N=486). Aufgrund der geringen Stichprobengrösse in der Italienischsprachigen Schweiz sind die Ergebnisse mit gegebener Vorsicht zu betrachten.

Weiterführende Interventionen zur Reduktion des Nikotinkonsums werden hingegen weniger häufig durchgeführt als die einfache Aufklärung zu den Risiken: 65% der Gynäkolog/innen gaben an, Nikotinkonsum bei weiteren Konsultationen konsequent anzusprechen und 24% erstellen mit Patientinnen, die während der Schwangerschaft weiterhin Zigaretten rauchen, einen Plan, mit dem sie die Nikotinabhängigkeit überwinden können. Informationsmaterial wird von 11% der Gynäkolog/innen verwendet.

Die Mehrheit der Hebammen befragt schwangere Frauen routinemässig zu Zigarettenkonsum (83%), klärt sie zu den Risiken des Rauchens auf (60%) und gibt an, dass sie Zigarettenkonsum-Screening als Teil ihres Aufgabenbereiches betrachtet (82%). Weniger einheitlich wurde das Risiko eingeschätzt, welches von Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft ausgeht. Während 70% den Konsum von 3-9 Zigaretten im Tag bereits als deutlich erhöhtes Risiko für das Kind einschätzten, fanden 30% das Risiko nur als leicht erhöht. Fast

die Hälfte (45%) empfiehlt den schwangeren Frauen, das Rauchen ganz einzustellen, während 46% nur eine Reduktion des Nikotinkonsums empfehlen. Weitere 9% gaben an, dass sie entweder Abstinenz oder eine Reduktion des Rauchens empfehlen, je nachdem, wie sie die Möglichkeiten der Frau einschätzen, den Konsum zu verändern. Die Antwortalternativen „den Konsum nicht zu Verändern“ und „ich gebe hierzu keine Empfehlungen ab“ wurden nur von 0.3% respektive 3% gewählt.

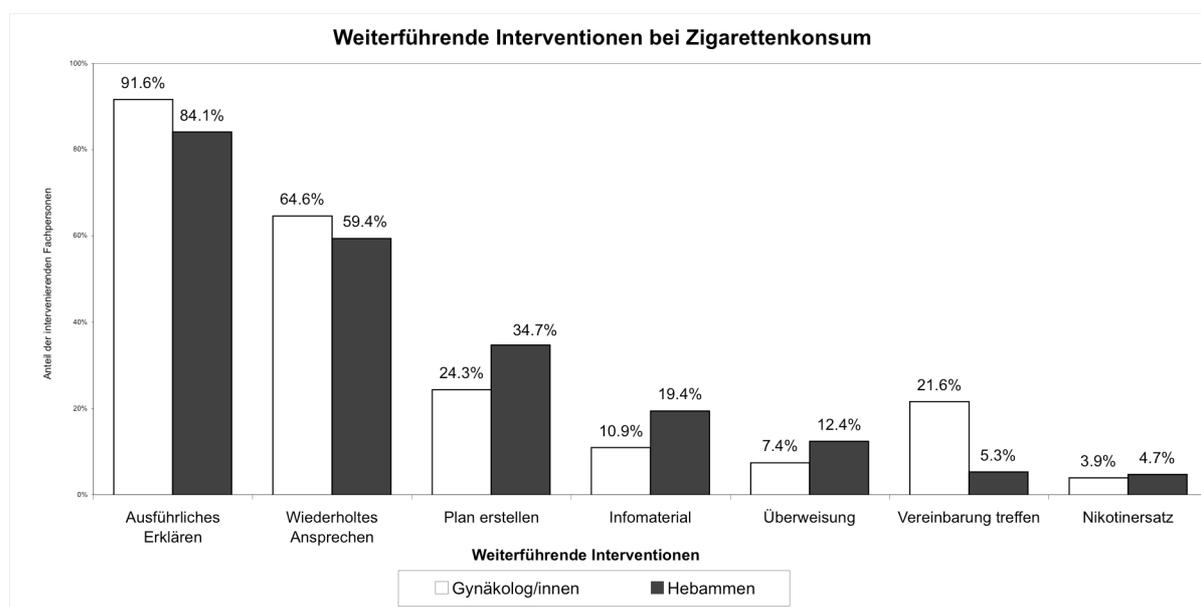
**Tabelle 5.** Hebammen mit Erstkontakt vor der 20. Schwangerschaftswoche: Häufigkeit von Zigarettenkonsumscreening, -beratung und der Risikoeinschätzung nach Sprachregion und Abschlussjahr der Hebammenausbildung (in Prozent)

	Sprachregion			Abschlussjahr der Hebammenausbildung			CH
	Dt	Fr	It	Vor 1990	1990-1999	Nach 1999	
<b>Zigarettenkonsumscreening</b>							
Befragt alle Patientinnen, ob sie rauchen	92	89	*	92	91	88	<b>91</b>
Befragt nur, wenn Z.konsum vermutet	7	11	*	7	9	6	<b>8</b>
Fragt nicht nach Zigarettenkonsum	2	0	*	1	0	6	<b>1</b>
<b>Aufklärung zu den Risiken</b>							
Routinemässige Aufklärung	66	69	*	72	64	59	<b>67</b>
Keine routinemässige Aufklärung	34	31	*	28	36	41	<b>33</b>
<b>Empfehlungen</b>							
Das Rauchen einzustellen	57	40	*	50	53	65	<b>53</b>
Das Rauchen einstellen od. reduzieren	8	20	*	12	10	6	<b>10</b>
Das Rauchen zu reduzieren	32	40	*	35	37	24	<b>35</b>
Die Rauchgewohnheiten nicht zu ändern	0	0	*	0	0	0	<b>0</b>
Keine Empfehlungen	3	0	*	3	1	6	<b>2</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 1-2 Zigaretten/Tag</b>							
Unbedenklich	15	37	*	29	11	18	<b>20</b>
Leicht erhöhtes Risiko	74	57	*	63	78	77	<b>71</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	11	6	*	8	11	6	<b>9</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 3-9 Zigaretten/Tag</b>							
Unbedenklich	0	0	*	0	0	0	<b>0</b>
Leicht erhöhtes Risiko	24	44	*	34	24	29	<b>29</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	76	56	*	66	76	71	<b>71</b>

**Stichprobengrößen:** Deutschsprachige Schweiz (n=135), Französischsprachige Schweiz (n=35), Italienischsprachige Schweiz: \* aufgrund der geringen Teilstichprobengrösse nicht berichtet (n<10); Abschluss der Hebammenausbildung vor 1990 (n=77), Abschluss der Hebammenausbildung 1990-1999 (n=75), Abschluss der Hebammenausbildung nach 1999 (n=17), Gesamtschweiz alle Altersstufen und Sprachregionen (N=171).

Weiterführende Interventionen zur Reduktion des Nikotinkonsums werden weniger häufig durchgeführt als die einfache Aufklärung zu den Risiken von Nikotinkonsum: 44% der Hebammen gaben an, Nikotinkonsum bei weiteren Konsultationen konsequent anzusprechen und 29% erstellen mit Frauen, die während der Schwangerschaft weiterhin Zigaretten rauchen, einen Plan, mit dem sie die Nikotinabhängigkeit überwinden können. Informationsma-

terial wird von 14% der Hebammen verwendet. Die Werte unterscheiden sich zum Teil deutlich in Abhängigkeit davon, ob Hebammen bereits früh in der Schwangerschaft mit den Frauen in Kontakt kommen (Erstkontakt vor der 20. Schwangerschaftswoche: n = 171) oder eher spät (Erstkontakt nach der 29. Schwangerschaftswoche: n = 87). Erstere sind häufiger als freischaffende Hebammen oder als Hebamme in einer Hebammenpraxis tätig (74%), letztere hauptsächlich als Spitalhebammen (91%). Hebammen, die bereits früh in der Schwangerschaft mit den Frauen in Kontakt treten, informieren häufiger über die Risiken des Rauchens (67% vs. 40%) und empfehlen auch häufiger, das Rauchen ganz einzustellen anstatt nur zu reduzieren (53% vs. 28%).



**Abbildung 1.** Weiterführende Interventionen der Gynäkolog/innen und Hebammen (Hebammen mit Erstkontakt vor der 20. Schwangerschaftswoche) bei Frauen die angeben, während der Schwangerschaft zu rauchen.

**Ausführliches Erklären:** Die Risiken des Rauchens werden vertieft besprochen; **Wiederholtes Ansprechen:** Das Rauchen wird in den folgenden Konsultationen erneut angesprochen; **Plan erstellen:** Die Fachperson erstellt mit der Frau zusammen einen Plan, der ihr helfen soll, dass Rauchen zu reduzieren oder einzustellen; **Infomaterial:** Die Fachperson verteilt Informationsmaterial; **Überweisung:** Die Fachperson überweist die Frau an eine Spezialist/in; **Vereinbarung treffen:** Die Fachperson vereinbart mit der Frau, dass sie das Rauchen einstellt; **Nikotinersatz:** Die Fachperson verschreibt oder empfiehlt eine Nikotinersatztherapie.

### *Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft*

Eine Mehrheit (65%) der Gynäkolog/innen befragt schwangere Frauen routinemässig zum Alkoholkonsum, wobei dieser Anteil geringer ist als beim Zigarettenkonsum. Die Verwendung eines standardisierten Screeninginstrumentes ist sehr selten. Nur gerade 1% gab an, ein Screeninginstrument wie beispielsweise T-ACE, TWEAK oder AUDIT zu verwenden. 77% der Gynäkolog/innen klären ihre Patientinnen zu den Risiken des Alkoholkonsums auf und fast alle betrachten Alkoholkonsum-Screening als Teil ihres Aufgabenbereiches (97%). Wiederum weniger einheitlich wurde das Risiko eingeschätzt, welches von Alkoholkonsum

während der Schwangerschaft ausgeht. Während 17% den Konsum von drei Gläsern Alkohol in der Woche bereits als deutlich erhöhtes Risiko für das Kind einschätzten, fanden 47% das Risiko nur als leicht erhöht. Weitere 36% gaben an, dass bei drei Gläsern in der Woche noch kaum ein Risiko für das Kind bestehe. Entsprechend uneinheitlich stellt sich die gängige Empfehlungspraxis der Gynäkolog/innen dar: 56% empfehlen vollständige Alkoholabstinenz oder „nur am Glas nippen“, weitere 42% empfehlen mässigen Konsum („ab und zu ein Glas trinken“) und 2% empfehlen, „nicht mehr als ein Glas pro Tag“ zu trinken.

**Tabelle 6.** Gynäkolog/innen: Häufigkeit von Alkoholkonsumscreening, -beratung und der Risikoeinschätzung nach Sprachregion und Abschlussjahr der Facharztausbildung (in Prozent)

	Sprachregion			Facharztausbildung			CH
	Dt	Fr	It	Vor 1990	1990-1999	Nach 1999	
<b>Alkoholkonsumscreening</b>							
Befragt alle Patientinnen zu Alkoholkonsum	62	69	82	65	64	68	<b>65</b>
Befragt nur, wenn A.konsum vermutet	31	22	19	27	29	29	<b>28</b>
Fragt nicht nach Alkoholkonsum	6	9	0	8	7	3	<b>7</b>
<b>Aufklärung zu den Risiken</b>							
Routinemässige Aufklärung	73	90	82	80	75	73	<b>77</b>
Keine routinemässige Aufklärung	27	10	19	20	25	27	<b>23</b>
<b>Empfehlungen</b>							
Strikte Abstinenz	16	28	16	11	23	26	<b>19</b>
Strikte Abstinenz bis am Glas nippen	3	2	4	3	3	2	<b>3</b>
Höchstens am Glas nippen	37	26	32	30	36	36	<b>34</b>
Am Glas nippen bis mässiger Konsum	3	1	0	2	3	0	<b>2</b>
Mässiger Konsum	40	40	36	48	35	34	<b>40</b>
Mässiger Konsum bis max 1 Glas/Tag	0	0	4	1	0	0	<b>0</b>
Nicht mehr als ein Glas Alkohol pro Tag trinken	1	3	8	4	1	0	<b>2</b>
Ich gebe dazu keine Empfehlungen ab	1	0	0	1	0	1	<b>0</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 3 Gläsern pro Woche</b>							
Unbedenklich	37	30	42	51	26	26	<b>36</b>
Leicht erhöhtes Risiko	47	48	46	37	54	49	<b>46</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	16	22	13	12	20	26	<b>18</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 1 Glas/Tag</b>							
Unbedenklich	8	4	23	16	3	1	<b>8</b>
Leicht erhöhtes Risiko	43	41	42	47	41	34	<b>42</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	49	55	35	37	55	65	<b>50</b>

**Stichprobengrößen:** Deutschsprachige Schweiz (n=352), Französischsprachige Schweiz (n=107), Italienischsprachige Schweiz (n=27), Abschluss der Facharztausbildung vor 1990 (n=189), Abschluss der Facharztausbildung 1990-1999 (n=180), Abschluss der Facharztausbildung nach 1999 (n=94), Gesamtschweiz alle Altersstufen (N=486). Aufgrund der geringen Stichprobengrösse in der Italienischsprachigen Schweiz sind die Ergebnisse mit gegebener Vorsicht zu betrachten

Weiterführende Interventionen zur Verhinderung von fötaler Alkoholbelastung werden ähnlich wie beim Zigarettenkonsum selten durchgeführt: 54% gaben an, den Alkoholkonsum bei Patientinnen, die während der Schwangerschaft weiterhin Alkohol konsumieren, bei weiteren Konsultationen konsequent anzusprechen und 13% erstellen mit ihren schwangeren

Patientinnen einen Plan, der ihnen helfen soll, auf Alkohol zu verzichten. Informationsmaterial zu den Risiken von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft wird von 6% der Gynäkolog/innen verwendet. 34% gaben an schwangere Frauen, die Alkohol trinken, an eine Spezialist/in zu verweisen, wobei anzunehmen ist, dass sich diese Antworten auf Frauen mit hohem Alkoholkonsum bezieht.

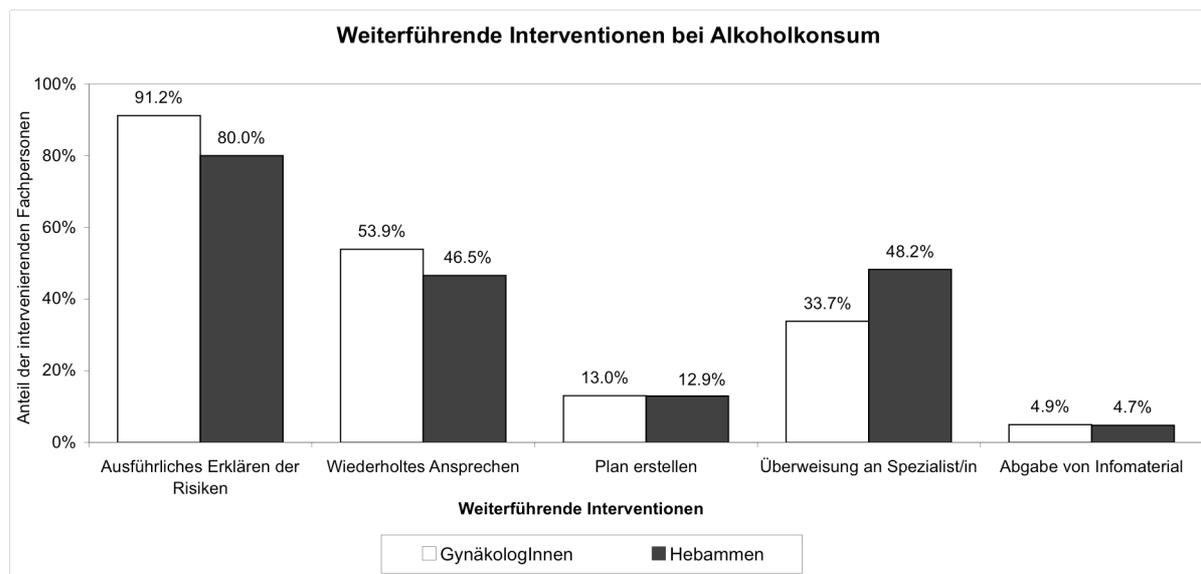
Eine Mehrheit (71%) der Hebammen befragte schwangere Frauen routinemässig zum Alkoholkonsum, wobei dieser Anteil etwas geringer ist als beim Zigarettenkonsum. Gleich wie bei den Gynäkolog/innen ist die Verwendung eines standardisierten Screeninginstrumentes sehr selten. Nur gerade 2% gaben an, ein Screeninginstrument wie beispielsweise T-ACE, TWEAK oder AUDIT zu verwenden. 55% der Hebammen klären die schwangeren Frauen zu den Risiken des Alkoholkonsums auf und die meisten betrachten Alkoholkonsum-Screening als Teil ihres Aufgabenbereiches (91%). Ähnlich wie bei den Gynäkolog/innen wurde das Risiko, welches von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ausgeht, wenig einheitlich eingeschätzt. Während 23% den Konsum von 3 Gläsern Alkohol in der Woche bereits als deutlich erhöhtes Risiko für das Kind einschätzten, fanden 53% das Risiko nur als leicht erhöht. Weitere 24% gaben an, dass bei drei Gläsern in der Woche noch kaum ein Risiko für das Kind bestehe. Entsprechend uneinheitlich stellt sich die gängige Empfehlungspraxis der Hebammen dar: 50% empfehlen vollständige Alkoholabstinenz oder „nur am Glas nippen“, weitere 46% empfehlen mässigen Konsum („ab und zu ein Glas trinken“), und 1% empfiehlt, „nicht mehr als ein Glas pro Tag“ zu trinken. Auch hier gilt: Hebammen, die bereits früh in der Schwangerschaft mit den Frauen in Kontakt treten, informieren häufiger über die Risiken von Alkoholkonsum. Kaum ein Unterschied besteht jedoch bei den Empfehlungen zum Alkoholkonsum: Ungefähr gleich viele in beiden Gruppen empfehlen vollständige Alkoholabstinenz oder „nur am Glas nippen“ (50% unter den Hebammen, bei welchen der Erstkontakt vor der 20. Schwangerschaftswoche stattfindet und 48% unter den Hebammen, bei welchen der Erstkontakt in der 30. Schwangerschaftswoche oder später stattfindet).

**Tabelle 7.** Hebammen mit Erstkontakt vor der 20. Schwangerschaftswoche: Häufigkeit von Alkoholkonsumscreening, -beratung und der Risikoeinschätzung nach Sprachregion und Abschlussjahr der Hebammenausbildung (in Prozent)

	Sprachregion			Abschlussjahr der Hebammenausbildung			CH
	Dt	Fr	It	Vor 1990	1990-1999	Nach 1999	
<b>Alkoholkonsumscreening</b>							
Befragt alle Patientinnen zu Alkoholkonsum	88	86	*	88	87	88	<b>88</b>
Befragt nur, wenn A.konsum vermutet	8	14	*	9	11	6	<b>10</b>
Fragt nicht nach Alkoholkonsum	4	0	*	3	3	6	<b>3</b>
<b>Aufklärung zu den Risiken</b>							
Routinemässige Aufklärung	60	83	*	66	64	65	<b>65</b>
Keine routinemässige Aufklärung	40	17	*	34	36	35	<b>35</b>
<b>Empfehlungen</b>							
Strikte Abstinenz	13	29	*	12	19	18	<b>16</b>
Strikte Abstinenz bis am Glas nippen	3	0	*	4	1	0	<b>2</b>
Höchstens am Glas nippen	33	27	*	32	30	41	<b>32</b>
Am Glas nippen bis Mässiger Konsum	2	0	*	3	1	0	<b>2</b>
Mässiger Konsum	45	44	*	47	46	35	<b>46</b>
Nicht mehr als ein Glas Alkohol pro Tag trinken	2	0	*	3	0	0	<b>1</b>
Keine Empfehlungen	2	0	*	0	3	6	<b>2</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 3 Gläsern pro Woche</b>							
Unbedenklich	25	17	*	28	20	18	<b>23</b>
Leicht erhöhtes Risiko	56	51	*	50	60	53	<b>55</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	19	31	*	22	20	29	<b>22</b>
<b>Einschätzung des Risikos von 1 Glas/Tag</b>							
Unbedenklich	1	6	*	3	1	0	<b>2</b>
Leicht erhöhtes Risiko	34	20	*	39	26	24	<b>32</b>
Deutlich erhöhtes Risiko	65	74	*	58	73	77	<b>67</b>

**Stichprobengrößen:** Deutschsprachige Schweiz (n=135), Französischsprachige Schweiz (n=35), Italienischsprachige Schweiz: \* aufgrund der geringen Teilstichprobengrösse nicht berichtet (n<10); Abschluss der Hebammenausbildung vor 1990 (n=77), Abschluss der Hebammenausbildung 1990-1999 (n=75), Abschluss der Hebammenausbildung nach 1999 (n=17), Gesamtschweiz alle Altersstufen und Sprachregionen (N=171).

Weiterführende Interventionen zur Verhinderung von fötaler Alkoholbelastung werden seltener durchgeführt als dass einfach zu den Risiken des Alkoholkonsums informiert wird: 36% gaben an, den Alkoholkonsum bei Frauen, die während der Schwangerschaft weiterhin Alkohol konsumieren, bei weiteren Konsultationen konsequent anzusprechen und 13% erstellen mit den Frauen einen Plan, der ihnen helfen soll, auf Alkohol zu verzichten. Informationsmaterial zu den Risiken von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft wird von 9% der Hebammen verwendet. 43% gaben an, schwangere Frauen, die Alkohol trinken, an eine Spezialist/in zu verweisen, wobei anzunehmen ist, dass sich diese Antworten auf Frauen mit hohem Alkoholkonsum beziehen.



**Abbildung 2.** Weiterführende Interventionen der Gynäkolog/innen und Hebammen (Hebammen mit Erstkontakt vor der 20. Schwangerschaftswoche) bei Frauen die angeben, während der Schwangerschaft Alkohol zu trinken. **Ausführliches Erklären:** Die Risiken von Alkohol werden vertieft besprochen; **Wiederholtes Ansprechen:** Der Alkoholkonsum wird in den folgenden Konsultationen erneut angesprochen; **Plan erstellen:** Die Fachperson erstellt mit der Frau zusammen einen Plan, der ihr helfen soll, den Alkoholkonsum zu reduzieren oder einzustellen; **Überweisung:** Die Fachperson überweist die Frau an eine Spezialist/in; **Infomaterial:** Die Fachperson verteilt Informationsmaterial.

### *Konsum von alkoholhaltigem Bier in der Stillzeit*

Die Mehrzahl der befragten Gynäkolog/innen betrachtet den Konsum von einem Glas alkoholhaltigem Bier pro Tag während der Stillzeit als nicht förderlich für die Milchproduktion (77%) und schädlich für das Kind (68%). Mit 93% fand die überwältigende Mehrheit, dass alkoholhaltiges Bier in der Stillzeit nicht empfohlen werden kann (die Antwortkategorien „eher unzutreffend“ und „völlig unzutreffend“ zusammengezogen). Eine kleine Minderheit betrachtet alkoholhaltiges Bier in der Stillzeit als eher nicht schädlich und findet, dass ein Glas alkoholhaltiges Bier pro Tag empfohlen werden kann.

Auch die Mehrheit der befragten Hebammen betrachtet den Konsum von einem Glas Bier pro Tag während der Stillzeit als nicht förderlich für die Milchproduktion und schädlich für das Kind (67% respektive 74%). Mit 92% fand die überwältigende Mehrheit, dass alkoholhaltiges Bier in der Stillzeit nicht empfohlen werden kann (jeweils die Antwortkategorien „eher unzutreffend“ und „völlig unzutreffend“ zusammen).

### *Rauchen und Alkoholkonsum des Umfelds*

Eine Mehrheit der Gynäkolog/innen fragt schwangere Frauen nach den Rauchgewohnheiten der Partner (64%) und Passivrauchen allgemein (55%) und schätzen diese Faktoren als wichtig für den Zigarettenkonsum der Frau und für die Gesundheit des Kindes ein (89% respektive 86%). Deutlich seltener hingegen wird nach dem Alkoholkonsum des Partners gefragt (27%). Dies obwohl eine Mehrheit der Gynäkolog/innen (58%) die Alkoholkonsum-

gewohnheiten des Partners als wichtigen Einflussfaktor auf den Alkoholkonsum der schwangeren Frau einschätzen.

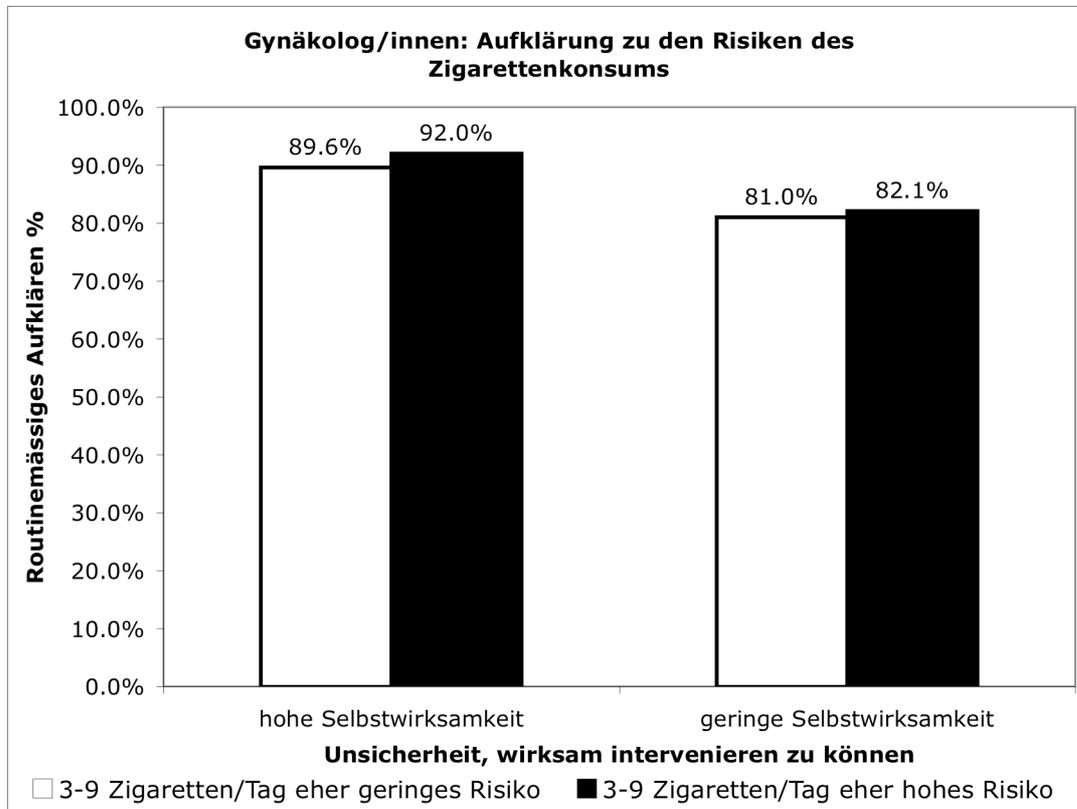
Eine Mehrheit der Hebammen fragen schwangere Frauen nach den Rauchgewohnheiten der Partner und Passivrauchen allgemein (64% respektive 52%) und schätzen diese Faktoren als wichtig für den Zigarettenkonsum der Frau und für die Gesundheit des Kindes ein (93% respektive 96%). Deutlich seltener hingegen wird nach dem Alkoholkonsum des Partners gefragt (30%). Dies obwohl eine Mehrheit der Hebammen die Alkoholkonsumgewohnheiten des Partners als wichtigen Einflussfaktor auf den Alkoholkonsum der schwangeren Frau einschätzen (76%).

## 4.2 Einflussfaktoren auf die Beratungspraxis

### *Zigarettenkonsum*

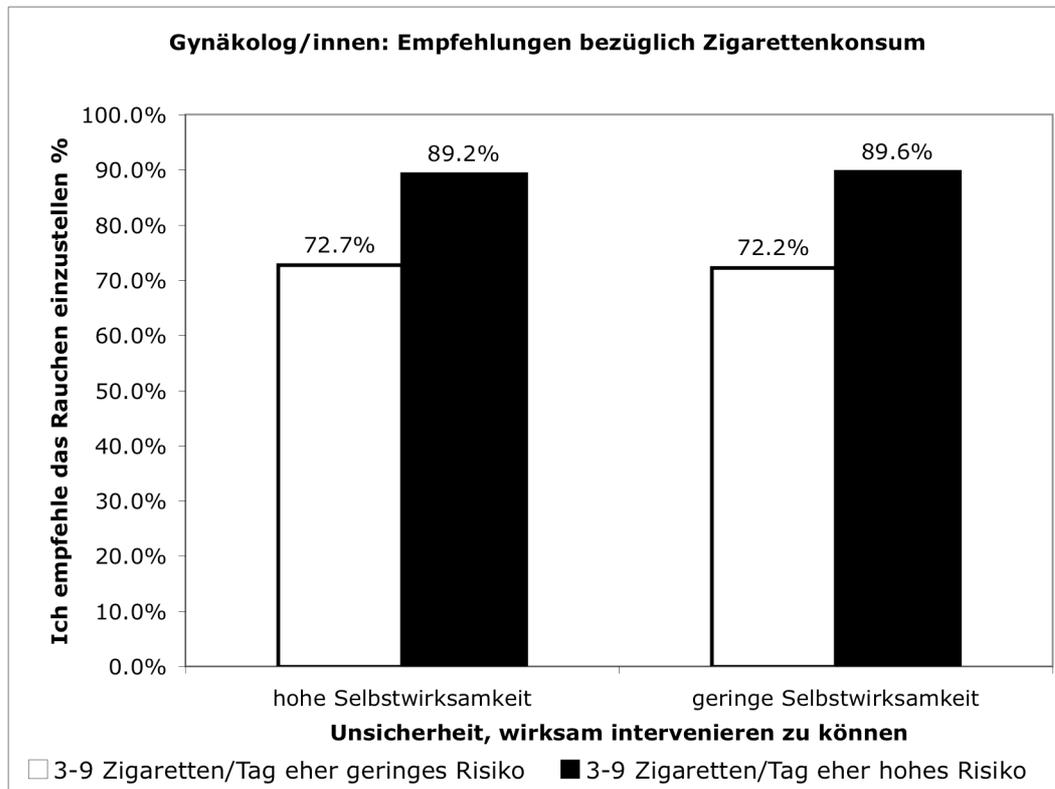
Um zu klären, welche Faktoren einen Einfluss darauf ausüben, ob Gynäkolog/innen schwangere Frauen über die Risiken von Zigaretten informieren und welche Empfehlungen sie ihnen geben, wurden zwei Einflussgrössen vertieft betrachtet, nämlich (a) die Einschätzung, wirksam intervenieren zu können, wenn eine Frau Zigaretten konsumiert (Selbstwirksamkeit) und (b) die Einschätzung, wie gross das Risiko für das ungeborene Kind ist, wenn eine schwangere Frau drei bis neun Zigaretten pro Tag in der Woche konsumiert (Risikoeinschätzung).

Abbildung 3 zeigt, dass Gynäkolog/innen, die von der Wirksamkeit ihrer Interventionen überzeugt sind (hohe Selbstwirksamkeit) mit grösserer Wahrscheinlichkeit über die Risiken von Zigaretten informieren.



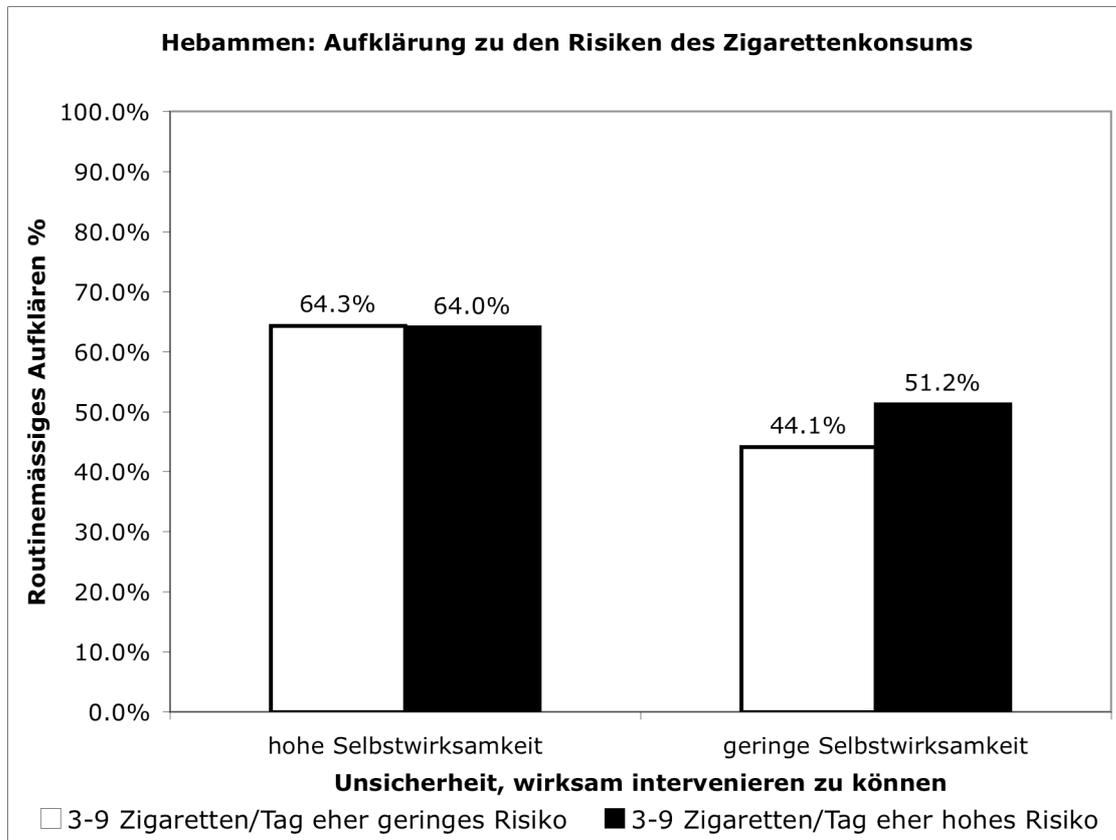
**Abbildung 3:** Gynäkolog/innen: Aufklärung zu den Risiken des Zigarettenkonsums in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei Raucherinnen wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3-9 Zigaretten pro Tag für das ungeborene Kind.

Abbildung 4 zeigt, dass Gynäkolog/innen, die den Konsum von drei bis neun Zigaretten pro Tag als ein eher hohes Risiko einschätzen, auch häufiger empfehlen, ganz auf Zigaretten zu verzichten. Die Selbstwirksamkeit hat hingegen einen geringen Einfluss auf die Empfehlungen zum Zigarettenkonsum. Die statistische Absicherung dieser Effekte ist in Tabelle 8 dargestellt.



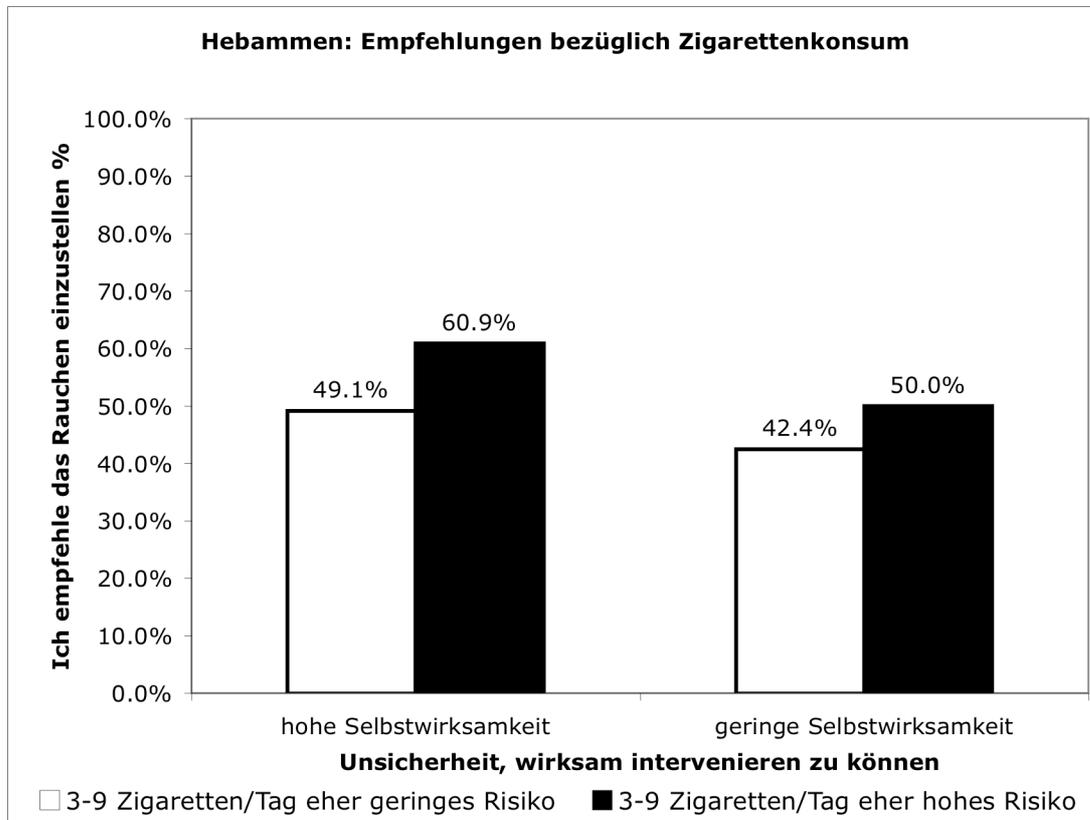
**Abbildung 4:** Gynäkolog/innen: Empfehlung, den Zigarettenkonsum ganz einzustellen, in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei Raucherinnen wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3-9 Zigaretten pro Tag für das ungeborene Kind.

Auch Hebammen, die von der Wirksamkeit ihrer Interventionen überzeugt sind (hohe Selbstwirksamkeit) informieren mit grösserer Wahrscheinlichkeit über die Risiken von Zigaretten.



**Abbildung 5:** Hebammen: Aufklärung zu den Risiken des Zigarettenkonsums in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei Raucherinnen wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3-9 Zigaretten pro Tag für das ungeborene Kind.

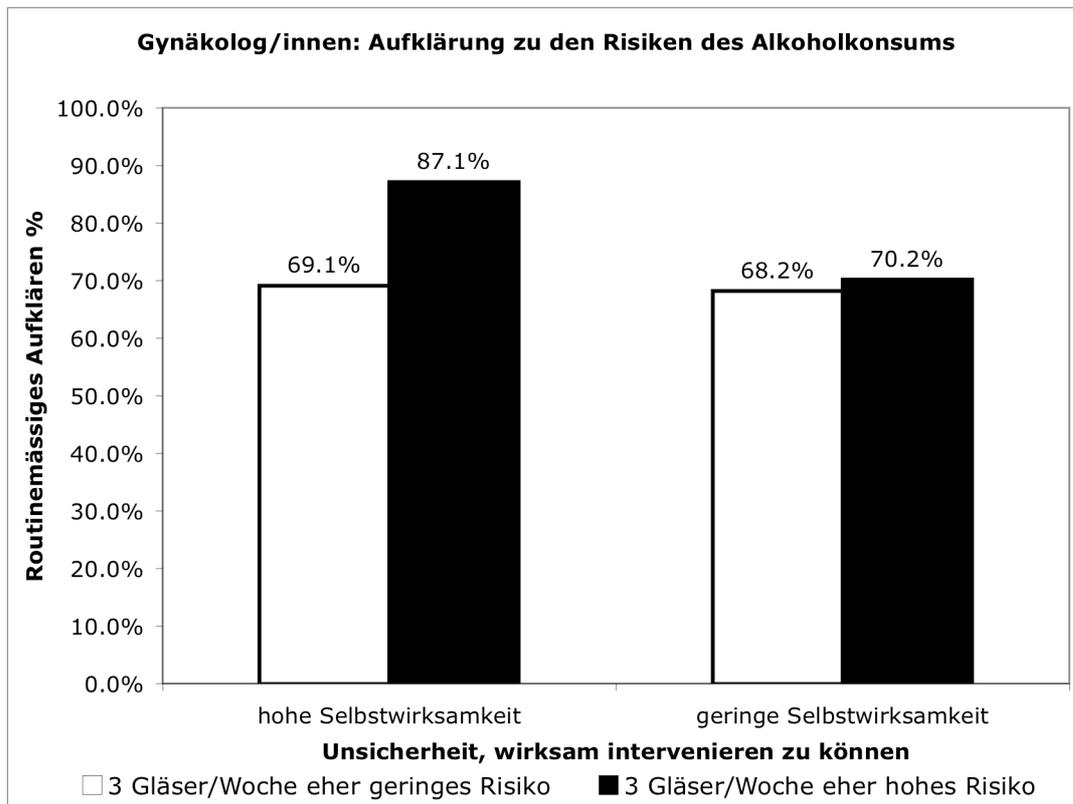
Abbildung 6 zeigt, dass Hebammen, die den Konsum von drei bis neun Zigaretten pro Tag als ein eher hohes Risiko einschätzen, tendenziell häufiger empfehlen, ganz auf Zigaretten zu verzichten.



**Abbildung 6:** Hebammen: Empfehlung, den Zigarettenkonsum ganz einzustellen, in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei Raucherinnen wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3-9 Zigaretten pro Tag für das ungeborene Kind.

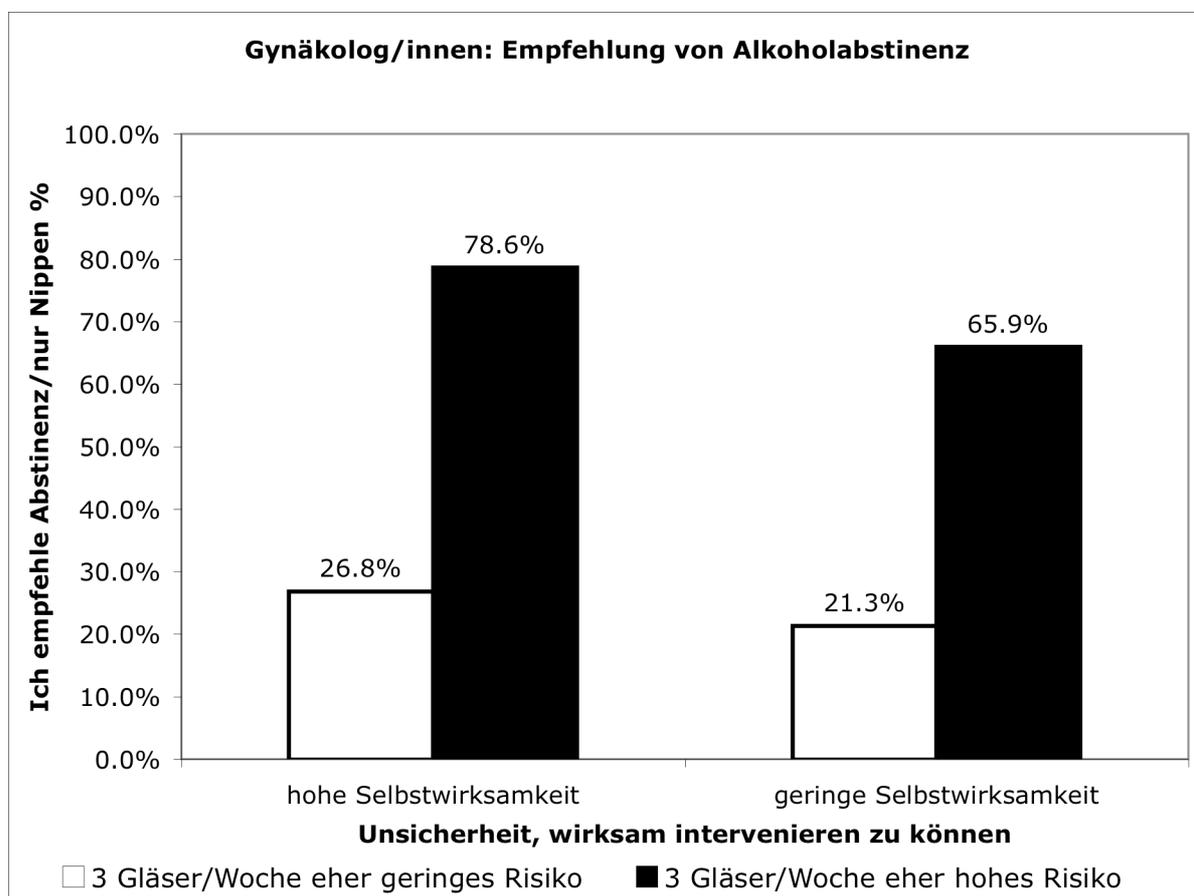
### Alkoholkonsum

Die Ergebnisse zu den Einflussfaktoren auf die Beratungspraxis bezüglich Alkoholkonsum spiegeln die Resultate zum Zigarettenkonsum. Abbildung 7 zeigt, dass Gynäkolog/innen, die ihren Interventionen eine grosse Wirkung zuschreiben und die zudem den Konsum von drei Gläsern Alkohol in der Woche als eher hohes Risiko einstufen, mit 87% häufiger schwangere Frauen routinemässig über die Risiken von Alkoholkonsum aufklären als die Gruppe der Gynäkolog/innen, die drei Gläser in der Woche als ein eher geringes Risiko einschätzen und glauben, dass ihre Interventionen kaum einen Einfluss haben (68%).



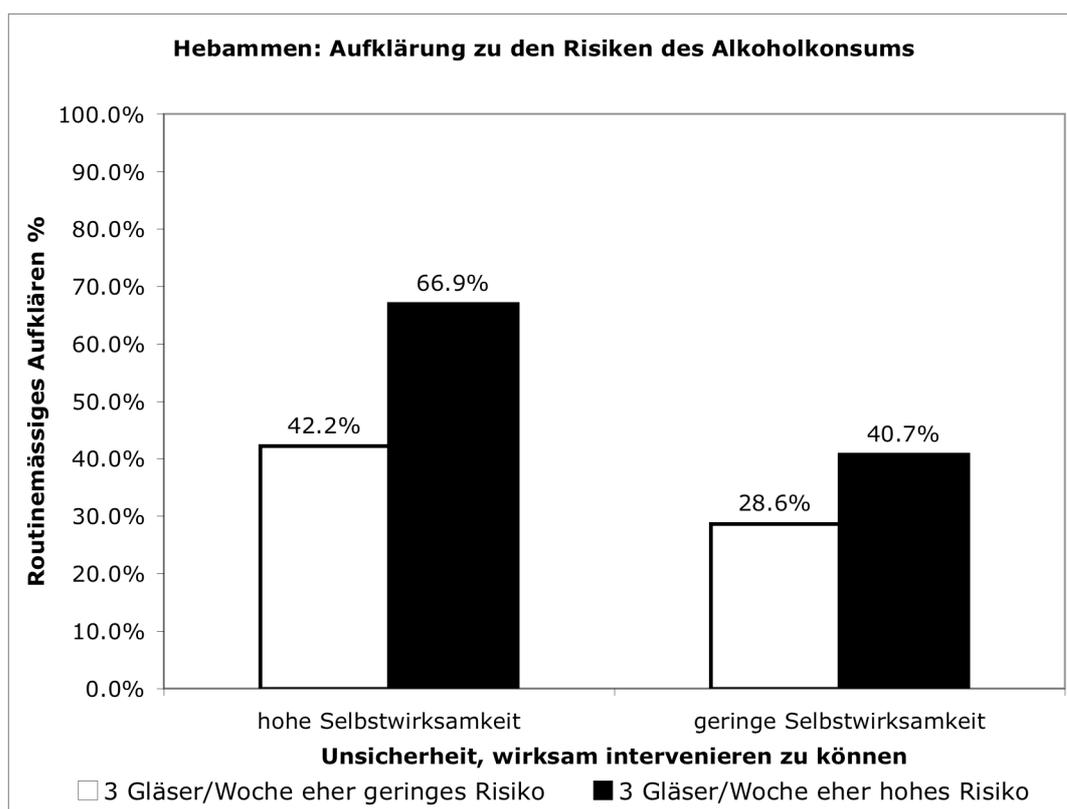
**Abbildung 7:** Gynäkolog/innen: Aufklärung zu den Risiken des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei schwangeren Patientinnen, die Alkohol konsumieren, wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3 Gläsern Alkohol pro Woche für das ungeborene Kind.

Abbildung 8 zeigt, dass Gynäkolog/innen, die den Konsum von drei Gläsern Alkohol in der Woche als ein eher hohes Risiko einschätzen, auch deutlicher häufiger empfehlen, ganz auf Alkohol zu verzichten. Die Selbstwirksamkeit hat hingegen einen geringeren Einfluss auf die Empfehlungen, die zu Alkohol gegeben werden.



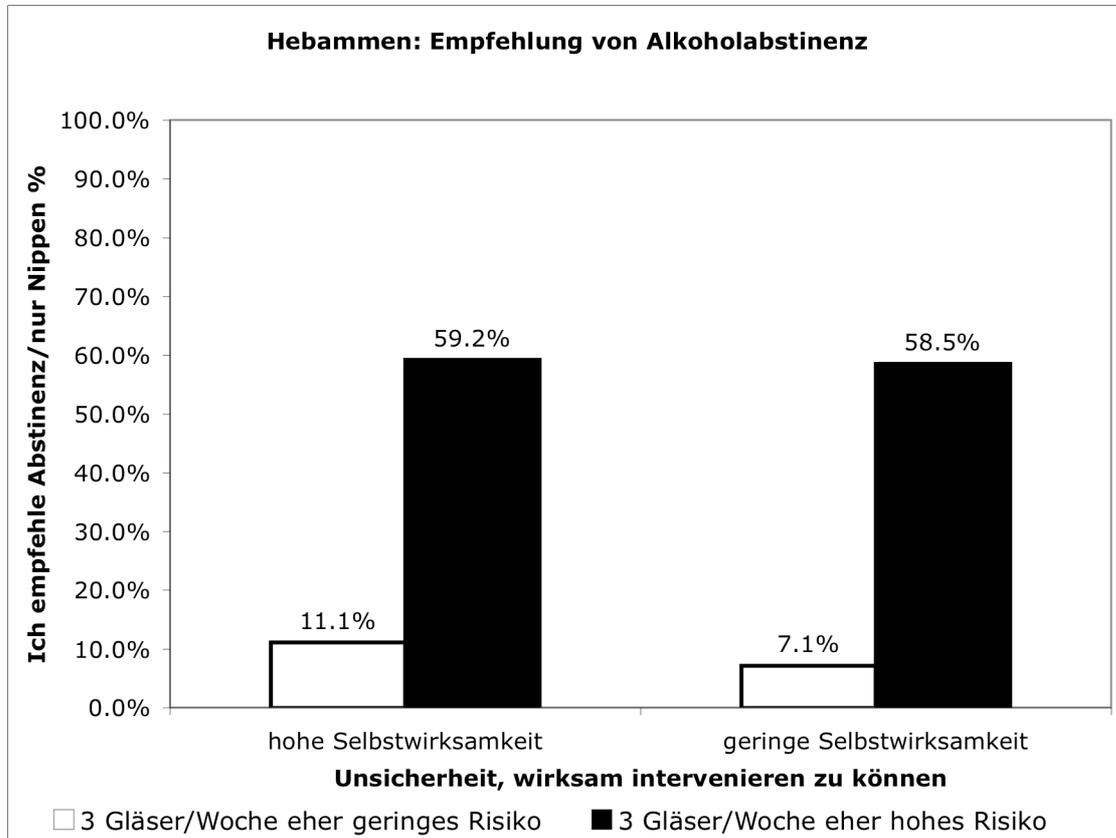
**Abbildung 8:** Gynäkolog/innen: Empfehlung von Alkoholabstinenz oder “nur am Glas Nippen” in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei schwangeren Patientinnen, die Alkohol konsumieren, wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3 Gläsern Alkohol pro Woche für das ungeborene Kind.

Abbildung 9 zeigt, dass Hebammen, die von der Wirksamkeit ihrer Interventionen überzeugt sind und die den Konsum von drei Gläsern Alkohol in der Woche als eher hohes Risiko einstufen, mit 67% deutlich häufiger schwangere Frauen routinemässig über die Risiken von Alkoholkonsum aufklären als die Gruppe der Hebammen, die drei Gläser in der Woche als ein eher geringes Risiko einschätzen und glauben, dass ihre Interventionen kaum einen Einfluss haben (29%).



**Abbildung 9:** Hebammen: Aufklärung zu den Risiken des Alkoholkonsums in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei schwangeren Frauen, die Alkohol konsumieren, wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3 Gläsern Alkohol pro Woche für das ungeborene Kind.

Abbildung 10 zeigt, dass Hebammen, die den Konsum von drei Gläsern Alkohol in der Woche als ein eher hohes Risiko einschätzen, auch häufiger empfehlen, ganz auf Alkohol zu verzichten. Auch hier hat die Selbstwirksamkeit einen geringeren Einfluss auf die Empfehlungen, die zu Alkohol gegeben werden.



**Abbildung 10:** Hebammen: Empfehlung von Alkoholabstinenz oder “nur am Glas Nippen” in Abhängigkeit von (a) der Einschätzung bei schwangeren Frauen, die Alkohol konsumieren, wirksam intervenieren zu können und (b) der Einschätzung des Risikos eines Konsums von 3 Gläsern Alkohol pro Woche für das ungeborene Kind.

**Tabelle 8:** Logistischen Regressionsanalysen zur Vorhersage der Substanzkonsum-Screening- und Beratungspraxis.

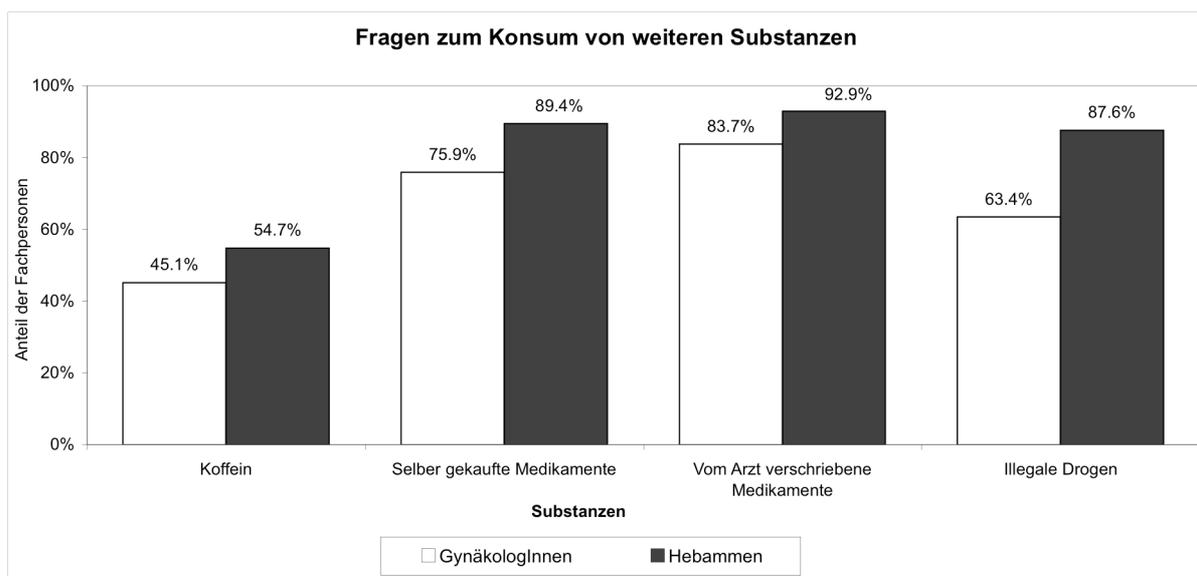
<b>Modell und Variablen</b>	<b>B</b>	<b>S.E</b>	<b>OR</b>
<b>Gynäkologen</b>			
<b>Zigarettenkonsum-Screening</b>			
(routinemässig vs. nicht routinemässig)			
Risikoeinschätzung von 3-9 Zig/Tag	-0.33	0.33	0.72
Selbstwirksamkeit	0.60	0.22	1.83**
<b>Empfehlung<sup>b</sup> zum Zigarettenkonsum</b>			
(Aufhören vs Reduzieren/Anderes)			
Risikoeinschätzung von 3-9 Zig/Tag	-1.23	0.27	0.29***
Selbstwirksamkeit	0.20	0.16	1.22
<b>Alkoholkonsum-Screening</b>			
(routinemässig vs. nicht routinemässig)			
Risikoeinschätzung von 3 Gläsern/Woche	-0.55	0.16	0.58***
Selbstwirksamkeit	0.40	0.13	1.49**
<b>Empfehlung zum Alkoholkonsum</b>			
(Abstinenz/Nippen vs. mässiger Konsum)			
Risikoeinschätzung von 3 Gläsern/Woche	-1.63	0.19	0.20***
Selbstwirksamkeit	0.34	0.14	1.41*
<b>Hebammen</b>			
<b>Zigarettenkonsum-Screening</b>			
(routinemässig vs. nicht routinemässig)			
Risikoeinschätzung von 3-9 Zig/Tag	0.44	0.34	1.55
Selbstwirksamkeit	0.37	0.16	1.45*
<b>Empfehlung<sup>b</sup> zum Zigarettenkonsum</b>			
(Aufhören vs Reduzieren/Anderes)			
Risikoeinschätzung von 3-9 Zig/Tag	-0.34	0.26	0.71
Selbstwirksamkeit	0.28	0.13	1.33*
<b>Alkoholkonsum-Screening</b>			
(routinemässig vs. nicht routinemässig)			
Risikoeinschätzung von 3 Gläsern/Woche	-0.24	0.19	0.78
Selbstwirksamkeit	0.39	0.15	1.48**
<b>Empfehlung zum Alkoholkonsum</b>			
(Abstinenz/Nippen vs. mässiger Konsum)			
Risikoeinschätzung von 3 Gläsern/Woche	-1.51	0.21	0.22***
Selbstwirksamkeit	-0.08	0.14	0.93

Anmerkung. \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

### 4.3 Prävention von weiterem Substanzkonsum während der Schwangerschaft

Der Konsum von illegalen Drogen wird von 63% der Gynäkolog/innen erfragt, 45% fragen nach Koffeinkonsum. Eine klare Mehrheit fragt hingegen routinemässig, ob die Frauen selber gekaufte oder vom Arzt verschriebene Medikamente einnehmen.

Hebammen fragen mit 88% ungefähr gleich häufig nach dem Konsum von illegalen Drogen wie nach dem Konsum von Alkohol. Die meisten Hebammen fragen zudem routinemässig, ob die Frauen selber gekaufte oder vom Arzt verschriebene Medikamente einnehmen.



**Abbildung 11.** Fragen zum Konsum von weiteren Substanzen: Anteil der Gynäkolog/innen und Hebammen die nach dem Konsum von Koffein, der Einnahme von Medikamenten und dem Gebrauch von illegalen Drogen fragen.

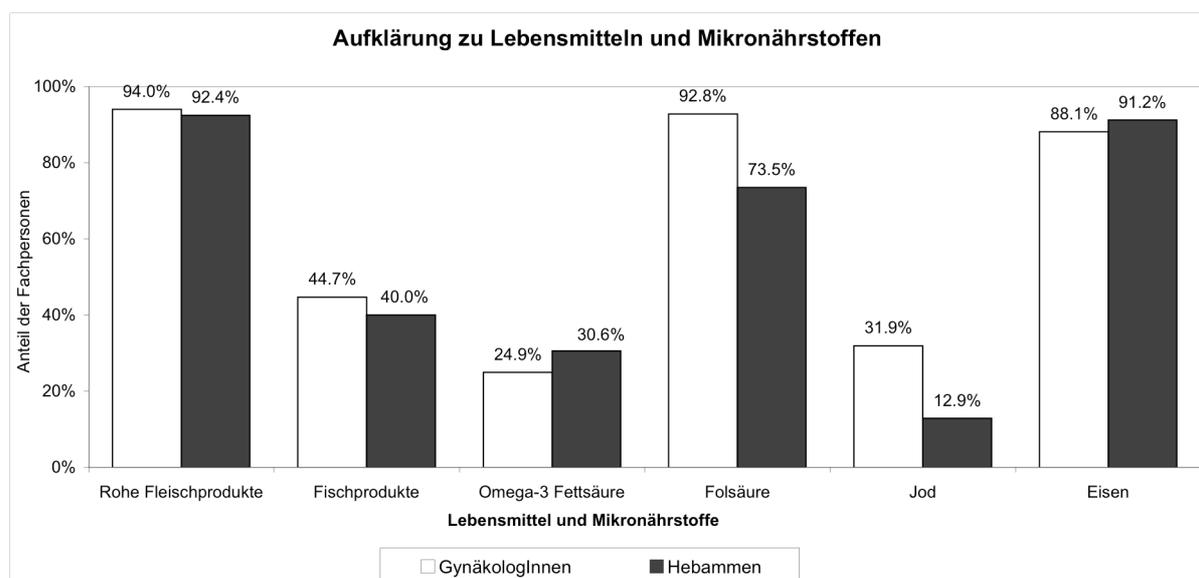
### 4.4 Prävention von Fehl- und Mangelernährung während der Schwangerschaft

Am häufigsten wird in der Schwangerschaft nach dem Konsum von rohen Fleischprodukten (94%, Prävention von kongenitaler Toxoplasmose), Eisen (88%) und Folsäure (93%, Prävention von Spina bifida) gefragt. In der gynäkologischen Praxis beginnt die Folsäureprophylaxe meist schon vor der Schwangerschaft: 55% gaben an, Patientinnen im gebärfähigen Alter bei den Jahreskontrollen routinemässig über die Risiken von Folsäuremangel aufzuklären, während weitere 43% Folsäureprophylaxe bei den Jahreskontrollen ansprechen, wenn Patientinnen einen Kinderwunsch äussern.

Gewicht und Gewichtszunahme sind wichtige Punkte in der Praxis der Gynäkolog/innen. Die meisten Gynäkolog/innen sprechen mit allen Frauen routinemässig über den natürlichen Gewichtsverlauf während der Schwangerschaft (90%) und betrachten Übergewicht als erhöhtes Gesundheitsrisiko für die Frau (83%). Weiterführende Interventionen bei schwange-

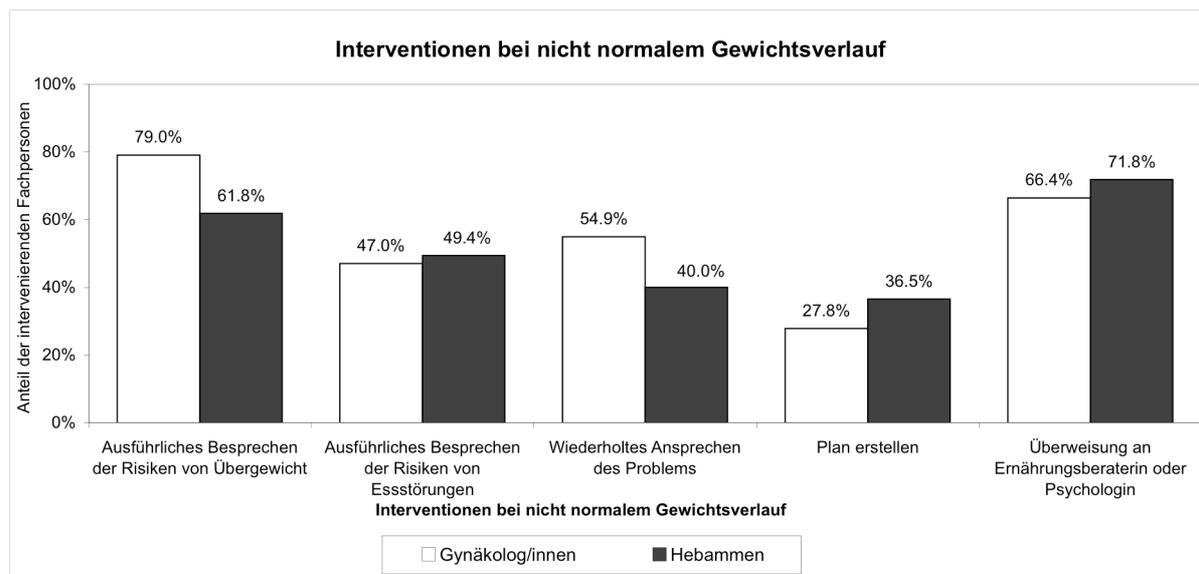
ren Frauen mit auffälligem Gewichtsverlauf werden im Vergleich zu Interventionen bei Zigaretten- und Alkoholkonsum relativ häufig durchgeführt: 55% der Gynäkolog/innen sprechen einen nicht normalen Gewichtsverlauf konsequent an und 28% erstellen mit ihren Patientinnen einen Plan wie das Problem angegangen werden kann. 66% der Gynäkolog/innen verweisen schwangere Frauen mit nicht normalem Gewichtsverlauf an eine Ernährungsberaterin oder eine Psychologin.

Hebammen, welche vor der 20. Schwangerschaftswoche mit den Frauen in Kontakt kommen, fragen am häufigsten nach dem Konsum von rohen Fleischprodukten (92%; Prävention von Toxoplasmose), Eisen (91%) und Folsäure (74%; Prävention von Spina bifida).



**Abbildung 12.** Aufklärung zu Risikolebensmitteln und Mikronährstoffen: Anteil der Gynäkolog/innen und Hebammen, die verschiedene Lebensmittel und Mikronährstoffe in der Schwangerschaftsberatung thematisieren.

Die meisten Hebammen sprechen mit allen Frauen routinemässig über den natürlichen Gewichtsverlauf während der Schwangerschaft (87%) und betrachten Übergewicht als erhöhtes Gesundheitsrisiko für die Frau (84%). Weiterführende Interventionen bei nicht normalem Gewichtsverlauf bei schwangeren Frauen werden im Vergleich zu Interventionen bei Zigaretten und Alkoholkonsum relativ häufig durchgeführt: 40% der Hebammen gaben an, Übergewicht und Essstörungen bei weiteren Konsultationen konsequent anzusprechen und 37% erstellen mit schwangeren Frauen einen Plan, der ihnen helfen soll, das Problem anzugehen. 72% der Hebammen verweisen schwangere Frauen mit nicht normalem Gewichtsverlauf an eine Ernährungsberaterin oder eine Psychologin.



**Abbildung 13.** Interventionen bei nicht normalem Gewichtsverlauf: Anteil der Gynäkolog/innen und Hebammen, die bei nicht normalen Gewichtsveränderungen intervenieren.

#### 4.5 Einschätzung der Nützlichkeit verschiedener Massnahmen zur Verbesserung der Prävention

Tabelle 9 zeigt, wie Gynäkolog/innen und Hebammen den Nutzen von verschiedenen Massnahmen zur Verbesserung der Prävention von Zigaretten-, Alkohol- und anderem Substanzkonsum in der Schwangerschaft einschätzen. Über 70% der Gynäkolog/innen meinen, eine stärkere Gewichtung in der Grundausbildung und in der spezifischen Fortbildung, das Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Fachverband oder spezialisierte Fachstellen und die Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Fachverband würden von Nutzen sein. Die Möglichkeit, Screening und Intervention als Teil der Schwangerschaftsvorsorge anzuerkennen und Substanzkonsumscreening als eigenen Taxpunkt nach Tarmed in Rechnung zu stellen, erhielt von knapp der Hälfte der Befragten Zuspruch: 49% der Gynäkolog/innen schätzen den Nutzen davon als „eher hoch“ bis „sehr hoch“ ein.

Jeweils über 85% der Hebammen schätzen eine stärkere Gewichtung der Thematik in der Grundausbildung, die Einführung eines spezifischen Fortbildungsangebotes, das Bereitstellen von entsprechendem Informationsmaterial durch den Hebammenverband oder spezialisierte Fachstellen sowie die Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Fachgruppen als „eher nützliche“ bis „sehr nützliche“ Massnahmen zur Verbesserung der Prävention von Zigaretten-, Alkohol- und anderem Substanzkonsum in der Schwangerschaft ein. Die Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Hebammenverband wurde von immerhin 68% als „eher“ bis „sehr nützlich“ eingestuft.

**Tabelle 9.** Einschätzung der Nützlichkeit verschiedener Massnahmen zur Verbesserung der Prävention von Alkohol- und Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft (in Prozent)

	<b>Gynäkolog/innen</b>	<b>Hebammen</b>
<b>Stärkere Gewichtung der Themen in der medizinischen Grundausbildung</b>		
sehr geringer Nutzen	5	1
eher geringer Nutzen	23	12
eher hoher Nutzen	52	44
sehr hoher Nutzen	20	43
<b>Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Gynäkologenverband</b>		
sehr geringer Nutzen	7	5
eher geringer Nutzen	20	28
eher hoher Nutzen	49	39
sehr hoher Nutzen	23	29
<b>Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Verband/andere Fachstellen</b>		
sehr geringer Nutzen	4	1
eher geringer Nutzen	18	10
eher hoher Nutzen	48	46
sehr hoher Nutzen	31	43
<b>Spezifische Fortbildung (zu Risiken/Durchführung von Interventionen)</b>		
sehr geringer Nutzen	4	1
eher geringer Nutzen	23	8
eher hoher Nutzen	55	48
sehr hoher Nutzen	18	43
<b>Anerkennung von Screening/Intervention als Teil der Schwangerschaftsvorsorge (z.B. Möglichkeit, Substanzkonsumscreening nach Tarmed in Rechnung zu stellen)</b>		
sehr geringer Nutzen	15	-
eher geringer Nutzen	36	-
eher hoher Nutzen	31	-
sehr hoher Nutzen	18	-

## 5 Schlussfolgerungen

### 5.1 Beantwortung der Fragestellungen

*Wie schätzen Gynäkolog/innen und Hebammen die Risiken von Alkohol- und Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft ein?*

Zwischen den Gynäkolog/innen gibt es grosse Unterschiede in der Wahrnehmung der Risiken von moderatem Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (Konsum von einer bis zwei Zigaretten/Tag: 46% unbedenklich, 47% leicht erhöhtes Risiko, 8% deutlich erhöhtes Risiko; Konsum von drei Gläsern/Woche: 36% unbedenklich, 46% leicht erhöhtes Risiko, 18% deutlich erhöhtes Risiko). Die Risikoeinschätzung steht in Zusammenhang mit den Empfehlungen, die schwangeren Frauen zum Zigaretten- und Alkoholkonsum gegeben werden.

Auch zwischen den Hebammen gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung der Risiken von moderatem Zigaretten- und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft (Konsum von 1-2 Zigaretten/Tag: 23% unbedenklich, 67% leicht erhöhtes Risiko, 11% deutlich erhöhtes Risiko; Konsum von 3 Gläsern/Woche: 24% unbedenklich, 53% leicht erhöhtes Risiko, 23% deutlich erhöhtes Risiko). Die Meinungen gehen bezüglich der Risiken von mässigem Alkoholkonsum noch stärker auseinander.

*Nach welchen Regeln screenen Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen auf Rauchen und Alkoholkonsum?*

Die meisten Gynäkolog/innen (92%) geben an, Zigarettenkonsum routinemässig anzusprechen. Weniger Gynäkolog/innen führen routinemässiges Alkoholkonsumscreening durch: 28% gaben an, nur bei Verdacht nach Alkoholkonsum zu fragen, 7% gaben an, nicht nach Alkohol zu fragen. Dieser Anteil ist zwar geringer als es zu erwarten war nach den Ergebnissen der früheren Studie, bei welcher Frauen, die ein Kind geboren haben, befragt wurden, ob sie von einer Fachperson auf Alkoholkonsum angesprochen wurden (nur 36% der befragten Frauen gaben an, dass sie von einer Fachperson auf Alkoholkonsum angesprochen wurden; Lemola & Grob, 2007). Es ist denkbar, dass ein Anteil der Fachpersonen Alkoholkonsum bei der ersten Anamnese eher oberflächlich anspricht, weshalb viele Frauen sich später nicht mehr daran erinnern können. Diese Interpretation ist damit kohärent, dass nur wenige Fachpersonen angeben, bei schwangeren Frauen mit Alkoholkonsum weiterführende Interventionen durchzuführen.

Die Mehrheit der Hebammen gibt an, Zigaretten- (83%) und Alkoholkonsum (71%) routinemässig anzusprechen. Nur eine Minderheit (Zigarettenkonsum: 1%; Alkoholkonsum: 9%) gibt an, keine Fragen zu stellen.

*Wie informieren Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen über die Risiken von Zigaretten und Alkohol in der Schwangerschaft und welche Empfehlungen geben sie zum Konsum?*

Die meisten Gynäkolog/innen geben an, die Risiken von Zigaretten- (87%) und Alkoholkonsum (77%) zu erklären. Einigkeit herrscht darin, dass Frauen während der Schwangerschaft gänzlich von Zigarettenkonsum abgeraten werden soll. Die Zustimmung zu Alkoholabstinenz ist nicht eindeutig. Ein wichtiger Einflussfaktor ist die Risikoeinschätzung mässigen Alkoholkonsums.

Eine Mehrheit der Hebammen erklärt routinemässig die Risiken von Zigaretten- (60%) und Alkoholkonsum (55%) in der Schwangerschaft. Die Meinungen gehen auseinander, ob während der Schwangerschaft Zigaretten und Alkohol in reduziertem Masse konsumiert werden können. Ungefähr die Hälfte empfiehlt auf beide Genussmittel ganz zu verzichten, während die andere Hälfte eine Reduktion des Zigarettenkonsums und mässigen Alkoholkonsum empfiehlt. Ob Alkoholabstinenz empfohlen wird, hängt davon ab, wie gross die Hebamme das Risiko von moderatem Alkoholkonsum für das Kind einschätzt.

*Welche Gründe können dazu führen, dass Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen nicht zu Alkohol- oder Zigarettenkonsum befragen?*

Der wichtigste Grund, welcher dazu führen kann, dass Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere Frauen nicht zu Alkohol- oder Zigarettenkonsum befragen, liegt in einer geringen Selbstwirksamkeit: Gynäkolog/innen und Hebammen, die erwarten, dass ihre Interventionen und Ratschläge keine Wirkung zeigen, sprechen Substanzkonsum mit geringerer Wahrscheinlichkeit an.

*Wie schätzen Gynäkolog/innen und Hebammen die Wirksamkeit von Kurzinterventionen zur Reduktion von Alkohol- oder Zigarettenkonsum ein?*

Unter den Gynäkolog/innen geht eine Mehrheit davon aus, dass der ärztliche Rat eine sehr hohe oder zumindest eher hohe Wirksamkeit auf das Rauchen (62%) und Trinken (60%) der schwangeren Frau hat. Unter den Hebammen ist es eine Minderheit, die davon ausgeht, dass der Rat der Hebamme eine sehr hohe oder zumindest eher hohe Wirksamkeit auf das Rauchen (34%) und Trinken (33%) der schwangeren Frau hat.

*Welche Anliegen haben Gynäkolog/innen und Hebammen bezüglich einer Verbesserung der Prävention?*

Eine Mehrzahl der Gynäkolog/innen und Hebammen verspricht sich eine Verbesserung der Screening-, Beratungs- und Interventionspraxis von der Einführung von Richtlinien durch die entsprechenden Fachgesellschaften (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe & Schweizerischer Hebammenverband), von einer stärkeren Gewichtung der Thematik in der Grundausbildung und in spezifischen Fortbildungen sowie von der Bereitstellung von Informationsmaterial zu den Risiken des Konsums von verschiedenen Substanzen in der Schwangerschaft durch die Fachgesellschaften und durch spezialisierte Fachstellen.

## 5.2 Empfehlungen

### *Ausarbeitung von Richtlinien durch die Berufsverbände*

Die Ausarbeitung von Richtlinien durch die entsprechenden Berufsverbände wurde von einer Mehrheit der befragten Hebammen und ungefähr der Hälfte der Gynäkolog/innen als eine sinnvolle Massnahme zur Verbesserung der Prävention von Nikotin- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft eingeschätzt. Die Ausarbeitung von Richtlinien könnte in Zusammenarbeit zwischen den Berufsverbänden und entsprechenden Fachstellen geschehen.

Die Richtlinien der Verbände können folgende Punkte umfassen:

- (a) Empfehlungen darüber, in welchem Umfang schwangere Frauen über die Risiken von Genussmittelkonsum aufzuklären sind,
- (b) ein Statement darüber, welche Empfehlungen zu Zigaretten- und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gegeben werden können,
- (c) Empfehlung von Screeninginstrumenten, um das Screening von Genussmittelkonsum in der Schwangerschaft zu standardisieren. Diese Massnahme zielt darauf ab, das Risiko zu mindern, dass Fachpersonen die Problematik bei einzelnen Patientinnen unterschätzen. Standardisierte Screeninginstrumente zur Erfassung des Alkoholkonsums werden gegenwärtig noch kaum verwendet.
- (d) Interventionsempfehlungen, um eine Reduktion des Konsums zu erreichen, ohne Frauen unnötig zu beunruhigen, die vor Kenntnis der Schwangerschaft Substanzen konsumiert haben.

### *Bereitstellen von Informationsmaterial*

Das Bereitstellen von Informationsmaterial, welches von Gynäkolog/innen und Hebammen an schwangere Frauen abgegeben werden kann, wurde von beiden Berufsgruppen als hilfreich eingestuft. Bisher wurde nur etwa von 10% der Gynäkolog/innen und Hebammen Informationsmaterial zu den Risiken von Zigaretten und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft abgegeben. Es wird empfohlen, dass die Verbände hierzu mit entsprechenden Fachstellen<sup>1</sup> in Kontakt treten.

### *Gewichtung der Themengebiete in Grundausbildung sowie Gestaltung eines spezifischen Fortbildungsangebotes*

Sowohl Gynäkolog/innen wie auch Hebammen befürworten eine stärkere Gewichtung von Interventionsmöglichkeiten zur Reduktion von Alkohol- und Zigarettenkonsum im Rahmen der Grundausbildung und in spezifischen Fortbildungsangeboten. Als zentrale Inhalte erscheinen hierbei einerseits Information zu den Risiken von moderatem Alkohol- und Zigarettenkonsum. Wie das Risiko von moderatem Konsum eingeschätzt wird, scheint einen entscheidenden Einfluss darauf auszuüben, wie Gynäkolog/innen und Hebammen schwangere

---

<sup>1</sup> Beispielsweise wurde durch die Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA) im Januar 2008 eine Broschüre zur Thematik „Alkohol und Schwangerschaft“ (SFA, 2008) neu aufgelegt, welche kostenlos bezogen werden kann.

Frauen beraten und welche Empfehlungen sie abgeben. Andererseits ist wichtig, dass darauf fokussiert wird, wie wirksame Kurzintervention durchgeführt werden können, wenn Frauen während der Schwangerschaft weiterhin Zigaretten oder Alkohol konsumieren. Eine günstige Einschätzung der eigenen Fähigkeit, das Konsumverhalten von schwangeren Frauen beeinflussen zu können, erwies sich als zentrale Variable dafür, ob nach Zigaretten- und Alkoholkonsum gefragt, über Risiken aufgeklärt und eine weiterführende Intervention eingeleitet wird.

## 6 Literatur

- Abel, E.L. (1995). An update on the incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicology and Teratology* 17, 437–443.
- Abreu-Villaca, Y., Seidler, F.J., Tate, C.A., Cousins, M.M., & Slotkin, T.A., (2004). Prenatal nicotine exposure alters the response to nicotine administration in adolescence: effects on cholinergic systems during exposure and withdrawal. *Neuropsychopharmacology* 29, 879–890.
- Antony, A.C. (2007). In utero physiology: role of folic acid in nutrient delivery and fetal development. *American Journal of Clinical Nutrition*, 85(suppl), 598S– 603S.
- Babor, T. F., & Grant, M. (1989). From Clinical Research to Secondary Prevention: International Collaboration in the Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol Health and Research World*, 13.
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., & Neeleman, J. (2003). Effect of antenatal exposure to maternal smoking on behavioural problems and academic achievement in childhood; prospective evidence from a Dutch birth cohort. *Early Human Development* 75, 21–33.
- Burd, L., Roberts, D., Olson, M., & Odendaal, H. (2007). Ethanol and the placenta: A review. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 20, 361–375.
- Chang, G. (2001). Alcohol-Screening Instruments for Pregnant Women. *Alcohol Research and Health*, 25, 204-209.
- Colvin, L., Payne, J., Parsons, D., Kurinczuk, J., Bower, C. (2007). Alcohol Consumption During Pregnancy in Nonindigenous West Australian Women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, 276-284.
- Diekman, S.T., Floyd, R.L., Decoufle, P., Schulkin, J., Ebrahim, S.H., Sokol, R.J. (2000). A survey of obstetrician-gynecologists on their patients' alcohol use during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 95, 756–763.
- Electric Paper (2007). Cardiff Teleform 10. Lüneburg, D: Electric Paper.
- Elhwuegi, A.S. (2004). Central monoamines and their role in major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28, 435–451.
- Fergusson, D.M., Woodward, L.J., & Horwood, L.J. (1998). Maternal smoking during pregnancy and psychiatric adjustment in late adolescence. *Archives of General Psychiatry* 55, 721–727.
- Fiore, M.C. (2000). Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. *Respiration Care*, 45, 10, 1196-9.
- Fleming, M.F. (1997). Strategies To Increase Alcohol Screening in Health Care Settings. *Alcohol Health & Research World*, 21, 340-347.
- Fried, P.A., Watkinson, B., Gray, R. (1992). A follow-up study of attentional behavior in 6-year-old children exposed prenatally to marijuana, cigarettes, and alcohol. *Neurotoxicology and Teratology*, 14, 299–311.
- Glynn, T.J., Manley, M.W., Pechacek, T.F. (1990). Physician-initiated smoking cessation program: the National Cancer Institute trials. *Progress in Clinical and Biological Research*, 339, 11-25.
- Goldschmidt, L., Day, N.L., Richardson, G.A. (2000). Effects of prenatal marijuana exposure on child behavior problems at age 10. *Neurotoxicology and Teratology* 22, 325–336.
- Göransson, M., Faxelid, E., Heilig, M. (2004). Beliefs and reality: detection and prevention of high alcohol consumption in Swedish antenatal clinics. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83, 796–800.
- Göransson, M., Magnusson, A., & Heilig, M. (2006). Identifying hazardous alcohol consumption during pregnancy: implementing a research-based model in real life'. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 85, 657–662.
- Grob, A. & Lemola, S. (2005). Substanzkonsum junger Eltern in der Schweiz. Schlussbericht einer Studie im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit.
- Haider, B.A., Bhutta, Z.A. (2006). Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. Art. No.: CD004905.
- Handmaker, N. S., & Wilbourne, P. (1999). Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Research and Health*, 25, 219-229.
- Hankin, J. (2002). Fetal Alcohol Syndrome Prevention Research. *Alcohol, Research and Health*, 26, 58–65.
- Hoffman, P.L. (1995). Effects of alcohol on excitatory amino acid receptor function. In HR. Kranzler (Ed.), *The Pharmacology of Alcohol Abuse*, pp 75–102. New York: Springer.
- Huizink, A. C., & Mulder, E. J. H. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 30, 24–41.

- Jones, J.L., Lopez, A., Wilson, M., Schulkin, J., & Gibbs, R. (2001). Congenital Toxoplasmosis: A Review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 56, 296-305.
- Jordan, T.R., Dake, J.A., & Price J.H. (2006). Best Practices for Smoking Cessation in Pregnancy: Do Obstetrician/Gynecologists Use Them in Practice? *Journal of Woman's Health*, 15, 4.
- Julien, R.M.A. (1998). A Primer of Drug Action, A Concise, Non-technical Guide to the Actions, Uses and Side Effects of Psychoactive Drugs, eighth ed. Freeman and Company, New York (pp. 64–78).
- Koletzko, B., & Lehner, F. (2000). Beer and breastfeeding. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 478, 23-28.
- Leech, S.L., Richardson, G.A., Goldschmidt, L., Day, N.L. (1999). Prenatal substance exposure: effects on attention and impulsivity of 6-year-olds. *Neurotoxicology and Teratology* 21, 109–118.
- Lemola, S. & Grob, A. (2007). Drinking and Smoking in Pregnancy: Which Questions do Swiss Physicians ask? *Swiss Medical Weekly*, 137, 66-69.
- Leonardi-Bee, J.A., Smyth, A.R. Britton, J. & Coleman, T. (2008). Environmental tobacco smoke on fetal health: Systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*. Ahead of print.
- Löser, H., Bierstedt, T., & Blum, A. (1999). Alkoholembyopathie im Erwachsenenalter. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 124, 412–418.
- Lovinger, D.M. (1993) Excitotoxicity and alcohol-related brain damage. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 19–27.
- Magnusson, A., Göransson, M., & Heilig, M. (2005). Unexpected prevalence of alcohol use among pregnant Swedish women: failed detection by antenatal care, and simple tools that improve detection. *Journal of Studies on Alcohol*. 66, 157–164.
- Maier, S.E., West, J.R. (2001). Drinking patterns and alcohol-related birth defects. *Alcohol Research and Health* 25, 168–174.
- Mayes, L.C. (2000). A behavioral teratogenic model of the impact of prenatal cocaine exposure on arousal regulatory systems. *Neurotoxicology and Teratology* 24, 385–395.
- Melvin, C. & Gaffney, C. (2004). Treating nicotine use and dependence of pregnant and parenting smokers: an update. *Nicotine & Tobacco Research*, 6, 102-124.
- Mennella, J.A. (2002). Alcohol and lactation: the folklore versus the science. In: K.G. Auerbach, ed. *Current issues in clinical lactation*, (pp. 3–10). Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Morilak, D.A. & Frazer, A. (2004). Antidepressants and brain monoaminergic systems: A dimensional approach to undeanxiety disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 7, 193-218.
- Mullen, D. P., Pollak, K. I., Titus, J. P., Sockrider M. M., Moy, J. G. (1998). Prenatal Smoking Cessation Counseling by Texas Obstetricians. *Birth*, 25, 1, 25-31.
- Newcomer, J.W. & Krystal, J.H. (2001). NMDA receptor regulation of memory and behavior in humans. *Hippocampus*, 11, 529-42.
- Obsan (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2005). Prävalenz des Haschisch-/Marihuanakonsums. Indikator 3.2.30.
- Polygenis, D., Wharton, S., Malmberg, C., Sherman, N., Kennedy, D., Koren, G., & Einarson, T. R. (1998). Moderate alcohol consumption during pregnancy and the incidence of fetal malformations: A meta-analysis. *Neurotoxicology and Teratology*, 20, 61–67.
- Richardson, G.A., Ryan, C., Willford, J., Day, N.L., Goldschmidt, L., (2002). Prenatal alcohol and marijuana exposure: effects on neuropsychological outcomes at 10 years. *Neurotoxicology and Teratology*, 24, 309–320.
- Riley, E.P., Thomas, J.D. et al. (2001). Fetal alcohol effects: Mechanisms and treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25 (Supplement), 110–116.
- Roebuck, T. M., Mattson, S. N., & Riley, E. P. (1999). Behavioral and psychosocial profiles of alcohol-exposed children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1070-1076.
- Rougemont, M., Do, K.Q., & Catagne, V. (2002). New model of glutathione deficit during development: effect on lipid peroxidation in the rat brain. *Journal of Neuroscience Research*, 70, 774–783.
- Russell, M. (1994). New assessment tools for risk drinking during pregnancy: T-ACE, TWEAK and others. *Alcohol, Health & Research World*, 18, 55–61.
- Salihu, H. M., & Wilson, R. E. (2007). Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Human Development*, 83, 713–720.
- Salihu, H. M., Aliyu, M. H., Pierre-Louis, B. J., Alexander, G. R. (2003). Levels of excess infant deaths attributable to maternal smoking during pregnancy in the United States. *Maternal and Child Health Journal*, 7, 219–227.
- Sampson, P. D., Streissguth, A. P., Bookstein, F. L., Little, R. E., Clarren, S. K., Dehaene, P., et al. (1997). Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorder. *Teratology*, 56, 317–326.

- Sari, Y. & Zhou, F.C. (2004). Prenatal alcohol exposure causes long-term serotonin neuron deficit in mice. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 941–948.
- Sarnyai, Z., Shaham, Y., Heinrichs, S.C., (2001). The role of corticotropin-releasing factor in drug addiction. *Pharmacological Reviews*, 53, 209–243.
- Scholl, T.O. (2008). Maternal Nutrition Before and During Pregnancy. In: Barker, D.J.P., Bergmann, R.L., Ogra, P.L. (eds): *The Window of Opportunity: Pre-Pregnancy to 24 Months of Age*. Nestlé Nutrition Workshop, 61, 79–89.
- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA/ISPA). (2004b). *Alkoholkonsum in der Schweiz. Ein Synthesebericht zu Alkoholkonsum und dessen Entwicklung auf der Basis der Schweizerischen Gesundheitsbefragungen 1997 und 2002*. Lausanne, SFA/ISPA.
- Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1992). Timeline Follow-Back: a technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: Litten, R.Z., Allen, J.P., (eds). *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biochemical Methods*. Totowa, NJ: The Humana Press (p. 41–72).
- Sokol, R.J., & Clarren, S.K. (1989). Guidelines for use of terminology describing the impact of prenatal alcohol on the offspring. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13, 597–598.
- Sood, B., Delaney-Black, V., Covington, C., Nordstrom-Klee, B., Ager, J., Templin, T., Janisse, J., Martier, S., Sokol, R.J. (2001). Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years. I. Dose-response effect. *Pediatrics* 108, 2–e34.
- Steckler, T., & Saghal, A. (1995). The role of serotonergic–cholinergic interactions in the mediation of cognitive behavior. *Behavioural Brain Research* 67, 165–199.
- Streissguth, A. P., Barr, H. M., & Sampson, P. D. (1990). Moderate prenatal alcohol exposure: Effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 662–669.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Kogan, J., Bookstein, F.L. (1996). *Understanding the Occurrence of Secondary Disabilities in Clients with Fetal Alcohol Syndrome (FAS) and Fetal Alcohol Effects (FAE)*. Final Report, University of Washington Publication Services, Seattle, WA.
- Streissguth, A.P., Barr, H.M., Sampson, P.D., Darby, B.L., Martin, D.C., (1989). IQ at age 4 in relation to maternal alcohol use and smoking during pregnancy. *Developmental Psychology* 25, 3–11.
- Swisscom Directories AG (2007). *Directories CD, 5/07*. Egliswil, CH: Optobyte AG.
- Testa, M., Quigley, B. M., & Das Eiden. R. (2003). The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: A meta-analytical review. *Alcohol and Alcoholism*, 38, 295–304.
- Thompson, S.C., Schwankovsky, L. & Pitts, J. (1993) *Counselling Patients to Make Lifestyle Changes: The Role of Physicians Self-Efficacy, Training and Beliefs About Causes*. *Family Practice*, 10, 1, 70-75.
- Tough, S.C., Clarke, M., Hicks, M., & Clarren, S. (2004). Clinical practice characteristics and preconception counselling strategies of health care providers who recommend alcohol abstinence during pregnancy. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 1724–31.
- Tough, S.C., Clarke, M., Hicks, M., & Clarren, S. (2005). Variation in health care provider definitions of moderate consumption of alcohol as related to recommendations regarding alcohol consumption during pregnancy: results from a Canadian survey. *Therapeutic Drug Monitoring*, 27, 290–96.
- Viljoen, D., Croxford, J., Gossage, J.P., Kodituwakku, P.W. & May, P.A. (2002). Characteristics of mothers of children with fetal alcohol syndrome in the Western Cape Province of South Africa: A case control study. *Journal of Studies on Alcohol*, 63, 6–17.
- Voigt, M., Hermanussen, M., Wittwer-Backofen, U., Fusch, C., & Hesse, V. (2006). Sex-specific differences in birth weight due to maternal smoking during pregnancy. *European Journal of Pediatrics*, 165, 757–61.
- Walker, A., Rosenberg, M., & Balaban-Gil, K., (1999). Neurodevelopmental and neurobehavioral sequelae of selected substances of abuse and psychiatric medications in utero. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 845–867.
- World Health Organization, (1991). *International Classification of Disease (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.
- WHOSIS, WHO Statistical Information System (2004).
- Willford, J.A., Richardson, G.A., Leech, S.L., & Day, N.L. (2004). Verbal and visuospatial learning and memory function in children with moderate prenatal alcohol exposure. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28, 497–507.
- Windham, G. C., von Behren, J., Fenster, L., Schaefer, C. & Swan, S. H. (1997). Moderate maternal alcohol consumption and the risk of spontaneous abortion. *Epidemiology*, 8, 509–514.
- Wisborg, K., Kesmodel, U., Henriksen, T. B., Olsen, S. F., & Secher, N. J. (2001). Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American Journal of Epidemiology*, 154, 322–327.

Yu, C., Teoh, T., Robinson, S. (2006). Obesity in pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113, 1117–1125.

# Anhang

## Tabellenverzeichnis

Tabelle I: Zigarettenkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen	3
Tabelle II: Alkoholkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen	6
Tabelle III: Andere Substanzen und Ernährung: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen	9
Tabelle IV: Massnahmen zur Verbesserung der Prävention: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen	11
Tabelle V: Zigarettenkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen	12
Tabelle VI: Alkoholkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen	15
Tabelle VII: Andere Substanzen und Ernährung: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen	18
Tabelle VIII: Massnahmen zur Verbesserung der Prävention: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen	19
Tabelle IX: Zigarettenkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen und Hebammen	20
Tabelle X: Alkoholkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen und Hebammen (unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes)	23
Tabelle XI: Andere Substanzen und Ernährung: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen und Hebammen (unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes)	26
Tabelle XII: Massnahmen zur Verbesserung der Prävention: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen und Hebammen (unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes)	27

Tabelle I

Zigarettenkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 486$ ). Da nicht alle Gynäkologen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
%					
Screening- und Beratungspraxis bezüglich Zigarettenkonsum					
Aufklärung zu Risiken des Zigarettenkonsums					
Routinemässige Aufklärung	85.2	88.7	96.3	86.6	
Keine routinemässige Aufklärung	14.8	11.3	3.7	13.4	
Empfehlungen bezüglich Zigarettenkonsum					
Das Rauchen einzustellen	74.4	63.2	63.0	71.3	*
Das Rauchen einstellen od. reduzieren	8.8	10.4	22.2	9.9	
Das Rauchen zu reduzieren	16.5	26.4	14.8	18.6	
Die Rauchgewohnheiten nicht zu ändern	0	0	0	0	
Keine Empfehlungen	0.3	0.0	0.0	0.2	
Zigarettenkonsumscreening					
Befragt alle Patientinnen, ob sie rauchen	89.8	99.1	96.2	92.2	**
Befragt nur, wenn Z.konsum vermutet	9.4	0.9	3.8	7.2	
Fragt nicht nach Zigarettenkonsum	0.9	0.0	0.0	0.7	
Interventionen bei Zigarettenkonsum ( <i>Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten</i> )					
Ausführliches Erklären der Risiken	93.8	83.2	96.3	91.6	**
Wiederholtes Ansprechen	74.7	37.4	40.7	64.6	**
Plan erstellen	23.6	28.0	18.5	24.3	
Abgabe von Infomaterial	9.1	15.9	14.8	10.9	
Überweisung an SpezialistIn	4.5	15.9	11.1	7.4	**
Empfehlung von Verhaltenstherapie	5.1	5.6	3.7	5.1	
Vereinbarung, das Rauchen einzustellen	18.2	27.1	44.4	21.6	**
Verschreiben von Nikotinersatztherapie	2.3	10.3	0.0	3.9	**
Keine Interventionen	6.2	4.7	3.7	5.7	
Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Nikotinkonsummengen					
1-2 Zigaretten/Tag					
Unbedenklich	43.6	46.6	57.7	45.0	
Leicht erhöhtes Risiko	48.5	44.7	38.5	47.1	
Deutlich erhöhtes Risiko	7.8	8.7	3.8	7.8	
3-9 Zigaretten/Tag					
Unbedenklich	2.0	3.0	0.0	2.1	
Leicht erhöhtes Risiko	51.2	47.5	76.9	51.8	
Deutlich erhöhtes Risiko	46.8	49.5	23.1	46.1	
10 oder mehr Zigaretten/Tag					
Unbedenklich	0	0	0	0	
Leicht erhöhtes Risiko	3.2	2.0	3.8	3.0	
Deutlich erhöhtes Risiko	96.8	98.0	96.2	97.0	
Risiken von plötzlichem Absetzen des Zigarettenkonsums					
Absetzen birgt keine Risiken für das Kind	70.7	76.0	74.1	72.1	
Absetzen birgt geringere Risiken als wenn eine Frau raucht	26.1	23.1	25.9	25.4	
Absetzen birgt mehr Risiken als wenn eine Frau raucht	1.2	0.0	0.0	0.9	
ich weiss es nicht	2.1	1.0	0.0	1.7	
Einschätzung der Wirksamkeit des ärztlichen Rates					
Sehr hohe Wirksamkeit	10.3	3.7	25.9	9.7	**
Eher hohe Wirksamkeit	53.7	49.5	44.4	52.3	
Eher geringe Wirksamkeit	31.9	37.4	25.9	32.8	
Sehr geringe Wirksamkeit	2.6	7.5	3.7	3.7	
Ich weiss es nicht	1.4	1.9	0.0	1.4	
Gründe, Zigarettenkonsum nicht anzusprechen:					
Zeitgründe					
völlig unzutreffend	69.5	62.9	65.2	67.8	
eher unzutreffend	21.9	19.1	21.7	21.3	
eher zutreffend	7.4	13.5	8.7	8.8	
völlig zutreffend	1.3	4.5	4.3	2.2	
Ich weiss bereits, ob meine Patientinnen rauchen					
völlig unzutreffend	20.9	39.3	47.6	26.4	**
eher unzutreffend	17.0	15.7	19.0	16.8	
eher zutreffend	48.7	33.7	23.8	44.0	
völlig zutreffend	13.4	11.2	9.5	12.7	

## Fortsetzung Tabelle 1

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
%					
Die Risiken sind den meisten Frauen ohnehin bekannt					
völlig unzutreffend	21.0	43.3	47.8	27.4	**
eher unzutreffend	29.7	25.6	17.4	28.1	
eher zutreffend	39.0	24.4	21.7	34.8	
völlig zutreffend	10.3	6.7	13.0	9.7	
Frauen mit Kindern sind bereits gut informiert					
völlig unzutreffend	15.6	38.6	26.1	21.2	**
eher unzutreffend	27.9	28.4	30.4	28.1	
eher zutreffend	47.4	26.1	21.7	41.3	
völlig zutreffend	9.1	6.8	21.7	9.3	
Es ist nicht mein Kompetenz-/Aufgabenbereich					
völlig unzutreffend	87.5	87.4	82.6	87.2	
eher unzutreffend	11.3	11.5	13.0	11.4	
eher zutreffend	1.0	1.1	0.0	1.0	
völlig zutreffend	0.3	0.0	4.3	0.5	
Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz					
völlig unzutreffend	71.5	77.3	69.6	72.7	
eher unzutreffend	23.9	18.2	21.7	22.5	
eher zutreffend	4.2	4.5	4.3	4.3	
völlig zutreffend	0.3	0.0	4.3	0.5	
Unsicherheit wirksam intervenieren zu können					
völlig unzutreffend	40.8	36.0	30.4	39.2	
eher unzutreffend	35.6	31.4	47.8	35.4	
eher zutreffend	23.6	26.7	13.0	23.7	
völlig zutreffend	0.0	5.8	8.7	1.8	
Ratschläge haben nur geringe Wirkung					
völlig unzutreffend	21.1	31.8	21.7	23.5	
eher unzutreffend	38.6	31.8	43.5	37.4	
eher zutreffend	37.0	31.8	26.1	35.2	
völlig zutreffend	3.2	4.7	8.7	3.8	
Frauen geben dazu keine ehrlichen Antworten					**
völlig unzutreffend	22.2	41.4	43.5	27.6	
eher unzutreffend	47.7	34.5	30.4	43.8	
eher zutreffend	28.4	24.1	21.7	27.1	
völlig zutreffend	1.6	0.0	4.3	1.4	
In meiner Ausbildung wurde auf Risiken nicht hingewiesen					
völlig unzutreffend	72.0	66.7	73.9	70.9	
eher unzutreffend	17.4	18.4	13.0	17.4	
eher zutreffend	7.4	10.3	4.3	7.9	
völlig zutreffend	3.2	4.6	8.7	3.8	
Zu grosser Eingriff in die Privatsphäre der Patientin					
völlig unzutreffend	81.4	82.8	78.3	81.5	
eher unzutreffend	14.8	13.8	8.7	14.2	
eher zutreffend	3.5	1.1	4.3	3.0	
völlig zutreffend	0.3	2.3	8.7	1.2	
Die Befragung kann nicht nach Tarmed in Rechnung gestellt					
völlig unzutreffend	75.1	74.7	73.9	74.9	
eher unzutreffend	7.5	9.2	17.4	8.4	
eher zutreffend	6.9	5.7	0.0	6.3	
völlig zutreffend	10.5	10.3	8.7	10.4	
Fragen nach den Rauchgewohnheiten des Partners					
Ja, ich frage, ob ihr Partner raucht	62.6	67.0	63.0	63.6	
Nein, ich frage nicht, ob ihr Partner raucht	37.4	33.0	37.0	36.4	
Einfluss der Rauchgewohnheiten des Partners auf Zigarettenkonsum der Patientin					
sehr wichtig	49.0	37.1	38.5	45.8	**
eher wichtig	44.1	38.1	46.2	42.9	
eher unwichtig	6.9	19.0	15.4	10.0	
völlig unwichtig	0.0	5.7	0.0	1.2	
Fragen nach Passivrauchen					
Ja, ich frage nach Passivrauchen	52.9	61.7	63.0	55.4	
Nein, ich frage nicht nach Passivrauchen	47.1	38.3	37.0	44.6	

*Fortsetzung Tabelle I*

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
Risiken von Passivrauchen					
Das Risiko eines ungünstigen Einflusses ist vorhanden	88.3	79.4	79.2	85.8	*
Passivrauchen ist eher unbedenklich	6.3	15.9	16.7	9.0	
ich weiss es nicht	5.4	4.7	4.2	5.2	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit Chi<sup>2</sup> getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle II

Alkoholkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 486$ ). Da nicht alle Gynäkologen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
	%				
Screening- und Beratungspraxis bezüglich Alkoholkonsum					
Aufklärung zu Risiken des Alkoholkonsums					
Routinemässige Aufklärung	73.0	89.7	81.5	77.2	**
Keine routinemässige Aufklärung	27.0	10.3	18.5	22.8	
Empfehlungen bezüglich Alkoholkonsum					
Strikte Abstinenz	16.0	28.0	16.0	18.7	
Strikte Abstinenz bis Nippen	2.9	1.9	4.0	2.7	
Nippen zum Anstossen	36.9	26.2	32.0	34.2	
Nippen bis mässiger Konsum	2.6	0.9	0.0	2.1	
Mässiger Konsum ('ab und zu ein Glas')	39.5	40.2	36.0	39.5	
Mässiger Konsum bis ein Glas pro Tag	0.3	0.0	4.0	0.4	
Nicht mehr als ein Glas pro Tag	1.2	2.8	8.0	1.9	
Keine Empfehlungen	0.6	0.0	0.0	0.4	
Alkoholkonsumscreening					
Befragt alle Patientinnen zu Alk.konsum	62.4	68.9	81.5	64.9	
Befragt nur, wenn Alk.konsum vermutet	31.2	21.7	18.5	28.4	
Fragt nicht nach Alkoholkonsum	6.4	9.4	0.0	6.7	
Konkretes Nachfragen bezüglich der Konsumgewohnheiten:					
Häufigkeit des Alkoholkonsums	84.7	73.8	92.6	82.7	*
Menge des Alkoholkonsums	76.7	74.8	77.8	76.3	
Häufigkeit von Rauschtrinken	16.5	15.9	33.3	17.3	
Art der konsumierten Getränke	53.4	33.6	55.6	49.2	**
Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Trinkmustern					
Seltenes Nippen an einem Glas					
Unbedenklich	87.9	86.5	85.2	87.4	
Leicht erhöhtes Risiko	11.0	8.7	14.8	10.7	
Deutlich erhöhtes Risiko	1.2	4.8	0.0	1.9	
3 Gläser pro Woche					
Unbedenklich	37.2	30.4	41.7	36.0	*
Leicht erhöhtes Risiko	46.6	48.0	45.8	46.9	
Deutlich erhöhtes Risiko	16.1	21.6	12.5	17.1	
1 Glas pro Tag					
Unbedenklich	7.9	4.0	23.1	7.9	
Leicht erhöhtes Risiko	42.9	40.6	42.3	42.4	
Deutlich erhöhtes Risiko	49.1	55.4	34.6	49.7	
Sporadisches Trinken von grösseren Mengen					
Unbedenklich	0.9	1.0	3.7	1.1	
Leicht erhöhtes Risiko	14.1	15.5	14.8	14.4	
Deutlich erhöhtes Risiko	85.0	83.5	81.5	84.5	
Verwendung von Screeninginstrumenten zur Erfassung von Alkoholkonsum					
Verwendung von T-ACE	0.3	0.0	3.7	0.4	
Verwendung von AUDIT	0.0	0.0	0.0	0.0	
Verwendung von TWEAK	0.0	0.0	0.0	0.0	
Verwendet anderes Screeninginstrument	0.3	2.8	0.0	0.8	
Interventionen bei Alkoholkonsum (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					
Ausführliches Erklären der Risiken	92.0	87.9	92.6	91.1	
Wiederholtes Ansprechen	59.4	37.4	48.1	53.9	**
Plan erstellen	12.2	15.0	14.8	13.0	
Abgabe von Infomaterial	4.0	12.1	11.1	6.2	**
Überweisung an SpezialistIn	34.1	33.6	29.6	33.7	
Keine Interventionen	6.2	0.9	3.7	4.9	

Fortsetzung Tabelle II

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
%					
Einschätzung der Wirksamkeit des ärztlichen Rates					
Sehr hohe Wirksamkeit	10.9	8.6	18.5	10.8	
Eher hohe Wirksamkeit	50.1	53.3	33.3	49.9	
Eher geringe Wirksamkeit	35.0	33.3	44.4	35.1	
Sehr geringe Wirksamkeit	2.0	1.0	3.7	1.9	
Ich weiss es nicht	2.0	3.8	0.0	2.3	
Gründe, Alkoholkonsum nicht anzusprechen:					
Zeitgründe					
völlig unzutreffend	76.6	63.2	73.9	73.5	**
eher unzutreffend	15.7	19.5	17.4	16.6	
eher zutreffend	6.7	13.8	0.0	7.9	
völlig zutreffend	1.0	3.4	8.7	2.0	
Ich weiss bereits, ob meine Patientinnen rauchen					
völlig unzutreffend	19.2	40.0	50.0	25.5	**
eher unzutreffend	26.2	17.6	18.2	23.9	
eher zutreffend	43.4	32.9	18.2	39.7	
völlig zutreffend	11.3	9.4	13.6	11.0	
Die Risiken sind den meisten Frauen ohnehin bekannt					
völlig unzutreffend	18.2	50.6	45.8	26.9	**
eher unzutreffend	33.2	26.4	25.0	31.2	
eher zutreffend	43.3	19.5	20.8	36.8	
völlig zutreffend	5.2	3.4	8.3	5.0	
Frauen mit Kindern sind bereits gut informiert					
völlig unzutreffend	16.2	48.3	37.5	24.5	**
eher unzutreffend	28.4	23.0	29.2	27.3	
eher zutreffend	48.5	25.3	25.0	42.1	
völlig zutreffend	6.9	3.4	8.3	6.2	
Es ist nicht mein Kompetenz-/Aufgabenbereich					
völlig unzutreffend	80.7	83.5	91.3	81.9	
eher unzutreffend	18.0	9.4	4.3	15.3	
eher zutreffend	0.7	3.5	0.0	1.3	
völlig zutreffend	0.7	3.5	4.3	1.5	
Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz					
völlig unzutreffend	68.3	70.9	60.9	68.5	
eher unzutreffend	24.8	18.6	21.7	23.3	
eher zutreffend	6.5	9.3	13.0	7.5	
völlig zutreffend	0.3	1.2	4.3	0.7	
Unsicherheit wirksam intervenieren zu können					
völlig unzutreffend	44.3	44.2	40.9	44.1	
eher unzutreffend	30.6	30.2	36.4	30.8	
eher zutreffend	24.4	22.1	13.6	23.3	
völlig zutreffend	0.7	3.5	9.1	1.8	
Ratschläge haben nur geringe Wirkung					
völlig unzutreffend	27.0	35.2	27.3	28.8	
eher unzutreffend	35.8	31.8	36.4	35.0	
eher zutreffend	36.5	31.8	31.8	35.2	
völlig zutreffend	0.7	1.1	4.5	1.0	
Frauen geben dazu keine ehrlichen Antworten					
völlig unzutreffend	14.5	32.6	27.3	19.2	**
eher unzutreffend	33.7	33.7	22.7	33.1	
eher zutreffend	48.5	27.9	40.9	43.5	
völlig zutreffend	3.3	5.8	9.1	4.2	
In meiner Ausbildung wurde auf Risiken nicht hingewiesen					
völlig unzutreffend	76.3	65.9	72.7	73.9	*
eher unzutreffend	16.6	15.9	18.2	16.5	
eher zutreffend	5.8	12.5	4.5	7.2	
völlig zutreffend	1.3	5.7	4.5	2.4	
Zu grosser Eingriff in die Privatsphäre der Patientin					
völlig unzutreffend	83.6	81.8	78.3	82.9	
eher unzutreffend	13.2	14.8	13.0	13.5	
eher zutreffend	3.0	0.0	0.0	2.2	
völlig zutreffend	0.3	2.3	8.7	1.2	

## Fortsetzung Tabelle II

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
%					
Die Befragung kann nicht nach Tarmed in Rechnung gestellt werden					
völlig unzutreffend	76.2	83.5	73.9	77.7	
eher unzutreffend	6.9	4.7	17.4	7.0	
eher zutreffend	7.3	3.5	0.0	6.1	
völlig zutreffend	9.6	8.2	8.7	9.2	
Fragen nach den Trinkgewohnheiten des Partners					
Ja, ich frage nach den Trinkgewohnheiten des Partners	26.1	29.2	26.9	26.8	
Nein, ich frage nicht nach den Trinkgewohnheiten des Partners	73.9	70.8	73.1	73.2	
Einfluss der Trinkgewohnheiten des Partners auf den Konsum der Patientin					
sehr wichtig	18.9	14.2	15.4	17.7	**
eher wichtig	43.8	31.1	26.9	40.1	
eher unwichtig	36.1	42.5	57.7	38.7	
völlig unwichtig	1.1	12.3	0.0	3.5	
Wissen über Störungsbilder, folgende Störungsbilder sind bekannt (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					**
Alkoholembryopathie	90.1	71.0	74.1	85.0	
Fetales Alkoholyndrom (FAS)	76.4	84.1	85.2	78.6	
Fetale Alkoholeffekte	21.3	43.9	33.3	26.9	**
Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)	42.0	43.0	70.4	43.8	*
keines	1.4	0.9	0.0	1.2	
Alkoholkonsum in der Stillzeit...					
...foerdert die Milchproduktion					**
völlig unzutreffend	39.7	63.0	61.5	46.0	
eher unzutreffend	35.0	18.0	23.1	30.6	
eher zutreffend	20.1	11.0	3.8	17.2	
völlig zutreffend	5.2	8.0	11.5	6.2	
...ist schaedlich für das Kind					
völlig unzutreffend	6.1	12.7	20.0	8.3	
eher unzutreffend	25.6	21.6	24.0	24.6	
eher zutreffend	43.3	29.4	28.0	39.4	
völlig zutreffend	25.0	36.3	28.0	27.7	
...kann stillenden Frauen empfohlen werden					
völlig unzutreffend	74.3	77.5	70.8	74.8	
eher unzutreffend	19.0	14.7	25.0	18.4	
eher zutreffend	4.1	5.9	0.0	4.3	
völlig zutreffend	2.6	2.0	4.2	2.6	

\* p &lt; 0.05, \*\* p &lt; 0.01

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit Chi<sup>2</sup> getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle III

Andere Substanzen und Ernährung: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 486$ ). Da nicht alle Gynäkologen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $n$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
%					
Screening bezüglich anderem Substanzkonsum in der Schwangerschaft ( <i>Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten</i> )					
Koffein	49.4	30.8	44.4	45.0	**
Selber gekaufte Medikamente	75.6	77.6	74.1	76.0	
Vom Arzt verschriebene Medikamente	82.7	84.1	96.3	83.8	
Illegale Drogen	59.1	72.0	85.2	63.4	*
Abklärung von Schwangerschaftsdiabetes					
Führt routinemässige Abklärung von Schwangerschaftsdiabetes durch	87.9	79.2	77.8	85.4	*
Führt keine routinemässige Abklärung von Schwangerschaftsdiabetes durch	12.1	20.8	22.2	14.6	
Aufklärung bezüglich optimaler Ernährung während der Schwangerschaft					
Routinemässiges Besprechen der Ernährung	69.5	78.1	74.1	71.6	
Besprechen der Ernährung bei vermuteter Fehlernährung	28.4	21.0	25.9	26.6	
Ernährung wird nicht angesprochen	2.1	1.0	0.0	1.7	
Aufklärung bezüglich Risikolebensmitteln und Mikronährstoffen ( <i>Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten</i> )					
Rohe Fleischprodukte	96.0	90.7	81.5	94.0	*
Fischprodukte	44.6	44.3	48.1	44.7	
Omega-3 Fettsäure	25.3	21.5	33.3	24.9	
Folsäure	93.5	90.7	92.6	92.8	
Jod	34.1	22.4	40.7	31.9	*
Eisen	88.4	86.0	92.6	88.1	
Verschreibung von Multivitamin- und Mineralstoffpräparaten					
Verschreibt allen schwangeren Frauen Multivitamin- und Mineralstoffpräparate	79.1	58.7	69.2	74.1	*
Verschreibt Multivitamin- und Mineralstoffpräparate nur wenn Mangel vermutet wird	19.4	32.7	26.9	22.7	
Verschreibt Multivitamin- und Mineralstoffpräparate nur wenn Mangel diagnostiziert wird	1.4	7.7	3.8	2.9	
Folsäureprophylaxe					
Klärt routinemässig Frauen im gebärfähigen Alter über Folsäureprophylaxe auf	53.0	57.9	69.2	55.0	
Klärt nur Frauen über Folsäureprophylaxe auf die einen Kinderwunsch äussern	46.1	38.3	26.9	43.3	
Klärt Frauen nicht über Folsäureprophylaxe auf	0.9	3.7	3.8	1.7	
Einschätzung der Risiken von mütterlichem Übergewicht für die Mutter					
Geringes Gesundheitsrisiko	12.6	28.8	29.6	17.1	
Erhöhtes Gesundheitsrisiko	87.4	71.2	70.4	82.9	**
Einschätzung der Risiken von mütterlichem Übergewicht für das Kind					
Geringes Gesundheitsrisiko	21.9	46.5	40.7	28.4	
Erhöhtes Gesundheitsrisiko	78.1	53.5	59.3	71.6	**
Ansprechen von Gewicht und Gewichtsverlaufs bei schwangeren Frauen					
Besprechung der natürlichen Gewichtsveränderungen bei allen Frauen	90.5	87.7	88.9	89.8	
Besprechung der natürlichen Gewichtsveränderungen bei Frauen mit allfälligen Essstörungen	8.6	10.4	11.1	9.1	
Keine Besprechung des Gewichts/Gewichtsverlaufs	0.9	1.9	0.0	1.1	

*Fortsetzung Tabelle III*

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
%					
Interventionen bei schwangeren Frauen mit nicht normalem Gewicht/Gewichtverlauf (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					
Ausführliches Besprechen der Risiken von Übergewicht	83.0	64.5	85.2	79.0	**
Ausführliches Besprechen der Risiken von Essstörungen	51.1	36.4	33.3	46.9	**
Wiederholtes Ansprechen des Problems	59.1	40.2	55.6	54.7	**
Plan erstellen	26.7	32.7	29.6	28.2	
Überweisung an Ernährungsberaterin oder Psychologin	64.2	72.9	70.4	66.5	
Keine Intervention	4.3	5.6	0.0	4.3	

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit  $\chi^2$  getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle IV

Massnahmen zur Verbesserung der Prävention: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 486$ ). Da nicht alle Gynäkologen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $n$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=352)	Französisch (n=107)	Italienisch (n=27)	Total (n=486)	Sig.
	%				
Stärkere Gewichtung der Themen in der medizinischen Grundausbildung					
sehr geringer Nutzen	5.9	2.9	4.2	5.1	*
eher geringer Nutzen	24.8	12.5	37.5	22.8	
eher hoher Nutzen	51.3	57.7	45.8	52.4	
sehr hoher Nutzen	18.0	26.9	12.5	19.7	
Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Gynäkologenverband					
sehr geringer Nutzen	8.2	5.7	4.2	7.4	*
eher geringer Nutzen	23.2	9.5	20.8	20.1	
eher hoher Nutzen	47.6	52.4	58.3	49.3	
sehr hoher Nutzen	20.9	32.4	16.7	23.2	
Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Verband/andere Fachstellen					
sehr geringer Nutzen	3.5	3.8	4.3	3.6	
eher geringer Nutzen	19.5	12.5	21.7	18.1	
eher hoher Nutzen	47.5	45.2	56.5	47.5	
sehr hoher Nutzen	29.5	38.5	17.4	30.8	
Spezifische Fortbildung (zu Risiken/Durchführung von Interventionen)					
sehr geringer Nutzen	3.6	2.9	4.5	3.5	
eher geringer Nutzen	24.3	21.6	9.1	22.9	
eher hoher Nutzen	54.7	53.9	68.2	55.3	
sehr hoher Nutzen	17.5	21.6	18.2	18.4	
Anerkennung von Screening/Intervention als Teil der Schwangerschaftsvorsorge (z.B. Möglichkeit, Substanzkonsumscreening nach Tarmed in Rechnung zu stellen)					
sehr geringer Nutzen	14.9	15.5	20.0	15.3	
eher geringer Nutzen	36.6	32.0	40.0	35.8	
eher hoher Nutzen	32.7	29.1	20.0	31.2	
sehr hoher Nutzen	15.8	23.3	20.0	17.7	

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit  $\chi^2$  getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle V

Zigarettenkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 366$ ). Da nicht alle Hebammen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
%					
Screening- und Beratungspraxis bezüglich Zigarettenkonsum					
Aufklärung zu Risiken des Zigarettenkonsums					
Routinemässige Aufklärung	57.5	65.6	60.0	59.7	
Keine routinemässige Aufklärung	42.5	34.4	40.0	40.3	
Empfehlungen bezüglich Zigarettenkonsum					
Das Rauchen einzustellen	49.8	33.3	30.0	44.9	**
Das Rauchen einstellen od. reduzieren	6.3	16.1	0.0	8.7	
Das Rauchen zu reduzieren	39.5	49.5	70.0	43.0	
Die Rauchgewohnheiten nicht zu ändern	0.4	0	0	0.3	
Keine Empfehlungen	4.0	1.1	0.0	3.1	
Zigarettenkonsumscreening					
Befragt alle Patientinnen, ob sie rauchen	81.4	86.0	80.0	82.5	
Befragt nur, wenn Z.konsum vermutet	17.1	14.0	20.0	16.3	
Fragt nicht nach Zigarettenkonsum	1.6	0.0	0.0	1.1	
Interventionen bei Zigarettenkonsum ( <i>Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten</i> )					
Ausführliches Erklären der Risiken	83.0	73.4	54.5	79.7	*
Wiederholtes Ansprechen	51.7	26.6	18.2	44.2	**
Plan erstellen	24.7	40.4	36.4	29.1	*
Abgabe von Infomaterial	12.4	20.2	9.1	14.3	
Überweisung an SpezialistIn	8.1	18.1	0.0	10.4	*
Empfehlung von Verhaltenstherapie	3.9	4.3	0.0	3.8	
Vereinbarung, das Rauchen einzustellen	4.2	6.4	0.0	4.7	
Empfehlen einer Nikotinersatztherapie	4.6	7.4	0.0	5.2	
Keine Interventionen	11.6	10.6	18.2	11.5	
Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Nikotinkonsummengen					
1-2 Zigaretten/Tag					
Unbedenklich	19.8	30.4	18.2	22.5	*
Leicht erhöhtes Risiko	68.4	60.9	81.8	66.9	
Deutlich erhöhtes Risiko	11.9	8.7	0.0	10.7	
3-9 Zigaretten/Tag					
Unbedenklich	0.0	0.0	0.0	0.0	**
Leicht erhöhtes Risiko	24.4	44.4	54.5	30.5	
Deutlich erhöhtes Risiko	75.6	55.6	45.5	69.5	
10 oder mehr Zigaretten/Tag					
Unbedenklich	0	0	0	0	
Leicht erhöhtes Risiko	0.0	1.1	0.0	0.3	
Deutlich erhöhtes Risiko	100.0	98.9	100.0	99.7	
Risiken von plötzlichem Absetzen des Zigarettenkonsums					
Absetzen birgt keine Risiken für das Kind	42.2	41.9	45.5	42.3	
Absetzen birgt geringere Risiken als wenn eine Frau raucht	46.6	50.5	45.5	47.6	
Absetzen birgt mehr Risiken als wenn eine Frau raucht	3.2	1.1	0.0	2.5	
ich weiss es nicht	8.0	6.5	9.1	7.6	
Einschätzung der Wirksamkeit des ärztlichen Rates					
Sehr hohe Wirksamkeit	2.7	3.2	0.0	2.8	
Eher hohe Wirksamkeit	33.5	30.1	0.0	31.6	
Eher geringe Wirksamkeit	44.4	46.2	54.5	45.2	
Sehr geringe Wirksamkeit	6.6	6.5	45.5	7.8	
Ich weiss es nicht	12.8	14.0	0.0	12.7	
Gründe, Zigarettenkonsum nicht anzusprechen:					
Zeitgründe					
völlig unzutreffend	70.6	47.6	72.7	64.8	**
eher unzutreffend	17.4	25.0	18.2	19.4	
eher zutreffend	8.1	16.7	0.0	10.0	
völlig zutreffend	3.8	10.7	9.1	5.8	

## Fortsetzung Tabelle V

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
	%				
Ich weiss bereits, ob meine Patientinnen rauchen					
völlig unzutreffend	39.3	56.0	81.8	45.0	**
eher unzutreffend	27.8	22.6	0.0	25.5	
eher zutreffend	24.8	13.1	9.1	21.3	
völlig zutreffend	8.1	8.3	9.1	8.2	
Die Risiken sind den meisten Frauen ohnehin bekannt					
völlig unzutreffend	19.2	35.3	20.0	23.4	**
eher unzutreffend	27.6	24.7	60.0	27.8	
eher zutreffend	40.2	35.3	20.0	38.3	
völlig zutreffend	13.0	4.7	0.0	10.5	
Frauen mit Kindern sind bereits gut informiert					
völlig unzutreffend	19.8	35.7	36.4	24.4	**
eher unzutreffend	30.8	31.0	36.4	31.0	
eher zutreffend	37.6	28.6	27.3	34.9	
völlig zutreffend	11.8	4.8	0.0	9.6	
Es ist nicht mein Kompetenz-/Aufgabenbereich					
völlig unzutreffend	80.8	83.3	90.9	81.8	
eher unzutreffend	12.8	11.9	9.1	12.5	
eher zutreffend	4.3	1.2	0.0	3.3	
völlig zutreffend	2.1	3.6	0.0	2.4	
Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz					
völlig unzutreffend	55.3	60.7	54.5	56.6	
eher unzutreffend	32.1	26.2	36.4	30.7	
eher zutreffend	10.5	8.3	9.1	9.9	
völlig zutreffend	2.1	4.8	0.0	2.7	
Unsicherheit wirksam intervenieren zu können					
völlig unzutreffend	37.1	23.8	18.2	33.1	**
eher unzutreffend	29.6	23.8	36.4	28.4	
eher zutreffend	29.6	46.4	27.3	33.7	
völlig zutreffend	3.8	6.0	18.2	4.8	
Ratschläge haben nur geringe Wirkung					
völlig unzutreffend	17.5	20.5	9.1	18.0	
eher unzutreffend	23.8	24.1	54.5	24.9	
eher zutreffend	50.4	47.0	36.4	49.1	
völlig zutreffend	8.3	8.4	0.0	8.1	
Frauen geben dazu keine ehrlichen Antworten					
völlig unzutreffend	16.2	25.0	36.4	19.0	
eher unzutreffend	28.2	31.0	27.3	28.9	
eher zutreffend	45.6	34.5	36.4	42.6	
völlig zutreffend	10.0	9.5	0.0	9.5	
In meiner Ausbildung wurde auf Risiken nicht hingewiesen					
völlig unzutreffend	66.8	52.3	54.5	62.7	*
eher unzutreffend	14.7	19.8	36.4	16.7	
eher zutreffend	11.8	18.6	0.0	13.1	
völlig zutreffend	6.7	9.3	9.1	7.5	
Zu grosser Eingriff in die Privatsphäre der Patientin					
völlig unzutreffend	66.9	69.4	81.8	68.1	
eher unzutreffend	23.8	21.2	9.1	22.7	
eher zutreffend	7.5	8.2	9.1	7.8	
völlig zutreffend	1.7	1.2	0.0	1.5	
Fragen nach den Rauchgewohnheiten des Partners					
Ja, ich frage, ob ihr Partner raucht	64.1	66.7	54.5	64.4	
Nein, ich frage nicht, ob ihr Partner raucht	35.9	33.3	45.5	35.6	
Einfluss der Rauchgewohnheiten des Partners auf Zigarettenkonsum der Patientin					
sehr wichtig	60.7	40.7	72.7	56.0	**
eher wichtig	33.1	48.4	27.3	36.8	
eher unwichtig	6.2	7.7	0.0	6.4	
völlig unwichtig	0.0	3.3	0.0	0.8	
Fragen nach Passivrauchen					
Ja, ich frage nach Passivrauchen	48.6	60.2	72.7	52.4	
Nein, ich frage nicht nach Passivrauchen	51.4	39.8	27.3	47.6	

*Fortsetzung Tabelle V*

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
Risiken von Passivrauchen					
Das Risiko eines ungünstigen Einflusses ist vorhanden	97.3	93.6	90.9	96.1	
Passivrauchen ist eher unbedenklich	1.2	5.3	0.0	2.2	
ich weiss es nicht	1.6	1.1	9.1	1.7	

\* p < 0.05, \*\* p < 0.01

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit Chi<sup>2</sup> getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle VI

Alkoholkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 366$ ).  
Da nicht alle Hebammen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $n$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
	%				
Screening- und Beratungspraxis bezüglich Alkoholkonsum					
Aufklärung zu Risiken des Alkoholkonsums					
Routinemässige Aufklärung	47.7	73.6	72.7	55.0	**
Keine routinemässige Aufklärung	52.3	26.4	27.3	45.0	
Empfehlungen bezüglich Alkoholkonsum					
Strikte Abstinenz	12.1	33.0	0.0	17.0	**
Strikte Abstinenz bis Nippen	1.9	0.0	0.0	1.4	
Nippen zum Anstossen	32.7	26.4	45.5	31.5	
Nippen bis mässiger Konsum	2.3	0.0	0.0	1.7	
Mässiger Konsum ('ab und zu ein Glas')	45.1	40.7	45.5	44.0	
Nicht mehr als ein Glas pro Tag	1.2	0.0	0.0	0.8	
Keine Empfehlungen	4.7	0.0	9.1	3.6	
Alkoholkonsumscreening					
Befragt alle Patientinnen zu Alk.konsum	72.5	68.5	60.0	71.1	
Befragt nur, wenn Alk.konsum vermutet	17.4	26.1	30.0	20.0	
Fragt nicht nach Alkoholkonsum	10.1	5.4	10.0	8.9	
Konkretes Nachfragen bezüglich der Konsumgewohnheiten:					
Häufigkeit des Alkoholkonsums	84.2	91.5	72.7	85.7	
Menge des Alkoholkonsums	69.1	64.9	63.6	67.9	
Häufigkeit von Rauschtrinken	7.3	10.6	18.2	8.5	
Art der konsumierten Getränke	38.6	39.4	54.5	39.3	
Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Trinkmustern					
Seltenes Nippen an einem Glas					
Unbedenklich	85.0	80.4	90.9	84.0	
Leicht erhöhtes Risiko	13.4	17.4	9.1	14.3	
Deutlich erhöhtes Risiko	1.6	2.2	0.0	1.7	
3 Gläser pro Woche					
Unbedenklich	26.8	15.2	30.0	23.9	*
Leicht erhöhtes Risiko	51.6	56.5	70.0	53.4	
Deutlich erhöhtes Risiko	21.6	28.3	0.0	22.7	
1 Glas pro Tag					
Unbedenklich	2.0	6.6	0.0	3.1	
Leicht erhöhtes Risiko	31.3	23.1	72.7	30.5	
Deutlich erhöhtes Risiko	66.7	70.3	27.3	66.4	
Sporadisches Trinken von grösseren Mengen					
Unbedenklich	0.0	1.1	0.0	0.3	
Leicht erhöhtes Risiko	4.0	4.3	9.1	4.2	
Deutlich erhöhtes Risiko	96.0	94.6	90.9	95.5	
Verwendung von Screeninginstrumenten zur Erfassung von Alkoholkonsum					
Verwendung von T-ACE	0.0	1.1	0.0	0.3	
Verwendung von AUDIT	0.0	1.1	0.0	0.3	
Verwendung von TWEAK	0.0	0.0	0.0	0.0	
Verwendet anderes Screeninginstrument	1.2	2.1	0.0	1.4	
Interventionen bei Alkoholkonsum (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					
Ausführliches Erklären der Risiken	78.4	75.5	72.7	77.5	
Wiederholtes Ansprechen	41.7	21.3	18.2	35.7	**
Plan erstellen	9.3	23.4	9.1	12.9	**
Abgabe von Infomaterial	5.0	17.0	18.2	8.5	**
Überweisung an SpezialistIn	41.7	45.7	36.4	42.6	
Keine Interventionen	9.3	7.4	9.1	8.8	
Einschätzung der Wirksamkeit des Rates der Hebamme					
Sehr hohe Wirksamkeit	5.6	2.2	0.0	4.5	
Eher hohe Wirksamkeit	29.0	29.2	9.1	28.4	
Eher geringe Wirksamkeit	44.0	36.0	63.6	42.6	
Sehr geringe Wirksamkeit	6.3	9.0	9.1	7.1	
Ich weiss es nicht	15.1	23.6	18.2	17.3	

## Fortsetzung Tabelle VI

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
	%				
Gründe, Alkoholkonsum nicht anzusprechen:					
Zeitgründe					
völlig unzutreffend	73.6	48.1	90.9	67.7	**
eher unzutreffend	18.1	27.2	0.0	19.7	
eher zutreffend	5.7	18.5	0.0	8.8	
völlig zutreffend	2.6	6.2	9.1	3.8	
Ich weiss bereits, ob meine Klientinnen Alkohol konsumieren					
völlig unzutreffend	39.7	58.8	81.8	45.8	**
eher unzutreffend	32.9	28.8	9.1	31.1	
eher zutreffend	19.7	11.2	9.1	17.2	
völlig zutreffend	7.7	1.2	0.0	5.8	
Die Risiken sind den meisten Frauen ohnehin bekannt					
völlig unzutreffend	20.3	35.4	54.5	25.2	**
eher unzutreffend	34.6	37.8	36.4	35.5	
eher zutreffend	39.2	24.4	9.1	34.5	
völlig zutreffend	5.9	2.4	0.0	4.8	
Frauen mit Kindern sind bereits gut informiert					
völlig unzutreffend	19.7	38.3	63.6	25.8	**
eher unzutreffend	33.3	35.8	27.3	33.7	
eher zutreffend	42.7	25.9	9.1	37.4	
völlig zutreffend	4.3	0.0	0.0	3.1	
Es ist nicht mein Kompetenz-/Aufgabenbereich					
völlig unzutreffend	71.6	80.2	63.6	73.5	
eher unzutreffend	18.6	13.6	27.3	17.7	
eher zutreffend	5.1	2.5	9.1	4.6	
völlig zutreffend	4.7	3.7	0.0	4.3	
Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz					
völlig unzutreffend	54.3	56.8	63.6	55.2	
eher unzutreffend	26.1	21.0	27.3	24.8	
eher zutreffend	18.4	19.8	9.1	18.4	
völlig zutreffend	1.3	2.5	0.0	1.5	
Unsicherheit wirksam intervenieren zu können					
völlig unzutreffend	34.3	30.5	9.1	32.5	
eher unzutreffend	31.4	32.9	45.5	32.2	
eher zutreffend	31.4	34.1	45.5	32.5	
völlig zutreffend	3.0	2.4	0.0	2.7	
Ratschläge haben nur geringe Wirkung					
völlig unzutreffend	16.3	20.0	18.2	17.3	
eher unzutreffend	29.2	31.2	54.5	30.6	
eher zutreffend	48.1	45.0	27.3	46.6	
völlig zutreffend	6.4	3.8	0.0	5.6	
Frauen geben dazu keine ehrlichen Antworten					
völlig unzutreffend	14.3	19.3	27.3	16.0	
eher unzutreffend	22.7	25.3	54.5	24.4	
eher zutreffend	52.9	47.0	9.1	50.0	
völlig zutreffend	10.1	8.4	9.1	9.6	
In meiner Ausbildung wurde auf Risiken nicht hingewiesen					
völlig unzutreffend	60.4	54.2	63.6	59.0	
eher unzutreffend	22.6	15.7	27.3	21.0	
eher zutreffend	8.9	19.3	9.1	11.6	
völlig zutreffend	8.1	10.8	0.0	8.5	
Zu grosser Eingriff in die Privatsphäre der Patientin					
völlig unzutreffend	70.0	74.1	81.8	71.4	
eher unzutreffend	21.9	18.5	0.0	20.4	
eher zutreffend	7.6	7.4	18.2	7.9	
völlig zutreffend	0.4	0.0	0.0	0.3	
Fragen nach den Trinkgewohnheiten des Partners					
Ja, ich frage nach den Trinkgewohnheiten des Partners	25.6	41.1	36.4	29.8	*
Nein, ich frage nicht nach den Trinkgewohnheiten des Partners	74.4	58.9	63.6	70.2	
Einfluss der Trinkgewohnheiten des Partners auf den Konsum der Patientin					
sehr wichtig	32.9	25.3	45.5	31.4	*
eher wichtig	45.5	42.9	45.5	44.8	
eher unwichtig	20.4	23.1	9.1	20.7	
völlig unwichtig	1.2	8.8	0.0	3.1	

## Fortsetzung Tabelle VI

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
	%				
Wissen über Störungsbilder, folgende Störungsbilder sind bekannt (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					**
Alkoholembryopathie	83.4	53.2	54.5	74.7	
Fetales Alkoholyndrom (FAS)	56.8	85.1	72.7	64.6	**
Fetale Alkoholeffekte	10.4	37.2	27.3	17.9	**
Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)	14.7	33.0	18.2	19.5	**
keines	7.7	2.1	0.0	6.0	
Alkoholkonsum in der Stillzeit...					
...fördert die Milchproduktion					
völlig unzutreffend	38.3	50.0	81.8	42.7	*
eher unzutreffend	28.5	16.3	9.1	24.7	
eher zutreffend	25.7	27.2	9.1	25.6	
völlig zutreffend	7.5	6.5	0.0	7.0	
...ist schädlich für das Kind					
völlig unzutreffend	7.9	7.7	27.3	8.5	**
eher unzutreffend	21.3	6.6	18.2	17.5	
eher zutreffend	35.2	34.1	18.2	34.4	
völlig zutreffend	35.6	51.6	36.4	39.7	
...kann stillenden Frauen empfohlen werden					
völlig unzutreffend	74.3	85.9	90.9	77.8	*
eher unzutreffend	15.8	10.9	9.1	14.3	
eher zutreffend	5.5	2.2	0.0	4.5	
völlig zutreffend	4.3	1.1	0.0	3.4	

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit  $\chi^2$  getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle VII

Andere Substanzen und Ernährung: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 366$ ). Da nicht alle Hebammen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $n$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
%					
Screening bezüglich anderem Substanzkonsum in der Schwangerschaft (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					
Koffein	48.6	42.6	36.4	46.7	
Selber gekaufte Medikamente	88.0	77.7	81.8	85.2	*
Vom Arzt verschriebene Medikamente	90.3	76.6	90.9	86.8	**
Illegale Drogen	73.0	58.5	63.6	69.0	**
Aufklärung bezüglich optimaler Ernährung während der Schwangerschaft					
Routinemässiges Besprechen der Ernährung	56.2	67.4	63.6	59.3	
Besprechen der Ernährung bei vermuteter Fehlernährung	33.6	26.1	27.3	31.5	
Ernährung wird nicht angesprochen	10.2	6.5	9.1	9.2	
Aufklärung bezüglich Risikolebensmitteln und Mikronährstoffen (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					
Rohe Fleischprodukte	82.6	77.7	90.9	81.6	
Fischprodukte	35.1	36.2	45.5	35.7	
Omega-3 Fettsäure	25.1	35.1	45.5	28.3	
Folsäure	64.5	62.8	63.6	64.0	
Jod	83.4	79.8	63.6	81.9	
Eisen	46.3	41.5	54.5	45.3	
Proteinversorgung	18.5	16.0	45.5	18.7	
Empfehlung von Multivitamin- und Mineralstoffpräparaten					
Empfiehl allen schwangeren Frauen Multivitamin- und Mineralstoffpräparate	26.7	29.9	0.0	26.9	
Empfiehl Multivitamin- und Mineralstoffpräparate nur wenn Mangel vermutet wird	49.4	41.6	71.4	48.0	
Empfiehl Multivitamin- und Mineralstoffpräparate nur wenn Mangel diagnostiziert wird	23.9	28.6	28.6	25.1	
Einschätzung der Risiken von mütterlichem Übergewicht für die Mutter					
Geringes Gesundheitsrisiko	14.7	15.6	36.4	15.6	
Erhöhtes Gesundheitsrisiko	85.3	84.4	63.6	84.4	
Einschätzung der Risiken von mütterlichem Übergewicht für das Kind					
Geringes Gesundheitsrisiko	40.4	44.6	45.5	41.6	
Erhöhtes Gesundheitsrisiko	59.6	55.4	54.5	58.4	
Ansprechen von Gewicht und Gewichtsverlaufs bei schwangeren Frauen					
Besprechung der natürlichen Gewichtsveränderungen bei allen Frauen	75.5	74.2	72.7	75.1	
Besprechung der natürlichen Gewichtsveränderungen bei Frauen mit allfälligen Essstörungen	20.2	20.2	18.2	20.1	
Keine Besprechung des Gewichts/Gewichtsverlaufs	4.3	5.6	9.1	4.8	
Interventionen bei schwangeren Frauen mit nicht normalem Gewicht/Gewichtsverlauf (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)					
Ausführliches Besprechen der Risiken von Übergewicht	53.7	51.1	54.5	53.0	
Ausführliches Besprechen der Risiken von Essstörungen	46.3	35.1	45.5	43.4	
Wiederholtes Ansprechen des Problems	32.4	23.4	18.2	29.7	
Plan erstellen	26.3	38.3	27.3	29.4	*
Überweisung an SpezialistIn	61.4	67.0	54.5	62.6	

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit  $\chi^2$  getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle VIII

Massnahmen zur Verbesserung der Prävention: Screening- und Beratungspraxis der Hebammen unterteilt nach Sprachregionen ( $N = 366$ ). Da nicht alle Hebammen alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $n$  von Frage zu Frage.

	Deutsch (n=260)	Französisch (n=94)	Italienisch (n=12)	Total (n=366)	Sig.
	%				
Stärkere Gewichtung der Themen in der Grundausbildung der Hebammen					
sehr geringer Nutzen	1.6	0.0	0.0	1.2	*
eher geringer Nutzen	15.0	4.4	20.0	12.4	
eher hoher Nutzen	42.9	44.4	60.0	43.8	
sehr hoher Nutzen	40.5	51.1	20.0	42.7	
Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Hebammenverband					
sehr geringer Nutzen	5.8	2.3	0.0	4.7	**
eher geringer Nutzen	31.7	18.4	20.0	27.9	
eher hoher Nutzen	38.3	37.9	60.0	38.9	
sehr hoher Nutzen	24.2	41.4	20.0	28.5	
Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Hebammenverband/andere Fachstellen					
sehr geringer Nutzen	1.6	0.0	0.0	1.1	
eher geringer Nutzen	11.7	5.6	9.1	10.0	
eher hoher Nutzen	45.6	45.6	63.6	46.1	
sehr hoher Nutzen	41.1	48.9	27.3	42.7	
Spezifische Fortbildung (zu Risiken/Durchführung von Interventionen)					
sehr geringer Nutzen	0.8	1.1	0.0	0.9	
eher geringer Nutzen	8.6	6.9	10.0	8.2	
eher hoher Nutzen	49.6	43.7	50.0	48.1	
sehr hoher Nutzen	41.0	48.3	40.0	42.8	
Strukturelle Massnahmen zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Fachgruppen					
sehr geringer Nutzen	1.2	3.4	0.0	1.7	*
eher geringer Nutzen	11.7	5.7	0.0	9.9	
eher hoher Nutzen	44.9	36.4	30.0	42.3	
sehr hoher Nutzen	42.1	54.5	70.0	46.1	

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

Die Signifikanztestung bezieht sich auf Unterschiede zwischen den Sprachgruppen. Bei binären Variablen wurde mit  $\chi^2$  getestet, bei ordinalskalierten Variablen mit dem Kruskal-Wallis (zum Vergleich aller Sprachgruppen) und dem Mann-Whitney Verfahren (zum Vergleich der deutschen und französischen Sprachgruppe).

Tabelle IX

Zigarettenkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen ( $N = 486$ ) und Hebammen ( $N = 366$ ). Die Gruppe der Hebammen ist unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der schwangeren Frau. Da nicht alle Studienteilnehmer alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen <SSW20 (n=171)	Hebammen >SSW29 (n=87)
	%		
Screening- und Beratungspraxis bezüglich Zigarettenkonsum			
Aufklärung zu Risiken des Zigarettenkonsums			
Routinemässige Aufklärung	86.6	66.9	39.5
Keine routinemässige Aufklärung	13.4	33.1	60.5
Empfehlungen bezüglich Zigarettenkonsum			
Das Rauchen einzustellen	71.3	53.0	27.6
Das Rauchen einstellen od. reduzieren	9.9	10.2	6.9
Das Rauchen zu reduzieren	18.6	34.3	57.5
Die Rauchgewohnheiten nicht zu ändern	0.0	0.0	1.1
Keine Empfehlungen	0.2	2.4	6.9
Zigarettenkonsumscreening			
Befragt alle Patientinnen, ob sie rauchen	92.1	91.2	81.6
Befragt nur, wenn Z.konsum vermutet	7.2	7.6	18.4
Fragt nicht nach Zigarettenkonsum	0.6	1.2	0.0
Interventionen bei Zigarettenkonsum ( <i>Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten</i> )			
Ausführliches Erklären der Risiken	91.6	84.1	71.3
Wiederholtes Ansprechen	64.6	59.4	25.3
Plan erstellen	24.3	34.7	12.6
Abgabe von Infomaterial	10.9	19.4	4.6
Überweisung an SpezialistIn	7.4	12.4	5.7
Empfehlung von Verhaltenstherapie	5.1	4.1	5.7
Vereinbarung, das Rauchen einzustellen	21.6	5.3	3.4
Verschreiben von Nikotinersatztherapie	3.9	4.7	3.4
Keine Interventionen	5.8	6.5	23.0
Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Nikotinkonsummengen			
1-2 Zigaretten/Tag			
Unbedenklich	45.0	19.8	20.7
Leicht erhöhtes Risiko	47.1	70.7	66.7
Deutlich erhöhtes Risiko	7.8	9.6	12.6
3-9 Zigaretten/Tag			
Unbedenklich	2.1	0.0	0.0
Leicht erhöhtes Risiko	51.8	28.9	30.6
Deutlich erhöhtes Risiko	46.0	71.1	69.4
10 oder mehr Zigaretten/Tag			
Unbedenklich	0.0	0.0	0.0
Leicht erhöhtes Risiko	3.0	0.0	0.0
Deutlich erhöhtes Risiko	97.0	100.0	100.0
Risiken von plötzlichem Absetzen des Zigarettenkonsums			
Absetzen birgt keine Risiken für das Kind	72.0	44.2	38.8
Absetzen birgt geringere Risiken als wenn eine Frau raucht	25.4	48.5	49.4
Absetzen birgt mehr Risiken als wenn eine Frau raucht	0.8	0.6	4.7
ich weiss es nicht	1.7	6.7	7.1
Einschätzung der Wirksamkeit des ärztlichen Rates			
Sehr hohe Wirksamkeit	9.8	2.4	1.1
Eher hohe Wirksamkeit	52.3	41.8	16.1
Eher geringe Wirksamkeit	32.8	41.8	59.8
Sehr geringe Wirksamkeit	3.7	3.5	17.2
Ich weiss es nicht	1.5	10.6	5.7
Gründe, Zigarettenkonsum nicht anzusprechen:			
Zeitgründe			
völlig unzutreffend	67.8	73.4	47.6
eher unzutreffend	21.3	17.5	26.8
eher zutreffend	8.7	4.5	17.1
völlig zutreffend	2.1	4.5	8.5

## Fortsetzung Tabelle IX

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen <SSW20 (n=171)	Hebammen >SSW29 (n=87)
	%		
Ich weiss bereits, ob meine Patientinnen rauchen			
völlig unzutreffend	26.2	35.9	59.8
eher unzutreffend	16.8	30.1	22.0
eher zutreffend	44.2	24.2	15.9
völlig zutreffend	12.7	9.8	2.4
Die Risiken sind den meisten Frauen ohnehin bekannt			
völlig unzutreffend	27.2	25.2	27.7
eher unzutreffend	28.1	32.9	18.1
eher zutreffend	35.0	34.8	43.4
völlig zutreffend	9.7	7.1	10.8
Frauen mit Kindern sind bereits gut informiert			
völlig unzutreffend	21.0	25.8	26.5
eher unzutreffend	28.2	37.4	24.1
eher zutreffend	41.5	29.7	38.6
völlig zutreffend	9.3	7.1	10.8
Es ist nicht mein Kompetenz-/Aufgabenbereich			
völlig unzutreffend	87.2	89.6	67.1
eher unzutreffend	11.4	7.8	20.7
eher zutreffend	1.0	2.6	6.1
völlig zutreffend	0.5	0.0	6.1
Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz			
völlig unzutreffend	72.6	55.1	60.2
eher unzutreffend	22.6	30.8	31.3
eher zutreffend	4.3	12.8	6.0
völlig zutreffend	0.5	1.3	2.4
Unsicherheit wirksam intervenieren zu können			
völlig unzutreffend	39.2	35.0	25.3
eher unzutreffend	35.4	32.5	27.7
eher zutreffend	23.7	30.6	37.3
völlig zutreffend	1.7	1.9	9.6
Ratschläge haben nur geringe Wirkung			
völlig unzutreffend	23.3	20.6	14.3
eher unzutreffend	37.5	28.4	25.0
eher zutreffend	35.3	47.1	46.4
völlig zutreffend	3.8	3.9	14.3
Frauen geben dazu keine ehrlichen Antworten			
völlig unzutreffend	27.4	21.2	8.4
eher unzutreffend	44.0	32.7	21.7
eher zutreffend	27.2	38.5	54.2
völlig zutreffend	1.4	7.7	15.7
In meiner Ausbildung wurde auf Risiken nicht hingewiesen			
völlig unzutreffend	71.0	66.2	57.1
eher unzutreffend	17.3	15.9	21.4
eher zutreffend	7.8	12.1	11.9
völlig zutreffend	3.8	5.7	9.5
Zu grosser Eingriff in die Privatsphäre der Patientin			
völlig unzutreffend	81.5	78.8	51.8
eher unzutreffend	14.3	16.0	32.9
eher zutreffend	3.1	4.5	12.9
völlig zutreffend	1.2	0.6	2.4
Fragen nach den Rauchgewohnheiten des Partners			
Ja, ich frage, ob ihr Partner raucht	63.6	68.8	50.6
Nein, ich frage nicht, ob ihr Partner raucht	36.4	31.2	49.4
Einfluss der Rauchgewohnheiten des Partners auf Zigarettenkonsum der Patientin			
sehr wichtig	45.8	56.8	47.1
eher wichtig	42.9	36.7	41.4
eher unwichtig	10.0	6.5	9.2
völlig unwichtig	1.2	0.0	2.3

*Fortsetzung Tabelle IX*

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen <SSW20 (n=171)	Hebammen >SSW29 (n=87)
	%		
Fragen nach Passivrauchen			
Ja, ich frage nach Passivrauchen	55.4	55.3	35.6
Nein, ich frage nicht nach Passivrauchen	44.6	44.7	64.4
Risiken von Passivrauchen			
Das Risiko eines ungünstigen Einflusses ist vorhanden	85.8	95.9	95.4
Passivrauchen ist eher unbedenklich	9.0	2.4	3.4
ich weiss es nicht	5.2	1.8	1.1

Hebammen <SSW20: Hebammen, welche schon vor der 20. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.  
 Hebammen >SSW29: Hebammen, welche erst nach der 29. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

Tabelle X

Alkoholkonsum: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen ( $N = 486$ ) und Hebammen ( $N = 366$ ). Die Gruppe der Hebammen ist unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der schwangeren Frau. Da nicht alle Studienteilnehmer alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen < SSW20 (n=171)	Hebammen > SSW29 (n=87)
	%		
Screening- und Beratungspraxis bezüglich Alkoholkonsum			
Aufklärung zu Risiken des Alkoholkonsums			
Routinemässige Aufklärung	77.2	64.7	36.0
Keine routinemässige Aufklärung	22.8	35.3	64.0
Empfehlungen bezüglich Alkoholkonsum			
Strikte Abstinenz	18.7	16.1	18.6
Strikte Abstinenz bis Nippen	2.7	2.4	0.0
Nippen zum Anstossen	34.2	31.5	29.1
Nippen bis mässiger Konsum	2.1	1.8	0.0
Mässiger Konsum ('ab und zu ein Glas')	39.5	45.2	44.2
Mässiger Konsum bis ein Glas pro Tag	0.4	0.0	0.0
Nicht mehr als ein Glas pro Tag	1.9	1.2	0.0
Keine Empfehlungen	0.4	1.8	8.1
Alkoholkonsumscreening			
Befragt alle Patientinnen zu Alk.konsum	64.9	87.6	57.5
Befragt nur, wenn Alk.konsum vermutet	28.4	9.4	28.7
Fragt nicht nach Alkoholkonsum	6.7	2.9	13.8
Konkrete Nachfragen bezüglich der Konsumgewohnheiten:			
Häufigkeit des Alkoholkonsums	82.7	91.2	81.6
Menge des Alkoholkonsums	76.3	77.6	56.3
Häufigkeit von Rauschtrinken	17.3	7.1	8.0
Art der konsumierten Getränke	49.2	42.9	35.6
Einschätzung des Risikos von unterschiedlichen Trinkmustern			
Seltenes Nippen an einem Glas			
Unbedenklich	87.4	85.6	79.3
Leicht erhöhtes Risiko	10.7	14.4	16.1
Deutlich erhöhtes Risiko	1.9	0.0	4.6
3 Gläser pro Woche			
Unbedenklich	36.0	23.2	23.0
Leicht erhöhtes Risiko	46.9	54.9	50.6
Deutlich erhöhtes Risiko	17.1	22.0	26.4
1 Glas pro Tag			
Unbedenklich	7.9	1.8	4.7
Leicht erhöhtes Risiko	42.4	31.3	31.4
Deutlich erhöhtes Risiko	49.7	66.9	64.0
Sporadisches Trinken von grösseren Mengen			
Unbedenklich	1.1	0.6	0.0
Leicht erhöhtes Risiko	14.4	3.6	3.5
Deutlich erhöhtes Risiko	84.5	95.8	96.5
Verwendung von Screeninginstrumenten zur Erfassung von Alkoholkonsum			
Verwendung von T-ACE	0.4	0.0	0.0
Verwendung von AUDIT	0.0	0.0	0.0
Verwendung von TWEAK	0.0	0.0	0.0
Verwendet anderes Screeninginstrument	0.8	1.8	1.1
Interventionen bei Alkoholkonsum (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)			
Ausführliches Erklären der Risiken	91.2	80.0	72.4
Wiederholtes Ansprechen	53.9	46.5	25.3
Plan erstellen	13.0	12.9	8.0
Überweisung an SpezialistIn	33.7	48.2	36.8
Abgabe von Infomaterial	4.9	4.7	16.1
Keine Interventionen	6.2	9.4	4.6

Fortsetzung Tabelle X

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen < SSW20 (n=171)	Hebammen > SSW29 (n=87)
	%		
Einschätzung der Wirksamkeit des ärztlichen Rates			
Sehr hohe Wirksamkeit	10.8	3.0	2.3
Eher hohe Wirksamkeit	49.9	41.8	11.6
Eher geringe Wirksamkeit	35.1	38.8	48.8
Sehr geringe Wirksamkeit	1.9	3.0	18.6
Ich weiss es nicht	2.3	13.3	18.6
Gründe, Alkoholkonsum nicht anzusprechen:			
Zeitgründe			
völlig unzutreffend	73.6	76.7	50.6
eher unzutreffend	16.6	16.0	28.4
eher zutreffend	7.8	6.0	14.8
völlig zutreffend	2.0	1.3	6.2
Ich weiss bereits, ob meine Patientinnen rauchen			
völlig unzutreffend	25.2	36.2	65.1
eher unzutreffend	24.0	36.8	21.7
eher zutreffend	39.9	20.4	12.0
völlig zutreffend	11.0	6.6	1.2
Die Risiken sind den meisten Frauen ohnehin bekannt			
völlig unzutreffend	26.6	25.0	25.0
eher unzutreffend	31.3	41.4	34.5
eher zutreffend	37.1	32.9	34.5
völlig zutreffend	5.0	0.7	6.0
Frauen mit Kindern sind bereits gut informiert			
völlig unzutreffend	24.2	24.8	26.5
eher unzutreffend	27.3	39.2	36.1
eher zutreffend	42.3	35.3	33.7
völlig zutreffend	6.3	0.7	3.6
Es ist nicht mein Kompetenz-/Aufgabenbereich			
völlig unzutreffend	81.9	80.3	57.6
eher unzutreffend	15.5	15.8	23.5
eher zutreffend	1.2	2.6	9.4
völlig zutreffend	1.4	1.3	9.4
Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz			
völlig unzutreffend	68.4	55.3	53.0
eher unzutreffend	23.4	25.7	26.5
eher zutreffend	7.5	19.1	18.1
völlig zutreffend	0.7	0.0	2.4
Unsicherheit wirksam intervenieren zu können			
völlig unzutreffend	44.1	34.6	25.9
eher unzutreffend	30.8	38.6	27.1
eher zutreffend	23.4	26.1	44.7
völlig zutreffend	1.7	0.7	2.4
Ratschläge haben nur geringe Wirkung			
völlig unzutreffend	28.8	21.3	15.1
eher unzutreffend	35.0	33.3	26.7
eher zutreffend	35.3	42.0	50.0
völlig zutreffend	1.0	3.3	8.1
Frauen geben dazu keine ehrlichen Antworten			
völlig unzutreffend	19.0	15.7	15.1
eher unzutreffend	33.1	31.4	16.3
eher zutreffend	43.8	48.4	51.2
völlig zutreffend	4.1	4.6	17.4
In meiner Ausbildung wurde auf Risiken nicht hingewiesen			
völlig unzutreffend	73.9	59.1	61.9
eher unzutreffend	16.5	26.6	17.9
eher zutreffend	7.2	7.1	14.3
völlig zutreffend	2.4	7.1	6.0
Zu grosser Eingriff in die Privatsphäre der Patientin			
völlig unzutreffend	82.9	74.7	69.4
eher unzutreffend	13.5	18.8	18.8
eher zutreffend	2.2	5.8	11.8
völlig zutreffend	1.2	0.6	0.0

*Fortsetzung Tabelle X*

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen < SSW20 (n=171)	Hebammen > SSW29 (n=87)
	%		
Fragen nach den Trinkgewohnheiten des Partners			
Ja, ich frage nach den Trinkgewohnheiten des Partners	26.8	29.4	24.1
Nein, ich frage nicht nach den Trinkgewohnheiten des Partners	73.2	70.6	75.9
Einfluss der Trinkgewohnheiten des Partners auf den Konsum der Patientin			
sehr wichtig	17.7	25.0	36.0
eher wichtig	40.1	51.2	39.5
eher unwichtig	38.7	20.8	20.9
völlig unwichtig	3.5	3.0	3.5
Wissen über Störungsbilder, folgende Störungsbilder sind bekannt (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)			
Alkoholembryopathie	85.0	77.1	71.3
Fetales Alkoholyndrom (FAS)	78.6	60.6	67.8
Fetale Alkoholeffekte	27.0	15.9	12.6
Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)	43.8	20.0	20.7
keines	1.2	5.9	4.6
Alkoholkonsum in der Stillzeit...			
...foerdert die Milchproduktion			
völlig unzutreffend	45.8	42.3	36.5
eher unzutreffend	30.7	25.0	31.8
eher zutreffend	17.3	26.8	27.1
völlig zutreffend	6.2	6.0	4.7
...ist schaedlich für das Kind			
völlig unzutreffend	8.3	6.6	8.2
eher unzutreffend	24.6	16.2	22.4
eher zutreffend	39.5	36.5	35.3
völlig zutreffend	27.6	40.7	34.1
...kann stillenden Frauen empfohlen werden			
völlig unzutreffend	74.8	80.4	74.1
eher unzutreffend	18.4	11.9	18.8
eher zutreffend	4.3	3.6	7.1
völlig zutreffend	2.6	4.2	0.0

Hebammen <SSW20: Hebammen, welche schon vor der 20. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

Hebammen >SSW29: Hebammen, welche erst nach der 29. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

Tabelle XI

Andere Substanzen und Ernährung: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen ( $N = 486$ ) und Hebammen ( $N = 366$ ). Die Gruppe der Hebammen ist unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der schwangeren Frau. Da nicht alle Studienteilnehmer alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen < SSW20 (n=171)	Hebammen > SSW29 (n=87)
	%		
Screening bezüglich anderem Substanzkonsum in der Schwangerschaft (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)			
Koffein	45.1	54.7	24.1
Selber gekaufte Medikamente	75.9	89.4	82.8
Vom Arzt verschriebene Medikamente	83.7	92.9	86.2
Illegale Drogen	63.4	87.6	50.6
Aufklärung bezüglich optimaler Ernährung während der Schwangerschaft			
Routinemässiges Besprechen der Ernährung	71.7	69.8	34.9
Besprechen der Ernährung bei vermuteter Fehlernährung	26.6	28.4	44.2
Ernährung wird nicht angesprochen	1.7	1.8	20.9
Aufklärung bezüglich Risikolebensmitteln und Mikronährstoffen (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)			
Rohe Fleischprodukte	94.0	92.4	65.5
Fischprodukte	44.7	40.0	20.7
Omega-3 Fettsäure	24.9	30.6	18.4
Folsäure	92.8	73.5	48.3
Jod	31.9	12.9	14.9
Eisen	88.1	91.2	67.8
Verschreibung von Multivitamin- und Mineralstoffpräparaten			
Verschreibt/Empfiehl allen schwangeren Frauen			
Multivitamin- und Mineralstoffpräparate	74.3	25.6	28.2
Verschreibt/Empfiehl Multivitamin- und Mineralstoffpräparate nur wenn Mangel vermutet wird	22.8	47.6	47.4
Verschreibt Multivitamin- und Mineralstoffpräparate nur wenn Mangel diagnostiziert wird	2.9	26.8	24.4
Einschätzung der Risiken von mütterlichem Übergewicht für die Mutter			
Geringes Gesundheitsrisiko	17.0	16.0	16.3
Erhöhtes Gesundheitsrisiko	82.7	84.0	83.7
Einschätzung der Risiken von mütterlichem Übergewicht für das Kind			
Geringes Gesundheitsrisiko	28.2	42.5	41.9
Erhöhtes Gesundheitsrisiko	71.8	57.5	58.1
Ansprechen von Gewicht und Gewichtsverlaufs bei schwangeren Frauen			
Besprechung der natürlichen Gewichtsveränderungen bei allen Frauen	89.8	86.5	54.9
Besprechung der natürlichen Gewichtsveränderungen bei Frauen mit allfälligen Essstörungen	9.1	13.5	31.7
Keine Besprechung des Gewichts/Gewichtsverlaufs	1.0	0.0	13.4
Interventionen bei schwangeren Frauen mit nicht normalem Gewicht/Gewichtsverlauf (Mehrfachantworten möglich; „trifft zu“-Antworten)			
Ausführliches Besprechen der Risiken von Übergewicht	79.0	61.8	36.8
Ausführliches Besprechen der Risiken von Essstörungen	47.0	49.4	32.2
Wiederholtes Ansprechen des Problems	54.9	40.0	13.8
Plan erstellen	27.8	36.5	13.8
Überweisung an Ernährungsberaterin oder Psychologin	66.4	71.8	52.9

Hebammen <SSW20: Hebammen, welche schon vor der 20. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

Hebammen >SSW29: Hebammen, welche erst nach der 29. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

Tabelle XII

Massnahmen zur Verbesserung der Prävention: Screening- und Beratungspraxis der Gynäkologen ( $N = 486$ ) und Hebammen ( $N = 366$ ). Die Gruppe der Hebammen ist unterteilt nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes mit der schwangeren Frau. Da nicht alle Studienteilnehmer alle Fragen beantwortet haben, variiert das  $N$  von Frage zu Frage.

	Gynäkologen (n=486)	Hebammen < SSW20 (n=171)	Hebammen > SSW29 (n=87)
	%		
Stärkere Gewichtung der Themen in der medizinischen Grundausbildung			
sehr geringer Nutzen	5.1	1.2	1.2
eher geringer Nutzen	22.7	11.1	15.9
eher hoher Nutzen	52.2	40.7	47.6
sehr hoher Nutzen	19.7	46.9	35.4
Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Gynäkologenverband			
sehr geringer Nutzen	7.4	4.5	3.8
eher geringer Nutzen	20.0	27.4	31.6
eher hoher Nutzen	49.1	36.9	43.0
sehr hoher Nutzen	23.2	31.2	21.5
Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Verband/andere Fachstellen			
sehr geringer Nutzen	3.6	1.9	0.0
eher geringer Nutzen	18.0	9.3	13.3
eher hoher Nutzen	47.5	45.7	47.0
sehr hoher Nutzen	30.8	43.2	39.8
Spezifische Fortbildung (zu Risiken/Durchführung von Interventionen)			
sehr geringer Nutzen	3.5	1.3	0.0
eher geringer Nutzen	22.9	9.4	7.5
eher hoher Nutzen	55.2	45.3	53.8
sehr hoher Nutzen	18.4	44.0	38.8

Hebammen <SSW20: Hebammen, welche schon vor der 20. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

Hebammen >SSW29: Hebammen, welche erst nach der 29. Schwangerschaftswoche mit der schwangeren Frau in Kontakt kommen.

# Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaftsvorsorge

Fragebogen zuhanden von  
Gynäkologinnen und Gynäkologen

Im Auftrag des  
Bundesamtes für Gesundheit

Prof. Dr. Alexander Grob  
Dr. Sakari Lemola  
Fakultät für Psychologie  
Universität Basel  
Missionsstrasse 62a  
CH-4055 Basel  
Tel.: 061 267 06 38  
E-Mail: Sakari.Lemola@unibas.ch

In Zusammenarbeit mit

**gynécologie  
suisse**

Schweizerische Gesellschaft  
für Gynäkologie  
und Geburtshilfe



--	--	--	--	--	--

Markieren Sie so:        
Korrektur:

Verwenden Sie einen Kugelschreiber, rote Farbe unbedingt vermeiden!  
Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst. Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

**Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen!**

**Einige kurze Hinweise:**

- Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so, wie es für Sie am ehesten stimmt.
- Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, und kreuzen Sie immer nur eine Antwort pro Frage an, ausser wenn speziell angegeben wird, dass mehrere Antworten möglich sind.
- Achten Sie darauf, dass Sie keine Frage auslassen.

Ihre Antworten werden anonymisiert ausgewertet und vertraulich behandelt.

## 1 Angaben zu Ihrer Person

1.1 **Geburtsjahr:**

--	--	--	--	--

1.2 **Geschlecht:**

- Männlich  
 Weiblich

1.3 **Arbeitsumgebung**

Wo sind Sie in Ihrer klinischen Arbeit hauptsächlich tätig?

- Als Arzt/Ärztin im Spital  
 Als Arzt/Ärztin in einer Praxis

1.4 **Jahr des Studienabschlusses**

In welchem Jahr haben Sie Ihr Staatsexamen gemacht?

Jahr:

--	--	--	--	--

1.5 **Jahr des Abschlusses der Facharztausbildung**

In welchem Jahr haben Sie Ihre Ausbildung als Facharzt/ärztin (FMH-Titel) abgeschlossen?

Jahr:

--	--	--	--	--

1.6 **Geburtsbegleitung**

Begleiten Sie Patientinnen während der Geburt?

- Ja  
 Nein

1.7 **Anzahl Geburten im Monat**

Wieviele Geburten begleiten Sie durchschnittlich pro Monat?

ca. \_\_\_\_\_ Geburten

## 2 Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft

### 2.1 Aufklärung zu Risiken des Zigarettenkonsums

Klären Sie schwangere Patientinnen routinemässig über die Risiken des Nikotinkonsums für das Kind auf?

- Ja, ich kläre meine Patientinnen routinemässig über die Risiken des Nikotinkonsums auf
- Nein, ich kläre meine Patientinnen nicht routinemässig über die Risiken des Nikotinkonsums auf

### 2.2 Welche Empfehlungen bezüglich Zigarettenkonsum geben Sie schwangeren Patientinnen?

- Das Rauchen einzustellen
- Das Rauchen zu reduzieren
- Die Rauchgewohnheiten nicht zu verändern
- Ich gebe hierzu keine Empfehlungen ab

### 2.3 Zigarettenkonsumscreening

Fragen Sie schwangere Patientinnen routinemässig, ob sie Zigaretten rauchen?

- Ich befrage alle schwangeren Patientinnen, ob sie rauchen \* weiter mit Frage 2.4
- Ich frage, wenn ich vermute, dass eine schwangere Patientin raucht \* weiter mit Frage 2.4
- Ich frage schwangere Patientinnen nicht, ob sie rauchen \* weiter mit Frage 2.5

### 2.4 Zeitpunkt des Zigarettenkonsumscreenings

Bei welcher Vorsorgeuntersuchung fragen Sie nach dem Zigarettenkonsum?

Bei der \_\_\_\_\_ Vorsorgeuntersuchung

In welcher Schwangerschaftswoche findet diese normalerweise statt?

In der \_\_\_\_\_ Woche der Schwangerschaft

### 2.5 Wie beurteilen Sie die Risiken von unterschiedlichen Nikotinkonsummengen in der Schwangerschaft für das Kind?

	Unterschiedliche Konsummengen:	unbedenklich	leicht erhöhtes Risiko für das Kind	deutlich erhöhtes Risiko für das Kind
a)	1-2 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	3-9 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	10 oder mehr Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.6 Wie schätzen Sie die Risiken von einem plötzlichen Absetzen des Zigarettenkonsums während der Schwangerschaft für das Kind ein?

- Absetzen des Zigarettenkonsums birgt keine Risiken für das Kind
- Absetzen birgt geringere Risiken als wenn eine Frau weiter raucht
- Absetzen birgt mehr Risiken als wenn eine Frau weiter raucht
- Ich weiss es nicht

## 2.7 Interventionen zur Reduktion des Zigarettenkonsums

Wie intervenieren Sie, wenn eine Patientin angibt, während der Schwangerschaft zu rauchen?

(Mehrere Antworten möglich)

- Ich erkläre ausführlich die Risiken des Rauchens für das Kind
- Ich spreche den Nikotinkonsum bei weiteren Konsultationen konsequent an
- Ich erstelle mit der Patientin einen Plan, der ihr helfen soll, das Rauchen zu reduzieren/einzustellen
- Ich gebe Informationsmaterial zu den Risiken des Zigarettenkonsums ab
- Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Ich überweise die Patientin an eine SpezialistIn/PsychologIn/Beratungsstelle
- Ich empfehle der Patientin eine Verhaltenstherapie
- Ich vereinbare mit der Patientin, dass sie das Rauchen einstellt
- Ich verschreibe eine Nikotinersatztherapie
- Ich führe keine Interventionen zur Reduktion des Zigarettenkonsums durch

## 2.8 Wie schätzen Sie die **Wirksamkeit des ärztlichen Rates** ein, um bei schwangeren Raucherinnen eine Reduktion des Nikotinkonsums zu erreichen?

- Sehr hohe Wirksamkeit
- Eher hohe Wirksamkeit
- Eher geringe Wirksamkeit
- Sehr geringe Wirksamkeit
- Ich weiss es nicht

## 2.9 Gründe, Zigarettenkonsum **nicht** anzusprechen:

Verschiedene Umstände können zur Entscheidung führen, eine schwangere Patientin nicht auf ihren Zigarettenkonsum anzusprechen.

Bitte geben Sie an, wie gut die folgenden Gründe für Sie zutreffen:

	völlig unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	völlig zutreffend
a) Zeitgründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich kenne die meisten Patientinnen schon lange bevor sie schwanger werden und weiss bereits, ob sie rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Den meisten Patientinnen sind die Risiken ohnehin bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Frauen, die schon Kinder haben, sind bereits gut über die Risiken informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es gehört nicht in meinen Kompetenz-/Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz des Nikotinkonsums von schwangeren Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Unsicherheit, wirksam intervenieren zu können, wenn eine Patientin angibt zu rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ratschläge an Raucherinnen haben nur geringe Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schwangere Frauen beantworten Fragen zu ihrem Nikotinkonsum wahrscheinlich nicht ehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) In meiner Ausbildung wurde nicht auf Risiken von Zigarettenkonsum für das Kind hingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Diese Art von Befragung stellt meiner Ansicht nach einen zu grossen Eingriff in die Privatsphäre der Patientin dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Die Befragung/Screening kann nach Tarmed nicht in Rechnung gestellt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**2.10 Rauchgewohnheiten des Partners**

Fragen Sie schwangere Patientinnen, ob ihr Partner raucht?

- Ja, ich frage, ob ihr Partner raucht
  - Nein, ich frage *nicht*, ob ihr Partner raucht
- 

**2.11 Einfluss der Rauchgewohnheiten des Partners**

Wie wichtig schätzen Sie die Rauchgewohnheiten des Partners für den Zigarettenkonsum von schwangeren Frauen ein?

- Sehr wichtig
  - Eher wichtig
  - Eher unwichtig
  - Völlig unwichtig
- 

**2.12 Passivrauchen**

Fragen Sie schwangere Patientinnen, ob sie Passivrauchen ausgesetzt sind?

- Ja, ich frage nach Passivrauchen
  - Nein, ich frage *nicht* nach Passivrauchen
- 

**2.13 Risiken von Passivrauchen**

Wie beurteilen Sie die **Risiken von Passivrauchen** während der Schwangerschaft für das Kind?

- Das Risiko eines ungünstigen Einflusses ist vorhanden
  - Passivrauchen ist eher unbedenklich
  - Ich weiss es nicht
-

### 3 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

---

#### 3.1 Aufklärung zu Risiken des Alkoholkonsums

Klären Sie schwangere Patientinnen routinemässig über die Risiken auf, die Alkoholkonsum für das Kind haben kann?

- Ja, ich kläre schwangere Patientinnen routinemässig über die Risiken des Alkoholkonsums auf
  - Nein, ich kläre schwangere Patientinnen nicht routinemässig über die Risiken des Alkoholkonsums auf
- 

#### 3.2 Welche Empfehlungen bezüglich Alkoholkonsum geben Sie schwangeren Patientinnen?

- Strikte Abstinenz
  - Höchstens am Glas Nippen („Nippen zum Anstossen“)
  - Mässiger Konsum („ab und zu ein Glas“)
  - Nicht mehr als ein Glas Alkohol pro Tag trinken
  - Ich gebe hierzu keine Empfehlungen ab
- 

#### 3.3 Alkoholkonsumscreening

Fragen Sie schwangere Patientinnen, ob sie Alkohol konsumieren?

- Ich befrage alle schwangeren Patientinnen zu Alkoholkonsum \* weiter mit Frage 3.4
  - Ich frage, wenn ich vermute, dass eine schwangere Patientin Alkohol konsumiert \* weiter mit Frage 3.4
  - Ich befrage schwangere Patientinnen nicht zu Alkoholkonsum \* weiter mit Frage 3.7
- 

#### 3.4 Konkretes Nachfragen bezüglich der Konsumgewohnheiten

Stellen Sie Fragen bezüglich:

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Der **Häufigkeit** des Alkoholkonsums
  - Der **Menge** des durchschnittlichen Alkoholkonsums
  - Der Häufigkeit von **Rauschtrinken** (4 Gläser an einem Tag oder mehr)
  - Der **Art** der konsumierten alkoholischen Getränke
- 

#### 3.5 Verwendung eines standardisierten Screening-Instrumentes

Verwenden Sie ein standardisiertes Screening-Instrument um herauszufinden, wie viel Alkohol schwangere Patientinnen konsumieren?

- Ich verwende kein Screening-Instrument zur Erfassung von Alkoholkonsum
  - T-ACE
  - TWEAK
  - AUDIT
  - Anderes: \_\_\_\_\_
-

### 3.6 Zeitpunkt des Alkoholkonsumscreenings:

Bei welcher Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung befragen Sie Ihre Patientinnen, ob sie Alkohol konsumieren?

Bei der \_\_\_\_\_Vorsorgeuntersuchung

In welcher Schwangerschaftswoche findet diese normalerweise statt?

In der \_\_\_\_\_Woche der Schwangerschaft

### 3.7 Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums

Wie intervenieren Sie bei schwangeren Patientinnen, von welchen Sie wissen, dass sie Alkohol konsumieren?

(Mehrere Antworten möglich)

- Ich erkläre ausführlich die Risiken des Alkoholkonsums für das Kind
- Ich spreche den Alkoholkonsum bei weiteren Konsultationen konsequent an
- Ich erstelle mit der Patientin einen Plan, der ihr helfen soll, den Alkoholkonsum zu reduzieren/einzustellen
- Ich gebe Informationsmaterial zu den Risiken des Alkoholkonsums ab
- Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Ich überweise die Patientin an eine SpezialistIn/PsychologIn/Beratungsstelle
- Ich führe keine Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums durch

### 3.8 Gründe, Alkoholkonsum nicht anzusprechen:

Verschiedene Umstände können zur Entscheidung führen, eine schwangere Patientin nicht auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen.

Bitte geben Sie an, wie gut die folgenden Gründe für Sie zutreffen:

	völlig unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	völlig zutreffend
a) Zeitgründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich kenne die meisten Patientinnen schon lange bevor sie schwanger werden und weiss bereits ungefähr wie viel Alkohol sie trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Den meisten Patientinnen sind die Risiken ohnehin bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Frauen, die schon Kinder haben, sind bereits gut über die Risiken informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es gehört nicht in meinen Kompetenz-/Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz des Alkoholkonsums von schwangeren Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Unsicherheit, wirksam intervenieren zu können, wenn eine Patientin angibt, Alkohol zu konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ratschläge an Patientinnen, die Alkohol konsumieren, haben nur geringe Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schwangere Frauen beantworten Fragen zu ihrem Alkoholkonsum wahrscheinlich nicht ehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) In meiner Ausbildung wurde nicht auf Risiken von Alkoholkonsum für das Kind hingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Diese Art von Befragung stellt meiner Ansicht nach einen zu grossen Eingriff in die Privatsphäre der Patientin dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Die Befragung/Screening kann nach Tarmed nicht in Rechnung gestellt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.9 Risiken von unterschiedlichen Trinkmustern während der Schwangerschaft

Wie schätzen Sie die gesundheitlichen Risiken ein, die durch die folgenden Trinkmuster für das ungeborene Kind entstehen?

Trinkmuster (1 Glas = ca. 3dl Bier oder 1dl Wein):	unbedenklich	leicht erhöhtes Risiko für das Kind	deutlich erhöhtes Risiko für das Kind
a) Seltenes Nippen an einem Glas Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 3 Gläser pro Woche (über verschiedene Tage verteilt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1 Glas pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sporadisches Trinken von grösseren Mengen (z.B. 4 Gläser bei einer Trinkgelegenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.10 Wirksamkeit des ärztlichen Rates

Wie schätzen Sie die Wirksamkeit des ärztlichen Rates ein, um bei schwangeren Alkoholkonsumentinnen eine Reduktion des Alkoholkonsums zu erreichen?

- Sehr hohe Wirksamkeit  
 Eher hohe Wirksamkeit  
 Eher geringe Wirksamkeit  
 Sehr geringe Wirksamkeit  
 Ich weiss es nicht

### 3.11 Trinkgewohnheiten des Partners

Fragen Sie schwangere Patientinnen nach den Trinkgewohnheiten ihres Partners?

- Ja, ich frage nach den Trinkgewohnheiten des Partners  
 Nein, ich frage *nicht* nach den Trinkgewohnheiten des Partners

### 3.12 Einfluss der Trinkgewohnheiten des Partners

Wie wichtig schätzen Sie die Trinkgewohnheiten des Partners für den Alkoholkonsum von schwangeren Frauen ein?

- Sehr wichtig  
 Eher wichtig  
 Eher unwichtig  
 Völlig unwichtig

### 3.13 Wissen über Störungsbilder

Welche der folgenden Störungsbilder sind Ihnen bekannt?

(Mehrere Antworten möglich)

- Alkoholembryopathie  
 Fetales Alkoholsyndrom (FAS)  
 Fetale Alkoholeffekte (FAE)  
 Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)  
 Keines dieser Störungsbilder

### 3.14 Alkoholkonsum in der Stillzeit

Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

Der Konsum von 1 Glas alkoholhaltigem Bier pro Tag während der Stillzeit...

	völlig unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	völlig zutreffend
a) ...fördert die Milchproduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...ist schädlich für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...kann stillenden Frauen empfohlen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4 Konsum von anderen Substanzen während der Schwangerschaft

---

### 4.1 Fragen nach anderen Substanzen

Fragen Sie schwangere Patientinnen routinemässig, ob sie folgende Substanzen konsumieren?

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Koffein/Kaffee
  - Selber gekaufte Medikamente
  - Vom Arzt verschriebene Medikamente
  - Illegale Drogen
  
  - Keine dieser Substanzen
- 

## 5 Fragen zur Ernährung während der Schwangerschaft

---

### 5.1 Schwangerschaftsdiabetes

Führen Sie routinemässige Abklärung von Schwangerschaftsdiabetes durch?

- Ja
- Nein

Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt?

In folgender Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Diagnosemethode, Indikatoren: \_\_\_\_\_

---

### 5.2 Aufklärung bezüglich optimaler Ernährung während der Schwangerschaft

Klären Sie schwangere Patientinnen routinemässig über die Risiken von Fehlernährung (Unter- resp. Überernährung, Risikolebensmittel, Mikronährstoffversorgung) auf?

- Ja, ich bespreche mit allen schwangeren Patientinnen, wie eine ausgewogene Ernährung während der Schwangerschaft aussieht \* weiter mit Frage 5.3
  - Ich bespreche das Thema Ernährung nur mit schwangeren Patientinnen, bei welchen ich Fehlernährung vermute \* weiter mit Frage 5.3
  - Nein, ich spreche mit schwangeren Patientinnen *nicht* über Ernährung \* weiter mit Frage 5.4
- 

### 5.3 Aufklärung bezüglich Risikolebensmitteln und Mikronährstoffversorgung

Welche der folgenden Lebensmittel/Mikronährstoffe sprechen Sie bei schwangeren Patientinnen an?

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Rohe Fleischprodukte
  - Fischprodukte
  - Omega-3 Fettsäure
  - Folsäure
  - Jod
  - Eisen
  
  - Anderes: \_\_\_\_\_
-

---

5.4 Empfehlen Sie schwangeren Patientinnen **Multivitamin- und Mineralstoffpräparate**?

- Ja, ich verschreibe aus Vorsorge allen Patientinnen ein Multivitamin- und Mineralstoffpräparat
  - Nur wenn ich einen Mangel vermute
  - Nur wenn ich einen Mangel diagnostiziere
- 

5.5 **Folsäureprophylaxe im gebärfähigen Alter**

Klären Sie Ihre Patientinnen im gebärfähigen Alter routinemässig bei der Jahreskontrolle über die Risiken von Folsäuremangel auf?

- Ja, ich kläre alle meine Patientinnen routinemässig über Folsäureprophylaxe auf
  - Ich kläre nur Patientinnen über Folsäureprophylaxe auf, die einen Kinderwunsch äussern
  - Nein, ich kläre meine Patientinnen nicht über Folsäureprophylaxe auf
- 

5.6 Wie schätzen Sie die **Risiken von mütterlichem Übergewicht** während der Schwangerschaft **für die Mutter** ein?

- Geringes Gesundheitsrisiko für die Mutter
  - Erhöhtes Gesundheitsrisiko für die Mutter
- 

5.7 Wie schätzen Sie die **Risiken von mütterlichem Übergewicht** während der Schwangerschaft **für das Kind** ein?

- Geringes Gesundheitsrisiko für das Kind
  - Erhöhtes Gesundheitsrisiko für das Kind
- 

5.8 **Ansprechen von Gewicht und Gewichtsverlauf bei schwangeren Patientinnen**

Besprechen Sie mit Ihren Patientinnen Gewicht und Gewichtsverlauf während der Schwangerschaft?

- Ja, ich bespreche mit allen meinen Patientinnen die natürliche Gewichtsveränderung während der Schwangerschaft
  - Ich spreche nur Patientinnen mit allfälligen Essstörungen an
  - Nein, ich thematisiere das Gewicht/den Gewichtsverlauf nicht
- 

5.9 **Intervention bei nicht normalem Gewicht/Gewichtsverlauf bei schwangeren Patientinnen**

Falls sich das Gewicht der Patientin nicht der Norm entsprechend entwickelt, wie intervenieren Sie?

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Ich bespreche ausführlich die Risiken von Übergewicht für die Gesundheit der Patientin und des Kindes
  - Ich bespreche ausführlich die Risiken von Essstörungen für die Gesundheit der Patientin und des Kindes
  - Ich spreche die Patientin bei weiteren Konsultationen konsequent auf Übergewicht oder Essstörungen an
  - Ich berate die Patientin und erstelle mit ihr einen Plan, der ihr helfen soll, Übergewicht oder Essstörungen anzugehen
  - Ich verweise die Patientin an eine ErnährungsberaterIn oder eine PsychologIn
  - Ich führe keine Interventionen zur Reduktion von Übergewicht und Essstörungen während der Schwangerschaft durch
-

## 6 Massnahmen zur Verbesserung der Prävention

6.1 Wie schätzen Sie den **Nutzen der folgenden Massnahmen zur Verbesserung der Prävention** von Zigaretten-, Alkohol- und anderem Substanzkonsum bei schwangeren Frauen ein?

	sehr geringer Nutzen	eher geringer Nutzen	eher hoher Nutzen	sehr hoher Nutzen
a) Stärkere Gewichtung in der medizinischen Grundausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Gynäkologenverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Gynäkologenverband/andere Fachstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spezifische Fortbildung bezüglich der Risiken von verschiedenen Substanzen und Schulung in der Durchführung von Interventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Annerkennung von Substanzkonsumscreening und Intervention als Teil der Schwangerschaftsvorsorge (z.B. Möglichkeit, die Durchführung von Substanzkonsumscreening als eigenen Taxpunkt nach Tarmed in Rechnung zu stellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare/Rückmeldungen:

---



---



---



---

***Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie!***

# Substanzkonsumscreening in der Schwangerschaftsvorsorge

Fragebogen zuhanden von  
Hebammen

Im Auftrag des  
Bundesamtes für Gesundheit

Prof. Dr. Alexander Grob  
Dr. Sakari Lemola  
Fakultät für Psychologie  
Universität Basel  
Missionsstrasse 62a  
CH-4055 Basel  
Tel.: 061 267 06 38  
E-Mail: Sakari.Lemola@unibas.ch

In Zusammenarbeit mit

**gynécologie  
suisse**

Schweizerische Gesellschaft  
für Gynäkologie  
und Geburtshilfe



--	--	--	--	--	--

Markieren Sie so:        
 Korrektur:

Verwenden Sie einen Kugelschreiber, rote Farbe unbedingt vermeiden!  
 Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst. Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

**Vielen Dank, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen!**

**Einige kurze Hinweise:**

- Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen so, wie es auf Ihre alltägliche Arbeit als Hebamme am ehesten zutrifft. Wenn Sie in zwei verschiedenen Arbeitsumgebungen tätig sind (z.B. zum Teil fest angestellt in einem Spital und zum Teil selbstständig in einer Hebammenpraxis), dann beziehen Sie sich in Ihren Antworten auf die Arbeitsumgebung, in welcher Sie hauptsächlich tätig sind.
- Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, und kreuzen Sie immer nur eine Antwort pro Frage an, ausser wenn speziell angegeben wird, dass mehrere Antworten möglich sind.
- Achten Sie darauf, dass Sie keine Frage auslassen.

Ihre Antworten werden anonymisiert ausgewertet und vertraulich behandelt.

## 1 Angaben zu Ihrer Person

1.1 **Geburtsjahr:**

1.2 **Geschlecht:**

- Männlich  
 Weiblich

1.3 **Arbeitsumgebung**

Wo sind Sie in Ihrer klinischen Arbeit hauptsächlich tätig?

- Als Hebamme im Spital  
 Als freischaffende Hebamme  
 Als Hebamme in einer Hebammenpraxis  
 Als Hebamme in einer Arztpraxis  
 Ich bin gegenwärtig *nicht* als Hebamme tätig

1.4 In welchem Jahr haben Sie die **Hebammenausbildung abgeschlossen**? Jahr:

1.5 **Häufigkeit der Schwangerschaftskontrollen**

Wie viele Schwangerschaftskontrollen führen Sie als Hebamme bei einer Frau mit komplikationsloser Schwangerschaft normalerweise durch?

Anzahl: \_\_\_\_\_

1.6 **Zeitpunkt der ersten Schwangerschaftskontrolle**

In welcher Schwangerschaftswoche findet normalerweise die erste von Ihnen durchgeführte Schwangerschaftskontrolle statt?

In der \_\_\_\_\_ Woche

1.7 **Anzahl Geburten im Monat**

Wieviele Geburten betreuen Sie durchschnittlich pro Monat?

ca. \_\_\_\_\_ Geburten

## 2 Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft

### 2.1 Aufklärung zu Risiken des Zigarettenkonsums

Klären Sie schwangere Frauen routinemässig über die Risiken des Nikotinkonsums für das Kind auf?

- Ja, ich kläre schwangere Frauen routinemässig über die Risiken des Nikotinkonsums auf
- Nein, ich kläre schwangere Frauen nicht routinemässig über die Risiken des Nikotinkonsums auf

### 2.2 Welche Empfehlungen bezüglich Zigarettenkonsum geben Sie schwangeren Frauen?

- Das Rauchen einzustellen
- Das Rauchen zu reduzieren
- Die Rauchgewohnheiten nicht zu verändern
- Ich gebe hierzu keine Empfehlungen ab

### 2.3 Zigarettenkonsumscreening

Fragen Sie schwangere Frauen routinemässig, ob sie Zigaretten rauchen?

- Ich frage alle schwangeren Frauen, ob sie rauchen \* weiter mit Frage 2.4
- Ich frage, wenn ich vermute, dass eine schwangere Frau raucht \* weiter mit Frage 2.4
- Ich frage schwangere Frauen nicht, ob sie rauchen \* weiter mit Frage 2.5

### 2.4 Zeitpunkt des Zigarettenkonsumscreenings

Bei welchem Kontakt fragen Sie schwangere Frauen nach ihrem Zigarettenkonsum?

Bei der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftskontrolle

In welcher Schwangerschaftswoche findet diese normalerweise statt?

In der \_\_\_\_\_ Woche der Schwangerschaft

### 2.5 Wie beurteilen Sie die Risiken von unterschiedlichen Nikotinkonsummengen in der Schwangerschaft für das Kind?

	Unterschiedliche Konsummengen:	unbedenklich	leicht erhöhtes Risiko für das Kind	deutlich erhöhtes Risiko für das Kind
a)	1-2 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	3-9 Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	10 oder mehr Zigaretten/Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.6 Wie schätzen Sie die Risiken von einem plötzlichen Absetzen des Zigarettenkonsums während der Schwangerschaft für das Kind ein?

- Absetzen des Zigarettenkonsums birgt keine Risiken für das Kind
- Absetzen birgt geringere Risiken als wenn eine Frau weiter raucht
- Absetzen birgt mehr Risiken als wenn eine Frau weiter raucht
- Ich weiss es nicht

## 2.7 Interventionen zur Reduktion des Zigarettenkonsums

Wie intervenieren Sie, wenn eine schwangere Frau angibt, während der Schwangerschaft zu rauchen?

(Mehrere Antworten möglich)

- Ich erkläre ausführlich die Risiken des Rauchens für das Kind
- Ich spreche den Nikotinkonsum bei weiteren Konsultationen konsequent an
- Ich erstelle mit der schwangeren Frau einen Plan, der ihr helfen soll, das Rauchen zu reduzieren/einzustellen
- Ich gebe Informationsmaterial zu den Risiken des Zigarettenkonsums ab
- Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Ich überweise die schwangere Frau an eine SpezialistIn/PsychologIn/Beratungsstelle
- Ich empfehle der schwangeren Frau eine Verhaltenstherapie
- Ich vereinbare mit der schwangeren Frau, dass sie das Rauchen einstellt
- Ich empfehle eine Nikotinersatztherapie
- Ich führe keine Interventionen zur Reduktion des Zigarettenkonsums durch

## 2.8 Wie schätzen Sie die **Wirksamkeit Ihres Rates** ein, um bei schwangeren Raucherinnen eine Reduktion des Nikotinkonsums zu erreichen?

- Sehr hohe Wirksamkeit
- Eher hohe Wirksamkeit
- Eher geringe Wirksamkeit
- Sehr geringe Wirksamkeit
- Ich weiss es nicht

## 2.9 Gründe, Zigarettenkonsum nicht anzusprechen:

Verschiedene Umstände können zur Entscheidung führen, eine schwangere Frau nicht auf ihren Zigarettenkonsum anzusprechen.

Bitte geben Sie an, wie gut die folgenden Gründe für Sie zutreffen:

	völlig unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	völlig zutreffend
a) Zeitgründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich kenne viele Frauen schon von früheren Geburten und weiss bereits, ob sie rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Den meisten Frauen sind die Risiken ohnehin bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Frauen, die schon Kinder haben, sind bereits gut über die Risiken informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es gehört nicht in meinen Kompetenz-/Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz des Nikotinkonsums von schwangeren Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Unsicherheit, wirksam intervenieren zu können, wenn eine schwangere Frau angibt zu rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ratschläge an Raucherinnen haben nur geringe Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schwangere Frauen beantworten Fragen zu ihrem Nikotinkonsum wahrscheinlich nicht ehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) In meiner Ausbildung wurde nicht auf Risiken von Zigarettenkonsum für das Kind hingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Diese Art von Befragung stellt meiner Ansicht nach einen zu grossen Eingriff in die Privatsphäre der Frau dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**2.10 Rauchgewohnheiten des Partners**

Fragen Sie schwangere Frauen, ob ihr Partner raucht?

- Ja, ich frage, ob ihr Partner raucht
  - Nein, ich frage nicht, ob ihr Partner raucht
- 

**2.11 Einfluss der Rauchgewohnheiten des Partners**

Wie wichtig schätzen Sie die Rauchgewohnheiten des Partners für den Zigarettenkonsum von schwangeren Frauen ein?

- Sehr wichtig
  - Eher wichtig
  - Eher unwichtig
  - Völlig unwichtig
- 

**2.12 Passivrauchen**

Fragen Sie schwangere Frauen, ob sie Passivrauchen ausgesetzt sind?

- Ja, ich frage nach Passivrauchen
  - Nein, ich frage nicht nach Passivrauchen
- 

**2.13 Risiken von Passivrauchen**Wie beurteilen Sie die **Risiken von Passivrauchen** während der Schwangerschaft für das Kind?

- Das Risiko eines ungünstigen Einflusses ist vorhanden
  - Passivrauchen ist eher unbedenklich
  - Ich weiss es nicht
-

### 3 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

---

#### 3.1 Aufklärung zu Risiken des Alkoholkonsums

Klären Sie schwangere Frauen routinemässig über die Risiken auf, die Alkoholkonsum für das Kind haben kann?

- Ja, ich kläre schwangere Frauen routinemässig über die Risiken des Alkoholkonsums auf
  - Nein, ich kläre schwangere Frauen nicht routinemässig über die Risiken des Alkoholkonsums auf
- 

#### 3.2 Welche Empfehlungen bezüglich Alkoholkonsum geben Sie schwangeren Frauen?

- Strikte Abstinenz
  - Höchstens am Glas Nippen („Nippen zum Anstossen“)
  - Mässiger Konsum („ab und zu ein Glas“)
  - Nicht mehr als ein Glas Alkohol pro Tag trinken
  - Ich gebe hierzu keine Empfehlungen ab
- 

#### 3.3 Alkoholkonsumscreening

Fragen Sie schwangere Frauen routinemässig, ob sie Alkohol konsumieren?

- Ich befrage alle schwangeren Frauen zu Alkoholkonsum \* weiter mit Frage 3.4
  - Ich frage, wenn ich vermute, dass eine schwangere Frau Alkohol konsumiert \* weiter mit Frage 3.4
  - Ich befrage schwangere Frauen nicht zu Alkoholkonsum \* weiter mit Frage 3.7
- 

#### 3.4 Konkretes Nachfragen bezüglich der Konsumgewohnheiten

Stellen Sie Fragen bezüglich:

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Der **Häufigkeit** des Alkoholkonsums
  - Der **Menge** des durchschnittlichen Alkoholkonsums
  - Der Häufigkeit von **Rauschtrinken** (4 Gläser an einem Tag oder mehr)
  - Der **Art** der konsumierten alkoholischen Getränke
- 

#### 3.5 Verwendung eines standardisierten Screening-Instrumentes

Verwenden Sie ein standardisiertes Screening-Instrument um herauszufinden, wie viel Alkohol schwangere Frauen konsumieren?

- Ich verwende kein Screening-Instrument zur Erfassung von Alkoholkonsum
  - T-ACE
  - TWEAK
  - AUDIT
  - Anderes: \_\_\_\_\_
-

**3.6 Zeitpunkt des Alkoholkonsumscreenings:**

Bei welcher Schwangerschaftskontrolle befragen Sie schwangere Frauen, ob sie Alkohol konsumieren?

Bei der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftskontrolle

In welcher Schwangerschaftswoche findet diese normalerweise statt?

In der \_\_\_\_\_ Woche der Schwangerschaft

**3.7 Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums**

Wie intervenieren Sie bei schwangeren Frauen, von welchen Sie wissen, dass sie Alkohol konsumieren?

(Mehrere Antworten möglich)

- Ich erkläre ausführlich die Risiken des Alkoholkonsums für das Kind
- Ich spreche den Alkoholkonsum bei weiteren Konsultationen konsequent an
- Ich erstelle mit der schwangeren Frau einen Plan, der ihr helfen soll, den Alkoholkonsum zu reduzieren/einzustellen
- Ich gebe Informationsmaterial zu den Risiken des Alkoholkonsums ab
- Wenn ja, welches? \_\_\_\_\_
- Ich überweise die schwangere Frau an eine SpezialistIn/PsychologIn/Beratungsstelle
- Ich führe keine Interventionen zur Reduktion des Alkoholkonsums durch

**3.8 Gründe, Alkoholkonsum nicht anzusprechen:**

Verschiedene Umstände können zur Entscheidung führen, eine schwangere Frau nicht auf ihren Alkoholkonsum anzusprechen.

Bitte geben Sie an, wie gut die folgenden Gründe für Sie zutreffen:

	völlig unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	völlig zutreffend
a) Zeitgründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich kenne viele Frauen schon von früheren Geburten und weiss bereits, ob sie Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Den meisten Frauen sind die Risiken ohnehin bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Frauen, die schon Kinder haben, sind bereits gut über die Risiken informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Es gehört nicht in meinen Kompetenz-/Aufgabenbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Unsicherheit bei der Einschätzung der klinischen Relevanz des Alkoholkonsums von schwangeren Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Unsicherheit, wirksam intervenieren zu können, wenn eine schwangere Frau angibt, Alkohol zu konsumieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ratschläge an Frauen, die Alkohol konsumieren, haben nur geringe Wirkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Schwangere Frauen beantworten Fragen zu ihrem Alkoholkonsum wahrscheinlich nicht ehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) In meiner Ausbildung wurde nicht auf Risiken von Alkoholkonsum für das Kind hingewiesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Diese Art von Befragung stellt meiner Ansicht nach einen zu grossen Eingriff in die Privatsphäre der Frau dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.9 Risiken von unterschiedlichen Trinkmustern während der Schwangerschaft

Wie schätzen Sie die gesundheitlichen Risiken ein, die durch die folgenden Trinkmuster für das ungeborene Kind entstehen?

Trinkmuster (1 Glas = ca. 3dl Bier oder 1dl Wein):	unbedenklich	leicht erhöhtes Risiko für das Kind	deutlich erhöhtes Risiko für das Kind
a) Seltenes Nippen an einem Glas Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) 3 Gläser pro Woche (über verschiedene Tage verteilt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) 1 Glas pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Sporadisches Trinken von grösseren Mengen (z.B. 4 Gläser bei einer Trinkgelegenheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.10 Wie schätzen Sie die **Wirksamkeit Ihres Rates** ein, um bei schwangeren Frauen, die Alkohol trinken, eine Reduktion des Konsums zu erreichen?

- Sehr hohe Wirksamkeit  
 Eher hohe Wirksamkeit  
 Eher geringe Wirksamkeit  
 Sehr geringe Wirksamkeit  
 Ich weiss es nicht

### 3.11 Trinkgewohnheiten des Partners

Fragen Sie schwangere Frauen nach den Trinkgewohnheiten ihres Partners?

- Ja, ich frage nach den Trinkgewohnheiten des Partners  
 Nein, ich frage *nicht* nach den Trinkgewohnheiten des Partners

### 3.12 Einfluss der Trinkgewohnheiten des Partners

Wie wichtig schätzen Sie die Trinkgewohnheiten des Partners für den Alkoholkonsum von schwangeren Frauen ein?

- Sehr wichtig  
 Eher wichtig  
 Eher unwichtig  
 Völlig unwichtig

### 3.13 Wissen über Störungsbilder

Welche der folgenden Störungsbilder sind Ihnen bekannt?

(Mehrere Antworten möglich)

- Alkoholembryopathie  
 Fetales Alkoholsyndrom (FAS)  
 Fetale Alkoholeffekte (FAE)  
 Alcohol Related Neurodevelopmental Disorder (ARND)  
 Keines dieser Störungsbilder

### 3.14 Alkoholkonsum in der Stillzeit

Wie beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

Der Konsum von 1 Glas alkoholhaltigem Bier pro Tag während der Stillzeit...

	völlig unzutreffend	eher unzutreffend	eher zutreffend	völlig zutreffend
a) ...fördert die Milchproduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...ist schädlich für das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...kann stillenden Frauen empfohlen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4 Konsum von anderen Substanzen während der Schwangerschaft

---

### 4.1 Fragen nach anderen Substanzen

Fragen Sie schwangere Frauen routinemässig, ob sie folgende Substanzen konsumieren?

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Koffein/Kaffee
  - Selber gekaufte Medikamente
  - Vom Arzt verschriebene Medikamente
  - Illegale Drogen
  
  - Keine dieser Substanzen
- 

## 5 Fragen zur Ernährung während der Schwangerschaft

---

### 5.1 Aufklärung bezüglich optimaler Ernährung während der Schwangerschaft

Klären Sie schwangere Frauen routinemässig über die Risiken von Fehlernährung (Unter- resp. Überernährung, Risikolebensmittel, Mikronährstoffversorgung) auf?

- Ja, ich bespreche mit allen schwangeren Frauen, wie eine ausgewogene Ernährung während der Schwangerschaft aussieht \* weiter mit Frage 5.2
  - Ich bespreche das Thema Ernährung nur mit schwangeren Frauen, bei welchen ich Fehlernährung vermute \* weiter mit Frage 5.2
  - Nein, ich spreche mit schwangeren Frauen nicht über Ernährung \* weiter mit Frage 5.3
- 

### 5.2 Aufklärung bezüglich der Wirkung von Lebensmitteln und Mikronährstoffen

Welche der folgenden Lebensmittel/Mikronährstoffe sprechen Sie bei schwangeren Frauen an?

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Rohe Fleischprodukte
  - Fischprodukte
  - Omega-3 Fettsäure
  - Folsäure
  - Jod
  - Eisen
  - Proteinversorgung
  
  - Anderes: \_\_\_\_\_
- 

### 5.3 Empfehlen Sie schwangeren Frauen **Multivitamin- und Mineralstoffpräparate**?

- Ja, ich empfehle aus Vorsorge allen schwangeren Frauen ein Multivitamin- und Mineralstoffpräparat
  - Nur wenn ich einen Mangel vermute
  - Nur wenn ich einen Mangel diagnostiziere
-

---

5.4 Wie schätzen Sie die **Risiken von mütterlichem Übergewicht** während der Schwangerschaft **für die Mutter** ein?

- Geringes Gesundheitsrisiko für die Mutter
- Erhöhtes Gesundheitsrisiko für die Mutter

---

5.5 Wie schätzen Sie die **Risiken von mütterlichem Übergewicht** während der Schwangerschaft **für das Kind** ein?

- Geringes Gesundheitsrisiko für das Kind
- Erhöhtes Gesundheitsrisiko für das Kind

---

5.6 **Ansprechen von Gewicht und Gewichtsverlauf bei schwangeren Frauen**

Besprechen Sie mit schwangeren Frauen Gewicht und Gewichtsverlauf während der Schwangerschaft?

- Ja, ich bespreche mit allen schwangeren Frauen die natürlichen Gewichtsveränderungen während der Schwangerschaft
- Ich spreche nur schwangere Frauen mit allfälligen Essstörungen an
- Nein, ich thematisiere das Gewicht/den Gewichtsverlauf nicht

---

5.7 **Intervention bei *nicht* normalem Gewicht/Gewichtsverlauf bei schwangeren Frauen**

Falls sich das Gewicht der schwangeren Frau nicht der Norm entsprechend entwickelt, wie intervenieren Sie?

*(Mehrere Antworten möglich)*

- Ich bespreche ausführlich die Risiken von Übergewicht für die Gesundheit der schwangeren Frau und des Kindes
  - Ich bespreche ausführlich die Risiken von Essstörungen für die Gesundheit der schwangeren Frau und des Kindes
  - Ich spreche die schwangere Frau bei weiteren Konsultationen konsequent auf Übergewicht oder Essstörungen an
  - Ich berate die schwangere Frau und erstelle mit ihr einen Plan, der ihr helfen soll, Übergewicht oder Essstörungen anzugehen
  - Ich verweise die schwangere Frau an eine ErnährungsberaterIn oder eine PsychologIn
  - Ich führe keine Interventionen zur Reduktion von Übergewicht und Essstörungen während der Schwangerschaft durch
-

## 6 Massnahmen zur Verbesserung der Prävention

6.1 Wie schätzen Sie den **Nutzen der folgenden Massnahmen zur Verbesserung der Prävention** von Zigaretten-, Alkohol- und anderem Substanzkonsum bei schwangeren Frauen ein?

	sehr geringer Nutzen	eher geringer Nutzen	eher hoher Nutzen	sehr hoher Nutzen
a) Stärkere Gewichtung in der Grundausbildung für Hebammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Einführung von entsprechenden Richtlinien durch den Hebammenverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bereitstellen von Informationsmaterial durch den Hebammenverband/andere Fachstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Spezifische Fortbildung bezüglich der Risiken von verschiedenen Substanzen und Schulung in der Durchführung von Interventionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Strukturelle Massnahmen zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Fachgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Anderes: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentare/Rückmeldungen:

---



---



---



---

***Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie!***