

# Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen

Im Rahmen des Projekts „Weniger ist mehr“



Hannover, Juni 2012

Autorinnen  
Lea Beckmann, Evelyn Lesta, Barbara Staschek

Unter Mitarbeit von  
Sibylle Fleitmann, Christiane Schwarz, Dr. Ute Sonntag,  
Dr. Sabina Ulbricht, Dr. Edith Weiß-Gerlach

Das Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen entstand im Rahmen des Projekts „Weniger ist mehr“. Das vom Bundesministerium für Gesundheit für den Zeitraum März 2011 bis Juni 2012 geförderte Projekt entstand auf Initiative des Hebammenverbandes Niedersachsen e.V., der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER, des Vereins Frauen Aktiv Contra Tabak e.V. (FACT) und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. (LVG & AFS).

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages

Kontakt:

Dr. Ute Sonntag  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
Tel.: (0511) 3 88 11 895  
ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Barbara Staschek  
Hebammenverband Niedersachsen e.V.  
Gehrenrode 5, 37581 Bad Gandersheim  
Tel.: (05813) 56 09  
info@staschek.com



# Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangssituation und Handlungsbedarf	1
2	Entstehung des Curriculums im Rahmen des Projekts „Weniger ist mehr“	3
3	Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Zielgruppen für das Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen	5
4	Ansätze zur Entwicklung der Kompetenzen für Rauchfreiberatung durch Familienhebammen	5
5	Kompetenzen zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen	6
6	Konkrete Lernziele zur Rauchfreiberatung nach Themengebieten	7
6.1	Epidemiologie des Tabakkonsums und Auswirkungen von Tabakrauch	7
6.2	Psychosoziale Einflussfaktoren, unterstützende Infrastruktur und settingbezogene Aspekte	8
6.3	Rauchfreiberatung – Grundlagen, Kommunikation und praktische Umsetzung	9

# Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen<sup>A</sup>

Lea Beckmann, Evelyn Lesta, Barbara Staschek

Unter Mitarbeit von Sibylle Fleitmann, Christiane Schwarz, Dr. Ute Sonntag, Dr. Sabina Ulbricht, Dr. Edith Weiß-Gerlach

## 1 Ausgangssituation und Handlungsbedarf

Laut Perinatalerhebung rauchen in Deutschland durchschnittlich 13 Prozent der Schwangeren zu Beginn der Schwangerschaft, von denen rund ein Viertel das Rauchen während der Schwangerschaft aufgibt [1]. Mehrere Untersuchungen gehen aber von einer weitaus höheren Rate von schwangeren Raucherinnen sowohl zu Beginn (35-40%) als auch am Ende der Schwangerschaft (17-25%) aus [2,3].

### Besonderheiten der Zielgruppe

Der deutliche Einfluss der Lebensumstände auf den Rauchstatus von Schwangeren und Müttern ist bedeutsam. Unter jungen und mehrfachen Müttern, Frauen aus bildungsfernen Schichten, Auszubildenden, Studentinnen sowie Frauen, die Vorsorgeuntersuchungen in geringem Umfang wahrnehmen, finden sich besonders häufig rauchende Schwangere. Rauchende Schwangere und Mütter sind häufiger ledig, haben ein niedrigeres Einkommen oder leben mit einem rauchenden Partner zusammen [1,2,3,4]. Junge Frauen mit geringer Schulbildung stellen eine Hochrisikogruppe dar. Entgegen zurückliegender Untersuchungsergebnisse, wonach Migrantinnen eher seltener rauchen als Nicht-Migrantinnen [4], ist bei Schwangeren aus den Mittelmeerländern mittlerweile eine höhere Rauchprävalenz als im Bundesdurchschnitt zu beobachten [1]. Der Anteil rauchender Väter ist in Deutschland noch höher als der Anteil rauchender Mütter. Unter Vätern mit Migrationshintergrund finden sich besonders häufig Raucher, so dass ihre Frauen und Kinder insgesamt häufiger Passivrauch ausgesetzt sind [4].

Schätzungsweise der Hälfte aller Raucherinnen gelingt während der Schwangerschaft ein Rauchstopp. Auch hier zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich des sozialen Status. Beispielsweise belegen repräsentative Daten aus Mecklenburg-Vorpommern zum Rauchverhalten von Schwangeren einen vergleichsweise geringen Anteil an erfolgreichen Rauchstopp-Versuchen während der Schwangerschaft unter Frauen mit niedriger Schulbildung. Nur ein Drittel der Frauen mit weniger als zehn Jahren Schulbildung stellten das Rauchen vor der Geburt ein, im Unterschied zu fast 85 Prozent derjenigen mit mehr als zehnjähriger Schulbildung. Auch jungen Frauen gelingt demnach seltener der Rauchstopp [3]. Einige Frauen reduzieren während der Schwangerschaft den Zigarettenkonsum. Befragungen zum Zigarettenkonsum ermittelten einen durchschnittlichen Konsum (Medianwert) von 20 Zigaretten täglich vor und acht Zigaretten täglich am Ende der Schwangerschaft [2]. Obwohl für einen Teil der Frauen

---

<sup>A</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text die weibliche Berufsbezeichnung Familienhebamme verwendet. Diese Schreibart schließt Familienentbindungspfleger mit ein.

die Schwangerschaft ein Anstoß zum Nichtrauchen ist, werden bis zu 70 Prozent der Frauen, die während der Schwangerschaft „rauchfrei“ waren, innerhalb eines Jahres rückfällig [5,6].

Diese Zahlen sind alarmierend, denn Rauchen und Passivrauchen während der Schwangerschaft ist mit erheblichen negativen Auswirkungen sowohl für die Schwangere selbst, als auch für die gesundheitliche Entwicklung von Ungeborenen, Neugeborenen und Kindern verbunden [7,5]. Die Weltgesundheitsorganisation WHO beurteilt das Rauchen als den wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktor für einen ungünstigen Schwangerschaftsverlauf in der Europäischen Union [8]. Rauchen während der Schwangerschaft erhöht das Risiko für Früh- und Totgeburten, Schwangerschaftskomplikationen und Fehlbildungen. Abhängig von der Anzahl gerauchter Zigaretten haben Kinder rauchender Mütter ein niedrigeres Geburtsgewicht. Die Lungenfunktion der Kinder ist verringert und es besteht ein höheres Risiko für Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, Adipositas, plötzlichen Kindstod, erhöhten Blutdruck, möglicherweise für manche Krebsarten im Kindesalter sowie Verhaltensauffälligkeiten. Rauchen wirkt sich ungünstig auf das Stillen aus. Neben den gesundheitsschädigenden Folgen durch das Rauchen während und nach der Schwangerschaft stellt die Belastung durch Passivrauch ein zusätzliches gesundheitliches Risiko für Säuglinge und Kinder dar. Passivrauchbelastung in der Kindheit beeinträchtigt die Lungenentwicklung, erhöht das Risiko für plötzlichen Kindstod, akute und chronische Atemwegsbeschwerden und -erkrankungen, sowie Mittelohr- und Hirnhautentzündungen [5]. Dies ist besonders problematisch, da Kinder vorwiegend in der elterlichen Umgebung dem Tabakrauch ausgesetzt sind. Auch in diesem Zusammenhang nehmen vulnerable Bevölkerungsgruppen einen besonderen Stellenwert ein. Wie Untersuchungen belegen, ist Passivrauchbelastung bei Kindern junger Eltern sowie Eltern mit niedrigem sozioökonomischen Status besonders ausgeprägt [9,10].

Ein Rauchstopp vor oder während der Schwangerschaft kann das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen und Gesundheitsschäden des Kindes wirkungsvoll reduzieren. Rauchfreie Mütter und Familien schützen ihre Kinder somit nachhaltig vor den gesundheitlichen Risiken des Passivrauchens. Eltern, denen ein Rauchstopp nicht gelingt, verbessern durch die Reduktion des Tabakkonsums, den Rauchverzicht in der Gegenwart ihrer Kinder sowie durch das Schaffen einer rauchfreien Umgebung deutlich die Ausgangslage für die eigene und die Gesundheit ihrer Kinder.

## **Handlungsbedarf für Familienhebammen**

Die vermeidbaren gesundheitlichen Auswirkungen und Risiken des Tabakrauchens vor, während und nach der Schwangerschaft implizieren den dringenden Bedarf, Schwangere und Mütter zum Rauchstopp zu motivieren, sie bei dieser Veränderung zu unterstützen sowie Hilfe anzubieten, um Rückfälle zu vermeiden. Die ausgeprägten sozialen Differenzen beim Rauchverhalten unterstreichen die Bedeutung der Rauchfreiberatung für das Aufgabenfeld der Familienhebammen. Sie erfordern die Berücksichtigung der Partner und Familienmitglieder und erschwerender Lebensumstände zur Schaffung einer rauchfreien Umgebung für Mutter und Kind. Der vom Kind aus betrachtete frühe Zeitpunkt dieser Intervention hat zudem die tiefgreifende Auswirkung, die in vielen Familien über Generationen weiter gegebene positive Einstellung zum Tabakkonsum in Frage zu stellen beziehungsweise mit Hilfe von Beratung und Begleitung in dieser, häufig als sensibel betrachteten, Zeit früher Elternschaft die wachsende Motivation zu fördern, eine rauchfreie Umgebung für die Kinder zu schaffen.

Die Wirksamkeit von proaktiven Ansätzen zur Förderung des Nichtrauchens während der Schwangerschaft, die auf individueller Beratung basieren, ist hinreichend dokumentiert. Entwicklungsbedarf besteht für erfolgreiche Konzepte zur Rückfallprophylaxe nach der Geburt [11].

Ermutigend ist weiterhin die Akzeptanz hinsichtlich der Rauchfreiberatung seitens Schwangerer. Einer Befragung zufolge hielten über 70% der Frauen das Thema „Rauchen und Passivrauchen“ für „wichtig“ und „sehr wichtig“. Bemerkenswerterweise stieg das Interesse für dieses Thema mit abnehmender Schul- und Berufsausbildung der Frauen [12]. Auch nach der Geburt des Kindes besteht offenbar eine hohe Bereitschaft, eine individuelle Beratung zum Rauchen in Anspruch zu nehmen. Entgegen der Erwartungen, zeigten in einer Befragung auch viele rauchende Frauen Interesse an einer Beratung, die bis dato nicht vorhatten, ihr Rauchverhalten zu verändern [13].

### **Daten zur Beratungskompetenz von Fachleuten**

Bislang findet in Deutschland keine flächendeckende, koordinierte und strukturierte Beratung zur Rauchfrei-Förderung während und nach der Schwangerschaft statt. Befragungsergebnisse deuten auf Defizite in der systematischen Erfassung und Dokumentation des Rauchstatus seitens Hebammen hin. Zudem werden wenige und sehr unterschiedliche Maßnahmen angewendet, um das Nichtrauchen während und nach der Schwangerschaft zu fördern [14,15].

Sowohl Befragungen von praktizierenden Hebammen als auch Hebammenschülerinnen in Deutschland machen hingegen deutlich, dass fast alle Hebammen sich der Verantwortung bewusst sind und es für ihre Aufgabe halten, mit Schwangeren, Stillenden und jungen Müttern über das Rauchverhalten zu sprechen. Konträr dazu äußern Hebammen und Hebammenschülerinnen deutliche Unsicherheit über mögliche Hilfen zum Rauchausstieg [14,16]. Möglicherweise hat auch das eigene Rauchverhalten von Hebammen einen Einfluss auf die Beratungspraxis bezüglich des Nichtrauchens.

## **2 Entstehung des Curriculums im Rahmen des Projekts „Weniger ist mehr“**

### **Hintergrund**

Die beschriebene Diskrepanz zwischen Bedarf und Praxis ist Herausforderung und Chance für die Qualifizierung von (Familien-) Hebammen und erklärt vor dem Hintergrund der Problemlage zum Tabakrauchen in der Lebensphase rund um Schwangerschaft und Geburt den Ansatz des Projekts „Weniger ist mehr“. Der Ansatz des Projekts berücksichtigt die schwierige soziale Lage vieler rauchender Schwangerer und Mütter und stellt deshalb bewusst den Zusammenhang mit dem Handlungsfeld von Familienhebammen her. Die besonders erschwerten Begleitumstände für einen Rauchstopp der belasteten Zielgruppen werden einbezogen, indem neben dem angestrebten Tabakverzicht auch Teilziele im Sinne der Rauchfrei-Förderung angestrebt und als Erfolg gewertet werden: Weniger ist mehr. Zudem wird dadurch der Verhaltensänderung als Prozess Rechnung getragen.

Obwohl Familienhebammen in der Betreuung von Multiproblemfamilien vor der Herausforderung stehen, bei der Häufung konkurrierender Beratungsthemen Prioritäten setzen zu müssen, sollen Familienhebammen ermutigt werden, das häufig als „heikel“ empfundene Thema „Veränderung des Rauchverhaltens“ konsequent in den Familien anzusprechen und beratend in Richtung "rauchfrei" zu begleiten.

Um die Rauchfreiberatung als festen Bestandteil in die Beratungstätigkeit zu integrieren, benötigen Familienhebammen neben den Kernkompetenzen zur Beratung auch fundierte Kenntnisse und Handlungsoptionen zur Thematik Rauchen und Nichtrauchen. Das Projekt "Weniger ist mehr" beinhaltet die Entwicklung, Erprobung und Integration eines Moduls „Rauchfreiberatung“ in der Qualifizierung zur staatlich anerkannten Familienhebamme in Niedersachsen. Auf gemeinsame Initiative des Hebammenverbands Niedersachsens e.V. und FACT – Frauen aktiv contra Tabak e.V.

wird es für die Laufzeit von März 2011 bis Ende Februar 2012 durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert und mit Unterstützung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin sowie der Stiftung Eine Chance Für Kinder durchgeführt. Modellhaft wird ein spezifisches, auf die Familienhebammen-Tätigkeit abgestimmtes Vorgehen erprobt und evaluiert. Im Ergebnis können der Berufsgruppe ein reflektiertes Curriculum sowie erprobte Handlungsempfehlungen zur Verfügung gestellt werden.

## **Methode**

- Recherche:

Im Rahmen des Projekts wurde eine Recherche zur Qualifizierung von Gesundheitsberufen für Rauchfreiberatung durchgeführt. Mit dem Ziel eines möglichst breiten Überblicks wurde nach Curricula, Leitfäden und Ansätzen mit Praxisbezug zur Qualifizierung von Gesundheitsfachberufen für die Rauchfreiberatung während und/oder nach der Schwangerschaft gesucht.

Die Ergebnisse der Recherche wurden innerhalb der Projektgruppe diskutiert. In die Diskussion flossen Erfahrungen und Beobachtungen aus der praktischen Tätigkeit von Hebammen und Familienhebammen in Deutschland, ländervergleichende Praxiserfahrungen, sowie Aspekte aus dem Bereich Tabakkontrollpolitik, -forschung und -entwicklung ein.

- Expertinnen-Workshop:

Auf der Grundlage der in diesem Prozess erzielten Arbeitsergebnisse fand ein Expertinnen-Workshop mit 16 Vertreterinnen aus den Arbeitsbereichen Tabakentwöhnung und Familienhebammen statt. Um die Kompetenzen aus diesen Arbeitsbereichen möglichst effektiv für die Entwicklung des Curriculums nutzen zu können, wurden vom Projekt-Team Fragestellungen zur Diskussion und Bearbeitung in Arbeitsgruppen vorbereitet.

In den Arbeitsgruppen standen "rauchende Hebammen", "Hindernisse und Mythen", "Jugendliche Schwangere" sowie "Tools und Materialien" im Blickpunkt. Die Experten formulierten Statements und generierten Vorschläge zu folgenden Leitfragen:

1. Wie kann das Ziel „Familienhebammen reflektieren die eigenen Einstellungen zum Nichtrauchen und die Erwartungen an Rauchfreiberatungen“ umgesetzt werden?
2. Können / sollen rauchende Hebammen fördernd zum Rauchstopp beraten? Welchen Minimalkonsens sollte es dafür geben?
3. Welche Mythen gilt es zu überwinden?
4. Welche Hindernisse erwarten Sie aufgrund Ihrer Erfahrung in diesem Projekt und wie ist ihnen zu begegnen?
5. Welche besonderen Maßnahmen helfen in der Beratung von Jugendlichen?
6. Welche Materialien sind für die Zielgruppen brauchbar?
7. Welche Tools sind für die Beratung unterstützend?

Weiterhin wurden konkrete Vorschläge von den Experten gesammelt. Die vorgegebenen Rubriken hierfür waren:

- Tipps und Tricks
- Hindernisse überwinden
- Belohnungen „Incentives“

Die Ergebnisse des Workshops wurden in der weiteren Entwicklung berücksichtigt. Im Weiteren führte der Workshop zu Austausch- und Vernetzungs-Ansätzen zwischen Expertinnen und Projektgruppe.



### **3 Rahmenbedingungen, Voraussetzungen und Zielgruppen für das Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen**

Als Zielgruppen für das Curriculum Rauchfreiberatung werden angesehen:

- interessierte Hebammen, die sich zur staatlich anerkannten Familienhebamme in Niedersachsen ausbilden lassen
- bereits fortgebildete Familienhebammen, welche die staatliche Anerkennung anstreben.

Das Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen ist als Modul in die „Weiterbildung zur Familienhebamme mit staatlicher Anerkennung“ in beiden aktuellen Lernwegen eingebunden. Zulassungsvoraussetzungen für die Teilnahme an der „Weiterbildung zur Familienhebamme mit staatlicher Anerkennung“ einschließlich des Moduls „Rauchfreiberatung“ sind das Hebammenexamen und eine mindestens zweijährige Berufserfahrung. Innerhalb des Pilotkurses 2011/2012 wird das Modul Rauchfreiberatung mit einem Umfang von 17 Stunden in den laufenden Kurs von insgesamt 400 Unterrichtsstunden integriert. Für Familienhebammen, die bereits an den 170 beziehungsweise 200 Stunden umfassenden Fortbildungen teilgenommen haben, werden frei ausgeschriebene Seminare angeboten, die für die Kolleginnen im Rahmen der Übergangsregelung für das Verfahren der staatlichen Anerkennung genutzt werden können [17]. Mit dieser Einbindung in die reguläre Qualifizierung zur Familienhebamme wird die Fundierung der Kenntnisse und die Nachhaltigkeit bei der Umsetzung der Rauchfreiberatung gestärkt.

Das Curriculum zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen setzt bereits erworbene beziehungsweise zeitnah verknüpfte Unterrichtsinhalte aus anderen Modulen der gesamten Weiterbildung voraus. Insbesondere die Kompetenzen aus den Themenfeldern „Grundlagen der Tätigkeit“, „Das Kind im ersten Lebensjahr im familiären Umfeld“ und „Psychosoziale und sozialpädagogische Grundkenntnisse“ sind hierfür relevant<sup>B</sup>.

Für die Entwicklung des vorliegenden Curriculums wurde der Fokus auf die Tätigkeiten von Familienhebammen in Einzelbetreuung und offenen Angeboten gelegt, sowie auf die originären Hebammentätigkeiten der Regelversorgung [18]. Ferner wurden Aspekte der Gesundheitsförderung im kommunalen Setting eingearbeitet.

### **4 Ansätze zur Entwicklung der Kompetenzen für Rauchfreiberatung durch Familienhebammen**

Für das vorliegende Curriculum wurden Kompetenzen sowie konkrete Lernziele formuliert.

Dafür gibt es für das Berufsfeld der Hebammen derzeit zwei Bezugspunkte, die gleichermaßen einbezogen wurden. Zum einen der Deutsche Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR), welcher in Deutschland auch für die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe derzeit leitend ist. Die dort verwendete Definition bezeichnet Kompetenz als "die Fähigkeit und Bereitschaft, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie persönliche, soziale und methodische Fähigkeiten zu nutzen und sich durchdacht sowie individuell und sozial verantwortlich zu verhalten". Unterschieden werden in diesem Sinne zwei Kompetenzkategorien: „Fachkompetenz“, unterteilt in „Wissen“ und

---

<sup>B</sup> siehe Anhang

„Fertigkeiten“, und „Personale Kompetenz“, unterteilt in „Sozialkompetenz und Selbständigkeit“. Dabei wird von der Verflechtung und wechselseitigen Abhängigkeit der verschiedenen Aspekte von Kompetenz ausgegangen, die in die Querschnittskompetenz der „Handlungskompetenz“ münden [19].

Mit Blick auf die internationale Entwicklung, wurde zudem das Kompetenz-System des internationalen Hebammenverbandes ICM herangezogen. Der im aktuellen Dokument von 2011 „Kompetenzen in der Hebammenarbeit (Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010)“ verwendete Kompetenzbegriff lässt sich auf die einfachen Fragen: „Was muss die Hebamme wissen?“ und „Was muss die Hebamme tun?“ herunterbrechen. Zugrunde liegt jeweils die Annahme, dass die Hebamme ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihr Verhalten zum Wohle und für die Sicherheit von Mutter und Kind einsetzt [20].

Eine fruchtbare Ergänzung in der Entwicklung der Kompetenzen des Curriculums Rauchfreiberatung konnte in weiteren internationalen Ansätzen gefunden werden. Beispielsweise beschreiben das kanadische [21] und schweizerische [22] Modell zur Ausbildung im medizinischen Bereich sieben Rollen für das professionelle Handeln, denen jeweils bestimmte Anforderungen und Kompetenzen zugeordnet werden. Demnach werden Kompetenzen als „Teamworker, Kommunikatoren, Manager, Anwälte der Gesundheit, Professionsangehörige sowie Lernende und Lehrende“ erworben.

## **5 Kompetenzen zur Rauchfreiberatung durch Familienhebammen**

Aus dem oben beschriebenen Kompetenzverständnis lassen sich Kompetenzen für Familienhebammen zur Förderung einer rauchfreien Umgebung für Mutter und Kind formulieren:

### **Familienhebammen**

- ▽ unterstützen nach der besten verfügbaren Evidenz alle Frauen und Familien bei dem Bestreben und/oder der Aufrechterhaltung eines Rauchstopps, der Reduzierung des Tabakkonsums sowie der Schaffung einer rauchfreien Umgebung.
- ▽ verfügen über Fachwissen sowie über die erforderlichen Fertigkeiten um eine rauchfreie Umgebung für Mutter und Kind zu unterstützen beziehungsweise aufrechtzuerhalten.
- ▽ integrieren das Thema Rauchen beziehungsweise Nichtrauchen unter Einbezug verfügbaren Wissens und verfügbarer Ressourcen in ihre Tätigkeit.
- ▽ ermöglichen eine vertrauensvolle, respektvolle Kommunikation und geben relevante Informationen zum Thema Rauchen und Nichtrauchen gezielt weiter.
- ▽ engagieren sich, mit dem Wissen über personen- und verhältnisbezogene Einflussfaktoren, für die Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention durch Rauchfreiberatung.
- ▽ erkennen Schnittstellen und vorhandene Ressourcen zur Rauchfreiberatung und streben eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit an.

## 6 Konkrete Lernziele zur Rauchfreiberatung nach Themengebieten

Die Kompetenzen zur Rauchfreiberatung werden in Form von Lernzielen anhand folgender Themengebiete konkretisiert:

- Epidemiologie des Tabakkonsums und Auswirkungen von Tabakrauch
- Psychosoziale Einflussfaktoren, unterstützende Infrastruktur und settingbezogene Aspekte
- Rauchfreiberatung – Grundlagen, Kommunikation und praktische Umsetzung

### 6.1 Epidemiologie des Tabakkonsums und Auswirkungen von Tabakrauch

- Familienhebammen verfügen über Wissen zu epidemiologischem Hintergrund sowie gesundheitlichen Risiken und Folgen des Tabakkonsums während der Schwangerschaft für Schwangere, Ungeborene und Kinder
- Familienhebammen verfügen über Wissen zu epidemiologischem Hintergrund sowie gesundheitlichen Risiken und Folgen des Passivrauchens für Neugeborene und Kinder
  - Familienhebammen kennen verschiedene Datenquellen zur Prävalenz des Zigarettenkonsums von Frauen während und nach der Schwangerschaft und können deren Qualität einschätzen
- Familienhebammen kennen die gängigsten Tabakprodukte und wichtige Inhaltsstoffe des Tabakrauchs
- Familienhebammen erklären die Entstehung und Wirkung von Passivrauchbelastung und Thirdhand-smoke
- Familienhebammen verfügen über Grundkenntnisse zu Wirkmechanismen des Tabakkonsums während der Schwangerschaft
- Familienhebammen erklären die Auswirkungen des Tabakkonsums auf das Stillen
- Familienhebammen verfügen über Grundwissen zur Tabakabhängigkeit
  - Familienhebammen kennen die Wirkung von Nikotin im Gehirn
  - Familienhebammen kennen die physische und psychische Komponente der Tabakabhängigkeit
  - Familienhebammen kennen Abhängigkeitstests und die ICD –10 Kriterien zur Einstufung des Tabakkonsums als Sucht

- Familienhebammen beschreiben mögliche Entzugssymptome bei Tabakverzicht beziehungsweise –reduktion
- Familienhebammen kennen medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten der Nikotinabhängigkeit

## **6.2 Psychosoziale Einflussfaktoren, unterstützende Infrastruktur und settingbezogene Aspekte**

- Familienhebammen unterscheiden soziale, familiäre und persönliche Einflussfaktoren auf das Rauchverhalten von Frauen
  - Familienhebammen sind sich der Wirkung von Werbung beziehungsweise Marketing auf das Rauchverhalten von Frauen bewusst
  - Familienhebammen kennen verschiedene Rauchmotive von Frauen, Schwangeren und Müttern, sowie erschwerende Begleitumstände
  - Familienhebammen wissen über die Bedeutung des sozialen Status und weiterer Einflussfaktoren wie Alter, Parität, rauchender Partner, Familienstand auf das Rauchverhalten von Frauen
  - Familienhebammen berücksichtigen in Bezug auf Rauchfreiberatung den ethnischen und kulturellen Kontext der Frau beziehungsweise Familie
  - Familienhebammen kennen praktisch relevante gesetzliche Grundlagen zur Förderung einer rauchfreien Umgebung für Mutter und Kind und geben Informationen dazu gezielt weiter
- Familienhebammen reflektieren eigene Einstellungen und Erwartungen in Bezug auf Rauchen, Nichtrauchen und Rauchfreiberatung
  - Familienhebammen reflektieren ihr professionelles Selbstverständnis und übernehmen Verantwortung für ihren Beitrag zu Gesundheitsförderung, Empowerment und Advocacy im Zusammenhang mit Rauchfreiberatung
  - Familienhebammen reflektieren eigenes Rauchverhalten oder gesundheitsrelevantes Verhalten
  - Familienhebammen reflektieren ihre Erwartungen an Rauchfreiberatung
- Familienhebammen setzen sich mit Mythen über das Rauchen beziehungsweise Nichtrauchen auseinander
  - Familienhebammen kennen Mythen bezogen auf das Rauchen und Nichtrauchen

- Familienhebammen kennen Forschungsergebnisse zu Erwartungen an Beratung zum Nichtrauchen von Schwangeren und Müttern
- Familienhebammen eruiieren jährlich regionale und überregionale unterstützende und weiterführende Angebote zur Rauchfreiberatung sowie zielgruppenspezifische Materialien
- Familienhebammen überprüfen ihr Netzwerk in Bezug auf Rauchfrei-Förderung und ergänzen es gegebenenfalls um Kooperationspartner
- Familienhebammen berücksichtigen die Förderung des Nichtrauchens bei der Konzeption ihrer Arbeit im Kontext von Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. spezifische Zielgruppenangebote, stadtteilbezogene Arbeit, Arbeit in ländlichen Bereichen)
  - Familienhebammen reflektieren unterschiedliche Arbeitsmodelle der Familienhebammen-Tätigkeit im Hinblick auf ihre Vorzüge zur Umsetzung der Rauchfreiberatung
  - Familienhebammen nutzen neben der Integration der Rauchfreiberatung in ihre Hausbesuche niedrigschwellige Angebote, um zum Nichtrauchen zu motivieren und dahin gehend zu beraten

### **6.3 Rauchfreiberatung – Grundlagen, Kommunikation und praktische Umsetzung**

- Familienhebammen kennen die aktuellen Leitlinien und sind in der Lage, ihr Wissen selbstständig zu aktualisieren
- Familienhebammen haben theoretische Grundkenntnisse über Veränderungsprozesse gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen
- Familienhebammen kennen wichtige Werkzeuge der Kommunikation und grundlegende Methoden der Beratung, wie zum Beispiel Kurzinterventionen, und wenden diese der jeweiligen Situation angemessen an
  - Familienhebammen halten auch in schwierigen Situationen die Kommunikation aufrecht und begleiten Frauen und Familien in partnerschaftlicher und respektvoller Zusammenarbeit
  - Familienhebammen kommunizieren in verständlicher Sprache und verwenden methodisch-didaktisches Hilfsmaterial zur Vermittlung von Informationen
- Familienhebammen setzen Rauchfreiberatung klientenzentriert in der Praxis um und sind in der Lage, individuelle Vorschläge in die Familien zu transportieren, die zur Veränderung des Rauchverhaltens führen können

- Familienhebammen erfragen und dokumentieren bei jedem Erstkontakt den Rauchstatus der Frau und gegebenenfalls des Partners sowie die Rauchgewohnheiten in der Umgebung des Kindes
- Familienhebammen erfragen und dokumentieren beim Erstkontakt die Motivation der Frau hinsichtlich eines Rauchstopps beziehungsweise der Reduktion der Zigarettenanzahl pro Tag
- Familienhebammen erarbeiten und priorisieren im weiteren Betreuungsverlauf gemeinsam mit der Frau beziehungsweise Familie den Bedarf an Rauchfreiberatung; reflektieren und dokumentieren kontinuierlich den Prozess
- Familienhebammen erfragen und dokumentieren mindestens einmal monatlich den Rauchstatus der Frau beziehungsweise des Partners und motivieren gegebenenfalls zur Veränderung des Rauchverhaltens
- Familienhebammen beraten und dokumentieren bei jedem Kontakt zur rauchfreien Umgebung des Kindes
- Familienhebammen bringen Informationen über das Nichtrauchen unterstützende Maßnahmen und Verhaltensweisen in die Beratung ein
- Familienhebammen informieren bei Bedarf über Maßnahmen deren Wirkung zur Förderung des Nichtrauchens nicht erwiesen ist
- Familienhebammen geben zielgruppenspezifische Materialien zur Selbsthilfe und Kontaktdaten zu weiterführenden Rauchfrei-Angeboten an die Frauen beziehungsweise Familien weiter
- Familienhebammen erfassen inkorrekte Annahmen über das Rauchen beziehungsweise Nichtrauchen und stellen die entsprechenden Sachverhalte verständlich dar
- Familienhebammen wählen eine geeignete Dokumentation und dokumentieren im Betreuungsverlauf systematisch den Rauchstatus und andere relevante Informationen zur Tabakrauchbelastung sowie den Prozess
- Rauchende Familienhebammen halten innerhalb ihrer Tätigkeit einen Minimalkonsens bezüglich der Förderung des Nichtrauchens ein

## Literaturverzeichnis

[1] Schneider, S., Maul, H., Freerksen, N., Pötschke-Langer, M. (2008). Who smokes during pregnancy? An analysis of the German Perinatal Quality Survey 2005. *Public Health*, 122 (11), 1210-1216.

[2] Giersiepen, K., Rahden, O. von & Hassel, H. (2006). European action on Smoking Cessation In Pregnancy (EURO-scip) III. National Status Report: Germany. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Verfügbar unter: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> [7.6.2011].

[3] Röske, K., Lingnau M-L., Hannover, W., Haas, J.-P., Thyrian, J. R., Fusch C. & John, U. (2008). Prävalenz des Rauchens vor und während der Schwangerschaft - populationsbasierte Daten. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 133, 764-768.

[4] Bergmann, R. L., Bergmann, K. E., Schumann, S., Richter, R. & Dudenhausen, J. W. (2008). Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 212, 80-86.

[5] Deutsches Krebsforschungszentrum (Hrsg.) (2010). Schutz der Familie vor Tabakrauch. Heidelberg.

[6] Röske, K., Hannover, W., Thyrian, J. R., Grempler, J., Rumpf, H.-J., John, U. & Hapke, U. (2006). Warum Frauen nach der Geburt wieder mit dem Rauchen anfangen. *Gesundheitswesen*, 68, 171-175.

[7] British Medical Association (2004). Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health. BMA science and education department, British Medical Association and Tobacco Control Resource Centre. London.

[8] World Health Organization (WHO) (1999). World No-Tobacco Day 1999 – Leave the pack behind. Geneva.

[9] Robert Koch-Institut - Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2008). Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin, Köln.

[10] Schulze, A. & Lampert, T. (2006). Bundes-Gesundheitssurvey: soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Herausgegeben vom Robert Koch-Institut. Berlin.

[11] Lumley, J., Chamberlain, C., Dowswell, T., Oliver, S., Oakley, L. & Watson, L. (2009). Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art.No.: CD001055, DOI: 10.1002/14651858.CD001055.pub3.

[12] Bergmann, R. L., Kamtsiuris, P., Bergmann, K. E., Huber, M. & Dudenhausen, J. W. (2000). Kompetente Elternschaft: Erwartungen von jungen Eltern an die Beratung in der Schwangerschaft und an die Entbindung. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 204, 60-67.

[13] Röske, K., Hannover, W., Kelbsch, J., Thyrian, J. R., John, U. & Hapke, U. (2004). Bereitschaft von Frauen, nach der Geburt ihres Kindes an einer individuellen Beratung zum Rauchen teilzunehmen. Gesundheitswesen, 66, 697-702.

[14] Giersiepen, K. & Heitmann, C. (2003). National Status Report: Germany: European Action on Smoking Cessation in Pregnancy II. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin. Verfügbar unter: <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/> [7.6.2011].

[15] Thyrian, J. R., Hannover, W., Röske, K., Scherbarth, S., Hapke, U. & John, U. (2006). Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behaviour during pregnancy and postpartum. Midwifery, 22 (1), 32-39.

[16] unveröffentlichte Daten einer Befragung (Berliner Charite 2011). Persönliche Kommunikation.

[17] Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Weiterbildung in den Gesundheitsberufen, Nds. GVBL. 28 / 2010, ausgegeben am 02.12.2010.

[18] Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zwischen den Berufsverbänden der Hebammen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen (2010). Karlsruhe.

[19] Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen am 22. März 2011. Verfügbar unter: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/SITEFORUM?t=/documentManager/sfdoc.file.detail&e=UTF-8&i=1215181395066&l=1&fileID=1305875046983> [2.7.2011].

[20] International Confederation Of Midwives (2011). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice 2010. Verfügbar unter: <http://www.internationalmidwives.org/Portals/5/2011/Global%20Standards/Essential%20Competencies%20ENG.pdf> [24.7.2011].

[21] Frank, JR. (Hrsg.) (2005). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Ottawa.

[22] Sottas, B., Ledergerber, C., Mondoux, J. (2009). Allgemeine und berufsspezifische Abschlusskompetenzen für die Fachhochschul-Gesundheitsberufe. Referenzdokument für die Konferenz der Fachhochschulen (KFH) und das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT). Bern.