

Ina Schaefer, Jana Alfes, Petra Kolip

Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Neue Zugangswege durch intersektorale Zusammenarbeit?

Zusammenfassung

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Zeitraum März 2011 bis Februar 2012 sieben Modellvorhaben gefördert, die unterschiedliche Interventionsansätze zur Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit entwickelt und erprobt haben. Im Rahmen einer externen Evaluation wurde die Implementierung dieser Ansätze insbesondere in Bezug auf die Zugangswege zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden sowie bereichsübergreifende Kooperationen analysiert. Auf Basis der Ergebnisse wird zukünftigen Interventionen mit ähnlichen Zielstellungen empfohlen, bereits im Zuge der Interventionsplanung die Kooperationsbereitschaft seitens verschiedener Multiplikatorengruppen kritisch zu überprüfen. Zudem sollte eine Überleitung der Frauen in Angebote der Suchthilfe vermieden und dafür integrierte Ansätze in Form von ein- oder mehrmaligen ressourcenorientierten Kurzinterventionen innerhalb der vorhandenen Angebote der Schwangerenversorgung und -beratung verfolgt werden.

Schlüsselworte

Evaluation, Prävention, Tabak- und Alkoholkonsum, Schwangerschaft und Stillzeit, intersektorale Zusammenarbeit

Abstract

From March 2011 to February 2012 seven projects were initiated by the Federal Ministry of Health to prevent smoking and alcohol consumption during pregnancy and lactation. To analyse the intervention deliverables, in particular how the consuming pregnant and breast-feeding women could be reached, and how the intersectoral cooperation functioned, an external evaluation project has been established. The evaluation had two particular findings: the intersectoral cooperation didn't work as well as planned, and, in particular only a few gynaecologists would get involved in the project. In addition, consuming pregnant and breast-feeding women in the antenatal class could not be persuaded to take addiction assistance.

For this reason, cooperativeness should be checked before intervention is planned. Furthermore, it would be better to integrate short-term intervention within the standard antenatal and post-natal care and advice system.

Keywords

Evaluation, prevention, smoking and alcohol consumption, pregnancy and lactation, intersectoral cooperation

Einleitung

Schwangere Frauen und deren Konsumverhalten stellen eine wichtige Zielgruppe der Prävention dar (*Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012*). Auswertungen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS) zwischen Mai 2003 und Mai 2006 haben ergeben, dass in Deutschland etwa 17 bis 18 % der Frauen während der Schwangerschaft rauchen. Etwa 14 % der Schwangeren konsumieren gelegentlich Alkohol (*Bergmann et al. 2007*). Sowohl der Konsum von Tabak als auch der Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft und Stillzeit sind für die (werdende) Mutter und ihr Kind mit verschiedenen gesundheitlichen Risiken verbunden. Zu den Gefahren von Rauchen und Passivrauchen während der Schwangerschaft zählen neben Früh-, Fehl- und Totgeburten auch Fehlbildungen, eine vorzeitige Plazentalösung, ein reduziertes Geburtsgewicht sowie eine geringere Körpergröße des Kindes (*Leonardi-Bee et al. 2008; Murin et al. 2011; Rebhan et al. 2009; Venne-mann et al. 2005*). Neugeborene und Kleinkinder, die in ihrer Atemluft Tabakrauch ausgesetzt sind, unterliegen einem erhöhten Risiko für Mittelohrentzündungen, für Erkrankungen der Atemwege, für eine Verschlechterung bestehender Asthmas sowie für eine verringerte Lungenfunktion und Leukämie (*Rushton 2004*). Kinder alkoholabhängiger Mütter erleiden häufig lebenslange körperliche und geistige Beeinträchtigungen und Schädigungen, zu denen es nicht nur bei einer Suchtabhängigkeit der Mutter kommt, sondern bereits bei leichteren Formen des Konsums (*Dolan et al. 2010; Feick et al. 2006*).

Gesundheitspolitisch besteht daher beim Rauchen und beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und – auch wenn häufig nicht explizit angegeben – in der Stillzeit dringender

Handlungsbedarf (*Bergmann et al. 2007*). Um das (ungeborene) Kind zu schützen, empfiehlt das *Netzwerk Junge Familie* schwangeren Frauen während der Schwangerschaft weder aktiv noch passiv zu rauchen und den Konsum von Alkohol zu vermeiden (*Koletzko et al. 2013*). In der Stillzeit sollten Frauen den Empfehlungen der Nationalen Stillkommission zufolge möglichst nicht oder zumindest so wenig wie möglich rauchen und vor dem Stillen Rauchpausen einlegen (*Bundesinstitut für Risikobewertung 2006*).

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Gesundheit im Zeitraum von März 2011 bis Februar 2012 sieben Modellvorhaben gefördert, die unterschiedliche Interventionsansätze zur Prävention von Tabak- und/oder Alkoholkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit auf lokaler und regionaler Ebene entwickelt und erprobt haben. Im Fokus des Fördervorhabens standen einerseits die Schaffung geeigneter Zugangswege zu suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden und andererseits die Organisation zielgruppenadäquater Interventionsangebote durch verschiedene Formen der intersektoralen Zusammenarbeit wie der Schwangerenberatung mit der Suchthilfe. Im Anschluss an die erste Förderphase wurden die Erfahrungen der sieben Modellvorhaben im Rahmen einer externen Evaluation ausgewertet.

Derzeit werden im Rahmen einer zweiten Förderphase drei der sieben Modellvorhaben für zwei weitere Jahre gefördert, um ihre Ansätze überregional zu implementieren.

Ziele und Vorgehen der externen Evaluation

Im Fokus der Evaluation stand die Analyse des Implementierungsprozesses, d. h. Fragen nach gelungenen Zugangswegen zu den betreffenden Frau-

en, nach erfolgreichen Formen der intersektoralen Zusammenarbeit sowie nach relevanten Unterstützungs- oder Hinderungsfaktoren für Kooperationen zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen und Hilfesystemen. Die externe Evaluation verfolgte folgende Leitfragen:

1. Konnte die Zielgruppe identifiziert und erreicht werden und wenn ja, wie?
2. Konnten Kooperationspartner für eine intersektorale Zusammenarbeit (Suchthilfe, Schwangerenvorsorge, Familie) gewonnen werden?

Für die Beantwortung dieser Leitfragen kamen zwei Instrumente zum Einsatz, mit deren Hilfe sowohl die Planungs- als auch die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Kolip et al. 2012) der einzelnen Modellvorhaben erfasst und folglich miteinander verglichen werden konnten (Flick et al. 2007): ein Auswertungsraster für eine systematische Dokumentenanalyse sowie strukturierte Leitfadeninterviews.

Mithilfe des Auswertungsrasters wurden die zentralen Aspekte der verschiedenen Qualitätsdimensionen auf der Basis der sieben Förderanträge und Abschlussberichte strukturiert erfasst und in einem mehrschrittigen Verfahren ausgewertet (Dokumentenanalyse). Auf diese Weise war eine vergleichende Beschreibung und Beurteilung der sieben Modellvorhaben möglich. Das Raster lehnt sich an ein im Kontext einer weiteren Evaluationsstudie entwickeltes und erprobtes Raster an (Kolip et al. 2013). Die strukturierten Leitfadeninterviews wurden im Anschluss an die Dokumentenanalyse mit den Verantwortlichen der Modellvorhaben geführt. Im Fokus der Interviews standen die zentralen Erfahrungen zu den oben aufgeführten Leitfragen. Die Interviews wurden knapp ein Jahr nach Abschluss der ersten Förderphase vor Ort in den Trägerinstitutionen der Modellvorhaben durchgeführt, aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte schließlich kategorienbasiert in Anlehnung an das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2007).

Die Ergebnisse beider Methoden (Dokumentenanalyse und Interviews) wurden miteinander kombiniert und so für eine wechselseitige Ergänzung

und damit für eine Erkenntniserweiterung genutzt (Methodische Triangulation) (Flick 2011). Um Intersubjektivität und Nachvollziehbarkeit herzustellen (Steinke 2010), erfolgten sowohl die Dokumentenanalyse als auch die Auswertung der Interviews unabhängig voneinander durch zwei Mitarbeiterinnen der Universität Bielefeld.

An die Analyse anknüpfend sollten verallgemeinerbare Empfehlungen erarbeitet werden, die Akteurinnen und Akteure, die ähnliche Zielsetzungen wie die sieben Modellvorhaben verfolgen, in der Planung und Durchführung ihrer Interventionen unterstützen sollen.

Die Modellvorhaben zur Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Das übergeordnete Ziel aller sieben geförderten Modellvorhaben war die Konzeption und Implementierung von Interventionsansätzen zur Vermeidung bzw. Reduktion von Alkohol- und/oder Tabakkonsum von schwangeren sowie stillenden Frauen. Während sechs der sieben Modellvorhaben sowohl den Alkohol- als auch den Tabakkonsum in ihr Vorhaben einschlossen, bezog sich ein Modellvorhaben ausschließlich auf den Tabakkonsum.

Konzeptionell unterschieden sich die geförderten Modellvorhaben vor allem darin, ob die Reduktion des Alkohol- und/oder Tabakkonsums der Schwangeren und Stillenden

- durch die Überleitung der Frauen von Angeboten der Schwangerenvorsorge und -beratung in Angebote der Suchthilfe oder
- durch die Integration der Intervention in Angebote der Schwangerenvorsorge bzw. die Erweiterung der Angebote zur Schwangerenvorsorge für Schwangere und Stillende erreicht werden sollte (Abbildung 1).

Die Einbindung in Angebote der Suchthilfe sollte durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren beispielsweise aus der Schwangerenberatung, aus Gesundheitsämtern, aus Mutter-Kind-Einrichtungen und/oder gynäkologischen Praxen realisiert werden. Diese Multiplikatorengruppen sollten zuvor spezifisch z. B. in motivierender Gesprächsführung geschult werden.

Auch der integrative Ansatz sah eine Kompetenzerweiterung der Professionellen in der Schwangerenberatung und -versorgung vor. Hier wurden einerseits Familienhebammen und andererseits Mitarbeiter/-innen einer Schwangerenberatung darin geschult, eine motivierende Beratung zur Konsumreduktion bzw. zum Konsumverzicht durchzuführen.

Ergebnisse der externen Evaluation

Der Aufbau von Kooperationen mit Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und insbesondere die Zusammenarbeit mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen erwiesen sich im Rahmen der Förderinitiative als Herausforderung. Keinem der Modellvorhaben gelang der Aufbau einer breiten oder gar systematischen Kooperation mit dieser Multiplikatorengruppe. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen konnten weder für eine nennenswerte Inanspruchnahme der Schulungsangebote für eine Intervention zum Suchtmittelkonsum noch für die Bereitstellung ihrer Räumlichkeiten für die Einrichtung von Sprechstunden z. B. durch Mitarbeiter/-innen der Suchtberatung gewonnen werden. Als Gründe hierfür wurden von den Projektverantwortlichen vor allem die subjektiv empfundene unzureichende Relevanz der Thematik, der zeitliche Mehraufwand sowie die Befürchtung, betreffende Frauen als Patientinnen zu ver-

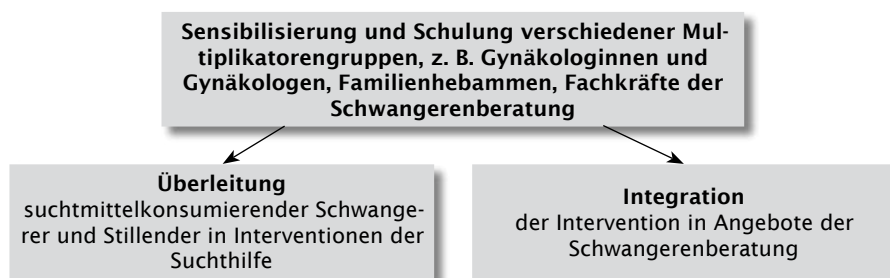


Abbildung 1: Konzepte der Modellvorhaben (eigene Darstellung)

lieren, vermutet. Von ähnlichen Erfahrungen wird in Studien berichtet, in denen die Einstellungen von Hebammen, Frauenärztinnen und -ärzten sowie Kinderärztinnen und -ärzten gegenüber der Raucherberatung von Frauen mit Kinderwunsch, von Schwangeren und von Müttern mit Neugeborenen untersucht worden sind. Befragungen dieser Berufsgruppen zeigen, dass die Rauchberatung zwar als sehr wichtig erachtet wird, das Thema aber dennoch von 23 % der Hebammen und 74 % der Kinderärztinnen und -ärzte nicht systematisch angesprochen wird. Als Gründe für die Zurückhaltung wurden hier neben einem Mangel an Zeit und Abrechnungsmöglichkeiten auch die gering wahrgenommenen Erfolgsaussichten sowie die Befürchtung genannt, dass Beratungen zum Thema Rauchen von den Eltern nicht erwartet würden (*Hannöver et al. 2004; Thyrian et al. 2006*). Im Rahmen der sieben Modellvorhaben konnten Fachkräfte wie Familienhebammen, Mitarbeiter/-innen von Gesundheitsämtern und von Suchtberatungsstellen, pädagogische Mitarbeiter/-innen in Mutter-Kind-Heimen und Still- und Krabbelgruppen sowie Erzieher/-innen dagegen besser erreicht werden. Die für diese Personengruppen geplanten Veranstaltungen (z. B. Schulungen und Informationsveranstaltungen) konnten mit wenigen Ausnahmen im geplanten Umfang umgesetzt werden. Auch die ersten Kontakte zu vorhandenen Netzwerken im Bereich „Frühe Hilfen“, über die beispielsweise eine regionale Verbreitung des Ansatzes erzielt werden soll, verliefen vielversprechend.

Unabhängig von der Frage, ob Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für eine Ansprache der Frauen motiviert werden konnten, wurden suchtmittelkonsumierende schwangere und stillende Frauen von den Modellvorhaben teilweise nur schlecht erreicht. Die Überleitung der betreffenden Schwangeren und Stillenden in ein Angebot der Suchthilfe konnte selbst dann nicht realisiert werden, wenn die physische Distanz zu der jeweiligen Beratungsstelle sehr gering war und eine persönliche Unterstützung bei der Terminabsprache erfolgte. Die vermuteten Gründe hierfür sind vielfältig. Neben einem fehlenden Problembewusstsein

der betreffenden Frauen wurde u. a. auch die Dominanz anderer Belastungen, die ursprünglich Anlass für die Inanspruchnahme der Beratung waren, als mögliche Ursache genannt.

Insofern haben sich Modellvorhaben mit integrierten Angeboten, die eine jeweils individuelle Ansprache vorsahen, für das Erreichen suchtmittelkonsumierender Schwangerer und Stillender generell als besser geeignet erwiesen. Ebenfalls waren suchtmittelkonsumierende Schwangere und Stillende, die in speziellen Einrichtungen wie z. B. Mutter-Kind-Einrichtungen lebten, mit dort angebotenen Gruppeninterventionen zu erreichen. Als förderlich für das Erreichen der Zielgruppe hat sich zudem die Ansprache durch vertraute Personen und die Orientierung an ressourcenbezogenen Ansätzen wie z. B. die motivierende Gesprächsführung herausgestellt.

Telefonprechstunden sowie Online-Angebote wurden im Rahmen der Förderinitiative nicht in nennenswertem Umfang in Anspruch genommen. Auch konnten in keinem Modellvorhaben die Partner/-innen oder andere Angehörige der betreffenden Frauen erreicht werden.

Die große Schwierigkeit, das Thema Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit in der Beratungssituation „sprechbar“ zu machen, konnte mit Hilfe eines in einem Modellvorhaben entwickelten Screeningbogens überwunden werden. Dieser wurde für den Gesprächseinstieg im Rahmen der Beratung zur Ermittlung des Suchtmittelkonsums verwendet. Auf diese Weise konnte dem Problem begegnet werden, wie ein Thema, das zunächst nicht Anlass der Beratung war, zur Sprache gebracht werden konnte. Allerdings bezieht sich diese Bewertung nur auf die Frage des Tabakkonsums. Im Hinblick auf den Alkoholkonsum blieben die Angaben weit hinter den zu erwartenden Angaben zurück (*Bergmann et al. 2006; Rebhan et al. 2009*).

Diskussion und abgeleitete Handlungsempfehlungen

Als wesentliches Ergebnis des einjährigen Förderzeitraums kann zusammenfassend konstatiert werden, dass

sich die von der Mehrheit der sieben geförderten Modellvorhaben verfolgte Einbindung suchtmittelkonsumierender schwangerer und stillender Frauen in Angebote der Suchthilfe nicht bewährt hat. Die integrierten Beratungsangebote in der Schwangerenberatung bzw. durch Familienhebammen haben sich als besser geeignet erwiesen, um die Zielgruppe zu erreichen.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der externen Evaluation zwei grundlegende Probleme der Verbindung von Angeboten der Schwangerenberatung bzw. -versorgung mit Angeboten der Suchthilfe deutlich: Zum einen beschäftigt sich die Suchtberatung üblicherweise ausschließlich mit Abhängigkeitserkrankungen, während besonders Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit auch unabhängig von einer Suchterkrankung problematisch ist. Zum anderen hält die Suchthilfe eher mittelfristig geplante und an Gruppen gerichtete Angebote bereit, während eine Schwangerschaft eher kurzfristig verfügbare individuelle Unterstützungsmöglichkeiten erfordert. Insofern ist eine Konzentration auf integrierte ein- oder mehrmalige ressourcenorientierte Kurzinterventionen in der Schwangerenversorgung und -beratung zu empfehlen. Die Akzeptanz dieser Angebote durch Fachkräfte im Bereich Schwangerschaft und Geburt ebenso wie von den suchtmittelkonsumierenden Schwangeren und Stillenden sollte durch gezielte Maßnahmen der Informationsarbeit unterstützt werden. Dabei sollte der Fokus auch nochmals verstärkt auf die Gynäkologinnen und Gynäkologen gerichtet werden, da diese die Zielgruppe in sehr großem Umfang erreichen können und ähnliche Kooperationen in anderem Zusammenhang bereits besser umgesetzt werden konnten (*John et al. 2011*).

Informationen darüber, ob die Frauen, die erreicht werden konnten, ihr Konsumverhalten – ggf. auch kurzzeitig – verändert haben, liegen in keinem der sieben Modellvorhaben vor. Die Evidenz stützt sich hier auf Untersuchungen zu Kurzinterventionen für Frauen mit riskantem Trinkverhalten, die ein- oder mehrmalige kurze Beratungen zur Prävention des fetalen Alkoholsyndroms als effektiv nachwei-

sen konnten (Fröschl et al. 2013). In der kontextunabhängigen Leitlinie zur Tabakprävention ist formuliert, dass selbst Minimalinterventionen, die weniger als drei Minuten dauern, die Abstinenzquoten verbessern (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2005). Damit einhergehend konnten positive Effekte im Hinblick auf den Tabakkonsum durch Kurzinterventionen generell (Soria et al. 2006) und speziell durch Kurzinterventionen während der Schwangerschaft (Dolan-Mullen et al. 1994) sowie bis zu sechs Monaten nach der Geburt (Röske 2006) festgestellt werden. Allerdings reichen die Interventionen möglicherweise nicht aus, um das Rauchverhalten der Mutter über die Geburt hinaus nachhaltig zu beeinflussen und damit das Kind vor dem Tabakrauch zu schützen (Haug et al. 1994; Secker-Walker et al. 1994). Nach der erfolgreichen Implementierung und ersten Erprobung der Interventionsansätze wäre es somit sicherlich sinnvoll zu überprüfen, inwieweit durch die Intervention Veränderungsprozesse bei den alkohol- und/oder tabakkonsumierenden schwangeren und stillenden Frauen initiiert und welche Veränderungen erzielt werden konnten.

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2005): Tabakbedingte Störungen „Leitlinie Tabakentwöhnung“ (S2-Leitlinie). Online verfügbar unter: http://www.sucht.de/tl_files/pdf/11_05_03.pdf [03.06.2014]
- Bergmann, Karl E.; Bergmann, Renate L.; Ellert, Ute; Dudenhausen, Joachim W. (2007): Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits-surveys (KIGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 50, 670-676
- Bergmann, Renate L.; Richter, Rolf; Milto, Cornelia; Michel, Brigitte; Dudenhausen, Joachim W. (2006): Epidemiologie des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft. In: Bergmann, Renate L.; Spohr, Hans-L.; Dudenhausen, Joachim W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München, 19-32
- Bundesinstitut für Risikobewertung (2006): Stillen und Rauchen. Aktualisierte Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 14. März 2001. Online verfügbar unter: http://www.bfr.bund.de/cm/343/stillen_und_rauchen.pdf [03.06.2014]
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Hintergrundinformationen zur Vorstellung der Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Online verfügbar unter: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Presse/Downloads/12-02-15_Hintergrund-Papier.pdf [02.06.2014]
- Dolan, Gayle P.; Stone, David H.; Briggs, Andrew H. (2010): A systematic review of continuous performance task research in children prenatally exposed to alcohol. In: Alcohol & Alcoholism, 45, 30-38
- Dolan-Mullen, Patricia; Ramirez, Gilbert; Groff, Janet Y. (1994): A meta-analysis of randomized trials of prenatal smoking cessation interventions. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 171, 1328-1334
- Feick, Peter; Haas, Stephan L.; Singer, Manfred V. (2006): Gesundheitsfördernde und -schädigende Aspekte des moderaten Alkoholkonsums. In: Bergmann, Renate L.; Spohr, Hans-L.; Dudenhausen, Joachim W. (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen. München, 39-53
- Flick, Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden
- Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg
- Fröschl, Barbara; Brunner-Ziegler, Sophie; Wirl, Charlotte (Hrsg.) (2013): Prävention des fetalen Alkoholsyndroms. HTA-Bericht 130. Online verfügbar unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta330_bericht_de.pdf [10.09.2013]
- Hannöver, Wolfgang; Thyrian, Jochen R.; John, Ulrich (2004): Paediatricians' attitude towards counseling parents postpartum about their smoking behaviour. In: European Journal of Public Health, 14, 199-200
- Haug, Kjell; Fugelli, Per; Aaro, Leif E.; Foss, Olav P. (1994): Is smoking intervention in general practice more successful among pregnant than non-pregnant women? In: Family Practice, 11, 111-116
- John, Ulrich; Meyer, Christian; Bischof, Gallus; Freyer-Adam, Jennis; Ulbricht, Sabina; Rumpf, Hans-Jürgen (2011): Prävention und Frühintervention. In: Singer, Manfred; Batra, Anil; Mann, Karl (Hrsg.): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart, 533-543
- Koletzko, Berthold; Bauer, Carl-Peter; Bung, Peter; Cremer, Monika; Flothkötter, Maria; Hellmers, Claudia; Kersting, Mathilde; Krawinkel, Michael; Przyrembel, Hildegard; Rasenack, Regina; Schäfer, Torsten; Vetter, Klaus; Wahn, Ulrich; Weißenborn, Anke; Wöckel, Achim (2013): German national consensus recommendations on nutrition and lifestyle in pregnancy by the 'Healthy Start - Young Family Network'. In: Annals of Nutrition and Metabolism, 63, 311-322
- Kolip, Petra; Ackermann, Günter; Ruckstuhl, Brigitte; Studer, Hubert (2012): Gesundheitsförderung mit System. quint-essenz - Qualitätsentwicklung in Projekten der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern
- Kolip, Petra; Gerken, Ute; Schaefer, Ina; Mühlbach, Andreas; Gebhardt, Birte (2013): Gesundheit fördern in vernetzten Strukturen. Evaluation settingorientierter Gesundheitsförderung. Weinheim
- Leonardi-Bee, Jo; Smyth, Alan; Britton, John; Coleman, Tim (2008): Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. In: Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition, 93, F351-F361
- Mayring, Philipp (2007): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim
- Murin, Susan; Rafii, Rokhsara; Bilello, Kathryn (2011): Smoking and smoking cessation in pregnancy. In: Clinics in Chest Medicine, 32, 75-91
- Rebhan, Barbara; Kohlhuber, Martina; Schwegler, Ursula; Koletzko, Berthold; Fromme, Hermann (2009): Rauchen, Alkoholkonsum und koffeinhaltige Getränke vor, während und nach der Schwangerschaft. Ergebnisse aus der Studie „Stillverhalten in Bayern“. In: Gesundheitswesen, 71, 391-398
- Röske, Kathrin (2006): Förderung des Nichtrauchens bei Frauen post partum. Umsetzung und Wirksamkeit eines proaktiven Beratungskonzeptes. Dissertation. Greifswald
- Rushton, Lesley (2004): Health impact of environmental tobacco smoke in the home. In: Reviews on Environmental Health, 19, 291-309
- Secker-Walker, Roger H.; Solomon, Laura J.; Flynn, Brian S.; Skelly, Joan M.; Lepage, Sandra S.; Goodwin, Gregory D.; Mead, Philip B. (1994): Individualized smoking cessation counseling during prenatal and early postnatal care. In: American Journal of Obstetrics and Gynecology, 171, 1347-1355
- Soria, Raimundo; Legido, Almudena; Escolano, Concepción; Yeste, Ana L.; Montoya, J. (2006): A randomized controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. In: British Journal of General Practice, 56, 768-774
- Steinke, Ines (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek, 319-331
- Thyrian, Jochen R.; Hannöver, Wolfgang; Röske, Kathrin; Scherbarth, Susann; Hapke, Ulfert; John, Ulrich (2006): Midwives' attitudes to counselling women about their smoking behavior during pregnancy and postpartum. In: Midwifery, 22, 32-39
- Vennemann, Mechtild M.; Findeisen, Martina; Butterfass-Bahloul, Trude; Jorch, Gerhard; Brinkmann, Bernd; Köpcke, Wolfgang; Bajanowski, Thomas; Mitchell, Edwin A.; GeSID Group (2005): Modifiable risk factors for SIDS in Germany: results of GeSID. In: Acta Paediatrica, 94, 655-660

Anschrift für die Verfasserinnen

Ina Schaefer, Dipl. Ing., MPH
 Universität Bielefeld
 Fakultät für Gesundheitswissenschaften
 Postfach 100131
 33501 Bielefeld
 Tel.: 0521 106 67097
 E-Mail: ina.schaefer@uni-bielefeld.de