

Alkohol- und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Wissenschaftlicher Bericht

Im Auftrag des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Alkohol- und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Wissenschaftlicher Bericht

Autorinnen:

Alexandra Puhm
Katharina Antony
Angelina Brotherhood
Charlotte Klein
Martina Santner

Unter Mitarbeit von:

Zuzanna Brzozowska
Karin Grabher
Mirijam Hall (Klinik Ottakring)
Birgit Priebe
Yvonne Schatz
Menekşe Yılmaz

Fachliche Begleitung:

Kristina Hametner (Leitung Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele)
Daniela Thurner (Projektleitung im Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele)
Christina Bässler (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele)

Projektassistenz:

Yvonne Schatz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im Mai 2023

Im Auftrag des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele

Zitiervorschlag: Puhm, Alexandra; Antony, Katharina; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Santner, Martina (2023): Alkohol- und Zigarettenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/11/5387

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Rauchen und Alkoholkonsum in der Schwangerschaft stellen wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung des Ungeborenen dar und sind mit verschiedenen Schwangerschaftskomplikationen und Schädigungsmustern assoziiert. Rezente Daten aus Österreich respektive Wien zu den Konsumprävalenzen von Frauen während der Schwangerschaft und Stillzeit fehlen ebenso wie ein Einblick in ausgewählte Einflussfaktoren bezüglich des Konsumverhaltens und Wissen über die Einstellungen schwangerer Frauen zu Substanzkonsum in der Schwangerschaft oder über den Umgang mit dem Thema in der Schwangerschaftsvorsorge.

Methoden

Um ein möglichst umfassendes Bild aus unterschiedlichen Perspektiven zeichnen zu können, wurde ein **Methodenmix** gewählt. Mittels einer Onlinebefragung von Wöchnerinnen, die in Wien in einem der Krankenhäuser des Wiener Gesundheitsverbunds entbunden haben (N = 888), und qualitativer Interviews mit schwangeren Frauen im letzten Trimester (N = 32) wurden das **Konsumverhalten während der Schwangerschaft und Stillzeit** und die **Erfahrungen in der Schwangerschaftsvorsorge** erhoben. Die **Perspektiven, Erfahrungen und Herausforderungen** von Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen wurden mittels qualitativer Interviews (N = 11) und anhand einer Onlinebefragung (N = 209) erfasst.

Ergebnisse

Konsumverhalten während der Schwangerschaft und sozioökonomische Einflussfaktoren

85 Prozent aller befragten Frauen konsumierten in der Schwangerschaft weder Zigaretten noch Alkohol. Während etwa ein Drittel der Frauen vor Beginn der Schwangerschaft zumindest gelegentlich geraucht hatte, **rauchten zwölf Prozent der Frauen zumindest gelegentlich während der Schwangerschaft**. Etwas weniger als zwei Drittel der Frauen hatten vor der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol getrunken, **in der Schwangerschaft konsumierten insgesamt rund sechs Prozent der Frauen zumindest gelegentlich Alkohol**.

Im Vergleich zu jenem bei Alkohol ist der **Rückgang beim Rauchen** weniger deutlich. Drei von zehn Frauen, die vor Beginn der Schwangerschaft geraucht hatten, rauchten auch während der Schwangerschaft. Von den vor der Schwangerschaft Alkohol trinkenden Frauen trank jede zwölfte Frau auch während der Schwangerschaft gelegentlich Alkohol (siehe Abbildung 0.1).

Abbildung 0.1:

Veränderung des Zigaretten- und Alkoholkonsums in der Schwangerschaft



Quelle: GÖ FP

Frauen, die während der Schwangerschaft rauchten, waren signifikant häufiger jünger als 25 Jahre, hatten signifikant häufiger einen niedrigen formalen Bildungsabschluss und signifikant häufiger einen Migrationshintergrund. Bei Alkoholkonsum zeigt sich während der Schwangerschaft kein signifikanter Einfluss von Alter, Bildung und Migrationshintergrund auf das Konsumverhalten der Frauen.

Der Verzicht der Frauen auf Alkohol während der Schwangerschaft war primär durch die Gesundheit des Babys, aber auch durch die Angst vor Schwangerschaftskomplikationen wie etwa einer Fehlgeburt oder durch das Bestreben, Selbstvorwürfe bei auftretenden (auch nichtalkoholassoziierten) Gesundheitsproblemen zu vermeiden, motiviert. Bei der Umsetzung einer alkoholfreien Schwangerschaft spielte für viele Frauen das Angebot alkoholfreier Varianten alkoholischer Getränke (Weine, Biere) bzw. alkoholfreie Getränke, vor allem deren ansprechendes Design und preisliche Gestaltung, eine wichtige Rolle. Das soziale Umfeld wurde als unterstützend beim Verzicht auf Alkohol erlebt, gleichzeitig wurde im Fehlen sozialer Unterstützung eine Hürde für konsumierende Schwangere vermutet, formelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. In Bezug auf das Rauchen wurde ebenfalls die Gesundheit des Babys als Hauptmotiv genannt.

Einstellungen zu Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft

Die große **Mehrheit der Befragten** (über 90 %) **bewertete Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft als nicht gut**. Beim **gelegentlichen Konsum** zeigt sich jedoch ein differenzierteres Bild. **Gelegentliches Rauchen** in der Schwangerschaft wird von der überwiegenden Mehrheit des Gesundheitspersonals als problematisch / eher problematisch eingestuft (97 % der Hebammen und 89 % der Gynäkologinnen/Gynäkologen). Frauen beurteilen gelegentliches Rauchen ebenfalls als weitgehend problematisch, allerdings zeigt sich hier ein deutlicher Zusammenhang mit dem eigenen Rauchverhalten: Während nur 57 Prozent der Frauen, die in der Schwangerschaft täglich / fast täglich rauchten, die gelegentliche Zigarette als problematisch einschätzten, taten dies im Gegensatz dazu 96 Prozent der Nichtraucherinnen.

Ebenso beurteilt die Mehrheit der Gynäkologinnen/Gynäkologen (89 %) und Hebammen (97 %) den **gelegentlichen Konsum von Alkohol** als problematisch / eher problematisch. Analog dem Rauchen korreliert das Urteil in Hinblick auf die Schädlichkeit eines gelegentlichen Glases Alkohol mit dem eigenen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: 86 Prozent der Frauen, die nach eigenen Angaben während der Schwangerschaft keinen Alkohol getrunken hatten, schätzten ein gelegentliches Glas als schädlich ein, während dies weniger als die Hälfte der Frauen (46 %) mit einem zumindest gelegentlichen Konsum tat.

Unsicherheiten der Frauen in Bezug auf die Schädlichkeit geringer Mengen von Zigaretten bzw. Alkohol spiegeln sich nicht nur in den Interviews mit Schwangeren wider, sondern auch in der Onlinebefragung. Bei dieser gab etwa jede zwölfte Frau an, die Schädlichkeit eines gelegentlichen Konsums von Zigaretten (8,5 %), und jede 13., die Schädlichkeit eines gelegentlichen Glases Alkohol (7,6 %) während der Schwangerschaft nicht beurteilen zu können.

Diese Einschätzungen decken sich mit den Erfahrungen der schwangeren Interviewpartnerinnen, die im unmittelbaren sozialen Umfeld mit unterschiedlichen Einstellungen zum Konsum geringer Mengen konfrontiert waren, wobei hier überwiegend ein Generationenthema berichtet wurde. Die Kehrseite der Sensibilisierung für die Folgen geringer Alkoholmengen beschreiben einige Frauen in der sehr wertenden und beschämenden Grundhaltung in sozialen Medien gegenüber Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen oder Alkohol trinken.

Alkohol und Nikotin als Themen in der Schwangerenvorsorge – Screening und Intervention

Die **Anamnese des Alkohol- und Zigarettenkonsums** ist im Mutter-Kind-Pass verpflichtend vorgesehen. Drei von zehn Frauen wurden nach eigenen Angaben während der Schwangerschaft von ihrer Gynäkologin / ihrem Gynäkologen nicht nach ihrem Alkoholkonsum und eine von zehn Frauen nicht nach ihrem Zigarettenkonsum gefragt. Bei der Onlinebefragung der Gynäkologinnen und Gynäkologen gaben 94 Prozent von ihnen an, den Zigarettenkonsum, und 80 Prozent, den Alkoholkonsum ausnahmslos bei jeder Schwangeren anamnestisch zu erfassen. Die **Erhebung von Passivrauchen bzw. alternativen Nikotinprodukten** spielt in der Schwangerenvorsorge eine weitaus geringere Rolle: Knapp 20 Prozent der Gynäkologinnen/Gynäkologen und 15 Prozent der Hebammen gaben an, Passivrauchen bei jeder Schwangeren zu erfassen, alternative Nikotinprodukte werden durch vier von zehn Ärztinnen/Ärzten und eine von zehn Hebammen erfasst.

Die Anamnese des Konsumverhaltens wird von den Frauen überwiegend als **selbstverständliches gesundheitsrelevantes Thema** in der Schwangerenvorsorge wahrgenommen. Zu dieser Wahrnehmung tragen nach Einschätzung der Frauen bzw. des Gesundheitspersonals die Einbettung der Fragen in die medizinische Anamnese des Mutter-Kind-Passes, die Formulierung der Frage (ja/nein) sowie die überwiegend wertfreie Haltung der Ärztinnen/Ärzte bei. Kritisiert werden wertende Formulierungen, die nicht nur die sozial erwünschte Antwort vorgeben, sondern damit vor allem ein offenes Gespräch über einen tatsächlichen Konsum erschweren würden.

Die überwiegende Mehrheit des Gesundheitspersonals räumt Rauchen und Alkohol auch im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen wie Diabetes oder Adipositas einen **wichtigen Stellenwert**

in der **Schwangerenvorsorge** ein, wobei sowohl Gynäkologinnen/Gynäkologen als auch Hebammen Rauchen tendenziell als Thema mit größerer Relevanz beurteilen.

In Bezug auf den **Wissensstand betreffend die möglichen gesundheitlichen Folgen** von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft zeigen sich Spannungsfelder. Schwangere selbst sowie das Gesundheitspersonal schätzen den Wissensstand von Frauen bezüglich möglicher Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft als mittlerweile sehr gut ein. Verunsicherungen und daraus resultierende Ängste zeigten sich in erster Linie in Bezug auf die Schädlichkeit geringer Mengen Alkohol, nicht nur in Form alkoholischer Getränke, sondern auch im Falle alkoholhaltiger Speisen.

Sowohl die Onlinebefragung als auch die Interviews mit Frauen zeigen, dass die Mehrheit im Rahmen der Schwangerenvorsorge von ihren Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht über die gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums aufgeklärt wurden. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit der Befragung des Gesundheitspersonals, bei der ein Drittel der Gynäkologinnen und Gynäkologen angab, nur Schwangere mit einem (vermuteten) Konsum über die Folgen aufzuklären, fünf Prozent von ihnen erklärten, dies gar nicht zu tun. Beim Rauchen wird ein geringerer Wissensstand sowohl von den Frauen als auch vom Gesundheitspersonal vermutet, hier informiert etwas mehr als die Hälfte der Ärztinnen/Ärzte nur Patientinnen, die rauchen. Viele schwangere Interviewpartnerinnen erlebten fehlende Aufklärung durch das Gesundheitspersonal nicht als Manko, zum einen weil der Konsum in der Schwangerschaft nicht infrage kam und zum anderen, weil bereits vorhandenes Wissen bei bestimmten (Detail-)Fragen während der Schwangerschaft durch eigene Recherchen erweitert worden war.

Bei den **Konsumempfehlungen** rät die überwiegende Mehrheit sowohl der Gynäkologinnen/Gynäkologen als auch der Hebammen zu einem Verzicht auf jeglichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft. In Bezug auf das Rauchen empfehlen zwei Drittel der Ärztinnen/Ärzte und etwa die Hälfte der Hebammen, komplett auf Zigaretten zu verzichten, wobei beide Berufsgruppen sich eigenen Angaben zufolge am individuellen Fall orientieren: Dort, wo ein kompletter Rauchverzicht nicht umsetzbar ist, werden Frauen zu einer Reduktion ermutigt. In den Interviews berichtet nur ein Teil der Schwangeren, von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt Konsumempfehlungen erhalten zu haben.

Themenspezifische Barrieren für Gesundheitspersonal

Zwei Drittel der Gynäkologinnen/Gynäkologen und etwa 40 Prozent der Hebammen haben eigenen Angaben zufolge **keine Barrieren**, den Alkohol- und Nikotinkonsum im Rahmen der Schwangerenvorsorge anzusprechen. Die relevantesten Hürden sind in beiden Berufsgruppen fehlendes Wissen über Unterstützungsangebote und eine gewisse resignative Haltung und Annahme, im eigenen Setting am Konsumverhalten der Frauen wenig verändern zu können. Hebammen äußerten häufiger Unsicherheit in Bezug auf die Gesprächsgestaltung, Sprachbarrieren, den Wunsch, Frauen nicht zusätzlich zu belasten, oder bestimmte Rahmenbedingungen in den jeweiligen Settings wie etwa mangelnde Privatsphäre oder fehlende Zeitressourcen für Folgegespräche.

Schlussfolgerungen

Schätzungen ergeben, dass ungefähr 3.100 schwangere Frauen in Wien jährlich rauchen (zumindest gelegentlich) und 1.100 Schwangere Alkohol konsumieren (zumindest gelegentlich). Dies verdeutlicht, dass Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft gesundheitspolitisch relevante Themen sind. Insbesondere beim Rauchen lassen die Ergebnisse vermuten, dass bei den meisten Frauen eine Suchterkrankung vorliegt und deshalb ein Rauchstopp nicht gelingt. Als Zielgruppen für Unterstützungsangebote konnten im Rahmen der Studie insbesondere junge Frauen, Frauen mit geringem formalem Bildungsabschluss und Frauen mit Migrationshintergrund identifiziert werden. Diese Gruppen können anscheinend über die bisherigen Angebote nur unzulänglich erreicht werden, weswegen gegebenenfalls neue zielgruppenspezifische Angebote angedacht werden sollten.

Mit der Verankerung des Screenings des Alkohol- und Zigarettenkonsums im Mutter-Kind-Pass ist eine gute Grundlage geschaffen, das Thema als selbstverständliches Thema zu etablieren. Verbesserungspotenzial besteht in der Kommunikation von Konsumempfehlungen: Hier soll auf eine reduzierte Auswahl zentraler kurzer Empfehlungen geachtet werden und sollen die wenigen konkreten Empfehlungen mit einer Begründung hinterlegt werden (d. h. beispielsweise mit einer Erläuterung, warum Alkoholverzicht empfohlen wird).

Schlüsselwörter

Alkohol, Rauchen, Schwangerschaft, Stillzeit, Hebammen, Gynäkologinnen/Gynäkologen, Schwangerenvorsorge

Summary

Background/Subject/Research Question

Smoking and alcohol use during pregnancy are important risk factors for the development of the foetus and are associated with various pregnancy complications and negative outcomes for children. Recent data on consumption prevalence among expectant and breastfeeding women in Austria are lacking, as are insights into factors influencing consumption, the attitudes of pregnant women regarding consumption during pregnancy or how these issues are addressed in antenatal care.

Methods

A mixed methods design was chosen to enable a comprehensive picture incorporating different perspectives. Data on smoking and alcohol consumption during pregnancy and the breastfeeding period as well as experiences in antenatal care were collected, firstly, through an online survey among new mothers who had given birth in a *Gesundheitsverbund* hospital in Vienna (N = 888), and secondly, through qualitative interviews with expectant mothers in the last trimester (N = 32). The perspectives and experiences of midwives and gynaecologists, as well as the challenges they face, were assessed using qualitative interviews (N = 11) and an online survey (N = 209).

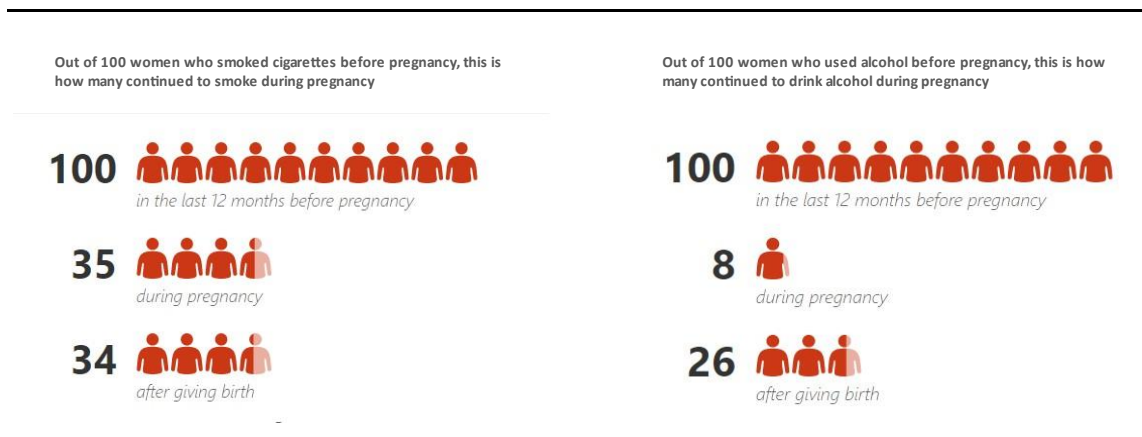
Results

Alcohol use and smoking during pregnancy and socio-economic influences

Of all women surveyed 85 percent did not consume cigarettes or alcohol during pregnancy. About one third of the women reported smoking before their pregnancy, whereas 12 percent of surveyed women smoked at least occasionally during pregnancy. Slightly less than two thirds of surveyed women drank alcohol at least occasionally before pregnancy. During pregnancy, a total of about 6 percent of surveyed women consumed alcohol.

Comparing alcohol and tobacco, pregnant women were more likely to quit alcohol than tobacco. Three out of 10 women who smoked before pregnancy also smoked during pregnancy. Of the women drinking alcohol before pregnancy, one in twelve women drank alcohol at least occasionally during pregnancy (see Figure 0.2).

Figure 0.2:
Changes in smoking and alcohol consumption during pregnancy



Source: GÖ FP

Women who smoked during pregnancy were significantly more often younger than 25 years, had significantly more often a low formal education and a migration background. For alcohol, there was no significant influence of age, education, or migration background on the women's consumption during pregnancy.

Interviews showed that women's abstinence from alcohol during pregnancy was primarily motivated by care for the baby's health, but also by the fear of pregnancy complications (e. g. miscarriage) or the avoidance of self-blame in case of health problems (regardless of whether these were alcohol-associated). For many women, the availability of non-alcoholic versions of alcoholic beverages (wines, beers) or non-alcoholic beverages, especially their appealing design and pricing, played an important role in the decision to have an alcohol-free pregnancy. The social environment was perceived as supportive in abstaining from alcohol. In addition, the lack of social support was assumed to be an obstacle for consuming pregnant women to seek formal help. In the case of smoking, the baby's health was also stated as the main motive.

Attitudes towards smoking and alcohol use during pregnancy

The great majority of women (over 90 %) did not consider smoking and alcohol consumption during pregnancy to be positive. However, a more differentiated picture emerged for occasional consumption. Occasional smoking during pregnancy was rated problematic/very problematic by the vast majority of health professionals (97 % of midwives and 89 % of gynaecologists). Women also rated occasional smoking as largely problematic, but there is a clear correlation with their own smoking behaviour: while 96 % of non-smokers rated occasional cigarettes as problematic, this was the case for only 57 % of women who had smoked daily/almost daily during pregnancy.

Similarly, the majority of gynaecologists (89 %) and midwives (97 %) rated occasional alcohol use as "problematic" or "quite problematic". As for smoking, the assessment of harm regarding an occasional glass of alcohol correlated with the women's own alcohol consumption during pregnancy: 86 % of the women who reported abstaining from alcohol during pregnancy judged an

occasional glass as harmful, while less than half (46 %) of the women reporting at least occasional use considered it harmful.

However, women were often uncertain about the harm of small amounts of cigarettes or alcohol. This was evident not only in the qualitative interviews with pregnant women, but also in the online survey, where about one in twelve women (8.5 %) state that they cannot assess the harm of an occasional consumption of cigarettes and one in thirteen (7.6 %) could not judge the harm of an occasional glass of alcohol during pregnancy.

These ratings correspond with the experiences of the pregnant women in the qualitative interviews, who reported being confronted with different opinions on the drinking of small amounts in their immediate social environment, whereas a generational issue was reported here. Some women described the downside of the awareness concerning the consequences of small amounts of alcohol as being the very judgemental and shaming attitude in social media towards women who smoke or drink alcohol during pregnancy.

Alcohol and smoking in antenatal care – screening and intervention

The assessment of alcohol and smoking history is obligatory in the Austrian mother-child health passport, the *Mutter-Kind-Pass*. Three out of ten women were not asked by their gynaecologist about their alcohol consumption during pregnancy, and one out of ten women was not asked about her smoking (as measured through self-report). In the online survey of gynaecologists, 94 percent state that they assess smoking history and 80 percent that they assess alcohol consumption in every pregnant woman without exception. The recording of passive smoking or use of alternative nicotine products plays a much smaller role in prenatal care: just under 20 percent of the gynaecologists and 15 percent of the midwives state that they record passive smoking in every pregnant woman, use of alternative nicotine products is recorded by four out of ten gynaecologists and one out of ten midwives.

Women mostly perceived the assessment of their consumption behaviour in the context of antenatal care to be an integral part of health care for pregnant women. Women and the health personnel alike suggested that the way the respective questions were embedded in the *Mutter-Kind-Pass*, their wording (yes/no) as well as the predominantly non-judgemental attitude of the gynaecologists contribute to this perception. Some women expressed criticism regarding potential judgemental wording, which not only dictate a socially desirable answer, but also made it more difficult to have an open discussion about consumption.

The vast majority of health professionals consider smoking and alcohol to be important in prenatal care compared with other health topics, such as diabetes or obesity, whereby both gynaecologists and midwives tend to rate smoking as the topic of greater relevance (compared with alcohol).

With regard to the state of knowledge about possible health consequences of alcohol and smoking during pregnancy, there were weaker and stronger areas. Pregnant women themselves as well as the health care staff estimate the level of knowledge of women regarding the possible consequences of alcohol in pregnancy to be very good. Uncertainties and resulting fears were primarily

found with regard to the harmfulness of small amounts of alcohol, not only in form of alcoholic beverages, but also in form of alcohol-containing food.

Both the online survey and the interviews with women show that the majority were not informed about the health consequences by their gynaecologists in prenatal care. These results are in line with the survey of health professionals, where one third of the gynaecologists state that they only inform pregnant women with a (suspected) consumption and five percent do not inform them at all. Regarding smoking, a lower level of knowledge is assumed by both the women and the health staff; here, slightly more than half of the physicians only inform women who are believed to smoke. Many pregnant interviewees did not experience the lack of information by health staff as a shortcoming, partly because consumption during pregnancy was out of the question and partly because they preferred to conduct their own research on certain (detailed) questions.

With regard to recommendations given to pregnant women, the vast majority of both gynaecologists and midwives advise abstaining from any alcohol consumption during pregnancy. Two thirds of the doctors and about half of the midwives recommend giving up cigarettes completely, whereby both professions stated that they tailor their advice to the individual case: in cases where a complete cessation of smoking is not feasible, women are encouraged to reduce smoking. According to the interviews, only some pregnant women had received recommendations regarding smoking from their physician.

Barriers for health professionals

Two thirds of the gynaecologists and about 40 % of the midwives reported that they face no barriers addressing alcohol and smoking consumption within prenatal care. Among those who do report barriers, the most common barriers for both professions are a lack of knowledge regarding support services and a somewhat resigned attitude assuming that they will not be able to change the women's consumption. Midwives were more often hindered by a lack of confidence in conducting the conversation, language barriers, the desire not to put additional burden on women, or certain circumstances within the settings, such as a lack of privacy or time resources for follow-up conversations.

Conclusion

Estimates from this study indicate that about 3,100 pregnant women in Vienna smoke (at least occasionally) and 1,100 consume alcohol (at least occasionally) every year. This illustrates that smoking and alcohol in pregnancy are relevant health issues. Especially in the case of smoking, the results suggest that most smoking pregnant women have an addiction and do not succeed in cessation. Within the scope of the study, young women, women with a lower level of formal education and women with a migration background could be identified as the target group for support services. It seems that they cannot be reached sufficiently by the existing services and therefore new targeted services should be considered.

The integration of the screening of alcohol and smoking consumption in the *Mutter-Kind-Pass* has created a good foundation to establish the topic as a routine subject. There is potential for improvement in the communication of consumption recommendations: our findings suggest focusing on a small selection of central short recommendations that are backed up with a clear rationale (i. e. explaining, for example, why abstaining from alcohol is recommended).

Keywords

alcohol, smoking, pregnancy, breastfeeding, midwives, gynaecologists, antenatal care

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	VIII
Abbildungen.....	XV
Tabellen	XVII
Abkürzungen.....	XIX
1 Einleitung	1
2 Studiendesign.....	2
2.1 Zielsetzungen	2
2.2 Fragestellungen	2
2.3 Methodik und Ablauf der Studie	4
2.3.1 Onlinebefragung von Wöchnerinnen	4
2.3.2 Qualitative Interviews mit Schwangeren	6
2.3.3 Onlinebefragung, Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal.....	7
3 Kontextanalyse und theoretischer Hintergrund.....	9
3.1 Konsumverhalten von Frauen in Österreich.....	9
3.2 Alkohol und Rauchen als Themen in der Schwangerenvorsorge.....	10
3.3 Formelle Unterstützungsangebote: Zugang zu Versorgungsangeboten	12
3.4 Ergebnisse rezenter Studien.....	13
4 Erhebungsergebnisse.....	16
4.1 Onlinebefragung von Wöchnerinnen	16
4.1.1 Teilnehmerinnen	16
4.1.2 Zigaretten	19
4.1.3 Alkohol.....	31
4.1.4 Nikotin und Alkoholkonsum	45
4.2 Interviews mit Schwangeren	46
4.2.1 Screening des Konsumverhaltens	47
4.2.2 Informationen zu Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft und Stillzeit.....	49
4.2.3 Unterstützung für konsumierende Schwangere	52
4.3 Interviews mit Gesundheitspersonal	60
4.4 Onlinebefragung von Gesundheitspersonal.....	64
4.4.1 Einstellungen zu und Stellenwert von Alkohol und Rauchen in der Schwangerenvorsorge.....	65
4.4.2 Screening des Konsumverhaltens und Passivrauchens.....	65
4.4.3 Information über die Folgen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft	67
4.4.4 Barrieren	70
5 Synthese der Ergebnisse	72
5.1 Konsumverhalten während der Schwangerschaft.....	72
5.1.1 Rauchen während der Schwangerschaft	72
5.1.2 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft	74

5.2	Screening des Alkohol- und Zigarettenkonsums.....	76
5.3	Informationen zu den Auswirkungen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft	78
5.4	Barrieren in der Schwangerenvorsorge.....	80
6	Diskussion der Ergebnisse	82
6.1	Diskussion.....	82
6.2	Limitationen der Studie	84
6.3	Nächste Schritte.....	85
7	Anhang	86
7.1	Erhebungsinstrumente.....	86
7.1.1	Fragebogen für die Onlinebefragung von Wöchnerinnen (Langversion)	86
7.1.2	Fragebogen für die Onlinebefragung von Wöchnerinnen (Kurzversion)	93
7.1.3	Interviewleitfaden Schwangere.....	97
7.1.4	Leitfaden Fokusgruppen	102
7.1.5	Fragebogen für die Onlinebefragung von Gesundheitspersonal	102
7.2	Beschreibung der Teilnehmer:innen	106
7.2.1	Onlinebefragung von Wöchnerinnen	106
7.2.2	Interviews mit Schwangeren	119
7.2.3	Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal.....	120
7.2.4	Onlinebefragung von Gesundheitspersonal.....	121
8	Quellen.....	122

Abbildungen

Abbildung 0.1: Veränderung des Zigaretten- und Alkoholkonsums in der Schwangerschaft.....	IV
Figure 0.2: Changes in smoking and alcohol consumption during pregnancy.....	IX
Abbildung 3.1: Prävalenz des Zigarettenkonsums bei Frauen nach Alter	9
Abbildung 3.2: Alkoholkonsum von Frauen nach Alter	10
Abbildung 3.3: Versorgungsbarrieren nach dem Modell von Levesque.....	13
Abbildung 4.1: Konsumprävalenz betreffend Tabak/Zigaretten in der Schwangerschaft (in %, n = 888)	19
Abbildung 4.2: Rauchverhalten in der Schwangerschaft.....	20
Abbildung 4.3: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach Alter	22
Abbildung 4.4: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach Bildungsabschluss	23
Abbildung 4.5: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund	24
Abbildung 4.6: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst- und mehrgebärend (in %, n = 445)	25
Abbildung 4.7: Passivrauchen in der Schwangerschaft (n = 445)	26
Abbildung 4.8: Zigarettenkonsum der Partnerin / des Partners (n = 445)	27
Abbildung 4.9: Einstellungen von Frauen zu Nikotinkonsum in der Schwangerschaft nach eigenem Konsumstatus	29
Abbildung 4.10: Frage nach Konsumverhalten betreffend Nikotin/Zigaretten durch Gesundheitspersonal im Zeitraum der Schwangerschaft (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445).....	30
Abbildung 4.11: Information über die Folgen von Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft durch Gesundheitspersonal (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445).....	31
Abbildung 4.12: Konsumprävalenz betreffend Alkohol in der Schwangerschaft (in %, n = 888)	32
Abbildung 4.13: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	33
Abbildung 4.14: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Alter	34
Abbildung 4.15: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Bildungsabschluss	35
Abbildung 4.16: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund	37
Abbildung 4.17: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst- und mehrgebärend (in %, n = 445)	38
Abbildung 4.18: Alkoholkonsum der Partnerin / des Partners (n = 445)	39

Abbildung 4.19: Alkoholkonsum und Stillen (n = 888)	41
Abbildung 4.20: Einstellungen von Frauen zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach eigenem Konsumstatus.....	43
Abbildung 4.21: Frage nach Alkoholkonsumverhalten durch Gesundheitspersonal im Zeitraum der Schwangerschaft (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445).....	44
Abbildung 4.22: Information über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft durch Gesundheitspersonal (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445).....	45
Abbildung 4.23: Anteil des durchgeführten Screenings hinsichtlich Alkohol- und Zigarettenkonsum nach Beruf.....	66
Abbildung 4.24: Anteil des durchgeführten Screenings hinsichtlich Passivrauchen und alternativen Nikotinprodukten nach Beruf.....	67
Abbildung 4.25: Information von Schwangeren über die Folgen von Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft nach Beruf.....	68
Abbildung 4.26: Art der Information nach Berufsgruppen.....	69
Abbildung 4.27: Konsumempfehlungen nach Berufsgruppen.....	70
Abbildung 4.28: Barrieren beim Ansprechen von Alkohol und Nikotin nach Berufsgruppen	71

Tabellen

Tabelle 1.1: Fragestellungen	3
Tabelle 2.1: Zeitlicher Ablauf und Rücklauf der Onlinebefragung	6
Tabelle 4.1: Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen an der Onlinebefragung	17
Tabelle 4.2: Rauchintensität in der Schwangerschaft: Anzahl der Zigaretten pro Tag bei Frauen, die täglich oder fast täglich rauchen.....	21
Tabelle 4.3: Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft und Zigarettenkonsum der Partnerin / des Partners	27
Tabelle 4.4: Einstellungen von Frauen zu Nikotinkonsum in der Schwangerschaft (in Prozent, n = 445).....	28
Tabelle 4.5: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Alkoholkonsum der Partnerin / des Partners (n = 445).....	40
Tabelle 4.6: Einstellungen von Schwangeren zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (in Prozent, n = 445).....	42
Tabelle 4.7: Alkohol- und Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft (in %, n = 888).....	46
Tabelle 7.1: Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen an der Onlinebefragung von Wöchnerinnen	106
Tabelle 7.2: Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen an der Onlinebefragung der Wöchnerinnen – Langversion	107
Tabelle 7.3: Stillen unter den Teilnehmerinnen der Onlinebefragung der Wöchnerinnen.....	109
Tabelle 7.4: Zeitpunkt der Kenntnis der Schwangerschaft unter den Teilnehmerinnen der Onlineerhebung unter Wöchnerinnen (in %, n = 888)	109
Tabelle 7.5: Angaben zum Zigarettenkonsum der Teilnehmerinnen an der Onlineerhebung unter Wöchnerinnen (in %, n = 888)	109
Tabelle 7.6: Rauchverhalten in der Schwangerschaft: Raucherinnen täglich / fast täglich vor der Schwangerschaft (in %, n = 188)	110
Tabelle 7.7: Rauchverhalten in der Schwangerschaft: Raucherinnen manchmal/selten vor der Schwangerschaft (in %, n = 77).....	110
Tabelle 7.8: Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach Alter (in %, n = 888).....	111
Tabelle 7.9: Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach höchstem Bildungsabschluss (in %, n = 888)	112
Tabelle 7.10: Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund (in %, n = 888)	113
Tabelle 7.11: Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst-/mehrgäbend (in %, n = 445)	114

Tabelle 7.12: Passivrauch in der Schwangerschaft: Anteil der Schwangeren, die Passivrauch ausgesetzt waren (in %, n = 445)	114
Tabelle 7.13: Angaben zum Zigarettenkonsum der Teilnehmerinnen an der Onlineerhebung unter Wöchnerinnen (in %, n = 888)	115
Tabelle 7.14: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Frauen, die vor der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol getrunken haben (in %, n = 506)	115
Tabelle 7.15: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Frauen, die vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich Alkohol getrunken haben (in %, n = 31)	115
Tabelle 7.16: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Alter (in %, n = 888).....	116
Tabelle 7.17: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach höchstem Bildungsabschluss (in %, n = 888)	117
Tabelle 7.18: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund (in %, n = 888)	118
Tabelle 7.19: Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst-/mehrgebärend (in %, n = 445)	119
Tabelle 7.20: Teilnehmerinnen an den Interviews mit Schwangeren nach soziodemografischen Merkmalen.....	119
Tabelle 7.21: Teilnehmer:innen an den Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal	120
Tabelle 7.22: Teilnehmende Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen.....	121

Abkürzungen

AHS	allgemeinbildende höhere Schule
BMS	berufsbildende mittlere Schule
CBD	Cannabidiol
CTG	Kardiotokografie („Herztonwehenschreibung“)
FASD	fetale Alkoholspektrumstörung
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter:in
GPS	General Population Survey
HAK	Handelsakademie
HTL	höhere technische Lehranstalt
MA	Magistratsabteilung
MKP	Mutter-Kind-Pass
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
QR	Quick Response
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SSW	Schwangerschaftswoche
THC	Tetrahydrocannabinol
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
WiGev	Wiener Gesundheitsverbund

1 Einleitung

Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft zählen zu den wichtigsten vermeidbaren Risiken in der vorgeburtlichen Entwicklung. Die **intrauterine Alkoholexposition** kann beim Kind zu unterschiedlich ausgeprägten Schädigungen führen, die unter dem Sammelbegriff der fetalen Alkoholspektrumstörungen (FASD; *fetal alcohol spectrum disorders*) zusammengefasst werden. Je nach Ausprägung zeigen sich Auffälligkeiten des zentralen Nervensystems, des Wachstums und faziale Auffälligkeiten (Gesellschaft für Neuropädiatrie 2016). **Rauchen in der Schwangerschaft** erhöht das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen wie frühzeitige Plazentaablösung, Früh-, Fehl- und Totgeburten oder ein geringeres Geburtsgewicht. Beim Kind erhöht die Exposition während der Schwangerschaft nachweislich das Risiko für diverse Gesundheitsschäden wie Erkrankungen der Atemwege (z. B. Asthma) oder den plötzlichen Kindstod (British Medical Association 2004).

Eine rezente Repräsentativbefragung der österreichischen Wohnbevölkerung liefert Daten zum **Konsumverhalten**. Fast ein Viertel (23 %) der befragten Frauen raucht nach eigenen Angaben, wobei 17 Prozent von ihnen einen täglichen oder fast täglichen Konsum aufweisen. Die Hälfte der befragten Frauen weist einen täglichen Konsum von Alkohol unter der Harmlosigkeitsgrenze (etwas weniger als ein österreichisches Standardgetränk) auf, und elf Prozent eignet ein problematischer Alkoholkonsum (durchschnittliche Menge von mehr als 40 Gramm Reinalkohol pro Tag) (Strizek et al. 2021).

Rezente repräsentative Daten zum **Alkohol- und Zigarettenkonsum schwangerer Frauen** aus Österreich liegen gegenwärtig nicht vor. Ergebnisse von Erhebungen dazu aus dem deutschsprachigen Raum zeigen, dass zwischen neun Prozent und 23,5 Prozent während der Schwangerschaft rauchen und zwischen 7,2 Prozent und 58 Prozent Alkohol konsumieren, wobei verschiedene psychosoziale Einflussfaktoren beim Konsumverhalten eine Rolle spielen (Puhm et al. 2022).

Der Mangel an Daten zum Alkohol- und Nikotinkonsum in Österreich ist nicht zuletzt auf die sensible Thematik und die zahlreichen methodologischen Herausforderungen zurückzuführen. Um diese Lücke zu schließen, gaben das Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) und die Wiener Gesundheitsförderung (WIG) die vorliegende Studie in Auftrag.

In Vorbereitung dieser Studie hat die Gesundheit Österreich GmbH 2021 im Auftrag des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele eine Machbarkeitsstudie durchgeführt (Puhm et al. 2022), in der u. a. mögliche Herangehensweisen dargestellt wurden.

2 Studiendesign

2.1 Zielsetzungen

Für die vorliegende Erhebung wurden folgende **Zielsetzungen** formuliert:

- » quantitative Erhebung (Onlinebefragung) von Konsumprävalenzen hinsichtlich Alkohol und Zigaretten bei schwangeren Frauen, von Einstellungen zu Konsum von Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft, von Erfahrungen rund um diese Thematik im Rahmen der Schwangerenvorsorge
- » qualitative Exploration der Erfahrungen von Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge, wahrgenommener Informationen zu Alkohol- und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft und dessen Folgen und wahrgenommener bzw. in Anspruch genommener formaler Unterstützungsressourcen
- » qualitative Exploration der förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Thematisierung von Alkohol- und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft vonseiten der Schwangeren und des Gesundheitspersonals sowie bei der Information über Auswirkungen auf das Ungebo-rene

2.2 Fragestellungen

Auf Basis der Machbarkeitsstudie (Puhm et al. 2022) wurden verschiedene **Fragestellungen** zu den Themenbereichen Konsumverhalten von Schwangeren, deren Einstellungen zu Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft sowie Screening und Interventionen formuliert. Diese wurden im Laufe der Studie geringfügig um die Einstellungen des Gesundheitspersonals erweitert (siehe Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1:
Fragestellungen

A	Konsumverhalten während der Schwangerschaft und soziodemografische Einflussfaktoren
A1	Wie viele Frauen rauchen oder konsumieren Alkohol während der Schwangerschaft (Konsumprävalenz)?
A2	In welchem Ausmaß rauchen Frauen oder konsumieren Alkohol während der Schwangerschaft?
A3	Wie viele Frauen haben während der Schwangerschaft den Konsum von Nikotin/Alkohol reduziert oder beendet?
A4	Welche soziodemografischen Faktoren haben einen Einfluss auf das Konsumverhalten der Frauen während der Schwangerschaft?
B	Einstellungen zu Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft
B1	Welche Einstellungen haben Frauen und Gesundheitspersonal zu Alkohol- und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft?
C	Screening und Intervention
C1	Auf welche Weise wurden schwangere Frauen seitens des Gesundheitspersonals auf das Thema angesprochen?
C2	Welche Unterstützungsangebote haben sie (wenn überhaupt) wahrgenommen bzw. angenommen?
C3	Wie werden diese Unterstützungsangebote bewertet, bzw. was würden sich schwangere Frauen an Unterstützung wünschen?
C4	Fühlen sich schwangere Frauen bezüglich der Thematik gut angesprochen/informiert, und welche Hürden bestehen, um Hilfe anzunehmen?
C5	Welche Einstellungen und Hürden bestehen seitens des Personals dahingehend, mit Schwangeren über Alkohol- und Nikotinkonsum zu sprechen?

Quelle und Darstellung: GÖ FP

2.3 Methodik und Ablauf der Studie

Zur Beantwortung der Fragestellungen (siehe Kapitel 2.2) wurde ein **Methodenmix** gewählt (Methodentriangulation), um einerseits die Nachteile der jeweiligen Methoden zu minimieren und um andererseits den Fokus auf unterschiedliche Aspekte der Thematik richten zu können (Puhm et al. 2022). Die verschiedenen Module – eine Onlinebefragung von Wöchnerinnen, qualitative Interviews mit Schwangeren, Interviews und eine Onlinebefragung mit Gesundheitspersonal – werden in den folgenden Kapiteln näher ausgeführt.

2.3.1 Onlinebefragung von Wöchnerinnen

Um repräsentative Daten zum Konsumverhalten von Frauen während der Schwangerschaft und deren Erfahrungen rund um Alkohol und Zigaretten in der Schwangerschaft zu erhalten, wurde eine Onlinebefragung unter Wöchnerinnen durchgeführt. Diese Methode wurde aufgrund der großen Reichweite bzw. der Stichprobengröße sowie der Anonymität gewählt.

Erhebungsinstrument war ein Fragebogen (siehe Kapitel 7.1.1), dessen Basis im Rahmen einer Vorerhebung (Puhm et al. 2022) skizziert und im Zuge der gegenständlichen Studie weiterentwickelt und kognitiven Pretests unterzogen wurde. Zusätzlich wurde eine Kurzversion des Fragebogens mit wenigen ausgewählten Fragen zum Konsumverhalten sowie soziodemografischen Angaben (siehe Kapitel 7.1.2) erstellt. Die Kurzversion wurde zusätzlich ins Englische, Türkische und Polnische übersetzt¹. Ihre Verwendung und Übersetzung in mehrere Sprachen hatte die Erhöhung der Stichprobengröße und der Reichweite bei schwer erreichbaren Zielgruppen zum Zweck. Die Fragebögen wurden im Onlineumfragetool LimeSurvey programmiert. Um alle datenschutzrechtlichen Richtlinien einzuhalten, wurden zu Beginn des Online-Fragebogens die Teilnehmerinnen um ihre Zustimmung gebeten. Falls diese nicht zustimmten, war eine Beantwortung der Fragen nicht möglich und der Fragebogen nicht geöffnet.

Die **kognitiven Pretests** ermöglichten die Überprüfung und Verbesserung des Fragebogens in Bezug auf dessen inhaltliche Verständlichkeit sowie auf die Möglichkeit, ihn korrekt auszufüllen (z. B. sind Ausweichkategorien vorhanden). Dies war insbesondere von Bedeutung, als sensible Themen im Fragebogen angesprochen werden und manche Fragebogenitems speziell für die vorliegende Studie entwickelt wurden. Zusätzlich konnte während der kognitiven Pretests auch Feedback in Bezug auf die Einladungen für die Onlinebefragung sowie für die geplanten qualitativen Interviews eingeholt werden. Dazu fanden im Mai 2022 Interviews mit sechs in Österreich lebenden Frauen statt, die sich im letzten Schwangerschaftsdrittel befanden oder in den letzten sechs Monaten ein

¹

Die Auswahl der Sprachen erfolgte zum einen aufgrund pragmatischer Überlegungen (Kosten-Nutzen-Relation und Programmierbarkeit / kyrillische Schrift) und orientiert sich zum anderen an den Sprachen des Infomaterials der Auftraggeber.

Kind geboren hatten. Die Teilnehmenden ähnelten somit der Zielgruppe für die Onlinebefragung. Besonderes Augenmerk wurde darauf gerichtet, auch Frauen mit einem vergleichsweise niedrigeren Bildungsniveau (maximal Lehr-/BMS-Abschluss) einzubeziehen. Unter den Teilnehmerinnen waren auch täglich Rauchende. Die Rekrutierung erfolgte über die Frühen Hilfen, durch Bekanntmachung in Geburtsvorbereitungskursen sowie über persönliche Netzwerke der GÖG-Belegschaft bzw. der Teilnehmerinnen (Schneeballprinzip). Die Teilnehmer:innen erhielten eine Aufwandsentschädigung in Form von Einkaufsgutscheinen (in der Höhe von jeweils 20 Euro). Interessierte Frauen meldeten sich via Anmeldelink für eine Teilnahme an. Aufgrund der COVID-19-Krise und der besonderen Vulnerabilität der Zielgruppe wurden die Interviews ausschließlich virtuell durchgeführt.

Während der Pretests füllten die Teilnehmerinnen den Onlinefragebogen auf ihrem eigenen Computer oder Handy aus und tauschten sich währenddessen mit einer Projektmitarbeiterin aus. Die Teilnehmerinnen wurden gebeten, spontan Anmerkungen zum Fragebogen zu machen (z. B. bei Unklarheiten oder Verbesserungsvorschlägen). Zusätzlich stellte die Projektmitarbeiterin gezielt Fragen anhand eines zuvor vorbereiteten Leitfadens (z. B. zur Verständlichkeit komplexer Items im Fragebogen). Den teilnehmenden Frauen war bewusst, dass es sich um einen Probedurchlauf handelte und dass ausschließlich ihr Feedback zum Fragebogen (nicht aber ihre Angaben innerhalb des Fragebogens) für das Projektteam von Interesse war.

Die Ergebnisse aus den Pretests führten zu einigen Anpassungen in der Einladungs-E-Mail sowie im Fragebogen. So wurde bspw. deutlich, dass Absender und Betreff der E-Mail ausschlaggebend dafür sein können, ob die Einladungs-E-Mail geöffnet oder ungelesen gelöscht wird. Diese Aspekte wurden daher überarbeitet. Innerhalb des Fragebogens wurden unklare Konzepte identifiziert (z. B. ob der Beginn der Schwangerschaft ab der ersten Schwangerschaftswoche oder erst ab Bekanntwerden der Schwangerschaft berücksichtigt werden soll). Folglich wurden Begriffe präzisiert und manche Items gänzlich neu formuliert. Wo möglich, wurden Überarbeitungen in den späteren Pretests einer erneuten Überprüfung unterzogen.

Die **Aussendung des Befragungslinks** sowie der Erinnerungen erfolgte in drei Tranchen zwischen Oktober 2022 und März 2023. Der Teilnahmelink wurde an alle Frauen mit einem errechneten Geburtstermin zwischen 1. 7. 2022 und 9. 1. 2023 sowie einer Entbindung in einem der Krankenhäuser des Wiener Gesundheitsverbunds (WiGev) über die bei der Geburtsanmeldung hinterlegte E-Mail-Adresse datenschutzkonform über den WiGev² versandt. 60 Prozent der Frauen erhielten zufallsbasiert die Langversion des Erhebungsinstruments und 40 Prozent der Frauen die Kurzversion. Nach jeder Aussendungswelle wurde eine Erinnerungsmail versandt, der detaillierte zeitliche Ablauf der Aussendung und der Rücklauf sind Tabelle 2.2 zu entnehmen.

2

Ausschlaggebend für den Einschluss in die Stichprobe war der bei der Anmeldung zur Geburt angegebene errechnete, nicht der tatsächliche Geburtstermin. Von dem Versand ausgeschlossen wurden alle Frauen, deren Babys verstorben waren (Prüfung durch die MA 01).

Tabelle 2.2:

Zeitlicher Ablauf und Rücklauf der Onlinebefragung

	Aussendung	Erinnerung	Entbindungszeitraum	zugestellte Fragebögen* N	Rücklauf N / %
Tranche 1	3. 10. 2022	13. 10. 2022	1. 7. 2022 – 29. 9. 2022	2014	466 / 23,14 %
Tranche 2	13. 11. 2022	2. 12. 2022	30. 9. 2022 – 7. 11. 2022	762	198 / 25,98 %
Tranche 3	15. 1. 2023	1. 3. 2023	8. 11. 2022 – 9. 1. 2023	1001	224 / 22,38 %
gesamt				3.777	888 / 23,51 %

*umfasst die Aussendung abzüglich der als unzustellbar retournierten Aussendungen

Quelle: GÖ FP

2.3.2 Qualitative Interviews mit Schwangeren

Leitfadengestützte qualitative Interviews mit Schwangeren ermöglichten eine Vertiefung der Erfahrungen von Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Die **Zielgruppe** waren Frauen im letzten Trimester, die ihre Schwangerenvorsorge in Wien durchführten.

Der **Interviewleitfaden** wurde auf Basis der Recherchen der Studienskizze (Puhm et al. 2022) entwickelt (siehe Kapitel 7.1.3) und um jene Themenbereiche ergänzt, die sich in den kognitiven Pretests als relevant erwiesen hatten wie z. B. das Thema Passivrauchen. Die Themenfelder des Interviewleitfadens umfassten die Erfahrungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge mit Fokus auf die Thematisierung des Alkohol- und Nikotinkonsums durch das Gesundheitspersonal, die vermittelten Informationen zu den Auswirkungen des Konsums, die Empfehlungen und Unterstützungsmöglichkeiten.

Die **Rekrutierung** der Teilnehmerinnen erfolgte über verschiedene Verteiler und (persönliche) Netzwerke des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele sowie der Gesundheit Österreich GmbH und richtete sich primär an mit der Zielgruppe befasste Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie z. B. Hebammen. Zudem erfolgte die Bewerbung, welche sowohl an Multiplikatorinnen als auch die gesuchte Zielgruppe adressiert war, über verschiedene Social-Media-Kanäle wie Facebook, Twitter, WhatsApp.

Termine für die Interviews konnten direkt über ein Onlinebuchungstool (QR-Code auf der Aussendung) oder per E-Mail gebucht werden. Die Teilnehmer:innen erhielten als Teilnahmeanreiz eine Aufwandsentschädigung in Form von Einkaufsgutscheinen (in der Höhe von jeweils 10 Euro). Im Zeitraum von 1. 9. 2022 bis 24. 2. 2023 fanden 32 qualitative Interviews – überwiegend online – statt.

2.3.3 Onlinebefragung, Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal

Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal

Teilnehmer:innen an den Fokusgruppen waren ein Gynäkologe sowie Hebammen. Die **Themenfelder der Fokusgruppen** (Leitfaden siehe Kapitel 7.1.4) orientierten sich an den Fragestellungen (siehe Tabelle 2.1) zu Vorgehensweisen bezüglich der Themen Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaftsvorsorge und entsprechenden Herausforderungen im Arbeitsalltag. Um Erkenntnisse aus den Interviews mit Schwangeren zu berücksichtigen, fanden die Fokusgruppen/Interviews zu einem späteren Zeitpunkt im Projektverlauf statt.

Die **Bewerbung bzw. Rekrutierung** der Expertinnen und Experten erfolgte über die Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (ÖGGG), die Ärztekammer für Wien, das Hebammenzentrum Wien und das Hebammengremium sowie weitere Verteiler. Persönliche Rekrutierung erfolgte zudem über Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats „Rauch- und Alkoholkonsum rund um die Schwangerschaft“ des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele.

Es wurden fünf Termine für Fokusgruppen zur Auswahl gestellt. Da in einigen Fällen zeitliche Probleme als Hürde für die Teilnahme an Fokusgruppen zu vorgegebenen Zeiten genannt wurden, wurde zusätzlich das Angebot zu flexiblen Interviewterminen geschaffen. Die Anmeldung zu den Fokusgruppen bzw. die Vereinbarungen von Interviewterminen war direkt über ein Onlinebuchungstool (QR-Code auf der Aussendung) oder per E-Mail möglich. Die Fokusgruppe bzw. die Interviews mit insgesamt elf Teilnehmenden (zehn Hebammen und einem Gynäkologen) fanden zwischen November 2022 und Jänner 2023 statt.

Onlinebefragung für Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen

Da trotz intensiver Bewerbung der Fokusgruppe die angestrebte Anzahl an Gesundheitspersonal nicht erreicht werden konnte und die Erfüllung des Ziels bis zum Projektende nicht absehbar war, wurde für diese Berufsgruppen ergänzend eine Onlineerhebung durchgeführt.

Die **Themenfelder der Onlinebefragung** (Fragebogen siehe Kapitel 7.1.5) für Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen umfassten das Screening des Konsumverhaltens schwangerer Patientinnen, Informationen zu Auswirkungen des Konsums während der Schwangerschaft, Konsumempfehlungen und mögliche Barrieren im Kontext dieser Thematik. Der Fragebogen wurde mit den Auftraggebern abgestimmt und um die Rückmeldungen des wissenschaftlichen Beirats „Rauch- und Alkoholkonsum rund um die Schwangerschaft“ des Büros für Frauengesundheit und Gesundheitsziele ergänzt.

Die Befragung erfolgte über das Onlinebefragungstool LimeSurvey. Die **Aussendung** der Einladung inkl. Teilnahmelink erfolgte durch die Ärztekammer für Wien an alle Fachärztinnen und -ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (N = 530), das Hebammengremium, das Hebammenzentrum

Wien und über private Verteiler. Der Aussendung im Februar 2023 folgte eine Erinnerung nach ca. zwei Wochen.

In der Auswertung wurden nur vollständig ausgefüllte und bereinigte Fragebögen berücksichtigt, und zwar 122 seitens der Gynäkologinnen/Gynäkologen (Rücklauf: 23 %) und 87 seitens der Hebammen³.

3

Die Verteilung der Einladung für Hebammen erfolgte über verschiedene Verteiler mit einer unbekannten Anzahl an Adressatinnen und Adressaten, daher konnte kein Rücklauf bestimmt werden.

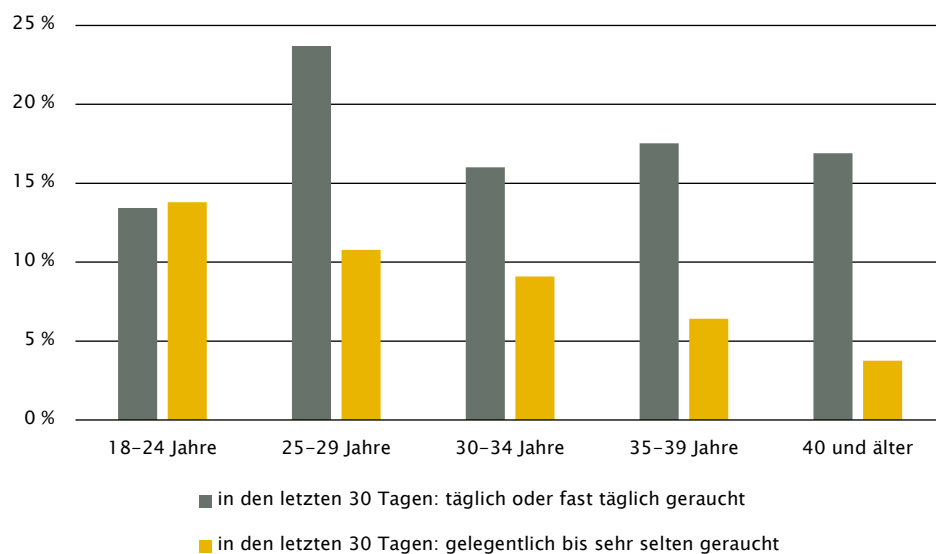
3 Kontextanalyse und theoretischer Hintergrund

3.1 Konsumverhalten von Frauen in Österreich

Rezente Daten zum Alkohol- und Nikotinkonsum von Frauen und zu Einstellungen gegenüber dem Konsum während der Schwangerschaft liefert die von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) 2020 durchgeführte Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (GPS) (Strizek et al. 2021).

23 Prozent der befragten Frauen gaben dort an, im letzten Monat geraucht zu haben. Die meisten täglichen oder fast täglichen Raucherinnen finden sich unter den 25- bis 29-Jährigen, bei den 18- bis 24-Jährigen ist der Anteil der gelegentlichen Raucherinnen am höchsten (siehe Abbildung 3.1).

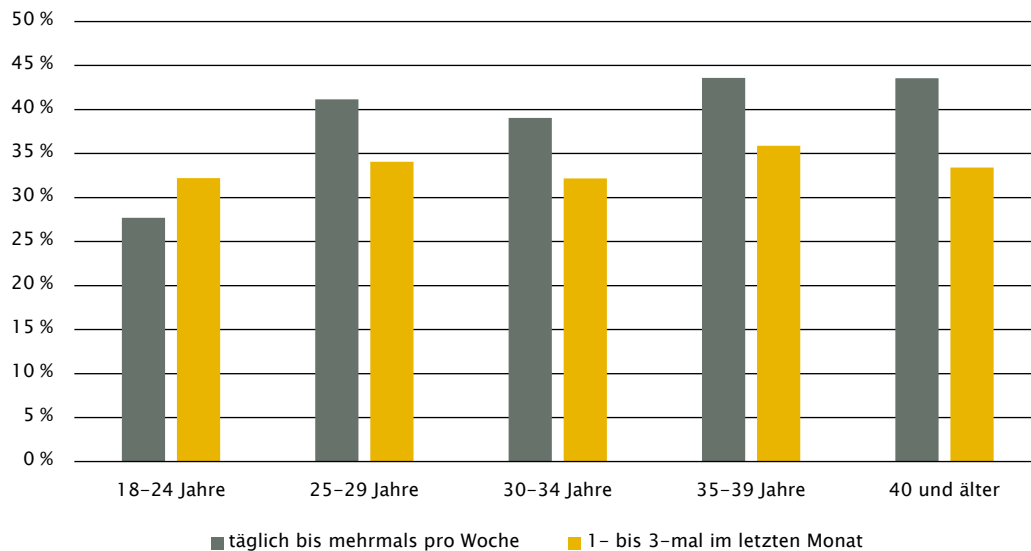
Abbildung 3.1:
Prävalenz des Zigarettenkonsums bei Frauen nach Alter



Quelle: GÖ FP, GPS, Zusatzauswertung

74 Prozent der erwachsenen Frauen gaben an, im letzten Monat zumindest einmal Alkohol getrunken zu haben. Bei Alkohol zeigt sich in der Altersgruppe der 35- bis 39-Jährigen der höchste Anteil sowohl der täglichen bzw. fast täglichen Konsumentinnen als auch der gelegentlichen (ein- bis dreimal pro Monat) Konsumentinnen (siehe Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:
Alkoholkonsum von Frauen nach Alter



Quelle: GÖ FP, GPS, Zusatzauswertung

Über alle Altersgruppen hinweg ist der Anteil der Frauen, die Alkohol trinken (sowohl gelegentlich als auch täglich / fast täglich) höher als der Anteil der Frauen, die rauchen (sowohl gelegentlich als auch täglich / fast täglich).

3.2 Alkohol und Rauchen als Themen in der Schwangerenvorsorge

Mutter-Kind-Pass

Der Mutter-Kind-Pass (MKP) dient der Vorsorge von Schwangeren, Säuglingen und Kleinkindern bis zum fünften Lebensjahr. Es sind dort verschiedene Untersuchungen der Schwangeren bzw. des Kindes vorgesehen, die Durchführung bestimmter Untersuchungen ist für die Auszahlung des Kinderbetreuungsgeldes in voller Höhe erforderlich⁴.

Der MKP wird von der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen nach Feststellung der Schwangerschaft ausgestellt. Eine erste gynäkologische Untersuchung ist bis zum Ende der 16. Schwangerschafts-

4

<https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/mutter-kind-pass/mutter-kind-pass-untersuchungen.html> [Zugriff: 19. 12. 2022]

woche (SSW) vorgesehen und beinhaltet eine ausführliche Anamnese und die Erhebung allgemeiner Befunde. Unter dem Punkt „Anamnese und allgemeine Befunde“ werden im MKP auch der **Alkohol- und Nikotinkonsum** (ja/nein) während der Schwangerschaft bzw. der Rauchstatus vor der Schwangerschaft (ja/nein) erhoben. Wird ein Konsum bejaht, sind die entsprechenden Mengen in einem Freifeld anzugeben. Ebenfalls anzukreuzen ist, ob über die Folgen von Rauchen und Alkohol aufgeklärt wurde (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Der MKP umfasst eine optionale **Hebammenberatung** zwischen der 18. und der 22. SSW. Dieser Termin beinhaltet Themen wie Ernährung, Bewegung und Informationen zu gesundheitsförderndem Verhalten⁵.

2020 haben österreichweit 38 Prozent der Schwangeren diese Hebammenberatung in Anspruch genommen. Zum Zeitpunkt des Beratungsgesprächs haben 2,5 Prozent der Frauen nach eigenen Angaben geraucht, 4,6 Prozent der Frauen selten und 0,1 Prozent der Frauen regelmäßig Alkohol getrunken. Vor der Schwangerschaft hatten 15 Prozent der Frauen geraucht, d. h. 83 Prozent hatten das Rauchen bis zum Zeitpunkt des Beratungsgesprächs beendet⁶. Die im Vergleich zu Konsumstudien (siehe Kapitel 3.1) verhältnismäßig geringe Prävalenz von Rauchen vor der Schwangerschaft wird mit sozial erwünschten Angaben und/oder mit dem höheren Gesundheitsbewusstsein jener Frauen erklärt, die ein Hebammengespräch in Anspruch nehmen (Link 2022).

Leitfäden für Gesundheitspersonal

Das Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele hat zwei **Leitfäden für Gesundheitspersonal** für die (medizinische) Beratung schwangerer Frauen beim Alkohol- und Rauchverzicht erstellt (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele 2019a; Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele 2019b). Diese Leitfäden enthalten u. a. Informationen zur Gesprächsführung, hilfreiche Fragen und einen Gesprächsleitfaden.

Das Österreichische Hebammengremium empfiehlt in seinen **Leitlinien zur Betreuung gesunder schwangerer Frauen** nicht nur bereits schwangeren Frauen, sondern auch jenen, die eine Schwangerschaft planen, gänzlich auf Alkohol zu verzichten, und schwangeren Frauen, nicht zu rauchen (Österreichisches Hebammengremium 2019). Zudem enthalten die Leitlinien Empfehlungen in Bezug auf die Aufklärung der Frauen über die Risiken eines Alkohol- und Nikotinkonsums für die Entwicklung des Ungeborenen und in puncto Rauchen zusätzlich auch die Informationen über die Möglichkeiten der Unterstützung bzw. den Verweis an entsprechende Stellen.

5

<https://www.hebammen.at/eltern/schwangerschaft/hebammenberatung/> [Zugriff am 19. 12. 2022]

6

Im Protokoll wird das Rauchverhalten vor der Schwangerschaft und zum Beratungszeitpunkt erfasst (ja/nein), bei Alkohol nur das aktuelle Konsumverhalten (nie/selten/regelmäßig).

Weitere **Empfehlungen für Gesundheitspersonal** wurden durch das „Rauchfrei Telefon“ erstellt, um jenem das Ansprechen des Rauchens in der Schwangerschaft zu erleichtern (Rauchfrei Telefon).

Informationsmaterial für schwangere Frauen

Werdende bzw. junge Eltern in Wien erhalten kostenlos gegen Vorlage des MKP in den Familienzentren der Kinder- und Jugendhilfe (MA 11) oder nach der Geburt in einigen Geburtskliniken einen Wickelrucksack⁷. Dieser enthält u. a. eine Mappe mit Informationsmaterial zu unterschiedlichen (gesundheitsrelevanten) Themen.

Informationen über Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft erhalten Schwangere in der vom Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele herausgegebenen Broschüre „Eine Auszeit für Ihr Baby“ (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele 2021), die von Gynäkologinnen und Gynäkologen mitunter dem MKP beigelegt wird.

Weitere Informationsmaterialien bietet z. B. eine ÖGK-Broschüre (Österreichische Gesundheitskasse 2020).

3.3 Formelle Unterstützungsangebote: Zugang zu Versorgungsangeboten

Neben Beratungs- und Behandlungsangeboten, die allen Betroffenen mit einem Änderungswunsch zur Verfügung stehen, haben rauchende Schwangere zudem die Möglichkeit, verschiedene zielgruppenspezifische Angebote wie Onlinevorträge oder Onlinekurse⁸ in Anspruch zu nehmen.

Der **Zugang zu Versorgungsangeboten** ist durch das Zusammenspiel zwischen (1) der Nachfrageseite, d. h. den Charakteristika der Personen mit Versorgungsbedarf sowie deren sozialer und räumlicher Umgebung, und (2) der Angebotsseite, d. h. den Charakteristika des Versorgungssystems, bestimmt.

Das Konzept von Levesque et al. (2013) unterscheidet fünf Zugangspunkte bzw. Dimensionen des Zugangs zu Gesundheitsangeboten:

1. Wahrnehmung und Akzeptanz eines Versorgungsbedarfs
2. Suchen nach Versorgungsangeboten
3. Erreichen von Versorgungsangeboten

7

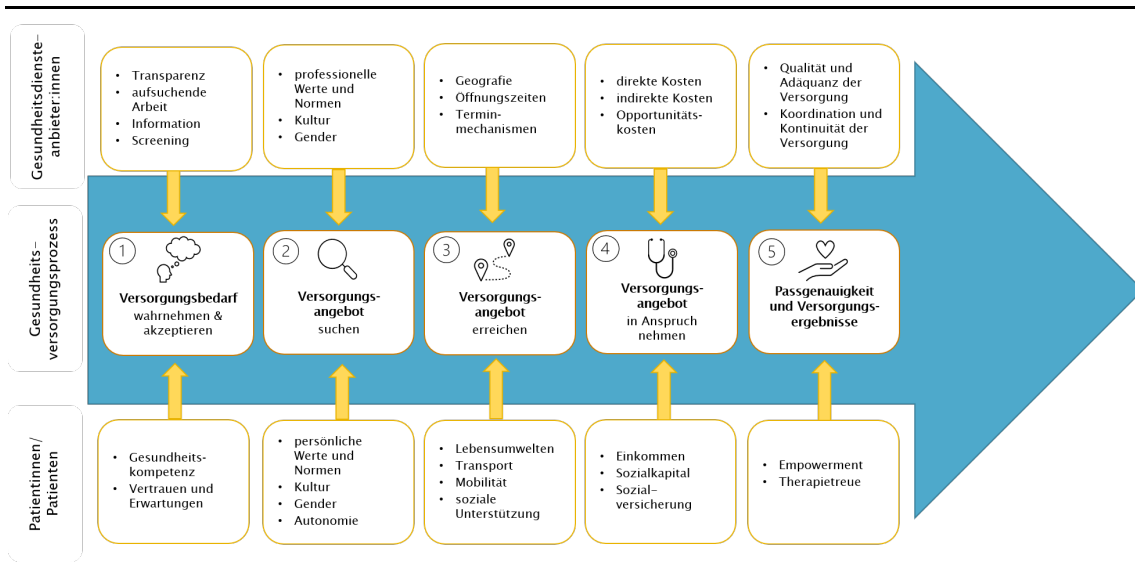
<https://www.wien.gv.at/menschen/kind-familie/baby/wickelrucksack.html> [Zugriff: 19. 12. 2022]

8

https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.885606&portal=oegkportal#ac_droplink_19054384 [Zugriff: 7. 3. 2023]

4. Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten
5. Passgenauigkeit suchtspezifischer Versorgungsangebote

Abbildung 3.3:
Versorgungsbarrieren nach dem Modell von Levesque



Quelle: übersetzt nach Levesque et al. (2013)

3.4 Ergebnisse rezenter Studien

Im Rahmen der Konzepterstellung (Puhm et al. 2022) wurden bereits Ergebnisse internationaler Studien dargestellt, die im Folgenden unsystematisch um weitere Lernerfahrungen aus aktuellen Studien ergänzt werden und für die Kontextualisierung der Ergebnisse der vorliegenden Studie wichtig sind.

Ausgewählte rezente Studien weisen eine vergleichbare **methodische Herangehensweise** wie die vorliegende Studie auf, nämlich einen Methodenmix aus qualitativer und quantitativer Datengewinnung (Ujhelyi Gomez et al. 2022), um unterschiedliche Blickwinkel auf diese vielschichtige Thematik zu erhalten. Zudem zeigten sich vergleichbare **methodische Herausforderungen**, etwa die schwere Erreichbarkeit von Ärztinnen/Ärzten bzw. Gynäkologinnen/Gynäkologen für die Teilnahme sowohl an Studien als auch an Schulungsangeboten (Okulicz-Kozaryn 2022).

Maßnahmen zur Verhinderung fetaler Alkoholspektrumstörungen (FASD) sollten nicht nur schwangere Frauen, sondern auch Frauen im gebärfähigen Alter mit einer fehlenden oder unsicheren Verhütung als **Zielgruppe** haben. Zur Vermeidung gesundheitlicher Beeinträchtigungen kann es auch ein Ziel sein, die Verhütung zu verbessern (Segura 2022). Eine irische Studie hat in Kooperation mit Schwangeren eine Intervention entwickelt und geplant, deren Fokus nicht darauf lag, Frauen zu erklären „was sie tun sollen“, sondern darauf, die Grundlage für die Formulierung der Konsumempfehlungen zu erklären (Rose 2022).

Einige Studien erfassen mögliche **Barrieren des Gesundheitspersonals** im Umgang mit dieser Thematik in der Schwangerenvorsorge. Bestimmte Einstellungen (z. B. Frauen wüssten ohnehin Bescheid, das Thema stelle in der betreuten Klientel kein oder nur ein geringes Problem dar), konkurrierende Prioritäten (gesundheitsrelevante Themen wie z. B. Ernährung), (zeitliche) Ressourcen, fehlende Screeningtools, Skills und Ressourcen für das Gespräch, Bedenken bezüglich einer Belastung der Schwangeren bzw. der Betreuer:innen-Klientinnen-Beziehung (Dozet et al. 2021; France et al. 2010) konnten als zentrale Hürden identifiziert werden.

Bei themenspezifischen **Schulungen von Gesundheitspersonal** haben sich bei Trainings zum einen eine interdisziplinäre Zusammensetzung der Teilnehmenden wegen des Wissensaustauschs und der Vernetzung sowie zum anderen die Vermittlung von Techniken des Motivational Interviewing anstelle eines vorgeetzten Gesprächsleitfadens als wesentliche Erfolgsfaktoren bewährt (Segura 2022).

Ujhelyi Gomez et al.: Alcohol use during pregnancy and motherhood: Attitudes and experiences of pregnant women, mothers, and healthcare professionals

Mittels einer Fokusgruppe und Interviews mit insgesamt 21 Schwangeren, Müttern und Gesundheitspersonal (Hebammen und Allgemeinmedizinerinnen/-mediziner) wurden Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf Alkohol und Mutterschaft erhoben.

Die Mehrheit der Frauen sah im Verzicht auf Alkohol während der Schwangerschaft die sicherste Option, andere hielten fest, dass es keine ausreichenden Beweise für die Schäden durch einen geringen Alkoholkonsum gebe. Richtlinien zur Abstinenz wurden von den Frauen zum Teil als stigmatisierend und bevormundend erlebt.

Die von den Interviewpartnerinnen und -partnern genannten **Motive für das Trinken von Alkohol** in der Schwangerschaft unterteilten die Autorinnen folgendermaßen:

- » *Trinken als Copingstrategie* umfasst Motive wie den Umgang mit Stress, Entspannung, Protest gegen eine unerwünschte Schwangerschaft oder aber eine bestehende Abhängigkeit oder Probleme mit der psychischen Gesundheit.
- » *Bewusstsein für die Konsequenzen des Trinkens* wie Unwissenheit über die Schwere möglicher Folgen oder Mangel an Evidenz bzw. unklare Konsumempfehlungen, die konsumierenden Frauen als Rationalisierung dienen
- » *Trinken schafft Normalität*, d. h. Frauen fühlen sich normal und können bisherige Aktivitäten weiterführen.
- » *Soziale Aspekte* umfassen Motive, die gesellschaftlichen Aspekten wie etwa dem Stellenwert von Alkohol in der Gesellschaft geschuldet sind, z. B. dahingehend, dass sich Schwangere bei sozialen Gelegenheiten ausgeschlossen fühlen.
- » *Herausforderung bei der Änderung des Gesundheitsverhaltens*: Von werdenden Müttern wird von Beginn an ein gesundheitsförderndes Verhalten erwartet, was vor allem in der ersten Zeit nach dem Bekanntwerden der Schwangerschaft überwältigend sein kann und es erschwert, bisherige Gewohnheiten wie das Trinken von Alkohol aufzugeben.

Zu den Motiven gegen das Trinken zählen folgende:

- » *negative Auswirkungen* wie die Schädigungen des Fötus, der gesunde Verlauf einer Schwangerschaft sowie die Vermeidung von Schuldgefühlen im Falle einer Schädigung
- » *Persönliche Präferenzen* umfassen Motive wie das Befolgen des ärztlichen Rats, nicht zu trinken, aber auch körperliche Zustände wie Schwangerschaftsübelkeit und Müdigkeit.
- » *Angst vor Stigmatisierung*

FAR-SEAS-Projekt

Im Rahmen des Projekts FAR-SEAS⁹ wurden auf Basis internationaler Empfehlungen und einer Expertenbewertung zentrale Themenbereiche von Empfehlungen identifiziert (Bruguera 2022):

1. organisatorische, strategische und Policy-Maßnahmen zur Verringerung von Alkohol in der Schwangerschaft
2. Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für die Risiken des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft

Kampagnen sollten zum einen partizipativ entwickelt werden, um Stigmatisierung zu vermeiden, und sollten zum anderen auch die Selbstwirksamkeit der Frauen für eigene Verhaltensänderungen stärken, wodurch die Autonomie der Frauen respektiert wird.

3. Screeninginstrumente für Alkohol bzw. psychosoziale Risikofaktoren bei Frauen im gebärfähigen Alter
4. präventive Maßnahmen für Frauen im gebärfähigen Alter mit einem Risiko für alkoholassoziierte Probleme

Kurzinterventionen mit dem Fokus auf die Beurteilung der Veränderungsbereitschaft, Empfehlungen für Strategien zur Beendigung des Konsums und Unterstützung bei der Erarbeitung persönlicher Strategien oder Vermittlung zu formellen Unterstützungsangeboten

5. Behandlungsmaßnahmen für Frauen im gebärfähigen Alter mit dem Risiko alkoholassoziierter Probleme
6. soziale Maßnahmen für Frauen im gebärfähigen Alter mit der Gefahr alkoholassoziierter Probleme
7. Strategien für die Durchführung, das Training und die Evaluation präventiver Maßnahmen

9

<https://far-seas.eu> [Zugriff: 10. 1. 2023]

4 Erhebungsergebnisse

4.1 Onlinebefragung von Wöchnerinnen

Teilnahme an der Onlinebefragung

Mit Stichtag 10. 3. 2023 lagen 443 vollständige Rückmeldungen zum Kurzfragebogen und 445 Rückmeldungen zum Langfragebogen vor. Das entspricht einer Teilnahmerate hinsichtlich der beendeten Umfragen von insgesamt 23,5 Prozent, wobei die Teilnahme am Kurzfragebogen mit 29,3 Prozent erwartungsgemäß über jener des Langfragebogens liegt¹⁰ (siehe auch Kapitel 2.3.1).

Die Kurzversion des Fragebogens wurde in den Sprachen Deutsch, Englisch, Polnisch und Türkisch angeboten. 87,6 Prozent nutzten die deutschsprachige Version, 9,3 Prozent füllten die Erhebung in Englisch, 1,8 Prozent in Türkisch und 1,4 Prozent¹¹ in Polnisch aus. Die Langversion wurde nur in Deutsch angeboten.

Datenaufbereitung

Bereits bei der Erstellung des Erhebungsinstruments wurden mögliche Fehlerquellen bei der Eingabe berücksichtigt: So wurden möglichst viele Auswahlfelder und wenige Eingabefelder zur Vermeidung thematischer Fehleingaben berücksichtigt. Die Fragen wurden als Pflichtfragen programmiert, so dass ein Überspringen einzelner Fragen nicht möglich war. Es gab jedoch stets die Möglichkeit, eine Ausweichkategorie (z. B. „kann ich nicht beurteilen“) auszuwählen.

4.1.1 Teilnehmerinnen

Soziodemografische Daten der Teilnehmer:innen

Die Frauen, die an der Erhebung teilnahmen, sind mehrheitlich der Alterskategorie 25–34 Jahre (60,1 %) zuzurechnen. 6,6 Prozent bzw. 33,2 Prozent der Teilnehmenden waren jünger als 25 Jahre bzw. 25 Jahre oder älter. Der Großteil der Frauen (58,1 %) ist in Österreich geboren, gefolgt von Serbien (5,3 %), Bosnien-Herzegowina (3,8 %) und Deutschland (3,5 %). Knapp die Hälfte der Frauen

¹⁰

Für die Kurzversion liegen 584 Rückmeldungen vor, wobei 84 Frauen der Teilnahme nicht zustimmten und 56 nach wenigen Fragen den Fragebogen schlossen. Für die Langversion liegen 633 Rückmeldungen vor, wobei 98 Frauen einer Teilnahme nicht zustimmten, 89 Erhebungsbögen nicht vollständig ausgefüllt wurden und eine Teilnehmerin zu jung für die Teilnahme an der Erhebung war.

¹¹

Die Prozentwerte sind jeweils gerundet.

(46,1 %) weist keinen Migrationshintergrund auf. 56,3 Prozent der an der Befragung teilnehmenden Frauen gaben an, über einen Hochschulabschluss zu verfügen (siehe Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1:
Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen an der Onlinebefragung

	Gesamt – absolut (n = 888)	Gesamt – in Prozent (n = 888)
Altersklassen (in %)		
< 25 Jahre	59	6,6 %
25–34 Jahre	534	60,1 %
≥ 35 Jahre	295	33,2 %
Geburtsland (in %)		
Österreich	516	58,1 %
Serbien	47	5,3 %
Bosnien und Herzegowina	34	3,8 %
Deutschland	31	3,5 %
anderes Land	247	27,8 %
keine Antwort	13	1,5 %
Migrationshintergrund¹ (in %)		
nein	409	46,1 %
Ja	461	51,9 %
1. Generation	348	39,2 %
2. Generation	113	12,7 %
keine Angabe möglich	18	2,0 %
höchster Bildungsabschluss		
Sekundarstufe I	69	7,8 %
Sekundarstufe II	296	33,3 %
Hochschule	500	56,3 %
keine Antwort	23	2,6 %

¹ Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Diese Definition des Migrationshintergrundes folgt den ‚Recommendations for the 2020 censuses of population and housing‘, Seite 136, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).“ (Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund>)

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Die Teilnehmenden an der Kurz- und jene an der Langversion der Onlineerhebung unterschieden sich voneinander nach den Merkmalsausprägungen Altersklasse, Geburtsland, Migrationshintergrund und höchster Bildungsabschluss nicht statistisch signifikant (siehe Tabelle 7.1 im Anhang).

In der Langversion wurden zusätzlich noch die berufliche Situation der Frau vor dem Mutterschutz, der Wohnbezirk sowie die Lebenssituation (mit Partner:in oder getrennt lebend) erhoben. Knapp 80 Prozent der Teilnehmerinnen waren vor dem Mutterschutz berufstätig, über 90 Prozent lebten mit einem Partner bzw. einer Partnerin in einem gemeinsamen Haushalt. Knapp über ein Drittel der Frauen lebte in einem Wiener Gemeindebezirk mit überdurchschnittlichen Einkommen, etwas

mehr als die Hälfte hingegen in Bezirken mit unterdurchschnittlichen Einkommen, und rund acht Prozent waren nicht in Wien wohnhaft (siehe Tabelle 7.2). Eine detaillierte Darstellung der soziodemografischen Daten des Samples findet sich im Anhang.

Im Jahr 2021 wurden in Wien 19.359 Lebendgeburten dokumentiert, wobei die Mütter ein Durchschnittsalter von 31,7 Jahren aufwiesen.

Vergleicht man die soziodemografische Verteilung in der Studie mit der Statistik der Geburten in Wien im Jahr 2021¹² zeigt sich, dass vor allem Frauen unter 25 Jahren seltener an der Studie teilgenommen haben (6,6 Prozent der Teilnehmerinnen und 12,3 Prozent der Mütter von Lebendgeburten). Für die Konsumprävalenz werden daher adjustierte Werte errechnet. Der Migrationshintergrund der Mutter entspricht den Werten der Lebendgeburten für Wien. Wie in nahezu allen Fragebogenerhebungen zeigt sich eine erhöhte Teilnahmerate von Frauen mit höherem Bildungsabschluss, es nahmen nur acht Prozent Frauen, deren höchster Bildungsabschluss die Sekundarstufe I ist, teil (während gemäß Statistik 25 Prozent der Mütter von Lebendgeburten dieser Kategorie zuzurechnen sind). Für die Konsumprävalenz werden daher adjustierte Werte errechnet.

Da das Wissen um die Schwangerschaft einen Einfluss auf das Konsumverhalten in puncto Zigaretten und Alkohol haben kann, wurde auch das Schwangerschaftsdrittel (Trimester) erfragt, in dem die Frauen von der Schwangerschaft erfahren hatten. 97 Prozent der Teilnehmerinnen erfuhren bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel (SSW 3–14) von der Schwangerschaft. 2,6 Prozent der Frauen gaben an, im 2. Trimester, und vier Frauen (0,5 %) erklärten, im 3. Trimester von der Schwangerschaft erfahren zu haben¹³ (siehe Tabelle 7.4 im Anhang).

Erhoben wurde auch das Stillverhalten der Mütter: 81,8 Prozent der teilnehmenden Frauen gaben an, ihr Kind zu stillen, 17,2 Prozent der Mütter stillten nicht, und ein Prozent tätigte keine Angabe dazu¹⁴ (siehe Tabelle 7.3 im Anhang).

12

Quelle: Statistik Austria: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am 13. 6. 2022 – ab 2015 inklusive im Ausland Geborener von Müttern mit Hauptwohnsitz in Österreich

13

Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Angaben zum Trimester, indem die Frauen von der Schwangerschaft erfahren haben, und den Gruppen, welche die Kurzversion bzw. die Langversion des Onlinefragebogens ausfüllten.

14

Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen den Angaben zum Stillen und dem Ausfüllen der Kurzversion bzw. der Langversion des Onlinefragebogens.

4.1.2 Zigaretten

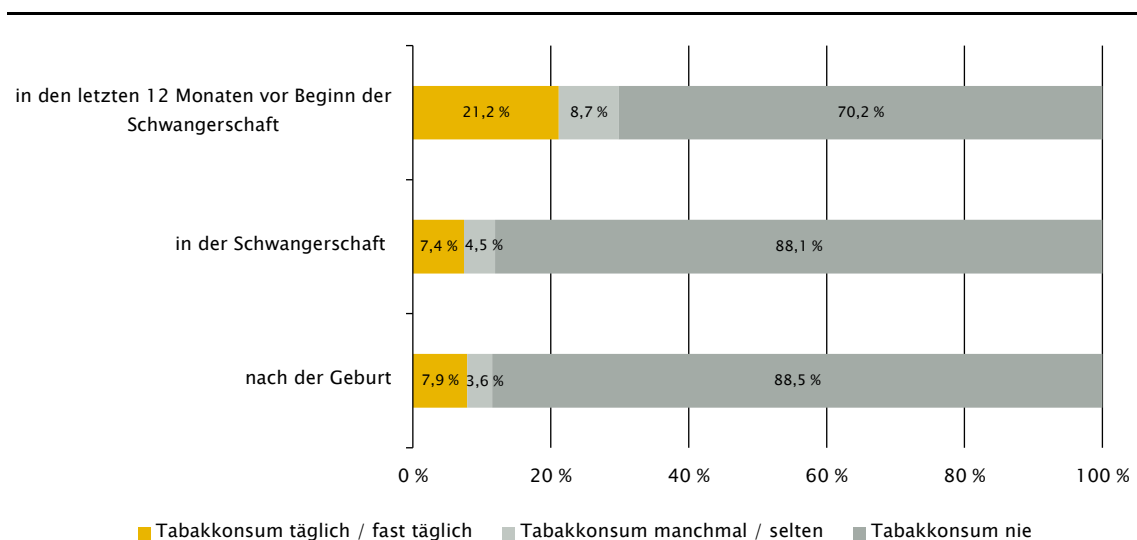
4.1.2.1 Konsumverhalten betreffend Zigaretten

Erhoben wurde der Zigarettenkonsum vor der Schwangerschaft, in der Schwangerschaft (unterteilt nach Trimester¹⁵) sowie nach der Geburt.

Abbildung 4.1 zeigt, dass der selbstangegebene Zigarettenkonsum durch die Schwangerschaft deutlich abnimmt. Bereits im ersten Trimester, nach Kenntnis der Schwangerschaft, zeigt sich eine deutliche Abnahme in der Kategorie der Frauen, die angeben, täglich zu rauchen, umgekehrt ist ein deutlicher Zuwachs in der Kategorie der Frauen, die angeben, nie zu rauchen, zu verzeichnen. In der Tendenz bleibt diese Verteilung auch noch nach der Geburt bestehen (zur Konsumprävalenz nach Trimestern siehe auch Tabelle 7.5 im Anhang).

Abbildung 4.1:

Konsumprävalenz betreffend Tabak/Zigaretten in der Schwangerschaft (in %, n = 888)



manchmal = mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1× pro Monat

Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabak- bzw. Alkoholkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

Quelle: GÖ FP

15

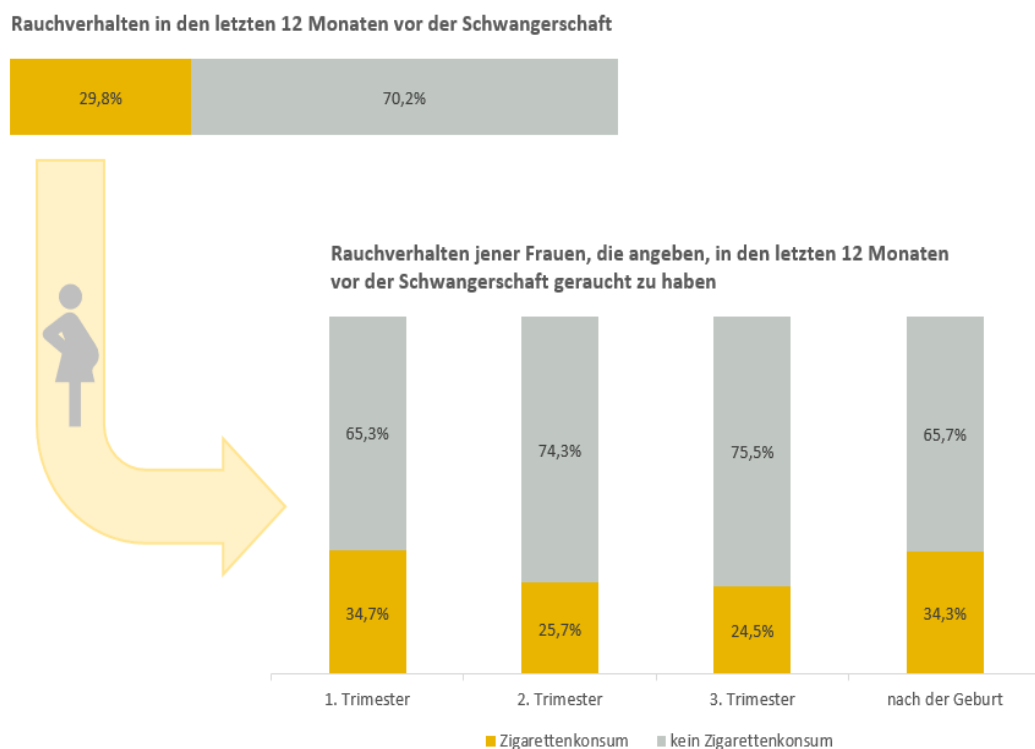
Die Angaben sollten jeweils nur für jenen Zeitraum gemacht werden, nachdem die Frauen von ihrer Schwangerschaft gewusst hatten. Da 97 Prozent der Teilnehmerinnen bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel (SSW 3–14) von der Schwangerschaft erfahren haben, werden die Ergebnisse im Bericht gesamt dargestellt.

Wird die Konsumprävalenz nach dem Bildungsstatus adjustiert, so zeigt sich eine höhere Konsumprävalenz: Demnach rauchen 24,1 Prozent der Frauen vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich sowie 7,4 Prozent manchmal bzw. selten. In der Schwangerschaft (1. Trimester) rauchen 10,4 Prozent der Schwangeren täglich oder fast täglich und 5,8 Prozent manchmal. Nach der Geburt beläuft sich der adjustierte Anteil der täglichen oder fast täglichen Raucherinnen auf 10,9 Prozent, während 3,4 Prozent der Frauen manchmal oder selten rauchen. Die rein altersadjustierten Werte zeigen kaum Abweichungen zu den Werten der Befragung.

4.1.2.2 Veränderung des Rauchverhaltens in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Knapp 30 Prozent der Frauen gaben an, vor der Schwangerschaft geraucht zu haben. Rund zwei Drittel dieser Frauen hatten in der Schwangerschaft zu rauchen aufgehört, während etwa ein Drittel auch in der Schwangerschaft geraucht hatte (siehe Abbildung 4.2 und Tabelle 7.6 im Anhang).

Abbildung 4.2:
Rauchverhalten in der Schwangerschaft



manchmal = mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1× pro Monat

Quelle: GÖ FP

Die genauere Betrachtung zeigt, dass etwa ein Fünftel der Frauen (21,2 %) angab, vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich geraucht zu haben. Mehr als die Hälfte dieser Frauen hatte in der Schwangerschaft zu rauchen aufgehört, ein weiteres Achtel hatte den Zigarettenkonsum reduziert und hatte nur manchmal oder selten in der Schwangerschaft geraucht. Nur etwa ein Drittel der Frauen, die vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich Zigaretten konsumiert hatten, rauchte auch in der Schwangerschaft weiterhin gleich häufig. Rund jede zwölfte Frau (8,7 %) gab an, vor der Schwangerschaft manchmal oder selten geraucht zu haben. Neun von zehn dieser Frauen gaben an, mit dem Rauchen in der Schwangerschaft aufgehört zu haben (siehe Tabelle 7.6 im Anhang).

4.1.2.3 Durchschnittliche Anzahl der Zigaretten

Tabelle 4.2 verdeutlicht den Zigarettenkonsum von Frauen, die angaben, vor der Schwangerschaft täglich / fast täglich geraucht zu rauchen haben und dieses Rauchverhalten auch in der Schwangerschaft beibehalten zu haben. 21,2 Prozent aller teilnehmenden Frauen gaben an, vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich geraucht zu haben, im Durchschnitt wurden dabei 11,7 Zigaretten täglich konsumiert. Der Anteil der Frauen, die in der Schwangerschaft weiterhin täglich oder fast täglich rauchten, war mit zwischen 5,1 und 6,3 Prozent (je nach Trimester) deutlich niedriger. Sie konsumierten durchschnittlich zwischen 7,7 und 8,5 Zigaretten (je nach Trimester). Nach der Geburt stieg die durchschnittliche Konsummenge je Raucherin wieder an.

Tabelle 4.2:

Rauchintensität in der Schwangerschaft: Anzahl der Zigaretten pro Tag bei Frauen, die täglich oder fast täglich rauchen

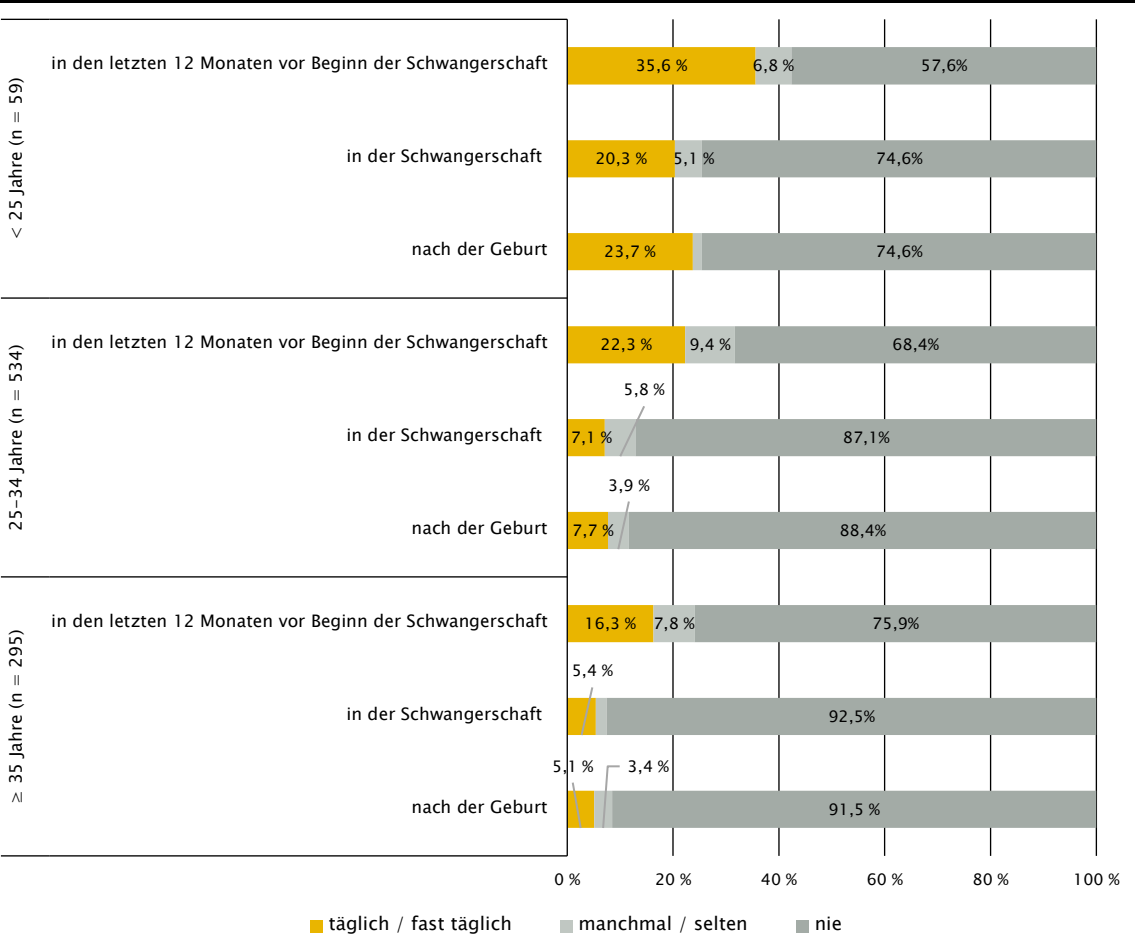
	Raucherinnen der Kategorien täglich / fast täglich				
	in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	1. Trimester	2. Trimester	3. Trimester	nach der Geburt
Mittelwert	11,7	7,7	8,5	8,4	10,8
Anzahl Raucherinnen absolut	188	56	45	47	59
Anteil an allen Teilnehmerinnen (n = 888)	21,2 %	6,3 %	5,1 %	5,3 %	6,6 %

Quelle: GÖ FP

4.1.2.4 Zigarettenkonsum nach Alter

Zwischen der Altersklasse und dem Rauchverhalten besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Pearson's χ^2 Test¹⁶): Sowohl vor der Schwangerschaft als auch in der Schwangerschaft und nach der Geburt ist der Anteil der Frauen, die angeben, täglich oder fast täglich zu rauchen, in der Kategorie der Frauen unter 25 Jahren am höchsten und sinkt über die weiteren Altersklassen hinweg (siehe auch Tabelle 7.8 im Anhang).

Abbildung 4.3:
Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach Alter



Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabakkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

Quelle: GÖ FP

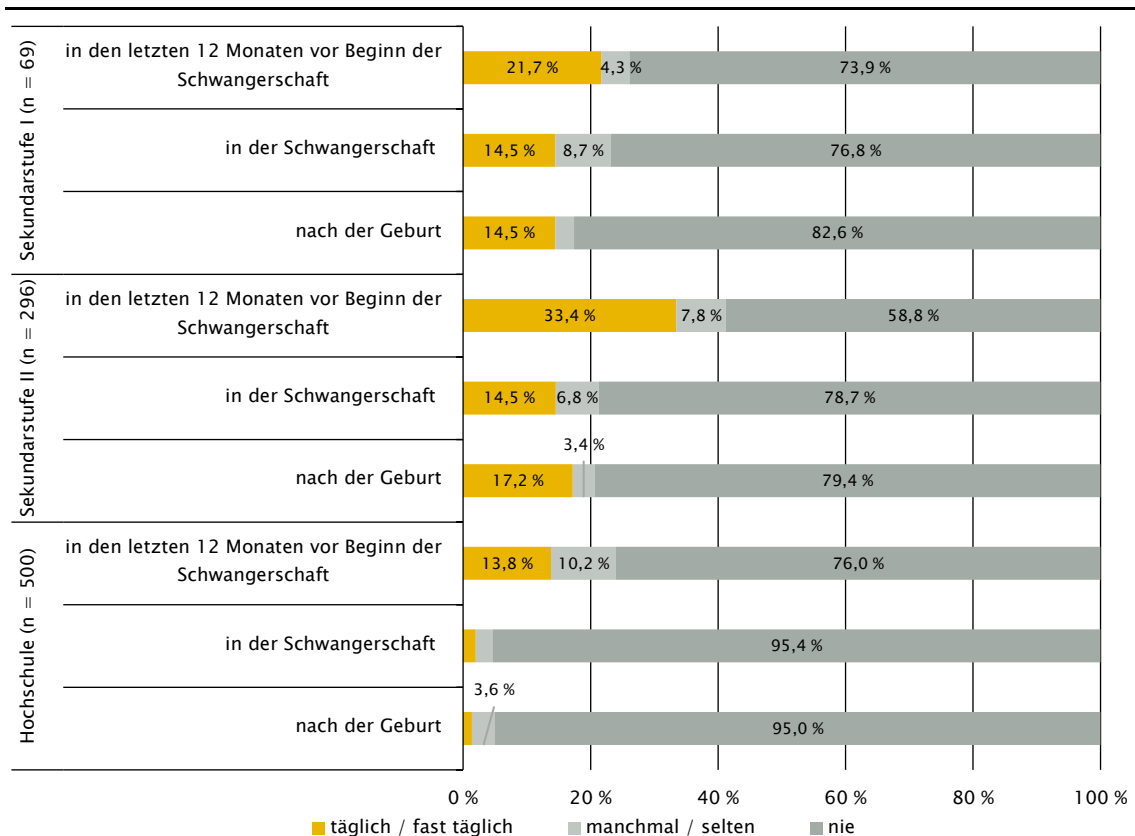
16
Pearson's χ^2 (4) für alle Phasen (vor der Schwangerschaft, 1.–3. Trimester und nach der Geburt) zwischen 13,22 und 24,14 mit $p \leq 0,01$

4.1.2.5 Zigarettenkonsum nach Bildung

Auch zwischen Bildung und Rauchverhalten besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Pearson's χ^2 Test¹⁷): Hier weisen Frauen mit einem Abschluss einer Sekundarstufe als höchstem Bildungsabschluss mit 33,4 Prozent den höchsten Anteil an den täglichen / fast täglichen Raucherinnen vor der Schwangerschaft auf. Während der Anteil jener Frauen, die angeben, täglich / fast täglich zu rauchen, unter Absolventinnen einer Hochschule in der Schwangerschaft und nach der Geburt, sich – ausgehend von einem deutlich niedrigeren Niveau (13,8 %) – auf (unter) zwei Prozent reduziert, ist der Anteil der Frauen mit einem Abschluss einer Sekundarstufe, die in der Schwangerschaft täglich / fast täglich rauchen, mit 14,5 Prozent deutlich höher (siehe auch Tabelle 7.9 im Anhang).

Abbildung 4.4:

Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach Bildungsabschluss



Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabakkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

Quelle: GÖ FP

17

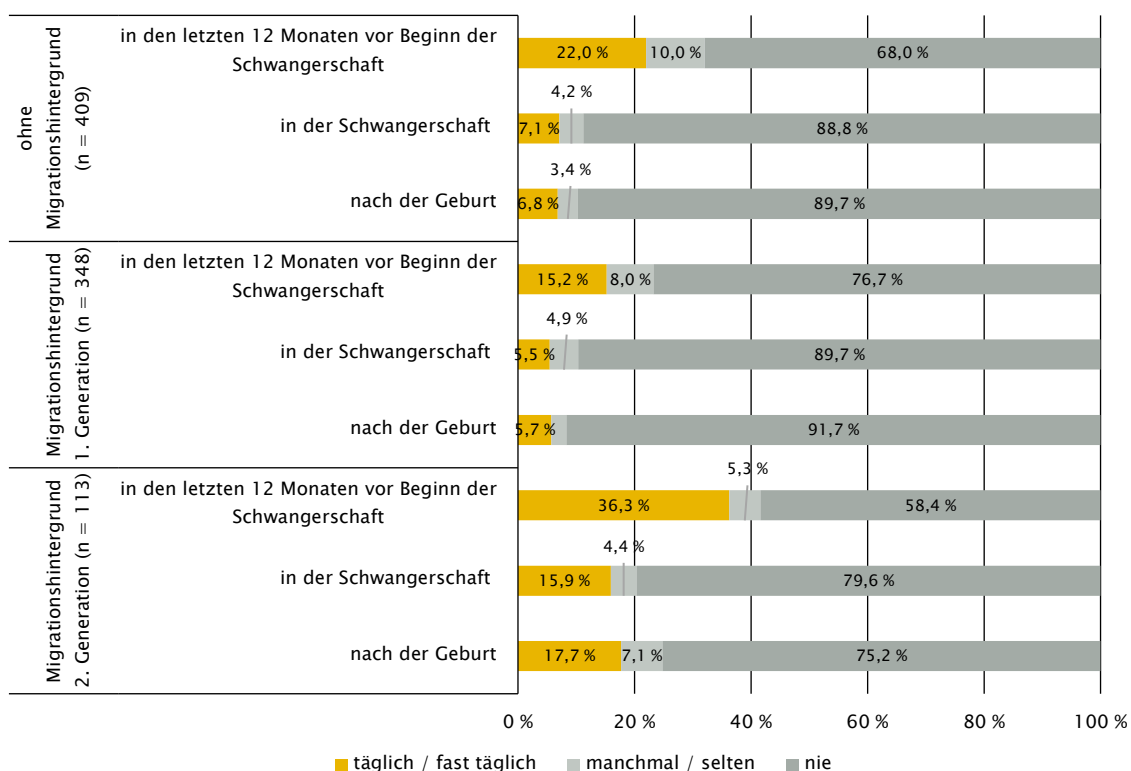
Pearson's χ^2 (6) für alle Phasen (vor der Schwangerschaft, 1.-3. Trimester und nach der Geburt) zwischen 47,26 und 73,44 mit $p < 0,001$

4.1.2.6 Zigarettenkonsum nach Migrationshintergrund

Für das Merkmal Migrationshintergrund (kein Migrationshintergrund / 1. Generation / 2. Generation / keine Angabe) zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Konsumprävalenz. Auffällig ist, dass der Anteil der Frauen, die angeben, täglich / fast täglich zu rauchen, sowohl vor als auch in der Schwangerschaft in der Gruppe der Frauen, die in Österreich geboren, deren beide Eltern jedoch zugewandert sind (Migrationshintergrund 2. Generation) höher als in den anderen Gruppen ist (siehe auch Tabelle 7.10 im Anhang). Bei Frauen mit Migrationshintergrund der 1. Generation (nicht in Österreich geboren) ist der Anteil jener, die vor der Schwangerschaft nicht geraucht haben, im Gruppenvergleich am höchsten. Den Raucherinnen mit Migrationshintergrund der 1. Generation gelingt die Konsumreduktion in der Schwangerschaft weitgehend gut.

Abbildung 4.5:

Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund*



Das Rauchverhalten von Frauen, die hinsichtlich des Migrationshintergrundes nicht klassifizierbar waren (n = 18), wird hier nicht angeführt

*Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Die Definition des Migrationshintergrundes folgt den ‚Recommendations for the 2020 censuses of population and housing‘, Seite 136, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).“ (Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuergierung/migrationshintergrund>)

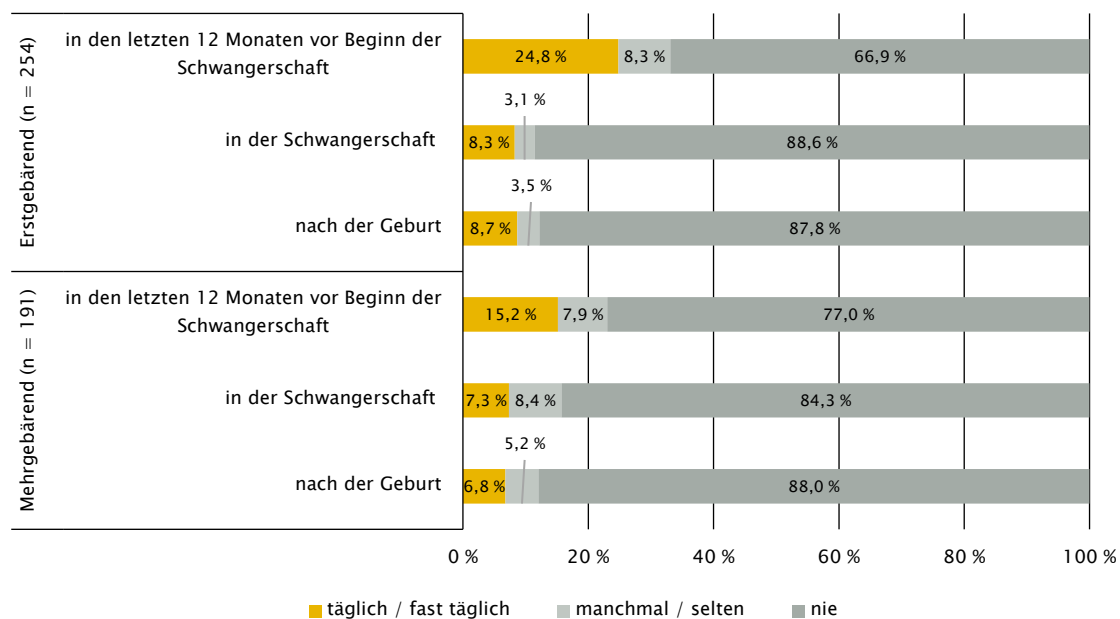
Quelle: GÖ FP

4.1.2.7 Zigarettenkonsum nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

In der Langversion der Erhebung wurden die Frauen um die Angabe ihrer Kinderanzahl ersucht. Diese Angabe wurde als Annäherung dahingehend, ob eine Frau erstgebärend oder mehrgebärend ist, herangezogen, d. h. Frauen, die nur ein Kind haben, wurden der Kategorie erstgebärend zugeordnet, alle anderen näherungsweise der Kategorie mehrgebärend. Dabei zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten vor der Schwangerschaft und den beiden Kategorien (Pearson's $\chi^2(2) = 6,44$, $p = 0,040$), wobei Frauen der Kategorie erstgebärend deutlich häufiger angaben, vor der Schwangerschaft geraucht zu haben. Im Rauchverhalten während der Schwangerschaft und nach der Geburt zeigen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Rauchverhalten und den beiden Gruppen (siehe Abbildung 4.6).

Abbildung 4.6:

Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst- und mehrgebärend*
(in %, n = 445)



* = Annäherung über die Angaben zur Anzahl der Kinder, wobei Frauen, die angaben, nur ein Kind zu haben, der Kategorie „erstgebärend“ zugeordnet wurden, alle anderen der Kategorie „mehrgebärend“.
manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

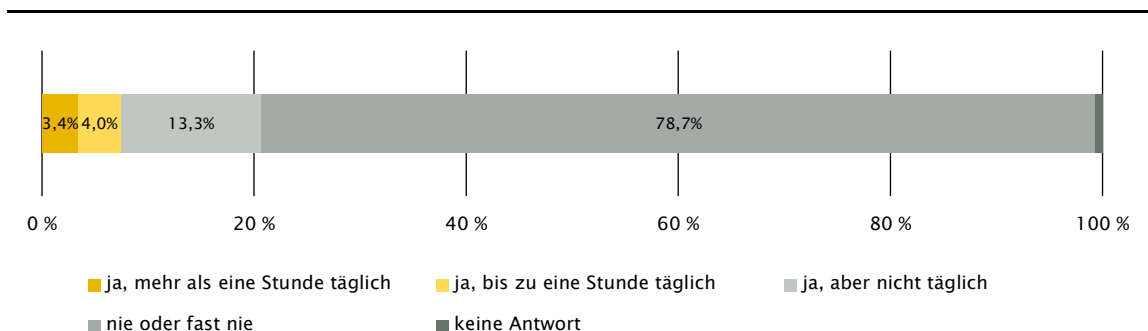
Als Annäherung an den sozioökonomischen Status wurde der Wohnbezirk abgefragt. Entsprechend der Statistik der Stadt Wien über die lohnsteuerpflichtigen Einkommen (Wien.gv.at 2019) wurden die Wohnbezirke in drei Kategorien (Wohnbezirke mit überdurchschnittlichem Einkommen, solche

mit unterdurchschnittlichem Einkommen, außerhalb Wiens) zusammengefasst. Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen dem Rauchen und diesen Kategorien.

4.1.2.8 Passivrauchen

Erhoben wurde weiters, inwiefern die Frauen während ihrer Schwangerschaft Zigarettenrauch durch andere Personen ausgesetzt waren. Über drei Viertel der Frauen gaben an, in der Schwangerschaft nie oder fast nie externem Zigarettenrauch ausgesetzt gewesen zu sein. 7,4 Prozent der Frauen gaben an, täglich externem Zigarettenrauch ausgesetzt gewesen zu sein, 13,3 Prozent waren externem Zigarettenrauch ausgesetzt, jedoch nicht täglich (siehe Abbildung 4.7).

Abbildung 4.7:
Passivrauchen in der Schwangerschaft (n = 445)

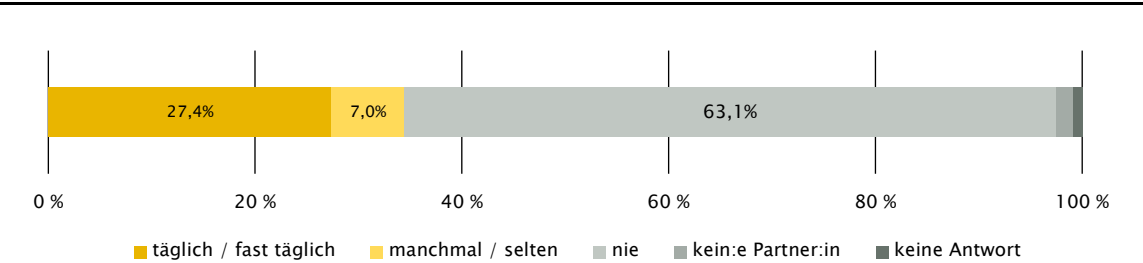


Quelle: GÖ FP

4.1.2.9 Zigarettenkonsum des Partners oder der Partnerin

Die Frauen wurden in der Langversion des Fragebogens ersucht, anzugeben, ob der:die Partner:in während der Zeit der Schwangerschaft Zigaretten geraucht hatte. Aufgrund der Fragestellung ist keine Veränderung des Rauchverhaltens der Partnerin / des Partners ablesbar. Es zeigt sich, dass über ein Viertel der Frauen (27,4 %) angaben, dass ihr:e Partner:in während der Schwangerschaft täglich oder fast täglich geraucht hatte, etwas über 60 Prozent meinten, dass der:die Partner:in in der Schwangerschaft nie geraucht hatte (siehe Abbildung 4.8).

Abbildung 4.8:
Zigarettenkonsum der Partnerin / des Partners (n = 445)



manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

Zwischen dem Rauchverhalten der Schwangeren und jenem ihrer Partnerin / ihres Partners besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Wie aus Tabelle 4.3 ersichtlich, rauchen Frauen, deren Partner:in täglich oder fast täglich in der Schwangerschaft raucht, auch selbst häufiger als Frauen, deren Partner:in manchmal/selten oder nie raucht. Umgekehrt raucht auch ein höherer Anteil der Frauen in der Schwangerschaft nicht, deren Partner nicht raucht (Pearson's $\chi^2(8) = 57,53$, $p < 0,001$).

Tabelle 4.3:
Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft und Zigarettenkonsum der Partnerin / des Partners

Frauen		Partner:in/Zigarettenkonsum			kein:e Partner:in	keine Antwort
		täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie		
in der Schwangerschaft*	täglich / fast täglich	65,7 %	2,9 %	28,6 %	2,9 %	0,0 %
	manchmal/selten	66,7 %	8,3 %	20,8 %	0,0 %	4,2 %
	nie	21,5 %	7,3 %	68,9 %	1,6 %	0,8 %

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = 1. Trimester

Quelle: GÖ FP

Für Frauen, die angegeben hatten, vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich geraucht zu haben, wurden die Angaben zum eigenen Rauchen in der Schwangerschaft (1. Trimester) in Beziehung zu dem Rauchverhalten der Partnerin / des Partners während der Schwangerschaft gesetzt. Hier zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

4.1.2.10 Einstellungen der Frauen zu Nikotinkonsum während der Schwangerschaft

In der Onlinebefragung wurden anhand von fünf Statements die Einstellungen der Frauen zu Nikotinkonsum in der Schwangerschaft abgefragt. Die diesbezüglichen Ergebnisse der Erhebung sind in Tabelle 4.4 abgebildet. Vor allem beim Statement „Gelegentliches Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht.“, antwortete ein, relativ gesehen, hoher Anteil der Frauen (8,5 %), dass sie dies nicht beurteilen könnten. Knapp fünf Prozent stimmten dem Statement, dass gelegentliches Rauchen in der Schwangerschaft nicht schade, zu. Spannend scheint, dass gleichzeitig ein deutlich höherer Anteil dem Statement „Ich weiß Bescheid über die Auswirkungen von Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.“ zustimmte (93 %).

Tabelle 4.4:

Einstellungen von Frauen zu Nikotinkonsum in der Schwangerschaft (in Prozent, n = 445)

	stimme zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Gelegentliches Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht.	4,9 %	86,5 %	8,5 %
Während einer Schwangerschaft sollten Frauen gar nicht rauchen.	94,2 %	2,0 %	3,8 %
Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihr Rauchen ansprechen (z. B. bei Untersuchungen).	93,0 %	2,7 %	4,3 %
Ich weiß Bescheid über die Auswirkungen von Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.	93,0 %	2,5 %	4,5 %
Ich finde es gut, dass Frauen vom Rauchen in der Schwangerschaft abgeraten wird.	97,1 %	1,3 %	1,6 %

„stimme zu“ umfasst die Antwortkategorien „stimme vollkommen zu“ und „stimme eher zu“.

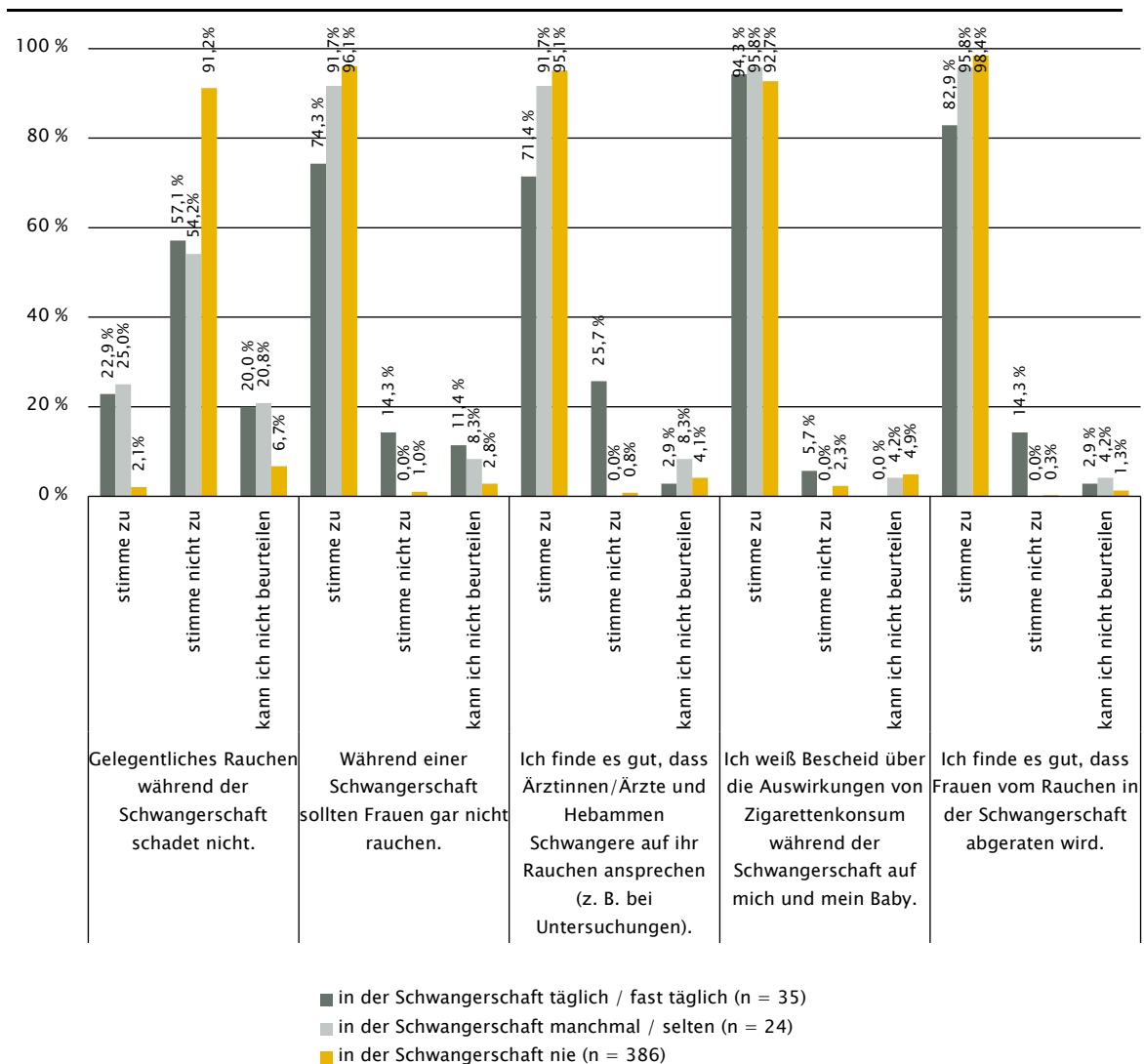
„stimme nicht zu“ umfasst die Antwortkategorien „stimme überhaupt nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“.

Quelle: GÖ FP

Die Betrachtung nach den Subgruppen der Frauen, die in der Schwangerschaft (1. Trimester) nie, manchmal/selten oder fast täglich / täglich rauchen, zeigt deutliche Unterschiede in der Zustimmung zu den einzelnen Statements. Mit knapp einem Viertel stimmt ein deutlich höherer Anteil der Frauen, die in der Schwangerschaft rauchen, dem Statement „Gelegentliches Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht.“ nicht zu, rund 20 Prozent meinen, dies nicht beurteilen zu können. Bei Frauen, die im 1. Trimester angeben, nie geraucht zu haben, sind die Anteile hier mit rund zwei bzw. sieben Prozent deutlich geringer. Bemerkenswert scheint auch, dass ein Viertel der Frauen, die angeben, in der Schwangerschaft täglich oder fast täglich zu rauchen, dem Statement „Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihr Rauchen ansprechen (z. B. bei Untersuchungen)“ nicht zustimmen. Mit Ausnahme des Statements „Ich weiß Bescheid über die Auswirkungen von Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.“, zeigt sich bei den anderen vier Einstellungsabfragen ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Zustimmung zu den Statements und dem Rauchverhalten in der Schwangerschaft (siehe Abbildung 4.9).

Abbildung 4.9:

Einstellungen von Frauen zu Nikotinkonsum in der Schwangerschaft nach eigenem Konsumstatus



Quelle: GÖ FP

4.1.2.11 Screening auf Zigarettenkonsum und Aufklärung

Screening auf Zigarettenkonsum

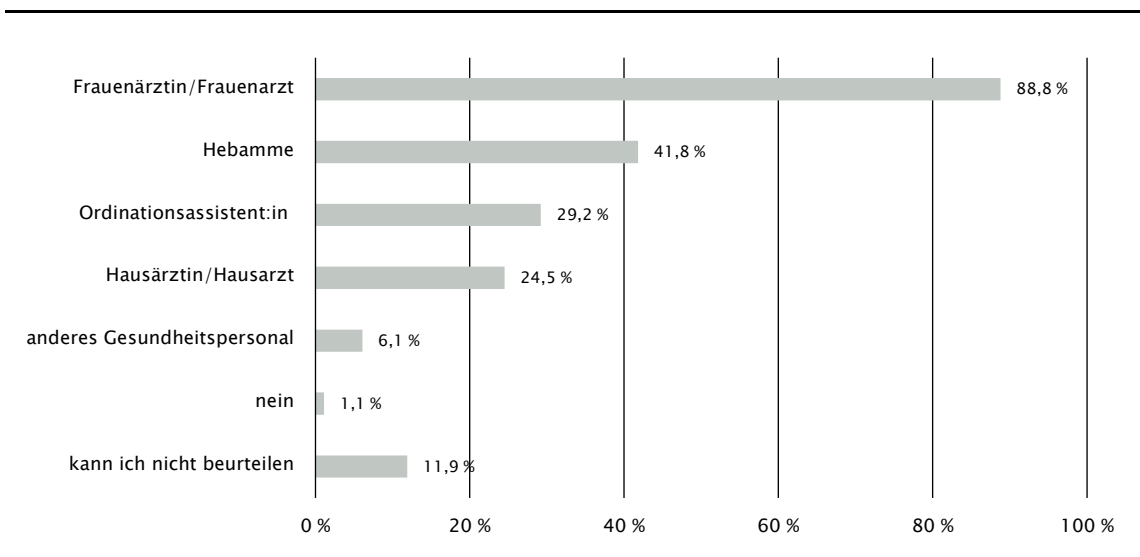
Knapp 90 Prozent der Befragten gaben an, dass sie in der Schwangerschaft von Gesundheitspersonal gefragt worden seien, ob sie rauchen würden. Etwas über zehn Prozent meinten, nicht beurteilen zu können, ob sie dies gefragt worden seien, etwa ein Prozent meinte, dies während der Schwangerschaft nicht gefragt worden zu sein. Die Frauen wurden dabei nahezu durchgängig von

der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt auf ihren Zigarettenkonsum angesprochen. Auch anderem Gesundheitspersonal, allen voran Hebammen, aber auch Ordinationsassistentinnen/-assistenten, der Hausärzteschaft und weiterem Gesundheitspersonal wurde attestiert, in der Schwangerschaft nach dem Rauchen der schwangeren Frau gefragt zu haben (eine Mehrfachauswahl war möglich; siehe Abbildung 4.1).

Es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Konsumverhalten vor/in der Schwangerschaft und dem Screening des Zigarettenkonsums, d. h. Frauen, die rauchten, wurden nicht signifikant öfter nach ihrem Zigarettenkonsum gefragt.

Abbildung 4.10:

Frage nach Konsumverhalten betreffend Nikotin/Zigaretten durch Gesundheitspersonal im Zeitraum der Schwangerschaft (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445)



Quelle: GÖ FP

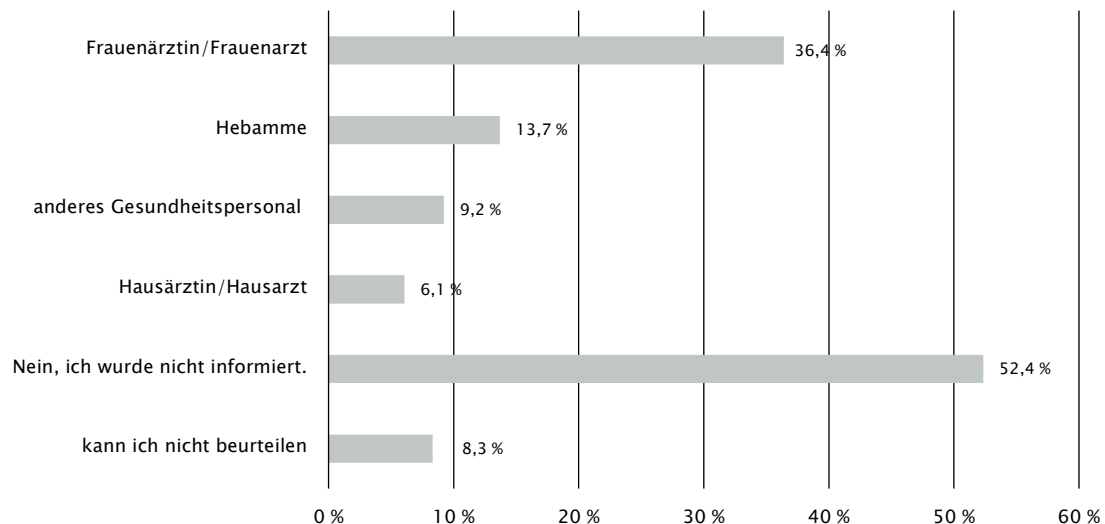
Aufklärung über die Folgen des Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft

Bei der Frage, ob die Frauen in der Schwangerschaft von Gesundheitspersonal über die möglichen Folgen des Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft informiert worden seien, meinte mehr als die Hälfte der Frauen (52,4 %), nicht informiert worden zu sein. Mehr als ein Drittel führte an, von der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt informiert worden zu sein, und auch weitere Personengruppen (Hebammen, Ordinationsassistentinnen/-assistenten, Hausärztinnen/-ärzte) wurden angeführt, die über die Folgen des Rauchens aufgeklärt hätten (eine Mehrfachauswahl war möglich). Rund acht Prozent meinten, nicht beurteilen zu können, ob sie informiert worden seien (siehe Abbildung 4.11).

Es zeigt sich kein eindeutiger statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Konsumverhalten in der Schwangerschaft und der Aufklärung über die Folgen des Zigarettenkonsums.

Abbildung 4.11:

Information über die Folgen von Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft durch Gesundheitspersonal (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445)



Quelle: GÖ FP

4.1.3 Alkohol

4.1.3.1 Konsumverhalten betreffend Alkohol

Analog dem Zigarettenkonsum wurde der Alkoholkonsum vor der Schwangerschaft, in der Schwangerschaft (unterteilt nach Trimestern¹⁸), sowie nach der Geburt erhoben.

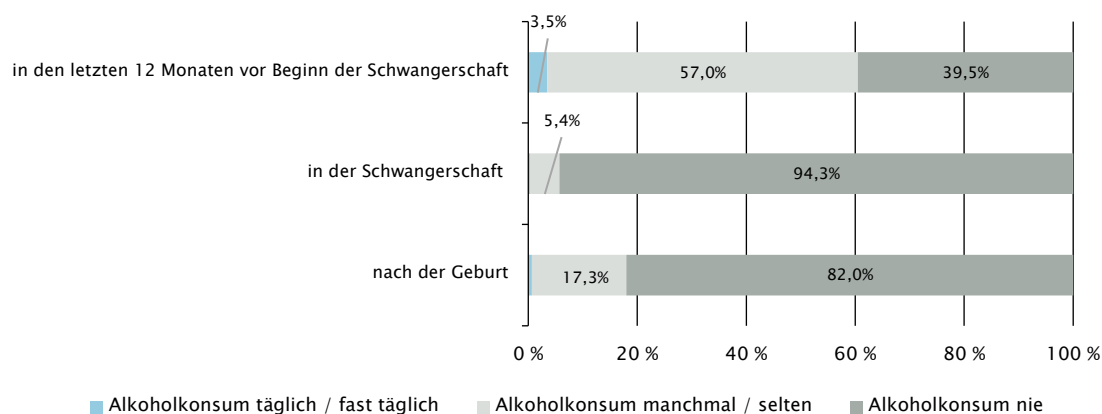
Abbildung 4.12 zeigt, dass der selbstangegebene Alkoholkonsum durch die Schwangerschaft deutlich abnimmt. Über die Hälfte der Frauen gibt an, vor der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol getrunken zu haben. Der Anteil der Frauen, die angeben, vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich getrunken zu haben, liegt bei 3,5 Prozent. Im ersten Trimester, nach Kenntnis der Schwangerschaft, zeigt sich eine deutliche Abnahme in der Kategorie der Frauen, die angeben, (fast) täglich zu trinken, ebenso in der Kategorie der Frauen, die manchmal oder selten trinken. Nach der Geburt steigt der Konsum – trotz eines kurzen Betrachtungszeitraums – v. a. in

18

Die Angaben sollten jeweils nur für den Zeitraum, nachdem die Frauen von ihrer Schwangerschaft wussten, angeführt werden. Nachdem 97 % der Teilnehmerinnen im ersten bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel (SSW 3-14) von der Schwangerschaft erfahren haben, werden die Ergebnisse an dieser Stelle gesamt dargestellt.

der Kategorie der Frauen, die manchmal oder selten trinken, wieder deutlich an (siehe auch Tabelle 7.14 im Anhang).

Abbildung 4.12:
Konsumprävalenz betreffend Alkohol in der Schwangerschaft (in %, n = 888)



manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat
Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabak- bzw. Alkoholkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

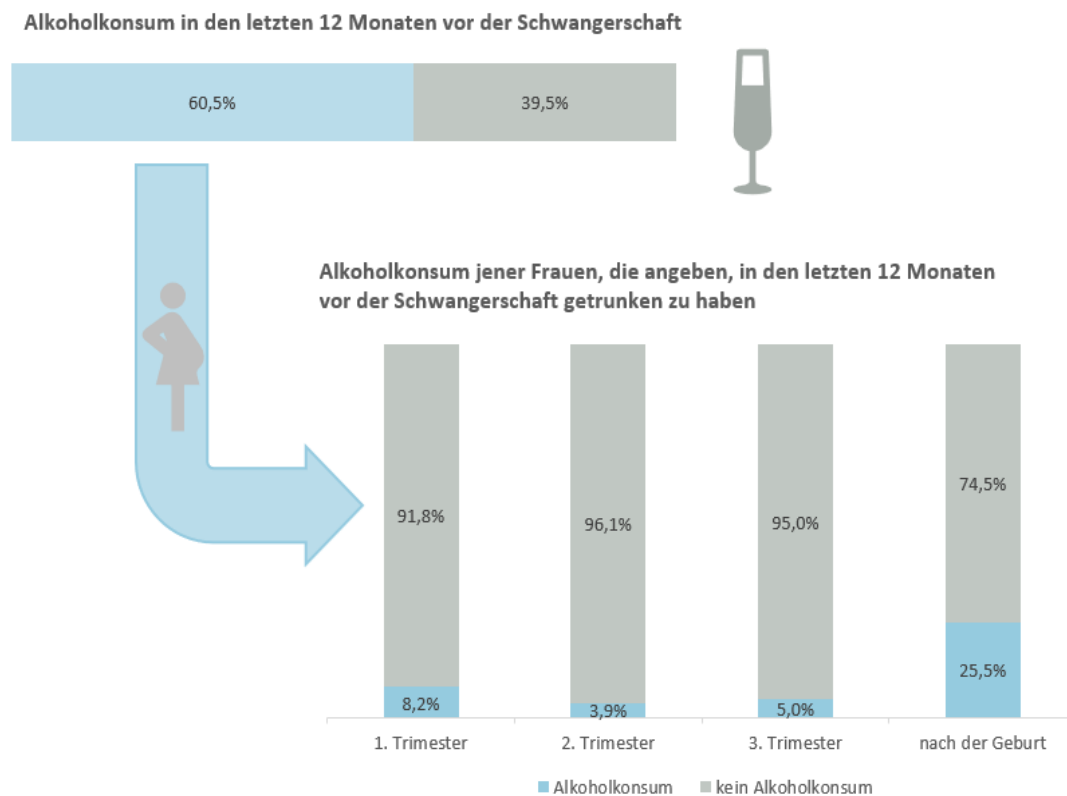
Quelle: GÖ FP

Wird die Konsumprävalenz nach dem Bildungsstatus adjustiert, so zeigen sich auch für die zwölf Monate vor der Schwangerschaft deutlich niedrigere Werte. Demnach zeigt sich mit 47,4 Prozent ein höherer Anteil an Frauen, die nie Alkohol konsumieren, während 49,4 Prozent manchmal oder selten Alkohol trinken und 3,2 Prozent täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren. Die Werte in der Schwangerschaft (94,6 % nie; 5,2 % manchmal/selten und 0,3 % täglich / fast täglich) und nach der Geburt (82,8 % nie; 16,7 % manchmal/selten und 0,5 % täglich / fast täglich) sind fast identisch mit den Erhebungswerten. Die altersadjustierten Werte liegen zwischen den Werten der Erhebung und den nach höchstem Bildungsabschluss adjustierten Werten.

4.1.3.2 Veränderung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft und nach der Geburt

Rund 60 Prozent der Frauen gaben an, vor der Schwangerschaft Alkohol konsumiert zu haben, etwa 57 Prozent manchmal oder selten und 3,5 Prozent täglich oder fast täglich. Über 90 Prozent dieser Frauen tranken in der Schwangerschaft nie Alkohol. Ein kleiner Prozentsatz von maximal 8,2 Prozent gab jedoch an, auch in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert zu haben (siehe Abbildung 4.13 und Tabelle 7.14 im Anhang).

Abbildung 4.13:
Alkoholkonsum in der Schwangerschaft



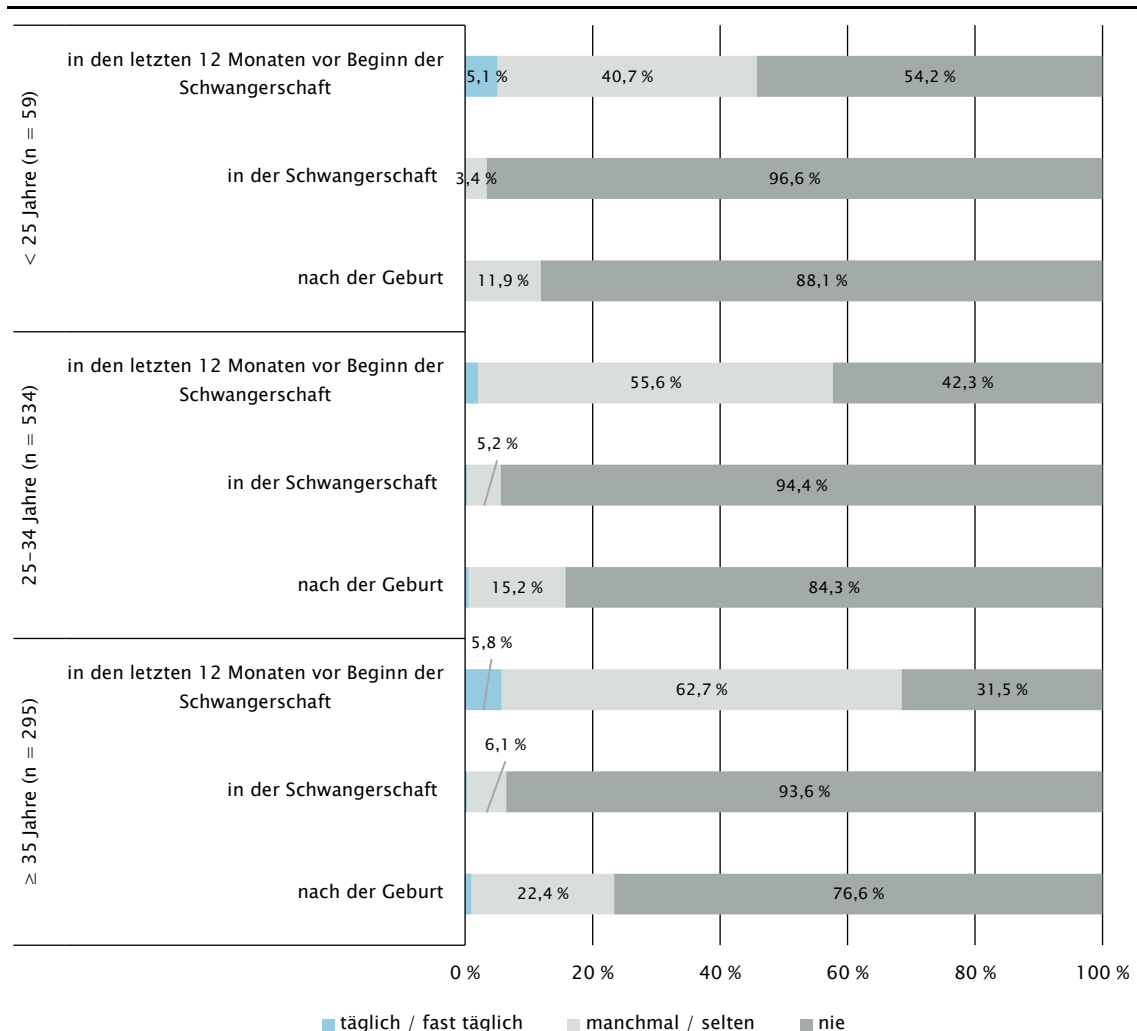
Quelle: GÖ FP

Beim kleinen Anteil von Frauen (3,5 %), die vor der Schwangerschaft (fast) täglich getrunken haben, gelingt es gemäß den eigenen Aussagen über 80 Prozent von ihnen, in der Schwangerschaft nie Alkohol zu trinken. Die restlichen Frauen gaben nahezu durchgängig an, ihren Alkoholkonsum reduziert und manchmal bzw. selten in der Schwangerschaft getrunken zu haben (siehe auch Tabelle 7.15 im Anhang).

4.1.3.3 Alkoholkonsum nach Alter

Zwischen dem Alter und der Konsumprävalenz vor der Schwangerschaft besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Pearson's χ^2 (4) = 21,61, $p < 0,001$). Der Anteil der Frauen, die in den letzten zwölf Monaten vor der Schwangerschaft keinen Alkohol tranken, sinkt in höheren Altersklassen. Dieser Zusammenhang zeigt sich jedoch nicht in der Schwangerschaft (siehe auch Tabelle 7.16 im Anhang).

Abbildung 4.14:
Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Alter



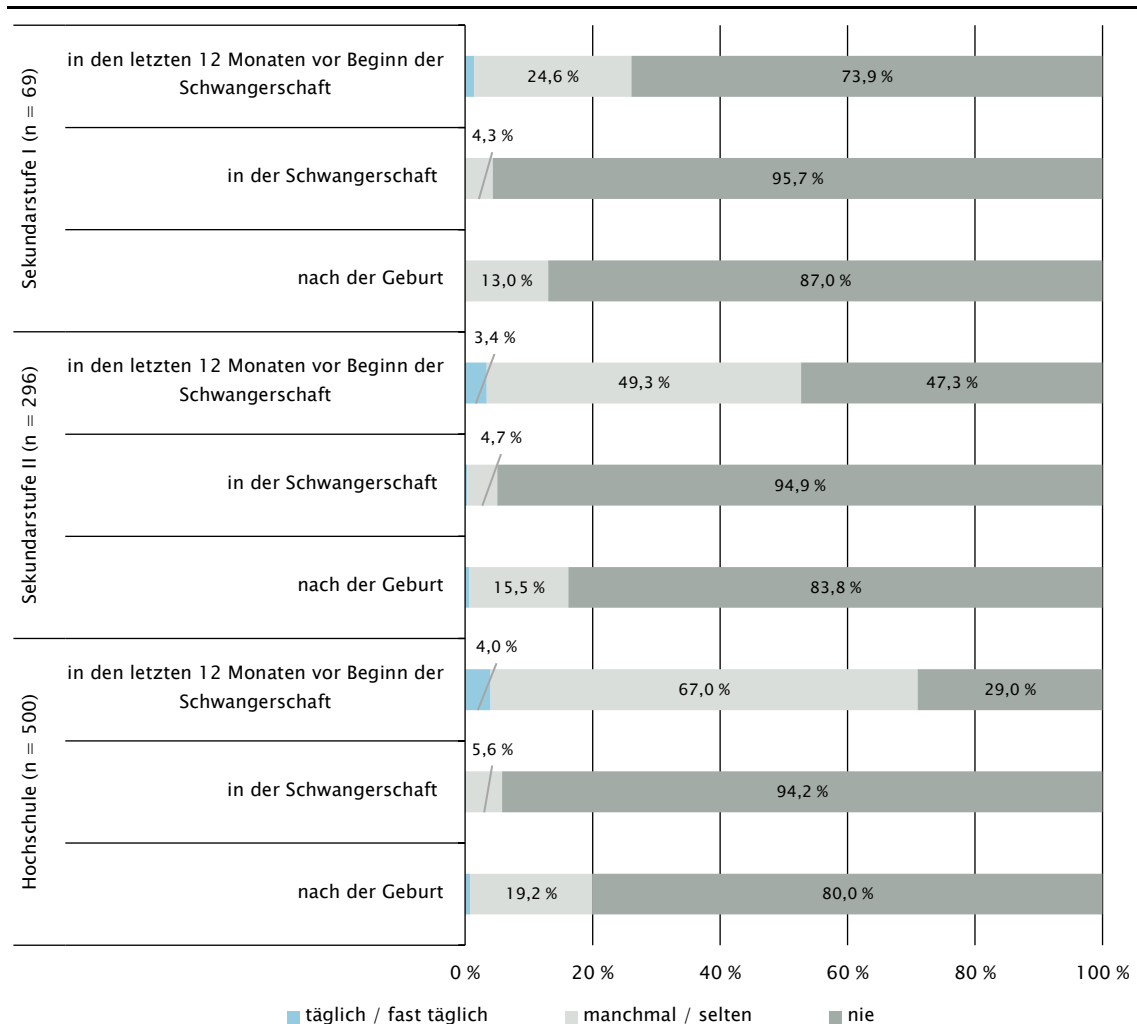
Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabakkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

Quelle: GÖ FP

4.1.3.4 Alkoholkonsum nach Bildung

In der österreichischen Bevölkerung besteht generell zwischen Bildung und Alkoholkonsum ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Pearson's $\chi^2(4) = 65,0$; $p < 0,001$), wobei Frauen mit höheren Bildungsabschlüssen öfter Alkohol konsumieren (siehe auch Abbildung 4.15 und Tabelle 7.17 im Anhang). Dieser Zusammenhang geht in der Schwangerschaft überwiegend verloren, d. h. den Frauen gelingt – ausgehend von einer deutlich unterschiedlichen Konsumprävalenz – die Reduktion des Alkoholkonsums auf ein ähnliches Niveau.

Abbildung 4.15:
Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Bildungsabschluss



Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabakkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

Quelle: GÖ FP

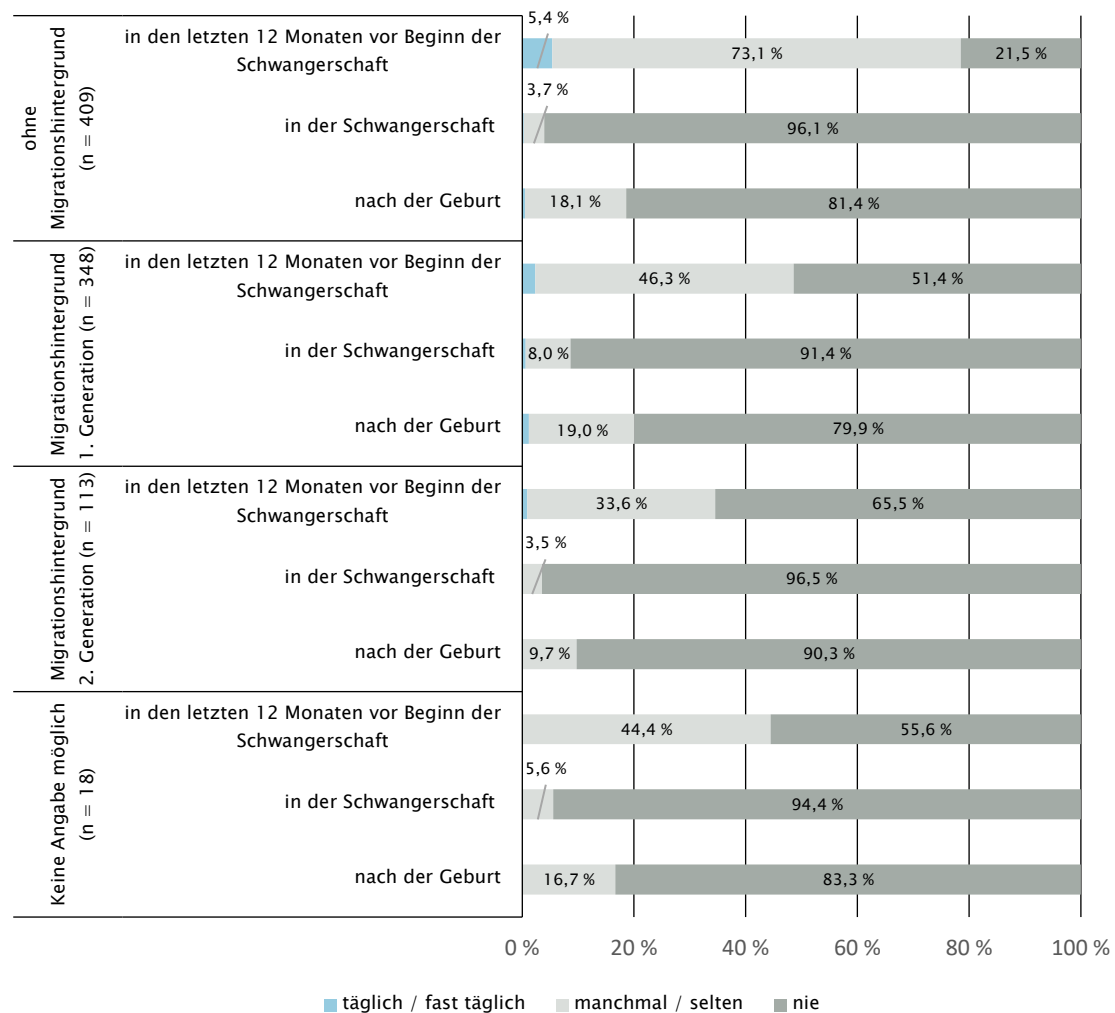
4.1.3.5 Alkoholkonsum nach Migrationshintergrund

Für das Merkmal Migrationshintergrund (kein Migrationshintergrund / 1. Generation / 2. Generation / keine Angabe) zeigt sich für den Zeitraum vor der Schwangerschaft ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit der Konsumprävalenz. Wie aus Abbildung 4.16 ersichtlich, trinken knapp drei Viertel der Frauen ohne Migrationshintergrund vor der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol, 5,4 Prozent gaben an, täglich oder fast täglich Alkohol zu konsumieren, und

weisen damit eine deutlich höhere Konsumprävalenz als Frauen mit Migrationshintergrund auf. Allerdings gelingt es Frauen ohne Migrationshintergrund weitgehend, den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu reduzieren. Im Verlauf der Schwangerschaft zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Konsumverhalten und dem Migrationshintergrund (siehe auch Tabelle 7.18 im Anhang). In der Tendenz zeigt sich bei Frauen mit Migrationshintergrund in der ersten Generation – ausgehend von einer geringen Konsumprävalenz vor der Schwangerschaft – der höchste Anteil an den Frauen, die Alkohol in der Schwangerschaft konsumieren.

Abbildung 4.16:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund*



*Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Diese Definition des Migrationshintergrundes folgt den ‚Recommendations for the 2020 censuses of population and housing‘, Seite 136, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).“ (Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund>)

Der Alkoholkonsum von Frauen, die hinsichtlich des Migrationshintergrundes nicht klassifizierbar waren, wird hier nicht angeführt (n = 18).

Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabak- bzw. Alkoholkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

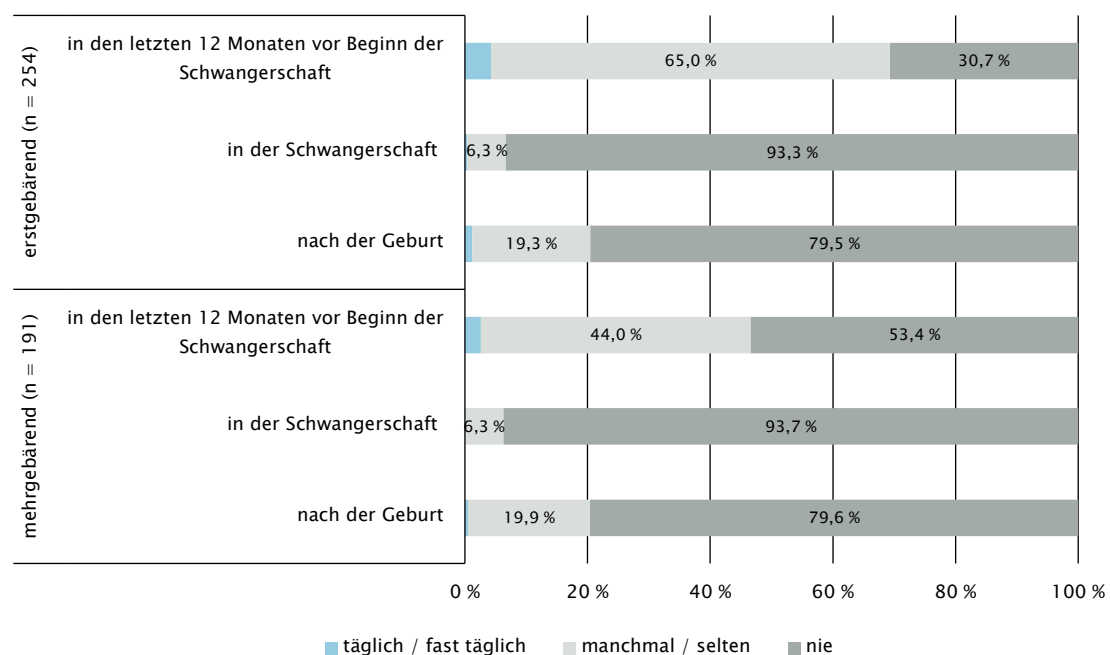
Quelle: GÖ FP

4.1.3.6 Alkoholkonsum nach weiteren soziodemografischen Merkmalen

Wie oben ausgeführt, wurde die Angabe zur Anzahl der Kinder der Teilnehmerinnen als Annäherung dahingehend, ob eine Frau erstgebärend oder mehrgebärend ist, herangezogen (siehe Punkt 4.1.2.7). Dabei zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Rauchverhalten vor der Schwangerschaft und den beiden Kategorien (Pearson's $\chi^2(2) = 23,3483$; $p < 0,001$), wobei Frauen der Kategorie erstgebärend deutlich häufiger angaben, vor der Schwangerschaft Alkohol konsumiert zu haben. Im Konsumverhalten während der Schwangerschaft und nach der Geburt zeigen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und den beiden Gruppen (siehe auch Tabelle 7.19 im Anhang).

Abbildung 4.17:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst- und mehrgebärend*
(in %, n = 445)



* = Annäherung über die Angaben zur Anzahl der Kinder, wobei Frauen, die angaben, nur ein Kind zu haben, der Kategorie „erstgebärend“ zugeordnet wurden, alle anderen der Kategorie „mehrgebärend“.

Quelle: GÖ FP

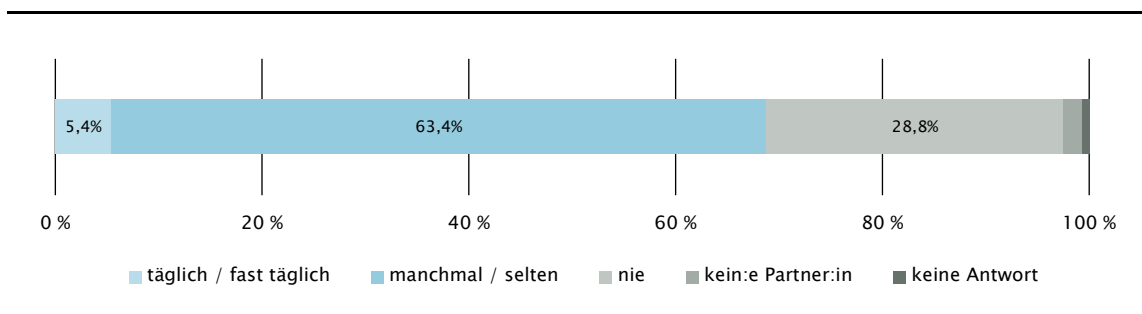
Als Annäherung an den sozioökonomischen Status wurde der Wohnbezirk abgefragt. Entsprechend der Statistik der Stadt Wien über die lohnsteuerpflichtigen Einkommen (Wien.gv.at 2019) wurden die Wohnbezirke in drei Kategorien (Wohnbezirke mit überdurchschnittlichem Einkommen, solche mit unterdurchschnittlichem Einkommen, außerhalb Wiens) zusammengefasst. Es zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum und diesen

Wohnbezirkskategorien. Werden nur die beiden Wiener Wohnbezirkskategorien verglichen, zeigt sich in der Tendenz, dass Frauen in Wohnbezirken mit unterdurchschnittlichem Einkommen vor der Schwangerschaft häufiger nie Alkohol konsumiert haben und seltener manchmal oder selten Alkohol konsumieren als Frauen aus Wohnbezirken mit überdurchschnittlichem Einkommen. In der Schwangerschaft und nach der Geburt zeigt sich dieser tendenzielle Zusammenhang nicht mehr.

4.1.3.7 Alkoholkonsum des Partners / der Partnerin

Die Teilnehmerinnen gaben in der Langversion des Fragebogens auch Auskunft darüber, ob der:die Partner:in während der Zeit der Schwangerschaft Alkohol getrunken hatte. Aufgrund der Fragestellung ist keine Veränderung des Konsumverhaltens der Partnerin bzw. des Partners vor und während der Schwangerschaft ablesbar. Es zeigt sich, dass über sechzig Prozent der Frauen (63,4 %) angaben, dass ihr:e Partner:in während der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol konsumiert hatte, knapp über fünf Prozent meinten, dass der:die Partner:in in der Schwangerschaft täglich oder fast täglich getrunken hatte.

Abbildung 4.18:
Alkoholkonsum der Partnerin / des Partners (n = 445)



Quelle: GÖ FP

Zwischen dem Alkoholkonsum der Schwangeren und jenem ihrer Partnerin bzw. ihres Partners besteht in der Schwangerschaft kein eindeutiger statistisch signifikanter Zusammenhang.¹⁹

¹⁹

Bei Betrachtung ausschließlich jener Frauen, die in Partnerschaft leben und Auskunft über das Konsumverhalten ihrer Partnerin bzw. ihres Partners gegeben haben, zeigt sich im ersten Trimester ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem eigenen Konsumverhalten und jenem der Partnerin bzw. des Partners (Fisher's Exact Test; $p = 0,010$).

Tabelle 4.5:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Alkoholkonsum der Partnerin / des Partners
(n = 445)

Frauen		Partner:in/Alkoholkonsum			kein:e Partner:in	keine Antwort
		täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie		
in der Schwangerschaft*	täglich / fast täglich (n = 1)**	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
	manchmal/ selten (n = 28)	17,9 %	64,3 %	14,3 %	3,6 %	0,0 %
	nie (n = 416)	4,6 %	63,5 %	29,6 %	1,7 %	0,7 %

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = 1. Trimester

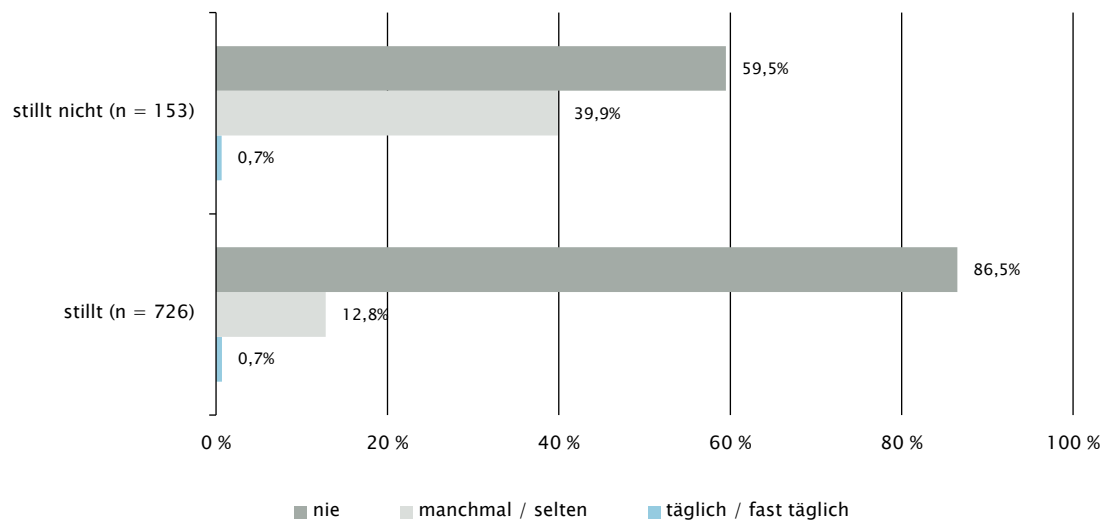
** = keine sinnvolle prozentuelle Angabe möglich, da nur eine Frau im Sample in der Schwangerschaft täglich / fast täglich Alkohol konsumierte

Quelle: GÖ FP

4.1.3.8 Alkoholkonsum und Stillen

Die unten stehende Abbildung zeigt das Konsumverhalten der Frauen nach Stillen. Zu beachten ist hier, dass die Angaben zum Zeitraum nach der Geburt ein kurzes Zeitfenster umfassen. Zwischen dem Stillen und dem Konsumverhalten nach der Geburt besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang (Fisher's Exact Test, $p < 0,001$). Frauen, die angeben, ihr Kind zu stillen, konsumieren deutlich seltener Alkohol als Frauen, die ihr Kind nicht stillen. Trotzdem konsumiert jede achte Frau, die angibt zu stillen manchmal oder selten Alkohol in diesem Betrachtungszeitraum.

Abbildung 4.19:
Alkoholkonsum und Stillen (n = 888)



Der Alkoholkonsum der Frauen, die keine Angabe hinsichtlich des Stillens tätigten, wird hier nicht abgebildet. Alle Frauen dieser Kategorie erklärten, nie zu trinken (n = 9).

Quelle: GÖ FP

4.1.3.9 Einstellungen der Frauen zu Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

In der Onlineerhebung wurden anhand von fünf Statements die Einstellungen der Frauen zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft abgefragt. Die diesbezüglichen Ergebnisse der Erhebung sind in Tabelle 4.6 abgebildet. Kritisch zu werten ist, dass nahezu jede zehnte Frau dem Statement, dass gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft nicht störe, zustimmt. Ähnlich wie bei der Abfrage der Einstellungen zum Nikotinkonsum antwortet auch hier bei dem Statement „Gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft schadet nicht.“ ein, relativ gesehen, hoher Anteil der Frauen (7,6 %), dass sie dies nicht beurteilen könnten. Auch hier stimmt gleichzeitig ein deutlich höherer Anteil dem Statement „Ich weiß Bescheid über die Auswirkungen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.“ zu (93,7 %).

Tabelle 4.6:

Einstellungen von Schwangeren zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (in Prozent, n = 445)

	stimme zu	stimme nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft schadet nicht.	9,2 %	83,1 %	7,6 %
Während der Schwangerschaft sollten Frauen gar keinen Alkohol trinken.	93,7 %	3,1 %	3,1 %
Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihren Alkoholkonsum ansprechen (z. B. bei Untersuchungen).	95,5 %	1,1 %	3,4 %
Ich weiß Bescheid über die Auswirkungen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.	93,7 %	1,6 %	4,7 %
Ich finde es gut, dass Frauen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft abgeraten wird.	95,7 %	2,0 %	2,2 %

„stimme zu“ umfasst die Antwortkategorien „stimme vollkommen zu“ und „stimme eher zu“.

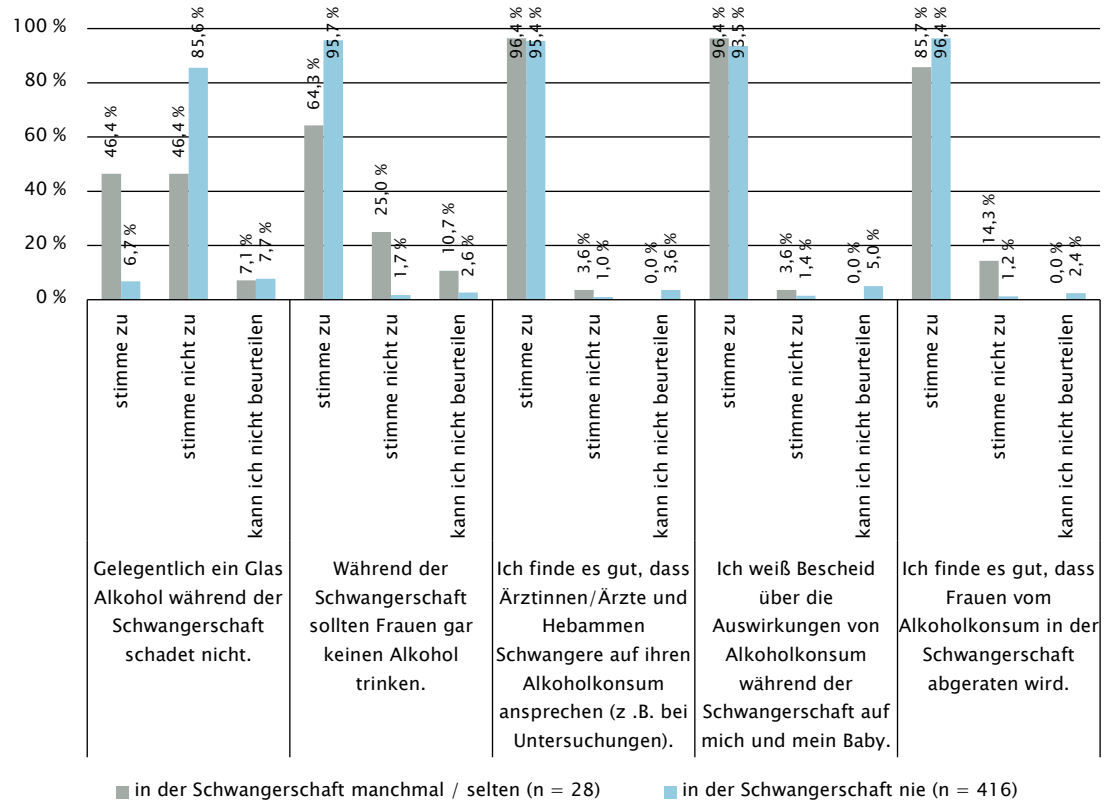
„stimme nicht zu“ umfasst die Antwortkategorien „stimme überhaupt nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“.

Quelle: GÖ FP

Bei der Betrachtung nach den Subgruppen der Frauen, die in der Schwangerschaft (1. Trimester) nie oder manchmal/selten Alkohol konsumieren, zeigen sich deutliche Unterschiede in der Zustimmung zu ausgewählten Statements. Knapp die Hälfte der Frauen, die in der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol konsumieren, stimmt dem Statement „Gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft schadet nicht.“ zu, während dies nur sieben Prozent der Frauen, die in der Schwangerschaft nicht trinken, tun. Nur ein Viertel der Frauen, die angaben, in der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol getrunken zu haben, lehnt das Statement „Während der Schwangerschaft sollten Frauen gar keinen Alkohol trinken“ ab, während knapp 65 Prozent dem zustimmen und etwa zehn Prozent meinen, dies nicht beurteilen zu können. Bemerkenswert scheint in diesem Zusammenhang auch, dass sowohl bei Frauen, die manchmal oder selten, als auch bei jenen, die nie Alkohol in der Schwangerschaft konsumieren, deutlich über 90 Prozent meinen, über die Auswirkungen des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft auf sich selbst und ihr Baby Bescheid zu wissen. Dem Statement „Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihren Alkoholkonsum ansprechen (z. B. bei Untersuchungen).“ stimmen (im Unterschied zum Rauchen) ebenfalls weit über neunzig Prozent der Frauen unabhängig vom Alkoholkonsum in der Schwangerschaft zu. Für die Statements „Gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft schadet nicht.“, „Während der Schwangerschaft sollten Frauen gar keinen Alkohol trinken.“ und „Ich finde es gut, dass Frauen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft abgeraten wird.“ zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Zustimmung zu den Statements und dem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft (siehe Abbildung 4.20).

Abbildung 4.20:

Einstellungen von Frauen zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach eigenem Konsumstatus



Die Kategorie Frauen, die in der Schwangerschaft täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren, ist in dem Sample (n = 445) nur mit einer Frau besetzt und wird daher nicht dargestellt.

Quelle: GÖ FP

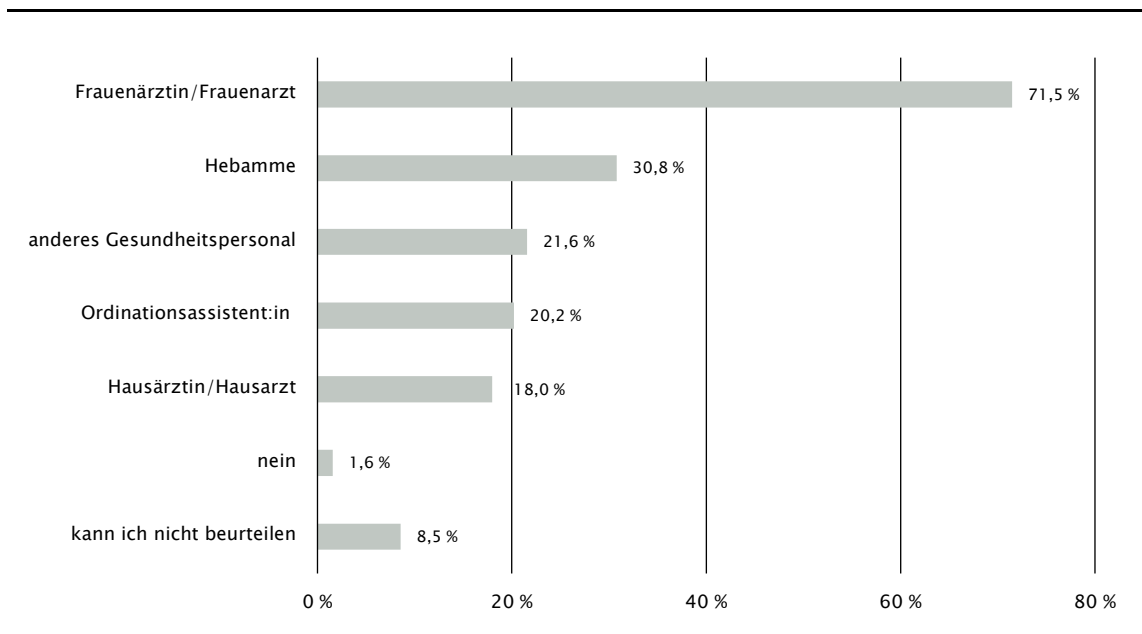
4.1.3.10 Screening auf Alkoholkonsum und Aufklärung

Screening auf Alkoholkonsum

Insgesamt 90 Prozent der teilnehmenden Frauen gaben an, in der Schwangerschaft von Gesundheitspersonal gefragt worden zu sein, ob sie Alkohol tranken. Knapp neun Prozent meinten, nicht beurteilen zu können, ob sie dies gefragt worden seien, und rund zwei Prozent gaben an, in ihrer Schwangerschaft nicht von Gesundheitspersonal nach ihrem Alkoholkonsum gefragt worden zu sein. Die Frauen wurden dabei am häufigsten von der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt danach gefragt (rund 70 Prozent), aber auch anderem Gesundheitspersonal, allen voran Hebammen, jedoch auch Ordinationsassistentinnen/-assistenten und der Hausärzteschaft wurde attestiert, in

der Schwangerschaft nach dem Alkoholkonsum der schwangeren Frau gefragt zu haben (eine Mehrfachauswahl war möglich; siehe Abbildung 4.21)²⁰.

Abbildung 4.21:
Frage nach Alkoholkonsumverhalten durch Gesundheitspersonal im Zeitraum der Schwangerschaft (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445)



Quelle: GÖ FP

Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft

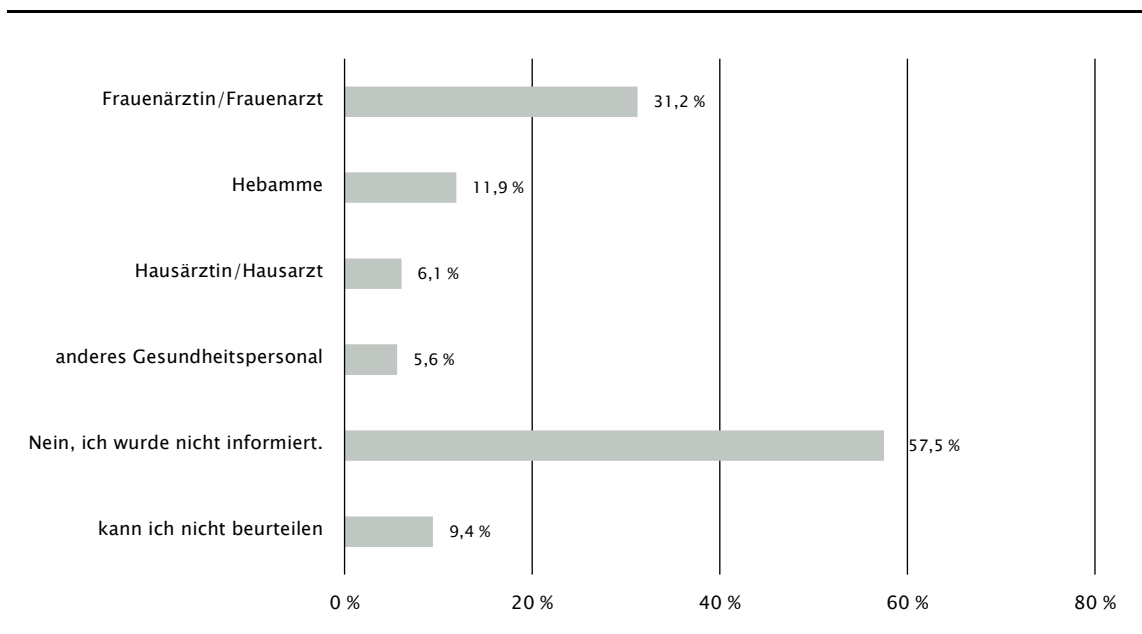
Bei der Frage, ob die Frauen in der Schwangerschaft von Gesundheitspersonal über die möglichen Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft informiert worden waren, meinte mehr als die Hälfte der Frauen (57,5 %), nicht informiert worden zu sein. Etwa neun Prozent gaben an, nicht beurteilen zu können, ob sie informiert worden seien. Knapp ein Drittel führte an, von der Frauenärztin bzw. dem Frauenarzt informiert worden zu sein, und auch weitere Personengruppen (Hebammen, Ordinationsassistentinnen/-assistenten, Hausärztinnen/-ärzte) klärten die Schwangeren über die Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft auf (eine Mehrfachauswahl war möglich; siehe Abbildung 4.22).

20

Zwischen der Frage nach dem Alkoholkonsum (unabhängig von der:dem GDA) und dem Alkoholkonsum vor bzw. in der Schwangerschaft zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang, wobei anzumerken ist, dass nur 1,57 Prozent der Frauen angaben, nicht nach ihrem Alkoholkonsum gefragt worden zu sein, und 8,54 Prozent meinten, dass es ihnen nicht einfallen würde, ob sie gefragt worden seien.

Zwischen der erfolgten Aufklärung über die Folgen des Alkoholkonsums und dem Konsumverhalten sowohl vor als auch in der Schwangerschaft zeigt sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang. Während etwa die Hälfte der Frauen, die angaben, vor der Schwangerschaft nie Alkohol konsumiert zu haben, meinte, nicht über die Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft aufgeklärt worden zu sein, waren es bei den Frauen, die vor der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol konsumiert hatten, über 60 Prozent, bei jenen, die täglich oder fast täglich konsumierten, knapp über 80 Prozent. Frauen, die in der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol konsumiert hatten, gaben deutlich häufiger an, nicht beurteilen zu können, ob sie aufgeklärt worden seien (knapp 30 Prozent vs. knapp zehn Prozent der Frauen, die in der Schwangerschaft keinen Alkohol konsumiert hatten).

Abbildung 4.22:
Information über die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft durch
Gesundheitspersonal (in Prozent, Mehrfachauswahl möglich, n = 445)



Quelle: GÖ FP

4.1.4 Nikotin und Alkoholkonsum

Tabelle 4.7 zeigt das kombinierte Konsumverhalten in puncto Alkohol und Zigaretten vor und in der Schwangerschaft sowie nach der Geburt. Während nur knapp ein Drittel der Frauen angibt, vor der Schwangerschaft weder getrunken noch geraucht zu haben, stellten weitere 50 Prozent aller Frauen mit Beginn der Schwangerschaft den Konsum von Alkohol und Zigaretten komplett ein, sodass knapp 85 Prozent aller Frauen in der Schwangerschaft weder Zigaretten noch Alkohol konsumierten. Nach der Geburt zeigt sich ein Rückgang dieser Abstinenz bei Zigaretten und Alkohol.

Zwischen den Konsumkategorien zeigt sich für alle Phasen (vor und in der Schwangerschaft sowie nach der Geburt) ein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Tabelle 4.7:

Alkohol- und Zigarettenkonsum in der Schwangerschaft (in %, n = 888)

		ZIGARETTEN		
ALKOHOL		in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft (p < 0,001**)		
		täglich / fast täglich (n = 188)	manchmal/selten (n = 77)	nie (n = 623)
	täglich / fast täglich (n = 31)	1,0 %	0,9 %	1,6 %
	manchmal/selten (n = 506)	13,9 %	6,3 %	36,8 %
	nie (n = 351)	6,3 %	1,5 %	31,8 %
		in der Schwangerschaft* (p < 0,001**)		
		täglich / fast täglich (n = 66)	manchmal/selten (n = 40)	nie (n = 782)
	täglich / fast täglich (n = 3)	0,2 %	0,0 %	0,1 %
	manchmal/selten (n = 48)	1,0 %	0,6 %	3,8 %
	nie (n = 837)	6,2 %	3,9 %	84,1 %
		nach der Geburt (p < 0,001**)		
		täglich / fast täglich (n = 70)	manchmal/selten (n = 32)	nie (n = 786)
	täglich / fast täglich (n = 6)	0,2 %	0,0 %	0,5 %
	manchmal/selten (n = 154)	2,7 %	1,8 %	12,8 %
	nie (n = 728)	5,0 %	1,8 %	75,2 %

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Angaben beziehen sich auf das 1. Trimester

** = Pearson's χ^2 Test

Quelle: GÖ FP

4.2 Interviews mit Schwangeren

In leitfadengestützten Interviews wurden die Erfahrungen 32 schwangerer Frauen (ab der 28. SSW) in der Schwangerenvorsorge bzw. Geburtsvorbereitung rund um die Themen Alkohol und Nikotin erhoben. Die teilnehmenden Frauen waren durchschnittlich 33 Jahre alt, lebten überwiegend mit ihrem/ihrer Partner:in in einem gemeinsamen Haushalt und waren vor Beginn des Mutterschutzes zumeist berufstätig. Die Befragten hatten mehrheitlich einen Universitätsabschluss, 37,5 Prozent

der Frauen hatten einen Migrationshintergrund (für eine detaillierte Darstellung der Stichprobe siehe Kapitel 7.2.2).

Bis auf eine Ausnahme tranken alle Interviewpartnerinnen vor Beginn der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol. Die Erfahrungen betreffend das Rauchen basieren auf den Erfahrungen sowohl jener drei Frauen, die vor Beginn der aktuellen Schwangerschaft rauchten, als auch jener, die im Vorfeld einer früheren Schwangerschaft geraucht hatten.

4.2.1 Screening des Konsumverhaltens

Wie wurde das Konsumverhalten thematisiert?

Die Mehrheit der Interviewpartnerinnen wurde nach eigenen Angaben von **ihrer Gynäkologin / ihrem Gynäkologen**, meist im Rahmen der im Mutter-Kind-Pass (MKP) vorgesehenen ersten gynäkologischen Untersuchung, auf ihren Alkohol- bzw. Nikotinkonsum in der Schwangerschaft angesprochen, bei einigen von ihnen wurde ausschließlich der Nikotinkonsum erhoben. Einige Frauen hoben explizit hervor, nicht auf ihren Alkohol- oder Nikotinkonsum angesprochen worden zu sein, obwohl im MKP das entsprechende Feld mit „ja“ angekreuzt worden sei. Der Alkohol- und Nikotinkonsum vor der Schwangerschaft bzw. die Exposition gegenüber Passivrauchen wurde nur im Einzelfall exploriert bzw. von der werdenden Mutter angesprochen. Bei zwei Frauen erfolgte die im Rahmen des MKP vorgesehene medizinische Anamnese, inklusive Thematisierung des Alkohol- und Zigarettenkonsums, durch die Sprechstundenhilfe im Wartezimmer.

Die Mehrheit der Ärztinnen/Ärzte verwendete beim Erheben des Konsumverhaltens die **Formulierung** „Trinken Sie?“ bzw. „Rauchen Sie?“, in den anderen Fällen Formulierungen wie z. B. *„Sie rauchen und trinken eh nicht?“*. Diese Vorgehensweise wurde als nicht *„neutral“* bzw. irritierend erlebt, weil dabei der Nichtkonsum als selbstverständlich vorausgesetzt werde. Mehrere Frauen merkten kritisch an, dass diese Art der Formulierung ein Erwähnen eines Konsums erschweren würde (*„Die Tür ist zu, wo man zugibt, zu rauchen und zu trinken“*). Eine Frau wurde direkt nach Trinkmengen gefragt (*„Wie viel trinken Sie?“*).

Abgesehen vom Screening durch Gynäkologinnen und Gynäkologen wurde das Konsumverhalten vereinzelt durch andere **Ärztinnen und Ärzte** thematisiert. Dabei lag der Fokus nicht auf den Folgen für die Gesundheit des Ungeborenen, sondern auf den gesundheitlichen Folgen für die Mutter, beispielsweise im Zuge der Abklärung möglicher Ursachen auftretender Schwangerschaftskomplikationen wie z. B. Diabetes oder Eisenmangel oder im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung (Alkohol- und Nikotinkonsum als Einflussfaktor der ungewollten Kinderlosigkeit). Als weitere Gelegenheiten wurde der Kinderarzt (Informationen zu den Auswirkungen des Passivrauchens auf die Gesundheit des Kindes) oder der Zahnarzt (Empfehlung zur Verwendung eines alkoholfreien Mundwassers während der Schwangerschaft) genannt.

Im Rahmen des im Mutter-Kind-Pass vorgesehenen Hebammenberatungsgesprächs, der Geburtsvorbereitungskurse oder der Kennenlerntermine für die Geburt erhoben Hebammen den Alkohol-

und/oder Nikotinkonsum nach Angaben der Frauen nur vereinzelt, zum Teil anlassbezogen (z. B. bei Atemübungen). Häufiger wurde dieser bei der Geburtsanmeldung im Krankenhaus im Zuge der allgemeinen Anamnese erfasst.

Wie erlebten Frauen das Screening?

Die Interviewpartnerinnen erlebten Fragen nach dem Alkohol- und Zigarettenkonsum im Rahmen der Schwangerenvorsorge als gerechtfertigt und wichtig, wobei einige Frauen gleichzeitig einschränkten, dass sie diese im Falle eines Konsums möglicherweise als unangenehm empfunden hätten. Zur mehrheitlich als angenehm erlebten **Atmosphäre des Screenings** trug nach Ansicht einiger Frauen auch die nichturteilende Haltung der Gynäkologinnen und Gynäkologen bei. Einige Frauen thematisierten zwar einen gewissen Zeitdruck (*„rasch abgearbeitet“*, *„hätte [bei Nachfragen] schnell reagieren müssen“*, *„den Moment, zu sagen, ich rauch, hätte es nicht gegeben“*), der aber wegen der geringen persönlichen Relevanz des Themas als nicht problematisch erlebt worden war. Die überwiegende Mehrheit der Frauen hätte sich bei einem darüber hinausgehenden Gesprächsbedarf ihre Gynäkologin / ihren Gynäkologen anzusprechen getraut und war der Überzeugung, dass diese/dieser trotz der knappen zeitlichen Ressourcen auf Nachfragen eingegangen wäre. In einem Fall, in dem die Anamnese durch die Sprechstundehilfe im Wartezimmer erfolgte, wurde die mangelnde Privatsphäre in Kombination mit einem aufrechten Konsum der betroffenen Frau als sehr schamvoll erlebt.

Welche Gründe vermuten Frauen hinter dem Nichtansprechen des Alkohol- und Nikotinkonsums?

Der Umstand, dass das im Rahmen des MKP verpflichtend vorgesehene Screening des Alkohol- und Zigarettenkonsums unterbleibt, kann bestimmten Rahmenbedingungen geschuldet sein, unter denen die Vorgehensweise der Ärztinnen und Ärzte anders beurteilt werden kann. Die Interviewpartnerinnen wurden daher nach Gründen gefragt, die sie hinter dem nicht erfolgten Screening vermuten. Die Antworten spiegeln zwar die Annahmen der Frauen und nicht zwingend die tatsächlichen Motive der Ärztinnen/Ärzte wider, geben aber dennoch Hinweise auf die individuelle Situation und die individuellen Rahmenbedingungen. Die Erkenntnisse aus dieser Frage flossen auch in die Fokusgruppen bzw. Experteninterviews (siehe Kapitel 7.1.4) und in die Onlinebefragung (siehe Kapitel 7.1.5) ein.

Frauen vermuteten, dass die Gynäkologin / der Gynäkologe aus der laufenden Betreuung bzw. von früheren Schwangerschaften her das Konsumverhalten gekannt habe (*„man fängt ja sicher nicht in der Schwangerschaft an zu trinken, wenn man es bisher nicht gemacht hat“*), (bei vorausgehender ungewollter Kinderlosigkeit) einen Verzicht als selbstverständlich voraussetze oder dass keine sichtbaren Anzeichen eines problematischen Konsums vorgelegen seien (*„ich sehe nicht so aus, als würde ich trinken“*). Zudem würden Ärztinnen und Ärzte eventuell auf ein Screening verzichten, da sie mit nichtwahrheitsgemäßen Antworten rechnen würden oder davon ausgehen würden, ohnehin keinen Einfluss auf das Konsumverhalten der Frauen zu haben. Vereinzelt wird betont, dass das Screening auch davon abhängt, *„wer vor einem sitzt“*, also durch Vorurteile bestimmt sei.

4.2.2 Informationen zu Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft und Stillzeit

In den Interviews wurden die vom Gesundheitspersonal verbreiteten **Konsumempfehlungen** in Hinblick auf Alkohol und Nikotin in der **Schwangerschaft und Stillzeit** sowie Informationen zu den **Auswirkungen des Alkohol- und Nikotinkonsums (inkl. jener des Passivrauchens) auf das Ungeborene** erhoben. Zudem wurde erhoben, welche Informationen von Interesse waren bzw. welche **weitere Informationsquellen** Frauen nutzten.

Welche Empfehlungen zum Konsumverhalten in der Schwangerschaft und Stillzeit haben Frauen vom Gesundheitspersonal erhalten?

Nur ein Teil der interviewten Frauen hat eigenen Angaben zufolge von ihrer Gynäkologin / ihrem Gynäkologen Empfehlungen bezüglich des Konsums von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft erhalten. In Bezug auf den Konsum von **Alkohol** reichten die Empfehlungen von Verzicht auf „jeden Tropfen“ Alkohol (mehrheitlich) über „weichere“ Aufforderungen zur Abstinenz („*Man sollte es weglassen*“) bis hin zur Information im Einzelfall, dass ein Glas hin und wieder nicht schade. Einige Gynäkologinnen/Gynäkologen ergänzten die Empfehlungen mit der Zusatzinformation, dass schon geringe Mengen wegen unsicherer Grenzmengen problematisch seien.

Einige Gynäkologinnen/Gynäkologen bestärkten beim Screening die Angaben der Frauen, nicht zu trinken bzw. zu rauchen („*das ist gut so*“), oder nannten Alkohol gemeinsam mit anderen Lebensmitteln, auf die im Verlauf der Schwangerschaft zu verzichten ist, wie beispielsweise mit Rohmilchprodukten oder rohem Fleisch/Fisch.

Wurde der Alkoholkonsum vonseiten der Frauen in Hebammengesprächen thematisiert, lag der Fokus nicht auf alkoholischen Getränken, sondern auf dem Alkoholgehalt in Speisen wie Risotto oder Tiramisu. Nach Ansicht einer interviewten Person sei es problematisch, Konsumempfehlungen bei Hebammen zu verorten, da der Kontakt mit dieser Berufsgruppe im Regelfall verhältnismäßig spät im Schwangerschaftsverlauf erfolge und es dann „*schon spät*“ für Empfehlungen sei.

In Bezug auf **Rauchen** berichtete eine Frau von der Empfehlung des Arztes, den Zigarettenkonsum wegen eines Entzugs für das Baby nicht ganz wegzulassen, sondern zu reduzieren. Empfehlungen hinsichtlich des **Passivrauchens** gab es nur vereinzelt, wobei hier der Grundtenor war, Passivrauch zu meiden, wo es gehe, aber gleichzeitig die Information gegeben wurde, dass man sich keine Sorgen über einzelne Expositionen machen müsse.

Einige Interviewpartnerinnen waren mit widersprüchlichen Konsumempfehlungen durch Gesundheitspersonal und/oder durch ihr soziales Umfeld konfrontiert. Zur Verunsicherung trug auch

das Wissen einiger Frauen über abweichende Konsumempfehlungen – auf Basis der gleichen Datenlage – in anderen Ländern bei²¹. Dies beeinflusste zwar nur im Einzelfall das Konsumverhalten, ließ einige wenige Frauen aber die Notwendigkeit strikter Alkoholkarenz kritisch hinterfragen.

Welche Informationen zu den Auswirkungen von Alkohol- und Nikotinkonsum auf das Ungeborene haben Schwangere vom Gesundheitspersonal erhalten?

Nur wenige Frauen erhielten von ihren Gynäkologinnen/Gynäkologen mündliche oder schriftliche Informationen zu den Auswirkungen von Alkohol und Nikotin auf das Ungeborene. Mündliche Informationen waren im Normalfall sehr kurz und allgemein gehalten, etwa dass Alkohol und Nikotin der Entwicklung bzw. dem Wachstum schaden. Die Informationen wurden von den interviewten Frauen dennoch überwiegend als ausreichend erlebt. Mehrere Frauen vermuten, dass Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht über die Auswirkungen von Alkohol und Nikotin informieren würden, weil sie davon ausgingen, dass die Auswirkungen ohnehin bekannt seien, oder weil die Frauen keinen Konsum angegeben hätten.

In Geburtsvorbereitungs- oder Stillkursen erhielten die Interviewpartner:innen nur vereinzelt Informationen zu Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft bzw. Stillzeit, in den Einzelterminen mit **Hebammen** wurden diese nicht thematisiert, da die Frauen die Inhalte der Termine bestimmen.

Der überwiegende Teil der interviewten Schwangeren kannte kein **schriftliches Infomaterial** spezifisch zu Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft, während sich einige wenige Frauen aber „*dunkel*“ an die Erwähnung von Alkohol in anderen Broschüren erinnern konnten („*Randnotiz in einem Folder zu Ernährung*“). Einige Frauen räumen allerdings ein, dass dafür wegen der geringen persönlichen Relevanz auch eine selektive Wahrnehmung verantwortlich sein könnte. Nur vereinzelt wurden einschlägige Informationen/Beilagen im Mutter-Kind-Pass wahrgenommen. Zwei Frauen erwähnten den im MKP vorhandenen QR-Code, der Zugang zu Informationen bietet, wobei diese nicht ausprobiert wurden. Kritisiert wurde in diesem Zusammenhang, dass der QR-Code durch Beilagen verdeckt sei, dass ausgedruckte Informationen im Vergleich zu online verfügbaren von Schwangeren (z. B. während Wartezeiten) eher gelesen oder an den:die Partner:in weitergegeben würden und dass über QR-Code abrufbare Informationen für technisch weniger versierte Frauen ein Hindernis sein könnten.

Mehrere Frauen erwähnten explizit, insgesamt (zu) viel Informationsmaterial (z. B. im Krankenhaus und/oder im Wickelrucksack) zu unterschiedlichen Themen bekommen zu haben. Das erschwere die Unterscheidung in relevante und irrelevante Informationen bzw. erleichtere es, relevante Themen zu übersehen.

21

Eine Frau berichtete von Empfehlungen an Schwangere in England, wo Stout (Biersorte) wegen der geringen Alkoholmenge und der Mineralien empfohlen werde.

Welche Bedeutung haben Konsumempfehlungen und Informationen?

Die Interviewpartnerinnen beurteilten die Bedeutung von Empfehlungen und Informationen zu Auswirkungen von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft sehr unterschiedlich: Während einige Frauen **Konsumempfehlungen** für überflüssig hielten, da die Schädlichkeit auch ohne dezierte Empfehlungen klar sei (*„auch ohne Baby im Bauch schädlich“*), hätten sich andere Frauen entsprechende klare Empfehlungen als Sicherheit gewünscht. Ähnlich verhielt es sich bezüglich weiterer **Informationen**, hier war der Wunsch einiger Frauen zum einen durch Anlassfälle (Verunsicherung/Ängste nach einem alkoholischen Getränk bzw. dem Verzehr alkoholhaltiger Speisen oder bei Konsum in der Frühschwangerschaft), zum anderen durch wahrgenommene Widersprüchlichkeiten bei Konsumempfehlungen bedingt und betraf primär *„Detailfragen“* zu Alkohol bzw. Passivrauchen.

Die von den Frauen genannten unterschiedlichen Gründe lassen sich letztlich dem Motiv eigenverantwortliche Konsumententscheidungen zuordnen, in dem es beispielsweise darum geht, einschätzen zu können, ob *„Trinken ein absolutes Tabu ist oder die Abstinenz eine Empfehlung“*, oder um *„zwischen Volksweisheiten und medizinischer Evidenz“* unterscheiden zu können. Eigene Entscheidungen und Risikobewertungen (den Konsum geringer Mengen betreffend) vorzunehmen erfordere nicht nur den Hinweis „kein Alkohol“, sondern entsprechende Informationen und Transparenz der Konsumempfehlungen inklusive des Hinweises auf divergierende Empfehlungen auf gleicher Erkenntnisgrundlage.

Viele Interviewpartnerinnen verfügten bereits vor Beginn der Schwangerschaft über Wissen zu Alkohol und Nikotin, den größten Neuigkeitswert hatten Informationen zur Schädlichkeit geringer Alkoholmengen und zur Dauer des Alkoholabbaus beim Fötus. Die größte Verunsicherung wurde durch die unterschiedlichen Positionen zu den Folgen von Alkoholkonsum in der Frühschwangerschaft hervorgerufen.

Im Vergleich zu Alkohol war der Bedarf nach weiteren Informationen zu **Nikotin** geringer und betraf dessen Auswirkungen in den unterschiedlichen Phasen der Schwangerschaft (*„Da hat man bei Alkohol mehr Idee davon als bei Nikotin“*) oder die Schädlichkeit von Produkten wie E-Zigarette, Shisha und SNUS. Weniger bekannt war der Zusammenhang von Rauchen und plötzlichem Kindstod.

In Bezug auf das **Passivrauchen** vermissten mehrere Frauen vor allem Informationen zur relevanten Expositionsdauer. Vereinzelt berichtete pauschale Beruhigungen seitens des Gesundheitspersonals, dass man sich nicht so große Sorgen machen müsse, wurden aus ähnlichen Gründen wie bei den geringen Alkoholmengen als nicht ausreichend empfunden.

Alkohol und Nikotin in der Stillzeit stellte zum Interviewzeitpunkt mehrheitlich (noch) kein relevantes Thema dar, vereinzelt wurde Interesse an diesbezüglichen Mengen, die in die Muttermilch übergehen oder am erforderlichen *„Sicherheitsabstand“* zwischen Trinken und Stillen genannt.

Welche Quellen sind für die Information über Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft relevant?

Das Wissen werdender Mütter zu den Themen Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft bzw. ihren Auswirkungen auf das Ungeborene speist sich nicht ausschließlich aus Informationen im Rahmen der Schwangerenvorsorge bzw. durch das Gesundheitspersonal. In den Interviews lag der Fokus daher auch darauf, woher die Informationen kommen, ob sie aktiv eingeholt oder passiv wahrgenommen worden waren und welche Quellen dabei genutzt worden waren.

Mehrere Frauen verfügten bereits **vor Beginn der Schwangerschaft** aufgrund verschiedener einschlägiger Ausbildungen im Gesundheitsbereich bzw. durch Reportagen oder Informationen in sozialen Medien über Wissen zu den Auswirkungen von Alkohol und Nikotin auf das Ungeborene. Eine Interviewpartnerin nannte in diesem Zusammenhang Warnhinweise auf Flaschen.

Im Zuge **der eigenen Schwangerschaft** waren der Austausch mit Personen aus dem sozialen Umfeld (neben Freundinnen, Familie auch Kolleginnen/Kollegen oder befreundete Ärztinnen), Schwangerschaftsratgeber und vor allem Informationsseiten im Internet (Seiten von „Schwangerschaftsmarken“, Blogs Schwangerer, Internetseiten ausgewählter Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen oder vereinzelt auch das *„Mutterschutz- und Schwangerschaftskapitel der ÖGK“*²²) wichtige Informationsquellen. Bestimmte Websites (z. B. schwanger.at, netdoktor.at, mamawissen.de) wurden wegen der Informationen zur Entwicklung des Ungeborenen pro Woche geschätzt. Blogs wurden weniger als Informationsquelle für offene Fragen genutzt, Alkohol und/oder Rauchen wurden von den Betreiberinnen der Blogs aber mitunter „am Rande“ thematisiert.

Mehrere Interviewpartnerinnen erachteten Hebammen und/oder Gynäkologinnen/Gynäkologen als **geeignete Ansprechpartner:innen** bei offenen Fragen zu Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft, wobei Hebammen wegen der zeitlichen Ressourcen präferiert wurden (*„hat mehr Interesse an mir“*). Größere Unsicherheit besteht hinsichtlich der richtigen Ansprechperson für Fragen zum Konsum in der Stillzeit, da sich solche Fragen mitunter erst zu einem Zeitpunkt ergeben, zu dem kein Kontakt mehr mit Hebammen bzw. Stillberaterinnen besteht. Eine Frau nannte die Angst vor der Verurteilung als verantwortungslose Mutter, *„die schon wieder trinken gehen möchte“*, als Hindernis, den Kinderarzt trotz eines guten Vertrauensverhältnisses darauf anzusprechen.

4.2.3 Unterstützung für konsumierende Schwangere

Fragen zur Unterstützung konsumierender Schwangerer umfassten sowohl informelle Hilfen als auch formelle (professionelle) Unterstützungsangebote.

22

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867302&portal=oegkportal> [Zugriff: 3.4.2023]

Welche Motive beeinflussen das Konsumverhalten während der Schwangerschaft?

Die Interviewpartnerinnen wurden nicht direkt nach ihrem Konsumverhalten während der Schwangerschaft gefragt, sondern vielmehr nach den **Motiven für ihre Konsumententscheidungen**, wobei einige Frauen ihr Konsumverhalten explizit ansprachen, bei anderen war das Konsumverhalten implizit aus den Antworten abzuleiten.

Bis auf eine Ausnahme tranken alle Interviewpartnerinnen vor der Schwangerschaft zumindest gelegentlich **Alkohol**, mit Bekanntwerden der Schwangerschaft verzichteten alle nach eigenen Angaben auf Alkohol. Zentrales Motiv dafür war erwartungsgemäß die Gesundheit des Babys, wobei manche Frauen explizit betonten, wegen fehlenden Wissens bezüglich sicherer Mengen kein Risiko eingehen zu wollen. Weitere häufig genannte Motive für den Verzicht auf Alkohol waren die Angst vor einer Fehlgeburt oder die Vermeidung von Selbstvorwürfen bei (auch nicht durch Alkohol verursachten) Gesundheitsproblemen.

Nur ein kleiner Teil der Interviewpartnerinnen rauchte nach eigenen Angaben unmittelbar vor Beginn der Schwangerschaft bzw. vor Beginn einer früheren Schwangerschaft. Hauptmotiv für einen Rauchstopp in der Schwangerschaft war wie bei Alkohol die Vermeidung gesundheitlicher Risiken. Frauen, die in der Schwangerschaft weiterhin (reduziert) rauchten, nannten Stress bzw. psychosoziale Belastungen wie Trennungen vom Kindsvater oder Todesfälle als Grund. Auf das Rauchen in der Öffentlichkeit wurde aus Scham und Angst vor Verurteilung verzichtet.

Mehrere Interviewpartnerinnen verzichteten bereits in der Planungsphase, d. h. **vor Beginn der Schwangerschaft** auf Alkohol bzw. Nikotin, wobei nicht die Gesundheit des Ungeborenen, sondern vielmehr ein unerfüllter Kinderwunsch (Alkohol und Nikotin gelten dabei als Risikofaktor) oder frühere Fehlgeburten als Grund genannt wurden.

Welche Rahmenbedingungen und individuellen Strategien sind für den Verzicht auf Alkohol bzw. Nikotin hilfreich?

Alkohol spielt im Leben vieler Frauen eine Rolle, und selbst bei gelegentlichen und unproblematischen Konsumgewohnheiten können Veränderungen bzw. ein Verzicht nicht immer leichtfallen. Ein Großteil der Frauen betonte explizit, dass die Abstinenz in der Schwangerschaft leichtfalle und nicht als Verzicht wahrgenommen werde. Mehrere Frauen nannten alkoholfreie Varianten alkoholhaltiger Getränke wie z. B. alkoholfreies Bier oder alkoholfreien Wein als **hilfreiche Rahmenbedingungen**. Im privaten Kontext wurde das „*Mitdenken*“ alkoholfreier Varianten durch die Gastgeber:innen bzw. die Verfügbarkeit alkoholfreier Varianten als hilfreich wahrgenommen, in Lokalen spielte das Angebot an alkoholfreien Getränken ebenso eine wichtige Rolle, wobei hier vor allem die ansprechende Gestaltung der Getränke und deren preisliches Niveau thematisiert wurden. Alkoholfreie Getränke müssten nicht nur geschmacklich gut sein, sondern auch „*stilvoll*“ serviert werden und sich nicht so „*offensichtlich*“ von alkoholischen unterscheiden, um eine wirkliche Al-

ternative zu alkoholischen Getränken darzustellen. Als wünschenswert wurden etwa ein Lokalguide mit Lokalen, die gute alkoholfreie Cocktails (sog. Mocktails²³) bzw. Getränke anbieten, oder eigene Getränkekarten für alkoholfreie Getränke genannt.

Hilfreiche **individuelle Strategien** waren die Vermeidung typischer Konsumsituationen (z. B. Barbesuche, Bürofeiern) oder kognitive Strategien wie die Aussicht auf das absehbare Ende des Verzichts. Als wichtigen – ungewollten – Beitrag nannten einige Frauen Schwangerschaftsübelkeit.

Da nur wenige Interviewpartnerinnen unmittelbar vor Beginn der Schwangerschaft geraucht hatten bzw. in der Schwangerschaft weiterrauchten, wurden nur wenige für den Rauchverzicht hilfreiche Rahmenbedingungen oder Strategien genannt, etwa die Vorstellung, nach der Geburt „als Belohnung“ rauchen zu können.

Formelle Unterstützungsangebote wurden im Rahmen der Schwangerenvorsorge vonseiten des Gesundheitspersonals aufgrund nicht vorhandener Problematiken nicht thematisiert. Vereinzelt waren den Frauen formelle Unterstützungsangebote aus dem beruflichen Kontext bekannt.

Welche Rolle spielen das soziale Umfeld und die Partner:innen beim Konsumverhalten?

Die Interviewpartnerinnen erlebten einhellig positive Reaktionen des sozialen Umfelds auf den Konsumverzicht, wobei mehrere Frauen einen Generationenunterschied wahrnahmen: Während Gleichaltrige einen Konsumverzicht in der Schwangerschaft als selbstverständlich ansahen bzw. jeglichen Konsum verurteilten, würden ältere Menschen die Empfehlungen zur absoluten Abstinenz eher abschwächen bzw. infrage stellen („Unseren Kindern hat ein Glas hin und wieder auch nicht geschadet“, „du übertreibst, entspann dich mal“). Als Gründe für dieses Verhalten wurde ein geringes Bewusstsein für die Folgen von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft vermutet.

Mehrere Frauen erlebten den Zeitraum zwischen dem Bekanntwerden der Schwangerschaft und deren Bekanntgeben im sozialen Umfeld als **herausfordernd**, da der Verzicht auf Alkohol einem ungewollten „Outing“ als Schwangere gleichkomme. Um das zu verhindern, wählten die Interviewpartnerinnen Strategien wie gesundheitsbezogene Ausreden, das Vermeiden entsprechender Trinksituationen oder das Anstoßen, ohne etwas zu trinken. Als wenig hilfreich wurden vereinzelte Reaktionen des sozialen Umfelds wie Mitleid („oh Gott, so lange nichts trinken“, „du Arme“) empfunden. Die Abstinenz in sozialen Situationen hat bei mehreren Frauen das Bewusstsein für den hohen gesellschaftlichen Stellenwert von Alkohol gefördert und vereinzelt auch eine Erleichterung herbeigeführt, da der Trinkzwang entfallen ist.

Die Konsumgewohnheiten der Partner:innen hatten nach Angaben der interviewten Frauen keinen Einfluss auf das eigene Verhalten. Während ein Verzicht der Partner:innen auf Alkohol von einigen

23

Wortschöpfung aus „Cocktail“ und dem englischen „mock“ (= nachahmen)

wenigen Frauen aus „*Solidaritätsgründen*“ erwünscht, im Einzelfall vehement gefordert („*beide haben das Kind gezeugt, da sollten beide mittun*“) oder als anmaßend erlebt wurde („*steht mir nicht zu*“ [Anm.: einen Verzicht zu fordern]), haben Partner:innen nur vereinzelt und sehr punktuell ihre Konsumgewohnheiten verändert, was von den Interviewpartnerinnen nahezu durchgängig als nicht problematisch wahrgenommen wurde.

In Bezug auf **Passivrauchen** zeigte das unmittelbare soziale Umfeld bzw. der:die Partner:in häufiger der Situation angepasste Reaktionen wie einen Rauchverzicht in Gegenwart der Schwangeren oder einen Wechsel verrauchter Kleidung. Die Rücksichtnahme beim Rauchen war nicht nur Bedenken hinsichtlich des Passivrauchens, sondern teilweise auch der Geruchsempfindlichkeit und Schwangerschaftsübelkeit geschuldet. Passivrauchen im öffentlichen Raum beschäftigte einige Frauen, etwa beim Besuch von Festivals oder auch Indoor-Events, bei denen das Rauchverbot nicht konsequent umgesetzt worden war.

Welche Faktoren beeinflussen die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten?

Um die Inanspruchnahme formeller Unterstützungsangebote zu beschreiben, wurden die Interviewpartnerinnen sowohl nach möglichen Barrieren für konsumierende Schwangere als auch nach notwendigen Merkmalen hilfreicher Unterstützung gefragt, wobei teilweise die unterschiedlichen Bedürfnisse schwangerer Frauen betont wurden („*von Frau zu Frau verschieden*“).

Die Antworten geben unabhängig vom eigenen Konsummuster der Interviewpartnerinnen Einblick u. a. in spezifische Lebensumstände Schwangerer und gesellschaftliche Einstellungen im Zusammenhang mit Alkohol/Nikotin. Die Antworten auf beide Fragen werden anhand des Modells von Levesque et al. (2013) (siehe Abbildung 3.3) gemeinsam dargestellt.

Wahrnehmung und Akzeptanz eines Versorgungsbedarfs

Hinter der geringen Inanspruchnahme entsprechender Unterstützungsangebote vermuten mehrere Interviewpartnerinnen **mangelndes Wissen bzw. Problembewusstsein** sowohl bei schwangeren Frauen als auch ihren Partnern und Partnerinnen. Dies betreffe besonders bestimmte Aspekte (z. B. die Schädlichkeit geringer Mengen), bestimmte Gruppen (z. B. Frauen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status, geringer formaler Bildung, Frauen mit Sprachbarrieren) oder mangelnde Kenntnisse über bestehende Unterstützungsangebote bzw. zuständige Ansprechpartner:innen (Hebamme, Gynäkologin/Gynäkologe oder ÖGK).

Bei der **Gestaltung von Infomaterialien** könnten muttersprachliche Ausgaben oder die Verwendung von Fotos/Piktogrammen (z. B. auch Bilder bzw. Warnhinweise auf Zigarettenspackungen und Alkoholflaschen) Sprachbarrieren verringern und die Thematik veranschaulichen (auch wenn gleichzeitig die Kehrseite davon thematisiert wird „... *obwohl: Das ist schon eine komische Pädagogik.*“). In eine ähnliche Richtung geht der Vorschlag zu knapp gehaltenen Informationen, da diese in stressigen Zeiten eher gelesen würden und auch für Frauen mit unterschiedlicher Bildung geeignet seien.

Inhaltlich sollte vermehrt ein Fokus auf Frauen mit einem gelegentlichen Konsum, nicht nur auf die Auswirkungen auf das Ungeborene, sondern auch auf Auswirkungen nach der Geburt gerichtet werden, insbesondere auf die lebenslangen Konsequenzen bei zentralen Kompetenzen des Kindes.

Bezüglich der **Verbreitung relevanter Informationen** thematisierten die Frauen unterschiedliche Aspekte. Das aktive Suchen nach Informationen stelle eine hohe Schwelle dar und sei vor allem bei Frauen mit einem geringeren sozioökonomischen Hintergrund bzw. niedrigerem Bildungsgrad wenig erfolgversprechend. Schriftliches Informationsmaterial in Form von Foldern würden ohne aktive Rolle und ohne persönliches Überreichen nicht gelesen bzw. in der Flut anderer Informationsmaterialien und Werbungen untergehen und damit „*keinen nachhaltigen Effekt haben*“. Die Verteilung gemeinsam mit dem MKP bzw. durch Ärztinnen/Ärzte helfe dabei, zwischen relevanten bzw. seriösen und nichtrelevanten bzw. unseriösen Informationen zu unterscheiden. Die **Verbreitung schriftlicher Informationen** könnte zusätzlich zum MKP auch über (Online-)Apotheken, etwa beim Kauf von Schwangerschaftsvitaminen, in Wartezimmern oder Toiletten von Gynäkologinnen und Gynäkologen bzw. gynäkologischer Abteilungen erfolgen. Breitere Informationskampagnen könnten über Infoscreens in U-Bahn-Stationen oder öffentlichen Verkehrsmitteln lanciert werden. Ein größeres Gewicht der Informationen könnte nach Ansicht zweier Interviewpartnerinnen auch durch direktes Anschreiben seitens der Sozialversicherungsträger erreicht werden, sobald das Bestehen der Schwangerschaft gemeldet werde oder man sich zur Geburt anmelde.

Mehrere Interviewpartnerinnen betonten, dass bereits bestehende Kontakte im Versorgungssystem wegen des vorhandenen Vertrauensverhältnisses und/oder aus logistischen Überlegungen (zusätzliche Termine stellen organisatorische Hürden dar) genutzt werden sollten. Als geeignete **Ansprechpartner:innen** für Frauen mit Unterstützungsbedarf sehen die Interviewpartnerinnen primär Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen, wohingegen Allgemeinmediziner:innen diesbezüglich ambivalent beurteilt werden: Zum einen würden diese Frauen nicht auf ihre Schwangerschaft reduzieren, zum anderen würden Kontakte mit ihnen nicht bei jeder Frau bestehen bzw. im Schwangerschaftsverlauf mitunter erst spät stattfinden. Neben der Nutzung bestehender Versorgungssysteme wurde auch der Wunsch nach einer **zentralen Anlaufstelle** für betroffene Frauen genannt.

Suchen nach Versorgungsangeboten

Zu den Faktoren, die das Suchen von Unterstützung beeinflussen, gehören zentral sowohl die Werte der Schwangeren als auch die Werte des Gesundheitspersonals.

Zu den am häufigsten von Schwangeren genannten Hindernissen zählt **Scham** in Bezug auf das bisherige Trinken („*Zugeben ist immer schwierig – egal was für einen Fehler man macht.*“), weil man als Schwangere von den negativen Auswirkungen auf das Ungeborene wisse oder weil erwartet werde, dass der Verzicht angesichts der Freude über die Schwangerschaft leicht fallen müsse. Neben der Scham entstehe auch das **Gefühl der Unzulänglichkeit**, weil man eingestehen müsse, sich nicht sozial erwünscht zu verhalten oder süchtig zu sein und nicht allein aufhören zu können. Als weitere Barriere wird **Angst** vor bereits erfolgten **Schädigungen des Ungeborenen** und **Angst vor Verurteilung** bzw. **Stigmatisierung** genannt. Stigmatisierung erfolge durch das Gesundheitspersonal („*Als Medizinerin wertet man, weil man die Nachteile von Alkohol und Nikotin kennt.*“), das soziale Umfeld („*Druck der Gesellschaft*“) und/oder durch andere Schwangere, die auf einigen

Social-Media-Seiten Schwangere für ihren Kaffee- oder Energydrinkkonsum massiv beschämen und verurteilen würden. Einige Interviewpartnerinnen hoben die besondere Beobachtung hervor, unter der man als (werdende) Mutter stehe (*„Man wird als Mutter für alles verurteilt.“*).

Nach Ansicht einiger interviewter Frauen entstehe sozialer Druck sowohl durch die Verurteilung jeglichen Konsums als auch durch die Bagatellisierung des Konsums bzw. von dessen Auswirkungen auf das Ungeborene. Diesen Aussagen liegen zum Teil selbsterlebte Reaktionen seitens des sozialen Umfelds zugrunde, etwa dahingehend, dass man es mit dem Nichttrinken zu ernst nehme (*„Unsere Eltern haben auch getrunken, und aus uns ist auch etwas geworden.“*). Oder es wird nur innerhalb der eigenen vier Wände geraucht, um einer öffentlichen Verurteilung zu entgehen.

Verschiedene Meinungen und Vorbilder im unmittelbaren sozialen Umfeld würden nach Ansicht der Befragten ebenso eine Hürde darstellen, etwa wenn der Familie bzw. dem:der Partner:in mehr vertraut werde als der Ärztin / dem Arzt. Angesichts der Vielfalt von Meinungen könne man sich immer auf eine Position berufen, die einem passe.

Die **Haltung des Gesundheitspersonals** dürfe nicht durch Schuldzuweisungen oder Kritik, sondern müsse vielmehr durch Akzeptanz und einen wertfreien Zugang geprägt sein. Hier sollte das Verhalten der Schwangeren in einem Gesamtkontext gesehen werden und nicht nur das Konsumverhalten, sondern auch die möglichen diesem zugrunde liegenden Ursachen wie z. B. Stress oder die Suche nach einer Stütze – weil Substanzen *„Halt geben“*. Hier könnte auch die Unterstützung etwa durch das „Rauchfrei Telefon“ hilfreich sein, nicht nur weil die Mitarbeiter:innen Expertise in der Versorgung von Menschen mit einem Suchtverhalten oder hohen Konsum haben, sondern auch weil diese eher eine nicht-verurteilende Haltung haben würden als Hebammen, die den Fokus auf die Gesundheit des Ungeborenen bzw. Babys richten würden.

Erreichen von Versorgungsangeboten

Bei der Gestaltung der Angebote müssten besonders die Bedürfnisse von Frauen mit Versorgungspflichten betreffend kleine Kinder, von Frauen mit Sprachbarrieren und von solchen mit geringem sozioökonomischem Hintergrund berücksichtigt werden.

In Bezug auf die **Rahmenbedingungen von Unterstützungsangeboten** werden Anonymität (z. B. in Form von Hotlines, Beratung per E-Mail, Selbsthilfegruppen oder telefonisch als Vorbereitung für persönlichen Kontakt) und Niederschwelligkeit als wichtige Aspekte genannt. Einige Interviewpartnerinnen wiesen hier auf den niederschweligen Austausch über Social-Media-Plattformen hin, da viele Schwangere diese Angebote wie etwa Instagram-Lives²⁴ von Hebammen und Stillberaterinnen nutzen würden.

24

Bei Instagram-Lives handelt es sich um Livestreams, bei denen Follower:innen über Kommentare mit dem:der Streamer:in in Kontakt treten können.

Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten

Ein finanzielles **Anreizsystem** (analog der Auszahlung des Kindergeldes bei Absolvierung bestimmter im MKP vorgesehener Untersuchungen), etwa das Absolvieren eines verpflichtenden Beratungsgesprächs, sei nicht unproblematisch, sollte aber diskutiert werden.

Passgenauigkeit suchtspezifischer Versorgungsangebote

Die Ausgestaltung spezifischer Unterstützungsangebote ist nach Ansicht einiger Frauen von der Substanz abhängig: Hinter einem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft wird eher ein Suchtproblem mit anderen zugrunde liegenden Problemen vermutet, das eine Behandlung durch Psychiater:innen bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder die Suchthilfe erfordere, im Gegensatz zum Nikotinkonsum, der auch niederschwelligere Hilfe erlaube. Auch sei es wichtig, zu vermitteln, dass beim Rauchen nicht nur Abstinenz, sondern auch eine Reduktion eine sinnvolle Option sei, wenn eine Abstinenz nicht möglich sei, sowie auf hilfreiche Alternativen und Tools (z. B. ein Konsumtagebuch) einzugehen.

Was könnte in der Schwangerenvorsorge verbessert werden?

Im Rahmen der Interviews äußerten einige Schwangere spontan Vorschläge zur Verbesserung des Screenings und der Informationsvermittlung durch das Gesundheitspersonal im Rahmen der Schwangerenvorsorge und der Unterstützung konsumierender Schwangerer:

Screening

- » direktes **Fragen nach den Konsummengen** erfasst mehr betroffene Frauen, da Schwangere mit einem gelegentlichen Konsum sich bei einer dichotomen Erfassung nicht als Konsumentin verstehen und daher mit „nein“ antworten. Diese Vorgehensweise wäre zudem eine gute Gelegenheit, die Bedeutung des geringen Konsums für die Gesundheit des Kindes zu betonen und die Frauen mit Unterstützungsangeboten zu versorgen.
- » **Erweiterung des Screenings um Fragen zu alternativen Tabakprodukten**, da Frauen, die dampfen oder Snus/Nikotinpouches konsumieren, bei der Frage „Rauchen Sie?“ nicht angesprochen werden
- » Erweiterung des Screenings um **Passivrauchen**

Information

- » Der **Fokus der Informationen** sollte nicht nur auf den Folgen von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft für die Kinder, sondern auch auf den **gesundheitlichen Folgen für die Schwangere** (z. B. Rauchen als Diabetesrisiko) liegen.
- » **verpflichtende Information durch Hebammen** im Rahmen des MKP-Termins, da bei der ersten gynäkologischen Untersuchung alles überwältigend ist und relevante Informationen häufig nicht aufgenommen werden können

- » **verpflichtende Information** über die Folgen von Alkohol und Nikotin zusätzlich durch eine Mitarbeiterin / einen Mitarbeiter der gynäkologischen Praxis. Damit könne verhindert werden, dass man sich als konsumierend „*outen*“ müsse oder Informationen abblocken könne („*Man ist ja aus der Sache draußen, wenn man keinen Konsum angibt.*“).

Unterstützung

- » Betonung, dass **Rauchreduktion** in der Schwangerschaft ein sinnvolles Ziel sein kann, um eine Abschreckung konsumierender Frauen angesichts eines Totalverzichts zu verhindern

Welche Gesundheitsthemen sind für Frauen während der Schwangerschaft relevant?

Alkohol und Nikotin sind ungeachtet ihrer gesundheitspolitischen Relevanz nur eines von vielen Themen, die Frauen während der Schwangerschaft beschäftigen. Die meisten Interviewpartnerinnen waren nach eigenen Angaben vor allem mit Themen wie **Ernährung, Gewichtszunahme und Bewegung** befasst. Analog den Alkoholkonsumempfehlungen sorgten auch bei der Ernährung teils unterschiedliche Empfehlungen (in unterschiedlichen Ländern) für Verunsicherung. Als positiv und hilfreich wurden Vorgehensweisen wie jene einer Gynäkologin hervorgehoben, welche die zahlreichen Ver- und Gebote auf fünf wichtige Lebensmittel reduziert hat („*Sonst kann man nichts mehr essen.*“).

Verunsicherung bestand bei einigen wenigen auch in Bezug auf den Konsum nichtalkoholischer Getränke wie Energydrinks oder Kaffee. Konsumempfehlungen für Kaffee wurden als sehr widersprüchlich und vom Alter der Ärztinnen/Ärzte abhängig wahrgenommen. Auch zeigt sich hier ein zunehmendes Vertrauen der Frauen in die eigene Urteilsfähigkeit im Laufe der Schwangerschaft dahingehend, was guttut und was nicht: „*Kaffee ist ja kein Kindergetränk*“, also ist er für Schwangere nicht gut).

Einige Interviewpartnerinnen waren in Bezug auf **die Einnahme bzw. Wirkungen bestimmter Substanzen** wie Medikamente (z. B. Triptane zur Behandlung von Migräne oder Erkältungsmittel, Hustensaft), den Konsum von CBD²⁵ oder die Verträglichkeit von Impfstoffen (z. B. gegen Influenza) verunsichert. Fehlende Informationen holten betroffene Frauen über Apotheken, Fachseiten wie www.embryotox.de²⁶ oder 1450 ein.

25

Auswirkungen auf das Ungeborene, weil einige Freundinnen während der Schwangerschaft anstelle von THC-haltigem Cannabis auf CBD umgestiegen sind

26

Die Seite bietet Informationen zur Verträglichkeit von Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit an.

4.3 Interviews mit Gesundheitspersonal

Insgesamt nahmen elf Personen (zehn Hebammen und ein Gynäkologe) an leitfadengestützten Interviews teil. Die teilnehmenden Hebammen verfügen über Erfahrungen im stationären und ambulanten klinischen Setting, als Familienhebamme oder als freie Hebamme und deckten damit unterschiedliche berufliche Settings ab. Der teilnehmende Gynäkologe²⁷ verfügt über Erfahrungen sowohl im klinischen Setting als auch im niedergelassenen Bereich.

Welchen Stellenwert haben Alkohol und Nikotin in der Schwangerenvorsorge?

Nach Einschätzung des interviewten Gesundheitspersonals spielt Rauchen bei Schwangeren eine weitaus bedeutendere Rolle als der Konsum von Alkohol. Frauen, die in der Schwangerschaft Alkohol trinken, werden vom Gesundheitspersonal in der Schwangerenvorsorge selten wahrgenommen, die Interviewpartnerinnen und der Interviewpartner sind sich unschlüssig, ob betroffene Frauen in diesen Settings nicht auftauchen oder Alkoholkonsum im Setting der Schwangerenvorsorge nicht entdeckt wird. Mehrheitlich wird der Eindruck berichtet, dass hinsichtlich der negativen Folgen von Alkohol in der Schwangerschaft eine weitaus höhere Sensibilität in der Bevölkerung bzw. bei werdenden Müttern besteht als in Hinblick auf Nikotin.

Alkohol und Nikotin stellen für die interviewten Personen zwar ein wichtiges, aber nur eines von zahlreichen Gesundheitsthemen dar und spielen im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen im Rahmen der Schwangerenvorsorge nur eine untergeordnete Rolle. Diese Einschätzung beruht auf der Erfahrung, dass vergleichsweise wenige Frauen in der Schwangerschaft konsumieren. Gleichzeitig wird eingeräumt, dass diese Frauen allerdings einer kontinuierlichen Betreuung durch die Hebamme bedürften und dieses Thema viele Ressourcen erfordere, da eine Veränderung des Konsumverhaltens (meist Rauchen) nicht kurzfristig möglich sei.

Teils widersprüchlich ist, dass zwar anderen Gesundheitsthemen wie z. B. Adipositas, Blutdruck und Diabetes eine größere Relevanz als Alkohol und Nikotin beigemessen wird, aber gleichzeitig kritisiert wird, dass die Themen Rauchen und Alkohol nicht weiterverfolgt würden, sobald Frauen angegeben hätten, nicht zu rauchen oder zu trinken. Der Stellenwert von Alkohol und Nikotin im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen ist zudem settingabhängig, z. B. sind bei Familienhebammen oder im stationären Bereich naturgemäß andere gesundheitliche Probleme vordergründig.

Bei welchen Gelegenheiten werden Alkohol und Rauchen im Rahmen der Schwangerenvorsorge bzw. in der Betreuung von Müttern thematisiert?

Abhängig vom Setting bieten sich dem Gesundheitspersonal mehrere Gelegenheiten, das Konsumverhalten der schwangeren Frauen anzusprechen bzw. diese über die Auswirkungen des Al-

²⁷

zur Erreichbarkeit der Gynäkologinnen und Gynäkologen siehe Kapitel 2.3.3

kohol- und Nikotinkonsums in Schwangerschaft und Stillzeit zu informieren, wobei zwischen **rou-
tinemäßigen** und **anlassbezogenen Gelegenheiten** unterschieden werden kann. Bei Hebammen sind dies neben der **rutinemäßigen** Anamnese in der Einzelbetreuung die Geburtsanmeldung im Krankenhaus, Gruppenangebote wie Geburtsvorbereitungskurse oder Babytreffs bzw. die Betreuung der Frauen im Wochenbett. Bei Gruppenangeboten steht die allgemeine Information im Vordergrund, ein Screening des Konsumverhaltens findet im Einzelsetting statt.

Vertieft wird das Thema Alkohol bzw. Nikotin **anlassbezogen**, wenn Frauen einen einschlägigen Konsum berichten oder dieser zwar negiert, aber aufgrund bestimmter Anzeichen dennoch vermutet wird – das betrifft etwa einen nach Rauch riechenden MKP, ein häufiges Vor-die-Türe-Gehen während eines ambulanten Termins bzw. stationären Aufenthalts, ein schnelles Mobilwerden nach einer Sectio oder den Wunsch nach vorzeitigem Abstillen. Im Rahmen der gynäkologischen Versorgung sind Anlassfälle zusätzlich auch Auffälligkeiten bei der Entwicklung des Ungeborenen wie z. B. Verkalkungen der Plazenta.

Die sich dabei bietenden Gelegenheiten und die Vorgehensweisen dabei sind vom Setting bzw. der Betreuungsdauer abhängig. Mehrmaliges Nachfragen im Laufe der Schwangerschaft erfolgt nur bei Frauen, die konsumiert haben, und aus Ressourcengründen nicht bei anderen, weil eher davon ausgegangen wird, dass Nichtraucherinnen nicht in der Schwangerschaft mit dem Rauchen beginnen.

Was trägt zu einem gelingenden Gespräch über Alkohol und Nikotin bei?

Nach Einschätzung der Interviewten erleben Schwangere das **Screening** des Alkohol- und Nikotinkonsums selten als überraschend bzw. unangemessen, der Mutter-Kind-Pass bzw. ein Anamnesebogen (z. B. in einem Krankenhaus) erweisen sich dabei als hilfreich und als guter Einstieg ins Thema. Die Einbettung in eine allgemeine Anamnese machen Alkohol und Nikotin zu einem von mehreren gesundheitsrelevanten Themen, weswegen die Fragen danach als selbstverständlich und als ein Routinevorgehen wahrgenommen werden und nicht auf einen Verdacht zurückgeführt werden. Setting- und situationsabhängig nutzen Hebammen den Anamnesebogen vereinzelt auch dazu, um das Screening potenziell unangenehmer Themen, zu denen beispielsweise auch (sexuelle) Gewalterfahrungen gehören, einzuleiten bzw. zu entschuldigen (*„Ich muss da jetzt einige Dinge abfragen.“*).

Bei der **Vermittlung von Informationen** bedarf es nach Ansicht der Befragten sachlicher, *„nicht emotional gefärbter“* Inhalte bzw. klarer Botschaften, die dem Wissens- bzw. Bildungsstand der Schwangeren entsprechen. Unklare Aussagen im Konjunktiv bzw. mit Formulierungen wie *„eventuell, vielleicht“*, mit dem Ziel Frauen nicht zu verschrecken, würden die eigentliche Botschaft verwässern. Besonders bei Gelegenheiten, in denen die Auswirkungen des Nikotinkonsums augenscheinlich werden (z. B. beim Schreiben eines CTG, wenn sich ein Rauchen kurz davor in deutlichen Veränderungen der Herztöne niederschlägt, oder Ultraschallaufnahmen, die eine verkalkte Plazenta zeigen), ist der Spagat zwischen der eindringlichen Information / den verwendeten Metaphern (*„Es kommt zu einer Verkalkung des Mutterkuchens, als würden Sie dem Kind einen Polster aufdrücken, es bekommt weniger Sauerstoff“*) und den dadurch bei den Schwangeren ausgelösten

Emotionen schwierig. Diese Gelegenheiten bieten zugleich einen Ansatzpunkt für Veränderungen, da die Sorge um das Wohlbefinden des Babys besteht.

Eine weitere Voraussetzung für gelingende Gespräche über Alkohol und Nikotin sei eine wertschätzende, nichturteilende **Grundhaltung**, die eine vertrauensvolle Beziehung mit der Schwangeren ermöglicht und signalisiert, alle Themen ansprechen zu können. Dazu trüge das Verständnis bei, dass dem Alkohol- bzw. Nikotinkonsum in der Schwangerschaft oftmals eine Suchterkrankung zugrunde liege und der Konsum im Gesamtkontext des Lebens der Schwangeren gesehen werden müsse. Während bestimmte Verhaltensweisen rauchender Schwangerer wie z. B. bagatellisierende Angaben zum Konsumverhalten oder Schutzbehauptungen als alltäglich und gut handhabbar erlebt werden, erfordern andere Verhaltensweisen oder Äußerungen mehr Erfahrung bzw. „*Bauchgefühl*“, um eine nichturteilende Haltung beizubehalten und die adäquate Gestaltung der Beziehung mit der Schwangeren nicht zu gefährden.

Ein wichtiger Faktor dieser Beziehungsgestaltung sei es, den Frauen zu vermitteln, dass Entscheidungen in ihrer Hand lägen.

Ein offenes Gespräch setze bestimmte **Rahmenbedingungen** wie etwa eine ausreichende Privatsphäre, voraus, was vor allem im stationären Setting mit Mehrbettzimmern zu berücksichtigen sei.

Mit welchen Reaktionen konsumierender Frauen ist das Gesundheitspersonal konfrontiert?

Konsumierende Schwangere zeigen verschiedene Reaktionen, wenn sie im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge mit ihrem Rauchverhalten konfrontiert werden. Am häufigsten berichteten die Befragten Verhaltensweisen wie Bagatellisierung („*Ich rauche eh nur ganz wenig.*“), Rechtfertigungen („*Der Arzt hat's erlaubt.*“, „*Ich kann nicht aufhören, sonst kriegt das Baby einen Entzug*“) oder Aussagen wie „*Bei einem kleineren Kind tut die Geburt nicht so weh.*“. Die Interviewten sehen in diesen Reaktionen mehrheitlich Abwehr bzw. zugrunde liegende Schuldgefühle; mangelndes Wissen wird hinter diesem Verhalten nur in Einzelfällen vermutet. Ein schlechtes Gewissen verstärke nach Erfahrung mehrerer Hebammen den Stress, der sich wiederum ungünstig auf das Rauchverhalten auswirke. Besonders im Zusammenhang mit den Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit des Kindes wie z. B. als Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod verstärke das schlechte Gewissen die Verwendung von Atemmatten oder Kameras. Mehrere Interviewte betonten den Eindruck, dass Schwangere oftmals nicht zu rauchen aufhören wollten.

Anders gestalten sich die Reaktionen der Schwangeren in Situationen, in denen die Auswirkungen des Rauchens unmittelbar greifbar werden und nicht eine potenzielle und in der Zukunft liegende Folge darstellen (z. B. Verkalkungen der Plazenta, Verfälschung der Herztöne beim CTG) – hier sind Schreck und Sorge beobachtbar.

Welche Barrieren erschweren das Ansprechen?

In einigen Settings des beruflichen Alltags stellen **Sprachbarrieren** eine Herausforderung dar, die durch Zeichensprache, den Austausch darüber mit Kolleginnen bzw. die Weiterleitung an muttersprachliche Kolleginnen auszugleichen versucht wird. Ebenso können Begleitpersonen eine Barriere darstellen, für die sich unterschiedliche Strategien entwickeln würden.

Der **Zeitfaktor** wird als relevante Barriere für Gynäkologinnen und Gynäkologen im niedergelassenen Bereich genannt. Zeit spiele weniger bei der Erhebung des Konsumverhaltens eine Rolle (die Frage per se sei nicht zeitintensiv), sondern in Hinblick auf darüber hinausgehende Gespräche, wodurch unter Umständen die Aufklärung nicht immer „*gründlich*“ erfolge oder entfalle. Manchmal würde auch nicht genau exploriert, sondern es würde nur die Information über die Schädlichkeit von Alkohol und Nikotin gestreut („*Wissen Sie eh, dass es nicht gesund ist?*“), da man bei einem Konsum genauer explorieren und sich intensiver damit befassen müsse und die Zeit dafür nicht vorhanden sei. Der Zeitfaktor sei ein wesentlicher Mitgrund, warum Passivrauchen kaum thematisiert werde.

Mit welchen Konsumempfehlungen werden Schwangere konfrontiert?

Bei dieser Frage wurden die Interviewten gebeten, auch an die Kollegenschaft denken. Bezüglich Konsumempfehlungen zeigt sich nach Ansicht einiger Interviewter ein Generationenaspekt, vor allem jüngere Kolleginnen und Kollegen empföhlen eher „*null Alkohol und null Nikotin*“ unter allen Umständen, wohingegen Ältere besondere Gelegenheiten wie Geburtstage oder Silvester als Ausnahmen sähen. Zudem vermuten einige Befragte, dass das eigene Konsumverhalten des Gesundheitspersonals nicht nur eine Barriere für Gespräche über die Auswirkungen darstelle, sondern auch einen Einfluss auf Konsumempfehlungen, primär betreffend geringe Mengen, habe.

Wie ist der Wissensstand der Schwangeren in puncto Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft?

Die Interviewten schilderten mehrheitlich einen **hohen Wissensstand** bezüglich des Themas bei Schwangeren, wobei dem Internet hierbei eine wichtige Rolle beigemessen wird. Im Internet fänden Frauen allerdings auch unterschiedliche Positionen hinsichtlich Konsumempfehlungen und damit „*Antworten, die man finden will*“, um das eigene Konsumverhalten zu rechtfertigen.

Die häufigste **Falschinformation** unter Schwangeren sei nach Ansicht der Befragten, dass ein Rauchstopp in der Schwangerschaft wegen des Entzugs beim Fötus zu vermeiden sei, vereinzelt werde diese Information auch durch Gesundheitspersonal weitergegeben.

Einige Interviewte betonten in diesem Kontext auch den Zuwachs an wissenschaftlichen Erkenntnissen, wodurch bestimmte Behandlungen, z. B. Alkoholinfusionen zur Wehenhemmung, in der Gynäkologie nicht mehr State of the Art seien und Konsumempfehlungen durch Gesundheitspersonal, wie z. B. dunkles Bier zur Milchbildung zu trinken, keine bzw. kaum mehr eine Rolle spielen.

Wie können Schwangere beim Konsumverzicht unterstützt werden?

Der Umgang mit konsumierenden Schwangeren sei nach Ansicht einer interviewten Person nicht nur verschiedene durch Hürden, sondern auch durch das **Rollenverständnis** der Ärztinnen/Ärzte geprägt, wobei das Handeln im Spannungsfeld zwischen Suchtverhalten und Eigenverantwortung stattfinde. Zum einen wird betont, dass es Aufgabe der Frauen sei, auf Basis der vorliegenden Informationen eigenverantwortlich Konsumententscheidungen zu treffen, zum anderen wird berichtet, dass viele Frauen nicht aufhören könnten bzw. bei ihnen ein Suchtverhalten vorliege. Der Handlungsspielraum für eine Gynäkologin / einen Gynäkologen sei eingeschränkt, da bei Schwangeren, die ihren Konsum bagatellisieren würden oder süchtig seien, die Zeit für eine Veränderung nicht gegeben sei.

Die Art der **Unterstützung beim (Rauch-)Verzicht** ist nach Einschätzung der interviewten Hebammen vom Setting abhängig: Nur dort, wo eine kontinuierliche Betreuung erfolgt, sei eine Unterstützung der Schwangeren bei der Reduktion möglich. Grundsätzlich habe sich ein am Konsum bzw. am Ausmaß des Problems orientiertes individuelles Vorgehen bewährt, indem Frauen darin bestärkt würden, dass jede Zigarette weniger zähle und/oder an kooperierende Stellen weitervermittelt würden.

Kooperationen mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe seien vor allem bei einer Einbindung in eine Institution grundsätzlich vorhanden, wobei diese nicht immer systematisch sei oder unklare Rollen bestünden.

Im Interviewverlauf zeigte sich bei einigen Personen mangelndes Wissen über geeignete formelle Unterstützungsangebote für konsumierende Schwangere, auch wenn dies nicht gezielt angesprochen wurde.

4.4 Onlinebefragung von Gesundheitspersonal

In einer kurzen Onlinebefragung wurden Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen zum Screening des Konsumverhaltens ihrer schwangeren Patientinnen, zur Information Schwangerer über die Auswirkungen des Konsums während der Schwangerschaft, zu Konsumempfehlungen und möglichen Barrieren im Kontext dieser Thematik befragt.

124 **Gynäkologinnen/Gynäkologen** füllten den Fragebogen vollständig aus und wurden bei der Auswertung berücksichtigt (siehe Kapitel 2.3.3). Die Teilnehmer:innen waren häufiger weiblich (64 %), zumeist zwischen zehn und 19 Jahren in ihrem Beruf tätig und übten ihre Tätigkeit überwiegend im niedergelassenen Bereich aus (72 %; eine detaillierte Darstellung der Stichprobe findet sich in Kapitel 7.2.4).

Von der Berufsgruppe der **Hebammen** liegen 87 vollständige Fragebögen vor, die in der Auswertung berücksichtigt wurden (siehe Kapitel 2.3.3). Die teilnehmenden Hebammen sind bis auf eine

Ausnahme weiblich, mehrheitlich kürzer als fünf Jahre in ihrem Beruf tätig und arbeiten überwiegend im stationären Setting (62 %; eine detaillierte Darstellung der Stichprobe findet sich in Kapitel 7.2.4).

Die Darstellung der zentralen Ergebnisse der Onlinebefragung der beiden Berufsgruppen erfolgt gemeinsam anhand der erhobenen Themenbereiche.

4.4.1 Einstellungen zu und Stellenwert von Alkohol und Rauchen in der Schwangerenvorsorge

Wie problematisch schätzt das Gesundheitspersonal den gelegentlichen Konsum von Alkohol und Zigaretten in der Schwangerschaft ein?

Die Mehrheit der Gynäkologinnen/Gynäkologen (89 %) und Hebammen (97 %) beurteilte das gelegentliche Rauchen in der Schwangerschaft als problematisch oder eher problematisch. Eine identische Beurteilung findet sich bezüglich eines gelegentlichen Glases Alkohol in der Schwangerschaft: Dieses beurteilten 89 Prozent der Gynäkologinnen/Gynäkologen und 97 Prozent der Hebammen als problematisch oder eher problematisch.

Im Vergleich zu Gynäkologinnen/Gynäkologen beurteilten Hebammen sowohl einen gelegentlichen Alkohol- als auch einen gelegentlichen Zigarettenkonsum häufiger als problematisch / eher problematisch.

Welchen Stellenwert haben die Themen Alkohol und Nikotin in der Schwangerenvorsorge?

Auf die Frage, welchen Stellenwert das Thema Rauchen im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen in der Schwangerenvorsorge hat, gab die überwiegende Mehrheit der Gynäkologinnen und Gynäkologen (97 %) und der Hebammen (94 %) dieses Thema als sehr wichtig oder eher wichtig an. Der Stellenwert von Alkohol im Rahmen der Schwangerenvorsorge wird von beiden befragten Berufsgruppen mit 93 Prozent (Gynäkologinnen/Gynäkologen) bzw. 90 Prozent (Hebammen) nur unwesentlich geringer eingestuft.

Etwa ein Drittel der Hebammen (35 %) sowie der Gynäkologinnen und Gynäkologen (37 %) hat nach eigenen Angaben bereits außerhalb der Ausbildung an einer **spezifischen Fortbildung** zum Thema Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft teilgenommen.

4.4.2 Screening des Konsumverhaltens und Passivrauchens

Von Interesse war, ob Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen das Alkohol- und Zigarettenkonsumverhalten routinemäßig explorieren oder nur bei bestimmten Frauen, etwa wenn ein

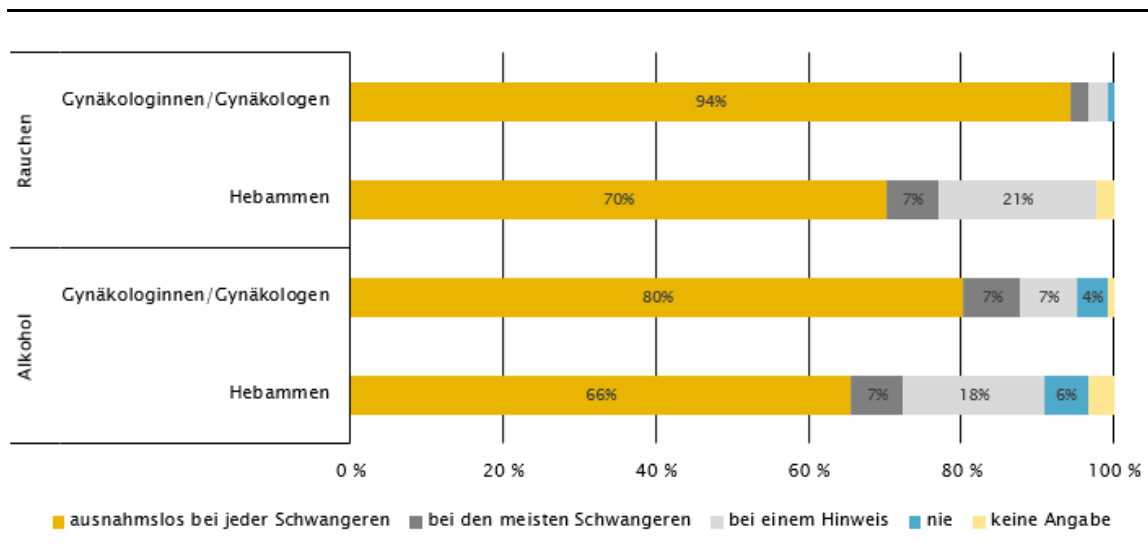
Konsum bekannt ist bzw. bestimmte Anzeichen wie z. B. der Geruch nach Rauch einen Konsum vermuten lassen.

80 Prozent der Gynäkologinnen und Gynäkologen erfassen nach eigenen Angaben Alkoholkonsum und 94 Prozent das Rauchverhalten ausnahmslos bei jeder Schwangeren. Bei Alkohol wird häufiger nur bei bestimmten Schwangeren exploriert, als dies bei Rauchen der Fall ist. Einige Befragte wiesen ergänzend darauf hin, dass die Erhebung des Konsumverhaltens im MKP verpflichtend vorgesehen sei, einige Ärztinnen sprechen die Themen bereits im Vorfeld einer Schwangerschaft als Risikofaktor für die Fertilität an. Vereinzelt nennen Gynäkologinnen/Gynäkologen die Zusammensetzung ihrer Patientinnen (z. B. Wahlarztordination, Bezirk oder Musliminnen) oder den beruflichen Fokus (z. B. Tätigkeit in der Suchthilfe) als Grund für ein bestimmtes Explorationsverhalten.

Hebammen erfassen sowohl das Alkohol- als auch das Rauchverhalten seltener bei ausnahmslos allen Schwangeren und häufiger bei einem bekannten Konsum bzw. bei Vorliegen von Hinweisen auf einen solchen (siehe Abbildung 4.23).

Abbildung 4.23:

Anteil des durchgeführten Screenings hinsichtlich Alkohol- und Zigarettenkonsum nach Beruf



Quelle: GÖ FP

40 Prozent der Gynäkologinnen/Gynäkologen geben an, den Konsum **alternativer Nikotinprodukte** wie etwa von E-Zigaretten, Nikotinbeuteln oder Vapes²⁸ bei allen Schwangeren zu erfassen. 35 Prozent erheben diesen häufig bzw. manchmal, und 20 Prozent der Ärztinnen/Ärzte erfassen alternative Nikotinprodukte nie. Etwa die Hälfte der Hebammen erhebt den Konsum alternativer Nikotinprodukte nie, ein Drittel häufig oder manchmal, und etwa zehn Prozent tun dies bei jeder

28

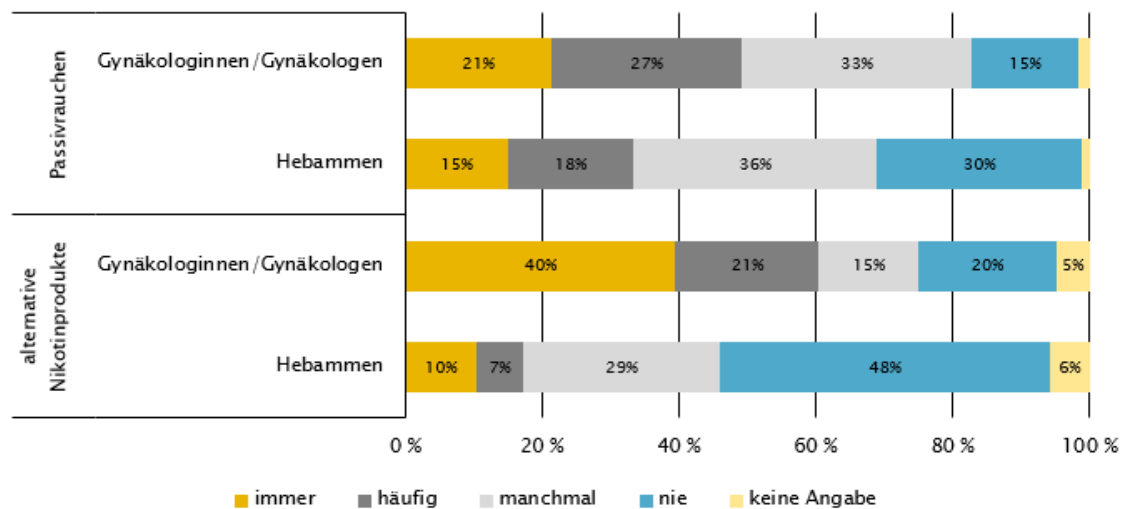
Im Unterschied zu E-Zigaretten werden beim Vapen anstelle von Liquids Feststoffe verdampft.

Schwangeren (siehe Abbildung 4.24). Beim Screening des Konsums alternativer Nikotinprodukte zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den beiden teilnehmenden Berufsgruppen.

Weniger deutlich sind die Unterschiede bei der Erhebung des **Passivrauchens**. 21 Prozent der Gynäkologinnen und Gynäkologen und 15 Prozent der Hebammen erheben immer, ob ihre Patientin bzw. die von ihnen betreute Schwangere Passivrauch ausgesetzt ist. Bei 17 Prozent der Ärztinnen/Ärzte und 30 Prozent der Hebammen spielt die Frage nach dem Passivrauchen in der Betreuung Schwangerer keine Rolle (siehe Abbildung 4.24).

Abbildung 4.24:

Anteil des durchgeführten Screenings hinsichtlich Passivrauchen und alternativen Nikotinprodukten nach Beruf



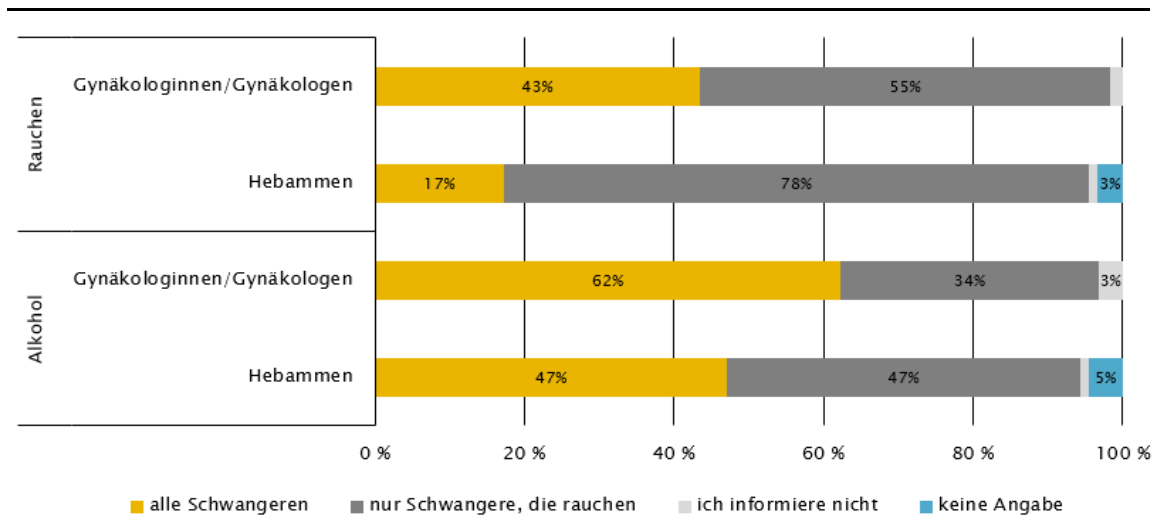
Quelle: GÖ FP

4.4.3 Information über die Folgen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft

Etwa zwei Drittel der Gynäkologinnen und Gynäkologen informieren jede Schwangere über die möglichen Folgen von Alkohol während der Schwangerschaft, etwa ein Drittel nur jene Frauen, die einen diesbezüglichen Konsum angeben, und fünf Prozent informieren nach eigenen Angaben nicht über die Folgen. Über die Folgen des Rauchens informieren 43 Prozent aller Ärztinnen und Ärzte alle Schwangeren, etwas mehr als die Hälfte der Befragten nur Patientinnen, die rauchen (siehe Abbildung 4.25).

Abbildung 4.25:

Information von Schwangeren über die Folgen von Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft nach Beruf



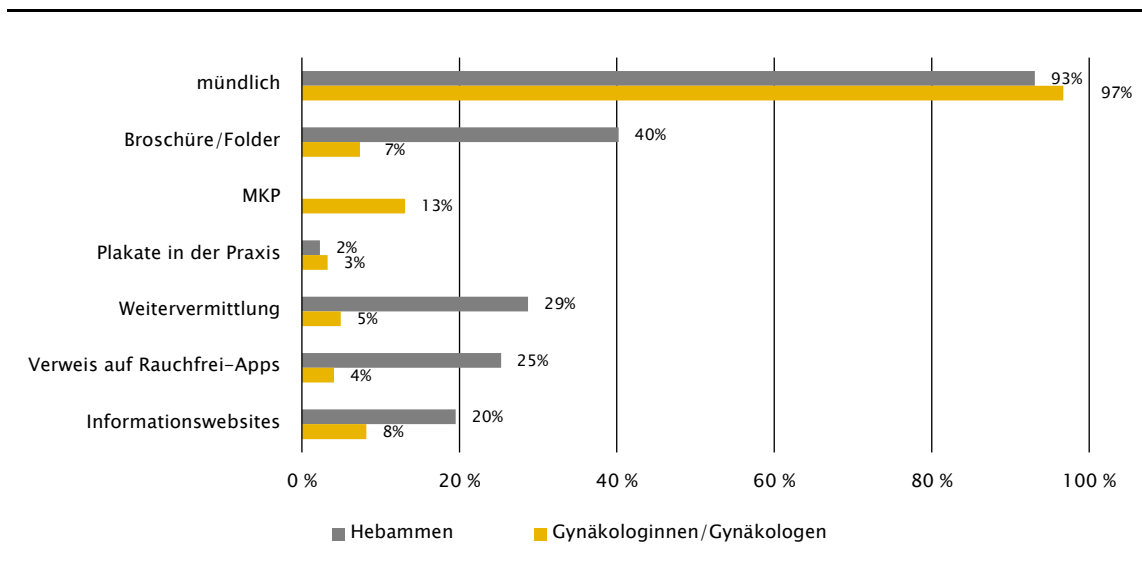
Quelle: GÖ FP

Die überwiegende Mehrheit sowohl der Gynäkologinnen/Gynäkologen als auch der Hebammen, die Schwangere in Sachen Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft informieren, tun dies mündlich. Hebammen nutzen nach eigenen Angaben (zusätzlich) häufiger schriftliches Informationsmaterial oder informieren über weitere Ressourcen wie Informationsseiten oder Apps und verweisen auch häufiger weiter (siehe Abbildung 4.26).

Ergänzend zu den in der Befragung vorgegebenen Antwortoptionen informieren Gynäkologinnen und Gynäkologen ihre Patientinnen auch mittels eigens zusammengestellter Informationsblätter („Dos and Don’ts“) oder vereinzelt über Studien. Zwei Befragte wiesen explizit auf das Fehlen einschlägiger Broschüren oder Plakate im Krankenhaus hin.

Hebammen ergänzten vereinzelt, dass sie die Art der Information vom Konsumverhalten der Frau abhängig machen würden oder bei Bedarf an das „Rauchfrei Telefon“ verwiesen.

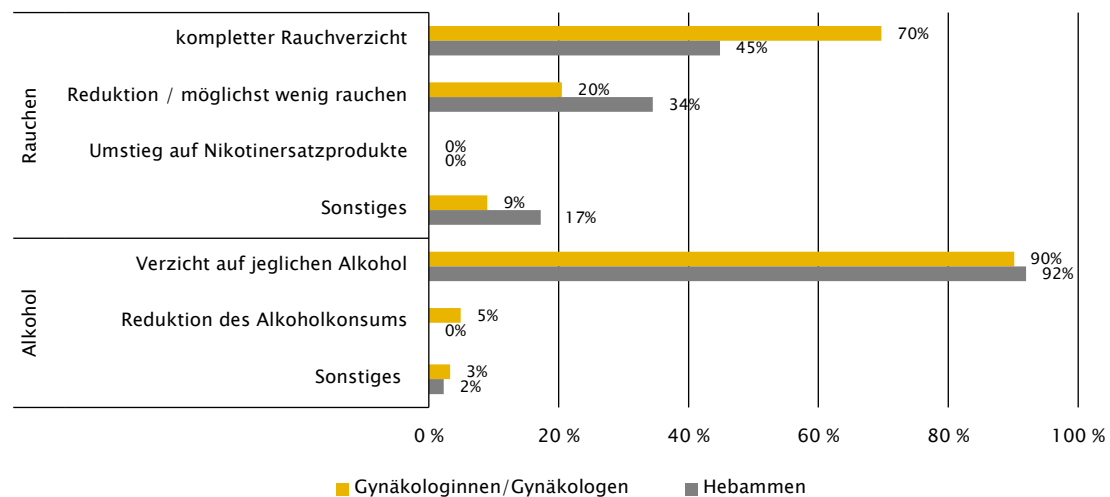
Abbildung 4.26:
Art der Information nach Berufsgruppen



Quelle: GÖ FP

Die überwiegende Mehrheit sowohl der Gynäkologinnen/Gynäkologen als auch der Hebammen empfiehlt den Verzicht auf jeglichen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. Bei Zigaretten empfehlen etwa zwei Drittel der Ärztinnen/Ärzte und nicht ganz die Hälfte der Hebammen, komplett darauf zu verzichten. Mehrere Vertreter:innen beider Berufsgruppen orientieren ihre Empfehlungen zum Rauchen am individuellen Fall (siehe Abbildung 4.27; Antwort „Sonstiges“), d. h. sie empfehlen grundsätzlich einen kompletten Rauchverzicht, wenn dies aber im Einzelfall nicht machbar ist, unrealistisch oder für die Schwangere nicht vorstellbar ist, wird den Frauen eine Reduktion als sinnvolle Variante kommuniziert bzw. werden sie dabei unterstützt, möglichst wenig zu rauchen. Ein Umstieg auf Nikotinersatzprodukte spielt bei den Befragten als Empfehlung keine Rolle.

Abbildung 4.27:
Konsumempfehlungen nach Berufsgruppen



Quelle: GÖ FP

4.4.4 Barrieren

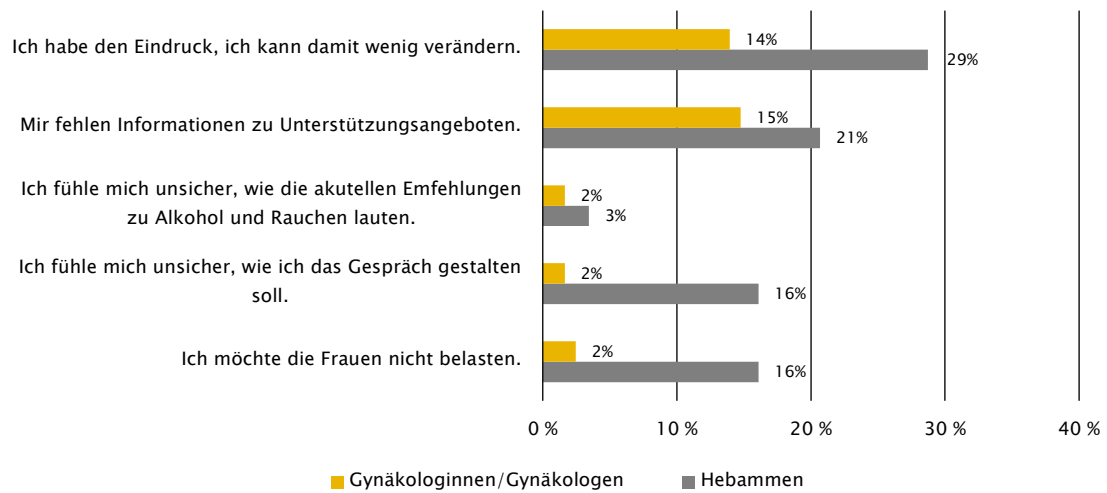
70 Prozent der Gynäkologinnen/Gynäkologen und 37 Prozent der Hebammen gaben an, keine Barrieren beim Ansprechen des Alkohol- und Nikotinkonsums ihrer Patientinnen bzw. der von ihnen betreuten Frauen zu haben. In beiden Berufsgruppen wurden das Fehlen von Informationsangeboten und die Annahme, wenig verändern zu können, als die häufigste Hürde genannt. Bei den Hebammen, die bei allen Antwortkategorien häufiger als Ärztinnen/Ärzte zustimmten, spielen zusätzlich noch die Unsicherheit in Bezug auf die Gestaltung des Gesprächs und der Wunsch, Frauen mit diesen Fragen nicht zu belasten, eine wesentliche Rolle (siehe Abbildung 4.28).

Als **zusätzliche Hürden** nannten Gynäkologinnen/Gynäkologen vereinzelt eine mangelnde Compliance und betonten, dass Frauen ohnehin um die Schädlichkeit Bescheid wüssten bzw. am Rauchverhalten jener, die noch rauchen, nichts verändert werden könne. Einige Hebammen nannten zusätzlich Hürden wie bestimmte Rahmenbedingungen (z. B. wenig Privatsphäre im Kliniksetting), die Angst, Frauen mit hohen psychosozialen Belastungen zusätzlich zu stressen, oder bestimmte Settings. Hier sei etwa bei einzelnen Terminen zu wenig Zeit, um zu informieren, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen oder ehrliche Antworten zum Konsumverhalten zu erhalten. Vereinzelt wurde auch die Hemmung genannt, Informationen von anderem Gesundheitspersonal vor der Frau infrage zu stellen, etwa dass ein Rauchstopp einen Entzug des Fötus nach sich ziehe.

Die Nennung von Barrieren heißt nicht zwangsläufig, dass das Thema nicht angesprochen wurde.

Abbildung 4.28:

Barrieren beim Ansprechen von Alkohol und Nikotin nach Berufsgruppen



Quelle: GÖ FP

5 Synthese der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der unterschiedlichen Module der Studie (Onlinebefragung von Wöchnerinnen, qualitative Interviews mit Schwangeren, Interviews und Onlinebefragung mit Gesundheitspersonal) anhand der Fragestellungen der Studie (siehe Tabelle 2.1) zusammengeführt.

5.1 Konsumverhalten während der Schwangerschaft

Die Fragestellungen zum Konsumverhalten während der Schwangerschaft und der ersten Wochen nach der Geburt wurden primär auf Basis der Onlinebefragung mit Wöchnerinnen beantwortet und punktuell durch Erkenntnisse aus den Interviews mit Schwangeren bzw. mit dem Gesundheitspersonal ergänzt.

5.1.1 Rauchen während der Schwangerschaft

Mehr als die Hälfte der Raucherinnen hört mit der Schwangerschaft zu rauchen auf. Dennoch rauchen in Wien laut Schätzungen etwa 3.100 Schwangere pro Jahr zumindest gelegentlich.

Zieht man die für Bildung adjustierten Werte sowie die jährlichen Geburten (ca. 19.360 Lebendgeburten im Jahr 2021 in Wien) heran, ergeben sich für Wien ungefähr 3.100 Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen (täglich, fast täglich, selten, manchmal); bezogen auf die Rohwerte der Erhebung, ergeben sich ungefähr 2.300 schwangere Frauen, die rauchen (siehe 4.1.2.1).

Vor Beginn der Schwangerschaft rauchte etwa ein Fünftel der Frauen (21,2 %) täglich oder fast täglich und etwa jede zehnte Frau (8,7 %) gelegentlich (in Summe ca. 30 % Raucherinnen). Während der Schwangerschaft rauchten etwa zwölf Prozent der Frauen (7,4 % täglich / fast täglich, 4,5 % manchmal/selten). Von den täglichen Raucherinnen vor der Schwangerschaft hören mehr als die Hälfte der Frauen in der Schwangerschaft auf, ein weiteres Achtel reduziert den Zigarettenkonsum und **etwa ein Drittel der Frauen raucht auch in der Schwangerschaft weiterhin gleich häufig.**

Von durchschnittlich 11,7 Zigaretten vor der Schwangerschaft sinkt der durchschnittliche Konsum unter den Raucherinnen auf 7,7 bzw. 8,5 Zigaretten (je nach Trimester). Nach der Geburt steigt die durchschnittliche Konsummenge je Raucherin wieder an.

Alter, Bildung und Migrationshintergrund haben einen signifikanten Einfluss auf das Rauchverhalten vor und während der Schwangerschaft.

Bei der Frage nach den sozioökonomischen Einflussfaktoren des Rauchverhaltens zeigt sich bei Alter, Bildung sowie Migrationshintergrund ein Einfluss. Beim Alter ist der Anteil der Frauen, die täglich / fast täglich rauchen, in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen am höchsten und nimmt

mit zunehmendem Alter der Frauen ab. Das heißt, in der Gruppe der unter 25-Jährigen raucht ca. ein Viertel während der Schwangerschaft, in der Gruppe der 25- bis 34-Jährigen tun dies lediglich 14 Prozent. **Die jüngeren Frauen rauchen in der Bevölkerung insgesamt mehr und dadurch auch in der Schwangerschaft.**

Frauen mit Sekundarstufe I als höchstem Bildungsabschluss rauchen nicht nur vor, sondern auch während der Schwangerschaft signifikant häufiger täglich / fast täglich als Frauen mit einem Hochschulabschluss. **Auch gelingt es ihnen seltener, das Rauchen in der Schwangerschaft zu beenden:** Während nur etwa der Hälfte der Frauen aus dieser Gruppe der Rauchstopp gelingt, sind es in der Gruppe der Akademikerinnen fast 85 Prozent.

Bei Frauen, deren Eltern beide im Ausland, sie selbst aber in Österreich geboren wurden, ist die Raucherinnenquote am höchsten.

Jede 14. Frau ist während der Schwangerschaft täglich Passivrauch ausgesetzt

Während drei Viertel der Frauen nach eigenen Angaben in der Schwangerschaft nie oder fast nie Zigarettenrauch ausgesetzt waren, waren 7,4 Prozent der Frauen täglich Zigarettenrauch ausgesetzt, 3,4 Prozent mehr als eine Stunde täglich.

Das Rauchverhalten der Partner:innen korreliert mit jenem der Frauen

Etwa ein Viertel der Schwangeren berichtete, dass ihre Partner:innen während der Schwangerschaft täglich oder fast täglich geraucht hatten. Frauen, deren Partner:innen täglich / fast täglich geraucht haben, rauchten während der Schwangerschaft häufiger selbst.

In den Interviews berichteten Schwangere nur von vereinzelten bzw. punktuellen **Konsumänderungen ihrer Partner:innen** während der Schwangerschaft. Der Konsum der Partner:innen wurde nicht als Einflussfaktor für den eigenen Konsumverzicht erlebt. Allerdings wurde bei anderen Schwangeren der Konsum der Partnerin / des Partners als potenzielle Barriere für die Inanspruchnahme formeller Unterstützung genannt.

Die Mehrheit der Frauen und die Mehrheit des Gesundheitspersonals stuft das gelegentliche Rauchen in der Schwangerschaft als schädlich ein

In der Onlinebefragung wurden die Einstellungen der Frauen zu Alkohol und Nikotin während der Schwangerschaft erhoben und um Einstellungen des Gesundheitspersonals ergänzt.

86 Prozent der befragten Frauen lehnten die Aussage „*Gelegentliches Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht.*“ ab. Neun Prozent der Befragten gaben an, diese Aussage nicht beurteilen zu können.

Ebenso interessant sind die Einschätzungen des befragten Gesundheitspersonals: Hebammen beurteilten gelegentliches Rauchen häufiger als problematisch / eher problematisch denn Gynäkologinnen/Gynäkologen (jeweils 97 % vs. 89 %).

Die Einstellungen zur Schädlichkeit des Rauchens während der Schwangerschaft und das eigene Rauchverhalten während der Schwangerschaft hängen zusammen

Über 96 Prozent der Nichtraucherinnen stimmten der Aussage *„Während der Schwangerschaft sollen Frauen gar nicht rauchen.“* zu, aber nur 74 Prozent der täglich / fast täglich während der Schwangerschaft Rauchenden.

Die Aussage *„Gelegentliches Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht.“* lehnen nahezu alle Nichtraucherinnen (96 %) ab, aber nur 57 Prozent der täglichen / fast täglichen Raucherinnen.

5.1.2 Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Über 90 Prozent der Frauen beenden ihren Alkoholkonsum mit der Schwangerschaft. Dennoch trinken in Wien laut Schätzungen etwa 1.100 Schwangere pro Jahr zumindest gelegentlich Alkohol

Zieht man die für Bildung adjustierten Werte sowie die jährlichen Geburten (ca. 19.360 Lebendgeburten im Jahr 2021 in Wien) heran, ergeben sich für Wien ungefähr 1.100 Frauen, die während der Schwangerschaft zumindest gelegentlich Alkohol konsumieren (bezogen auf die Rohwerte der Erhebung, ebenfalls ungefähr 1.100 Schwangere, siehe Kap. 4.1.3.1).

Während vor der Schwangerschaft knapp über die Hälfte der Frauen nach eigenen Angaben manchmal oder selten (57 %) oder täglich / fast täglich (3,5 %) Alkohol konsumieren, sinkt dieser Anteil nach Bekanntwerden der Schwangerschaft bei den gelegentlichen Konsumentinnen auf 5,4 Prozent und bei den täglichen / fast täglichen Konsumentinnen auf 0,3 Prozent.

Nach der Geburt steigt der Anteil der Frauen, die gelegentlich Alkohol trinken, bleibt aber im Befragungszeitraum unter dem Niveau vor der Geburt.

Der Alkoholkonsum wird während der Schwangerschaft wesentlich häufiger beendet als das Rauchen

Im Vergleich zu Alkohol ist der Rückgang der konsumierenden Frauen bei Tabak weniger deutlich. 30 Prozent der Frauen, die vor Beginn der Schwangerschaft (fast) täglich rauchten, rauchen auch während der Schwangerschaft (fast) täglich. Von der Gruppe der Frauen, die angaben, vor der Schwangerschaft (fast) täglich Alkohol zu trinken, beenden hingegen 80 Prozent ihren Konsum.

Alter, Bildung und Migrationshintergrund haben keinen signifikanten Einfluss auf den Alkoholkonsum während der Schwangerschaft

Frauen mit einem höheren Alter, einem höheren formalen Bildungsabschluss und ohne Migrationshintergrund konsumieren vor der Schwangerschaft häufiger Alkohol, allerdings lässt sich beim Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kein signifikanter Zusammenhang zwischen diesen sozioökonomischen Einflussfaktoren und dem Konsumverhalten feststellen.

Der Alkoholkonsum der Partner:innen hat keinen Einfluss auf den Alkoholkonsum der Frauen während der Schwangerschaft

Anders als bei Zigaretten lässt sich bei Alkohol kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alkoholkonsum der Partnerin / des Partners und jenem der Frau während der Schwangerschaft feststellen.

Über die Konsumveränderungen der Partner:innen sagen die Daten der Onlinebefragung der Wöchnerinnen nichts aus. In den Interviews gaben mehrere Frauen an, sich von ihrem/ihrer Partner:in eine Veränderung gewünscht zu haben, aber auch dass das Verhalten der Partnerin / des Partners keinen Einfluss auf das eigene Konsumverhalten gehabt habe.

Stillende Frauen trinken seltener Alkohol nach der Schwangerschaft als nichtstillende

Frauen, die ihr Kind stillen, konsumieren nach der Geburt – jeweils eigenen Angaben zufolge – seltener Alkohol als Frauen, die nicht stillen. Jede zwölfte Frau gibt an, zu stillen und Alkohol zu konsumieren.

In der Schwangerenvorsorge war Alkohol und Stillen nur sehr vereinzelt Thema, da aus Sicht sowohl der interviewten Frauen als auch der Hebammen vor der Geburt andere Themen vordergründig waren. Einige Interviewpartnerinnen merkten explizit an, sich erst nach der Geburt mit dieser Thematik auseinandersetzen zu wollen.

Die Mehrheit der Frauen und des Gesundheitspersonals stuft gelegentlichen Alkoholkonsum während der Schwangerschaft als schädlich ein

83 Prozent der befragten Frauen lehnten die Aussage „*Gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft schadet nicht.*“ ab. Ähnlich wie bei Zigaretten gab auch bei Alkohol ein relativ gesehen hoher Anteil der befragten Frauen (7,6 %) an, dies nicht beurteilen zu können.

Eine vergleichbare Einschätzung findet sich bei Gesundheitspersonal, wobei Hebammen ein gelegentliches Glas Alkohol während der Schwangerschaft mit 97 Prozent deutlicher häufiger als problematisch / eher problematisch beurteilen, als Gynäkologinnen/Gynäkologen dies tun (89 %).

Die Einstellungen zur Schädlichkeit von Alkohol während der Schwangerschaft und der Alkoholkonsum während der Schwangerschaft hängen zusammen

Wie auch bei Zigaretten unterscheiden sich die Einstellungen der Frauen zum Alkoholkonsum während der Schwangerschaft abhängig vom eigenen Konsumverhalten.

Während 96 Prozent jener Frauen, die in der Schwangerschaft keinen Alkohol trinken, der Aussage „*Während der Schwangerschaft sollen Frauen gar keinen Alkohol trinken.*“ zustimmen, tun dies nur 64 Prozent der Frauen, die während der Schwangerschaft manchmal bzw. selten Alkohol trinken.

Der Aussage „*Gelegentlich ein Glas Alkohol während der Schwangerschaft schadet nicht.*“ stimmen nur sieben Prozent der Frauen zu, die in der Schwangerschaft keinen Alkohol trinken, aber knapp die Hälfte der Frauen, die in diesem Zeitraum zumindest gelegentlich Alkohol konsumieren.

5.2 Screening des Alkohol- und Zigarettenkonsums

Ein Screening des Zigarettenkonsums durch Gesundheitspersonal erfolgte bei neun von zehn Frauen, ein Screening des Alkoholkonsums bei sieben von zehn Frauen

In der Onlinebefragung gaben fast 90 Prozent der Befragten an, von ihrer Frauenärztin / ihrem Frauenarzt auf den **Zigarettenkonsum** angesprochen worden zu sein, auch Vertreter:innen anderer Gesundheitsberufe, hier vor allem Hebammen (42 %), spielen beim Screening eine wichtige Rolle. Hingegen wurde ein Prozent der Frauen nach eigenen Angaben nie nach dem Rauchverhalten gefragt, zwölf Prozent der Frauen können das nicht (mehr) beurteilen. Diese Ergebnisse der Onlinebefragung decken sich im Wesentlichen mit den Angaben der Gynäkologinnen und Gynäkologen: 94 Prozent von ihnen gaben an, das Rauchverhalten ausnahmslos bei jeder Schwangeren zu erheben.

Beim **Alkoholkonsum** zeigt sich ein anderes Bild, und zwar dahingehend, dass nach eigenen Angaben weniger Schwangere von ihrer Gynäkologin / ihrem Gynäkologen darauf angesprochen wurden, konkret knapp über 70 Prozent der Frauen. Etwa zehn Prozent der Frauen können dies entweder nicht (mehr) beurteilen (8,5 %) oder wurden nicht darauf angesprochen (1,6 %). Dieses seltenere Screening bildet sich auch in der Onlineerhebung mit den Gynäkologinnen und Gynäkologen ab, bei der vier von fünf Befragten angaben, den Alkoholkonsum ausnahmslos bei jeder Schwangeren zu erheben.

In den Interviews gab ca. ein Drittel der Frauen an, nicht nach ihrem Alkoholkonsum gefragt worden zu sein, bzw. konnte sich nicht mehr daran erinnern, beim Rauchen waren es etwa 15 Prozent. Konsistent mit der Onlinebefragung der Wöchnerinnen sowie des Gesundheitspersonals ist, dass der Rauchstatus häufiger erhoben wurde.

Rauchen und Alkohol werden nicht bei allen Frauen gleichermaßen angesprochen

Ob Schwangere auf Zigarettenkonsum angesprochen werden, hängt bei einigen Gynäkologinnen und Gynäkologen von bestimmten Umständen ab, wie beispielsweise wenn ein Konsum vor der Schwangerschaft bekannt ist oder ein aktueller vermutet wird (*„wenn der Mutter-Kind-Pass nach Rauch riecht“*). Dies zeigten sowohl die Vermutungen der Schwangeren in den Interviews wie auch die Rückmeldungen des Gesundheitspersonals. Im Falle des Alkohols wird ein Konsum häufiger nur bei bestimmten Schwangeren exploriert als beim Rauchen.

Im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten erfassen Hebammen den Alkohol- und Zigarettenkonsum häufiger bei einem bekannten Konsum bzw. bei Vorliegen von Hinweisen auf einen solchen.

Große Akzeptanz für Rauch- und Alkoholscreening bei Frauen

Über 93 Prozent der Frauen stimmen der Aussage *„Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihr Rauchen ansprechen.“* zu, allerdings zeigen sich hier Unterschiede nach dem eigenen Konsumstatus, d. h. ein Viertel der Frauen, die angeben, in der Schwangerschaft täglich oder fast täglich zu rauchen, stimmt dieser Aussage nicht zu.

Über 90 Prozent der Frauen stimmen der Aussage *„Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihren Alkoholkonsum ansprechen.“* zu. Im Gegensatz zum Rauchverhalten ist diese Einstufung unabhängig von eigenem Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.

Die Interviews mit den Schwangeren zeigen eine große Akzeptanz des Screenings des Konsumverhaltens (Alkohol und Zigaretten) durch die Frauen, dieses wird übereinstimmend als **selbstverständliches Thema in der Schwangerenvorsorge** wahrgenommen.

Die Einbettung der Thematik in den MKP wird positiv wahrgenommen, Verbesserungspotenzial besteht in der Kommunikation

Die Einbettung der Frage nach dem Alkohol- und Zigarettenkonsum in andere gesundheitsrelevante Anamnese Punkte im Rahmen des MKP trägt dazu bei, dass die Frauen die Erhebung des Konsumstatus nicht als heikel oder als individuell motiviert wahrnehmen.

Die **Vorgehensweisen** der Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen beim Screening wurden in der Mehrheit als wertschätzend, nichturteilend wahrgenommen, die Atmosphäre wurde als positiv erachtet.

Kritikpunkte von Schwangeren an der Vorgehensweise im Rahmen des Screenings umfassten im Wesentlichen die Tatsache, dass mehrere Frauen nicht „neutral“, sondern tendenziös gefragt wurden, was die erwünschte Antwort suggeriert und ein Angeben eines Konsums zeitlich und atmosphärisch erschwert.

Der Stellenwert von Alkohol und Zigaretten muss im Gesamtkontext aller Gesundheitsthemen in der Schwangerenvorsorge gesehen werden

Die überwiegende Mehrheit der Gynäkologinnen und Gynäkologen (97 %) und der Hebammen (94 %) beurteilte Rauchen als sehr bzw. eher wichtiges Thema in der Schwangerschaft. Der Stellenwert von Alkohol wurde mit 93 Prozent (Gynäkologinnen/Gynäkologen) bzw. 90 Prozent (Hebammen) nur unwesentlich geringer eingeschätzt. Gleichzeitig nannten einige Vertreter:innen des Gesundheitspersonals Adipositas und Diabetes als zentrale Probleme. Die Schwangeren in den Interviews waren primär mit Fragen zur Ernährung beschäftigt. Die Prävalenz von Diabetes und Adipositas wurde von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitspersonals als größer eingeschätzt als jene von Alkoholkonsum (und teilweise auch als jene von Tabakkonsum). Bei bestehendem Alkoholkonsum und Tabakkonsum wurde der gesundheitliche Schaden für das Ungeborene jedoch sehr hoch eingeschätzt.

5.3 Informationen zu den Auswirkungen von Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft

Mehr als die Hälfte der Schwangeren wurde von den Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht über mögliche Folgen von Rauchen bzw. Alkohol in der Schwangerschaft informiert

Mehr als die Hälfte der Frauen gab an, nicht über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens in der Schwangerschaft informiert worden zu sein, lediglich etwa ein Drittel wurde hierzu von Gynäkologinnen/Gynäkologen informiert.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei Alkohol: Auch hier wurde mehr als die Hälfte der Frauen (57,5 %) nach eigenen Angaben nicht über mögliche negative Folgen informiert. Wie bei Zigaretten wurde etwa ein Drittel (31,2 %) von ihrer Gynäkologin / ihrem Gynäkologen informiert.

Die Informationen über die Folgen von Alkohol bzw. Zigaretten erhielten die Frauen auch über weitere Personen aus der Gesundheitsversorgung wie Hebammen, Ordinationsassistentinnen/-assistenten oder Hausärztinnen/-ärzte, wobei vor allem Hebammen hier eine Rolle spielten.

Zusammenhang zwischen Konsumverhalten und erhaltenen Informationen

Frauen, die in der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol konsumieren, können häufiger als abstinenten Schwangere nicht beurteilen, ob sie zum Thema Alkoholkonsum aufgeklärt wurden. Dieser Zusammenhang ist statistisch signifikant. Bei Zigaretten hingegen besteht dieser Zusammenhang nicht.

Auch die Befragung des Gesundheitspersonals zeigt Zusammenhänge zwischen der Information über die Folgen von Alkohol sowie Nikotin und der Abhängigkeit vom Konsumstatus, allerdings in anderer Richtung: Weniger als die Hälfte der Gynäkologinnen und Gynäkologen (43 %) informieren nach eigenen Angaben ausnahmslos alle schwangeren Patientinnen über mögliche Auswirkungen

des Rauchens und über die Hälfte der Befragten (55 %) nur Frauen mit einem selbstberichteten bzw. vermuteten Konsum. Anders ist die Situation bei Alkohol: Hier informieren Ärztinnen und Ärzte häufiger unabhängig vom Konsumstatus der Frauen über die Folgen (62 %).

Die überwiegende Mehrheit der Frauen weiß nach eigener Aussage über gesundheitliche Auswirkungen von Zigaretten und Alkohol und in der Schwangerschaft Bescheid

In der Studie wurde bewusst auf die Erhebung des Wissensstands der teilnehmenden Wöchnerinnen und Schwangeren verzichtet, vielmehr wurden Informationsbedarfe erhoben und um entsprechenden Einschätzungen des Gesundheitspersonals ergänzt.

Über 95 Prozent der befragten Frauen gaben in der Onlinebefragung an, über die Auswirkungen von Zigaretten in der Schwangerschaft und 94 Prozent über die Auswirkungen von Alkohol in der Schwangerschaft Bescheid zu wissen. Hier zeigen sich sowohl bei Zigaretten als auch bei Alkohol keine Unterschiede nach dem eigenen Konsumstatus.

In den Interviews zeigt sich ein hoher (subjektiv eingeschätzter) Wissensstand schwangerer Frauen in Bezug auf die Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, was mit der Wahrnehmung von Vertreterinnen und Vertretern des Gesundheitspersonals übereinstimmt. Weniger gut schätzen Frauen und Gesundheitspersonal das Wissen in Hinblick auf die Auswirkungen von Nikotin ein. Während einige Expertinnen/Experten und Schwangere im mangelnden Wissen einen Grund sehen, warum Frauen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft trotzdem weiterauchen, vermuten andere Interviewpartner:innen dahinter mehrheitlich eine Suchterkrankung.

Den größten Informationsbedarf formulieren Schwangere in Bezug auf Passivrauchen und die Schädlichkeit geringer Alkoholmengen, Letzteres primär um widersprüchliche Konsumempfehlungen einordnen zu können.

Frauen nutzen unterschiedliche Quellen, um sich über Alkohol- und Nikotinfragen zu informieren

Schwangere nutzen verschiedene Quellen, um sich über die Schwangerschaft im Allgemeinen, aber auch über alkohol- und nikotinspezifische Aspekte zu informieren. Neben Büchern sind es in erster Linie Websites (von Anbietern von Schwangerschafts-/Babyprodukten), die Frauen laufend über den jeweiligen aktuellen Entwicklungsstand der Ungeborenen informieren. Hier ergibt sich ein Ansatzpunkt, Informationen zum Einfluss von Alkohol und Nikotin auf die Schwangerschaft bzw. auf das Ungeborene zu platzieren.

Sowohl mehrere Schwangere als auch einige Vertreter:innen des Gesundheitspersonals sehen in der Fülle an Informationen bzw. Informationsmaterial, mit der Frauen in der Schwangerschaft konfrontiert werden, eine Überforderung, die verunsichert und es erschwert, relevante von irrelevanten Informationen zu trennen. Dafür werden kurze, auf das Wesentliche reduzierte Informationen als hilfreich definiert.

5.4 Barrieren in der Schwangerenvorsorge

Mit Barrieren sind hier sowohl die Barrieren für das Gesundheitspersonal gemeint, die in den Interviews sowie der Onlinebefragung der Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen erfasst wurden, als auch Hürden, die schwangere Interviewpartnerinnen dafür verantwortlich machen, dass schwangere Konsumentinnen keine Hilfe in Anspruch nehmen.

Zwei Drittel der Gynäkologinnen/Gynäkologen und 40 Prozent der Hebammen nehmen bei sich keine Barrieren dabei wahr, den Alkoholkonsum und das Rauchverhalten schwangerer Frauen anzusprechen

Jene Gynäkologinnen/Gynäkologen, die Hürden wahrnehmen, nennen als solche am häufigsten fehlendes Wissen über Unterstützungsangebote, eine gewisse Resignation und die Annahme, wenig Einfluss auf das Konsumverhalten der Frauen zu haben. Hebammen nannten häufiger Hürden wie Unsicherheit in Bezug auf die Gesprächsgestaltung, Sprachbarrieren, das Bestreben, Frauen nicht zusätzlich zu belasten, oder bestimmte Rahmenbedingungen in den jeweiligen Settings wie etwa mangelnde Privatsphäre oder fehlende Zeitressourcen für Folgegespräche.

Frauen sehen in den Haltungen des sozialen Umfelds eine wichtige Hürde dabei, Hilfe in Anspruch zu nehmen

Die interviewten Schwangere sahen mehrheitlich negative Emotionen wie Scham (sich nicht sozial erwünscht zu verhalten), ein Gefühl der Unzulänglichkeit (nicht aufhören zu können), Angst, das Kind geschädigt zu haben, sowie Angst vor Stigmatisierung als Grund, warum Frauen mit Unterstützungsbedarf Hemmungen haben, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Diese negativen Emotionen werden nach Einschätzung der Frauen durch die Haltung des sozialen Umfelds mitgeprägt, die Verurteilung Schwangerer ist weitverbreitet. Man muss hierbei berücksichtigen, dass diese Einschätzung durch schwangere Frauen erfolgte, die selbst keinen Unterstützungsbedarf aufweisen.

Mangelndes Problembewusstsein bzw. fehlendes Wissen um Ansprechpartner:innen wird als Hürde vermutet

Schwangere Frauen schätzen ihr Wissen um die Schädlichkeit von Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft grundsätzlich als gut ein, allerdings würde ein aktives Suchen von Informationen für z. B. Frauen mit geringer Bildung oder Sprachbarrieren eine Hürde darstellen. Ebenso sind mangelnde Kenntnisse über bestehende Unterstützungsangebote bzw. über zuständige Ansprechpartner:innen ein Hemmnis für die Inanspruchnahme entsprechender Angebote. Das (vermutete) fehlende Wissen über die Ansprechpartner:innen wird auch vom Gesundheitspersonal als Hürde genannt.

Im Zusammenhang mit der Frage nach geeigneten Ansprechpartnerinnen und -partnern nennen Schwangere Gesundheitspersonal, das Teil einer bestehenden Versorgungsstruktur ist (namentlich

Gynäkologinnen/Gynäkologen bzw. Hebammen), suchtspezifische Einrichtungen sowie eine zentrale Anlaufstelle. Die Nutzung bestehender Kontakte wird primär mit dem bereits vorhandenen Vertrauensverhältnis als Basis für offene Gespräche oder dem Wegfall zusätzlicher Termine argumentiert, die Anlaufstellen außerhalb der Schwangerenvorsorge mit der dort nicht vorherrschenden Reduktion der Frau auf die Schwangerschaft, das Konsultieren von Suchtexpertinnen/-experten mit dem unter diesen größeren Verständnis für einen Konsum bzw. mit der damit unter Umständen einhergehenden geringeren Verurteilung.

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Daten zum Alkohol- und Zigarettenkonsum Schwangerer in Wien gewonnen, womit eine Forschungslücke geschlossen wurde. Zudem wurde der Umgang mit den Themen Alkohol und Rauchen in der Schwangerenvorsorge aus Sicht sowohl der Schwangeren als auch des Gesundheitspersonals erhoben, um mögliche Ansatzpunkte für weitere präventive Maßnahmen aufzuzeigen und somit zukünftig das Gesundheitsrisiko für (werdende) Mütter und ihre Kinder zu minimieren.

Während Frauen in Österreich häufiger Alkohol konsumieren als Zigaretten rauchen (siehe Kapitel 3.1 und Strizek et al. 2021), kehrt sich dieses Konsumverhalten während der Schwangerschaft um: Unter den Schwangeren sind mehr Frauen zu verzeichnen, die rauchen, als solche, die Alkohol trinken. Mit knapp zwölf Prozent (Rohwerte) zumindest gelegentlicher Raucherinnen während der Schwangerschaft liegen die Zahlen etwas unter den Ergebnissen der deutschen KiGGs-Studie (Bergmann et al. 2007), die einen Anteil von 17,5 Prozent rauchender Schwangerer identifiziert hat. Die für die Bildung adjustierten Werte von 16 Prozent (zumindest gelegentlichen) Raucherinnen im ersten Trimester entsprechen hingegen den deutschen Ergebnissen.

Bei der Onlinebefragung zeigte sich, dass während der Schwangerschaft Rauchen (12 %) doppelt so häufig verbreitet ist wie Alkoholkonsum (6 %). Auch aus den Interviews (Einschätzungen durch Gesundheitspersonal und Schwangere) geht klar hervor, dass **in der Schwangerschaft Rauchen ein relevanteres Thema als Alkohol** ist. Dies wird zum einen mit einer größeren Sensibilität in Bezug auf die negativen Auswirkungen von Alkohol in der Schwangerschaft und zum anderen mit dem höheren Anteil Suchterkrankter unter den täglichen Raucherinnen erklärt. Hier wird häufig genannt, dass Frauen mit einer Nikotinabhängigkeit einen Rauchstopp auch mit Bekanntwerden der Schwangerschaft nicht erreichen können.

Schwangere Frauen berichteten in Interviews, dass ihnen während der Schwangerschaft der Stellenwert von Alkohol in der Gesellschaft bewusster geworden sei. Beispielsweise wurde der Verzicht auf Alkohol vom sozialen Umfeld primär mit einer Schwangerschaft assoziiert. Bestimmte Rahmenbedingungen wie eine ansprechende sowie preislich akzeptable Gestaltung von Getränkealternativen wurden hier als besonders relevant genannt. In diesem Zusammenhang wurden Lokalguides, die Lokale listen, die eine Vielfalt alkoholfreier Getränke anbieten, sowie eigene Getränkekarten für antialkoholische Getränke zur Unterstützung einer Schwangerschaft ohne Alkoholkonsum angeregt.

Die Erfassung des Konsumverhaltens gilt grundsätzlich, aber vor allem in der Schwangerschaft als sozial nicht erwünschtes Verhalten, als heikel. In Österreich ist im Mutter-Kind-Pass (jetzt Eltern-Kind-Pass) sowohl eine verpflichtende Anamnese des Alkohol- und des Zigarettenkonsums als auch eine verpflichtende Information zu deren Auswirkungen vorgesehen. Internationale Studien mit Gesundheitspersonal konnten Einflussfaktoren identifizieren, die das Screenen beeinflussen (Chiodo et al. 2019; Dozet et al. 2021; Scholin/Fitzgerald 2019): Neben Faktoren, die eher der

screenenden Person oder dem Behandlungssetting allgemein zuzurechnen sind und als Hürden bezeichnet werden, ist das auch von Merkmalen der Schwangeren abhängig. Auch in den Interviews vermuteten die Frauen, dass über ihren eigenen Fall hinaus (ihr Konsumverhalten ist bekannt) verschiedene Faktoren das Vorgehen ihrer Ärztin / ihres Arztes beeinflussen. Hier werden neben dem Konsumverhalten auch gewisse Annahmen über die Klientinnen getroffen, bestimmt etwa anhand des Umstands, ob es sich um eine Wahlarztordination handelt, oder vom Wohnbezirk.

Schwangere nehmen die Erhebung des Alkohol- und Tabakkonsums mehrheitlich als integralen Bestandteil einer notwendigen medizinischen Anamnese wahr, was durch das Gesundheitspersonal untermauert wird. Dies scheint auch auf die Verankerung der Fragen nach dem Alkohol- und Zigarettenkonsum im Mutter-Kind-Pass zurückzuführen zu sein. Hier scheint ein gutes Prozedere zu bestehen, weil fehlende Screeningtools in internationalen Studien wiederholt als Hürde bei der Erhebung identifiziert wurden (Dozet et al. 2021) bzw. ihre Integration in die allgemeine Schwangerenvorsorge u. a. dazu beiträgt, sensible Themen nicht zu vermeiden (Scholin/Fitzgerald 2019). Kritisiert werden die gelegentlich durch Gesundheitspersonal gestellten Suggestivfragen wie beispielsweise *„Sie rauchen eh nicht, oder?“*, da diese beschämen und eine Barriere darstellen, den eigenen Konsum ehrlich zu beschreiben.

In den letzten Jahren hat sich der Erkenntnisstand zum Konsum von (geringen) Alkoholmengen in der Schwangerschaft verbessert und die diesbezügliche Sensibilität erhöht, was sich auch in den Konsumempfehlungen über den Lauf der Zeit abbildet. Aktuell wird Schwangeren aufgrund fehlender sicherer Grenzmengen absolute Alkoholkarenz empfohlen. **Konsumempfehlungen** bewegen sich jedoch im **Spannungsfeld zwischen Sensibilisierung und Verängstigung**. Die Sensibilisierung für die Auswirkungen geringer Alkoholmengen ist angesichts unklarer sicherer Grenzmengen wichtig, allerdings läuft man damit Gefahr, dass Schwangere nicht nur retrospektiv Angst hinsichtlich möglicher Folgen eines Alkoholkonsums vor dem Bekanntwerden der Schwangerschaft entwickeln, sondern auch beim Konsum sehr geringer Mengen, etwa beim versehentlichen Nippen an einem alkoholischen Getränk oder beim Verzehr alkoholhaltiger Speisen. Diese Ängste zeigen sich in den Erfahrungen einiger schwangerer Interviewpartnerinnen, die in diesen Situationen akut Hilfe bei 1450 oder ihren Hebammen gesucht haben. Zudem bewegen sich Konsumempfehlungen im **Spannungsfeld zwischen eigenverantwortlichen Entscheidungen und Paternalismus**. Thom et al. (2020) beschreiben den aktuellen Diskurs zur „Übersetzung“ wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft in eine Risikokommunikation und zu den sich über die Zeit wandelnden Empfehlungen. Eine zentrale Frage in diesem Diskurs ist, ob man Frauen genauere Informationen zur Verfügung stellt, damit diese das Risiko eigenverantwortlich bewerten können, oder ob man den Frauen mit einfachen Messages sagt, was sie tun sollen, d. h. einen paternalistischen Zugang wählt. Dieses Dilemma zeigt sich auch bei der gegenständlichen Studie in den Interviews mit den Frauen: Konsumempfehlungen werden trotz des guten Kenntnisstands mehrheitlich als wichtig und hilfreich erachtet, allerdings kritisieren mehrere Frauen die fehlenden zugrunde liegenden Informationen für die Empfehlung (hier wäre ein Hinweis auf die unklare Evidenz geringer Alkoholmengen für viele ausreichend), während andere keine Informationen benötigen.

Angesichts zahlreicher Informationsmaterialien zu anderen gesundheitsrelevanten Themen (v. a. Ernährung), die oftmals als sehr ausufernd wahrgenommen werden, wird der Wunsch nach reduzierten Botschaften artikuliert, was einige Gynäkologinnen/Gynäkologen mit eigens gestalteten Informationsblättern mit den relevantesten Gesundheitsinformationen umsetzen.

Die Ergebnisse der qualitativen Interviews weisen darauf hin, dass die fehlende Kommunikation der den Empfehlungen zugrunde liegenden Datenlage, verkürzte Informationen und/oder widersprüchliche Empfehlungen Verärgerung hervorrufen.

Diese Ergebnisse stehen in Einklang mit anderen Studien, die widersprüchliche Konsumempfehlungen sowie das Fehlen von Begründungen oder Details als Einfluss auf die Risikoeinschätzung und das Trinkverhalten der Frauen identifiziert haben (Raymond et al. 2009) oder die zu dem Schluss kommen, dass Frauen nicht gesagt werden solle, wie sie sich verhalten sollen, sondern erklärt werden solle, warum diese Empfehlungen zustande kommen (Rose 2022).

Die Frage, ob alle Schwangeren über die gesundheitlichen Folgen von Alkohol und Nikotin informiert werden sollten oder nur jene mit bestehendem Konsum, sorgt bei Hebammen für Verunsicherung (Scholin/Fitzgerald 2019). Argumentiert wird in diesem Zusammenhang, dass Konsumangaben nicht immer verlässlich seien und daher konsumierende Schwangere, die keinen Konsum angäben, relevante Informationen nicht erhielten. Der Zeitfaktor und konkurrierende Prioritäten in der Schwangerenvorsorge wurden nicht nur in internationalen Studien (z. B. Dozet et al. 2021), sondern auch in der gegenständlichen Studie als wichtige Themen bzw. Hürden identifiziert. Dies ist daher aus dem Alltag der gynäkologischen Praxis nicht zu vernachlässigen, allerdings kann argumentiert werden (was auch tatsächlich geschieht), dass eine prägnante Information (à la „Es schadet der Schwangerschaft und dem Baby.“) keinen hohen zeitlichen Aufwand bedeutet.

6.2 Limitationen der Studie

Mit der Studie bzw. dem dafür gewählten Methodenmix ist es gelungen, ein vielschichtiges Thema aus sehr unterschiedlichen Blickwinkeln zu beleuchten. Ziel der Studie war es, den Fokus nicht nur auf problematische Konsumentinnen, sondern auch auf gelegentliche Konsumentinnen bzw. den Stellenwert des gelegentlichen Konsums in der Schwangerenvorsorge zu richten. Einschränkungen der Studie bestehen durch gewisse **Selektionseffekte bei den Teilnehmenden**. Die interviewten Schwangeren waren mehrheitlich gesundheitsbewusste Frauen (sensibilisiert zum Teil durch ungewollte Kinderlosigkeit oder vorangegangene Fehlgeburten, geplante Schwangerschaften), die bis auf eine Ausnahme während der Schwangerschaft im Wesentlichen nicht konsumiert haben. Das Konsumverhalten der Interviewpartnerinnen repräsentiert zwar das Konsumverhalten der Frauen in der Gesamtbevölkerung, gibt aber nur eingeschränkt Aufschluss über Frauen mit mehrfachen psychosozialen Belastungen und/oder einem aufrechten Konsumverhalten. Bei der Stichprobe der Interviewpartnerinnen zeigte sich ein ähnlich regelmäßiger Alkoholkonsum vor der Schwangerschaft wie in der Allgemeinbevölkerung.

Gynäkologinnen und Gynäkologen konnten trotz intensiver Bewerbung nicht im angestrebten Ausmaß für die Teilnahme an Fokusgruppen bzw. Interviews gewonnen werden. Bewährte Herangehensweisen in Bezug auf das Thema Alkohol und Nikotin in der Schwangerenvorsorge und mögliche Barrieren konnten nicht in der Tiefe erfasst und beschrieben werden. Dafür ist es gelungen, mit einer Onlinebefragung 122 Gynäkologinnen und Gynäkologen zu erreichen und mögliche Barrieren in einer größeren Stichprobe zu quantifizieren.

6.3 Nächste Schritte

Im Rahmen der Studie konnten insbesondere junge rauchende Frauen und junge Erstgebärende als zentrale Zielgruppe identifiziert werden. Diese Gruppe raucht in der Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich, und junge Schwangere hören unterdurchschnittlich häufig während der Schwangerschaft zu rauchen auf. Eine weitere wichtige Zielgruppe für einen rechtzeitigen Rauchausstieg sind Frauen mit geringem formalem Bildungsabschluss. Auch im Bereich Alkohol zeigt sich Interventionsbedarf, wenngleich hier wesentlich häufiger Frauen während der Schwangerschaft erfolgreich mit dem Konsum aufhören.

Bei der Gestaltung von Maßnahmen ist es wichtig, zielgruppenspezifisch vorzugehen und stigmatisierende und suggestive Zugänge zu vermeiden. Aus Sicht des Gesundheitspersonals besteht ein Bedürfnis, in Gesprächen zum Thema Konsumverhalten besser geschult zu werden. Zentral ist es, solche Maßnahmen mit einer Prozessevaluation zu begleiten.

Zukünftig bietet der elektronische Eltern-Kind-Pass die Möglichkeit, Routinedaten zum Monitoring von Konsumverhalten und auch zu genauen Auswertungen nach Regionen, Altersgruppen und Ähnlichem heranzuziehen – analog dem jährlichen Bericht der Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes (siehe Link 2022).

Insbesondere beim Rauchen sollten auch Partner:innen Schwangerer, die rauchen, in die Maßnahmen der Schwangerenvorsorge einbezogen werden.

Hinsichtlich Informationen zum Thema Rauchen und Alkohol in der Schwangerschaft empfiehlt es sich, alle Schwangeren mit entsprechenden Basisinformationen zu versorgen und nicht nur solche, bei denen der „Verdacht“ auf einen Konsum vorliegt. Solche Informationen könnten auch gut in schwangerschaftsbegleitende Apps integriert werden.

7 Anhang

7.1 Erhebungsinstrumente

7.1.1 Fragebogen für die Onlinebefragung von Wöchnerinnen (Langversion)

Studie zum Thema „Alkohol und Zigaretten in der Schwangerschaft“

Einleitungstext

- » Informationen zum Auftraggeber und zur Ansprechperson für die Erhebung
- » Informationen zur Studie und zum Umgang mit den erhobenen Daten
- » Zustimmung zur Teilnahme

Erhebung

Zuerst stellen wir ein paar allgemeine Fragen zu Ihrer Person.
Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und **anonym** ausgewertet. Die Teilnahme dauert ca. **10 Minuten**.

1. Wie viele Kinder haben Sie?
 - ☐ 1
 - ☐ 2
 - ☐ 3
 - ☐ 4
 - ☐ 5
 - ☐ 6 oder mehr
 - ☐ keine Antwort
2. Wird Ihr Kind derzeit gestillt?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ keine Antwort
3. Wann haben Sie erfahren, dass Sie schwanger sind?
 - ☐ 1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (SSW 3–14)
 - ☐ 4. bis 6. Schwangerschaftsmonat (SSW 15–28)
 - ☐ 7. bis 9. Schwangerschaftsmonat (SSW 29–40)

Rauchen von Zigaretten in der Schwangerschaft

Viele Frauen ändern in der Schwangerschaft bisherige Gewohnheiten wie Ernährung oder Bewegung. Dazu kann auch das Rauchen von Zigaretten oder das Trinken von Alkohol gehören. Manche Frauen hören auf, Alkohol zu trinken und Zigaretten zu rauchen, andere trinken und rauchen in dieser Zeit weniger, andere trinken oder rauchen wie gewohnt weiter.

4. Kennen Sie Frauen, die während der Schwangerschaft Zigaretten geraucht haben?
- ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ kann ich nicht beurteilen
5. Wie häufig rauchen Sie selbst Zigaretten? Bitte wählen Sie die Antworten, die am ehesten zutreffen, und denken Sie an Ihre eigene, gerade zurückliegende Schwangerschaft.

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	täglich	fast täglich	manchmal (mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich)	selten (weniger als 1× pro Monat)	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	☐	☐	☐	☐	☐
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
nach der Geburt	☐	☐	☐	☐	☐

6. Anzahl an Zigaretten an einem üblichen Tag, an dem Sie geraucht haben [Filterfrage; im angegebenen Zeitraum Frage 5]
7. Denken Sie bitte an Ihre Schwangerschaft. Hat Ihr Partner / Ihre Partnerin während dieser Zeit Zigaretten geraucht?
- ☐ ja, täglich
 - ☐ ja, fast täglich
 - ☐ ja, manchmal (mindestens 1× pro Monat)
 - ☐ ja, selten (weniger als 1× pro Monat)
 - ☐ nein
 - ☐ Ich habe keinen Partner / keine Partnerin.
 - ☐ keine Antwort
8. Waren Sie während der Schwangerschaft regelmäßig dem Zigarettenrauch durch andere Personen ausgesetzt („Passivrauchen“)? Bitte denken Sie nur an Innenräume.
- ☐ ja, mehr als eine Stunde täglich
 - ☐ ja, bis zu einer Stunde täglich
 - ☐ ja, aber nicht täglich
 - ☐ nie oder fast nie
 - ☐ keine Antwort

9. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?
Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimme vollkom- men zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	kann ich nicht be- urteilen
Gelegentliches Rauchen während der Schwangerschaft schadet nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Während einer Schwangerschaft sollten Frauen gar nicht rauchen.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es gut, dass Ärztinnen/Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihr Rauchen ansprechen (z. B. bei Untersuchungen).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß Bescheid über die Auswirkungen von Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es gut, dass Frauen vom Rauchen in der Schwangerschaft abgeraten wird.	☐	☐	☐	☐	☐

Alkoholische Getränke während der Schwangerschaft

10. Kennen Sie Frauen, die während der Schwangerschaft alkoholische Getränke getrunken haben?
- ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ kann ich nicht beurteilen

11. Wie häufig trinken Sie selbst alkoholische Getränke (z. B. Bier, Wein, Spirituosen)? Bitte wählen Sie die Antworten, die am ehesten zutreffen, und denken Sie an Ihre eigene, gerade zurückliegende Schwangerschaft.

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	täglich	fast täglich	manchmal (mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich)	selten (weniger als 1× pro Monat)	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	☐	☐	☐	☐	☐
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
nach der Geburt	☐	☐	☐	☐	☐

12. Denken Sie bitte an Ihre Schwangerschaft. Hat Ihr Partner / Ihre Partnerin während dieser Zeit Alkohol getrunken?
- ☐ ja, täglich
 - ☐ ja, fast täglich
 - ☐ ja, manchmal
 - ☐ ja, selten (maximal 1x pro Monat)
 - ☐ nein
 - ☐ Ich habe keinen Partner / keine Partnerin.
 - ☐ keine Antwort

13. Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?
Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	stimme vollkom- men zu	stimme eher zu	stimme eher nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	kann ich nicht beurteilen
Gelegentlich ein Glas Alkohol wäh- rend der Schwangerschaft schadet nicht.	☐	☐	☐	☐	☐
Während der Schwangerschaft sollten Frauen gar keinen Alkohol trinken.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es gut, dass Ärztinnen/ Ärzte und Hebammen Schwangere auf ihren Alkoholkonsum ansprechen (z. B. bei Untersuchungen).	☐	☐	☐	☐	☐
Ich weiß Bescheid über die Auswir- kungen von Alkoholkonsum während der Schwangerschaft auf mich und mein Baby.	☐	☐	☐	☐	☐
Ich finde es gut, dass Frauen von Alkoholkonsum in der Schwanger- schaft abgeraten wird.	☐	☐	☐	☐	☐

Ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem

Das ist die letzte Seite mit inhaltlichen Fragen, danach kommen nur noch wenige Fragen zu Ihrer Person.

14. Wurden Sie während dieser Schwangerschaft irgendwann vom Gesundheitspersonal gefragt, ob Sie Zigaretten rauchen?
- ☐ ja, von meiner Frauenärztin / meinem Frauenarzt
 - ☐ ja, von meiner Hausärztin / meinem Hausarzt
 - ☐ ja, von meiner Hebamme
 - ☐ ja, von der Ordinationsassistentin / dem Ordinationsassistenten
 - ☐ ja, von anderem Gesundheitspersonal
 - ☐ nein
 - ☐ kann ich nicht beurteilen

15. Wurden Sie während dieser Schwangerschaft irgendwann vom Gesundheitspersonal über die möglichen Folgen des Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft informiert?
- ☐ ja, von meiner Frauenärztin / meinem Frauenarzt
 - ☐ ja, von meiner Hausärztin / meinem Hausarzt
 - ☐ ja, von meiner Hebamme
 - ☐ ja, von anderem Gesundheitspersonal
 - ☐ Nein, ich wurde nicht informiert.
 - ☐ kann ich nicht beurteilen
16. Wurden Sie während dieser Schwangerschaft irgendwann vom Gesundheitspersonal gefragt, ob Sie Alkohol trinken?
- ☐ ja, von meiner Frauenärztin / meinem Frauenarzt
 - ☐ ja, von meiner Hausärztin / meinem Hausarzt
 - ☐ ja, von meiner Hebamme
 - ☐ ja, von der Ordinationsassistentin / dem Ordinationsassistenten
 - ☐ ja, von anderem Gesundheitspersonal
 - ☐ nein
 - ☐ kann ich nicht beurteilen
17. Wurden Sie während dieser Schwangerschaft irgendwann über mögliche Folgen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft informiert?
- ☐ ja, von meiner Frauenärztin / meinem Frauenarzt
 - ☐ ja, von meiner Hausärztin / meinem Hausarzt
 - ☐ ja, von meiner Hebamme
 - ☐ ja, von anderem Gesundheitspersonal
 - ☐ Nein, ich wurde nicht informiert.
 - ☐ kann ich nicht beurteilen

Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Hintergrund

Auf den letzten zwei Seiten stellen wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen, damit wir im Bericht zusammenfassend beschreiben können, was für Personen an der Studie teilgenommen haben.

18. Ihr Alter:
- ☐ 16–17 Jahre
 - ☐ 18–24 Jahre
 - ☐ 25–29 Jahre
 - ☐ 30–34 Jahre
 - ☐ 35–39 Jahre
 - ☐ 40 Jahre oder mehr
19. In welchem Bezirk wohnen Sie?
- ☐ 1. Bezirk – Innere Stadt
 - ☐ 2. Bezirk – Leopoldstadt

- ☐ 3. Bezirk – Landstraße
- ☐ 4. Bezirk – Wieden
- ☐ 5. Bezirk – Margareten
- ☐ 6. Bezirk – Mariahilf
- ☐ 7. Bezirk – Neubau
- ☐ 8. Bezirk – Josefstadt
- ☐ 9. Bezirk – Alsergrund
- ☐ 10. Bezirk – Favoriten
- ☐ 11. Bezirk – Simmering
- ☐ 12. Bezirk – Meidling
- ☐ 13. Bezirk – Hietzing
- ☐ 14. Bezirk – Penzing
- ☐ 15. Bezirk – Rudolfsheim-Fünfhaus
- ☐ 16. Bezirk – Ottakring
- ☐ 17. Bezirk – Hernals
- ☐ 18. Bezirk – Währing
- ☐ 19. Bezirk – Döbling
- ☐ 20. Bezirk – Brigittenau
- ☐ 21. Bezirk – Floridsdorf
- ☐ 22. Bezirk – Donaustadt
- ☐ 23. Bezirk – Liesing
- ☐ Ich wohne außerhalb Wiens.
- ☐ keine Antwort

20. In welchem Land sind Sie geboren?

- ☐ Österreich
- ☐ Bosnien und Herzegowina
- ☐ Bulgarien
- ☐ Deutschland
- ☐ Kroatien
- ☐ Polen
- ☐ Rumänien
- ☐ Serbien
- ☐ Slowakei
- ☐ Türkei
- ☐ Ungarn
- ☐ anderes Land
- ☐ keine Antwort

21. In welchem anderen Land wurden Sie geboren? [Filterfrage]

22. In welchem Land wurde Ihre Mutter geboren?

- ☐ Österreich
- ☐ Bosnien und Herzegowina
- ☐ Bulgarien

- ☐ Deutschland
 - ☐ Kroatien
 - ☐ Polen
 - ☐ Rumänien
 - ☐ Serbien
 - ☐ Slowakei
 - ☐ Türkei
 - ☐ Ungarn
 - ☐ anderes Land
 - ☐ keine Antwort
23. In welchem Land wurde Ihr Vater geboren?
- ☐ Österreich
 - ☐ Bosnien und Herzegowina
 - ☐ Bulgarien
 - ☐ Deutschland
 - ☐ Kroatien
 - ☐ Polen
 - ☐ Rumänien
 - ☐ Serbien
 - ☐ Slowakei
 - ☐ Türkei
 - ☐ Ungarn
 - ☐ anderes Land
 - ☐ keine Antwort
24. Haben Sie derzeit einen fixen Partner / eine fixe Partnerin?
- ☐ Ja, wir leben zusammen in einem Haushalt.
 - ☐ Ja, wir leben in getrennten Haushalten.
 - ☐ Nein, ich habe derzeit keine fixe Partnerin / keinen fixen Partner.
 - ☐ keine Antwort
25. Was ist Ihre höchste erfolgreich abgeschlossene (schulische) Ausbildung?
- ☐ keine abgeschlossene Schulbildung
 - ☐ Hauptschule, Unterstufe AHS, Mittelschule, Sonderschule
 - ☐ Lehre, BMS (z. B. Fachschule, Handelsschule)
 - ☐ AHS- oder BHS-Matura (z. B. HAK, HTL)
 - ☐ Kolleg mit Hochschulcharakter
 - ☐ Abschluss an einer Universität oder (Fach-)Hochschule
 - ☐ keine Antwort
26. Was war Ihre überwiegende berufliche Situation unmittelbar vor dem Mutterschutz?*
- ☐ berufstätig
 - ☐ in Ausbildung (Schülerin, Studentin)

- arbeitslos oder nicht berufstätig
- karenziert
- überwiegend im Haushalt tätig
- keine Antwort

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Erfahrungen rund um das Thema Alkohol und Zigaretten in der Schwangerschaft werden uns helfen, zukünftige Schwangere besser zu unterstützen und die Schwangerenvorsorge zu verbessern.

Schwangerschaft und Geburt sind mitunter herausfordernd. Hier bekommen Sie Hilfe:

Psychiatrische Soforthilfe (0–24 Uhr): 01/313 30

Sozialpsychiatrischer Notdienst: 01/310 87 79

Wenn Sie Fragen haben oder ein Beratungsangebot in Anspruch nehmen möchten, dann finden Sie bei den folgenden Anlaufstellen Hilfe.

Zigaretten

Das **Rauchfrei Telefon:** +43 800 810 013 (Mo bis Fr von 10 bis 18 Uhr), info@rauchfrei.at
die kostenfreie **Rauchfrei App** unter rauchfreiapp.at

Rauchentwöhnung für Versicherte aller Kassen in den Gesundheitszentren der ÖGK – weitere Informationen bei Ihrer Krankenkasse

Alkohol

Regionales Kompetenzzentrum: Tel. +43 1 4000 53 640, kompetenzzentrum@suchthilfe.at

Finanziert wird die Studie von der Stadt Wien (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele), der Wiener Gesundheitsförderung und der Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH.

7.1.2 Fragebogen für die Onlinebefragung von Wöchnerinnen (Kurzversion)

Studie zum Thema „Alkohol und Zigaretten in der Schwangerschaft“

Einleitungstext

- » Informationen zum Auftraggeber und zur Ansprechperson für die Erhebung
- » Informationen zur Studie und zum Umgang mit den erhobenen Daten
- » Zustimmung zur Teilnahme
- » Sprachauswahl: Deutsch, Englisch, Polnisch, Türkisch

Erhebung

Viele Frauen ändern in der Schwangerschaft bisherige Gewohnheiten wie Ernährung oder Bewegung. Dazu kann auch das Rauchen von Zigaretten oder das Trinken von Alkohol gehören. Manche Frauen hören auf, Alkohol zu trinken und Zigaretten zu rauchen, andere trinken und rauchen in dieser Zeit weniger, andere trinken oder rauchen wie gewohnt weiter.

1. Wann haben Sie erfahren, dass Sie schwanger sind?
 - ☐ 1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (SSW 3–14)
 - ☐ 4. bis 6. Schwangerschaftsmonat (SSW 15–28)
 - ☐ 7. bis 9. Schwangerschaftsmonat (SSW 29–40)

Rauchen von Zigaretten in der Schwangerschaft

2. Wie häufig rauchen Sie Zigaretten? Bitte wählen Sie die Antworten, die am ehesten zutreffen, und denken Sie an Ihre eigene, gerade zurückliegende Schwangerschaft.

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	täglich	fast täglich	manchmal (mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich)	selten (weniger als 1× pro Monat)	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	☐	☐	☐	☐	☐
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
nach der Geburt	☐	☐	☐	☐	☐

3. Anzahl an Zigaretten an einem üblichen Tag, an dem Sie geraucht haben [Filterfrage; im angegebenen Zeitraum Frage 2]

Alkoholische Getränke während der Schwangerschaft

4. Wie häufig trinken Sie alkoholische Getränke (z. B. Bier, Wein, Spirituosen)? Bitte wählen Sie die Antworten, die am ehesten zutreffen, und denken Sie an Ihre eigene, gerade zurückliegende Schwangerschaft.
Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	täglich	fast täglich	manchmal (mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich)	selten (weniger als 1× pro Monat)	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	☐	☐	☐	☐	☐
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	☐	☐	☐	☐	☐
nach der Geburt	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zu Ihrer Person und zu Ihrem Hintergrund

Auf den letzten zwei Seiten stellen wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen, damit wir im Bericht zusammenfassend beschreiben können, was für Personen an der Studie teilgenommen haben.

5. Wird Ihr Kind derzeit gestillt?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ keine Antwort
6. Ihr Alter:
 - ☐ 16-17 Jahre
 - ☐ 18-24 Jahre
 - ☐ 25-29 Jahre
 - ☐ 30-34 Jahre
 - ☐ 35-39 Jahre
 - ☐ 40 Jahre oder mehr
7. In welchem Land sind Sie geboren?
 - ☐ Österreich
 - ☐ Bosnien und Herzegowina
 - ☐ Bulgarien
 - ☐ Deutschland
 - ☐ Kroatien
 - ☐ Polen
 - ☐ Rumänien
 - ☐ Serbien
 - ☐ Slowakei
 - ☐ Türkei
 - ☐ Ungarn
 - ☐ anderes Land
 - ☐ keine Antwort

8. In welchem anderen Land wurden Sie geboren? [Filterfrage]

9. In welchem Land wurde Ihre Mutter geboren?

- ☐ Österreich
- ☐ Bosnien und Herzegowina
- ☐ Bulgarien
- ☐ Deutschland
- ☐ Kroatien
- ☐ Polen
- ☐ Rumänien
- ☐ Serbien
- ☐ Slowakei
- ☐ Türkei
- ☐ Ungarn
- ☐ anderes Land
- ☐ keine Antwort

10. In welchem Land wurde Ihr Vater geboren?

- ☐ Österreich
- ☐ Bosnien und Herzegowina
- ☐ Bulgarien
- ☐ Deutschland
- ☐ Kroatien
- ☐ Polen
- ☐ Rumänien
- ☐ Serbien
- ☐ Slowakei
- ☐ Türkei
- ☐ Ungarn
- ☐ anderes Land
- ☐ keine Antwort

11. Was ist Ihre höchste erfolgreich abgeschlossene (schulische) Ausbildung?

- ☐ keine abgeschlossene Schulbildung
- ☐ Hauptschule, Unterstufe AHS, Mittelschule, Sonderschule
- ☐ Lehre, BMS (z. B. Fachschule, Handelsschule)
- ☐ AHS- oder BHS-Matura (z. B. HAK, HTL)
- ☐ Kolleg mit Hochschulcharakter
- ☐ Abschluss an einer Universität oder (Fach-)Hochschule
- ☐ keine Antwort

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Erfahrungen rund um das Thema Alkohol und Zigaretten in der Schwangerschaft werden uns helfen, zukünftige Schwangere besser zu unterstützen und die Schwangerenvorsorge zu verbessern.

Schwangerschaft und Geburt sind mitunter herausfordernd. Hier bekommen Sie Hilfe:

Psychiatrische Soforthilfe (0–24 Uhr): 01/313 30

Sozialpsychiatrischer Notdienst: 01/310 87 79

Wenn Sie Fragen haben oder ein Beratungsangebot in Anspruch nehmen möchten, dann finden Sie bei den folgenden Anlaufstellen Hilfe.

Zigaretten

Das **Rauchfrei Telefon:** +43 800 810 013 (Mo bis Fr von 10 bis 18 Uhr), info@rauchfrei.at
die kostenfreie **Rauchfrei App** unter rauchfreiapp.at

Rauchentwöhnung für Versicherte aller Kassen in den Gesundheitszentren der ÖGK – weitere Informationen bei Ihrer Krankenkasse

Alkohol

Regionales Kompetenzzentrum: Tel. +43 1 4000 53 640, kompetenzzentrum@suchthilfe.at

Finanziert wird die Studie von der Stadt Wien (Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele), der Wiener Gesundheitsförderung und der Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH.

7.1.3 Interviewleitfaden Schwangere

Einleitung und Informationen über die Studie

Vorstellung und Informationen

- » Die Studie erfolgt im Auftrag des **Wiener Büros für Frauengesundheit**.
- » Wir wollen verstehen, wie mit den Themen Alkoholkonsum und Rauchen in der **Schwangerenvorsorge** umgegangen wird, welche Informationen Schwangere erhalten, welche Hilfsangebote sie nutzen und was es Frauen allgemein schwer oder leicht machen kann, Unterstützung anzunehmen bzw. zu bekommen.
- » Durch Ihre Teilnahme an dem Interview können Sie dazu beitragen, in Zukunft die Versorgung anderer Schwangerer zu verbessern.
- » Als Dankeschön bekommen Sie von uns einen **Gutschein von BIPA im Wert von EUR 10**, der Ihnen nach dem Interview per Mail zugeschickt wird.
- » Ihre Teilnahme ist **selbstverständlich freiwillig**. Sie können das Interview jederzeit beenden, und Sie müssen auch nicht alle Fragen beantworten.
- » Ihre Erfahrungen sind für die Studie sehr wichtig, und es ist für die Studie egal, ob Sie **selbst in der Schwangerschaft rauchen oder trinken** oder nicht. Wir sind an Ihren konkreten Erfahrungen und Einschätzungen interessiert, das heißt, es gibt **keine richtigen oder falschen**

Antworten. Insgesamt werden wir 35 Frauen aus Wien befragen, um verschiedenste Erfahrungen umfassend abzubilden.

- » Ihre Antworten werden **vertraulich** behandelt. Die Mitschrift des Interviews wird gespeichert, ausgewertet und kann in anonymisierter Form in Berichten, Präsentationen und sonstigen wissenschaftlichen Publikationen verwertet werden. Wenn wir im Bericht Aussagen wiedergeben, dann nur wie z. B. „Eine werdende Mutter berichtete, dass ...“. Weder wird im Bericht Ihr Name aufscheinen, noch wird dieser der Auftraggeberin bekanntgegeben.
- » Das Interview dauert **etwa 20 Minuten**. Passt das für Sie? / Bis wann haben Sie Zeit?
- » Haben Sie noch Fragen, bevor wir beginnen?
- » Dann darf ich noch **nachfragen**:
 - » In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie?
 - » Wo lassen Sie Ihre Vorsorgeuntersuchungen für die Schwangerschaft durchführen?
 - » Wie haben Sie von der Studie erfahren?
- » **Sind Sie mit der Teilnahme am Interview und der Verwertung des Interviews in unserer Studie einverstanden?** Falls ja: Dann werde ich jetzt mit dem Interview beginnen.
- » Wir werden **drei Themenblöcke** behandeln: 1. Wie Alkohol und Rauchen während der Schwangerschaft thematisiert wurden, 2. Was für Informationen Sie bekommen haben, 3. Wie es mit Unterstützung und Hilfsangeboten aussieht. Zum Schluss fragen wir dann noch ein paar Angaben zu Ihrer Person ab.
- » Ich werde im Interview nach Ihren Erfahrungen in Bezug auf **Zigaretten sowie in Bezug auf Alkohol** fragen. Bitte denken Sie immer an beides.

Thematisieren von Alkohol und Rauchen während der Schwangerschaft

In der Schwangerschaft ist man als werdende Mutter mit vielen verschiedenen Gesundheitsthemen befasst. Bei den Vorsorgeuntersuchungen bzw. bei der Geburtsvorbereitung werden manche dieser Themen von Ärztinnen/Ärzten bzw. Hebammen angesprochen.

1. Erinnern Sie sich bitte an Ihre Schwangerenvorsorgeuntersuchungen zurück. Wie war denn das bei Ihnen: Wurden Sie jemals darauf angesprochen, ob Sie Alkohol trinken oder ob Sie Zigaretten rauchen? *wenn ja*: Können Sie genauer beschreiben, wie das Gespräch über Ihren Alkoholkonsum bzw. das Rauchen abgelaufen ist? Wer hat den Konsum erfragt?
 - 2.2. Können Sie sich noch erinnern, wie der Arzt / die Ärztin / die Hebamme / das Gesundheitspersonal die Frage **formuliert** hat?
 - 2.3. Wurde auch der Konsum **vor der Schwangerschaft** angesprochen?
 - 2.4. Wie haben Sie das Verhalten der Frauenärztin / des Frauenarztes, der Hebamme / der Person erlebt?
 - 2.5. War das Gespräch mit **der Frauenärztin / dem Frauenarzt** / der Hebamme / dem Gesundheitspersonal so, dass Sie das Gefühl hatten, offen und **ehrlich** über Ihren Konsum sprechen zu können bzw. Fragen stellen zu können?
 - 2.6. Wie ist es Ihnen damit gegangen?
3. *wenn nein*: Was glauben Sie, könnten Gründe sein, warum Sie nicht gefragt wurden, ob Sie Alkohol trinken oder Zigaretten rauchen?

Informationen über Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft

Gerade in der Schwangerschaft bekommt man viele Informationen zu sehr unterschiedlichen Gesundheitsthemen.

4. Erinnern Sie sich bitte an Ihre Vorsorgeuntersuchungen: Haben Sie von Ihrer Frauenärztin / Ihrem Frauenarzt, Ihrer Hebamme oder anderem Gesundheitspersonal Informationen zu Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft bekommen? Das kann schriftlich oder mündlich gewesen sein.
5. *wenn ja*: Können Sie genauer beschreiben, woran Sie sich erinnern können?
 - 5.1. Von **wem** haben Sie Informationen bekommen?
 - 5.2. Waren die Informationen mündlich oder schriftlich?
 - 5.3. Zu welchen **Themen** haben Sie Informationen bekommen?
 - 5.3.1. Welche Empfehlungen zu **eigenem Konsum während der Schwangerschaft** haben Sie bekommen?
 - 5.3.2. Welche Informationen über **Auswirkungen auf das ungeborene Baby** haben Sie bekommen?
 - 5.3.3. Welche Informationen zum **Passivrauchen** haben Sie bekommen?
 - 5.3.4. Welche Empfehlungen zu **Alkohol bzw. Tabak/Nikotin in der Stillzeit** haben Sie bekommen?
6. *alle*: Bei welchen anderen Gelegenheiten sind Sie mit dem Thema Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft bzw. mit Auswirkungen von Alkohol und Nikotin auf das ungeborene Baby befasst gewesen?
 - 6.1. Haben Sie sich aktiv um Informationen bemüht, oder haben Sie Informationen bekommen? Von wem?
 - 6.2. An welche Informationen können Sie sich erinnern?
7. *alle*: Welches Informationsmaterial zum Thema Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft kennen Sie, falls überhaupt?
 - 7.1. Kennen Sie die Broschüre „Auszeit für Ihr Baby“? Haben Sie die Broschüre gelesen?
8. *falls Informationen*: Welche Informationen zu Alkohol und Nikotin waren hilfreich, welche weniger, und welche Informationen hätten Sie gerne gehabt?
 - 8.1. Welche Informationen waren besonders hilfreich?
 - 8.2. Welche Informationen waren nicht hilfreich / beängstigend?
 - 8.3. Welche Informationen haben Ihnen gefehlt, welche hätten Sie gebraucht?
9. Wenn Sie gerne Informationen zu Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft hätten: An wen würden Sie sich wenden? Wo würden Sie nach Informationen suchen?

Unterstützung und Hilfsangebote während der Schwangerschaft

Manche Frauen, die Alkohol trinken oder Zigaretten rauchen, hören während der Schwangerschaft auf, Alkohol zu trinken und Zigaretten zu rauchen, andere trinken und rauchen in dieser Zeit weniger, andere trinken oder rauchen wie gewohnt weiter.

10. Wie war das bei Ihnen? Welche Überlegungen haben für Sie eine Rolle gespielt, ob Sie weiterhin rauchen/trinken, reduzieren oder aufhören?
11. *falls reduziert/aufgehört*: Was hat Ihnen geholfen, weniger zu trinken / zu rauchen?
12. *falls reduziert/aufgehört*: Wie hat Ihr Freundeskreis / Ihre Familie darauf reagiert, dass Sie nichts/weniger trinken oder rauchen wollen, weil Sie schwanger sind?
 - 12.1 Wie hat Ihr Partner reagiert?
13. *alle*: Welche Möglichkeiten hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt oder Ihre Hebamme angesprochen, um das Trinken/Rauchen zu reduzieren bzw. zu beenden?
 - 13.1 Welche waren hilfreich, welche weniger hilfreich?
 - 13.2 Wurden Ihnen Ansprechpartner / Adressen von Einrichtungen genannt?
 - 13.3 Haben Sie Informationen zu Unterstützungsmöglichkeiten bekommen, obwohl Sie angegeben haben, nicht zu trinken bzw. zu rauchen?
14. *falls nicht aufgehört*: Hätten Sie sich weitere Hilfestellungen gewünscht? Wenn ja, welche?

Zugänglichkeit von Unterstützungsangeboten

15. *alle*: Was könnten Gründe dafür sein, dass schwangere Frauen, die Alkohol trinken oder Zigaretten rauchen, sich schwertun, Hilfe in Anspruch zu nehmen?
 - 15.1 *nur falls selber kein Konsum*: Kennen Sie selber Frauen, die während der Schwangerschaft Alkohol getrunken oder Zigaretten geraucht haben?
16. *alle*: Wie müssen Ihrer Meinung nach Hilfsangebote aussehen, damit eine schwangere Frau diese nutzen kann?

Weitere Aspekte

17. Gibt es noch etwas, was Sie uns zum Thema Alkoholkonsum und Tabakkonsum in der Schwangerenvorsorge und -aufklärung bzw. Hilfsangebote sagen wollen, etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint und über das wir noch nicht gesprochen haben?
18. Gibt es andere Themen zur Frauengesundheit, die Ihnen wichtig sind und bei denen Sie sich (mehr) Informationen oder Unterstützung wünschen bzw. gewünscht hätten?

Angaben zur Person

Darf ich zum Schluss noch ein paar Angaben zu Ihrer Person (z. B. Ihr Alter) abfragen, damit wir im Bericht zusammenfassend beschreiben können, was für Personen an der Studie teilgenommen haben?

1. Wie alt sind Sie?
2. In welchem Land sind Sie geboren?
 - 2.1. Österreich
 - 2.2. anderes, und zwar:
3. In welchem Land ist Ihre Mutter geboren?
 - 3.1. Österreich
 - 3.2. anderes, und zwar:
4. In welchem Land ist Ihr Vater geboren?
 - 4.1. Österreich
 - 4.2. anderes, und zwar:
5. Haben Sie derzeit einen fixen Partner oder eine fixe Partnerin?
 - 5.1. Ja, wir leben zusammen in einem Haushalt.
 - 5.2. Ja, wir leben nicht zusammen in einem Haushalt.
 - 5.3. Nein, ich habe derzeit keine fixe Partnerin / keinen fixen Partner.
 - 5.4. keine Antwort
6. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?
 - 6.1. keine abgeschlossene Schulbildung
 - 6.2. Hauptschule, Unterstufe AHS, Mittelschule, Sonderschule
 - 6.3. Lehre, BMS (z. B. Fachschule, Handelsschule)
 - 6.4. AHS, BHS (z. B. HAK)
 - 6.5. Kolleg mit Hochschulcharakter
 - 6.6. Abschluss an einer Universität oder (Fach-)Hochschule
 - 6.7. keine Antwort
7. Sind Sie bereits in Mutterschutz? Was war Ihre überwiegende berufliche Situation vor dem Mutterschutz? (bzw. *falls nicht*: Was ist derzeit Ihre überwiegende berufliche Situation?)
 - 7.1. berufstätig
 - 7.2. in Ausbildung (Schülerin, Studentin)
 - 7.3. arbeitslos oder nicht berufstätig
 - 7.4. karenziert
 - 7.5. überwiegend im Haushalt tätig
 - 7.6. keine Antwort

Abschluss

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wir senden Ihnen Ihren **Gutschein** im Lauf des Tages zu und bitten Sie, uns eine kurze Antwort per Mail für die Buchhaltung zu schicken.

7.1.4 Leitfaden Fokusgruppen

7.1.5 Fragebogen für die Onlinebefragung von Gesundheitspersonal

Alkohol und Rauchen als Themen in der Schwangerenvorsorge²⁹

Einleitung

Das Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH führt im Auftrag der Stadt Wien eine Studie zu Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft und Stillzeit durch. Dabei werden neben schwangeren Frauen und Wöchnerinnen auch Hebammen und Fachärztinnen und Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe befragt.

Die vorliegende **Kurzbefragung** soll die Expertise und Erfahrungen von Gynäkologinnen und Gynäkologen zu Alkohol und Rauchen als Themen in der Schwangerenvorsorge erheben. Die Onlinebefragung ist anonym, Antworten werden streng vertraulich behandelt und nur aggregiert ausgewertet. Ergebnisse werden in Form eines Berichts an das Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele der Stadt Wien übermittelt und in wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen veröffentlicht.

Das Ausfüllen nimmt ca. **4 Minuten** in Anspruch. Durch das Abschicken des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sind.

1. Für wie problematisch halten Sie das gelegentliche Rauchen in der Schwangerschaft?
 - ☐ problematisch
 - ☐ eher problematisch
 - ☐ eher unproblematisch
 - ☐ unproblematisch
2. Für wie problematisch halten Sie ein gelegentliches Glas Alkohol in der Schwangerschaft?
 - ☐ problematisch
 - ☐ eher problematisch
 - ☐ eher unproblematisch
 - ☐ unproblematisch
3. Welchen Stellenwert hat das Thema **Rauchen** für Sie im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen in der Schwangerenvorsorge? Bitte denken Sie auch an den gelegentlichen Konsum.
 - ☐ sehr wichtig

²⁹

Der Fragebogen für Hebammen ist bis auf die Anrede (statt „Patientin“ „betreute Frau“) identisch mit jenem für Gynäkologinnen und Gynäkologen und wird deshalb hier nicht eigens angeführt.

- ☐ eher wichtig
 - ☐ eher unwichtig
 - ☐ unwichtig
4. Welchen Stellenwert hat das Thema **Alkohol** für Sie im Vergleich zu anderen Gesundheitsthemen in der Schwangerenvorsorge? Bitte denken Sie auch an den gelegentlichen Konsum.
- ☐ sehr wichtig
 - ☐ eher wichtig
 - ☐ eher unwichtig
 - ☐ unwichtig
5. Bei welchen Ihrer schwangeren Patientinnen erheben Sie das Rauchverhalten?
- ☐ ausnahmslos bei jeder Schwangeren
 - ☐ bei den meisten Schwangeren
 - ☐ bei manchen Frauen (z. B. wenn anamnestisch Rauchen vor der Schwangerschaft vorliegt oder bestimmte Anzeichen einen aktuellen Konsum von Zigaretten vermuten lassen)
 - ☐ Ich erhebe das Rauchverhalten nicht.
 - ☐ keine Angabe
6. Bei welchen Ihrer schwangeren Patientinnen erheben Sie den Konsum von Alkohol?
- ☐ ausnahmslos bei jeder Schwangeren
 - ☐ bei den meisten Schwangeren
 - ☐ bei manchen Frauen (z. B. wenn anamnestisch Alkoholkonsum vor der Schwangerschaft vorliegt oder bestimmte Anzeichen einen aktuellen Konsum vermuten lassen)
 - ☐ Ich erhebe den Alkoholkonsum nicht.
 - ☐ keine Angabe
7. Erheben Sie, ob Ihre schwangere Patientin Passivrauch ausgesetzt ist?
- ☐ immer
 - ☐ häufig
 - ☐ manchmal
 - ☐ nie
 - ☐ keine Angabe
8. Erheben Sie, ob Ihre schwangere Patientin alternative Nikotinprodukte konsumiert (E-Zigaretten, Nikotinbeutel, Vapes ...)?
- ☐ immer
 - ☐ häufig
 - ☐ manchmal
 - ☐ nie
 - ☐ keine Angabe
9. Welche Schwangere informieren Sie über die Auswirkungen von Rauchen in der Schwangerschaft?
- ☐ alle Schwangere, auch Frauen, die nicht rauchen

- nur Schwangere, die angeben zu rauchen
 - ich informiere nicht über die Auswirkungen von Rauchen
 - keine Angabe
10. Welche Schwangeren informieren Sie über die Auswirkungen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft?
- alle Schwangeren, auch Frauen die keinen Alkohol trinken
 - nur Schwangere, die angeben, Alkohol zu trinken
 - Ich informiere nicht über die Auswirkungen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft.
 - keine Angabe
11. *nur wenn bei Frage 9 oder 10 mit „alle“ oder „nur“ geantwortet wurde:* Wie informieren Sie Ihre schwangeren Patientinnen über Alkohol und Nikotin? (Mehrfachantworten sind möglich)
- ☐ mündlich
 - ☐ Broschüre/Folder liegt in der Praxis auf
 - ☐ Broschüre/Folder liegt dem Mutter-Kind-Pass bei
 - ☐ Plakate in der Praxis
 - ☐ Ich vermittele weiter zur Beratung.
 - ☐ Ich verweise auf Apps, z. B. die „Rauchfrei App“.
 - ☐ Ich verweise auf Informationswebsites (z. B. Geburtsinfo Wien, Gesundheit.gv.at)
 - ☐ anders, und zwar:
 - ☐ keine Angabe
12. Welche Empfehlungen geben Sie Ihren schwangeren Patientinnen in Bezug auf Rauchverhalten und Nikotinkonsum?
- kompletter Rauchstopp
 - Reduktion / möglichst wenig rauchen
 - Umstieg auf Nikotinersatzprodukte
 - anderes, und zwar:
 - keine Angabe
13. Welche Empfehlungen geben Sie Ihren schwangeren Patientinnen in Bezug auf den Konsum von Alkohol?
- Verzicht auf jeglichen Alkoholkonsum
 - Reduktion des Alkoholkonsums
 - anderes, und zwar:
 - keine Angabe
14. Bestimmte Hürden können das Thematisieren von Alkoholkonsum und Rauchen in der Schwangerenvorsorge erschweren. Welche Hürden spielen in Ihrer Tätigkeit als Gynäkologin/ Gynäkologe **neben mangelnden zeitlichen Ressourcen** die wichtigste Rolle? (Mehrfachantworten möglich)
- ☐ Ich möchte schwangere Frauen damit nicht belasten, stressen oder ängstigen.
 - ☐ Ich fühle mich unsicher, wie ich das Gespräch gestalten soll.

- ☐ Ich bin unsicher, wie die aktuellen Empfehlungen zu Alkohol und Rauchen in der Schwangerschaft lauten.
- ☐ Mir fehlen Informationen zu Unterstützungsangeboten für rauchende oder Alkohol konsumierende Schwangere.
- ☐ Ich habe den Eindruck, ich kann damit wenig verändern.
- ☐ andere Hürden, und zwar
- ☐ Es bestehen keine Hürden.
- ☐ keine Angabe

Abschließend noch drei Fragen zu Ihrer Person

1. Ihr Geschlecht:
 - ☐ weiblich
 - ☐ männlich
 - ☐ divers
2. Wo üben Sie Ihre Tätigkeit als Gynäkologin/Gynäkologe überwiegend aus?
 - ☐ im niedergelassenen Bereich
 - ☐ im stationären Bereich
 - ☐ keine Angabe
3. Wie lange sind Sie als Gynäkologin bzw. Gynäkologe tätig?
 - ☐ kürzer als 5 Jahre
 - ☐ 5–9 Jahre
 - ☐ 10–19 Jahre
 - ☐ 20–29 Jahre
 - ☐ 30 Jahre oder länger
 - ☐ keine Angabe
4. Haben Sie schon einmal eine Fortbildung speziell zum Thema Alkohol und Nikotin in der Schwangerschaft gemacht?
 - ☐ ja
 - ☐ nein
 - ☐ keine Angabe

Vielen herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Ein Leitfaden zur medizinischen Beratung schwangerer Frauen beim Rauch- und Alkoholverzicht steht unter <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/medizinische-beratung-schwangere.pdf> zur Verfügung.

Bei Fragen oder Kommentaren erreichen Sie uns unter befragung.wien@goeg.at. Unter https://goeg.at/befragung_schwangere_2022 finden Sie weitere Projektinformationen.

7.2 Beschreibung der Teilnehmer:innen

7.2.1 Onlinebefragung von Wöchnerinnen

7.2.1.1 Soziodemographische Daten

Tabelle 7.1:

Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen an der Onlinebefragung von Wöchnerinnen

	Gesamt (n = 888)	Gesamt in Prozent	Kurzversion in Prozent (n = 443)	Langversion in Prozent (n = 445)	p-Wert**
Altersklassen					p = 0,076
18–24 Jahre	59	6,6 %	5,4 %	7,9 %	
25–29 Jahre	212	23,9 %	25,3 %	22,5 %	
30–34 Jahre	322	36,3 %	39,5 %	33,0 %	
35–39 Jahre	223	25,1 %	22,3 %	27,9 %	
40 Jahre und mehr	72	8,1 %	7,4 %	8,8 %	
Geburtsland					p = 0,124
Österreich	516	58,1 %	57,1 %	59,1 %	
Bosnien und Herze- gowina	34	3,8 %	5,6 %	2,0 %	
Deutschland	31	3,5 %	2,5 %	4,5 %	
Polen	19	2,1 %	2,0 %	2,3 %	
Rumänien	25	2,8 %	3,6 %	2,0 %	
Serbien	47	5,3 %	5,0 %	5,6 %	
Türkei	18	2,0 %	2,0 %	2,0 %	
anderes Land	185	20,9 %	20,5 %	21,1 %	
keine Antwort	13	1,5 %	1,6 %	1,5 %	
Migrationshinter- grund*					p = 0,096
nein	409	46,1%	42,2%	49,9%	
ja	461	51,9%	55,5%	48,3%	
<i>1. Generation</i>	<i>348</i>	<i>39,2%</i>	<i>40,9%</i>	<i>37,5%</i>	
<i>2. Generation</i>	<i>113</i>	<i>12,7%</i>	<i>14,7%</i>	<i>10,8%</i>	
keine Angabe mög- lich	18	2,0%	2,3%	1,8%	
höchster Bildungsab- schluss					
kein Abschluss	10	1,1 %	1,1 %	1,1 %	p = 0,434
Pflichtschulabschluss	59	6,6 %	7,7 %	5,6 %	
Lehre, BMS	154	17,3 %	15,8 %	18,9 %	
Matura (AHS, BHS)	142	16,0 %	15,8 %	16,2 %	
Kolleg mit Hoch- schulcharakter	41	4,6 %	3,6 %	5,6 %	

	Gesamt (n = 888)	Gesamt in Prozent	Kurzversion in Prozent (n = 443)	Langversion in Prozent (n = 445)	p-Wert**
Universität, Fachhochschule	459	51,7 %	52,8 %	50,6 %	
keine Antwort	23	2,6 %	3,2 %	2,0 %	

*Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria: „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Diese Definition des Migrationshintergrundes folgt den „Recommendations for the 2020 censuses of population and housing“, Seite 136, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).“ (Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuergierung/migrationshintergrund>)

**Pearson's χ^2 Test bzw. Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.2:
Soziodemografische Daten der Teilnehmerinnen an der Onlinebefragung der Wöchnerinnen –
Langversion

	Langversion gesamt (n = 445)	Langversion in Prozent
berufliche Situation vor dem Mutterschutz		
berufstätig	354	79,6 %
in Ausbildung (Schülerin, Studentin)	19	4,3 %
arbeitslos oder nicht berufstätig	30	6,7 %
karenziert	20	4,5 %
überwiegend im Haushalt tätig	12	2,7 %
keine Antwort	10	2,2 %
Wohnbezirk		
1010	1	0,2 %
1020	18	4,0 %
1030	17	3,8 %
1040	2	0,5 %
1050	5	1,1 %
1060	6	1,4 %
1070	4	0,9 %
1080	2	0,5 %
1090	3	0,7 %
1100	59	13,3 %
1110	28	6,3 %
1120	21	4,7 %
1130	7	1,6 %
1140	8	1,8 %
1150	6	1,4 %
1160	17	3,8 %
1170	8	1,8 %
1180	8	1,8 %
1190	13	2,9 %

	Langversion gesamt (n = 445)	Langversion in Prozent
1200	21	4,7 %
1210	67	15,1 %
1220	63	14,2 %
1230	21	4,7 %
außerhalb Wiens	34	7,6 %
keine Antwort	6	1,4 %
Wohnbezirk – Kategorie*		
Kategorie 1 – überdurchschnittliches Einkommen	155	34,8 %
Kategorie 2 – unterdurchschnittliches Einkommen	250	56,2 %
Kategorie 3 – nicht Wien	34	7,6 %
keine Antwort	6	1,4 %
in Partnerschaft lebend (in %)		
ja, gemeinsamer Haushalt	413	92,8%
ja, getrennte Haushalte	19	4,3%
keine fixe Partnerin / kein fixer Partner	9	2,0 %
keine Antwort	4	0,9 %
Anzahl Kinder		
1	254	57,1 %
2	138	31,0 %
3	35	7,9 %
4	12	2,7 %
5	3	0,7 %
6 oder mehr	3	0,7 %
erstgebärend/mehrggebärend		
erstgebärend	254	57,1 %
mehrggebärend	191	42,9 %

* = Kategorie 1 umfasst Bezirke mit einem überdurchschnittlichen lohnsteuerpflichtigen Einkommen (1., 3., 4., 6. bis 9., 13., 14., 18., 19., 22. und 23. Bezirk), Kategorie 2 umfasst die Bezirke mit unterdurchschnittlichem Einkommen (2., 5., 10. bis 12., 15., 16., 17., 20. und 21. Bezirk); Kategorie 3 sind Wohngebiete außerhalb Wiens.

Darstellung und Berechnung: GÖ FP

Tabelle 7.3:

Stillen unter den Teilnehmerinnen der Onlinebefragung der Wöchnerinnen

	Gesamt (n = 888)	Gesamt in Prozent	Kurzversion in Prozent (n = 443)	Langversion in Prozent (n = 445)	p-Wert*
Kind wird gestillt					p = 0,335
ja	726	81,8 %	83,5 %	80,0 %	
nein	153	17,2 %	15,4 %	19,1 %	
keine Antwort	9	1,0 %	1,1 %	0,9 %	

* = Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.4:

Zeitpunkt der Kenntnis der Schwangerschaft unter den Teilnehmerinnen der Onlineerhebung unter Wöchnerinnen (in %, n = 888)

	Gesamt (n = 888)	Gesamt in Prozent	Kurzversion in Prozent (n = 443)	Langversion in Prozent (n = 445)	p-Wert*
von der Schwangerschaft erfahren					p = 0,327
1. Trimester	861	97,0 %	96,2 %	97,8 %	
2. Trimester	23	2,6 %	3,2 %	2,0 %	
3. Trimester	4	0,5 %	0,7 %	0,2 %	

* = Pearson's χ^2 Test bzw. Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

7.2.1.2 Nikotin/Zigaretten

Tabelle 7.5:

Angaben zum Zigarettenkonsum der Teilnehmerinnen an der Onlineerhebung unter Wöchnerinnen (in %, n = 888)

	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	21,2	8,7	70,2
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	7,4	4,5	88,1
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	6,1	2,8	91,1
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	6,3	2,3	91,4
nach der Geburt	7,9	3,6	88,5

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.6:

Rauchverhalten in der Schwangerschaft: Raucherinnen täglich / fast täglich vor der Schwangerschaft (in %, n = 188)

	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	100		
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	29,8	13,8	56,4
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	23,9	9,0	67,0
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	25,0	6,9	68,1
nach der Geburt	31,4	12,8	55,9

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.7:

Rauchverhalten in der Schwangerschaft: Raucherinnen manchmal/selten vor der Schwangerschaft (in %, n = 77)

	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft		100	
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat (denken Sie nur an die Zeit, als Sie schon von der Schwangerschaft wussten)	1,3	11,7	87,0
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	0,0	7,8	92,2
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	1,3	5,2	93,5
nach der Geburt	2,6	7,8	89,6

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.8:

Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach Alter (in %, n = 888)

	< 25 Jahre (n = 59)			25-34 Jahre (n = 534)			≥ 35 Jahre (n = 295)			p-Wert*
	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	35,6 %	6,8 %	57,6 %	22,3 %	9,4 %	68,4 %	16,3 %	7,8 %	75,9 %	p = 0,010
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	20,3 %	5,1 %	74,6 %	7,1 %	5,8 %	87,1 %	5,4 %	2,0 %	92,5 %	p < 0,001
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	13,6 %	6,8 %	79,7 %	6,2 %	3,4 %	90,4 %	4,4 %	1,0 %	94,6 %	p = 0,004
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	13,6 %	6,8 %	79,7 %	6,7 %	2,4 %	90,8 %	4,1 %	1,0 %	94,9 %	p = 0,003
nach der Geburt	23,7 %	1,7 %	74,6 %	7,7 %	3,9 %	88,4 %	5,1 %	3,4 %	91,5 %	p < 0,001

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Pearson's χ^2 Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.9:

Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach höchstem Bildungsabschluss (in %, n = 888)

	Sekundarstufe I (n = 69)			Sekundarstufe II (n = 296)			Hochschule (n = 500)			p-Wert*
	täglich / fast täg- lich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwanger- schaft	21,7 %	4,3 %	73,9 %	33,4 %	7,8 %	58,8 %	13,8 %	10,2 %	76,0 %	p < 0,001
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	14,5 %	8,7 %	76,8 %	14,5 %	6,8 %	78,7 %	2,0 %	2,6 %	95,4 %	p < 0,001
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	15,9 %	4,3 %	79,7 %	11,5 %	5,7 %	82,8 %	1,0 %	1,0 %	98,0 %	p < 0,001
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	14,5 %	4,3 %	81,2 %	13,5 %	3,7 %	82,8 %	0,6 %	1,0 %	98,4 %	p < 0,001
nach der Geburt	14,5 %	2,9 %	82,6 %	17,2 %	3,4 %	79,4 %	1,4 %	3,6 %	95,0 %	p < 0,001

manchmal = mindestens 1× pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1× pro Monat

Die Kategorie „keine Angabe“ zur höchsten abgeschlossenen Bildung wird nicht dargestellt (n = 23).

* = Pearson's χ^2 Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.10:

Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund (in %, n = 888)

	ohne Migrations- hintergrund* (n = 409)			Migrationshinter- grund 1. Generation (n = 348)			Migrationshinter- grund 2. Generation (n = 113)			keine Angabe möglich (n = 18)			p-Wert**
	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	22,0	10,0	68,0	15,2	8,0	76,7	36,3	5,3	58,4	22,2	11,1	66,7	p < 0,001
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	7,1	4,2	88,8	5,5	4,9	89,7	15,9	4,4	79,6	0,0	5,6	94,4	p = 0,031
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	4,6	3,4	91,9	6,0	1,4	92,5	12,4	4,4	83,2	0,0	5,6	94,4	p = 0,018
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	4,4	2,7	92,9	5,5	2,0	92,5	16,8	0,9	82,3	0,0	5,6	94,4	p = 0,001
nach der Geburt	6,8	3,4%	89,7	5,7	2,6	91,7	17,7	7,1	75,2	11,1	5,6	83,3	p = 0,001

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Diese Definition des Migrationshintergrundes folgt den ‚Recommendations for the 2020 censuses of population and housing‘, Seite 136, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).“ (Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund>)

** = Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.11:

Rauchverhalten in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst-/mehrggebärend* (in %, n = 445)

	erstgebärend (n = 254)			mehrggebärend (n = 191)			p-Wert**
	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	24,8 %	8,3 %	73,9 %	33,4 %	7,8 %	58,8 %	p = 0,040
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat	8,3 %	3,1 %	76,8 %	14,5 %	6,8 %	78,7 %	p = 0,053
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	5,5 %	3,1 %	79,7 %	11,5 %	5,7 %	82,8 %	p = 0,535
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	5,1 %	3,9 %	81,2 %	13,5 %	3,7 %	82,8 %	p = 0,662
nach der Geburt	8,7 %	3,5 %	82,6 %	17,2 %	3,4 %	79,4 %	p = 0,546

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Annäherung über die Angaben zur Anzahl der Kinder, wobei Frauen, die angaben, nur ein Kind zu haben, der Kategorie „erstgebärend“ zugeordnet wurden, alle anderen der Kategorie „mehrggebärend“

** = Pearson's χ^2 Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.12:

Passivrauch in der Schwangerschaft: Anteil der Schwangeren, die Passivrauch ausgesetzt waren (in %, n = 445)

	ja, mehr als eine Stunde täglich	ja, bis zu eine Stunde täglich	ja, aber nicht täglich	nie oder fast nie	keine Antwort
Exposition Passivrauch in der Schwangerschaft	3,4 %	4,0 %	13,3 %	78,7 %	0,7 %

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

7.2.1.3 Alkohol

Tabelle 7.13:

Angaben zum Zigarettenkonsum der Teilnehmerinnen an der Onlineerhebung unter Wöchnerinnen (in %, n = 888)

	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	3,5 %	57,0 %	39,5 %
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat	0,3 %	5,4 %	94,3 %
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	0,2 %	2,8 %	97,0 %
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	0,3 %	3,3 %	96,4 %
nach der Geburt	0,7 %	17,3 %	82,0 %

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.14:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Frauen, die vor der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol getrunken haben (in %, n = 506)

	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft		100	
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat	0,0	7,7	92,3
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	0,0	3,8	96,2
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	0,0	4,3	95,7
nach der Geburt	0,2	24,5	75,3

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.15:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft: Frauen, die vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich Alkohol getrunken haben (in %, n = 31)

	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	100		
1. bis 3. Schwangerschaftsmonat	3,2	12,9	83,9
4. bis 6. Schwangerschaftsmonat	0,0	6,5	93,5
7. bis 9. Schwangerschaftsmonat	0,0	16,1	83,9
nach der Geburt	6,5	32,3	61,3

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.16:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Alter (in %, n = 888)

	< 25 Jahre (n = 59)			25-34 Jahre (n = 534)			≥ 35 Jahre (n = 295)			p-Wert*
	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	5,1 %	40,7 %	54,2 %	2,1 %	55,6 %	42,3 %	5,8 %	62,7 %	31,5 %	p < 0,001
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	0,0 %	3,4 %	96,6 %	0,4 %	5,2 %	94,4 %	0,3 %	6,1 %	93,6 %	p = 0,906
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	0,0 %	1,7 %	98,3 %	0,4 %	3,0 %	96,6 %	0,0 %	2,7 %	97,3 %	p = 0,957
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	0,0 %	1,7 %	98,3 %	0,4 %	3,4 %	96,3 %	0,3 %	3,4 %	96,3 %	p = 0,967
nach der Geburt	0,0 %	11,9 %	88,1 %	0,6 %	15,2 %	84,3 %	1,0 %	22,4 %	76,6 %	p = 0,050

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.17:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach höchstem Bildungsabschluss (in %, n = 888)

	Sekundarstufe I (n = 69)			Sekundarstufe II (n = 296)			Hochschule (n = 500)			p-Wert*
	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	täglich / fast täglich	manch- mal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwanger- schaft	1,4 %	24,6 %	73,9 %	3,4 %	49,3 %	47,3 %	4,0 %	67,0 %	29,0 %	p < 0,001
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	0,0 %	4,3 %	95,7 %	0,3 %	4,7 %	94,9 %	0,2 %	5,6 %	94,2 %	p = 0,956
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	0,0 %	4,3 %	95,7 %	0,3 %	1,4 %	98,3 %	0,0 %	3,2 %	96,8 %	p = 0,158
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	0,0 %	4,3 %	95,7 %	0,7 %	1,0 %	98,3 %	0,0 %	4,4 %	95,6 %	p = 0,011
nach der Geburt	0,0 %	13,0 %	87,0 %	0,7 %	15,5 %	83,8 %	0,8 %	19,2 %	80,0 %	p = 0,546

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

Die Kategorie „keine Angabe“ zur höchsten abgeschlossenen Bildung wird nicht dargestellt (n = 23).

* = Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.18:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach Migrationshintergrund (in %, n = 888)

	ohne Migrations- hintergrund* (n = 409)			Migrations- hintergrund 1. Generation (n = 348)			Migrations- hintergrund 2. Generation (n = 113)			keine Angabe möglich (n = 18)			p-Wert**
	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwanger- schaft	5,4	73,1	21,5	2,3	46,3	51,4	0,9	33,6	65,5	0,0	44,4	55,6	p < 0,001
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	0,2	3,7	96,1	0,6	8,0	91,4	0,0	3,5	96,5	0,0	5,6	94,4	p = 0,111
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	0,0	1,7	98,3	0,6	4,9	94,5	0,0	0,9	99,1	0,0	0,0	100, 0	p = 0,050
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	0,0	2,7	97,3	0,9	4,3	94,8	0,0	0,9	99,1	0,0	11,1	88,9	p = 0,053
nach der Geburt	0,5	18,1	81,4	1,1	19,0	79,9	0,0	9,7	90,3	0,0	16,7	83,3	p = 0,221

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren wurden) und in Angehörige der zweiten Generation (Kinder von zugewanderten Personen, die aber selbst im Inland zur Welt gekommen sind) untergliedern. Diese Definition des Migrationshintergrundes folgt den ‚Recommendations for the 2020 censuses of population and housing‘, Seite 136, der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE).“ (Quelle: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/migration-und-einbuengerung/migrationshintergrund>)

** = Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

Tabelle 7.19:

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft nach den Kategorien erst-/mehrgeschwängert* (in %, n = 445)

	erstgebärend (n = 254)			mehrgeschwängert (n = 191)			p-Wert**
	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	täglich / fast täglich	manchmal / selten	nie	
in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	4,3 %	65,0 %	30,7 %	2,6 %	44,0 %	53,4 %	p < 0,001
1. bis 3. Schwanger- schaftsmonat	0,4 %	6,3 %	93,3 %	0,0 %	6,3 %	93,7 %	p = 1,000
4. bis 6. Schwanger- schaftsmonat	0,4 %	3,1 %	96,5 %	0,0 %	4,2 %	95,8 %	p = 0,779
7. bis 9. Schwanger- schaftsmonat	0,4 %	3,1 %	96,5 %	0,5 %	5,2 %	94,2 %	p = 0,500
nach der Geburt	1,2 %	19,3 %	79,5 %	0,5 %	19,9 %	79,6 %	p = 0,835

manchmal = mindestens 1 × pro Monat, aber nicht täglich; selten = weniger als 1 × pro Monat

* = Annäherung über die Angaben zur Anzahl der Kinder, wobei Frauen, die angaben, nur ein Kind zu haben, der Kategorie „erstgebärend“ zugeordnet wurden, alle anderen der Kategorie „mehrgeschwängert“

** = Pearson's χ^2 Test bzw. Fisher's Exact Test

Quelle: GÖ FP

7.2.2 Interviews mit Schwangeren

Tabelle 7.20:

Teilnehmerinnen an den Interviews mit Schwangeren nach soziodemografischen Merkmalen

	Anzahl	Anteil in Prozent je Kategorie
Alter		
18–24 Jahre	0	0 %
25–29 Jahre	4	12,5 %
30–34 Jahre	15	46,9 %
35–39 Jahre	13	40,6 %
40 oder älter	0	0 %
Familienstand		
fixer Partner / fixe Partnerin, gemeinsamer Haushalt	29	90,6 %
fixer Partner / fixe Partnerin, getrennter Haushalt	2	6,3 %
kein fixer Partner / keine fixe Partnerin	1	3,1 %
überwiegende berufliche Situation vor dem Mutterschutz		
berufstätig	29	90,6 %
in Ausbildung (Schülerin, Studentin)	0	0 %
arbeitslos oder nicht berufstätig	0	0 %
karenziert	3	9,4 %
überwiegend im Haushalt tätig	0	0 %
Migrationshintergrund		
nein	20	62,5 %
ja	12	37,5 %
1. Generation	8	25 %
2. Generation	4	12,5 %

	Anzahl	Anteil in Prozent je Kategorie
höchster Bildungsabschluss		
kein Schulabschluss	0	0 %
Hauptschule, Mittelschule, Unterstufe AHS, Sonderschule	0	0 %
Lehre, BMS	0	0 %
AHS oder BHS	6	18,8 %
Kolleg mit Hochschulcharakter	3	9,4 %
Universität, (Fach-)Hochschule	23	71,9 %

Quelle: GÖ FP

7.2.3 Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal

Tabelle 7.21:

Teilnehmer:innen an den Fokusgruppen und Interviews mit Gesundheitspersonal

Beruf	berufliches Setting	Datum
Gynäkologe	niedergelassen, davor stationär	17. 11. 2022
Hebamme	stationär, KH Ottakring	13. 12. 2022
Hebamme	stationär, KH Ottakring	13. 12. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022
Hebamme	Familienhebamme	25. 1. 2022

Auf Wunsch der meisten Teilnehmenden wurde in dieser Darstellung auf die Nennung der Namen verzichtet, Einverständniserklärungen mit Nennung der Namen liegen vor.

Quelle: GÖ FP

7.2.4 Onlinebefragung von Gesundheitspersonal

Tabelle 7.22:

Teilnehmende Hebammen und Gynäkologinnen/Gynäkologen

	Hebammen		Gynäkologinnen/Gynäkologen	
	N	%	N	%
Geschlecht				
weiblich	86	98,9 %	79	64,8 %
männlich	1	1,1 %	41	33,6 %
divers	0	0 %	4	1,6 %
keine Angabe	0	0 %	0	0 %
Dauer der Tätigkeit				
kürzer als 5 Jahre	28	32,2 %	8	6,6 %
5–9 Jahre	24	27,6 %	16	13,1 %
10–19 Jahre	21	24,1 %	37	30,3 %
20–29 Jahre	9	10,3 %	31	25,4 %
länger als 30 Jahre	5	5,7 %	30	24,6 %
keine Angabe	0	0 %	0	0,8 %
überwiegendes Setting der beruflichen Tätigkeit				
niedergelassener Bereich	32	36,8 %	86	70,5 %
stationärer Bereich	54	62,1 %	33	27,0 %
keine Angabe	1	1,1 %	3	2,5 %
spezifische Fortbildung				
ja	30	34,5 %	46	37,1 %
nein	56	64,4 %	69	55,6 %
keine Angabe	1	1,1 %	9	7,3 %

Quelle: GÖ FP

8 Quellen

- Bergmann, K. E.; Bergmann, R. L.; Ellert, U.; Dudenhausen, J. W. (2007): [Perinatal risk factors for long-term health. Results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. In: Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50/5-6:670-676
- British Medical Association (2004): Smoking and reproductive life. The impact of smoking on sexual, reproductive and child health. BMA,
- Bruguera, C. (2022): Inventory and guidelines to reduce alcohol consumption in women of child-bearing age. Lisbon Addictions 2022, Lissabon
- Bundesministerium für Gesundheit (2015): Leitfaden zum Ausfüllen des Mutter-Kind-Passes. Geburtshilflicher Teil. BMG, Wien
- Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele (2019a): Gesprächsleitfaden: Beratung schwangerer Frauen beim Rauch- und Alkoholverzicht.
- Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele (2019b): Gesprächsleitfaden: Medizinische Beratung schwangerer Frauen beim Rauch- und Alkoholverzicht
- Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele (2021): Eine Auszeit für Ihr Baby. <https://www.wien.gv.at/gesundheit/beratung-vorsorge/frauen/frauengesundheit/pdf/auszeit-baby.pdf>, Wien
- Chiodo, Lisa M.; Cosmian, Caitlin; Pereira, Kristy; Kent, Nicole; Sokol, Robert J.; Hannigan, John H. (2019): Prenatal Alcohol Screening During Pregnancy by Midwives and Nurses. In: Alcoholism: Clinical and Experimental Research 43/8:1747-1747-1758
- Dozet, D.; Burd, L.; Popova, S. (2021): Screening for Alcohol Use in Pregnancy: a Review of Current Practices and Perspectives. In: Int J Ment Health Addict:1-20
- France, K.E.; Henley, N.R.; Payne, J.; D'Antoine, H.; Bartu, A.; O'Leary, C.; Elliott, E.; Bower, C. (2010): Health professionals addressing alcohol use with pregnant women in Western Australia: Barriers and strategies for communication. In: Substance Use & Misuse 45/10:1474-1490
- Gesellschaft für Neuropädiatrie (2016): S3-Leitlinie Fetale Alkoholspektrumstörungen, FASD – Diagnostik. Version 2.0, 1.2.2016
- Levesque, Jean-Frederic; Harris, Mark F; Russell, Grant (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. In: International journal for equity in health 12/:1-9
- Link, Thomas (2022): Hebammenberatung im Rahmen des Mutter-Kind-Passes. Ergebnisbericht für das Jahr 2020. Gesundheit Österreich, Wien

- Okulicz-Kozaryn, K. (2022): Piloting an evidence-based good practice intervention for reducing the risk of FASD. Lisbon Addictions 2022, Lissabon
- Österreichische Gesundheitskasse (2020): Rauchfrei für Eltern und Kind in Schwangerschaft und Stillzeit. https://rauchfrei.at/wp-content/uploads/Folder_Schwangerschaft_web-5.pdf
- Österreichisches Hebammengremium (2019): Leitlinie zur Betreuung gesunder schwangerer Frauen. Evidenzbasierte Empfehlungen des Österreichischen Hebammengremiums anhand von internationalen Leitlinien. <https://www.hebammen.at/wp-content/uploads/2019/12/O%CC%88HG-Leitlinien-FRauen-2019-A4.pdf>
- Puhm, A.; Brotherhood, A.; Busch, M.; Klein, C.; Strizek, J.; Uhl, A. (2022): Alkohol- und Nikotinkonsum in der Schwangerschaft: Studienskizze zur Machbarkeit einer Erhebung. Gesundheit Österreich, Wien
- Rauchfrei Telefon Die Ansprache des Rauchens in der Schwangerschaft [online]. https://rauchfrei.at/wp-content/uploads/RFT_Infoblatt_Ansprache-in-der-Schwangerschaft.pdf [Zugriff am 7.3.2023]
- Raymond, N.; Beer, Ch.; Glazebrook, C.; Sayal, K. (2009): Pregnant women's attitudes towards alcohol consumption. In: BMC Public Health 9/:1-8
- Rose, A. (2022): Attitudes to maternal drinking and factors associated with increased alcohol use during pregnancy and motherhood. Lisbon Addictions, Lissabon
- Scholin, L.; Fitzgerald, N. (2019): The conversation matters: a qualitative study exploring the implementation of alcohol screening and brief interventions in antenatal care in Scotland. In: BMC Pregnancy & Childbirth 19/1:316
- Segura, L. (2022): Training of trainers package on FAS/FASD prevention. Lisbon Addictions, Lissabon
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Thom, B.; Herring, R.; Milne, E. (2020): Drinking in Pregnancy: Shifting Towards the 'Precautionary Principle'. In: Risk and Substance Use: Framing Dangerous People and Dangerous Places. Hg. v. MacGregor, S. N., Thom, B. Routledge, LondonS. 66-87
- Ujhelyi Gomez, Katalin; Goodwin, Laura; Chisholm, Anna; Rose, Abigail K (2022): Alcohol use during pregnancy and motherhood: Attitudes and experiences of pregnant women, mothers, and healthcare professionals. In: PLoS ONE [Electronic Resource] 17/12:e0275609
- Wien.gv.at (2019): Lohnsteuerpflichtige Einkommen nach Bezirken 2017 – Frauen und Männer. Statistik Austria [online]. <https://www.wien.gv.at/statistik/arbeitsmarkt/tabellen/einkommen-gesamt-bez.html> [Zugriff am 26.07.2019]