

## 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 liegt<sup>10</sup> (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 Prozent<sup>11</sup> 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

---

<sup>10</sup>

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.

<sup>11</sup>

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)
<b>Altersklassen (in %)</b>		
< 25 Jahre	59	6,6 %
25–34 Jahre	534	60,1 %
≥ 35 Jahre	295	33,2 %
<b>Geburtsland (in %)</b>		
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 %
<b>Migrationshintergrund<sup>1</sup> (in %)</b>		
nein	409	46,1 %
Ja	461	51,9 %
1. Generation	348	39,2 %
2. Generation	113	12,7 %
keine Angabe möglich	18	2,0 %
<b>höchster Bildungsabschluss</b>		
Sekundarstufe I	69	7,8 %
Sekundarstufe II	296	33,3 %
Hochschule	500	56,3 %
keine Antwort	23	2,6 %

<sup>1</sup> 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 2021<sup>12</sup> 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 haben<sup>13</sup> (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 dazu<sup>14</sup> (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

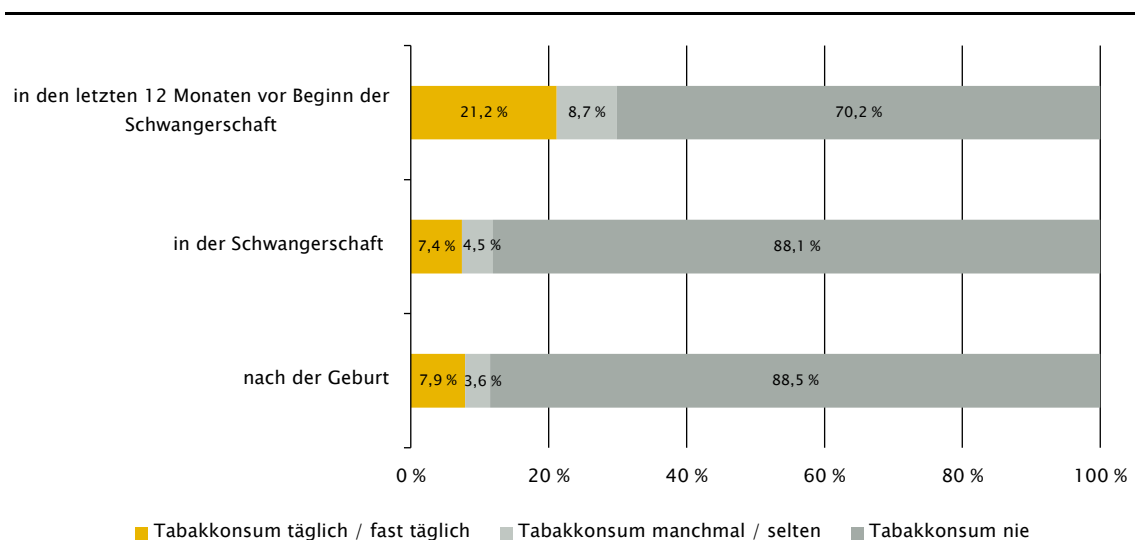
### 4.1.2.1 Konsumverhalten betreffend Zigaretten

Erhoben wurde der Zigarettenkonsum vor der Schwangerschaft, in der Schwangerschaft (unterteilt nach Trimester<sup>15</sup>) 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

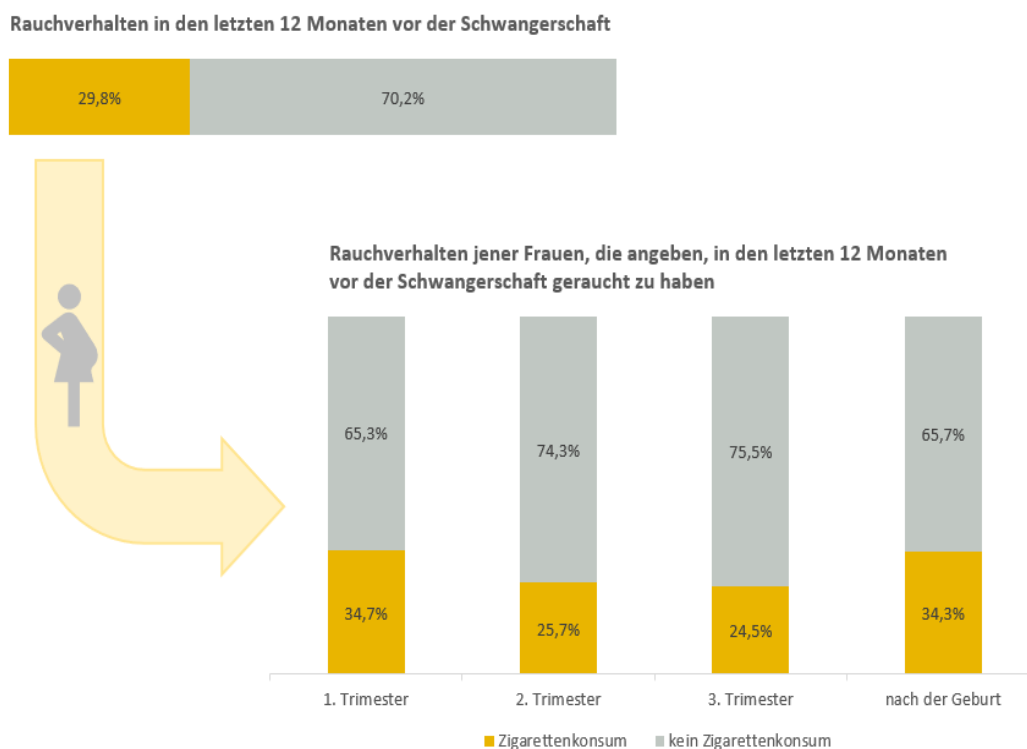
Die Angaben sollten jeweils nur für jenen Zeitraum gemacht werden, nachdem die Frauen von ihrer Schwangerschaft gewusst hatten. Da 97 Prozent der Teilnehmerinnen bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel (SSW 3–14) von der Schwangerschaft erfahren haben, werden die Ergebnisse im Bericht gesamt dargestellt.

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

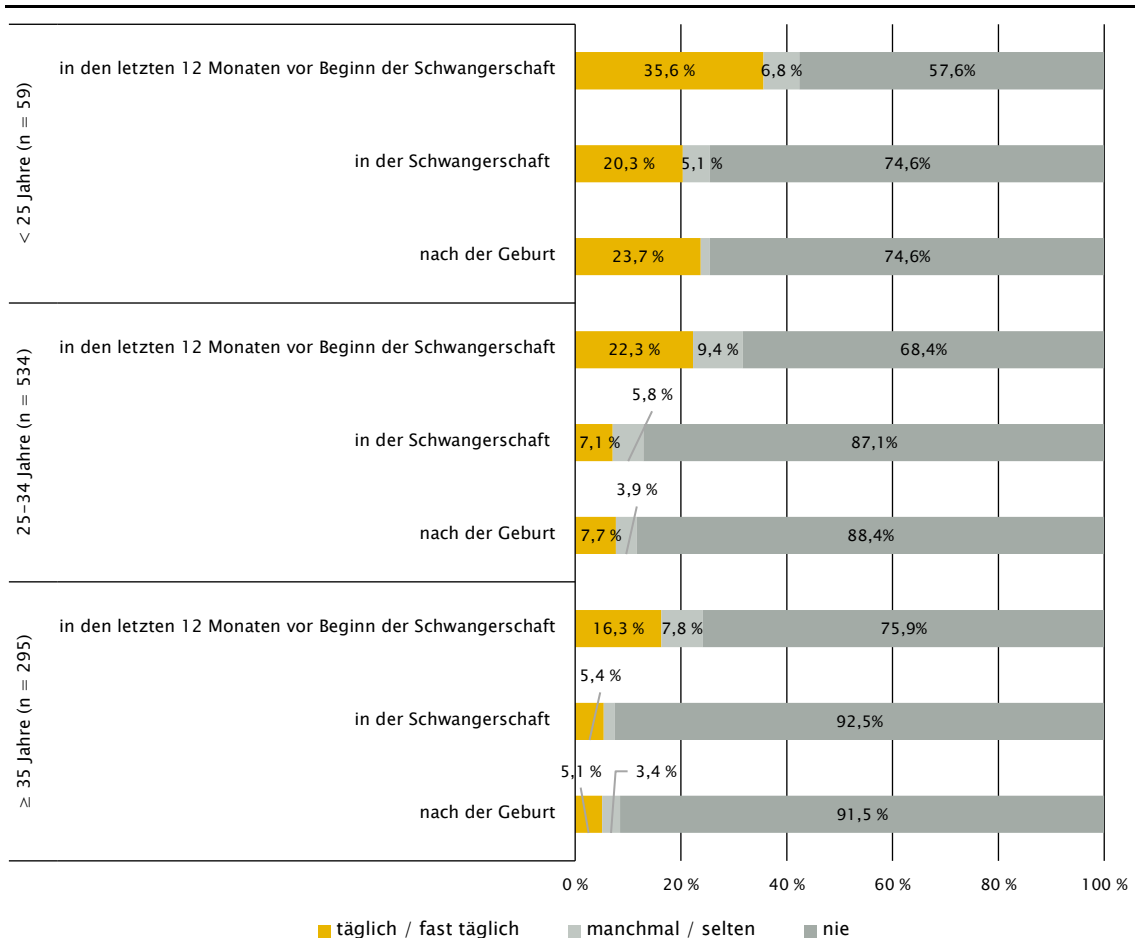
	Raucherinnen der Kategorien täglich / fast täglich				
	in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft	1. Trimester	2. Trimester	3. Trimester	nach der Geburt
<b>Mittelwert</b>	11,7	7,7	8,5	8,4	10,8
<b>Anzahl Raucherinnen absolut</b>	188	56	45	47	59
<b>Anteil an allen Teilnehmerinnen (n = 888)</b>	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  $\chi^2$  Test<sup>16</sup>): 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

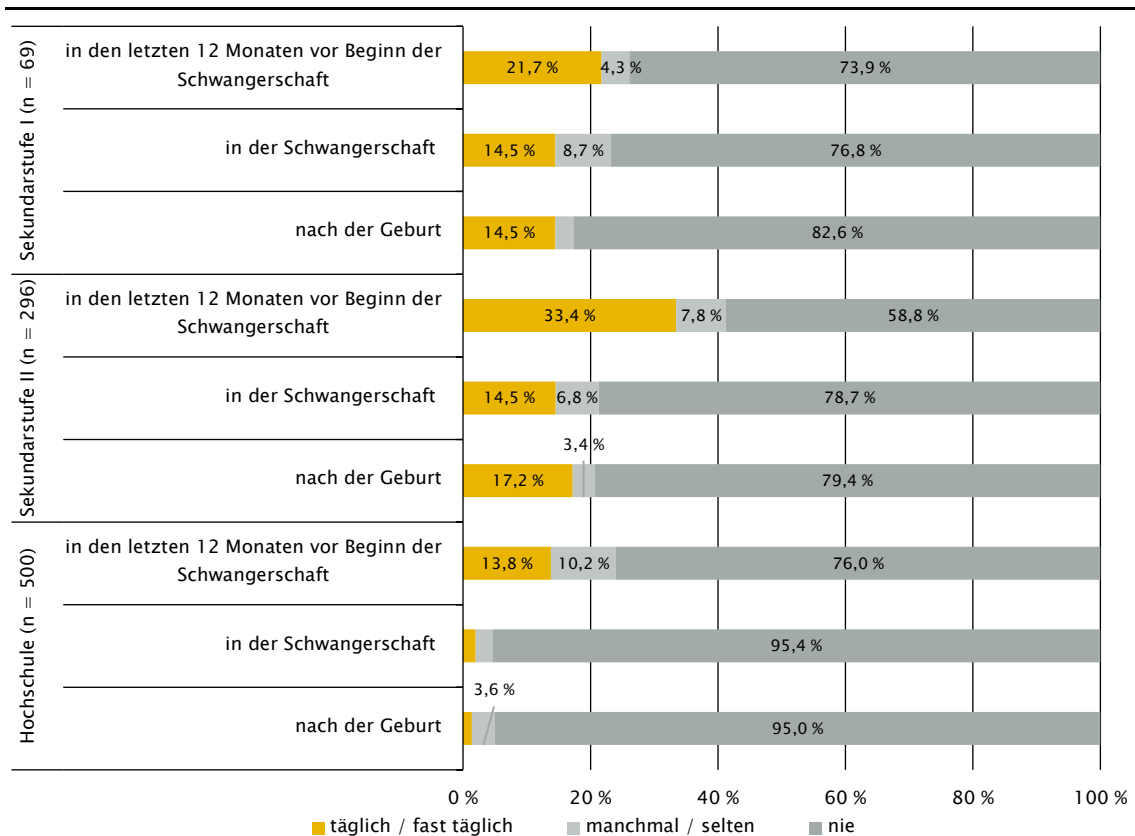
16

Pearson's  $\chi^2$  (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  $\chi^2$  Test<sup>17</sup>): 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

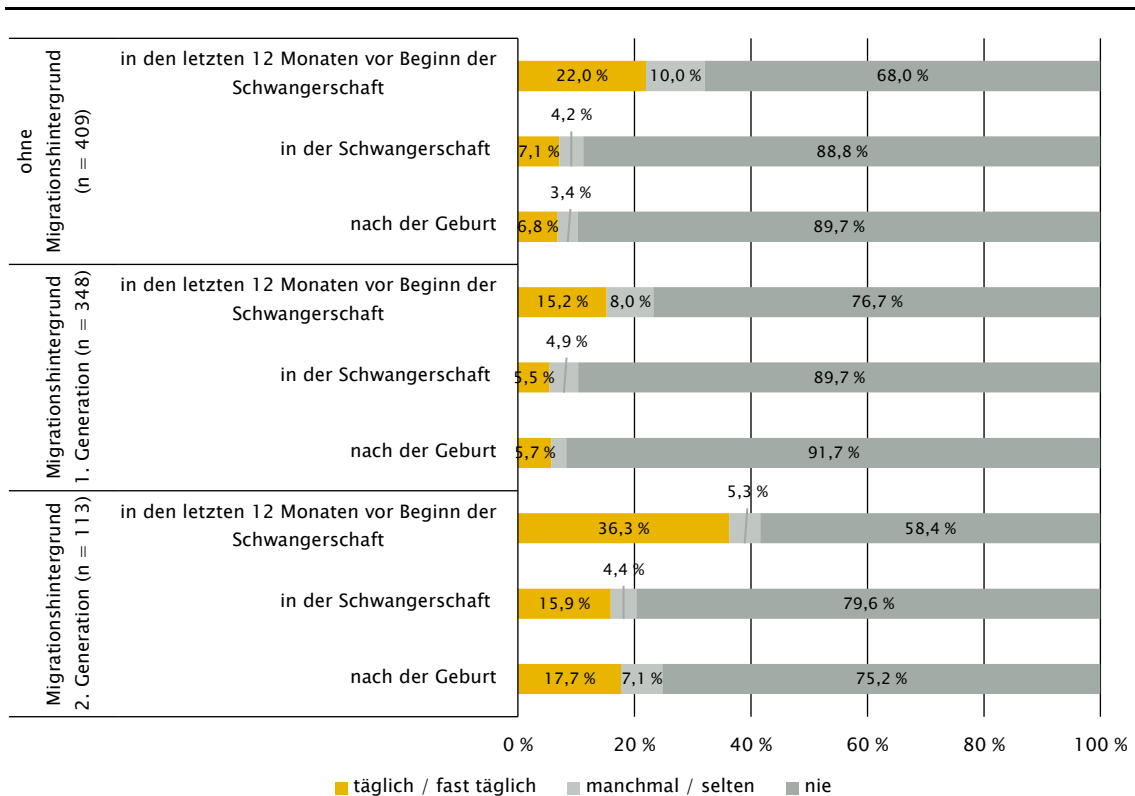
Pearson's  $\chi^2$  (6) für alle Phasen (vor der Schwangerschaft, 1.-3. Trimester und nach der Geburt) zwischen 47,26 und 73,44 mit  $p < 0,001$



## 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

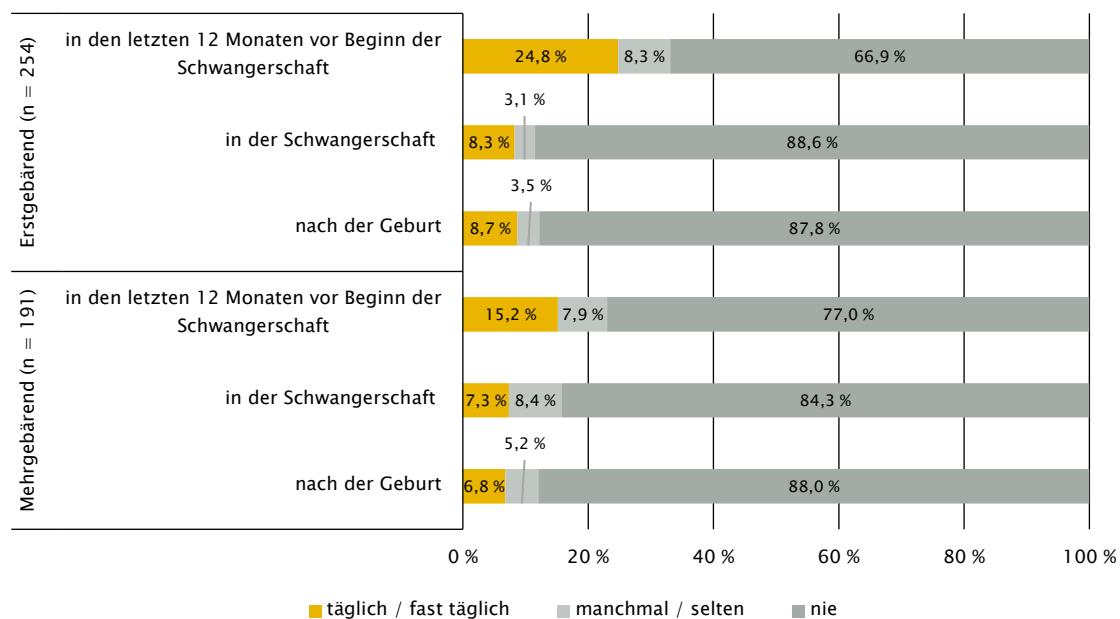
\*Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren 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-einbuengerung/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

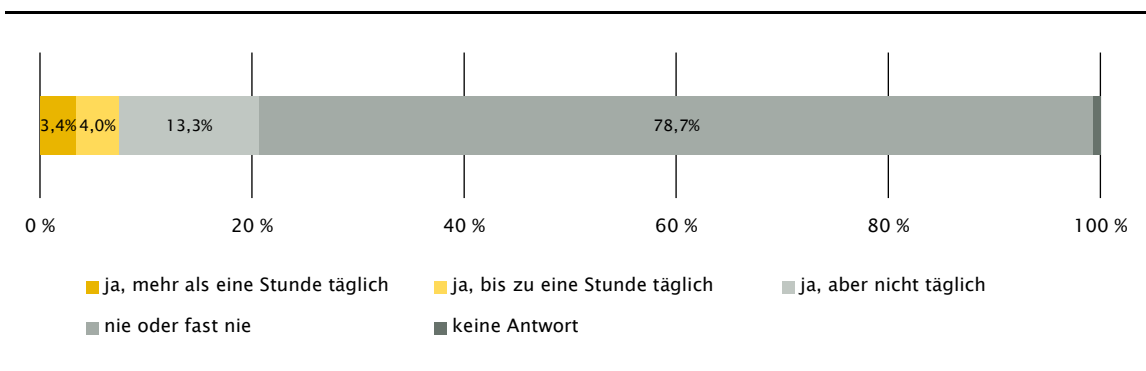
Als Annäherung an den sozioökonomischen Status wurde der Wohnbezirk abgefragt. Entsprechend der Statistik der Stadt Wien über die lohnsteuerpflichtigen Einkommen (Wien.gv.at 2019) wurden die Wohnbezirke in drei Kategorien (Wohnbezirke mit überdurchschnittlichem Einkommen, solche

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)

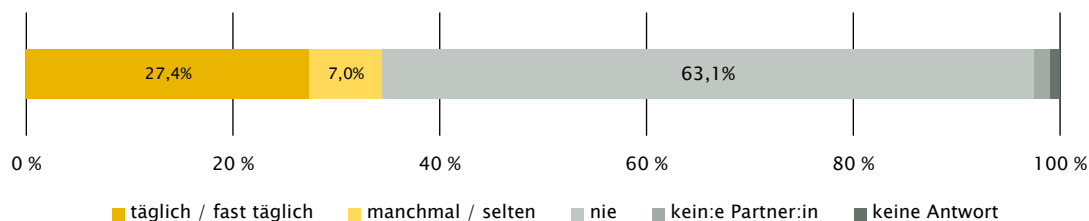


Quelle: GÖ FP

#### 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

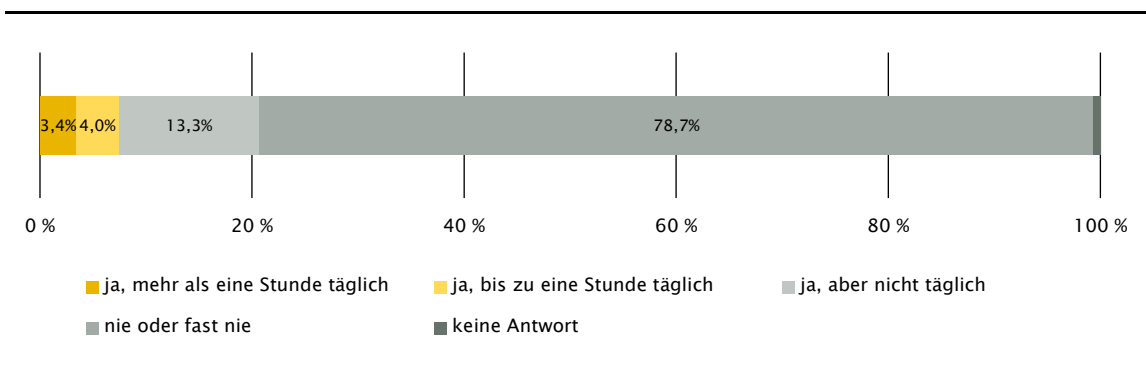
Für Frauen, die angegeben hatten, vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich geraucht zu haben, wurden die Angaben zum eigenen Rauchen in der Schwangerschaft (1. Trimester) in Beziehung zu dem Rauchverhalten der Partnerin / des Partners während der Schwangerschaft gesetzt. Hier zeigt sich kein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

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).

## 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“.

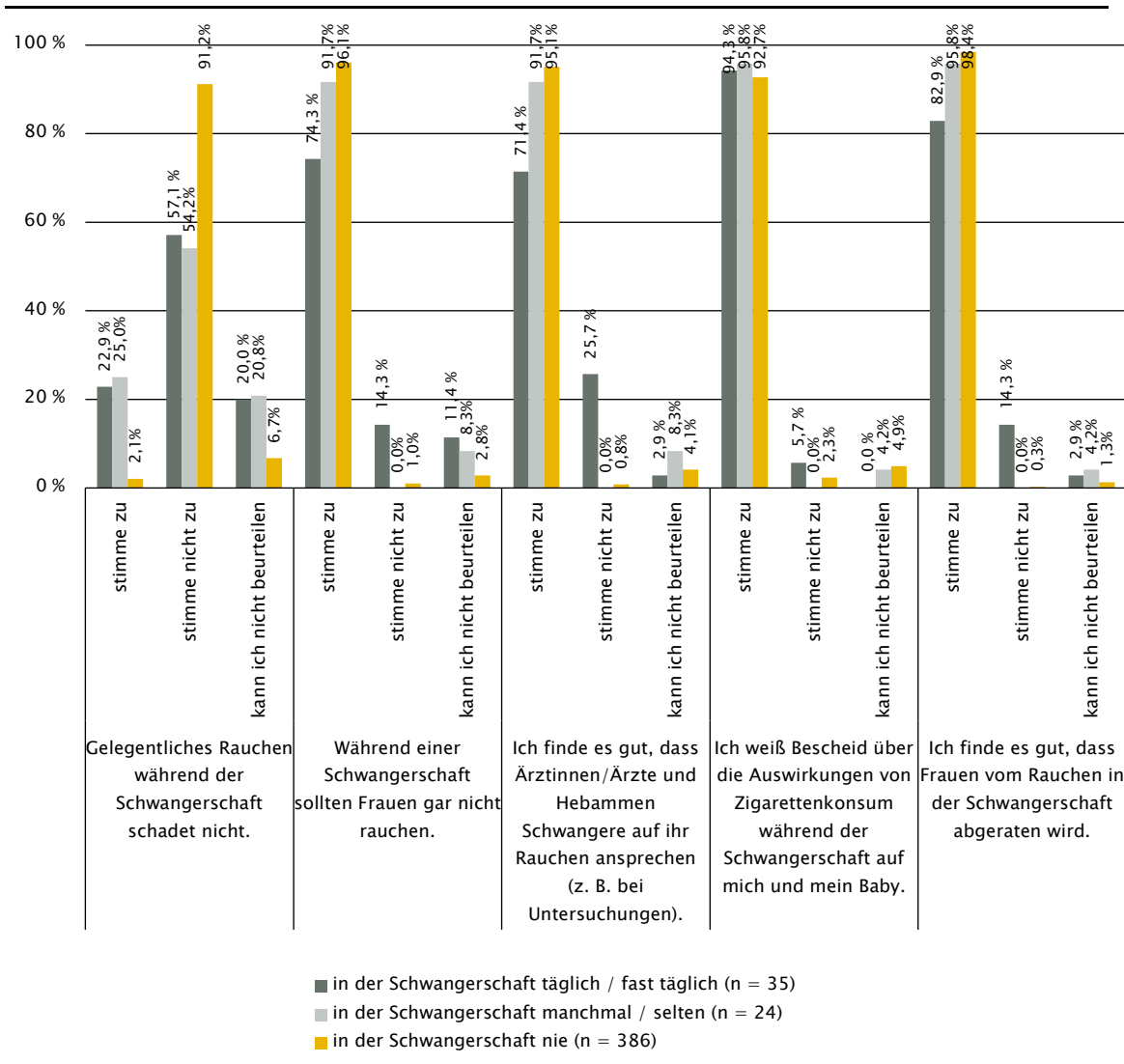
„stimme nicht zu“ umfasst die Antwortkategorien „stimme überhaupt nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“.

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

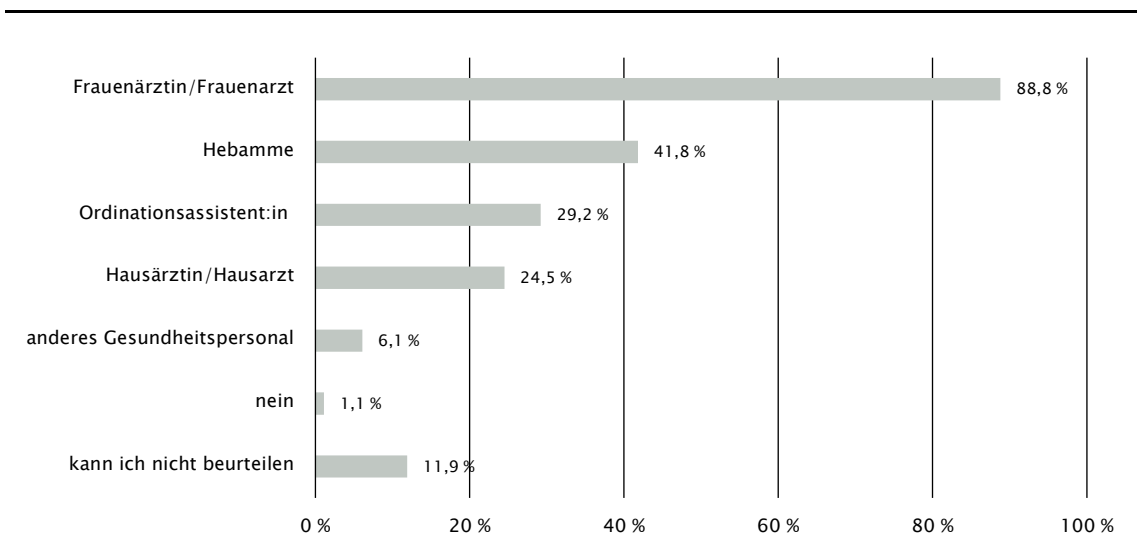
Knapp 90 Prozent der Befragten gaben an, dass sie in der Schwangerschaft von Gesundheitspersonal gefragt worden seien, ob sie rauchen würden. Etwas über zehn Prozent meinten, nicht beurteilen zu können, ob sie dies gefragt worden seien, etwa ein Prozent meinte, dies während der Schwangerschaft nicht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

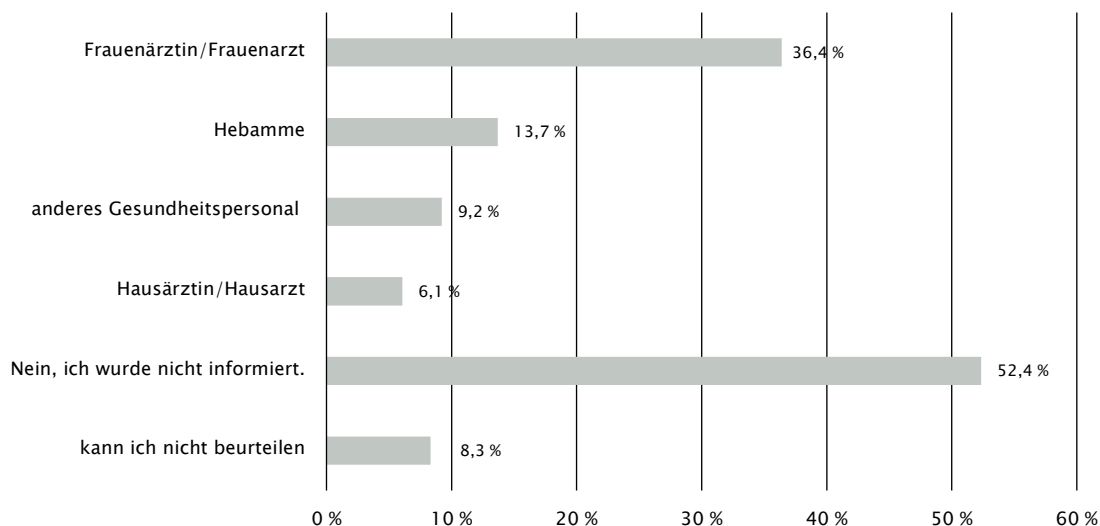
### Aufklärung über die Folgen des Zigarettenkonsums in der Schwangerschaft

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 Trimestern<sup>18</sup>), sowie nach der Geburt erhoben.

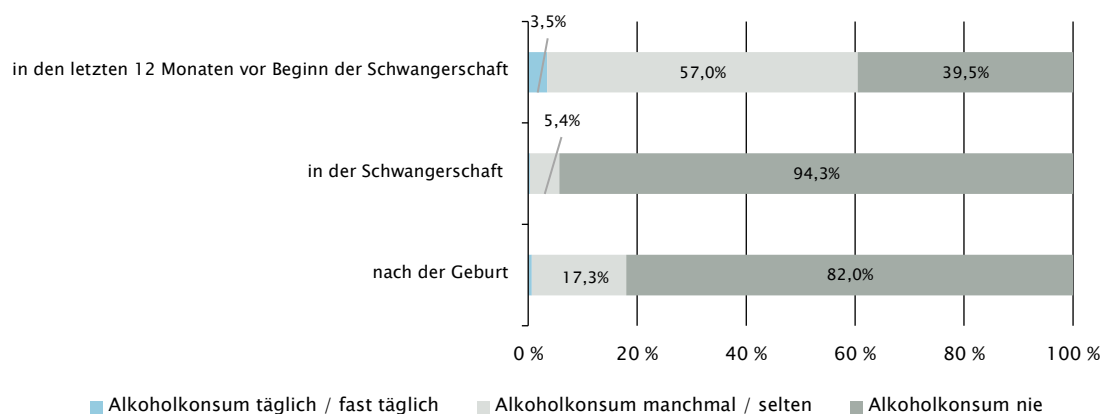
Abbildung 4.12 zeigt, dass der selbstangegebene Alkoholkonsum durch die Schwangerschaft deutlich abnimmt. Über die Hälfte der Frauen gibt an, vor der Schwangerschaft manchmal oder selten Alkohol getrunken zu haben. Der Anteil der Frauen, die angeben, vor der Schwangerschaft täglich oder fast täglich 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.

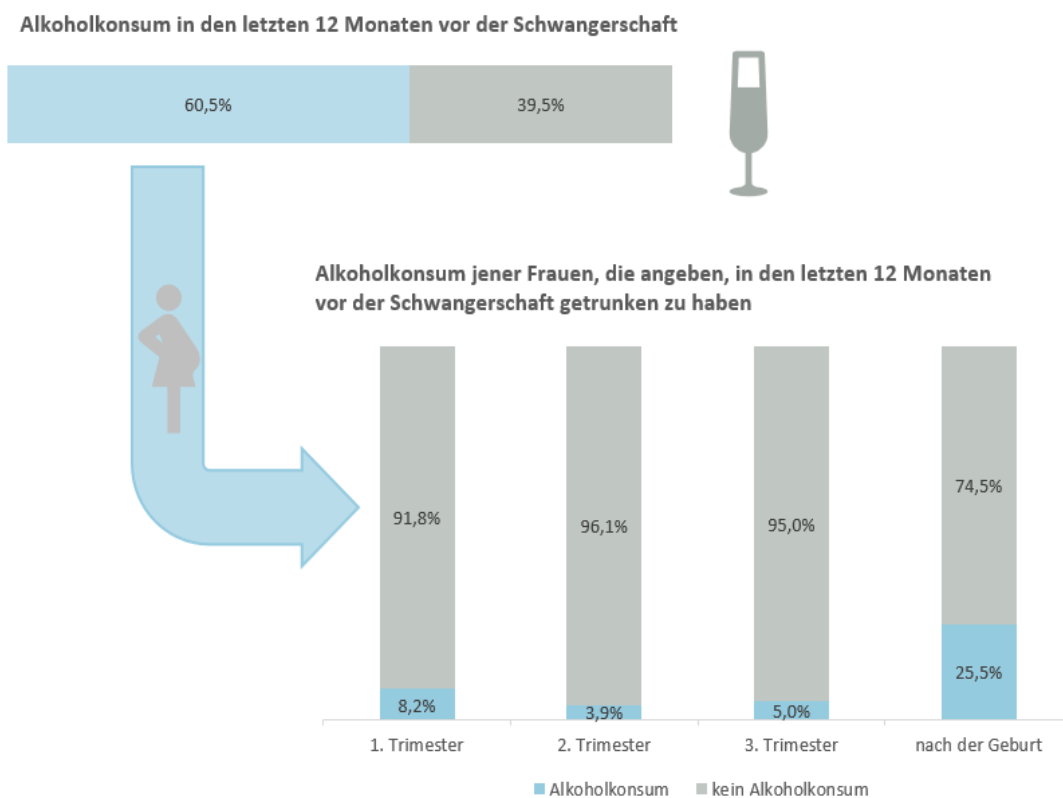
Quelle: GÖ FP

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



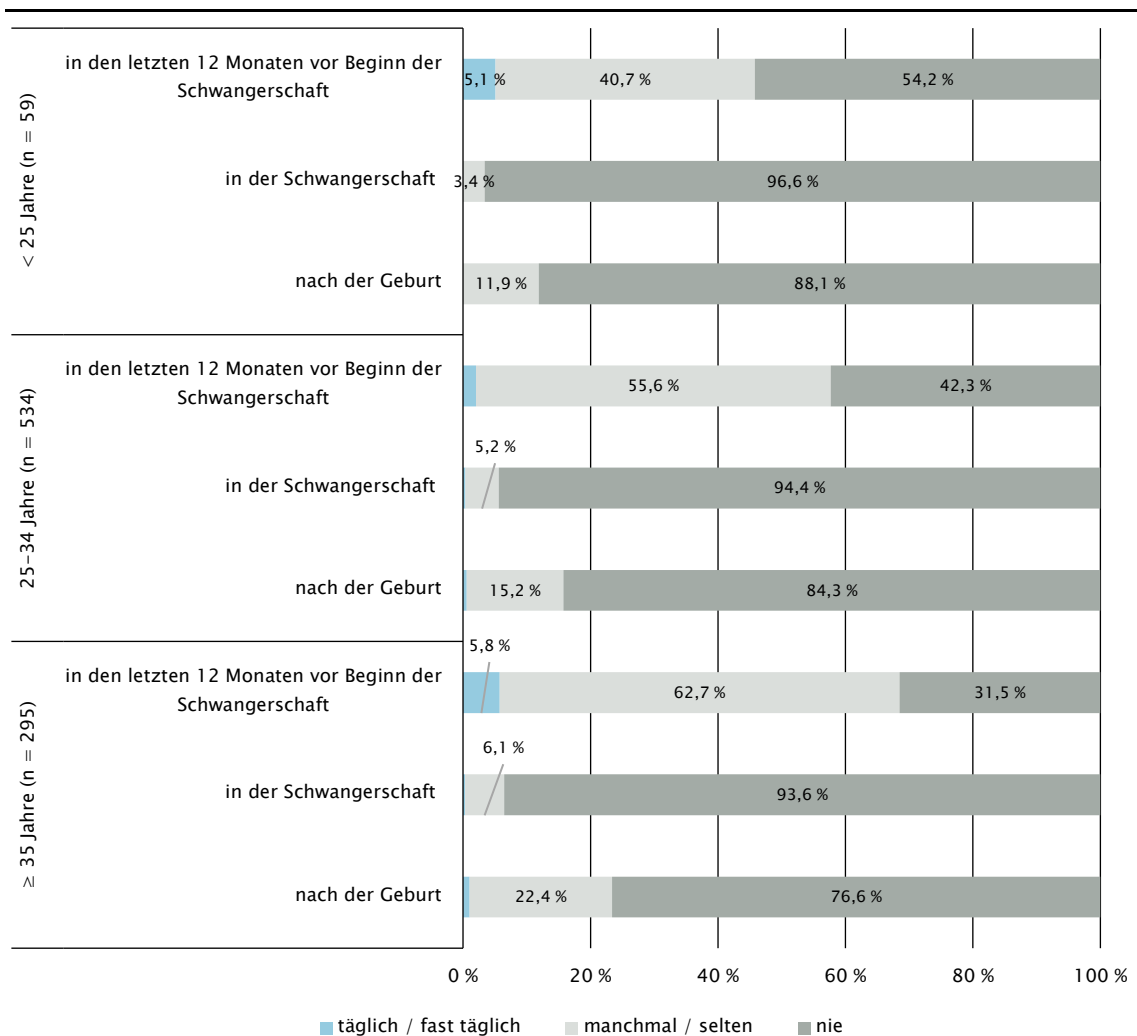
Quelle: GÖ FP

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  $\chi^2(4) = 21,61, p < 0,001$ ). 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



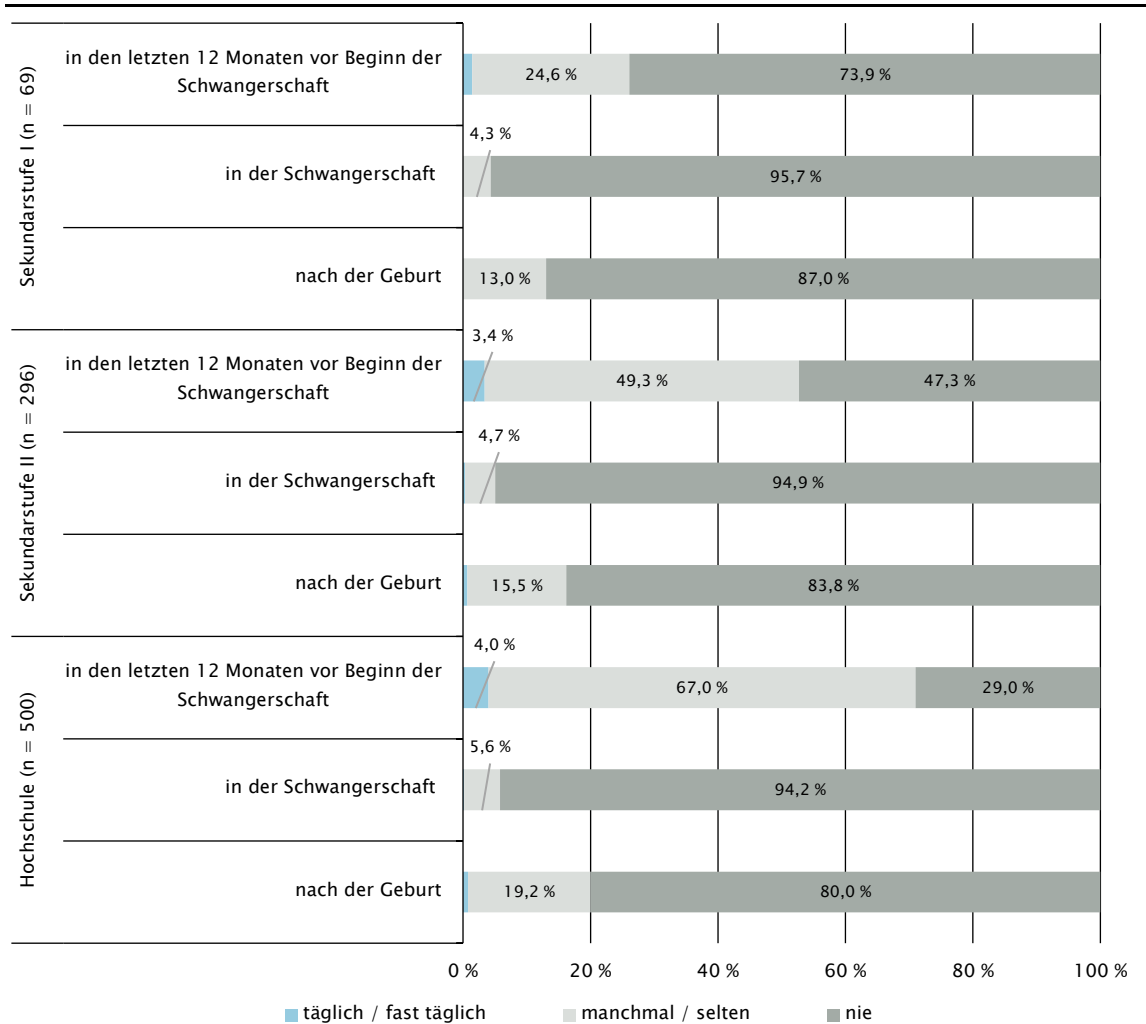
Die Kategorie „in der Schwangerschaft“ gibt die höchste Konsumprävalenz des Tabakkonsums über die drei Trimester hinweg wieder.

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.

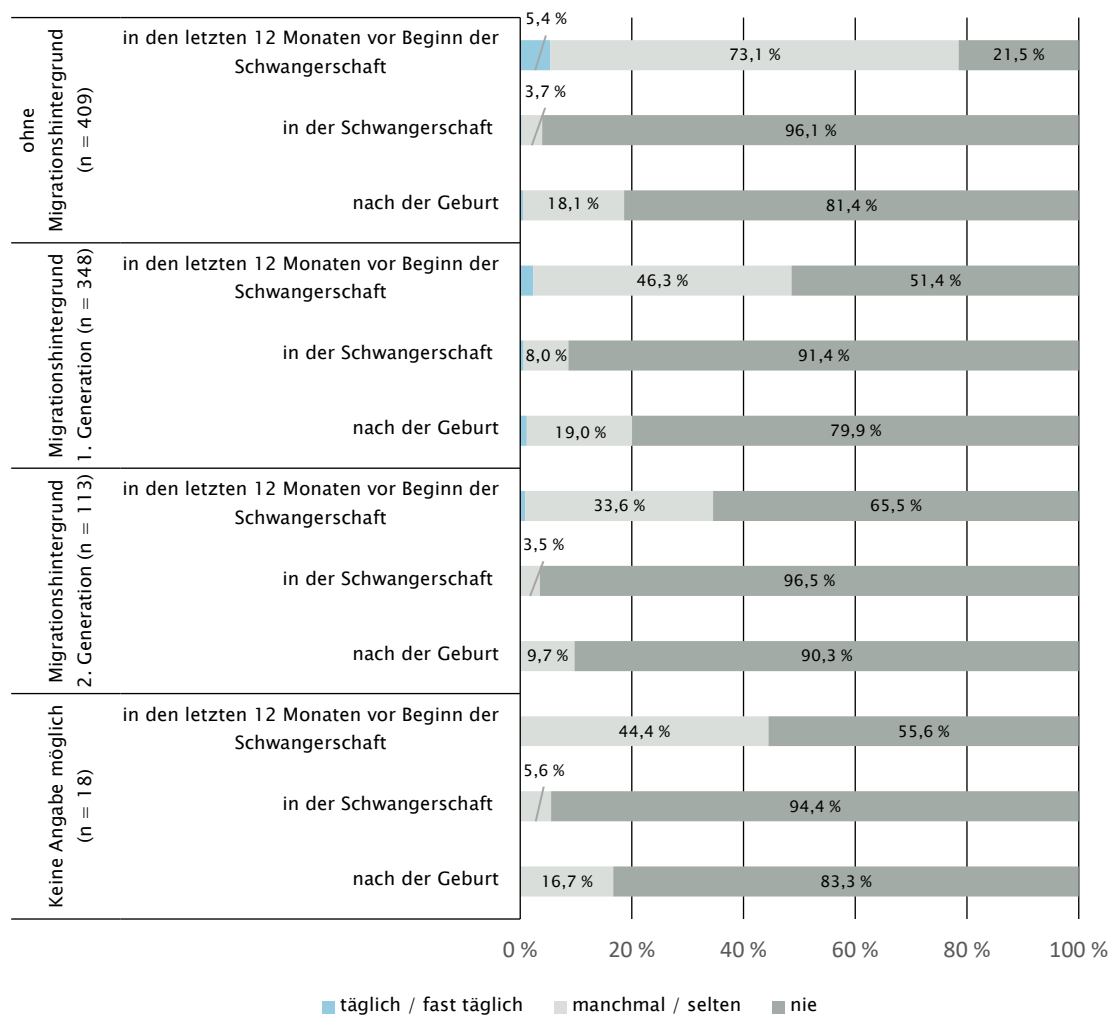
Quelle: GÖ FP

#### 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\*



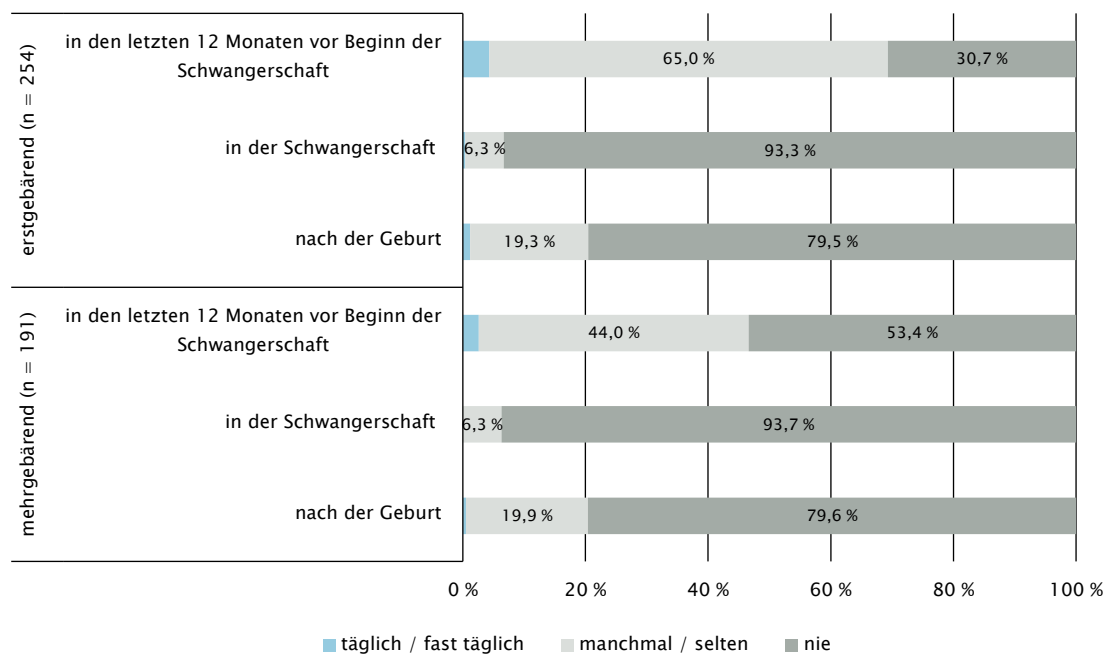
\*Migrationshintergrund (entsprechend der Definition der Statistik Austria): „Als Personen mit Migrationshintergrund werden hier Menschen bezeichnet, deren beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Diese Gruppe lässt sich in Angehörige der ersten Generation (Personen, die selbst im Ausland geboren 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

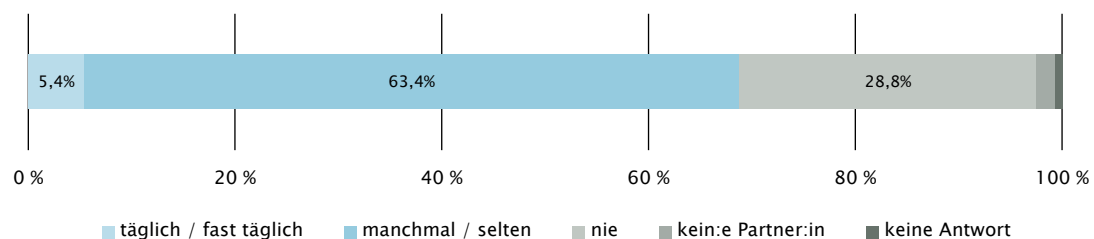


Wohnbezirkskategorien. Werden nur die beiden Wiener Wohnbezirkskategorien verglichen, zeigt sich in der Tendenz, dass Frauen in Wohnbezirken mit unterdurchschnittlichem Einkommen vor der Schwangerschaft häufiger nie Alkohol konsumiert haben und seltener manchmal oder selten Alkohol konsumieren als Frauen 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.<sup>19</sup>

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

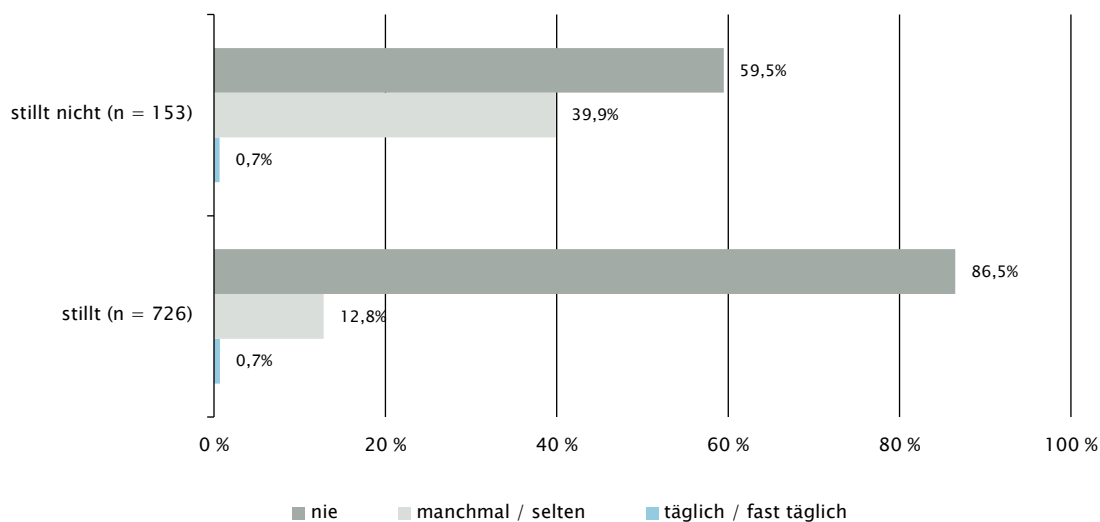
\*\* = keine sinnvolle prozentuelle Angabe möglich, da nur eine Frau im Sample in der Schwangerschaft täglich / fast täglich Alkohol konsumierte

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 %

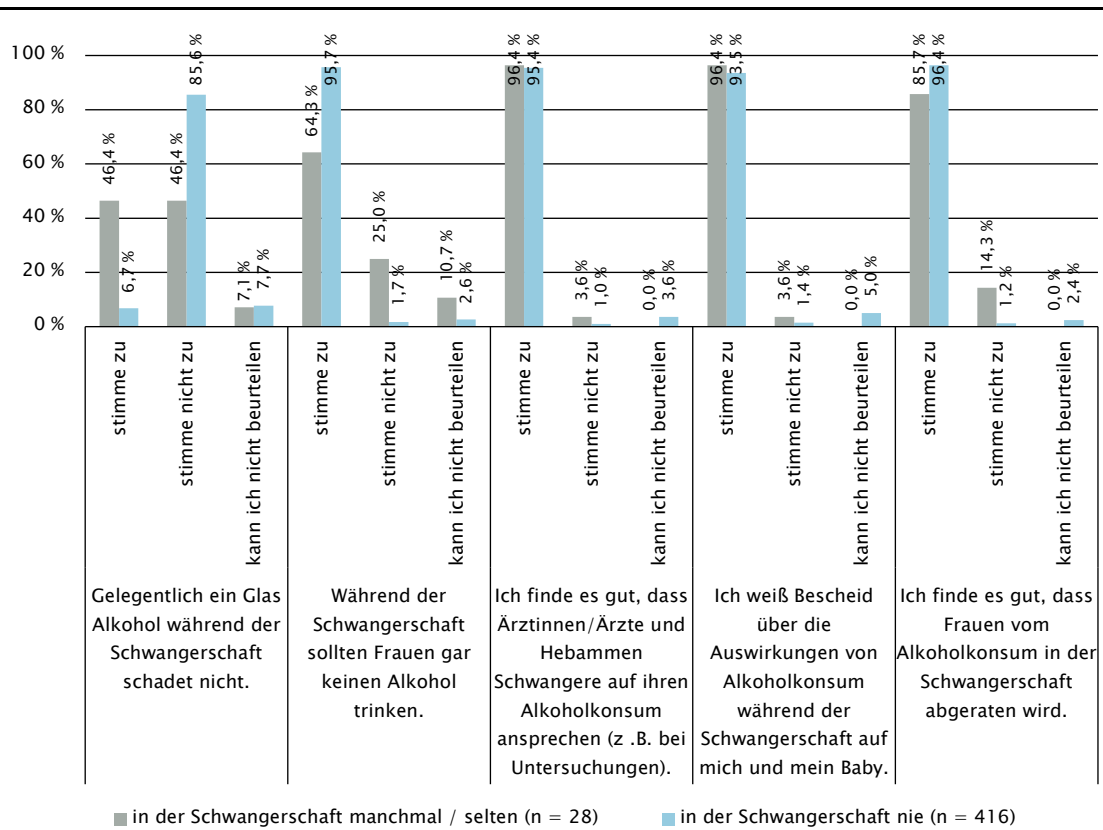
„stimme zu“ umfasst die Antwortkategorien „stimme vollkommen zu“ und „stimme eher zu“.

„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

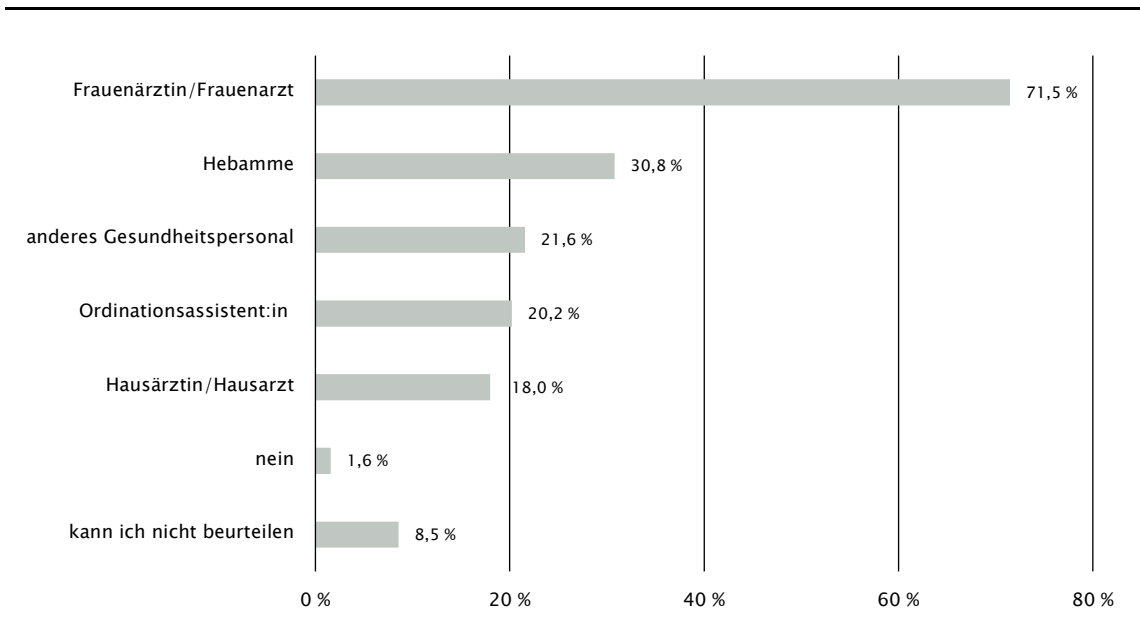
### 4.1.3.10 Screening auf Alkoholkonsum und Aufklärung

#### 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)<sup>20</sup>.

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

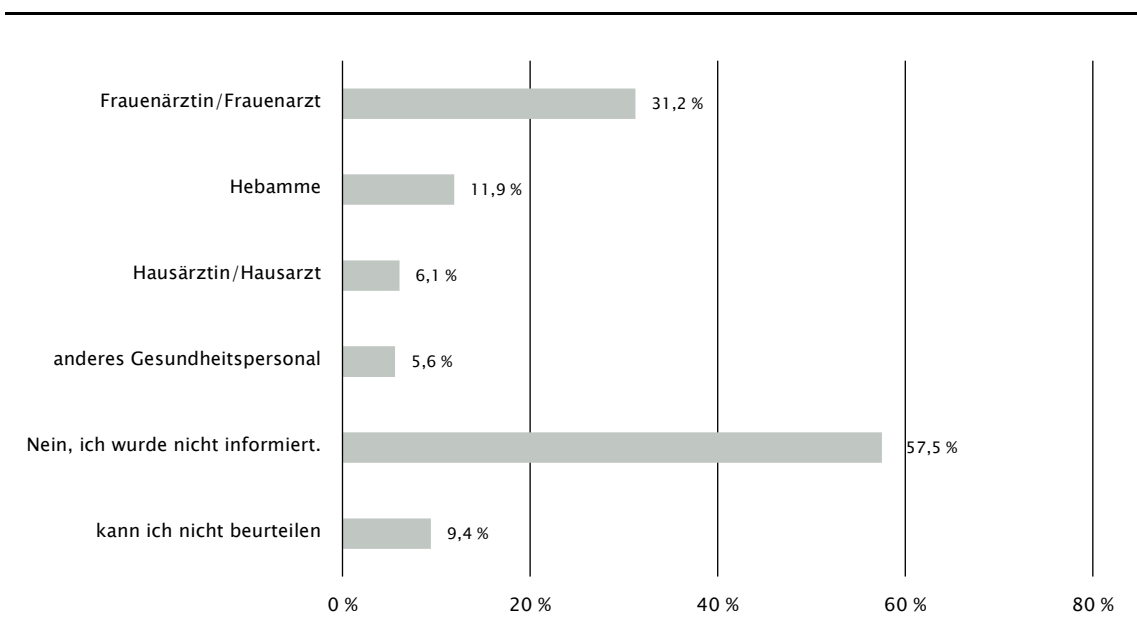
Bei der Frage, ob die Frauen in der Schwangerschaft von Gesundheitspersonal über die möglichen Folgen des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft informiert worden waren, meinte mehr als die Hälfte der Frauen (57,5 %), nicht informiert worden zu sein. Etwa neun Prozent gaben an, nicht beurteilen zu können, 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 erinnerlich sei, 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			
		in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Schwangerschaft (p < 0,001**)			
		täglich / fast täglich (n = 188)	manchmal/selten (n = 77)	nie (n = 623)	
ALKOHOL	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  $\chi^2$  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 Kennenlernertermine 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 bei<sup>21</sup>. 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*“<sup>22</sup>) wichtige Informationsquellen. Bestimmte Websites (z. B. schwanger.at, netdokter.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 leichtfallend 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. Mocktails<sup>23</sup>) 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 vereinzelt 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 sozioökonomischen 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 Zigarettenpackungen 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 hohem 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-Lives<sup>24</sup> 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 CBD<sup>25</sup> oder die Verträglichkeit von Impfstoffen (z. B. gegen Influenza) verunsichert. Fehlende Informationen holten betroffene Frauen über Apotheken, Fachseiten wie [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)<sup>26</sup> 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 Gynäkologe<sup>27</sup> 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 Ressourcen Gründen 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 stattfindet. 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

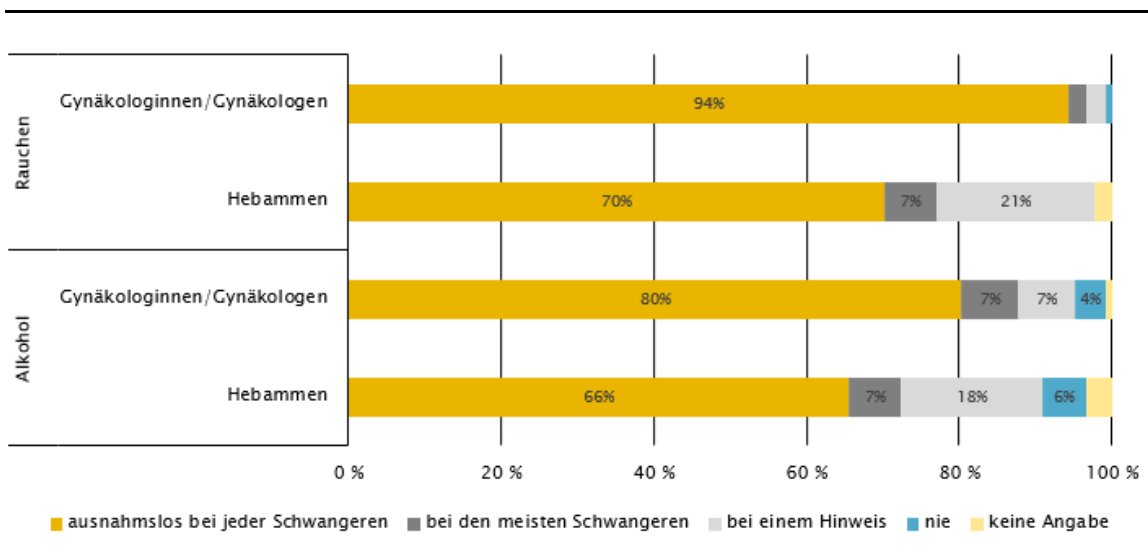
Von Interesse war, ob Gynäkologinnen/Gynäkologen und Hebammen das Alkohol- und Zigarettenkonsumverhalten routinemäßig explorieren oder nur bei bestimmten Frauen, etwa wenn ein

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. Wahlartordination, 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 Vapes<sup>28</sup> 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

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

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.

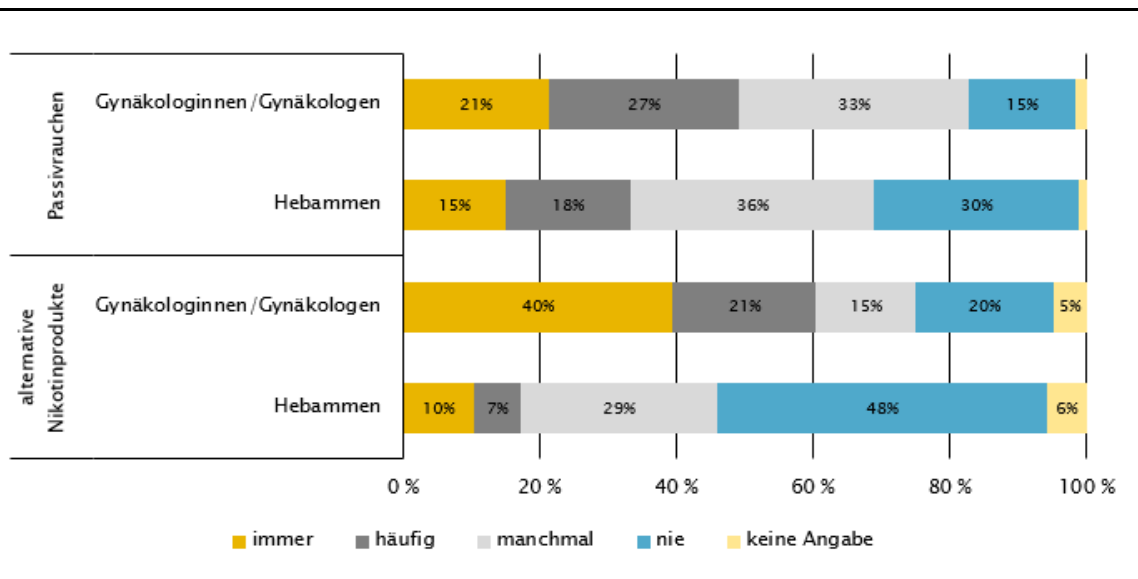
#### 4.4.2 Screening des Konsumverhaltens und Passivrauchens

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

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



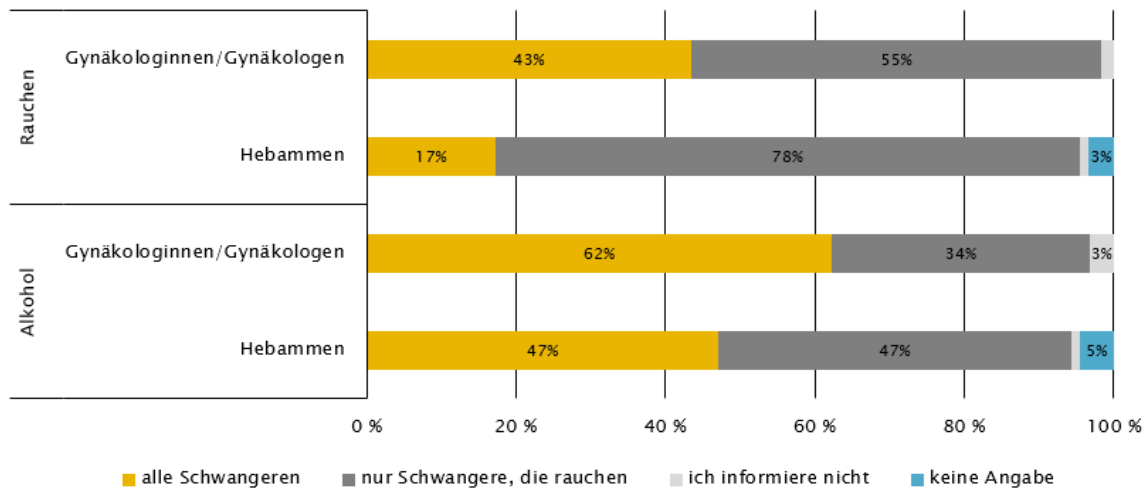
Quelle: GÖ FP

### 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



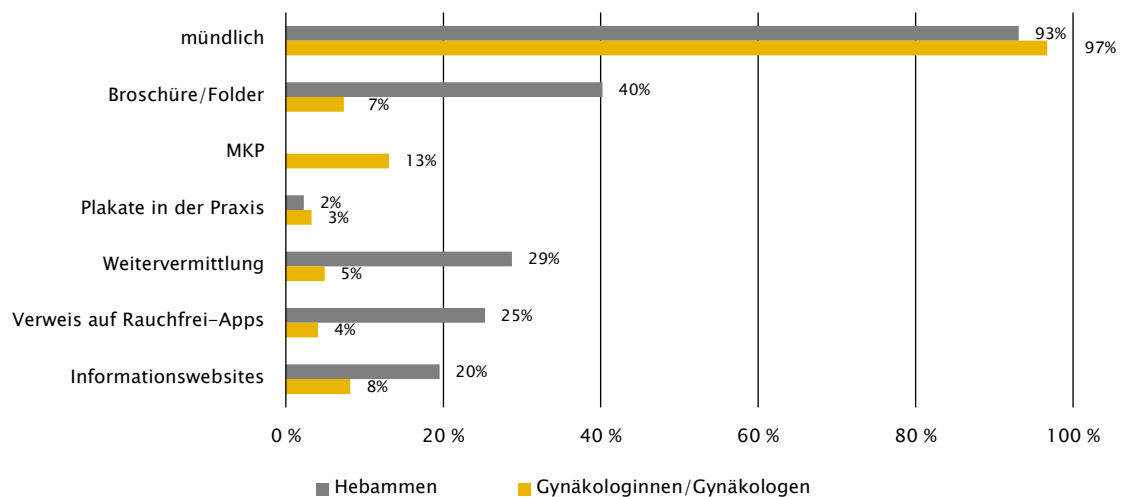
Quelle: GÖ FP

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

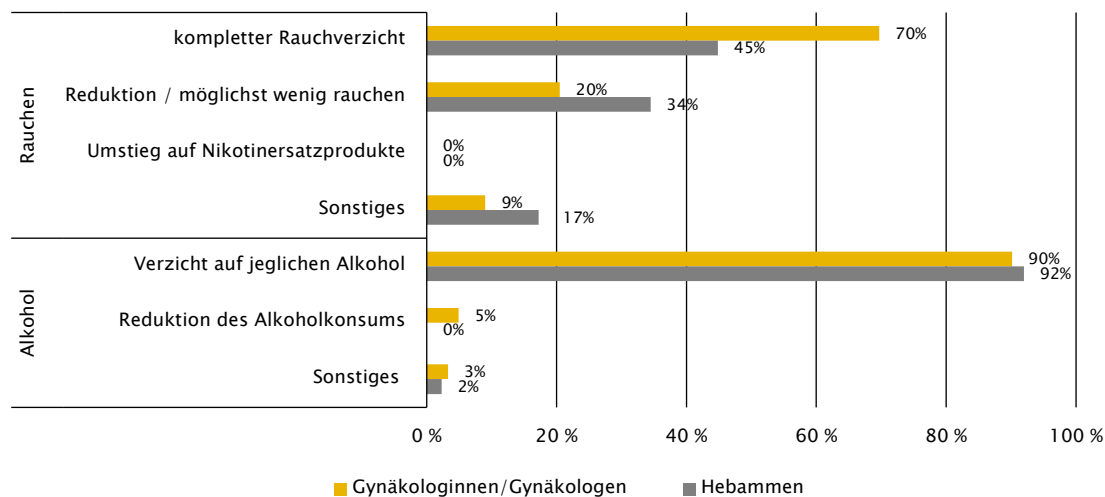


Quelle: GÖ FP

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

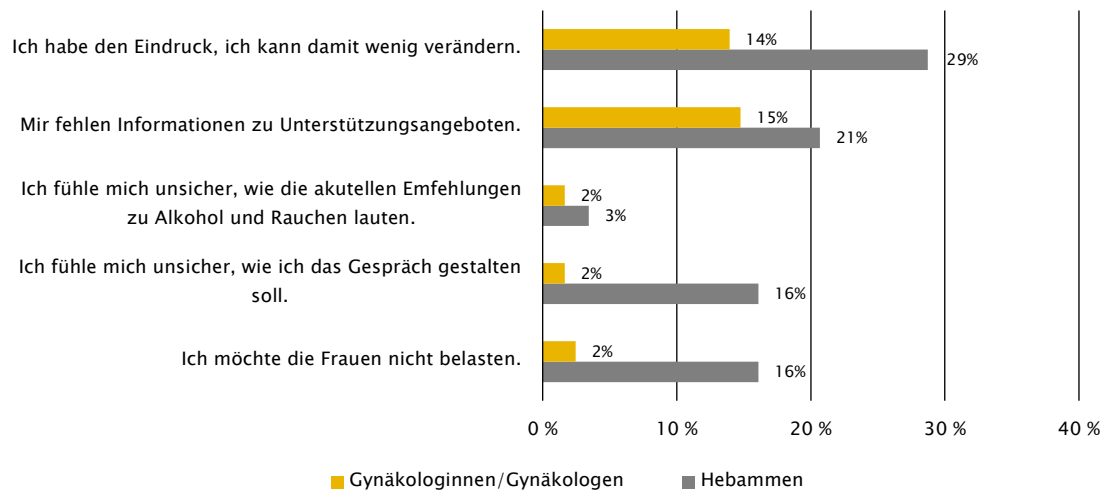
#### 4.4.4 Barrieren

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 Unterstützungsangeboten 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