

6 Diskussion der Ergebnisse

6.1 Diskussion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Limitationen der Studie

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

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

6.3 Nächste Schritte

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

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

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

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

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