

Forum Rauchfrei PLUS

Chemnitz, 28. Oktober 2010

Rauchfrei wachsen: Ein Beratungsnetzwerk zur Tabakprävention

Manja Nehr Korn

Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen

Public Health Relevanz

- Anteil der rauchenden Frauen über 18 Jahre 27%
- Einstiegsquote bei 12 – 17Jährigen 17,5 %
- 20% der Schwangeren rauchen (Dunkelziffer ↑ angenommen)
- wenn Rauchstopp – 70% der Frauen beginnen wieder
- Frauen (vs. Männern) nicht so erfolgreich beim Rauchstopp
- deutl. Korrelation Raucherinnenquote - Bildung, Familienstand
Schichtzugehörigkeit (→ Kinderzahl)

Public Health Relevanz

- 17% aller Todesfälle ab 35 und < 1 Jahr durch Tabakrauch¹
Sterblichkeit der Neugeborenen kann bei Rauchstopp um ca. 10% gesenkt werden, reduziertes Geb.gewicht / Größe ließen sich um 25% verbessern²
- Betreuungsaufwand für Frühgeborenen 43 – 53 Mio. / Jahr³
- Ausgaben 6,5% - 11% des Monatseinkommen

¹ (John et al. 2001) ² (Batra, 1996) ³ (Honke, 2007)

Public Health Relevanz

Auf den Punkt gebracht:

- ! Risiken in der pränatalen Schwangerschaftsvorsorge
- ! Risiken für Schwangerschaftskomplikationen
- ! Frühes Abstillen
- ! Risiken für die Frau und das (un-)geborene Kind
- ! Schlechtere materielle Lage der Raucherinnen

Unser Auftrag!?

- WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003)
- Nationales Gesundheitsziel „Tabakkonsum reduzieren“
- Strategieempfehlung Drogen- und Suchtrat 2008
- „Entwurf zu einem Nationalen Aktionsplan“ 03/2009
- Handlungsempfehlungen Frauen und Rauchen (2008) – in Folge: „Kölner Appell“ 11/2009

Praxisbeispiele

Telefonische Beratung *PATERAS* Hamburg

- Starke proaktive Komponente → Zugang niederschwellig
- Fachpersonen vermitteln an die TelefonberaterInnen

Fazit:

- gute Abstinenzenerfolge, von Klientinnen hilfreich empfunden
- nach drei Jahre eingestellt – Finanzierung fehlt

Praxisbeispiele

Telefonische Beratung *Babyschlaf* Dresden

- Starke proaktive Komponente → Zugang niederschwellig
- Fachpersonen und Internetauftritt vermitteln an die BeraterInnen

Fazit:

- gute Abstinenzenerfolge bei ca. 4 Beratungsgesprächen á 10 - 20min
- Gute regionale Vernetzung über verschiedene Akteure
- seit 2003 – Finanzierung instabil, da nur über Spenden

Praxisbeispiele

Forschungsprojekt der Uni Greifswald 2008*

- Proaktiv aufsuchende Intervention → über die Gesundheit des Kindes Intervention zur Tabakabstinenz der Eltern

Fazit:

- mgl. Verminderung der Passivrauchbelastung bei Kleinkindern nicht abschließend geklärt
- sehr niederschwellig, hohe Erreichbarkeit der Zielgruppe

*Meyer, Ulbricht, Baumeister, Schumann, Ruge, Bischof et al.

Praxisbeispiele

EURO-scip I / II / III Bremen

- Information, Schulung, Motivation von Gesundheitsberufen in Praxis und Ausbildung zur Tabakprävention bei Schwangeren

Fazit:

- ab '95 Pionierarbeit auf dem Feld der Raucherinnenberatung in stringenter Abfolge von Wissenschaft und Praxis
- nach 11 Jahren Förderung Aktivitäten eingestellt
- Empfehlungen des BIPS bisher nicht umgesetzt

Praxisbeispiele

BRISC-Studie

- Intervention von Gynäkologen bei jungen Raucherinnen mit hormoneller Kontrazeptivaeinnahme

Fazit:

- Hohe Teilnahmerate der Gyn.Praxen und der jungen Frauen
- Kurzintervention durch Gynäkologen machbar und wichtiger Baustein
- Dauerhafte Abstinenz bedarf einer intensiveren Betreuung durch ein Netz Intervenierender

Praxisbeispiele

Alianz Kindergesundheit – u.a. „Rauchfreie Elternhäuser“

- Entwicklung eines Netzwerks von Fachkräften zur Förderung von Kindern und Eltern – auch zur Raucherberatung / Tabakentwöhnung

Fazit:

- sehr gute Vernetzung zur Gesundheitsförderung von Mutter & Kind generell; explizit das einzige gefundene, welches Tabakrauch im Rahmen der „frühen Hilfen“ mit einschließt
- Aktion noch sehr jung (seit 2009) – Verstetigung ist abzuwarten

Praxisbeispiele

Rauchfreie Schwangerschaft und Kleinkindzeit - Auf dem Weg zur Modellregion Saarland

- Schulung von med. Fachkräften zur Implementation der Raucherberatung in Routineversorgung der Schwangeren

Fazit:

- Problem wird von der med. Fachkräfte erkannt, Bereitschaft zur Beratung vorhanden
- Strukturelle Bedingungen die der Routineversorgung u.a. Grenzen setzten: finanz. Vergütung für Ausbildung und Umsetzung d. Prävention, hohe Skepsis über Beratungserfolge

Praxisbeispiele

„Schwangerschaft und Rauchen“ Regensburg

- Sensibilisieren von Fachkräften, Motivation zur Kurzintervention
- Begleitet von Öffentlichkeitskampagne in Internet / Presse

Fazit:

- im regionalen Raum wurden Fachkräfte gezielt in Motivierender Gesprächsführung geschult – nur 14 Frauen (2008) nahmen Angebot der Tabakentwöhnung durch Suchtberatungsstelle an
- niederschwellige, proaktive oder auch aufsuchende Maßnahmen zum Rauchstopp sind nicht entwickelt wurden

Praxisbeispiele

„Lenzgesund“ Hamburg

- Gesundheitsförderung im Quartier Lenzsiedlung, HH
- langfristig angelegtes, sozialraumorientiertes Programm (01-12)
- Teilziel: weniger Tabak- und Alkoholkonsum

Fazit:

- Thema Tabak noch nicht konsequent in aufsuchende Angebote der Familienhebammen / frühe Hilfen eingebunden
- Tabakentwöhnungskurs bisher nur einmalig im Quartier angeboten – Mehrheit der BewohnerInnen nicht erreicht

Praxisbeispiele

„Rauchfrei für werdende und junge Eltern“ (BaWü)

- Sensibilisieren von Fachkräften, Ausbildung zu Multiplikatoren, Vernetzung, Entw. von vielfältigen unterstützenden Materialien
- Aufsuchende Beratungsangebote Zuhause und in der Klinik, Gruppenangebote

Fazit:

- sehr gut konnten junge, sehr belastete, sozial schwache Frauen erreicht werden – das entw. Manual war nicht immer einsetzbar
- Networking mit Fachkräften war erfolgreich – Nachhaltigkeit durch fehlende Projektmittel nach 2009 nicht gegeben

Praxisbeispiele

„O_{zwei}-rauchfrei der Villa Schöpflin (BaWü)

- Anpassung Rauchfrei in 6 Schritten auf Bedürfnisse Schwangerer in Kooperation mit Hebammen des LK Lörrach
- individuelle Beratung der Schwangeren in Einzelgesprächen

Fazit:

- trotz hohem Bekanntheitsgrad geringe Resonanz auf Angebot
- Frauen meist aus überdurchschnittlich konfliktbeladenen Fam.
- Arbeit auf diesem Themenfeld verliert an Bedeutung im Angebot der Villa Schöpflin

Fazit

- Erreichbarkeit der Zielgruppe aufwendig
- Motivation & Schulung eines Interventionsnetzwerkes notwendig („enge“ Betreuung (Batra, 2000))
- Etablierte Beratungskonzepte nicht wirksam – Modifikation
- Vielzahl an guten Projekten und Erfahrungen vorhanden:
 - Nachhaltigkeit, Kontinuität und (Weiter-)Entwicklung durch fehlende Finanzierungsmodalitäten nicht sicher gestellt
 - keine flächendeckenden Konzepte vorhanden
- Raucherinnenberatung und Tabakentwöhnung bei Schwangeren erscheint als Nischenthema – kurzlebig, auf das Engagement einzelner begrenzt!

Ergebnisse aus dem Expertinnenworkshop

- 22.10.2010 | 10.00 Uhr bis 16.00 Uhr | Berlin
- Teilnehmerinnen:
 - Frau Apwisch, DNGfK, Berlin
 - Frau Dr. Ulbricht, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
 - Frau Dr. Weiß-Gerlach, Charité Universitätsmedizin Berlin
 - Frau Howe St. Josef-Krankenhaus, Berlin
 - Frau Nehr Korn, DNRfK, Berlin
 - Frau Rustler, DNRfK, Berlin
 - Frau Schwarz, Hochschule für Gesundheit, Bochum
 - Frau Strunk, BZgA, Köln

Ergebnisse aus dem Expertinnenworkshop

Ausgangssituation:

- Es gibt viele Praxisbeispiele – wir wissen wie es „geht“
- Eine Menge an guten und unterstützenden Materialien, Leitfäden, Manualen
- Motivation der verschiedenen Berufsgruppe am Thema zu arbeiten
- „Nichtrauchen“ wird immer mehr zur sozialen Norm

ABER:

- Die sozialen Unterschiede / Lebensumfeld und damit Zugangswege stärker berücksichtigen
- Es braucht übergeordnete Strategien, politischen Willen – Daten der GBE
- Qualifizierung und positive Anreize der Akteure, stabile Finanzierung
- Durchgängige Informationen bei den versch. Akteuren: wen kann ich ansprechen, wo bekomme ich Informationen her zum Thema

Ergebnisse aus dem Workshop „Was könnte helfen?“

- Verbreitung / Kommunikation von Good Practice
- Präsenz des Themas erhöhen – in der Öffentlichkeit, auf Fachtagungen, Berufsverbände zum Partner machen, in Curricula für Ärzte, Hebammen, Pflege ... einbinden
- Auch rauchendes Personal stärker sensibilisieren
Dokumentation im GBA - **Mutterpass** (Rauchen muss erfasst werden)
- Raucherberatung / Tabakentwöhnung muss Kassenleistung werden und ein selbstverständliches Behandlungsangebot
- Integration in Interventionen (Ärzte, Apotheken...), aufsuchende Hilfen,
- individualisierte Angebote entwickeln, bestehende Strukturen nutzen um Zielgruppen zu erreichen.
- mehr Öffentlichkeit für Raucherberatung, -telefon (z.B. Nummer auf Zigarettenpackung)

Ergebnisse aus Workshop „Wen braucht´s?“

GynäkologInnen Hebammen ApothekerInnen Pfl egende
 Pädagogen KinderärztInnen ArzthelferIn
 Hausärzte ErzieherInnen KindergärtnerInnen
 Ehrenamtliche (zb. in Kinderbetreuung, Jugendfreizeit,
 Kirchengemeinde) Stadteilmütter Elternschulen
 Zeitschriften / Redaktionen / Redakteurinnen Pro-Familia
 BZgA-Kampagnen Mütterberatungsstellen Tagesmütter
 Gesundheitsamt Jugendamt Familienhilfen
 Lehrerinnen Beratungsstellen in Einkaufszentren
 Sozialamt Krankenkassen Arbeitsamt SuchtberaterIn
 You-Tube und social communities (Facebook, etc.)
 Kinder- / Familienpaten Stillberateriterinnen Physiotherapeuten

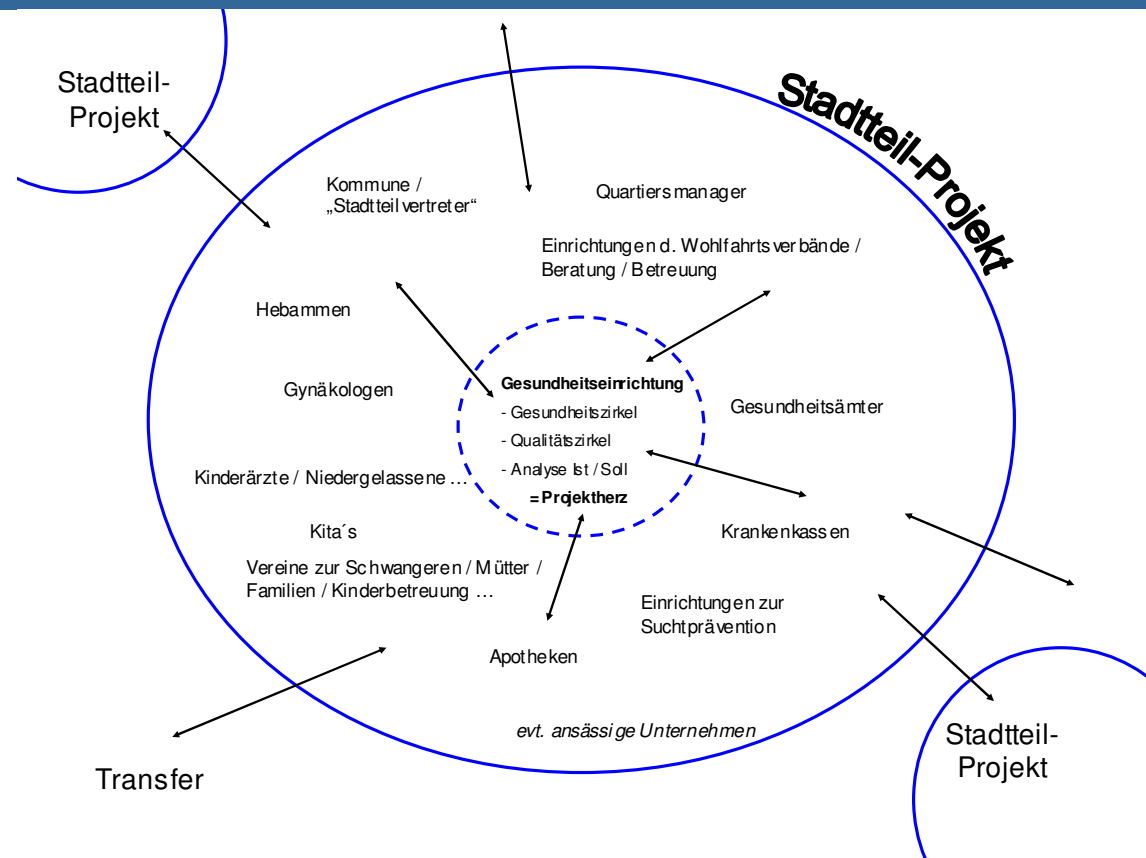
Ergebnisse aus Workshop „Möglicher Fahrplan?“

Idee der wirkungsvollen
Vernetzung

Dabei:

Positiv-Kommunikation!

Selbstverständlichkeit!



Raucherberatung & Tabakentwöhnung im Lebensumfeld der Schwangeren

**Tabakexperten
Kursleiter / Therapeuten /
Experten**

Kursleiterausbildung

**Tabakentwöhnung
Therapie**

Multiplikatoren / Raucherberater

*Strukturierte Raucherberatung
Motivierende Gesprächsführung
Individuell oder in Gruppen*

**Rauchersprechstunde
Beratung**

Arrangieren
der Nachbetreuung
Folgetermine

Assistieren
zum Rauchverzicht
Aktive Unterstützung zum Rauchstopp

**Alle Akteure: Fragen /
Informieren /
positive Empfehlung
zum Rauchstopp geben**

Kurzintervention

Ansprechen

der Aufhörmotivation
Wollen Sie aktuell mit dem Rauchen aufhören?

Anraten

des Rauchverzichts
Alle Raucher sollten individuell und klar über die
Vorteile des Rauchstopps aufgeklärt werden

Abfragen

des Raucherstatus
bei allen Patienten

Ergebnisse aus Workshop

Fazit:

- Uns stehen nur knappe Ressourcen zur Verfügung
- Es braucht ein durchgängiges, motivierendes Kommunikationskonzept unter den Akteuren und gegenüber der Schwangeren
- Es braucht einen „Kümmerer“ – Motivationen auf den verschiedenen Ebenen erkennen und für die Strukturbildung nutzen
- Regionale Koordination ist wichtig um Qualität zu identifizieren und zielgerichtet weiterzuentwickeln
- Dann kann auch eine zielführende Behandlungsstruktur wirksam aufgebaut und umgesetzt werden

Rauchfrei wachsen

Danke!