

Sachbericht

zur Förderlinie „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ des Bundesministeriums für Gesundheit

Kölner Kooperationsprojekt:

FASD-Prävention in Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen

Hoff, T., Rossenbach, A., Laux, B., Farke, W. Görgen, W. (2012)

Titel und Verantwortliche

Projekttitle: „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“

Förderzeitraum: 01.04.2011 bis 31.03.2012

Das Projekt wurde in Köln in Kooperation der nachfolgend genannten Projektbeteiligten durchgeführt:

- Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln, Hansaring 20, 50670 Köln, vertreten durch die Geschäftsführerin, Dipl. Soz. Päd. Monika Kleine, Tel. 0221-126950, Fax: 0221-1269555, Email: sekretariatgf@skf-koeln.de.
- Sozialdienst Katholischer Männer e.V. Köln, Große Telegraphenstraße 31, 50676 Köln (www.skm-koeln.de), vertreten durch den Geschäftsführer Wolfgang Scheiblich, Tel. 0221-2074-300, Fax: 0221-2074-333, Email: wolfgang.scheiblich@skm-koeln.de (federführender Projektträger).
- Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW, Wörthstr. 10, 50668 Köln (www.disup.de), Projektleitung und Ansprechpartnerin: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Hoff, Tel. 0221-7757-137, Email: t.hoff@katho-nrw.de.

Inhaltsverzeichnis

TITEL UND VERANTWORTLICHE	2	
INHALTSVERZEICHNIS	3	
ZUSAMMENFASSUNG	5	
1	EINLEITUNG: PROJEKTKONZEPTION	7
1.1	Ausgangslage und Projektziele	7
1.2	Projektstruktur	10
1.3	Einrichtung einer Steuerungsgruppe	11
2	ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK	12
2.1	Quantitative Methoden	12
2.1.1	Screening und Dokumentation in Schwangerschaftsberatung	12
2.1.2	Evaluation der Weiterbildungen	13
2.1.3	Evaluation des Fachtags zum Kölner Modellprojekt „Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“	13
2.2	Qualitative Methode: ExpertInneninterviews	14
3	DURCHFÜHRUNG, ARBEITS- UND ZEITPLAN	15
3.1	Gemeinsame Projektaktivitäten	15
3.1.1	Kick-off des Projekts	15
3.1.2	Entwicklung der Screeninginstrumente und Dokumentationsbögen	15
3.1.3	Recherche der psychoedukativen Materialien	16
3.1.4	Methodenentwicklung und Schulung zu einer zielgruppenspezifischen Adaption des CRAFT	16
3.1.5	Mehr-MUT! – Methodenentwicklung und Schulung zu einer zielgruppenspezifischen Adaption des MUT!-Programms	16
3.1.6	Wissenschaftliche Dissemination	17
3.1.7	Fachtage zum Kölner Kooperationsprojekt	17
3.1.8	Online-Aktivitäten	17
3.2	Bericht des SKM Köln	18
3.2.1	Schulung in Motivierenden Kurzinterventionen	18
3.2.2	Einsatz des Selbstkontrolltrainings für verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtverhalten und anderen Suchtphänomenen (SKOLL)	19
3.2.3	Einsatz des Community Reinforcement And Family Training bei Angehörigen von schwangeren Frauen (CRAFT-PT)	19
3.3	Bericht des SkF e.V. Köln	20
3.3.1	Durchführung des Screenings	21
3.3.2	Übertragung des Screenings auf andere Einrichtungen	21
3.3.3	Akzeptanz der Suchtberatung in der Schwangerenberatungsstelle	23
3.3.4	Planung und Durchführung des Mehr-MUT!-Angebotes	24
3.3.5	KiWi Frühe Hilfen Ehrenamtsschulung zum Thema Suchtprävention	26
4	ERGEBNISSE	28
4.1	Ergebnisse des Screenings und der Dokumentationsbögen	28
4.2	Ergebnisse der Weiterbildungsevaluation	35
5	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	39

6	GENDER MAINSTREAMING/DIVERSITY	40
7	GESAMTBEURTEILUNG	41
8	VERBREITUNG UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT DER PROJEKTERGEBNISSE	42
9	VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE	43
10	PUBLIKATIONSVERZEICHNIS	43
	LITERATURVERZEICHNIS	44

Zusammenfassung

Nach Abschluss der ersten Projektphase am Pilotstandort Köln lässt sich das gemeinsame Modellprojekt von SKM Köln, SkF e.V. und des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW positiv bewerten.

Erfolgreich ist die Projektdurchführung und Zusammenarbeit vor allem deshalb, weil von den durchführenden Kooperationspartnern ein funktionierendes Instrumentarium erarbeitet und implementiert werden konnte, mit dem Schwangere und junge Mütter für die Reflexion ihres Konsumverhaltens sowie für notwendige suchtpreventive und -therapeutische Interventionen im Kontext der Schwangerenberatung und vorgeburtlicher Angebote erreicht werden können.

Besonders bewährt hat sich dabei der Ansatz, die beiden häufig unverbundenen Systeme der Suchtprävention und Suchthilfe einerseits und der Schwangerschaftsberatung und der „Frühen Hilfen“ andererseits über gemeinsam gestaltete Fortbildungen und Qualifizierungen auf der Arbeitsebene miteinander in Kontakt und einen Austausch zu bringen.

So wurde es möglich, Instrumentarien zu entwickeln, die für die Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes auf kommunaler Ebene und die Weiterentwicklung kommunaler Netzwerke Frühe Hilfen zukünftig genutzt werden können. Bei Fachveranstaltungen und über die Öffentlichkeitsarbeit wurden weitere interessierte Träger aus dem Arbeitsfeld der Frühen Hilfen, aber auch aus der Suchthilfe über das Projekt informiert. Erste Gespräche zur Adaption auf den eigenen Arbeitsansatz und damit zur Verbreitung der Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt haben hier bereits stattgefunden.

In einer ersten Phase des Projektes wurden gemeinsam von den Kooperationspartnern Screeningbögen zum Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft entwickelt, die zur standardmäßigen Befragung aller Klientinnen in der Schwangerschaftsberatungsstelle „esperanza“ des SkF e.V. Köln eingesetzt wurden. Korrespondierend dazu wurden die Mitarbeiterinnen der Schwangerschaftsberatung sowie weitere Fachkräfte aus verschiedenen Einrichtungen der „Frühen Hilfen“ in Motivierenden Kurzinterventionen (MKI) geschult und über die örtlichen Einrichtungen der Suchtprävention und -hilfe, deren Angebote, Arbeitsansätze und Methoden informiert. Gemeinsam wurden dann die Absprachen über Zugangswege und die falltreue Begleitung der von mindestens riskantem Alkohol- oder Tabakkonsum betroffenen Schwangeren und Mütter getroffen und festgelegt. Im Weiteren wurde das Erziehungskompetenztraining „Mehr MUT!“ für konsumierende Schwangere und Mütter, deren Kinder ggf. eine FAS- oder FASD-Problematik aufweisen könnten, entwickelt und im Kontext der Strukturen des SkF e.V. erprobt. Um valide Ergebnisse zur Auswertung der ersten Modellphase generieren zu können, wurden zeitgleich für die Evaluation der Modellphase festgelegt, welche Daten und Verläufe in welcher Form erhoben und dokumentiert werden.

Mit der Eingliederung dieser neuen Angebote in die verbandlichen Strukturen des SkF e.V. während der einjährigen Projektlaufzeit wurden diese neu entwickelten Präventions- und Interventionsangebote auch für andere Arbeitsbereiche übertragbar gemacht; so finden inzwischen regelmäßig SKOLL- oder Mehr-MUT!-Veranstaltungen in der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“, im Familienzentrum „KiTa Haus Adelheid“, im Clearingwohnen für suchtkranke Mütter, im Rahmen der Ambulanten Hilfen zum Selbständigen Wohnen nach §§ 53, 54 SGB XII sowie in der JVA Köln statt.

In der Umsetzung konnte das Konsum- bzw. Suchtscreening als selbstverständliches und von den Klientinnen akzeptiertes Instrument implementiert werden. Durch die im Vorfeld erfolgte gemeinsame Schulung zu Motivierenden Kurzinterventionen und SKOLL-Kursen entwickelten die Mitarbeiter/-innen von SKM Köln und SkF e.V. im Arbeitsfeld ihre Kooperation. In der Folge konnten sowohl Einzel- wie auch Gruppenangebote für Schwangere und junge

Mütter mit kritischem Konsumverhalten entwickelt und in das jeweils bestehende eigene Portfolio übertragen werden.

Weitere Schwangerenberatungsstellen und Einrichtungen aus dem Feld der „Frühen Hilfen“ zeigten sich vor allem am „Methodenkasten“ aus Screening, psychoedukativen Materialien, aber auch dem Einsatz der Motivierenden Kurzinterventionen in ihrer Arbeit interessiert.

Schwieriger war es, die Schwangeren und jungen Mütter nach erfolgtem Screening zur Inanspruchnahme von Angeboten aus der Suchthilfe zu motivieren, die über die Motivierenden Kurzinterventionen und die SKOLL-Kurse hinausgingen. Da die Schwangerenberatungsstellen meist von Frauen aufgesucht werden, die sich in belasteten Lebensverhältnissen befinden, bedeutet die Vermittlung und Begleitung in eine präventiv oder therapeutisch arbeitende Suchthilfeeinrichtung eine zusätzliche Belastung. Diese Frauen, ohne eine enge (Wege-) Begleitung in die Angebote der Suchthilfe des SKM Köln einzubinden, erweist sich auch deshalb als schwierig, weil sich Frauen, die Tabak oder Alkohol konsumieren, nicht als im üblichen Sinne „süchtig“ begreifen.

1 Einleitung: Projektkonzeption

Allen Aufklärungskampagnen zum Trotz ist das Wissen über die Folgen von Alkohol-, Tabak- und/oder illegaler Substanzkonsum in der Schwangerschaft in vielen gesellschaftlichen Gruppen noch wenig ausgeprägt bzw. verdrängt oder negiert. So ist zwar das Wissen um die Risiken des Konsums von z.B. von Alkohol- und Nikotin in der Schwangerschaft vorhanden, aber es fehlt an konkreten Handlungsoptionen bei den Konsumentinnen, in ihrem Umfeld, aber auch bei Hilfseinrichtungen, Gynäkologen/-innen und Hebammen. Dabei geht es einerseits darum, die Problematik offen und ohne Schuldzuweisungen anzusprechen und in gleichem Maße darum, wirksame Hilfen anzubieten. Besonders im Focus stehen die Schwangeren und Stillenden, die sich aufgrund des jahrelangen und regelmäßigen Konsums nicht in der Lage sehen, in der Schwangerschaft abstinent zu leben.

1.1 Ausgangslage und Projektziele

Generell existiert in Deutschland nur eine äußerst unzureichende koordinierte Vorgehensweise zwischen den Akteuren der Schwangerschaftsberatung und der Suchtkrankenhilfe, da beide Professionen unterschiedliche Zielgruppen ansprechen. In der Schwangerenberatung bzw. den „Frühen Hilfen“ liegt der Schwerpunkt der Arbeit darin, Schwangeren, Müttern und Familien die notwendige materielle Hilfe, psychosoziale Begleitung und Anleitung angedeihen zu lassen, die für das gute und förderliche Aufwachsen des Kindes im Einzelfall benötigt werden. Der die inhomogene Gruppe verbindende Kontext sind „Schwangerschaft und Elternschaft“.

Das System der Suchtprävention und Suchthilfe wendet sich wiederum an eine überaus inhomogene Gruppen mit einer darüber hinaus nur bedingt zu vereinheitlichenden Problematik, da die Konsummuster, die Dauer des Konsums, die Form des Konsums ebenso wenig zu vereinheitlichen sind wie andere Parameter wie Alter, Geschlecht, Sozialisation, kulturelle und religiöse Prägungen.

Im Modellprojekt galt es daher, beide Systeme miteinander in Verbindung zu bringen und Zugangswege für die betroffene Gruppe der Schwangeren und Stillenden zu schaffen.

Das Modellprojekt „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ sollte aber nicht nur neue Methoden und Zugangswege zu der Betroffenenengruppe selbst entwickeln, sondern darüber hinaus Fachkräfte, seien es nun Gynäkologen/-innen, Hebammen, aber auch Mitarbeiter/-innen von Schwangerschaftsberatungsstellen erreichen und mit den Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe in einen Austausch, Wissens- und Methodentransfer bringen.

Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft beinhaltet für das ungeborene Kind ein erhebliches Schädigungs- und Mortalitätsrisiko. In Deutschland existieren jedoch nur wenige Surveys, die die Prävalenz des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft erfassen. In der KIGGS-Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland wurden auch Mütter retrospektiv nach ihrem Alkoholkonsum während der Schwangerschaft befragt: Fast 14% der befragten Mütter konsumierten in dieser Zeit Alkohol bei insg. geringen regionalräumlichen Unterschieden (15,1% der Frauen in ländlichen, 13,4% in kleinstädtischen, 13,7% in großstädtischen Regionen) (Bergmann et al., 2007). Experten gehen allerdings davon aus, dass viele Frauen ihren Alkoholkonsum während der Schwangerschaft aufgrund von Schuldgefühlen verschweigen (Siedentopf & Nagel, 2006) und somit dies eher eine Unterschätzung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft darstellt.

In Deutschland werden jährlich ca. 3.000-4.000 Kinder mit alkoholbedingten Schädigungen geboren (Spohr & Steinhausen, 2008). In westlichen Ländern zählt die pränatale Alkoholexposition zu den Hauptursachen mentaler Entwicklungsverzögerungen (Daniel et al., 2010).

Die schwerste Form der Schädigung ist das Fetale Alkoholsyndrom (FAS) mit den Kriterien prä- und postnatale Wachstumsverzögerungen, Mikrozephalie, schmale Lidspalte sowie Dysfunktionen des zentralen Nervensystems (RCOG, 2006). Es wird jedoch davon ausgegangen, dass alkoholbedingte Schäden während der Schwangerschaft in Familien und Gesellschaft häufig verdrängt werden und dadurch unerkannt bleiben; so wird lediglich bei ca. 10% der Kinder mit einem Fetalen Alkoholsyndrom eine entsprechende Diagnose gestellt, bei alkoholbedingten Schädigungen mit einer schwächeren Ausprägung noch seltener (Löser, 1991). Zahlreiche gesundheitliche Konsequenzen konnten auch für die in-utero-Nikotinexposition des Kindes bestätigt werden, z.B. Frühgeburt, vorzeitige Plazentaablösung sowie plötzlicher Säuglingstod, geringes Geburtsgewicht sowie akute und chronische Atemwegssymptome in späteren Kindheitsphasen (z.B. Mackay et al., 2006).

Zur Prävention und Behandlung des Alkohol- und Tabakkonsums in der Schwangerschaft liegt im deutschsprachigen Raum der Schwerpunkt insb. auf der Verbreitung psychoedukativer Materialien, um die Informationsvermittlung und Sensibilisierung von Zielgruppe, Fachkräften in der Beratung von Schwangeren sowie generell der Bevölkerung zu verbessern (vgl. z.B. BZgA, 2009; Drogenbeauftragte, 2010). Untersuchungen zeigen, dass diese Maßnahmen zur Bewusstseinsveränderung beitragen können (Dufour et al., 1994). Defizite bestehen jedoch hinsichtlich selektiver und indizierter Angebote für schwangere Frauen, bei denen riskante oder sogar abhängige Konsummuster vorliegen. Hinsichtlich des medizinischen Versorgungssystems ist dabei festzuhalten, dass Schwangere mit einer Alkoholproblematik die Schwangerenberatung von Ärzten/-innen in deutlich geringerem Maße nutzen (Siedentopf et al., 2004). Der Drogen- und Suchtbericht 2009 der Drogenbeauftragten führt das Netzwerk „Schwangerschaft-Kind-Sucht“ in Hamburg auf, bei dem Akteure, die mit suchtgefährdeten oder -kranken Schwangeren in Kontakt sind, sich auf eine gemeinsame Haltung verständigt haben, wie sie betroffene Frauen und Kinder unterstützen (Drogenbeauftragte, 2009). Trotz dieses Projekts wurde in Deutschland bisher jedoch die Entwicklung grundlegender Konzeptionen mit zielgruppenspezifische, Interventionen, basierend auf Ergebnissen internationaler Forschung, versäumt.

Die hier skizzierte generelle Ausgangssituation galt im Grundsatz auch für das regionale und fachliche Umfeld der am Projekt beteiligten Kooperationspartner in Köln.

Mit dem Projekt wurden unter Berücksichtigung des generellen Zieles der Inzidenzreduzierung alkohol- und tabakbedingter Schäden bei Neugeborenen folgende **Projektziele** verfolgt:

- Verbesserung der Sensibilisierung durch Einsatz und Evaluation gezielter Vermittlung von Informationen (Informationserhöhung der Fachöffentlichkeit und Multiplikator/-innen, Einsatz psychoedukativer Verfahren bei der Klientinnenzielgruppe)
- Verbesserung der Motivation zum Konsumstopp oder -reduzierung durch Einsatz motivierender Kurzinterventionen in der Schwangerschaftsberatung und -begleitung außerhalb der traditionellen Suchtberatung.
- Verbesserung der Überleitung zur ambulanten Suchtberatung bei entsprechendem Behandlungsbedarf durch Aufbau einer Tandem-Netzwerkstruktur zwischen Schwangerschafts- und Suchtberatung
- Entwicklung und Erprobung ergänzender Interventionen in der Angehörigenberatung sowie nach Geburt zur anhaltenden Konsumreduktion sowie auch zur Unterstützung der Mutter-Kind-Beziehung bei ggf. vorhandenen Schädigungen des Kindes durch den schwangerschaftsbedingten Konsum.
- Schaffung neuer Zugangswege durch themenspezifische Informationen in lebensweltorientierten Bezügen sowie für Projektinformation und Konsumaufklärung, z.B. durch die Nutzung des städtischen Angebots „KIWI“ (Kinder-Willkommens-Besuche bei Neugeborenen).

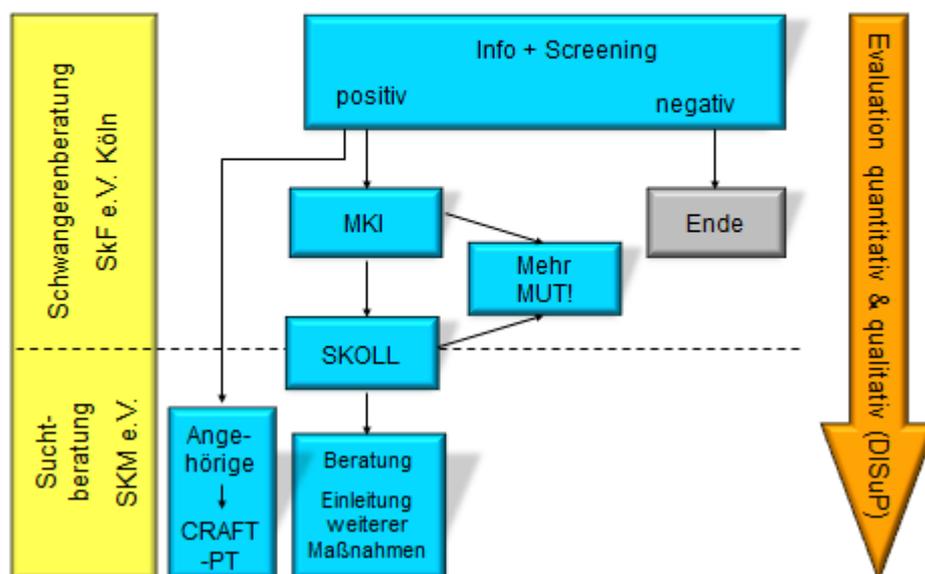
Das Projekt zielte dabei auf folgende **Zielgruppen**:

- schwangere Klientinnen mit Alkohol- und/oder Tabakkonsum, riskantem und hochriskantem Alkohol- und /oder Tabakkonsum, aber auch mit bestehender Alkohol- und /oder Tabakabhängigkeit oder polytoxikomanem Substanzgebrauch, wobei der Alkoholkonsum im Vordergrund stehen sollte; der riskanter oder abhängige Konsum stellte dabei aber i.d.R. nur eine Facette einer insgesamt belasteten Lebenssituation dar
- Angehörige, insb. Partner der schwangeren Frauen,
- Fachkräfte von Schwangerschaftsberatungsstellen, Frühförder- und Kinderschutzzentren, aus Mutter-Kind-Einrichtungen, der Suchthilfe, Gynäkologen/-innen, Hebammen, ehrenamtliche und hauptamtliche Mitarbeiter/-innen aus Einrichtungen und Diensten der „Frühen Hilfen“.

Dabei ist zu beachten, dass durch die Fokussierung auf die benannten Zielgruppen in der Schwangerschaftsberatung eine – auch im Sinne der FAS/FASD-Prävention – besonders betroffene Risikogruppe von schwangeren Frauen erreicht wird: So werden als Risikofaktoren für den Alkoholkonsum (als FAS-Ursache) u.a. psychische Belastungen, komorbide Störungen, Gewalterfahrungen, hoher Nikotinkonsum vor und während der Schwangerschaft, die Lebenssituation als alleinstehende Frau und tendenziell Erstgebärende in der Forschungsliteratur benannt. Als mütterliche Risikofaktoren für die Entwicklung von FAS gelten zudem ein höheres Alter bei Erstgeburt (> 30 Jahre), ein geringerer oder höherer sozioökonomischer Status, ohne Beschäftigungsverhältnis, ein schlechterer (häufig bildungsassoziierter) mütterlicher Ernährungszustand (Unterernährung, Zinkmangel) sowie das bereits Vorhandensein eines FAS-betroffenen Kindes in der Familie (z.B. Cannon et al. 2011, May et al. 2004, Miller et al. 1995). Viele der benannten Risikofaktoren, die aus sozial benachteiligten Lebenssituationen resultieren, treffen in besonderer Häufigkeit auch auf die Klientinnen in der Schwangerschaftsberatung zu.

Das Kooperationsprojekt umfasste folgende Methoden und Strukturen innerhalb des vorgesehenen **Interventionsmodells**:

METHODISCHES VORGEHEN



1.2 Projektstruktur

Nachfolgend wird die Projektstruktur anhand der umgesetzten Maßnahmen und Arbeitsschritte sowie Beteiligten bzw. Verantwortlichkeiten dargestellt. Die Projektbeteiligten haben das Projekt in gemeinsamer Gesamtverantwortung umgesetzt. Gesteuert wurde das Projektsteuerung über eine Projektsteuerungsgruppe mit Vertretern der beteiligten Kooperationspartner und Einrichtungen.

Maßnahmen / Arbeitsschritte	Verantwortlichkeiten / Beteiligte
Entwicklung des Kurzscreenings zur Identifizierung von riskant oder abhängig konsumierenden Frauen in der Schwangerschaftsberatung	DISuP in Kooperation mit dem SKM Köln und dem SkF e.V.
Recherche psychoedukativer Materialien zu Alkohol-/Tabakkonsum in der Schwangerschaft und projektspezifische Einsatzentscheidung	DISuP und SKM Köln
Weiterbildung und Tandementwicklung beteiligter Mitarbeiterinnen in Motivierender Beratung	SKM Köln, SkF e.V.
Weiterbildung und Tandementwicklung beteiligter Mitarbeiterinnen in kurzzeitorientierten Interventionen zur Konsumreduktion (z.B. SKOLL)	SKM Köln, SkF e.V.
Entwicklung eines prozessbegleitenden Dokumentationsbogens (sowohl zur Evaluation als auch zur Fallsteuerung)	DISuP
Vorbereitung und Durchführung der Kick-Off-Veranstaltung zur Öffentlichkeitssensibilisierung und Verbreitung des Angebots	DISuP, SKM Köln; SkF e.V.
Schaffung neuer Zugangswege durch z.B. Internet, Informationsflyers zum Einsatz in lebensweltorientierten Bezügen	SKM Köln, SkF e.V.
Meilenstein 1: Kick-Off-Veranstaltung für Fachöffentlichkeit und Start des Interventionsmodells bei schwangeren Frauen	DISuP, SKM Köln; SkF e.V.
Entwicklung einer zielgruppenspezifischen Adaptation des „Mutter-Unterstützungstrainings MUT!“ (Klein, 2006)	DISuP
Training der beteiligten Mitarbeiterinnen zum Einsatz des FASD-spezifischen Erziehungskompetenztrainings Mehr-MUT!	DISuP, SkF e.V.
Entwicklung einer zielgruppenspezifischen Adaptation des CRAFT als Angehörigen-/Partnerberatung („CRAFT-PT“)	DISuP
Training der beteiligten Mitarbeiterinnen zum Einsatz des CRAFT-PT	DISuP, SKM Köln, SkF e.V.
Meilenstein 2: Start des Interventionsmodells nach Geburt bzw. bei Angehörigen schwangerer Frauen	
Einsatz des Interventionsmodells (Kurzscreening, Ermittlung des individuellen Hilfe- und Veränderungsbedarf, Motivierende Kurzberatung, Vermittlung zur Suchtberatung, SKOLL) im Tandem SkF e.V. und SKM Köln bei schwangeren Frauen	SkF e.V.
Durchführung indizierter ambulanter Suchtberatung	SKM Köln
Einsatz der Methodenbausteine Mehr-MUT! und CRAFT-PT	SkF e.V., SKM Köln
Einsatz des begleitenden Dokumentationsbogens (sowohl zur Fallsteuerung als auch zur Evaluation)	SkF e.V., SKM Köln

Maßnahmen / Arbeitsschritte	Verantwortlichkeiten / Beteiligte
Kontinuierliche begleitende Eingabe und Auswertung der Daten aus dem Dokumentationsbogen	DISuP
Fortlaufende Abstimmung von Veränderungsbedarf hinsichtlich Screening und individuellen sowie systemischen Hilfsangeboten	DISuP, SKM Köln, SkF e.V.
Entwicklung einer qualitativen Expertinnenbefragung zur Evaluation der Projekterkenntnisse	DISuP
Durchführung der qualitativen Expertinnenbefragung bei beteiligten Mitarbeiterinnen aus der Schwangerschafts- und Suchtberatung sowie nachgeburtlichen Betreuung	DISuP
Meilenstein 3: Zweite ExpertInnenrunde zur Ermittlung der Ergebnisse und zur Analyse der Wirksamkeit des neuen Arbeitsansatzes	
Abschlussauswertung der qualitativen Expertinnenbefragung und der quantitativen Screening- und Dokumentationsdaten	DISuP
Erstellung eines Abschlussberichts	DISuP, SKM Köln, SkF e.V.

1.3 **Einrichtung einer Steuerungsgruppe**

Mit der Beauftragung zur Durchführung des Projektes am Pilotstandort Köln wurde die Einrichtung einer Steuerungsgruppe notwendig, um sicherzustellen, dass die Projektkonzeption in den verschiedenen involvierten Arbeitsbereichen entsprechend umgesetzt und gegebenenfalls an den sich dort ergebenden Veränderungsbedarf angepasst werden kann.

Zu den Mitgliedern der Steuerungsgruppe gehörten:

- Prof. Dr. Tanja Hoff, DISuP
- Walter Farke, DISuP
- Brigitte Münzel, SKM Köln
- Beate Laux, Leiterin der Schwangerenberatungsstelle esperanza des SkF e.V. Köln
- Eva Winkler-Jansen, Fachbereichsleiterin Mutter und Kind des SkF e.V. Köln

Die Steuerungsgruppe verständigte sich auf:

- die Durchführung des Screenings von Schwangeren in der Schwangerenberatungsstelle und in anderen Einrichtungen der Frühen Hilfen
- die Auswahl des psychoedukativen Materials
- die Curricula und den zeitlichen Ablauf der Schulungen zu MKI, SKOLL, Mehr-MUT! und CRAFT-PT
- die Form der Dokumentation der erhobenen Ergebnisse im Beratungsverlauf
- die Öffentlichkeitsarbeit
- die Multiplikatorenarbeit (Dissemination der vorliegenden Ergebnisse auf städtischer und diözesaner Ebene in die bestehenden Netzwerke und Arbeitsgruppen)
- die Fachveranstaltungen
- das Berichtswesen.

2 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Innerhalb des Projekts erfolgte die Datenerfassung mittels quantitativer und qualitativer Methoden, die im Folgenden dargestellt werden.

2.1 Quantitative Methoden

In der Schwangerschaftsberatung des SkF e.V. Köln wurden als quantitative Verfahren ein Alkohol- und Tabakscreening sowie eine ausführliche Klientinnendokumentation eingesetzt. In der Suchthilfe (SKM Köln) beschränkte sich die quantitative Datenerhebung auf einen auf das Setting abgestimmten Dokumentationsbogen, der den Beratungsverlauf erfassen sollte, jedoch aufgrund fehlender Klientinnen nicht zum Einsatz kam (s.u.).

Im Weiteren wurden durchgeführte Weiterbildungen für beteiligte Fachkräfte zu den eingesetzten Methoden (Motivierende Kurzinterventionen, SKOLL, Craft, Mehr-MUT!) mittels anonymisierter, quantitativer Fragebögen evaluiert und eine Prozessevaluation des eingesetzten Mehr-MUT!-Kurses bei teilnehmenden Klientinnen vorgenommen.

2.1.1 Screening und Dokumentation in Schwangerschaftsberatung

Im Erhebungszeitraum vom 01.07.2011 bis 29.02.2012 wurden Frauen erfasst, die in den Einrichtungen *esperanza* und in der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“ des SkF e.V. Beratungsangebote in Anspruch nahmen und sich dabei bereit erklärten, an dem Projekt teilzunehmen. Darüber hinaus wurden Schwangere aus der JVA Köln, die durch die Straffälligenhilfe des SkF e.V. betreut werden, in das Projekt einbezogen. Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt und die Datenerfassung waren die Aufklärung über die Begleitstudie, die freiwillige Teilnahme an der Befragung und Datenerhebung sowie die Unterzeichnung der Einwilligungserklärung gemäß der Datenschutzverordnung.

Bei der hier erhobenen Stichprobe handelt es sich entsprechend um eine selektive Stichprobe, da die Beratungsangebote in den Schwangerschaftsberatungsstellen größtenteils von schwangeren Frauen in besonderen Lebenslagen angenommen werden. Hinzu kommt ein hoher Anteil von Frauen, die aufgrund ihres kulturellen bzw. religiösen Hintergrunds Substanzkonsum gleich welcher Art ablehnen und Frauen, deren sprachliche Kompetenzen die Übersetzung der Fragen durch den Partner oder eine Begleitperson notwendig macht. In diesen Fällen wurde auf die Einbeziehung in das Screening verzichtet, um valide Daten zu erhalten. Weiterhin ist die Einbeziehung von Frauen aus dem Strafvollzug ein weiteres hochselektives Kriterium. So sind Aussagen anhand der vorliegenden Daten nur für die vorliegende Stichprobe möglich.

Stimmten die Frauen einer Teilnahme zu, wurde ihnen ein Screeningbogen ausgehändigt, mit dem der Rauch- und Alkoholkonsumstatus in der Schwangerschaft ermittelt werden konnte. Ziel des Screeningverfahrens ist es, festzustellen, ob die schwangeren Frauen während der Schwangerschaft oder Stillzeit Tabak und/oder auffällig Alkohol konsumieren. Der eingesetzte Fragebogen ist eine adaptierte Fassung des Tests zur Tabakabhängigkeit von Fagerström (Fagerström & Schneider, 1989) und dem Vasä-Test zum Alkoholkonsum (Mayfield et al. 1979, John 1998). Beide Verfahren sind standardisiert und werden zum Screening von problematischem Alkoholkonsum und zur Bestimmung des Grades der Tabakabhängigkeit eingesetzt. Die Antwortmöglichkeiten beim Alkohol- und Tabakscreening sind jeweils mit Punkten versehen, die am Ende addiert werden. Für die jeweiligen Substanzen sind Grenzwerte für riskanten Konsum festgelegt worden, die für die Bestimmung eines positiven oder negativen Screening erforderlich sind. Die Grenzwerte bei riskantem Konsum sind im Projekt wie folgt festgelegt worden:

- Beim positiven Tabakscreening muss mindestens 1 Punkt erreicht werden. Die Festlegung dieses Werts wird damit begründet, dass jeder Tabakkonsum schädlich ist. Einen Wert von 0 erhält diejenige, die zum Zeitpunkt des Screenings nicht raucht. Beim Tabakscreening können maximal 5 Punkte erreicht werden.
- Beim Alkoholscreening liegt der Grenzwert bei zwei Punkten, sodass bei schwangeren Frauen bei einer Gesamtpunktzahl von zwei Punkten auffälliger Alkoholkonsum in der Schwangerschaft vorliegt. Dieser Grenzwert orientiert sich an der Originalversion des Screeningverfahrens. Maximal sind in dem eingesetzten Verfahren zehn Punkte zu erreichen. Zur Diskussion der Screening-Sensitivität wird auf Kapitel 7.1.1 verwiesen.

Detaillierte Informationen über den Beratungsverlauf aller gescreenten Frauen wurden sodann mittels eines standardisierten Dokumentationsbogens erfasst. Bei den Daten handelt es sich um Angaben zur Demographie, zum Einsatz und Ergebnis des Screenings, zur Wirkung des psychoedukativen Materials, über das Vorgehen bei positivem Alkohol- und/oder Tabakscreening etc.. Der Dokumentationsbogen enthält insgesamt 14 Items und wurde im Beratungsprozess von den zuständigen Beraterinnen kontinuierlich ausgefüllt.

Die Auswertung der Datenerfassung und -auswertung erfolgte mittels SPSS. Die Darstellung der quantitativen Daten in Kapitel 7 erfolgt überwiegend deskriptiv. Bei vorgenommenen Gruppenvergleichen (unter der Voraussetzung entsprechender Teilstichprobengrößen) wurden Daten gemäß des vorliegenden Skalenniveaus mittels χ^2 ausgewertet.

2.1.2 Evaluation der Weiterbildungen

Ein wichtiger Bestandteil waren die Weiterbildungen, die im Rahmen des Projekts durchgeführt wurden. Folgende Weiterbildungen wurden angeboten und evaluiert:

- Motivierende Kurzinterventionen, um die Beratungskompetenzen der Beraterinnen und Berater aus der Schwangerschaftsberatung hinsichtlich der Zielgruppe zu fördern;
- Das Mütterunterstützungstraining Mehr-MUT! zur Förderung der Erziehungskompetenzen;
- Die modifizierte Fassung der Methode des „Community Reinforcement Approach Family Treatment“ (CRAFT-PT), die zur Unterstützung und Behandlung von Angehörigen von Menschen mit Substanzproblemen eingesetzt wird.

Zur Evaluation der jeweils aufgeführten Weiterbildungsveranstaltungen haben die Teilnehmer/innen anonymisierte, standardisierte Fragebögen ausgefüllt.

Die Auswertung der Datenerfassung und -auswertung erfolgte mittels SPSS. Die Darstellung der quantitativen Daten erfolgt deskriptiv.

2.1.3 Evaluation des Fachtags zum Kölner Modellprojekt „Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“

Die Veranstaltung richtete sich an das Fachpublikum aus den Bereichen Suchthilfe, frühe Hilfen, der Schwangerschaftsberatung, Gynäkologie und Geburtshilfe etc.. Zur Evaluation der Veranstaltung wurden die Teilnehmer/innen zu folgenden Bereichen befragt:

- Bewertung der Veranstaltung;
- Bewertung der im Projekt eingesetzten Methoden und inwiefern sich diese Methoden in den jeweiligen Arbeitskontexten einsetzen lassen;
- Bedarf an Vernetzung.

Dazu wurden jeweils zwei Fragebögen an die Teilnehmer/innen ausgegeben.

Die Auswertung der Datenerfassung und -auswertung erfolgte mittels SPSS. Die Darstellung der quantitativen Daten im gesonderten Evaluationsbericht des Fachtages erfolgt deskriptiv. Bei vorgenommenen Gruppenvergleichen (unter der Voraussetzung entsprechender Teilstichprobengrößen) wurden Daten gemäß des vorliegenden Skalenniveaus mittels t-Test ausgewertet.

2.2 Qualitative Methode: ExpertInneninterviews

Als Ergänzung zu den quantitativen Evaluationsdaten wurden qualitative leitfadengestützte Experten-Interviews (Bogner & Menz, 2002; Meuser & Nagel, 2002) mit Mitarbeitern der Schwangerschaftsberatungsstelle und der Suchthilfe durchgeführt (n=12). Ziel dieser qualitativen Befragung war die Erfassung der subjektiven Erfahrungen und Bewertungen der beteiligten Mitarbeiter/-innen aus der Schwangerschaftsberatung und der Suchthilfe mit dem Projektziel, -verlauf und den eingesetzten Methoden.

Im Vorfeld der Interviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der folgende Konstrukte enthielt:

1. Erschwerter Zugang schwangerer Frauen zu Beratungsangeboten, z.B. Schwangerschaftsberatung, Suchtberatung
2. Auswirkungen des Projekts auf die Beratungssituation
3. Handhabbarkeit des psychoedukativen Materials
4. Anwendung und Wirkung des Screeningverfahrens
5. Vorgehen beim positivem Screening
6. Anwendung und Wirkung von MOVE
7. Vermittlung, Vernetzung und Kooperation
8. Generelle Bewertung des FAS-Projekts
9. FAS-Projekt und Prävention
10. Sonstiges

Beim Interviewleitfaden für die Mitarbeiter/-innen der Suchthilfe wurden die Konstrukte 3), 4), 5) und 6) herausgenommen, da diese sich unmittelbar auf die Situation in der Schwangerschaftsberatung beziehen und somit für die Suchthilfe nicht relevant sind. Weiterhin wurden im Interviewleitfaden für die Suchthilfe einige Vertiefungsfragen in den Konstrukten 2), 3) und 5) etwas modifiziert und auf die Mitarbeiter/-innen der Suchthilfe abgestimmt.

Die Interviews wurden als Einzelinterviews tagsüber in den Büros der Expertinnen und Experten durchgeführt. Die Aufzeichnung der Interviews erfolgte mittels Diktiergeräten digital. Die Audiodateien wurden anschließend transkribiert. Die Datenauswertung der Interviews erfolgte mittels des computergestützten Auswertungsprogramms MAXQDA.

Aufgrund des Anonymitäts- und Datenschutzes bei einer kleinen Stichprobe wird hier auf eine Veröffentlichung der qualitativen Daten verzichtet.

3 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

In Kapitel 6 werden die Durchführung der geplanten Arbeitsschritte und -pakete dargestellt. Zunächst erfolgt die Beschreibung der gemeinsam erarbeiteten Inhalte von SKM, SkF e.V. Köln und DISuP, sodann die Fokussierung auf die Aktivitäten des SKM (Kapitel 6.2) und des SkF e.V. Köln (Kapitel 6.3); die Aktivitäten des DISuP sind aufgrund der Querschnittsaufgaben integriert behandelt in allen Kapiteln.

3.1 Gemeinsame Projektaktivitäten

Nach der Beauftragung wurden, wie oben bereits beschrieben, in der gemeinsamen Steuerungsgruppe die Screeningbögen entwickelt, das psychoedukative Material zusammengestellt und die Grundlagen für die Dokumentation erarbeitet.

Von besonderer Relevanz war es aber, die involvierten Mitarbeiter/-innen der Kooperationspartner gemeinsam zu schulen und auf den erweiterten Arbeitsauftrag vorzubereiten.

In einem weiteren Schritt wurden interne und externe Kooperationspartner z.B. Schwangerenberatungsstellen, Einrichtungen der Frühen Hilfen und der ambulanten Familienhilfe über das neue Projekt informiert und aufgefordert, die vorhandenen Angebote für sich zu nutzen.

3.1.1 Kick-off des Projekts

Als Kick-off Veranstaltung wurde am 03.06.2011 in Köln ein Pressegespräch abgehalten, bei dem die Vertreterinnen aller drei teilnehmenden Organisationen beteiligt waren. Es wurden sowohl die wesentlichen Aspekte des Projekts als auch des Themas Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft der Öffentlichkeit kommuniziert. Die Projektpartner wählten diese Form der Öffentlichkeitsarbeit, da somit eine breitere Öffentlichkeit mit den Themen des Projekts erreicht werden konnte. Insbesondere sollten hiermit Fachkräfte als auch die anvisierte Zielgruppen der Schwangeren und deren Angehörigen angesprochen werden. Insgesamt war die Resonanz in den Medien – insbesondere in den Printmedien – gut und verhalf dem Projekt zu einer öffentlichkeitswirksamen Verbreitung; die diesbezüglichen Pressemitteilungen wurden bereits mit dem Zwischenbericht dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt und können bei Bedarf erneut zugesandt werden. Darüber hinaus lancierte das DISuP eine Projektseite im Internet, auf der die wesentlichen Inhalte des Projekts erörtert werden. Seitdem das Projekt auf der KathO-Internetseite verfügbar ist, erhält das Projektteam regelmäßig Anfragen zum Projekt¹.

3.1.2 Entwicklung der Screeninginstrumente und Dokumentationsbögen

Eine Aufgabe des DISuPs bestand darin, ein Screeningverfahren zum Tabak- und Alkoholkonsum sowie einen Dokumentationsbogen für die Praxispartner SkF e.V. und SKM Köln zu entwickeln. Bei der Entwicklung dieser Instrumente galt es insbesondere den zeitlichen Aufwand beim Praxiseinsatz zu berücksichtigen. Im Rahmen der Weiterbildung in motivierenden Kurzinterventionen wurden die Berater und Beraterinnen des SkF e.V. auch in der Anwendung des Screeninginstruments geschult. Hinsichtlich der Dokumentation wurde diese auf das jeweilige Beratungssetting beim SkF e.V. und SKM Köln abgestimmt. Der Einsatz des Screeninginstruments und der Dokumentationsbögen erfolgte vom 01.7.2011 bis zum 29.02.2012. Die Ergebnisse des Screeningverfahrens und der Klientinnendokumentation werden in Kapitel 7 dargestellt.

¹ <http://www.katho-nrw.de/katho-nrw/forschung-entwicklung/institute-der-katho-nrw/disup/aktuelle-forschungsprojekte/neuer-praeventionsansatz-zur-vermeidung-und-reduzierung-von-substanzkonsum-in-schwangerschaft-und-stillzeit/#c14434>

3.1.3 Recherche der psychoedukativen Materialien

Es wurde eine Recherche psychoedukativer Materialien zum Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft im deutschsprachigen Raum durchgeführt. Die Recherche schloss Printmedien, wie z.B. Broschüren und Flyer, aber auch Materialien, die im Internet verfügbar sind, ein. Letztlich entschieden die Projektpartner, die entsprechenden Materialien zu Tabak und Alkohol in der Schwangerschaft von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einzusetzen, da diese umfassend und leicht verständlich sämtliche Aspekte der Themen erläutern. Die Broschüren wurden kostenneutral und mit geringem Aufwand bezogen. In der Schwangerschaftsberatung wurden die Broschüren bei Bedarf den Klientinnen und/oder den Angehörigen übergeben.

3.1.4 Methodenentwicklung und Schulung zu einer zielgruppenspezifischen Adaption des CRAFT

Das DISuP entwickelte eine adaptierte Fassung einer Angehörigenberatung in Anlehnung an das CRAFT-Programm. Die einzelnen Module wurden soweit überarbeitet, dass diese in der Arbeit mit Angehörigen (Partner, Eltern) von schwangeren Frauen, die weiterhin Alkohol und/oder Tabak konsumieren, eingesetzt werden können. Das Modul Lebensqualität der Angehörigen wurde projektspezifisch ergänzt, indem Methoden der Stressbewältigung für die Partner betroffener Frauen einbezogen wurden.

Sechs Mitarbeiter/innen des SKM Köln und SkF e.V. wurden auf Basis der adaptierten Fassung des Angehörigentrainings am 15. Juli 2011 in Räumlichkeiten der Katho NRW, Abt. Köln geschult. Die Evaluationsergebnisse befinden sich im Ergebnisteil. Das Modul Lebensqualität sollte als Zusatzmodul im Rahmen einer „Booster Session“ durchgeführt werden, da in der ersten CRAFT-Weiterbildung Fortbildung der Fokus zunächst auf die zentralen Interventionsschritte der Angehörigenberatung lag. Die Booster-Session wurde jedoch nicht mehr umgesetzt, da trotz intensiver Bewerbung des CRAFT-Angebots durch den SKM Köln sich keine Angehörigen der Zielgruppe für dieses Angebot anmeldeten (siehe Bericht SKM Köln). Die adaptierte Fassung des CRAFT-Programms und eine Fassung des Zusatzmoduls „Lebensqualität“ inklusive Stressbewältigung stehen den Projektpartnern jedoch für zukünftige Angebote nun zur Verfügung.

3.1.5 Mehr-MUT! – Methodenentwicklung und Schulung zu einer zielgruppenspezifischen Adaption des MUT!-Programms

Eine weitere Aufgabe des DISuP bestand darin, eine adaptierte Fassung des bereits bestehenden Mütter-Unterstützungsprogramms MUT! (Klein, 2006) zu entwickeln. Die modifizierte Fassung dieses Programms mit dem Titel „Mehr MUT!“ sieht vor allem Methoden der Stressbewältigung und Emotionsregulation in der Erziehungssituation vor, die bisher im originären MUT! nicht umgesetzt wurden. Darüber hinaus wurde als wesentliche zielgruppenspezifische Maßnahme ein Modul zum Umgang mit von FAS betroffenen Kindern ergänzt.

Am 6. Oktober 2011 fand eine eintägige Mehr-MUT!-Weiterbildung für die beteiligten Projektmitarbeiterinnen von SKM Köln und SkF e.V. im „Haus Adelheid“ statt, einer Einrichtung des SkF e.V.. Der SkF e.V. führte von Januar bis März 2012 eine Mehr-MUT!-Gruppe durch (siehe Bericht SkF e.V.).

Zum Praxiseinsatz und damit der Aufmerksamkeitserreichung potenzieller Klientinnen wurde zudem vom DISuP ein Flyer entwickelt, der zielgruppenspezifisch über den Mehr-MUT!-Kurs informiert und auch nach Projektende zur Bewerbung weitergehender Kurse eingesetzt werden kann.

3.1.6 Wissenschaftliche Dissemination

In der Fachzeitschrift „Suchttherapie“ (Thieme, Ausgabe 3, 2011) ist ein Übersichtsartikel zum FAS-Projekt erschienen, verfasst in Kooperation von DISuP, SkF e.V. und SKM Köln. Darüber hinaus wurde das Projekt im Rahmen einer Posterpräsentation beim Deutschen Suchtkongress 2011 im September in Frankfurt/Main vorgestellt.

Nach Projektende wird zudem im Mai 2012 ein Workshop zur FAS-Prävention unter Einbezug der Kölner Modellergebnisse auf den Hamburger Suchttherapietagen angeboten; im Weiteren ist das Thema des im Oktober 2013 stattfindenden „Kölner Kolloquiums für Suchtfragen“ der KathHO NRW, Abt. Köln der Diagnostik, Prävention und Intervention bei FAS/FASD gewidmet, bei dem ebenfalls die Modellergebnisse einfließen werden.

Im Sinne der Nachwuchsförderung wurden zudem folgende projektergänzende akademische Abschlussarbeiten erstellt:

- Effelsberg, M. (2011). Erziehungskompetenztraining für alkoholabhängige schwangere Frauen und Mütter – Eine Untersuchung der zielgruppenspezifischen Bedürfnisse. Köln: Unveröffentlichte Bachelorthesis im Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln.
- Klassen, I. (2011). Mutterschaftsideale und postpartale Depression - Eine Aufgabe der Sozialen Arbeit?. Köln: Unveröffentlichte Bachelorthesis im Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln.
- Müller, S. (2011). Angehörigenarbeit – Zentrale Barrieren für die Implementierung angehörigenspezifischer Interventionen anhand einer Untersuchung zur Akzeptanz des CRAFT-Ansatzes. Unveröffentlichte Masterthesis im Masterstudiengang Suchttherapie der Katholischen Hochschule NRW, Studienort München.

3.1.7 Fachtag zum Kölner Kooperationsprojekt

Am 12. Oktober 2011 fand in Kooperation von DISuP, SkF e.V. und SKM Köln in der KathHO NRW, Abt. Köln ein Fachtag für die interessierte Fachöffentlichkeit statt. Das Programm umfasste einen Fachvortrag durch Dr. Reinhard Feldmann als eingeladenen FAS-Experten sowie Kurzreferate der jeweiligen Projektpartner zu den Projektinhalten. Zielgruppen dieser Veranstaltung waren Mitarbeiter/-innen der frühen Hilfen, des ASD, Hebammen, Ärzte (Gynäkologen), Kinderärzte, etc. Insgesamt fand die Veranstaltung 58 Teilnehmer/innen.

Zudem hat der SKM Köln am 30.11.2011 einen Fachvortrag zum Thema „Fetales Alkoholsyndrom“ mit 80 Teilnehmer/-innen organisiert. Zu diesem Fachvortrag waren Mitarbeiter/-innen des SKM Köln, Fachleute aus der Kölner Suchtkrankenhilfe sowie Mitarbeiter/-innen der Allgemeinen Sozialen Dienste der Kölner Jugendämter eingeladen. Referent war Dr. Feldmann von der FAS-Ambulanz Münster. Ziel des Vortrags war die Sensibilisierung von Fachleuten für den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und die Bewerbung der Angebote des SKM Köln.

Nach diesen erforderlichen methodischen Entwicklungsschritten erfolgte die Implementierung und Durchführung des Projekts auf der Praxisebene in den Einrichtungen der Projektpartner SKM Köln und SkF e.V. Köln, die im Folgenden dargestellt werden.

3.1.8 Online-Aktivitäten

In der Konzeption des Projektes war vorgesehen, zum Ende der Modellprojektphase mit eigenen Präsenzen in sozialen Netzwerken wie facebook oder StudiVZ ebenfalls für das Angebot zu werben. Diese Form der Online-Werbung konnte in der Modellprojektphase nicht befriedigend umgesetzt werden. Stattdessen wurde, auch um in der ersten Phase einen brei-

teren Streuungsgrad zu erreichen, in einem Workshop auf der Ebene des Deutschen Caritasverbandes zu Online-Beratungsportalen die Möglichkeit eruiert, das Thema „Substanzenkonsum“ eventuell in die bereits bestehende Online-Beratungsarbeit aufzunehmen.

Verschiedene katholische Schwangerschaftsberatungsstellen beteiligen sich bundesweit an der Online-Beratung. Dieses bietet neben der Möglichkeit, eine Anfrage per Mail zu senden, die dann innerhalb einer gewissen Zeit beantwortet werden muss, die Möglichkeit der Chat-Beratung während der Bürozeiten aber auch zu Randzeiten an.

Auch unabhängig von der Fortsetzung des Modellprojektes wird die Erweiterung des Angebotsportfolios der Onlineberatung für Schwangere und junge Familien um das Thema „Substanzenkonsum“ auf der Ebene des Diözesancaritasverbandes und dann auch auf der Ebene des Deutschen Caritasverbandes weiter bewegt und auf die Realisierbarkeit hin geprüft werden. Bei Fortführung des Modellprojektes wird dann auch die Nutzbarkeit sozialer Netzwerke geprüft. Gegenwärtig erscheinen Versuche, über facebook oder Xing Multiplikatorinnen und Multiplikatoren anzusprechen, erfolgreicher als die, weitere Klientinnen und Klienten zu erreichen.

3.2 Bericht des SKM Köln

3.2.1 Schulung in Motivierenden Kurzinterventionen

Im Mai 2011 wurden Mitarbeiter/-innen aus der Schwangerschaftsberatungsstelle des SkF e.V. Köln zu Motivierenden Kurzinterventionen (MKI) in Anlehnung an MOVE fortgebildet. Neben diesen haben weitere Mitarbeiter/-innen des SkF e.V. Köln, die z.B. im Rahmen ihrer Arbeit in der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“ oder als Familienhebammen im Feld der Frühen Hilfen mit Schwangeren und jungen Mütter und Eltern arbeiten, an der Fortbildung teilgenommen. Insgesamt konnten 17 Mitarbeiter/-innen erreicht werden. Die Fortbildung zielte darauf ab, die spezifische Beratungssituation in der Schwangerschaftsberatungsstelle im Hinblick auf indizierte Kurzinterventionen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum zu strukturieren. Das Curriculum der MKI-Schulung wurde hierfür modifiziert und auf die Zielgruppe zugeschnitten (z.B. Fallbeispiele, Szenische Übungen, Sachinformationen, Fetales Alkoholsyndrom/FAS).

Auf Grundlage des Transtheoretischen Modells der Veränderung (TTM) sollten die Mitarbeiter/-innen in die Lage versetzt werden, Grundlagenwissen und Sachinformationen zu vermitteln und dabei mit ggf. vorhandene Ambivalenzen und Widerstände durch Techniken der Motivierenden Gesprächsführung (MI) angemessen umzugehen. Dabei mussten u.a. folgende Spezifika berücksichtigt werden:

- Die Kontakthäufigkeit ist in Schwangerschaftsberatungsstelle i.d.R. gering. Sie hängt jeweils vom Beratungsbedarf und -verlauf ab und kann vorab nicht festgelegt bzw. nur schwer eingeschätzt werden.
- Neben Aspekten der Selbstschädigung der betroffenen Frauen bspw. durch einen risikanten bzw. abhängigen Suchtmittelkonsum spielt die ggf. drohende Fremdschädigung des ungeborenen Kindes eine zentrale Rolle.

Mit diesen beiden Spezifika wird die Beratungssituation mit Blick auf Diagnose, Indikation und Intervention mit Blick auf mögliche Schädigungen „verdichtet“. Diese Besonderheiten und die Potentiale des Interventionsansatzes wurden im Rahmen der Fortbildung aufeinander bezogen.

3.2.2 Einsatz des Selbstkontrolltrainings für verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtverhalten und anderen Suchtphänomenen (SKOLL)

Vorgesehen war, dass auf Basis der Ergebnisse des Screenings und der Schwangerschaftsberatung bei vorliegender Bereitschaft und Bedarf schwangere Frauen zur Inanspruchnahme der ambulanten Suchthilfe motiviert werden sollten. Zum Angebotsspektrum der Suchthilfe des SKM Köln zählt u.a. das Selbstkontrolltraining „SKOLL“. Das Programm scheint in besonderer Weise auch für die Zielgruppe des vorliegenden Projekts geeignet, da es ohne weitere Zugangsvoraussetzungen darauf abzielt, Menschen mit unterschiedlichen Fragestellungen und Ausgangsbedingungen zu einer (ersten) Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten bzw. problematischen Verhaltensweisen sowie damit ggf. einhergehenden Gefährdungspotentialen anzuregen. Es zielt auf die (vorsichtige) Einleitung von Veränderungsprozessen und greift labile Motivationslagen auf. SKOLL ist ein risiko-, alters-, bildungs- und geschlechtsübergreifendes Gruppentraining. Junge schwangere Frauen mit einem zumindest problematisierten Konsumverhalten zählen damit (potentiell) zur Kernzielgruppe des Programms.

Während des Projektverlaufs konnte jedoch keine schwangere Frau in die SKOLL-Angebote innerhalb der Suchtberatungsstellen des SKM Köln vermittelt werden. Auf die Diskussion dieses Befundes wird in Kapitel 8 eingegangen.

Demgegenüber wurden in der JVA Köln im Rahmen der Sozialberatung der Straffälligenhilfe des SkF e.V. vier inhaftierte rauchende Schwangere mit dem SKOLL-Angebot erreicht. Im Zeitraum vom 10.1. bis zum 14.2.2012 fanden ein Mal wöchentlich SKOLL-Kurse statt, die von zwei – im Rahmen des Modellprojekts geschulten – Mitarbeiterinnen des SkF e.V. durchgeführt wurden. Das Angebot musste jedoch modifiziert werden, da höchstens zwei Teilnehmerinnen pro Einheit teilnahmen. Ein konstantes Gruppenangebot war, unter den Rahmenbedingungen des Strafvollzugs und angesichts der verhältnismäßig geringen Anzahl inhaftierter Schwangerer nicht umsetzbar.

3.2.3 Einsatz des Community Reinforcement And Family Training bei Angehörigen von schwangeren Frauen (CRAFT-PT)

Im Juli 2011 nahmen Projektmitarbeiter/innen des SKM Köln an einer CRAFT-PT Schulung teil, die vom DISuP durchgeführt wurde. Im Anschluss an die Schulung wurden die CRAFT-Module in das bestehende Angebot zur Angehörigenberatung integriert. Darüber hinaus wurde das Angebot auf die neue spezifische Zielgruppe der Angehörigen von schwangeren Frauen erweitert.

Die Angebote für Angehörigen von suchtgefährdeten bzw. -erkrankten Menschen werden in Form eines offenen Beratungsangebotes in der Fachambulanz Sucht, der Drogenberatungsstelle Innenstadt und der Kontakt- und Drogenberatungsstelle „Vor Ort“ Kalk/Porz vorgehalten. In letzterer steht zudem eine fortlaufende Angehörigengruppe bereit. Diese Angebote standen im Rahmen des Modellprojekts auch Angehörigen von schwangeren suchtmittelkonsumierenden Frauen zur Verfügung.

Das Angebot für Angehörige von schwangeren suchtmittelkonsumierenden Frauen wurde im kurzen Projektzeitraum innerhalb des Kooperationsverbunds der Projektträger und in der Fachöffentlichkeit intensiv beworben, u.a. durch Bekanntmachung des Angebots in stadtweiten und stadtteilbezogenen Arbeitskreisen.

Trotz der gesonderten Bewerbung wurden Angehörige von schwangeren suchtmittelkonsumierenden Frauen in der Folge nicht verbessert erreicht. Einzelne Angehörige, die im Zuge der Beratung schwangerer Drogenkonsumentinnen erreicht wurden, erhielten ein von den in CRAFT-geschulten Mitarbeiter/innen auf diese spezifische Zielgruppe angepasstes Beratungsangebot.

Der SKM Köln wird vor diesem Hintergrund seine Angebote für Angehörige von suchtgefährdeten bzw. -erkrankten Menschen sowie speziell auch für Angehörige von schwangeren suchtmittelkonsumierenden Frauen verstärken.

3.3 Bericht des SkF e.V. Köln

Die Schwangerschaftsberatungsstelle „esperanza – Beratung, vor, während und nach einer Schwangerschaft“ des SkF e.V. Köln wird durchschnittlich jährlich von 1.300 bis 1.500 Ratsuchenden pro Jahr aufgesucht.

Meist handelt es sich dabei um Frauen und Paare, die aufgrund unterschiedlicher, meist jedoch finanzieller oder psychosozialer Problemlagen um Unterstützung bitten. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse, schwierige Wohnverhältnisse, Partnerschaftsprobleme, Abhängigkeit von Transferleistungen oder auch die Angst vor der Geburt und dem Leben mit einem Kind nicht gewachsen zu sein, sind die häufigsten Gründe, die werdende Mütter und Eltern in die Schwangerschaftsberatungsstelle kommen lassen. Die Zuständigkeit der Schwangerenberatungsstelle endet nicht mit der Geburt des Kindes, sondern erst mit Erreichen des dritten Lebensjahres.

Die Schwangerschaftsberatungsstellen sind, nach dem Ausstieg aus der Vergabe von Beratungsscheinen, zunehmend zu Anlaufstellen zur allgemeinen Sozialberatung für Schwangere und junge Eltern geworden, die auf ein umfassendes Portfolio von materiellen, sozialen und administrativen Hilfen verfügen.

Durch diese Konstruktion lassen sich in einzelnen Fällen, in denen dies notwendig ist, kontinuierliche Hilfeverläufe implementieren, zumal die Angebote der „Frühen Hilfen“, die zum Teil in der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“ und im rechtsrheinischen Porz verortet sind, mit der Schwangerschaftsberatungsstelle kooperieren und von dieser mit koordiniert werden.

Über die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von esperanza besteht eine Vernetzung zu anderen Schwangerschaftsberatungsstellen auf lokaler, diözesaner und auf der Bundesebene über den Bundesvorstand des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V.

Darüber hinaus engagiert sich der SkF e.V. Köln im Aufbau des Kölner Netzwerkes „Frühe Hilfen“, der gemeinsam vom Jugendamt und dem Gesundheitsamt der Stadt Köln angeregt und gesteuert wird.

Im Rahmen des BMG-Projektes „Neue Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ ist die Schwangerschaftsberatungsstelle „esperanza“ zentrale Zugangsstelle für Schwangere und Stillende für die Durchführung des Projektes.

Alle Mitarbeiterinnen der Schwangerenberatung, der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“, des Clearingwohnens für konsumierende Schwangere und Mütter und die Mitarbeiter des Arbeitsgebietes „Frühe Hilfen“ wurden in einer mehrtägigen Veranstaltung in Techniken der Motivierenden Gesprächsführung durch den SKM Köln geschult. Diese Schulungen wurden als gemeinsame Auftaktveranstaltung für die Projektdurchführung konzipiert. Die projektverantwortlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernten sich durch die Schulungen persönlich kennen und konnten einander die verschiedenen Arbeitsansätze und Aufgabenstellungen des jeweiligen Arbeitsgebietes vorstellen.

So konnte die Implementierung des neuen Ansatzes in die Strukturen von Suchthilfe beim SKM Köln einerseits und der Arbeit mit Schwangeren und jungen Müttern andererseits sichergestellt werden.

Die beiden projektbezogenen Mitarbeiterinnen nahmen zudem an den weiteren Fortbildungen zu motivierenden Kurzinterventionen (MKI), SKOLL und Mehr-MUT! teil.

3.3.1 Durchführung des Screenings

Nach Absolvierung der Fortbildungen zu den motivierenden Kurzinterventionen wurde die flächendeckende Befragung von Schwangeren in die Abläufe der Schwangerenberatung implementiert.

Um das Screening selbst, aber auch die Abgabe der Einverständniserklärung zur Erhebung und Weiterverwendung der Daten organisch in den Beratungsprozess einzubinden, bedurfte es einiger Anstrengungen, da es sich hier um ein „Add on“ zu einem ohnehin bereits komplexen, vielschichtigen, vor allem aber auch reglementierten Beratungssetting handelt, in dem Schwangere, Paare und junge Eltern verpflichtet sind, weitreichende Angaben zu ihrer persönlichen Situation zu machen.

Bei der Konzeption des Screenings wurde daher festgelegt, dass die Befragung sich an alle Schwangeren richten sollte, um einen möglichst diskriminierungsfreien und selbstverständlichen Verlauf im Sinne von „das gehört einfach dazu“ zu gewährleisten.

Im Laufe der Modellprojektphase musste dieses Vorgehen in einigen Fällen angepasst werden, so reagierten z.B. einige strenggläubige Frauen, denen aus religiösen Gründen der Konsum von Alkohol und anderen Substanzen untersagt ist, abwehrend. Um den weiteren Beratungsprozess hinsichtlich der vorliegenden Notlagen nicht zu gefährden, wurde in diesen Fällen von einem Screening abgesehen. Auch wurden Frauen, deren Sprachkenntnisse nicht ausreichten, um dem Beratungsprozess ohne Übersetzungshilfe vom Partner oder Begleitpersonen folgen zu können, nicht in das Screening aufgenommen.

Im Anschluss an die Beratung wurden die Ergebnisse der Befragung dokumentiert (vgl. Ergebnisauswertungen).

3.3.2 Übertragung des Screenings auf andere Einrichtungen

Parallel mit der Vorstellung des Modellprojektes in anderen Einrichtungen des SkF e.V. Köln begann die Übertragung des Screenings, aber auch die Konzeption von Einzel- und Gruppenangeboten für die übrigen Arbeitsbereiche der Frühen Hilfen.

Angesichts der Tatsache, dass der SkF e.V. in vielen seiner Arbeitsgebiete Angebote für hochbelastete Mütter, Kinder und Familien wie z.B. die Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“, die Begleitung und Betreuung von Schwangeren in der Justizvollzugsanstalt Ossen-dorf oder das „Corneliushaus“ mit dem Clearingwohnen für suchtkranke Schwangere und Mütter, die Ambulanten Hilfen zum selbständigen Wohnen für suchtkranke Frauen nach §§ 53, 54 SGB XII vorhält, war das Interesse an einer Einbindung in das Projekt groß.

In der ersten Modellphase konnten die Bewohnerinnen von „Haus Adelheid“ und Schwangere, die in der JVA Köln betreut werden, innerhalb des Projektes berücksichtigt werden, während die Klientinnen des „Corneliushauses“ und in „BeWo Sucht“ eine bereits diagnostizierte Suchterkrankung haben und daher eher für Angebote wie SKOLL und Mehr-MUT! infrage kommen.

In der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“ leben 34 minderjährige, junge und sehr unsichere Mütter mit ihren Kindern. Gleichzeitig ist in diesem Haus der Arbeitsbereich „Frühe Hilfen“ vertreten.

Alle Mitarbeiterinnen des Hauses wurden über das neue Projekt informiert und einige Mitarbeiterinnen nahmen auch an der MKI-Fortbildung teil. Über die Leitung des Hauses und des Fachbereiches wurde sichergestellt, dass alle Bewohnerinnen des Hauses in das neue Projekt durch ein systematisches Screening einbezogen wurden. Da die Beteiligung am Screening auf Freiwilligkeit beruhte, konnten die Bewohnerinnen von „Haus Adelheid“ nur motiviert werden, sich zu beteiligen. Das bedeutet, dass angesichts der psychischen Verfasstheit ei-

nes Teiles der Bewohnerinnen und auch ihres zum Teil noch jugendlichen Alters einige die Teilnahme verweigerten bzw. nicht für die Teilnahme erreicht werden konnten.

Da es im Haus ein umfangreiches und meist verpflichtendes Angebot an Kursen und Schulungen angefangen von der Säuglingspflege, die kindliche Entwicklung, die Eltern-Kind-Interaktion bis hin zu hauswirtschaftlichen und alltagspraktischen Kursen gibt, ist es darüber hinaus schwierig, weitere Kursangebote in das Portfolio einzugliedern, vor allem dann, wenn die Teilnahme freiwillig ist.

In der Justizvollzugsanstalt Köln betreuen Mitarbeiterinnen der Straffälligenhilfe durchschnittlich bis zu 30 schwangere Inhaftierte pro Jahr. In der Regel befinden sich zwischen einer und drei Schwangeren gleichzeitig in der JVA, was die Konzeption von Gruppenangeboten schwierig macht. Viele der betroffenen Frauen konsumieren Drogen. Alkohol- und Tabakkonsum sind ebenfalls weit verbreitet. Sofern die Betroffenen damit einverstanden waren, nahmen sie am Screening teil. Das neue Angebot wurde von den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in der JVA begrüßt, die Leitung der JVA unterstützte das Projekt und so konnte eine eigene SKOLL-Gruppe für schwangere Inhaftierte in der JVA angeboten werden.

Insgesamt ergibt sich für die Akteure in der Schwangerschaftsberatung und im Arbeitsgebiet der Frühen Hilfen bei der Durchführung von Konsumscreenings und der Vermittlung in die Suchthilfe ein Paradigmenwechsel im Selbstverständnis und in der Arbeitsweise: Wurden Daten bislang immer nur erhoben, um Ansprüche zu prüfen, die Bewilligung von Hilfen nachzuweisen oder Besuche und Notlagen zu dokumentieren, nehmen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Schwangerschaftsberatungsstellen, Mutter/Eltern-Kind-Gruppe, Mutter-Kind-Einrichtungen nun die Rolle derer ein, die Daten erheben, die mit dem eigentlichen Ansinnen der Schwangeren – materielle Hilfe, soziale Beratung, psychosoziale Begleitung, Hilfe bei Partnerschaftsproblemen und -konflikten – nur bedingt zu tun haben. So bestand zu Beginn des Projektes die Befürchtung, der Paradigmenwechsel könnte verschiedene „Wirkungen“ und/ oder „Nebenwirkungen“ haben im Hinblick auf die strukturellen Bedingungen der Schwangerschaftsberatungsstelle, wie Administration, personeller und zeitlicher Ressourcen, aber auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den betroffenen Frauen und deren Bereitschaft, sich vertrauensvoll auf den Beratungs- und Hilfeprozess einzulassen.

Zur Erleichterung der Beraterinnen und Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den verschiedenen Arbeitsbereichen nahmen die Frauen das Screening positiver auf als gedacht und zeigten sich mehrheitlich erstaunlich offen. Die Klientinnen und Beraterinnen empfanden es aber auch gleichermaßen als Erleichterung, das Thema „Sucht“ ansprechen zu können, wenn eine schwangere Frau z.B. offensichtlich auf dem Weg zur Beratungsstelle noch eine Zigarette geraucht hat. Das Thema Sucht in der Schwangerschaft wurde allgemein bei den Klientinnen sehr positiv aufgenommen. Im Allgemeinen bedeutet die Schwangerschaft eine Phase des Umbruchs, in der die Klientinnen eher für Verhaltensveränderungen erreicht werden können, weil sie weniger im eigenen Interesse agieren, sondern vor allem ihrem Kind einen guten Start ins Leben ermöglichen wollen. Mehrheitlich haben sich die Klientinnen sehr aufgeschlossen gezeigt und bejaht, dass das Thema im Rahmen der Schwangerschaftsberatung angesprochen wird.

Aber es bestätigte sich auch die Beobachtung, dass Klientinnen, bei denen offensichtlich war, dass sie rauchen, weigerten, am Screening teilzunehmen. Sie befürchteten, dass man sie noch stärker unter Druck setzen könnte, andere empfanden das, wie die Anwürfe von fremden Passantinnen und Passanten auf der Straße, als weitere Einmischung und Grenzüberschreitung. Weitere Frauen hatten schlicht Angst, dass sich aus der Beratungssituation für die weitere Zukunft eine Kontrollinstanz entwickeln könnte, in der sie bereits als Schwangere und dann erst recht nach der Geburt des Kindes jemand an die Seite gestellt bekommen, der ihre „Erziehungsfähigkeit“ überprüft und sichert.

Die zunächst geringer erscheinende Quote von 35,4% Frauen, die bereit waren, sich im Rahmen der Schwangerenberatung am Screening zu beteiligen, ist darauf zurück zu führen,

dass es einige Zeit dauerte, bis das Verfahren implementiert war. Zudem war die Teilnahme freiwillig und ein Teil der Frauen wurde aus der Befragung herausgenommen, weil der Konsum von Alkohol und Tabak sowie anderer Substanzen Frauen mit einer bestimmten kulturellen oder religiösen Herkunft ganz generell untersagt ist. Aber auch die Frauen, die sich weigerten, am Screening teilzunehmen, konzedierten, dass es grundsätzlich gut sein, Themen wie Sucht und Konsum in der Schwangerschaft zu problematisieren.

Das bestätigt sich auch durch den großen Zuspruch, den das Screening z.B. in der JVA Köln fand. Diese Frauen gehörten häufig zu denen, die ihren Zigarettenkonsum wegen der Schwangerschaft bereits stark reduziert hatten, aber noch rauchten. Für sie wie für andere rauchende Frauen war das Screening ein guter Einstieg in ein Gespräch, in dem sie neue Motivation erhielten, an ihrem reduzierten Konsum weiter festzuhalten und gegebenenfalls ganz auf den Konsum zu verzichten. Bei vielen der (mit schlechtem Gewissen) weiterrauchenden Frauen ist das Screening ein Einstieg in ein Gespräch, in dem es nicht nur darum geht, den Konsum zu analysieren, sondern auch Lob und Anerkennung für das eigene Verhalten zu bekommen.

Besonders stolz zeigten sich die Frauen, die vor der Schwangerschaft Alkohol, Tabak und gelegentlich auch andere Substanzen konsumiert hatten und aufgrund der Schwangerschaft nun abstinent lebten. Auch für sie war das Screening Anlass, über die eigenen Erfahrungen zu berichten und Bestätigung für ihr verantwortungsvolles Handeln zu erreichen.

Die Frauen, die noch konsumieren und darüber offen reden, beschrieben bisherige Erfolge (wenn sie reduziert hatten), äußerten aber auch Scham darüber, dass ihnen der vollständige Verzicht noch nicht gelang. Sie empfanden hohen Druck von außen z.B. durch die Familie, den Partner, aber auch durch Fremde, die sie zum Teil sogar auf der Straße ansprachen.

Das Angebot der Mitnahme psychoedukativer Materialien oder einer Vermittlung zu weitergehenden Beratungsstellen oder Hilfseinrichtungen wurde nach dem Screening zum Teil angenommen, zum Teil aber auch unwirsch abgelehnt: „Mit den letzten Zigaretten kann ich jetzt auch noch alleine aufhören“.

Diese Aussagen machen deutlich, mit welcher Behutsamkeit alle Themen rund um den Substanzkonsum behandelt werden müssen. Einerseits bietet die Schwangerschaft die Chance aber auch die Notwendigkeit, über das Konsumverhalten nachzudenken und eine positive Veränderung im Sinne der Gesundheit des Kindes und der Mutter herbeizuführen, andererseits darf es keine Verknüpfung mit allen Fragen rund um Erziehungsfähigkeit und Elternkompetenzen geben. In diesen Fällen kann es dazu kommen, dass Schwangere, Mütter und Eltern das Beratungs- und Hilfsangebot ablehnen, weil sie dahinter weniger Unterstützung als vielmehr Zwang bis hin zum drohenden Entzug des Kindes vermuten.

Von den Beraterinnen wurde der Kompetenzgewinn im Beratungssetting als besonders wertvoll, vor allem auch im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen anderer Beratungsstellen und Einrichtungen beschrieben. So äußerten sich die Beraterinnen und übrigen Mitarbeiterinnen von Einrichtungen und Diensten in der Reflexion der Einführung und Durchführung des Screenings durchaus positiv über die Reaktionen der Klientinnen.

3.3.3 Akzeptanz der Suchtberatung in der Schwangerenberatungsstelle

Die weitergehende Suchtberatung innerhalb der Schwangerenberatung richtete sich an die Frauen, die positiv gescreent worden waren. Durchgeführt wurde dieses Beratungsangebot von einer Mitarbeiterin, die über langjährige Erfahrung in der Begleitung von suchtkranken Schwangeren und jungen Müttern verfügt.

Das Setting aus einer Tandemberatung durch zwei Mitarbeiterinnen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten wurde ergänzend im Projekt in der Schwangerenberatung erprobt, gehört aber nicht zu deren Standard. Insgesamt wurden 13 Frauen angesprochen, die zu-

sätzliche Beratung in Anspruch zu nehmen. Vier Frauen lehnten das Angebot offensiv ab, Interesse zeigten neun Frauen, von denen sechs die Beratung dann allerdings nicht in Anspruch nahmen. Entweder waren sie für die Terminvereinbarung telefonisch nicht zu erreichen oder sie erschienen nicht zum vereinbarten Termin.

Drei Frauen nahmen die Beratung an und zeigten hohen Leidens- und Veränderungsdruck. Eine Frau zeigte Interesse, an dem angebotenen SKOLL-Kurs beim SKM teilzunehmen. Noch während der Beratung wurde ein Termin mit der Kollegin des SKM vereinbart. Die Zusammenarbeit stellte sich problemlos und kooperativ dar. Leider kam die Frau, wie die Kollegin rückmeldete, nicht bei dem Kurs an. Eine weitere Frau mit einer langjährigen Alkoholproblematik wurde an das Clearing Wohnen des SkF e.V. vermittelt. Dort wohnt sie heute mit ihrem Säugling.

Insgesamt verweisen die zögerliche Inanspruchnahme weiterer Beratungsangebote bzw. die Schwierigkeiten in der Weitervermittlung zur Suchthilfe auf die These, dass es Frauen in ohnehin belasteten Lebenssituationen häufig schwer fällt, Verpflichtungen, einzuhalten, die über die reine Existenzsicherung und Tagesgestaltung hinaus gehen.

Hier werden durch sich durch das Bundeskinderschutzgesetz sicherlich neue Perspektiven ergeben, die betroffenen Frauen und ihre Kinder für Hilfen zu erreichen, die mit der Lebenswirklichkeit z.B. durch den Ausbau wohnortnaher Hilfen oder die verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Systeme „Gesundheit“ und „Frühe Hilfen“ besser vereinbar sind.

3.3.4 Planung und Durchführung des Mehr-MUT!-Angebotes

Nach der gemeinsamen Vorbereitung und Modifikation des Mehr-MUT!-Angebotes durch den SkF e.v. und das DISuP wurde das Gruppenangebot in der „Mutter-Kind-Einrichtung“ intensiv beworben. Angesichts der Lebenssituation der meist minderjährigen oder sehr unsicheren volljährigen Schwangeren und Mütter, die in der Mutter-Kind-Einrichtung alle notwendigen Kompetenzen entwickeln sollen, die für das gemeinsame Leben mit dem Kind notwendig sind, ist es durchaus als Erfolg zu werden, dass sechs junge Mütter am Gruppenangebot teilnahmen. Dabei ist auch der kurze Projektzeitraum von einem Jahr zu beachten, in dem das manualisierte Training entwickelt und in neue Settings implementiert wurde; dies konnte aus zeitlichen Gründen nur einer ersten Konzeptentwicklung und -durchführung entsprechen.

Nicht alle jungen Schwangeren und Mütter der Mutter-Kind-Einrichtungen hatten oder haben während der Schwangerschaft geraucht, getrunken oder andere Substanzen konsumiert, weil ihre Motivation in der Schwangerschaft hoch war, „eine gute Mutter“ zu werden. Viele der Bewohnerinnen nehmen ihre Schwangerschaft bewusst an, weil sie bei „ihrem Kind alles besser machen wollen als die eigenen Eltern“ oder weil sie emotionale Leerstellen zu füllen hoffen. Gerade diese Frauen sehen dann keinen persönlichen Grund, an einem Mehr-MUT!-Kurs teilzunehmen. Andere sind aufgrund ihrer psychischen oder intellektuellen Verfasstheit nicht in der Lage, weitergehende Hilfeangebote anzunehmen, vor allem dann, wenn sie nicht verpflichtend sind.

Die teilnehmenden Frauen zeigten sich motiviert und interessiert und blieben lediglich fern, wenn die Kinder erkrankten oder wichtige Termine innerhalb oder außerhalb des Hauses anstanden. Die angebotene Kinderbetreuung während der Kursstunden wurde trotz anfänglichen Widerstandes regelmäßig in Anspruch genommen, so dass die Frauen sich auf die Inhalte konzentrieren konnten.

Viele der im Kurs aufgegriffenen Themen sind auch im alltäglichen Umgang mit den Kindern für die Frauen wichtig, wie z.B. Grenzen setzen, Stressmanagement, Lob, Kommunikation und Interaktion zwischen Mutter und Kind. Die Durchführungsplanung des Mehr-MUT!-Konzeptes musste stellenweise angepasst werden, so z.B. Kürzungen im Umfang der zu Verfügung stehenden Arbeitsmaterialien und weitere Erklärungen bei komplexeren Inhalten

bei Teilnehmer/-innen, die oft genug keinen oder nur einen gering qualifizierten Schulabschluss und damit auch nur bedingte Lern- und Leseerfahrungen haben.

Im Rahmen des Moduls zur Stressbewältigung wurde auch der Substanzkonsum thematisiert. Hier lag der Fokus auf Tabakkonsum, da die Teilnehmerinnen – aufgrund eigener Erfahrungen – einen Zusammenhang zwischen eigenem Stresserleben und Rauchen sahen. Bei der Thematisierung des Alkoholkonsums standen eher negative Aspekte im sozialen Umfeld im Vordergrund, insbesondere wenn der Partner trinkt oder wenn Erfahrungen mit einem alkoholtrinkenden Elternteil gemacht wurden. Auf großes Interesse stießen Informationen zu den „Entwicklungsstufen des Kindes“, obwohl dieser Teil des Manuals viele Informationen enthält. Hilfreich empfanden die Mütter dabei die Hinweise zum Umgang mit den Kindern in den unterschiedlichen Entwicklungsphasen: „Was, wann und wie belohne und bestrafe ich in welcher Weise“ waren dabei zentrale Fragen, die im Gruppenkontext erörtert wurden.

Bei der Auswahl der zu Verfügung stehenden Materialien kam es den Leiterinnen darauf an Inhalte auszuwählen, die die Frauen ansprachen, weil sie zu Beginn sehr unsicher waren, inwieweit die teilnehmenden Mütter motiviert waren, den Kurs auch abzuschließen. Am Ende erwiesen sich diese Befürchtungen als unbegründet, da die Inhalte des Programms das Interesse der teilnehmenden Frauen weckte. Einige Frauen waren sogar stolz an dem Kurs teilgenommen und diesen abgeschlossen zu haben. Im Laufe der Zeit beobachteten die Leiterinnen einen zunehmenden Gruppenzusammenhalt und die Ausbildung von Gruppenritualen. Am Ende setzten sich die Mütter sogar um eine Fortsetzung des Kurses ein.

Eine erste Prozessevaluation der durchgeführten Einheiten fiel hinsichtlich der erfassten Parameter sehr positiv aus (vgl. Abbildung 1). Analog zu den Rückmeldungen, die von der Kursleitung berichtet wurden, spiegeln auch die quantitativen Evaluationsergebnisse die Zufriedenheit der Mütter mit dem Kurs wider (Skala von 1= sehr gut bis 6= gar nicht gut).

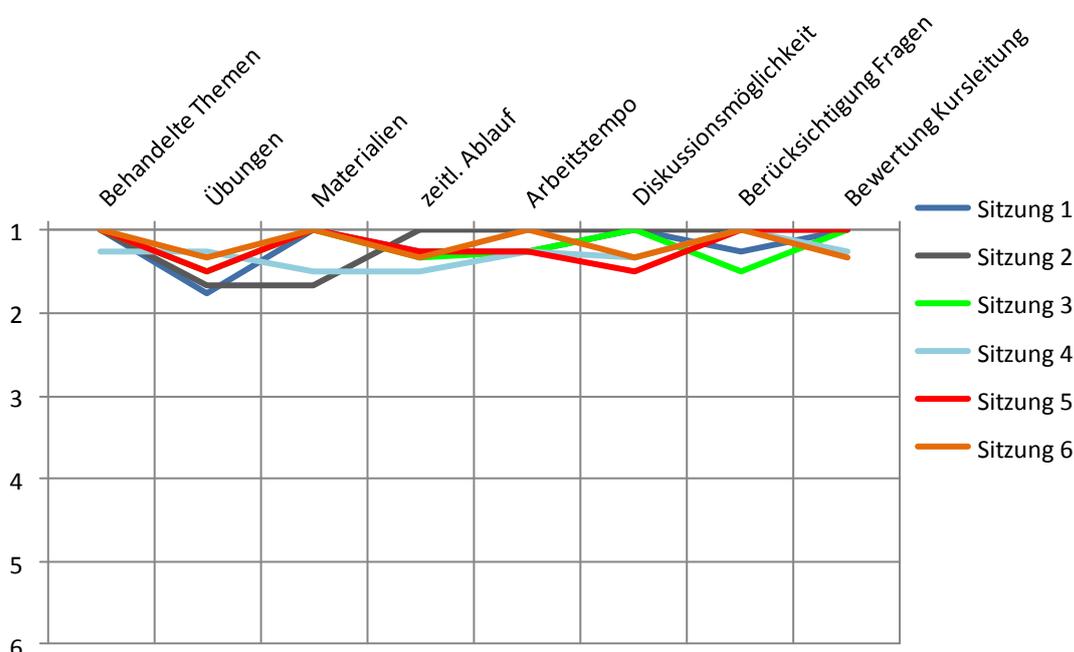


Abbildung 1: Prozessevaluation des durchgeführten Mehr-MUTI-Kurses (n= 6 teilnehmende Mütter)

Die Erfahrungen bei der Durchführung des Kursangebotes zeigen, dass Inhalte und Vermittlungsformen von Kursen, aber auch Beratungssettings nicht statisch sein dürfen, sondern jeweils auf die Bedarfslagen und intellektuelle sowie psychische Leistungsfähigkeit der Ad-

ressatinnen angepasst werden müssen. Dies wird auch durch den modular angelegten Aufbau des Mehr-MUT!-Kurses ermöglicht.

Hier bestätigen sich erneut die Beobachtungen, die bereits bei Angeboten wie Geburtsvorbereitungs- und Stillkursen, aber auch bei Mutter-/Eltern-Kind-Gruppen gemacht werden: Bestehende Angebote sind oft an den Bedürfnissen von Eltern der bürgerlichen Mittelschicht angepasst. Gerade aber der Konfrontation mit diesen sich bewusst auf Eltern- und Mutterschaft vorbereitenden Eltern mit einer meist gesicherten Existenz weichen die Frauen und Eltern in weniger privilegierten Lebensumständen gerne aus. In dieser Konfrontation erleben sie ihre eigene gesellschaftliche Segregation, die zur Nichtakzeptanz des Angebotes führen. Daher bietet es sich an, Kurse wie Mehr-MUT! auf jeweilige Peergroups auszurichten und Gruppen gegebenenfalls zu verkleinern.

3.3.5 KiWi Frühe Hilfen Ehrenamtsschulung zum Thema Suchtprävention

In Köln werden jährlich 10.000 Kinder geboren. Seit vier Jahren erhalten alle Eltern mit einem Neugeborenen das Angebot eines Begrüßungsbesuches, der von freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt wird. Nahezu 90% der jungen Eltern nehmen die Besuche, die stadtweit von sieben Familien- und Jugendhilfeträgern durchgeführt werden, an.

Schon in der Konzeption des Modellprojektes waren die KinderWillkommensbesuche (KiWi) als Möglichkeit der Einbindung weiterer Multiplikatoren und als Mittel der breiten Streuung von Informationen zu den Gefahren von Substanzenkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit eingebunden worden.

KiWi und das inzwischen bestehende „Netzwerk Frühe Hilfen“, das koordiniert vom Jugendamt und dem Gesundheitsamt der Stadt Köln, die passgenaue Entwicklung der Frühen Hilfen in Köln, in Übereinstimmung mit dem Bundeskinderschutzgesetz steuern soll, boten sich somit in der Modellprojektphase zur Implementierung erster Erkenntnisse an.

In einem ersten Schritt wurde in der KiWi-Steuerungsgruppe, bestehend aus den Trägervertretern und der städtischen Koordinatorin, über das neue Modellprojekt informiert. Daraufhin entschlossen sich die Mitglieder dieser Steuerungsgruppe bei den nächsten Schulungen der neuen ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie im Rahmen der Begleitung der bereits Engagierten das Thema „Substanzenkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ in das Curriculum aufzunehmen.

In der weiteren Vorbereitung wurden auch die Koordinatorinnen für die einzelnen Stadtteile über das Projekt und die Erweiterung der Schulungen der Ehrenamtlichen informiert.

Bei der konkreten Umsetzung gilt es abzuwägen, welches Wissen und welche Handlungskompetenzen die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen, um nicht in die Rolle derer gedrängt zu werden, die kontrollierend oder gar maßregelnd mit den Eltern ihren möglichen Konsum besprechen.

Dazu müssen die Engagierten erst einmal für das Thema selbst sensibilisiert werden. Besonders die erfahrenen ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter formulieren nach ihren Besuchen ihre eigene Unsicherheit, ob sie z.B. ihr Befremden darüber, dass in Gegenwart des Säuglings geraucht wird, ansprechen sollen.

Zur Sensibilisierung und Vermittlung von Handlungskompetenz gehört es, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des nötigen Wissens über die gesundheitlichen und möglicherweise sozialen Folgen des Substanzenkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit zu vermitteln.

Handlungskompetenz erhalten die Ehrenamtlichen über die Auseinandersetzung mit den psychoedukativen Materialien vornehmlich der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Überlegung, in welchen Situationen und Konstellationen diese Materialien ausgehändigt werden sollten.

Die KinderWillkommensbesuche leben davon, dass die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Familienfreundlichkeit der Stadt und der Kölner Stadtgesellschaft Ausdruck verleihen. Deshalb werden die Engagierten intensiv zu Interaktion und Kommunikation geschult, sich zwischen Nähe und Distanz zu den Eltern sicher bewegen zu können.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Substanzkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit“ muss daher immer wieder auch an Einzelfällen in den monatlichen Austauschrunden behandelt werden, um sicherzustellen, dass ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht überfordert werden oder aber schlussendlich doch kontrollierende Haltung einnehmen.

Dieser Mühe steht die Chance gegenüber, flächendeckend junge Eltern über das Thema zu informieren und psychoedukative Materialien zu verteilen, die gegebenenfalls auch in der Peergroup von anderen jungen Eltern Interesse finden.

4 Ergebnisse

4.1 Ergebnisse des Screenings und der Dokumentationsbögen

Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum (01.07.2011-19.02.2012) 425 Frauen im Rahmen der Schwangerschaftsberatung in unterschiedlichen Settings erfasst und gescreent (vgl. Tabelle 1); in diesem Zeitraum wurden insgesamt 1.078 Klientinnen in der Schwangerschaftsberatung des SkF e.V. Köln erfasst, so dass im Projekt 35,4% der Klientinnen der Schwangerenberatungsstelle *esperanza* gescreent wurden. Höher waren die prozentualen Anteile, die in der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“ und in der JVA Köln über die Settings „Schwangerschaftsberatung und psychosoziale Beratung“ erreicht werden konnten. Nach Bereinigung der Daten wurden die Daten von sechs Probandinnen gestrichen, da bei ihnen der Screeningbogen fehlte oder nicht ausgefüllt war. So ergibt sich eine Stichprobengröße von $n=419$. In Tabelle 1 sind Erhebungsorte mit der entsprechenden Anzahl an erfassten Screening- bzw. Dokumentationsbögen dargestellt.

Ort	Häufigkeit absolut	Prozent
<i>esperanza</i>	382	91,2
Haus Adelheid	23	5,5
JVA	14	3,3
Gesamt	419	100

Tabelle 1: Häufigkeiten Fälle und Erhebungsorte ($n=419$)

Demographische Daten

Zum Zeitpunkt der Erhebung betrug das Durchschnittsalter der Stichprobe 27,5 Jahre (MIN 15, MAX 44, SD 6,075) und die Frauen befanden sich im Durchschnitt in der 23 Schwangerschaftswoche (MIN 5, MAX 41, SD 8,174).

Dabei gilt es zu beachten, dass 387 (92,4%) Frauen zum Zeitpunkt der Befragung schwanger waren, 21 (5%) bereits entbunden hatten sowie 2,6% (11) keine Angaben dazu machten, ob sie schwanger waren oder entbunden hatten (vgl. Abbildung 2).

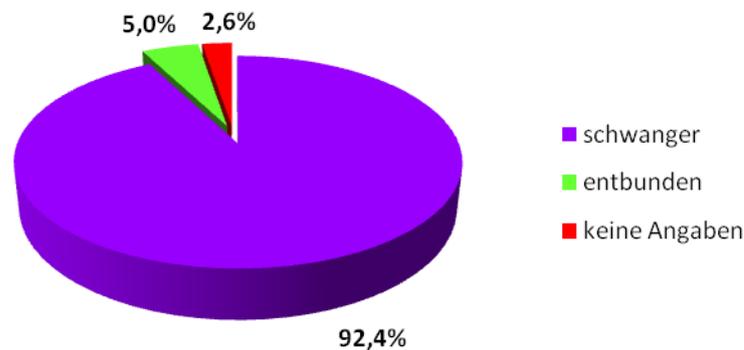


Abbildung 2: Angaben zum Status der Schwangerschaft ($n=419$)

In der Dokumentation wurde zudem erfasst, ob die erfassten Klientinnen bereits zu einem früheren Zeitpunkt Angebote der Schwangerschaftsberatungsstellen des SkF e.V. in Anspruch genommen hatten. Demnach nutzten bereits 9,5% (40) zu einem früheren Zeitpunkt die Schwangerschaftsberatung (vgl. Abbildung 3).

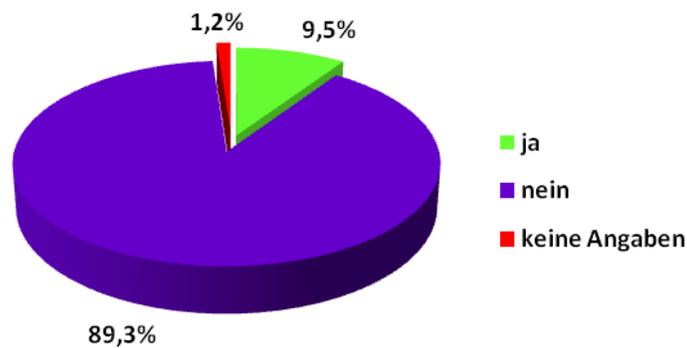


Abbildung 3: Klientinnen, die bereits die Schwangerschaftsberatung bereits in Anspruch genommen haben (n=419)

82,5 % der befragten Frauen, die bereits zu einem früheren Zeitpunkt die Schwangerschaftsberatung in Anspruch genommen hatten (n=40), gaben ihre Schwangerschaft als Grund für die Inanspruchnahme dieser Beratung an.

46% der Frauen waren verheiratet, 39% ledig, 7% getrenntlebend oder geschieden; 8% machten hierzu keine Angaben (vgl. Abbildung 4).

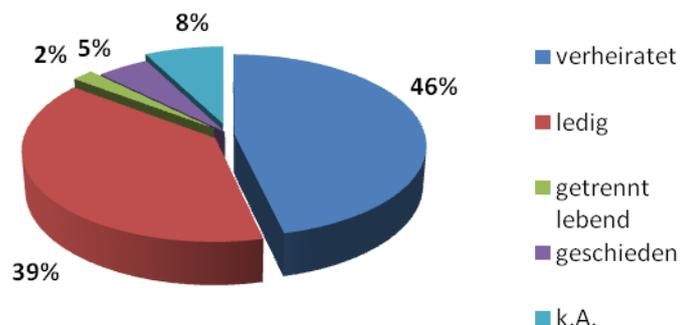


Abbildung 4: Familienstand (n=419)

Darüber hinaus wurde dokumentiert, ob die schwangeren Frauen in Begleitung oder allein die Beratungsstelle aufsuchten, und von wem sie begleitet wurden. Mehr als die Hälfte (57%) kam ohne Begleitung. Frauen, die begleitet wurde, kamen überwiegend zusammen mit ihrem Partner oder Ehemann (vgl. Abbildung 5 und 6).

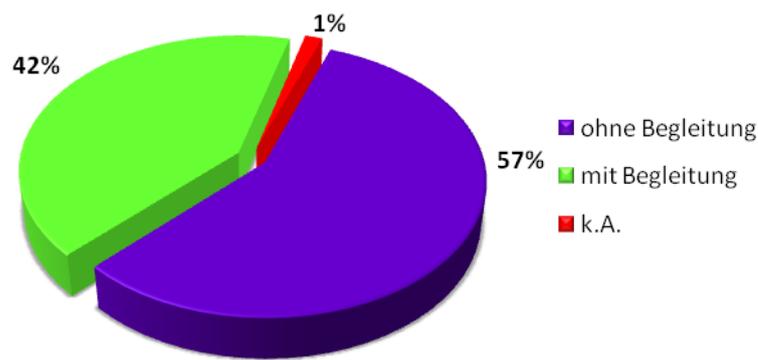


Abbildung 5: Beratung und Begleitung (n=419)

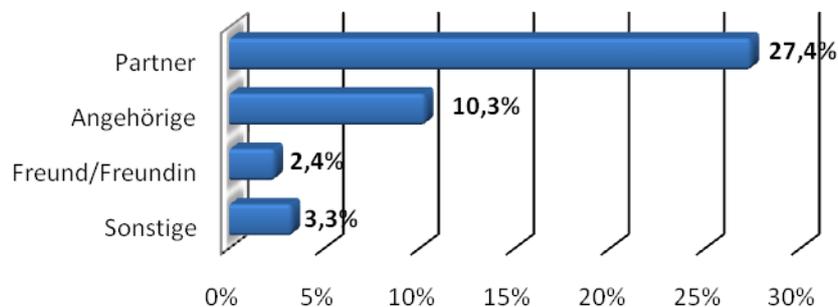


Abbildung 6: Begleitperson der Klientin (n=419)

Fast jede zweite Frau (48,2%) gab an, bereits mindestens ein Kind oder mehrere Kinder zu haben. 51,8% der Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Kinder. 197 Frauen gaben die Anzahl ihrer Kinder an und kamen durchschnittlich auf eine Anzahl von 1,7 Kindern, wobei diese von eins bis zehn Kinder streute.

Hinsichtlich der soziodemografischen Daten berichteten die Beraterinnen zudem, dass auch sehr viele Frauen mit Migrationshintergrund die Schwangerschaftsberatung in Anspruch genommen hätten; hier hätten teilweise die anwesenden Partner oder Ehemänner die Fragen übersetzt. Um den Fragebogen nicht zu umfassend und damit abschreckend zu gestalten, sondern auf die wesentlichsten Daten zu beschränken, wurde der Migrationshintergrund hier jedoch nicht systematisch erfasst.

Beratungszeit

Die durchschnittliche Beratungszeit betrug insgesamt 54 Minuten. Die Dauer der Gespräche zu Tabak und Alkohol lag durchschnittlich bei 13,5 Minuten. Die Verteilung der Gesprächsminuten zu den Substanzen ist in Abbildung 7 dargestellt.

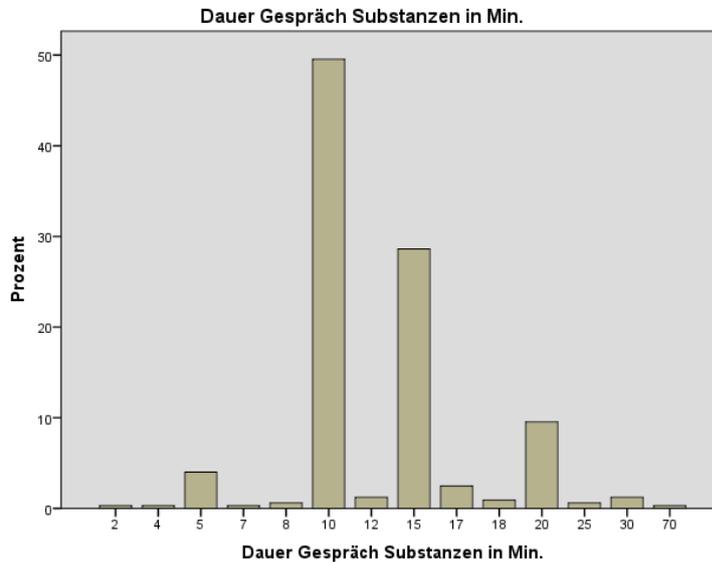


Abbildung 7: Verteilung der Dauer der Gespräche über Substanzen (n=325)

Konsum anderer psychoaktiver Substanzen

In der Dokumentation wurde auch der Konsum anderer (illegaler) Substanzen aufgenommen. Von vier Frauen ist der Konsum illegaler Drogen, wie Kokain und Heroin sowie der Gebrauch von Methadon bekannt (vgl. Abbildung 8).

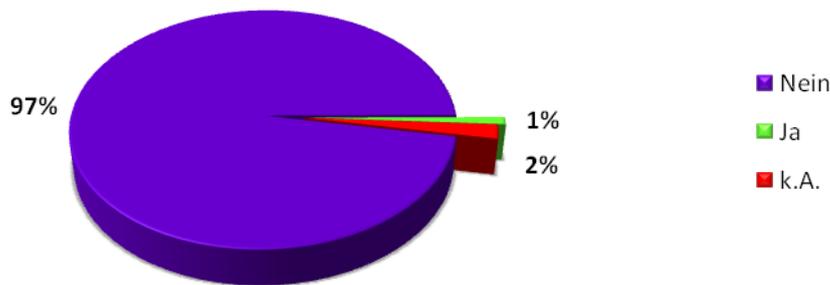


Abbildung 8: Konsum anderer psychoaktiver Substanzen (n=419)

Alle Frauen, von denen der Konsum illegaler Drogen bekannt wurde, hielten sich zum Zeitpunkt der Befragung in Justizvollzugsanstalt auf.

Screening zu Alkohol- und Tabakkonsum

Geht man zunächst von den festgelegten Screening-Cutoff-Werten eines riskanten Konsums aus (Tabak = 1; Alkohol = 2) ergibt sich folgendes Bild: Von den 419 gescreenteten Frauen rauchten 21,2% (89) Zigaretten; 2,9% (12) tranken zudem in riskantem Maße Alkohol (zunächst unabhängig vom Schwangerschaftszeitpunkt) (vgl. Abbildung 9).

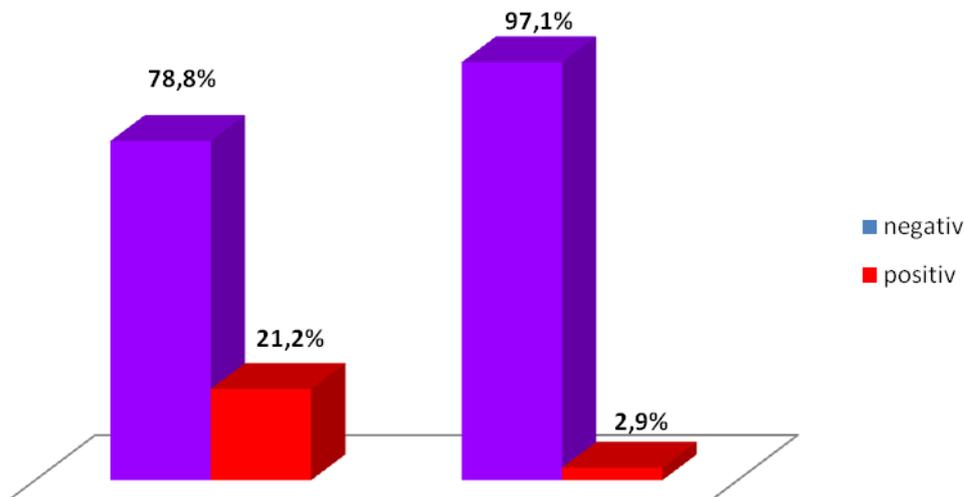


Abbildung 9: Ergebnisse Alkohol- und Tabakscreening Gesamtstichprobe (n=419)

Die Stichprobe und das Screeninginstrument ermöglichen nun eine differenzierte Betrachtung des Alkoholkonsums der befragten Frauen, je nachdem ob sie während oder aber vor der aktuellen Schwangerschaft riskant Alkohol tranken. Denn hier ist zu berücksichtigen, dass einige Frauen, die die Schwangerschaftsberatung des SkF e.V. Köln besuchten, bereits entbunden hatten und einige wiederum mit Feststellung ihrer Schwangerschaft ihren Alkoholkonsum einstellten. Geht man von den Screeningergebnissen aus, so haben fünf Frauen während der Schwangerschaft riskant Alkohol konsumiert und sieben Frauen vor der Schwangerschaft bzw. vor Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft riskant Alkohol konsumiert.

Von den 419 Fällen wurden 21 Frauen, die bereits entbunden hatten, und 11 Frauen, die keine Angaben zu ihrem Schwangerschaftsstatus gemacht hatten, im Rahmen der folgenden Analysen nicht berücksichtigt, um ein genaueres Bild des Substanzkonsums in der Schwangerschaft abzubilden. Diese Reduktion der Fälle ergab damit eine Stichprobengröße von n=387. Um jeden Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in dieser Stichprobe zu erfassen wurde die Sensitivität des Alkoholscreenings – durch eine Verringerung des Cut-Off-Wertes auf 1 Punkt (= in den vergangenen 2 Wochen an einem Tag Alkohol getrunken) – erhöht. Diese Sensitivitätserhöhung beim Alkoholkonsum rekuriert auf die Tatsache, dass sich selbst geringe Alkoholmengen schädigend auf das Kind auswirken können. Hinsichtlich ihres Tabak- und Alkoholkonsums zum Beratungszeitpunkt der schwangeren Frauen ergibt sich innerhalb dieser Stichprobe demnach folgendes Bild: Es rauchen in dieser Gruppe 18,9% (73) und konsumieren 2,3% (9) der schwangeren Frauen Alkohol (vgl. Abbildung 10).

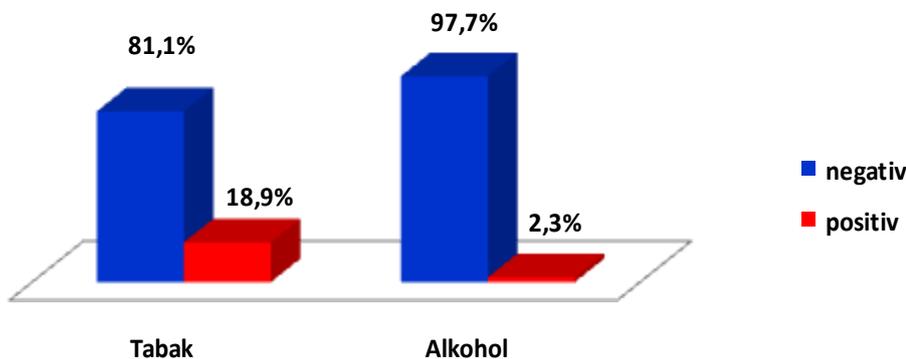


Abbildung 10: Ergebnisse Tabak- und Alkoholscreening der ausgewählten Stichprobe der schwangeren Frauen; Alkoholscreening mit erhöhter Sensitivität (n= 387)

Trotz einer Erhöhung der Screening-Sensitivität mit einem niedrigeren Cut-Off-Wert =1 bleibt also die Anzahl an Fällen, die beim Alkoholscreening positiv getestet wurden, gering. Auf die Diskussion und Modifikationsmöglichkeiten der Screening-Sensitivität wird in Kapitel 8 eingegangen.

In der weiteren Analyse der Daten dieser ausgewählten Stichprobe wurden drei Altersklassen gebildet und diese bezüglich ihres Tabak- und Alkoholkonsums miteinander verglichen (CHI²-Test). Die Auswertung ergab einen signifikant höheren Raucheranteil bei den jüngeren schwangeren Frauen (vgl. Tabelle 2). Bezüglich des Alkoholkonsums konnten aufgrund der geringen Fallzahlen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

		Tabak Screeningergebnis		Gesamt
		negativ	positiv	
Alterskategorien	17 bis 19 Jahre	Anzahl 17	9	26
		% innerhalb von Alterskategorien 65,4%	34,6%	100,0%
	20 bis 24 Jahre	Anzahl 74	23	97
		% innerhalb von Alterskategorien 76,3%	23,7%	100,0%
	25 bis 30 Jahre	Anzahl 112	17	129
	% innerhalb von Alterskategorien 86,8%	13,2%	100,0%	
	31 bis 44 Jahre	Anzahl 111	23	134
	% innerhalb von Alterskategorien 82,8%	17,2%	100,0%	
Gesamt	Anzahl 314	72	386	
	% innerhalb von Alterskategorien 81,3%	18,7%	100,0%	

Test Alterskategorie CHI² (3) = 8,74; p=.033

Tabelle 2: Raucherraten nach Alterskategorien

Darüber hinaus wurde der Einfluss der Schwangerschaftswoche auf das Rauchverhalten und den Alkoholkonsum der gescreenten Frauen untersucht (CHI²-Test). Auch hier ergaben sich bei den schwangeren Raucherinnen – wenn auch nur marginal signifikante – Unterschiede beim Tabakkonsum in Abhängigkeit der Schwangerschaftsdauer: So zeigt sich bei zunehmender Dauer der Schwangerschaft, dass der Tabakkonsum unter den schwangeren Frauen abnimmt (vgl. Tabelle 3). Beim Alkoholkonsum waren aufgrund der geringen Fallzahlen keine Aussagen über Unterschiede beim Alkoholkonsum möglich.

			Tabak Screeningergebnis		Gesamt
			negativ	positiv	
5 bis 18 Woche	Anzahl	95	30	125	
	% innerhalb von SchwSchWo	76,0%	24,0%	100,0%	
SchwSchWo 19 bis 31 Woche	Anzahl	165	36	201	
	% innerhalb von SchwSchWo	82,1%	17,9%	100,0%	
32 bis 39 Woche	Anzahl	53	6	59	
	% innerhalb von SchwSchWo	89,8%	10,2%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	313	72	385	
	% innerhalb von SchwSchWo	81,3%	18,7%	100,0%	

Test Schwangerschaftswoche CHI² (2) = 5,21; p=.074

Tabelle 3: Raucherraten nach Schwangerschaftswoche

Ausgabe der psychoedukativen Materialien

Insgesamt wurde an 53 interessierte Frauen die Broschüre ausgegeben; dies entspricht 12,6% der Gesamtzahl erfasster Frauen. 48 (11,4%) erhielten die Broschüre beim Erstkontakt und 5 (1,2%) erst zu einem späteren Zeitpunkt. Alle Frauen (n=91), die positiv gescreent wurden, wurden die psychoedukativen Materialien angeboten; dabei verweigerten explizit 42,9% (42) die Annahme der Broschüren.

Durchführung Motivierender Gesprächsführung / Kurzinterventionen

Bei 43 (10,3%) Frauen wurden von den Berater/innen motivierende Kurzinterventionen eingesetzt. Bezogen auf die positiv gescreenten Frauen (n=91) setzten die Berater/-innen bei 41,8 % (38) diese Methoden ein.

Interesse der Klientinnen an weiteren Beratungs- und Interventionsangeboten im Projekt

Ihr Interesse an einer Teilnahme an angebotenen Kursen (z.B. SKOLL) äußerten lediglich 16,5% (15) der hinsichtlich des Substanzkonsums positiv gescreenten Frauen (n=91). Dies entspricht auch der geringen Inanspruchnahme von suchtspezifischen Angeboten unter der Stichprobe.

4.2 Ergebnisse der Weiterbildungsévaluation

In diesem Kapitel werden die Evaluationsergebnisse der Weiterbildungsmaßnahmen dargestellt, die Rahmen des Projekts durchgeführt wurden.

Motivierende Kurzinterventionen

Die Schulungsevaluation zeigt sowohl mit Blick auf die Organisation der Schulung (88,2 % der Teilnehmer/innen beurteilen diese mit gut), die Referent/innen (88,2 % waren mit den Referent/innen voll und ganz zufrieden) als auch auf die Schulungsinhalte sehr gute Ergebnisse. So teilen die Teilnehmer/innen auf einer vierstufigen Ratingskala insgesamt und bezogen auf Einzelaspekte hohe Zufriedenheitsgrade mit. Sowohl bezogen auf die Schulung insgesamt, die Qualität der Theorievermittlung und die Vermittlung von Praxis war der Großteil der Teilnehmer/-innen voll und ganz zufrieden (vgl. auch Abbildung 11). Alle Teilnehmer/-innen gaben zudem an, die Inhalte der Schulung beruflich umfänglich (58,8 %) oder zumindest in Teilaspekten (41,2 %) nutzen zu können.

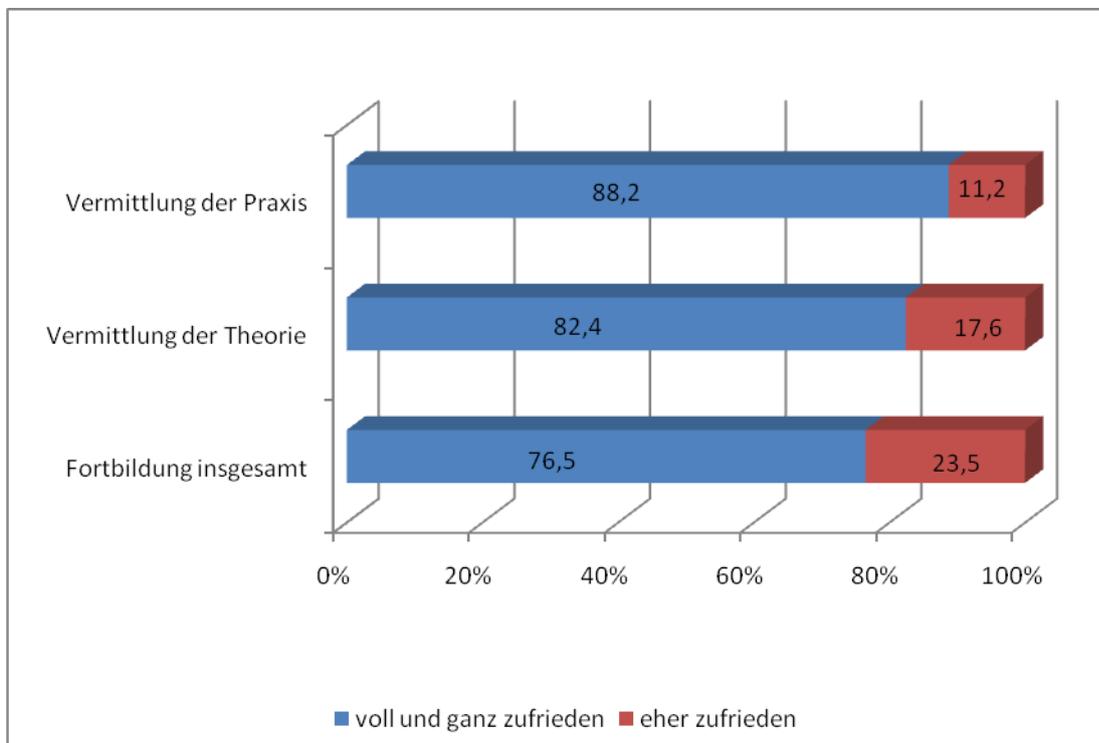


Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Fortbildung insgesamt sowie mit der Vermittlung von Theorie und Praxis (N= 17; Skala von 1= voll und ganz zufrieden, 2= eher zufrieden, 3= eher nicht zufrieden, 4= gar nicht zufrieden)

Weitere Rückmeldungen weisen drauf hin, dass die Schulung zur Motivierenden Kurzintervention von den Teilnehmer/-innen über die Zielsetzungen des Modellprojekts hinaus als hilfreich erlebt wurde. Die Themen Grundhaltung, Modell der Veränderung, Interventionsmöglichkeiten bei unterschiedlichen Veränderungsstadien, Umgang mit Widerstand und der Charakter von Kurzinterventionen waren dabei – über das Modellprojekt hinaus – auch für die „normale“ Beratungssituation in der Schwangerschaftsberatungsstelle von Interesse.

CRAFT-PT

Folgende Evaluationskriterien wurden bei der CRAFT-PT Weiterbildung berücksichtigt: Vorkenntnisse, Interesse, Methodik und Didaktik sowie das Weiterbildungskonzept (vgl. Abbildungen 12 bis 14).

Die Vorkenntnisse waren bei mehr als der Hälfte der Teilnehmern/-innen eher gering bis sehr gering. Dies ist vor dem Hintergrund verständlich, dass CRAFT im deutschen Sprachraum in der Arbeit mit Angehörigen von Suchtkranken noch weniger verbreitet ist. Demgegenüber war das Interesse an dem Programm groß.

Hinsichtlich der Methodik und Didaktik sowie der CRAFT-PT-Weiterbildung fallen die Bewertungen überwiegend positiv aus. Insbesondere wurde die Möglichkeit der aktiven Beteiligung durchweg positiv bewertet. Lediglich beim Nutzen für die eigene Tätigkeit und dem Praxisbezug wurde die Zufriedenheit geringer, jedoch immer noch im positiven Bereich bewertet - möglicherweise ist die geringere Zufriedenheit beim Praxisbezug darauf zurückzuführen, dass einige Teilnehmer/-innen noch nicht unmittelbar in die Arbeit mit Angehörigen eingebunden waren und die Frage nach der Erreichbarkeit auch von Partnern/Angehörigen schwangerer konsumierender Frauen im Projekt insgesamt sich schwierig gestaltet und

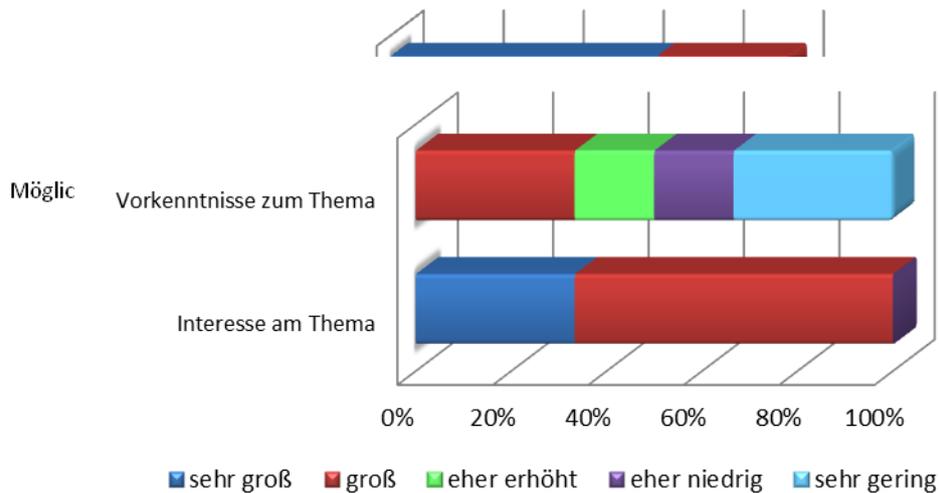


Abbildung 12: Interesse und Vorkenntnisse (n=6)

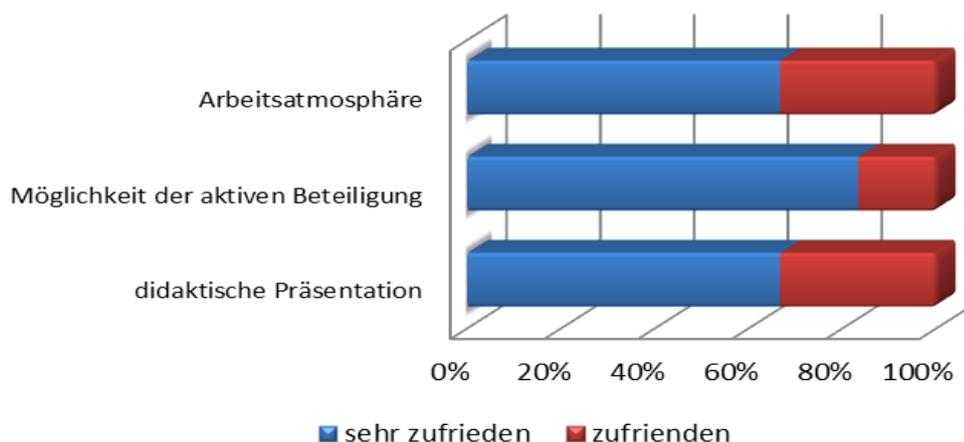


Abbildung 13: Bewertung Methodik und Didaktik (n=6)

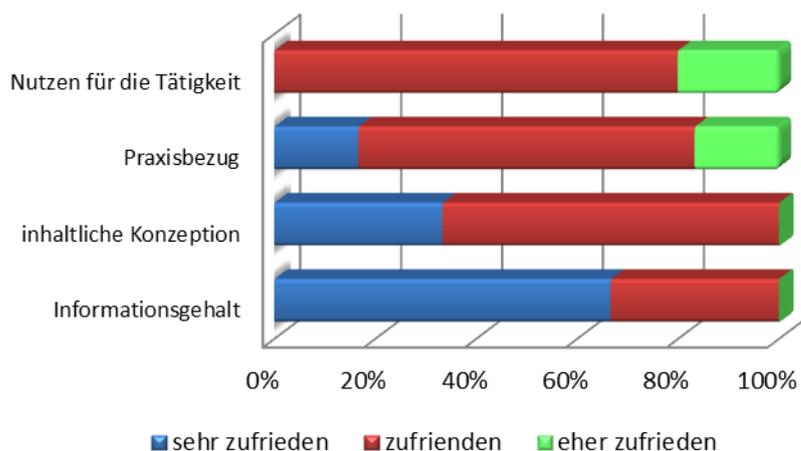


Abbildung 14: Bewertung Konzept (n=6)

Mehr-MUT!

Auch bei der Weiterbildung zu Mehr-MUT! wurden die Evaluationskriterien Vorkenntnisse, Interesse, Methodik und Didaktik sowie Weiterbildungs-konzept erhoben (vgl. Abbildungen 15 bis 17).

Hinsichtlich des Interesses und der Vorkenntnisse zeigte sich ein vergleichbares Antwortverhalten bei den Teilnehmerinnen des Mehr-MUT!-Kurses wie in den CRAFT-PT-Weiterbildung, wobei hier die Vorkenntnisse über die Methode etwas größer waren. Das Interesse an der Weiterbildung war überwiegend groß.

Bezüglich der Methodik und Didaktik fielen die Bewertungen erneut positiv aus, wobei hier insbesondere die positive Bewertung der Arbeitsatmosphäre hervorsteicht. Die inhaltliche Konzeption und insbesondere der Informationsgehalt der Weiterbildungsveranstaltung erhielten die besten Zufriedenheitswerte. Lediglich beim Praxisbezug gab es geringe Einschränkungen hinsichtlich der Zufriedenheit; dies ist aber ggf. auch begründet in den Schulungszeitpunkten vor Implementierung des ersten Kurses, so dass von den Teilnehmerinnen noch keine sofortige Anwendung im Praxisalltag hergestellt werden konnte.

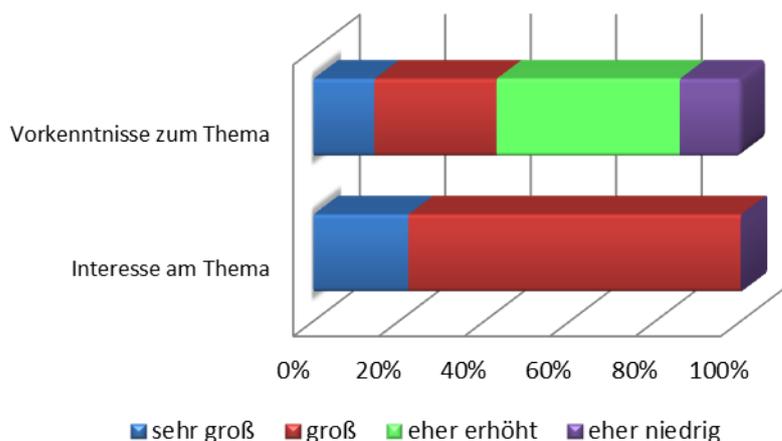


Abbildung 15: Interesse und Vorkenntnisse (n=7)

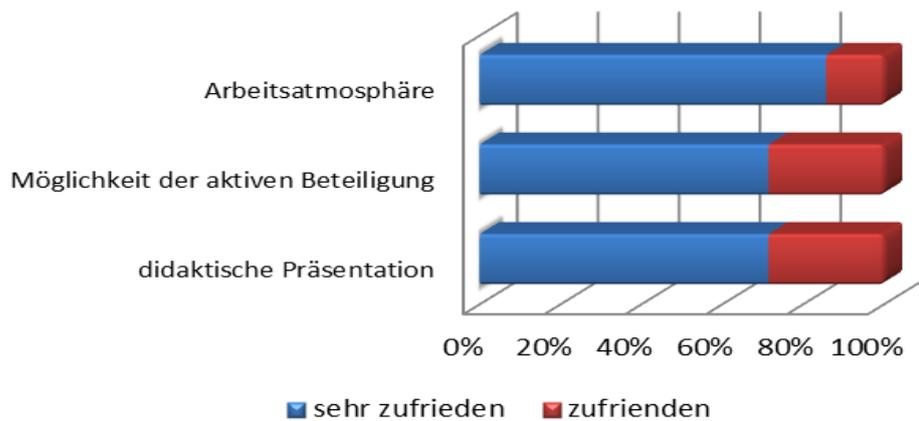


Abbildung 16: Methodik und Didaktik (n=7)

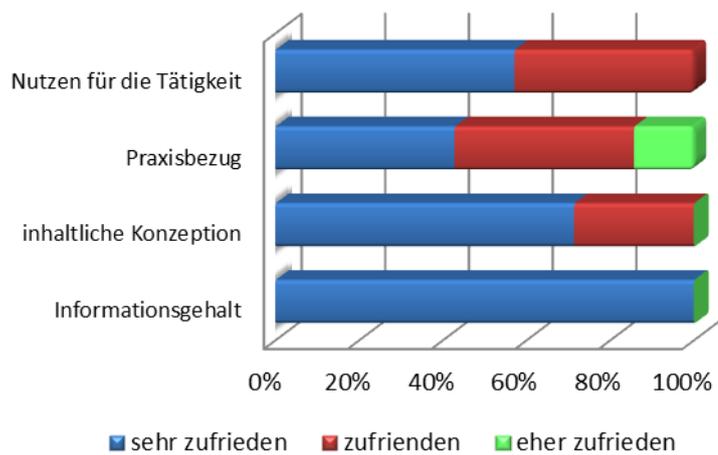


Abbildung 17: Bewertung Konzept (n=7)

5 Diskussion der Ergebnisse

Zusammenfassend wirken sich das entwickelte und implementierte Substanzscreening und die Beratung zum Substanzkonsum nachhaltig auf das Beratungssetting aus. Die Organisation und Durchführung des Screenings veränderten die zeitliche Organisation der Beratungsgespräche, ausgenommen im Setting der Justizvollzugsanstalt. So nahm der Teil des Beratungsgesprächs, der auf den Substanzkonsum fokussiert war, durchschnittlich 13,5 Minuten in Anspruch.

Anhand der Screeningergebnisse aus den Schwangerschaftsberatungsstellen des SkF e.V. scheinen Frauen mit einem aktuellen Alkoholkonsum (erfasst über die letzten 2 Wochen) sowie einem generell auffälligen Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit selten dort Beratung in Anspruch zu nehmen. Betrachtet man die Gesamtstichprobe, so sind es lediglich 2,9% der Frauen, die bezüglich Alkohol positiv gescreent wurden. Eine differenzierte Betrachtung der Gruppe positiv gescreenter Frauen ergibt letztlich eine Anzahl von fünf Frauen, die in der Schwangerschaft riskant Alkohol konsumieren. Die sieben Frauen, die mit Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft ihren riskanten Alkoholkonsum eingestellt haben, fallen verständlicherweise aus dieser Gruppe wieder heraus. Betrachtet man die Gruppe der schwangeren Frauen zum Zeitpunkt der Befragung, führt eine Erhöhung der Sensitivität des Screeningverfahrens nur bedingt zu einer höheren Anzahl positiver Fälle. Die geringe Anzahl an positiv gescreenten schwangeren Frauen ist auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen. Sicherlich bedarf es auch einer kritischen Betrachtung des hier eingesetzten Screeningverfahrens, bei dem zukünftig der Konsum in der gesamten Schwangerschaft erfasst werden sollte, aber bereits Siedentopf et al. (2004) stellten in einer anonymisierten Studie fest, dass Frauen, die nachweislich Alkohol getrunken hatten, diesen jedoch in der Befragung verschwiegen (Siedentopf et al. 2004).

Bergmann und Kollegen (2007) ermittelten bei der Analyse der KIGGS-Daten einen Anteil alkoholkonsumierender Frauen in der Schwangerschaft für den großstädtischen Raum von 13,7%. Diese erhebliche Abweichung ist auch der Tatsache geschuldet, dass die Erhebung des Alkoholkonsums in der Schwangerschaft in einem anderen Kontext und mit völlig anderen Erhebungsinstrumentarien erfolgte. Das Screening in der Kölner Studie wurde in direktem Kontakt mit dem Berater bzw. der Beraterin durchgeführt, sodass sich die Klientinnen unmittelbar zu ihrem Konsum äußerten. Die Berater/-innen berichteten von sehr unterschiedlichen Erfahrungen hinsichtlich des Screenings und vermuteten, dass einige Frauen ihren Alkoholkonsum verschweigen, da sie sich z.B. dafür schämen oder sogar negative Konsequenzen befürchten.

Ein anderer Aspekt, der hierbei berücksichtigt werden muss, ist der teilweise hohe Anteil an Migrantinnen in einigen Beratungsstellen. Für einige erübrigt sich die Frage nach dem Alkoholkonsum, da dieser ihnen aus religiösen Gründen nicht erlaubt ist. Darüber hinaus können sich Verständnisprobleme aufgrund von mangelnden Sprachkenntnissen ergeben, die die Beantwortung der Fragen durch die Übersetzung nachhaltig beeinflussen.

Betrachtet man die Raucherquote der Gesamtstichprobe, scheinen Schwangere und Frauen in der Stillzeit weniger Probleme zu haben, den Tabakkonsum offen zu benennen. So gaben 21,2% der Frauen an zu rauchen. Immerhin waren dies noch 18,9% der Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung schwanger waren. Dies zeigt, dass die Schuld- und Schamgefühle bei Schwangeren hinsichtlich ihres Tabakkonsums geringer zu sein scheinen und dieser eher zugegeben wird als beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft, der eine deutlich geringere gesellschaftliche Toleranz erfährt. Möglicherweise spielt hierbei auch die Tatsache eine Rolle, dass sich der Nikotinkonsum schwieriger verheimlichen lässt durch die Wahrnehmung z.B. des Kleidungsgeruchs durch die Berater/-innen. Dass Schwangere ihr Rauchverhalten kritisch betrachten, erschließt sich aus einigen Äußerungen, die die Frauen gegenüber den Beratern/innen geäußert haben: So machten sie sich durchaus Sorgen, dass ihr

Tabakkonsum sich schädigend auf ihr ungeborenes Kind auswirken könnte. Dies ist möglicherweise auch ein Grund dafür, dass mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft der Raucheranteil abnimmt. Dies wird auch durch Rauchstoppversuche oder durch Versuche, die Anzahl der Zigaretten zu reduzieren untermauert. Ein weiterer protektiver Faktor ist – bezogen auf die vorliegende Stichprobe – das Alter. So ist die Raucherquote bei den jüngeren am höchsten und nimmt zunehmendem Alter deutlich ab. Dies deutet darauf hin, dass jüngere Schwangere unkritischer im Umgang mit ihrem Tabakkonsum sind und weniger Besorgnis haben ihr Kind zu schädigen. Eine Frage, die in diesem Zusammenhang auch aufgeworfen wird, richtet sich auf die Einstellung zu ihrer Schwangerschaft. Diese könnte sicherlich unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebenssituation einen Einfluss auf gesundheitsbewusstes Verhalten haben.

Hilfeangebote im Rahmen der Suchthilfe wurden von den betroffenen Frauen kaum angenommen, auch nicht im Rahmen der SKOLL-Kurs. Lediglich im Setting der JVA nahmen vier Frauen an einer adaptierten Version des SKOLL-Kurses teil. Die geringe Teilnahme an suchtspezifischen Kursen korrespondiert eng mit der ebenfalls schwierigen Vermittlung von Klientinnen mit einem auffälligen Alkoholkonsum in die Suchtberatung: Lediglich für zwei Klientinnen konnte eine Überleitung in die Suchthilfe eingeleitet werden, die jedoch trotz intensiver fachlicher Begleitung (siehe SkF e.V.-Bericht) nicht erfolgreich verlief.

Insgesamt zeigt sich, dass das Thema „Substanzenkonsum“, unterfüttert durch die zuvor erfolgte Weiterbildung in Motivierender Gesprächsführung und den Screeningbogen in der Schwangerschaft ebenso wie im Arbeitsgebiet der „Frühen Hilfen“ an- und besprechbar und bearbeitbar ist. Angesichts der häufig problembelasteten Lebenssituationen von Frauen und Paaren, die eine Schwangerschaftsberatungsstelle aufsuchen, bedarf es aber niedrigschwelliger Zugangs- und Vermittlungswege in individuell gestaltete weiterführende Hilfen. Dabei hat sich herausgestellt, dass es, vor allem für den hochbelasteten Kreis von Schwangeren und jungen Eltern notwendig ist, integrierte Angebote zu konzipieren.

6 Gender Mainstreaming/Diversity

Bereits in der Projektkonzeption wurde darauf abgestellt, dass die Schwangerenberatungsstellen von Frauen und Männern mit sehr unterschiedlichem sozialen, kulturellem und sozialem Hintergrund aufgesucht werden. Sie alle verbinden individuelle, meist soziale oder emotionale Problemlagen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft oder im Zusammenleben in den ersten Lebensjahren mit dem Kind.

Heute wenden sich an die früher eher geschlechtsspezifisch ausgerichteten Schwangerenberatungsstellen nicht mehr nur die werdenden Mütter, sondern auch deren Partner. In der Beratungspraxis werden die Notlagen aber auch die Ressourcen der Schwangeren und jungen Müttern bzw. Eltern immer in ihrem Verhältnis zum Partner und dem persönlichen wie familiären Umfeld gesehen.

Zur Praxis der Schwangerenberatungsstelle gehört es, bereits bei der ersten Terminvergabe offensiv das Angebot an beide werdenden Elternteile zu machen, gemeinsam an der Beratung teilzunehmen. Ergänzt wird dieses Angebot durch das der Väter- und der Paarberatung, die werdende Väter und Eltern bei Konflikten oder Problemen in Anspruch nehmen können.

Die Frage nach der Wahrnehmung von Elternschaft und Partnerschaft durchzieht heute, analog zur rechtlichen Besserstellung auch von nichtehelichen Vätern, die Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen, der Einrichtungen der „Frühen Hilfen“, der Familienbildungsstätten sowie die der Familienzentren und der Beratungsstellen zur Kindertagespflege. Im Ergebnis wurde im Rahmen des Erstgesprächs nicht nur der eigene Konsum thematisiert,

sondern auch der Konsum des Partners. Dabei wurden nicht nur der Konsum von Alkohol, Tabak und anderen Substanzen, sondern auch übermäßiger Internetkonsum, Spielsucht als problematisch bezeichnet. Viele Schwangere und junge Mütter empfinden einen übermäßig konsumierenden Partner in ihrer gegenwärtigen Lebenssituation als so belastend, dass sie ihn als Begründung für den eigenen Konsum anführen.

Doch das Konzept und die Umsetzung des Projektes verfolgen nicht nur einen geschlechtergerechten Ansatz, bei dem die werdende Mutter, der werdende Vater, möglicherweise der soziale Vater und das Umfeld in den jeweils eigenen Rollen einbezogen werden, sondern auch einen interkulturellen Ansatz. Die Schwangerenberatungsstelle *esperanza* wird durchschnittlich von ca. 50% Frauen und Männern mit Migrationshintergrund aufgesucht. 33% aller in Köln lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund, in einigen Stadtteilen haben mehr als 50% der neugeborenen Kinder einen Migrationshintergrund – damit entspricht die Zahl der Ratsuchenden in etwa der demographischen Verteilung. Die leicht erhöhte Quote gegenüber dem Anteil an der Gesamtbevölkerung lässt sich darauf zurückführen, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund ohne besondere Qualifizierungen prekär beschäftigt sind, in belasteten Wohnsituationen leben oder sich aufgrund sprachlicher Probleme von komplexen Behörden- und Antragsformalitäten überfordert fühlen. Daher ist die Beratungspraxis darauf ausgerichtet, kulturelle, religiöse aber auch traditionsbedingte Haltungen akzeptierend aufzunehmen und zu behandeln. Im Rahmen von Qualitätssicherungs- und Qualitätsentwicklungsstrategien wurden in den vergangenen Jahren z.B. beim SkF e.V. Konzepte zur interkulturellen Öffnung und Weiterentwicklung der Einrichtungen und Dienste implementiert und durch Fortbildungen und Schulungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die tägliche Arbeit umsetzbar gemacht. Interkulturelle Kompetenz und die Bereitschaft zur Interkulturellen Öffnung gehören heute zu den basalen Anforderungen, die an Einrichtungen und Dienste und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stellen sind, wollen diese angemessen auf die Menschen reagieren, die hier um Hilfe und Unterstützung nachsuchen.

7 Gesamtbeurteilung

Nach der Entwicklung des Screenings, der Grundlagen für die Dokumentation der Screeningsergebnisse, vor allem aber nach der Schulung in Motivierenden Kurzinterventionen ließ sich das Screening zum Konsumverhalten von Schwangeren und Stillenden im Rahmen der Schwangerenberatung aber auch in stationären Einrichtungen, in denen vor allem hochbelastete Frauen untergebracht sind, gut implementieren.

Die Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen erlebten einen erheblichen Kompetenzgewinn und erhielten ein neues Instrumentarium, mit dem sich zuvor nicht „Besprechbares“ in den Beratungs- und Begleitungskontext implementieren lassen konnte. Deshalb werden diese Instrumentarien in der Schwangerschaftsberatung, aber auch in Mutter-Kind-Angeboten und in der psychosozialen Begleitung von Schwangeren und Müttern in der JVA Köln weitergeführt und gegebenenfalls angepasst.

Berücksichtigt werden sollte auch der Einwand der Berater/-innen der Schwangerenberatungsstelle, dass es sinnvoll ist, durch Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung schon Jugendliche und junge Erwachsene auf die Gefahren des Konsums von Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft gezielt aufzuklären. Hier bietet sich ein erweiterter Arbeitsansatz, der in Präventionsangebote der Suchthilfe, aber auch in die sexualpädagogische Arbeit der Schwangerenberatungsstellen in Schulen und/oder Jugendeinrichtungen Eingang finden und innerhalb dieser Angebote systematisch aufbereitet werden kann.

Als problematisch hat sich – wie ausgeführt – die Vermittlung der positiv gescreenten Schwangeren in die Einrichtungen der Suchthilfe erwiesen. Angesichts der häufig sehr belasteten Lebenslagen der betroffenen jungen und erwachsenen Frauen empfinden sie es als zusätzlich, kaum mehr zu bewältigende Belastungen „noch einen zusätzlichen Termin“ oder „noch eine Schulung“ wahrzunehmen. Vielfach scheidet die Vermittlung aber auch an der Scham, noch einmal, in einer weiteren Beratungsstelle, die bestehenden Problemlagen zu schildern. Andere gestehen sich zu, dass es besser wäre, auf den Substanzkonsum zu verzichten, schämen sich aber, eingestehen zu müssen, dass es ihnen (noch) nicht gelingt. Zudem verstehen sie sich nicht als süchtig. Ihr Bild von Sucht ist meist geprägt durch den Konsum illegaler Substanzen – ihr eigener Substanzkonsum steht dazu in keinem Zusammenhang, zumal er, zumindest was den maßvollen Umgang mit Alkohol, gesellschaftlich immer noch akzeptiert wird.

Zudem ist zu beobachten, dass viele Schwangere und Stillende vor allem auf ihren Tabakkonsum nicht mehr angesprochen werden wollen, weil sie als Raucherinnen und vor allem als offensichtlich schwangere Raucherin häufig bereits von völlig Fremden auf der Straße belehrt werden und sich damit diskreditiert und diskriminiert fühlen. Viele Schwangere entwickeln nach einer oder mehreren vergleichbaren Erfahrungen Widerstände gegen Interventionen, die helfen sollen, ihren Konsum zu reduzieren.

Die Durchführung der Modellprojektphase in Köln war und ist dennoch erfolgreich, weil gemeinsam von den Kooperationspartnern mit dem Screening, den MKI-Fortbildungen, den angepassten SKOLL- und Mehr-MUT!-Kursen Instrumente und Methoden entwickelt wurden, die weitergeführt und über die verschiedenen Kooperationen im Arbeitsfeld „Frühe Hilfen“ verbreitet und nutzbar gemacht werden können.

Gleichzeitig hat das Modellprojekt gezeigt, dass es notwendig ist, kurze Beratungswege zu implementieren und damit die Vermittlungsverluste durch Verweisung in andere Beratungsstellen zu minimieren. Daher bietet es sich an, die Kompetenzen der Suchtberatung in die Schwangerschaftsberatung bzw. der Frühen Hilfen einzubinden und mit einer solchen „In-house“-Lösung deren Angebotsportfolio zu erweitern.

Außerdem scheint es notwendig, Kursangebote wie SKOLL an die Zielgruppe der Schwangeren und Stillenden anzupassen, ggf. auch im Setting der Frühen Hilfen. Sie bilden über die sie verbindende Thematik „Schwangerschaft“ eine Peergroup, die homogener ist als eine Gruppe, die sich über die Problematik des Substanzkonsums definiert und ansonsten sehr unterschiedlich ist. Bewährt hat sich das Mehr-MUT!-Konzept bereits jetzt in stationären Angeboten wie Mutter-Kind-Einrichtungen“. Daher erscheint es sinnvoll, diese Kurse, gegebenenfalls in modifizierter Form, auch für Familienzentren und Familienbildungsstätten nutzbar zu machen und somit eine Verbreiterung zu erreichen.

8 Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Das Projekt selbst sowie erste Ergebnisse wurden während der Modellprojektphase durch ein Pressegespräch, Veröffentlichungen und Fachtage bekannt gemacht. Darüber hinaus wurden Kooperationspartner in stadtweiten, diözesanen, landes- und bundesweit organisierten Arbeitskreisen über das Projekt und den weiteren Fortschritt informiert. In einzelnen Arbeitsbereichen findet dazu ein beständiger Austausch statt.

Nach dem Abschluss der ersten Modellprojektphase werden die wichtigsten Ergebnisse im Jahresbericht des SkF e.V. Köln und in einem Beitrag für das Korrespondenzblatt der SkF-Bundeszentrale ebenfalls publiziert.

Angesichts der im Bundeskinderschutzgesetz vorgesehenen lokalen Netzwerke „Frühe Hilfen“ bieten sich weitere Möglichkeiten der Verbreitung des Wissens über die in Köln erprobten Instrumente und der im Verlauf gesammelten Ergebnisse. Ein Ziel des Bundeskinderschutzgesetzes besteht darin, das Gesundheitswesen und die Angebote der „Frühen Hilfen“ auf lokaler Ebene enger zu vernetzen. In Köln geschieht dies über das vom Gesundheitsamt und dem Jugendamt gemeinsam getragenen Netzwerkprozess, in den alle relevanten Akteure eingebunden sind.

Angesichts der offensichtlich bestehenden Schwierigkeiten, z.B. Gynäkologinnen und Gynäkologen in bestehende Projekte Freier Träger einzubinden und hier tragfähige Kooperationen zu entwickeln, bieten die nun beginnenden bzw. bereits initiierten Vernetzungsbemühungen vor dem Hintergrund des Umsetzungs des Bundeskinderschutzgesetzes eine neue Chance zur Verbesserung der gemeinsamen Arbeit im Sinne der Wahrung des Kindeswohls.

9 Verwertung der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse, vor allem aber die vorhandenen Instrumentarien vom Screening bis zu den Mehr-MUT!-Kursen werden in der Schwangerschaftsberatungsstelle *esperanza*, in der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Adelheid“ sowie in allen Angeboten der „Frühen Hilfen“ des SkF e.V. weiter genutzt. Zudem wird der SkF e.V. als Akteur in der Konzeption neuer und Weiterentwicklung bestehender Angebote für Schwangere, Kinder und Familie, die Projektergebnisse einbringen.

Auch die durch das Modellprojekt aufgebauten und verstetigten Kooperationsstrukturen mit der Suchthilfe bieten Chancen, Schwangere und/oder deren Partnern auf kurzem Wege notwendige Hilfen zukommen zu lassen. Diese inzwischen eingeübte Kooperation wird weiter genutzt und, wo nötig, angepasst und modifiziert.

Dazu bieten sich verschiedene Optionen, wie der Austausch über das auf Bundesebene bestehende Beratungsangebote zum Aufbau und zur inhaltlichen Ausrichtung von „Frühen Hilfen“ des SkF e.V. ebenso an wie die Verbreitung von Informationsmaterial über die Kinder-Willkommensbesuche und die Dissemination der Ergebnisse über das Kölner „Netzwerk Frühe Hilfen“, über den Arbeitskreis der Schwangerenberatungsstellen und vieles andere mehr.

10 Publikationsverzeichnis

Hoff, T., Farke, W., Rossenbach, A. & Münzel, B. (2011). Neuer Präventionsansatz zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. *Suchttherapie*, 12, 115-118.

Literaturverzeichnis

- Bergmann, K.E., Bergmann, R.L., Ellert, U., Dudenhausen, J.W. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 50 (5-6), 670-676.
- Bogner, A. & Menz W. (2002). Das theoriegeleitete Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung, S. 33-70. Opladen.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2009). Alkoholfrei durch die Schwangerschaft. Beratungsleitfaden für die Schwangerenvorsorge. Köln.
- Cannon, M.J., Dominique, Y., O'Leary, L.A., Sniezek, J.E. & Floyd, R.L. (2012). Neurotoxicology and Teratology, 34, 90-95.
- Daniel, R., Novak, A. & Radler, D. (2010). Schwangerschaft und Alkohol. Konsequenzen einer in-utero-Alkoholexposition für das Kind. Sucht, 56 (3-4), 153-165.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2010). Sind Sie schwanger? Informationsbroschüre für Schwangere zum Thema Alkohol. Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit. URL:
[http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1191726/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Droge nbeauftragte/2009/09-05-04_20Drogen-20und_20Suchtbericht_202009.html?__nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1191726/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Droge%20beauftragte/2009/09-05-04_20Drogen-20und_20Suchtbericht_202009.html?__nnn=true)
- Dufour, M.C., Williams, G.D., Campbell, K.E. & Aitken, S.S. (1994). Knowledge of FAS and the risks of heavy drinking during pregnancy, 1985 and 1990. Alcohol Health and Research World 18, 1, 86-92.
- Fagerström, K.O. & Schneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. J Behav Med, 12, 159-181.
- John, U. (1998). Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In K. Mann & G. Buchkremer (Hrsg.). Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie, S. 135-145. Ulm.
- Klein, M. (2006). Kinder drogenabhängiger Mütter. Regensburg.
- Löser, H. (1991). Alkoholeffekte und Schwachformen der Alkoholembryopathie. Deutsches Ärzteblatt, 88, 1921-1929.
- Mackay, J., Eriksen, M. & Shafey, O. (2006). The tobacco atlas. American Cancer Society.
- May, Ph.A., Gossage, J.P., White-Country, M., Goodhart, K., Decoteau, S., Trujillo, Ph.M., Kalberg, W.O., Viljoen, D.L. & Hoyme, H.E. (2004). Alcohol Consumption and Other Maternal Risk Factors for Fetal Alcohol Syndrome among Three District Samples of Women before, during, and after Pregnancy: The Risk Is Relativ. American Journal of Medical Genetics Part C (Semin.Med.Genet.), 127C, 10-20.
- Mayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1979). The Cage questionnaire: Validation of a new alcoholism screening. American Journal of Psychiatry, 131, 1121-1123.
- Meuser M. & Nagel, U. (2002). Experteninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: A. Bogner, B. Littig & W. Menz (Hrsg.). Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung, S. 71-94. Opladen.

- Miller, L.A., Shaikh, T., Stanton, C., Montgomery, A., Rickard, R., Keefer, Sh. & Hoffmann, R. (1995). Surveillances for Fetal Alcohol Syndrome in Colorado. Public Health Reports, Volume 110, 690-697.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006): Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy. RCOG Statement No. 5, March 2006.
- Siedentopf, J.P, Nagel, M., Büscher, U. & Dudenhausen, J.W. (2004). Alkoholkonsumierende Schwangere in der Schwangerenberatung. Deutsches Ärzteblatt, 101, 39, 2623-6.
- Siedentopf, J.P. & Nagel, M. (2006). Underreporting des Alkoholkonsums in der Schwangerenberatung. In R.L. Bergmann, H.L. Spohr, & J.W. Dudenhausen (Hrsg.): Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen, S. 33-37. München.
- Spohr, H.L. & Steinhausen, H.C. (2008). Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen: Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. Deutsches Ärzteblatt, 11, 529-534.