

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Sachbericht zur 2. Förderphase „Verbreitung bewährter Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“

Kölner Interventionsmodell zur Prävention des Alkohol- und/oder Tabakkonsums in Schwangerschaft und Stillzeit

**Kooperationsprojekt des Sozialdienst katholischer Frauen Köln e.V. und des
Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung der KathHO NRW**

T. Hoff, B. Laux, B. Münzel, A. Rossenbach, H. Vinke (2014)



1 Titel und Verantwortliche

Förderlinie: Verbreitung bewährter Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit

Projekttitel: Kölner Interventionsmodell zur Prävention des Alkohol- und/oder Tabakkonsums in Schwangerschaft und Stillzeit

Förderkennzeichen: IIA5-2512DSM216

Förderzeitraum: 01.07.2012 – 30.06.2014

Fördersumme: 128.084€

Leitung: Das Projekt wurde als Kooperationsvorhaben bewilligt; beteiligt waren:

Sozialdienst katholischer Frauen e.V. Köln,
Mauritiussteinweg 77-79, 50676 Köln

vertreten durch seine Geschäftsführerin, Dipl.-Soz.päd. Monika Kleine

Tel. 0221-126950, Fax: 0221-1269555, Email: sekretariatgf@skf-koeln.de

und

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW (www.disup.de)

Wörthstr. 10, 50668 Köln

Projektleitung: Prof. Dr. Dipl.-Psych. Tanja Hoff

Tel. 0221-7757-137, Email: t.hoff@katho-nrw.de

Projektmitarbeiter/-innen:

- 1) Beate Laux, SkF e.V. Köln
- 2) Brigitte Münzel, SkF e.V. Köln
- 3) Anne Rossenbach, SkF e.V. Köln
- 4) Marina Kollmann, DISuP der KathHO NRW (bis 30.06.13)
- 5) Melanie Pastusiak, DISuP der KathHO NRW (15.07.2013 bis 31.12.13)
- 6) Holger Vinke, DISuP der KathHO NRW (ab 01.07.13)
- 7) Kathrin Vespermann, DISuP der KathHO NRW (ab 01.01.14)

Des Weiteren wurde in der Startphase des Projektes Frau Anna Buning eingesetzt (DISuP der KathHO NRW)

Inhaltsverzeichnis

1	TITEL UND VERANTWORTLICHE	1
2	ZUSAMMENFASSUNG	4
3	EINLEITUNG	8
3.1	Ausgangslage und Projektziele	8
3.2	Projektstruktur	10
3.3	Einrichtung einer Steuerungsgruppe	13
4	ERHEBUNGS- UND AUSWERTUNGSMETHODIK	15
4.1	Screening und Dokumentation in der Schwangerschaftsberatung	15
4.2	Evaluation des „Mehr MUT!“-Erziehungskompetenztrainings	17
4.3	Evaluation: Beurteilung der Implementierbarkeit	17
4.4	Datenauswertung	18
5	DURCHFÜHRUNG, ARBEITS- UND ZEITPLAN	19
5.1	Vorbereitende Aktivitäten zum Netzwerkaufbau	19
5.2	Weiterentwicklung der eingesetzten Screeninginstrumente und Dokumentationsbögen	19
5.3	Verbreitung und Implementierung des Kölner Interventionsmodells bei bundesweiten Kooperationspartnern: Netzwerkarbeit und Projektschulungen	20
5.4	Adaption des „Selbstkontrolltraining für verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtverhalten und anderen Suchtphänomenen (SKOLL)“ für das Kölner Kurzinterventionsmodell für Schwangere	26
5.5	Weiterentwicklung des Erziehungskompetenztrainings „Mehr-Mut!“	27
5.6	Bekanntmachung des Projekts über zielgruppenspezifische Online-Medien / Schaffung neuer Zugangswege	28
6	ERGEBNISSE	29
6.1	Ergebnisse des Screening des Alkohol- und/oder Tabakkonsums bei Schwangeren und der Interventionsdokumentation	29
6.2	Ergebnisse zu den Mehr MUT!- Kursen	44
6.3	Projektelevaluation aus Sicht der Kooperationspartner	45
6.4	Erfahrungen zu onlinegestützten Zugangswegen	46
7	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	48
8	GENDER MAINSTREAMING/DIVERSITY	50
9	GESAMTBEURTEILUNG	51

10	VERBREITUNG DER PROJEKTERGEBNISSE UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT	53
11	VERWERTUNG DER PROJEKTERGEBNISSE	55
12	PUBLIKATIONSVERZEICHNIS	56
13	LITERATURVERZEICHNIS	57

Anhang:

A1	Klientinnen-Dokumentation: Schwangerschaftsberatung
A2	Klientinnen-Dokumentation: Suchthilfe
A3	Kurzinformation und Datenschutzaufklärung für Klientinnen
A4	Persönlicher Code
A5	„Mehr-MUT!“-Stundenevaluationsbogen
A6	Evaluationsbogen zu Weiterbildungen in „Mehr MUT!“
A7	Evaluationsbogen zu Interventionsbausteinen aus Sicht der Kooperationspartner

2 Zusammenfassung

Bereits nach dem Projektabschluss in der **ersten Förderphase 2011-2012** des Bundesministeriums für Gesundheit wurde das Kooperationsprojekt des Sozialdienstes Katholischer Männer e.V. Köln (SKM e.V. Köln), des Sozialdienstes katholischer Frauen e.V. Köln (SkF e.V. Köln) sowie des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP) der Katholischen Hochschule NRW vor allem hinsichtlich des entwickelten Instrumentariums positiv bewertet (vgl. auch Abschlussbericht zur 1. Förderphase: http://drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/DrogenundSucht/Alkohol/Downloads/Abschlussbericht_Sozialdienst_Kath._Maenner_e.V..pdf)

Mit dem für den Kontext der Schwangerenberatung entwickelten Screeningbogen zeigten sich die Schwangeren bereit, über ihren Substanzkonsum in der Schwangerschaft Auskunft zu geben. Im Beratungssetting wurde der Konsum zudem mittels motivierender Kurzinterventionen für die Beraterinnen besprechbar. So konnten die Schwangeren für eine Reflexion ihrer Verhaltensmuster, für Aufklärung und die Auseinandersetzung mit psychoedukativen Materialien erreicht werden.

In der Beratung wurde deutlich, dass bei dem überwiegenden Teil der Schwangeren mit bedenklichem Konsum der Wunsch nach Veränderung vorhanden ist. Bei vielen fehlte das Wissen um die Gefährlichkeit von Alkohol- und Tabakkonsum. Sie glaubten oder hatten gehört, dass der Konsum von Alkohol in kleinen Mengen nicht schädlich sei. Andere, gerade rauchende Frauen berichteten, ihren Konsum reduziert zu haben, andere verwiesen darauf, man habe ihnen gesagt, der Entzug würde dem Kind eher schaden als nutzen.

Die motivierenden Kurzinterventionen und der Screeningbogen machten so in der Beratung eine auf die individuelle Situation der Frauen abgestimmte Beratung möglich. Die Schwangeren konnten darin bestärkt werden, ihren Konsum weiter zu reduzieren, hatten Raum und Gelegenheit, ihre Sorge, ein schlechtes Gewissen oder Ängste zu formulieren oder wurden im einfachsten Fall darüber informiert, dass Alkohol immer schädlich ist und jede nicht gerauchte Zigarette der Gesundheit des Kindes nützt.

Schon in der ersten Modellprojektphase wurde in örtlichen Netzwerken über das neue Projekt und das gemeinsam von Schwangerschaftsberatung, Suchthilfe und Präventionsforschung entwickelte Instrumentarium berichtet. Verschiedene Träger der „Frühen Hilfen“ in Köln zeigten sich interessiert, das entwickelte Instrumentarium zu übernehmen. Grundsätzlich wurde auf städtischer und diözesaner Ebene das Thema „Substanzkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ stärker in das Bewusstsein von Mitarbeiter/-innen in Einrichtungen und Diensten der „Frühen Hilfen“ gerückt.

Nach dem Ende der ersten Förderphase entschied der SKM e.V. Köln als Träger von Suchthilfeeinrichtungen, sich nicht an der zweiten Förderphase zu beteiligen, da kaum Frauen die Suchtberatung und Suchthilfe in Anspruch genommen hatten. Grundlegend für die hier gescheiterte Vermittlung in das System der Suchthilfe sind in der Projektauswertung zwei Aspekte:

- 1) Der wichtigste Grund ist die Selbstwahrnehmung der Schwangeren: Die Frauen betrachten sich nicht als „süchtig“ und sind es in aller Regel auch nicht, sondern sie haben einen in der Schwangerschaft bedenklichen Substanzkonsum. Ihre Peergroup sind nicht suchtkranke Frauen und Männer, sondern andere Schwangere.
- 2) Gleichwohl, und das ist ebenfalls wichtig für das „Nichtankommen“ in der Suchthilfe, leben viele der Schwangeren in ohnehin belasteten Lebensverhältnissen. Schwangerschaft bedeutet bei der Mehrzahl der Frauen, die die Schwangerschaftsberatungsstelle des SkF e.V. Köln aufsuchen, eine zusätzliche Belastung in einem ohnehin von Krisen und Unsicherheiten geprägten Leben. Die Vermittlung in die Suchtberatung erschwert die Le-

benssituation nur noch weiter und fordert, ja überfordert daher einen großen Teil der betroffenen Frauen.

Ausgehend von den Erfahrungen der ersten Förderphase und den in der wissenschaftlichen Begleitung durch das DISuP erhobenen Evaluationsdaten, wurde das Modellprojekt **in der zweiten Förderphase** für die Verbreiterung des Ansatzes auf weitere Modellprojektstandorte in einigen Punkten modifiziert:

- Der Screeningbogen wurde in Details überarbeitet, in der Screening-Sensitivität leicht erhöht und unter dem neuen Namen „Befragung“ eingeführt, um die Akzeptanz bei Mitarbeiter/-innen von Schwangerschaftsberatungsstellen zu erhöhen.
- Am Projektstandort Köln wurde entschieden, die Kompetenzen der Suchtberatung in die Schwangerschaftsberatung vor Ort einzubeziehen. In Fällen, in denen Frauen risikanten Konsum zeigten, konnte so eine Co-Beratung zur vorliegenden Konsum- bzw. Suchtproblematik stattfinden. Im Teamkontext führte die gemeinsame Arbeit von Schwangerenberaterinnen und einer Mitarbeiterin mit Suchtpräventions- und Suchtkrankhilfekompetenzen zu einem wechselseitigen Gewinn an Wissen und Handlungskompetenz.
- Für die Verbreiterung des Modellprojektansatzes auf andere Modellregionen wurde die zuvor konzeptionell vorgesehene Zusammenarbeit mit der Suchthilfe aufgegeben, was sich als struktureller Gewinn herausstellte, da so die an jedem Standort unterschiedlichen Netzwerk- und Kooperationsstrukturen in der Umsetzung berücksichtigt werden konnten. Während an einem Standort keinerlei Überschneidungen mit dem System der Suchthilfe vorhanden waren, bestand demgegenüber z.B. in Paderborn ein seit langem funktionierendes Netzwerk aus Schwangerschaftsberatungsstellen, Einrichtungen der Frühen Hilfen und Suchtberatungsstellen. Mit der Aufgabe des Konstrukts der verbindlich vorgesehenen Kooperation konnten alle Partner in den eigenen Einrichtungen und Diensten und in den bestehenden lokalen Netzwerken mit der Umsetzung des Modellprojektes und der Kommunikation über den erweiterten Arbeitsansatz beginnen.

Zum Start der zweiten Modellprojektphase hatten sich folgende Standorte und Träger mit zum Teil höchst unterschiedlichen Vernetzungsstrukturen und Kulturen zu einer Beteiligung am Projekt entschieden:

- Die Schwangerschaftsberatungsstelle des SkF e.V. Paderborn arbeitet seit langem im „Arbeitskreis Sucht“, in dem alle örtlichen Schwangerschaftsberatungsstellen, Geburtskliniken, Hebammen, ambulante und stationäre Hilfen für sucht- und psychisch kranke Menschen, der Arbeitskreis Kind und Co., der Arbeitskreis Frauengesundheit und der Arbeitskreis „Frühwarnsystem“ beteiligt sind.
- Die Beratungsstelle für Schwangere und Familien des Caritasverbandes für das Bistum Erfurt e.V. repräsentiert die verschiedenen örtlichen Schwangerenberatungsstellen in der Diözese und kann auf die vor allem in städtischen Regionen vorhandenen Netzwerke Früher Hilfen wie Familienhebammen und Frühfördereinrichtungen zurückgreifen.
- Der SkF e.V. Trier, der sich ebenfalls am Modellprojekt mit der Schwangerschaftsberatungsstelle beteiligte, ist in verschiedenen Netzwerken mit anderen örtlichen Schwangerschaftsberatungsstellen und Netzwerken Früher Hilfen verbunden,
- ebenso wie der SkF e.V. für den Rhein-Erft-Kreis, bei dem vor allem die Chancen der Umsetzung des Projektes in einem Flächenkreis mit kleineren Beratungsstellen, die örtlich kaum miteinander verbunden und zu verbinden sind, erprobt werden sollte.
- Ebenfalls beteiligt war die SkF-Zentrale in Dortmund, die als Dachverband die Aktivitäten der lokalen Ortsvereine bündelt und weiter verbreitet.

- Im Projektverlauf beteiligte sich seit September 2013 auch der SkF e.V. Wuppertal als sechster Kooperationspartner aktiv am Projekt.
- Über diese festen Kooperationen hinausgehend wurden zudem alle Schwangerenberatungsstellen in Berlin zum Projekt geschult, ohne sich jedoch zu einer unmittelbaren Zusammenarbeit entschließen zu können. Weiterhin hat der Deutsche Caritasverband Interesse bekundet, nach dem Abschluss des Modellprojektes und der abschließenden wissenschaftlichen Auswertung, das Projekt gegebenenfalls allen Schwangerenberatungsstellen in Trägerschaft der Caritas und der Fachverbände zur Umsetzung zu empfehlen.

Während die beteiligten Kooperationspartner zur Anwendung der Befragungsbögen, der motivierenden Kurzintervention, der Anwendung psychoedukativer Materialien und zu den Curricula der „Mehr Mut!“ und SKOLL-Kurse zunächst geschult und sodann in der Implementierung unterstützt wurden, konnte das Modellprojekt in Köln in der modifizierten Variante bereits fortlaufend umgesetzt werden.

Beim SkF e.V. Köln wurden 2013 und 2014 ein „Mehr Mut!“-Kurs und ein SKOLL-Kurs durchgeführt, die sich an Mütter aus verschiedenen Einrichtungen des SkF e.V. richteten. Die bestehenden Curricula waren zuvor an die Bedarfslagen der betroffenen Frauen angepasst worden, so dass die Gruppenangebote nun regelmäßig und vor allem nachhaltig von den Frauen wahrgenommen wurden.

Zur weiteren Projektdissemination und Sensibilisierung von Fachkräften und Schwangeren / Stillenden wurden verschiedene Tagungs- und Kongressbeiträge durchgeführt, u.a. im Rahmen des Kongresses „Armut und Gesundheit“ 2013 in Berlin. Das Modellprojekt endete mit einer FASD-Tagung am 25. Juni 2014 an der KathO NRW, Abt. Köln, organisiert vom DISuP und dem SkF e.V., an der neben interessierten Fachkräften von Jugendämtern, Trägern Früher Hilfen und Schwangerenberatungsstellen auch die Kooperationspartnerinnen aus den verschiedenen Modellprojektstandorten teilnahmen.

Übereinstimmend wird von den beteiligten Einrichtungen das Modellprojekt als Erfolg bewertet, weil es bereits in der Schwangerschaft präventiv wirkt, Schwangere in ihrer Lebenssituation sensibel anspricht und nicht erst nach der Geburt eines Kindes therapierend eingreift. Der Ansatz thematisiert frühzeitig und umfassend den Konsum von legalen und illegalen Substanzen und macht den individuellen Konsum im Schwangerenberatungskontext besprechbar. Während psychoedukative Materialien und Aufklärungskampagnen auf das Erreichen einer breiten Öffentlichkeit ausgerichtet sind, kann in der vertraulichen und personenbezogenen Arbeit in der Schwangerenberatung die einzelne Betroffene in ihrem Wunsch nach Veränderung, mit ihren Sorgen und Nöten, dem „Wollen, aber nicht Können“ erreicht und begleitet werden.

Das entwickelte Interventionsmodell führte auch zu einem Gewinn an Handlungskompetenzen bei den Berater/-innen und zu engeren Kooperationsstrukturen zwischen dem Hilfesystem „Frühe Hilfen“ und der Suchthilfe. Anders als zu Beginn des Modellprojektes konzipiert, geht es nur in seltenen Fällen um die konkrete Weitervermittlung von suchtkranken Frauen in die Suchtkrankenhilfe, sondern vielmehr um den Transfer von Wissen und Instrumenten zwischen den unterschiedlichen Professionen.

Die Schwangerschaftsberatungsstellen erreichen vor allem Frauen, die bereits in psychosozialen Notlagen leben. Durch das Modellprojekt ist es auch gelungen, Fachkräfte zu erreichen, die bisher nicht mit der Zielgruppe der belasteten Schwangeren, Mütter und Eltern arbeiten.

Die Anpassung der Gruppenangebote „SKOLL“ und „Mehr MUT!“ hat zumindest in der Metropolenregion Köln zur Akzeptanz dieser Angebote geführt. In ländlichen Kreisen oder bei Beratungsstellen, die eine geringere Zahl von Schwangeren erreichen, lassen sich solche Gruppenangebote aufgrund der großen räumlichen Distanzen oder einer zu kleinen Anzahl

von möglichen Teilnehmerinnen nur schwer umsetzen. Zumindest besteht aber die Möglichkeit, auch hier auf ein inzwischen erprobtes Instrumentarium zurück zu greifen.

Nach dem Ende der Förderung werden die beteiligten Kooperationspartner zumindest das Screening und die motivierenden Kurzinterventionen als Instrumente mehrheitlich weiter einsetzen. Das Erziehungskompetenztraining „Mehr MUT!“ wird bereits von projektexternen Stellen zur Fortbildung der dortigen Fachkräfte angefragt (z.B. Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. Thüringen). Wünschenswert wäre eine Erweiterung des Auftrages der Schwangerschaftsberatungsstellen. Ausgestattet mit den notwendigen personellen Ressourcen könnten die Schwangerschaftsberatungsstellen flächendeckend in ihrer Arbeit die erprobten Instrumente vom Screening bis hin zu den verschiedenen Kursen standardmäßig einsetzen und so Schwangere für eine Verhaltensänderung erreichen. Über die Arbeit in Netzwerken und Kooperationen können weitere Partner aus der Medizin und den Frühen Hilfen für die Problematik des Substanzkonsums sensibilisiert werden. Eine solche Weiterentwicklung würde mit der inzwischen beginnenden Auseinandersetzung mit der FASD-Problematik auf verschiedenen Ebenen der Medizin und der Jugendhilfe¹ korrespondieren.

¹ vgl. <http://www.zeit.de/2014/29/alkohol-schwangerschaft-wirkung>

3 Einleitung

Allen Aufklärungskampagnen zum Trotz ist das Wissen über die Folgen von Alkohol-, Tabak- und/oder 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 abstinenz zu leben.

Substanzkonsum in der Schwangerschaft ist dabei ein gesellschaftliches Tabu: Gesellschaftlich vorgegeben ist das Bild der Schwangeren und stillenden Mutter, die sämtliche schädlichen Substanzen meidet, sich schont, gesund ernährt, maßvoll Sport betreibt und ansonsten alles tut, um das Kind und sich in der Schwangerschaft und Stillzeit gesund zu erhalten. Dieses Tabu reicht bis in das Hilfesystem mit Fachkräften aus Gynäkologie, Schwangerschaftsberatung, Hebammenkunde, Pädiatrie usw.. Lediglich bestimmten Gruppen, meist sozial ohnehin ausgegrenzten Frauen, wird häufiger unterstellt, dass sie in der Schwangerschaft Substanzen konsumieren, weil sie suchtkrank und daher nicht in der Lage seien, in der Schwangerschaft abstinenz zu leben.

Frühzeitige Hilfen an vielerlei Orten, die von Schwangeren aufgesucht werden, ist dabei notwendig, um präventiv so früh wie möglich substanzassoziierten Schädigungen des ungeborenen Kindes entgegenzuwirken. Dies gilt insbesondere für die fetalen Alkoholspektrumsstörungen (FASD) bzw. das fetale Alkoholsyndrom (FAS), das die am häufigsten auftretenden und gleichzeitig am leichtesten zu vermeidenden vorgeburtlichen Schädigungen umfasst.

Im hier vorliegenden Projekt wurde dabei ein Interventionsmodell in der Schwangerenberatung und Frühen Hilfen entwickelt, erprobt und an weiteren fünf Standorten bundesweit implementiert.

3.1 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. bei den „Frühen Hilfen“ liegt der Schwerpunkt der Arbeit darin, Schwangeren, Müttern und Familien die notwendige materielle Hilfe, psychosoziale Begleitung und Anleitung ange-deihen 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 Suchthilfe wendet sich an eine überaus inhomogene Gruppe mit einer darüber hinaus nicht 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. Weiterhin sollte das in der ersten Förderphase entwickelte und bewährte Interventionsmodell zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit überregional verbreitet und implementiert werden. Dabei galt es insbesondere die Zielgruppen über die Schwangerschaftsberatungsstellen zu erreichen.

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 und an den in der zweiten Modellprojektphase beteiligten übrigen Modellprojektstandorten in unterschiedlicher Ausprägung. Mit dem Projekt wurden unter Berücksichtigung des generellen Zieles der Inzidenzreduzierung alkohol- und tabakbedingter Schäden bei Neugeborenen, deren Mütter über die Schwangerschaftsberatungsstellen erreicht wurden, folgende **Projektziele** verfolgt:

- Fortführung und weitere Anpassung des Interventionsansatzes in der Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstelle des SkF e.V. Köln.
- Sensibilisierung von Mitarbeiter/-innen des SkF e.V. Köln, des Netzwerks von Schwangerschaftsberatungsstellen, Angeboten der Frühen Hilfen etc. auf kommunaler

Ebene für den Substanzkonsum von Schwangeren und Stillenden und Verbreitung des Projektansatzes.

- Anpassung der Curricula der vorhandenen Gruppenangebote, Durchführung und Implementierung der Gruppenangebote als zusätzliche Elternkompetenztrainings.
- Verbreitung des Interventionsansatzes in den Schwangerschaftsberatungsstellen, Mutter-Kind-Angeboten, Suchthilfeeinrichtungen und deren bestehenden Netzwerken in anderen Regionen.
- Stärkung der Veränderungsbereitschaft/Sensibilisierung konsumierender Schwangerer.
- Verbreitung von themenspezifischem Fachwissen bei Multiplikator/-innen.
- Schaffung weiterer Zugangswege durch themenspezifische Informationen in lebensweltorientierten Bezügen durch neue Medien.

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
- 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 sozioökonomischer Status, ohne Beschäftigungsverhältnis (wie auch ein hoher sozioökonomischer Status), 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 treffen in besonderer Häufigkeit auch auf die Klientinnen in der Schwangerschaftsberatung zu.

3.2 Projektstruktur

Nachfolgend wird die Projektstruktur für die zweite Projektförderphase anhand der umgesetzten Maßnahmen/Arbeitsschritte und Beteiligten/Verantwortlichkeiten dargestellt. Die Projektbeteiligten haben das Projekt in gemeinsamer Gesamtverantwortung umgesetzt.

Maßnahmen/Arbeitsschritte	Beteiligte / Verantwortlichkeiten
<i>Projektmonate 1) bis 6):</i> Entwicklung eines Evaluationsdesigns zur Überprüfung der Praktikabilität und Effektivität von SKOLL-Angeboten in stationären Settings	DISuP
Anpassung des Screeningbogens an den veränderten Bedarf nach Rückmeldung der beteiligten Kooperationspartner und entsprechend der Erfordernis einer höheren Sensitivität	SkF e.V. Köln und DISuP
Entwicklung von Schulungsunterlagen und eines Manuals als Grundlage für die Schulung der Mitarbeiter/-innen der Kooperationspartner an den verschiedenen Standorten	SkF e.V. Köln und DISuP
Durchführung von jeweils eintägigen Schulungen der Mitarbeiter/-innen der Kooperationspartner an den Standorten in der Nutzung der Interventionsinstrumentarien	SkF e.V. Köln
Ausbau, Implementierung und Durchführung von SKOLL-Angeboten in stationären Settings der Schwangerschaftsbetreuung: Standort Köln	SkF e.V. Köln
Überarbeitung und Ergänzung des vorliegenden Manuals „Mehr-MUT!“ um die Zusatzmodule Tabak und polyvalenter Konsum	DISuP
Koordinierende Vorbereitung einer zweitägigen Schulung zu „Mehr-MUT!“ an den beteiligten Modellstandorten	DISuP
Durchführung der „Mehr-MUT!“-Schulungen an den beteiligten Modellstandorten	DISuP
Vorbereitung einer Kick-Off-Veranstaltung zur Öffentlichkeitssensibilisierung und Verbreitung des Angebots	SkF e.V. Köln und DISuP
Meilenstein 1: Kick-Off-Veranstaltung für Fachöffentlichkeit und Start des Interventionsmodells bei schwangeren Frauen an allen Modellprojektstandorten	
<i>Projektmonate 7) bis 12):</i> Interventionsphase an allen Standorten; SKOLL-Implementierung am Standort Köln	Alle beteiligten Kooperationspartner
Einsatz des Interventionsmodells (Kurzscreening, Ermittlung des individuellen Hilfe- und Veränderungsbedarfs, Motivierende Kurzberatung, Vermittlung zur Suchtberatung, Mehr-MUT!-Kurse) an den Modellprojektstandorten	Alle Kooperationspartner, Begleitung durch SkF e.V. Köln und DISuP
Kontinuierliches Coaching der Modellprojektpartner in der Anwendung der Methoden, der Netzwerkarbeit, möglichen thematischen Fragen	SkF e.V. Köln und DISuP
Kontinuierliches Coaching der Modellprojektpartner in der Implementierung und Umsetzung der „Mehr-MUT!“-Kurse	DISuP

Maßnahmen/Arbeitsschritte	Beteiligte / Verantwortlichkeiten
Einsatz des begleitenden Dokumentationsbogens (sowohl zur Fallsteuerung als auch zum Prozessmanagement)	Alle beteiligten Kooperationspartner
Kontinuierliche begleitende Eingabe und Auswertung der Daten aus dem Dokumentationsbogen zur Prozessoptimierung	DISuP
Kontinuierliche SKOLL-Angebote in stationären Settings der Schwangerenbetreuung: Standort Köln	SkF e.V. Köln
Kontinuierliche Auswertung von Projektdaten zu SKOLL-Angeboten in stationären Settings der Schwangerenbetreuung: Überprüfung der Praktikabilität und Effektivität	DISuP
Entwicklung von Kriterien zur Übertragbarkeit von SKOLL auf die anderen Modellprojektstandorte	SkF e.V. Köln
Vorbereitung und Schulung der Modellprojektstandorte in SKOLL und dessen Anwendung in stationären Settings der Schwangerenbetreuung	SkF e.V. Köln
Kontinuierliche Schaffung neuer Zugangswege insbesondere über neue Medien (Facebook, ggf. Onlineberatungstools)	DISuP
Kontinuierliche Dissemination des Projekts und der Projektergebnisse in die scientific community	DISuP
Meilenstein 2: Start der SKOLL-Angebote an allen projektstandorten	
Projektmonate 13) bis 22): Interventionsphase an allen Standorten mit allen Interventionsbausteinen inkl. SKOLL, Methodenauffrischung	Alle beteiligten Kooperationspartner
Einsatz des Interventionsmodells (Kurzscreening, Ermittlung des individuellen Hilfe- und Veränderungsbedarfs, Motivierende Kurzberatung, Vermittlung zur Suchtberatung, „Mehr-Mut“-Kurse, SKOLL) an den Modellprojektstandorten	Alle beteiligten Kooperationspartner
Netzwerkbesuche durch SkF Köln und DISuP: Methodenauffrischung und -diskussion vor Ort an allen Modellprojektstandorten	SkF e.V. Köln und DISuP
Kontinuierliches Coaching der Modellprojektpartner in der Anwendung der Methoden, der Netzwerkarbeit, möglichen thematischen Fragen	SkF e.V. Köln und DISuP
Kontinuierliches Coaching der Modellprojektpartner in der Implementierung und Umsetzung der „Mehr-Mut“-Kurse	DISuP
Einsatz des begleitenden Dokumentationsbogens (sowohl zur Fallsteuerung als auch zum Prozessmanagement)	Alle beteiligten Kooperationspartner
Kontinuierliche begleitende Eingabe und Auswertung der Daten aus dem Dokumentationsbogen zur Prozessoptimierung	DISuP

Maßnahmen/Arbeitsschritte	Beteiligte / Verantwortlichkeiten
Kontinuierliche Schaffung neuer Zugangswege insbesondere über neue Medien (Facebook, ggf. Onlineberatungstools)	DISuP
Kontinuierliche Dissemination des Projekts und der Projektergebnisse in die scientific community	DISuP
Vorbereitung eines abschließenden Fachtages (Ort: KatHO NRW, Abt. Köln)	DISuP und SkF e.V. Köln
Meilenstein 3: Ende der 16-monatigen Interventionsphase	
Projektmonate 23) und 24): Auswertung	SkF e.V. Köln und DISuP
Erstellung eines Abschlussberichts	SkF e.V. Köln und DISuP
Erstellung einer Abschlusspublikation	DISuP und SkF e.V. Köln
Durchführung eines abschließenden Fachtages	DISuP

3.3 *Einrichtung einer Steuerungsgruppe*

Entsprechend den Vorerfahrungen aus der ersten Förderphase wurde erneut eine Steuerungsgruppe eingerichtet, 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 festen Mitgliedern der Steuerungsgruppe gehörten:

- Prof. Dr. Tanja Hoff, Projektleitung am DISuP der KatHO NRW
- Beate Laux, Leiterin der Schwangerenberatungsstelle *esperanza* des SkF e.V. Köln
- Barbara Münzel, SkF e.V. Köln
- Verantwortliche/-r Wissenschaftliche/-r Mitarbeiter/-in im DISuP der KatHO NRW

Die Steuerungsgruppe verständigte sich neben den Aufgaben im gemeinsamen administrativen Projektmanagement auf:

- Kommunikationswege mit den Projektpartnern
- Modalitäten der Durchführung und Anpassung des Screenings von Schwangeren in der Schwangerenberatungsstelle und in anderen Einrichtungen der Frühen Hilfen
- Modalitäten der Dokumentation der erhobenen Ergebnisse

- Schulungs-Curricula und deren zeitlicher Ablauf zu motivierenden Kurzinterventionen, SKOLL und „Mehr MUT!“
- Öffentlichkeitsarbeit, Fachveranstaltungen
- Multiplikatorenarbeit (Dissemination der vorliegenden Ergebnisse auf städtischer und diözesaner Ebene in die bestehenden Netzwerke und Arbeitsgruppen)

Im weiteren Verlauf der zweiten Modellprojektphase verlagerte sich das Gewicht in der Projektsteuerung und Begleitung durch den beständigen Coaching-Kontakt zu den Projektpartnern an den übrigen Standorten von der Steuerungsgruppe auf die Projektleitung in der Schwangerenberatungsstelle des SkF e.V. Köln. Durch die Möglichkeit, im regelmäßigen Kontakt und nicht nur bei den regelmäßig stattfindenden Austauschtreffen Fragen zu klären, hat sich in der zweiten Modellprojektphase zwischen den Kooperationspartnern und der Leitung der Schwangerenberatungsstelle ein beständiger Austausch zu Fragen der praktischen Umsetzung des Projektes in der eigenen Einrichtung und mit den örtlichen Kooperationspartnern ergeben.

4 Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Innerhalb des Projekts wurden folgende quantitative und qualitative Daten erfasst, die anschließend bzgl. ihrer Erhebungsmethodik ausführlicher erörtert werden:

- Zur Erfassung des Substanzkonsums in der Schwangerschaft wurde ein im Pilotprojekt (2011-2012) entwickeltes und sodann modifiziertes Alkohol- und Tabakscreening bei den Klientinnen der Schwangerschaftsberatung eingesetzt.
- Der Verlauf der Schwangerenberatung und des Einsatzes der im Interventionsmodell festgelegten Interventionen wurden über eine ausführliche Klientinnendokumentation erfasst, auszufüllen von den Berater/-innen.
- Zur Überprüfung der Praktikabilität und Effektivität von SKOLL-Angeboten in stationären Settings der Frühen Hilfen wurde ein Prä-/ Post-Design in Anlehnung an das Evaluationsdesign des BMG-Bundesmodell zur Evaluation des SKOLL-Trainings (UKE Hamburg-Eppendorf) entwickelt. Dieses Design kam aber aufgrund der veränderten Durchführung des SKOLL-Trainings nicht zum Einsatz (s.u.).
- In der ggf. beteiligten Suchthilfe beschränkte sich die quantitative Datenerhebung auf einen auf das Setting abgestimmten Dokumentationsbogen, der den Beratungsverlauf erfassen sollte, jedoch aufgrund fehlender Klientinnen nur selten zum Einsatz kam (s.u.).
- Im Weiteren wurden durchgeführte Weiterbildungen für beteiligte Fachkräfte zum eingesetzten „Mehr-MUT!“-Erziehungskompetenztraining mittels anonymisierter, quantitativer Fragebögen evaluiert und eine Prä-/Postevaluation des eingesetzten Mehr-MUT!-Kurses bei teilnehmenden Klientinnen mittels des PSI (Parenting Stress Index, deutschsprachige Fassung) vorgenommen.
- Auf dem Hintergrund des Ziels der Verbreitung des Pilotprojekts an bundesweiten Standorten wurden zum Projektabschluss in 2014 die eingesetzten Projektbausteine hinsichtlich ihrer Implementierbarkeit an den Standorten von den Kooperationspartnern mittels eines im Projekt entwickelten teilstandardisierten Fragebogens evaluiert.

4.1 Screening und Dokumentation in der Schwangerschaftsberatung

Im Erhebungszeitraum vom 01.01.2013 bis 30.04.2014 wurden 2126 Frauen erfasst, die in den unten genannten Einrichtungen Beratungsangebote zu den Themen Schwangerschaft und Frühe Hilfen in Anspruch nahmen und sich dabei bereit erklärten, an dem Projekt teilzunehmen:

- SkF e.V. Köln (ab Projektstart)
- Donum Vitae Paderborn (ab 01.01.2013)
- Caritasverband Heiligenstadt (ab 01.01.2013)
- Caritasverband Erfurt (ab 01.01.2013)
- SkF e.V. Paderborn (ab 01.02.13)
- SkF e.V. Erftkreis (ab 01.02.13)
- Stadt Paderborn – Gesundheitsamt (ab 01.04.13)
- SkF e.V. Trier (ab 01.05.13)
- Caritasverband Wuppertal/Solingen (ab 01.09.13)

Die Beteiligung am Projekt, d.h. das Ausfüllen eines Screeningbogens war freiwillig. Die Schwangeren wurden im Vorfeld über das Projekt und die Begleitstudie informiert und mussten eine Einwilligungserklärung gemäß der Datenschutzverordnung (vgl. Anhang A3) unterzeichnen. Besondere Bedeutung hatte dabei die Zusicherung, dass eine Nichtbeteiligung keinerlei Auswirkung auf den weiteren Beratungsverlauf haben würde, um die Frauen nicht zusätzlich zu verunsichern.

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, dass 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, nicht in die Befragung einbezogen wurden, um valide Daten zu erhalten. Da die Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft – bis auf Donum Vitae – keine Beratungsscheine in der Schwangerschaftskonfliktberatung mehr ausstellen, werden sie inzwischen vorwiegend von Schwangeren und Paaren aufgesucht, die Unterstützung in psychosozialen Problemlagen, Beratung und konkrete Hilfe bei der Beantragung von Hilfen benötigen und Orientierung im Hilfesystem benötigen. Im Erzbistum Köln haben 40% der Ratsuchenden eine ausländische Staatsbürgerschaft. In Köln selbst hat mehr als die Hälfte der Ratsuchenden eine Zuwanderungsgeschichte.

Stimmten die Frauen einer Teilnahme zu, wurde ihnen ein Screeningbogen ausgehändigt, mit dem der Tabak- und Alkoholkonsumstatus in der Schwangerschaft ermittelt werden konnte (publiziert in Hoff et al., 2013). Ziel des Screeningverfahrens war es zunächst festzustellen, ob die schwangeren Frauen während der Schwangerschaft oder Stillzeit Tabak und/oder Alkohol konsumieren. Der eingesetzte Fragebogen ist eine im Pilotprojekt 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. Der Screeningbogen wurde in der zweiten Förderphase hinsichtlich der Screening-Sensitivität erhöht, da sich in der ersten Förderphase eher geringe Quoten positiver Screenings aus der Schwangerenberatung ergaben, die nicht im Einklang mit bundesweiten Zahlen liegen. Wurde im Vorfeld lediglich der Alkohol- und Tabakkonsum der letzten zwei Wochen in der Schwangerschaft erfragt, so wurde dieser Zeitraum nun auf die letzten vier Wochen erweitert. Ebenso wurden die Antwortmöglichkeiten des Vasä-Fragebogens zur Erfassung des riskanten Alkoholkonsums auf den Zeitraum von 4 Wochen konkretisiert. Außerdem wurden die Angaben der Frauen zur Konsumhäufigkeit (Tabak und Alkohol) durch eine Ausdifferenzierung präzisiert. Zusätzlich wird die Screening-Sensitivität durch eine Herabsenkung der Cut-off-Werte erhöht. Die Grenzwerte bei riskantem Konsum waren im Projekt wie folgt festgelegt:

- Ein Screeningergebnis wurde ab einem Punktwert von 1 Punkt als positives Tabakscreening gewertet. Die Festlegung dieses Werts ist darin begründet, dass jeder Tabakkonsum schädlich ist. Einen Wert von 0 erhält diejenige, die in der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt des Screenings nicht geraucht hat. Beim Tabakscreening können maximal 6 Punkte erreicht werden.
- Beim Alkoholscreening wurde der Grenzwert ebenfalls auf 1 Punkt gesetzt. Analog zum Tabakscreening erhält auch hier diejenige Klientin einen Wert von 0 und hat damit einen unauffälligen Konsum, die in der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt des

Screenings angibt, keinen Alkohol getrunken zu haben. Maximal sind in dem eingesetzten Verfahren dreizehn Punkte zu erreichen.

Falls die Frauen angaben, keinen Alkohol in der Schwangerschaft getrunken zu haben, wurde das Screening an dieser Stelle beendet. Diese Fragenbogenführung wurde gewählt aufgrund der Erfahrungen sowohl in der 1. Förderphase als auch im Pretest der 2. Förderphase, dass die Fortführung des Screenings hier eine Hürde im Beratungsprozess darstellte und zu Verärgerung und Widerstand der bzgl. des Substanzkonsums unauffälligen Klientinnen führte. Die Modifikation des Screeningbogens nahm dabei im Gesamtprojektverlauf relativ viel Zeit in Anspruch, um ein auch aus Sicht der Praxis der Schwangerschaftsberatung passgenaues und praktikables Modell zu entwickeln, das einerseits eine fachwissenschaftlich hinreichende Suchtdetektion gewährleistet, gleichzeitig aber die Abläufe der Schwangerschaftsberatung und den hier stattfindenden Beziehungsaufbau zu Klientinnen nicht unnötig irritiert.

Detaillierte Informationen über den Beratungsverlauf aller gescreenten Frauen wurden sodann mittels eines standardisierten Dokumentationsbogens erfasst. Bei diesen 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.. Im Vergleich zu ersten Förderphase wurde der Dokumentationsbogen neben der Verbesserung der Handhabung durch eine Abfrage der Wirksamkeit der Intervention beim Konsum aus Berater/-innensicht erweitert. Der Dokumentationsbogen enthält insgesamt 16 Items und wurde im Beratungsprozess von den zuständigen Berater/-innen kontinuierlich ausgefüllt (vgl. Anhang A1 und A2).

4.2 Evaluation des „Mehr MUT!“-Erziehungskompetenztrainings

Da das Erziehungskompetenztraining „Mehr MUT!“ speziell für Frauen in der Stillzeit bis zum Grundschulalter ihrer Kinder, die ggf. von Alkohol- und/oder Tabakkonsum während der Schwangerschaft betroffen waren, im vorliegenden Projekt (1. und 2. Förderphase) entwickelt wurde, wurden hier zunächst die angebotenen Schulungen mittels eines anonymisierten, standardisierten Fragebogens evaluiert (vgl. Anhang A6). Hiermit sollten Meinungen und Beurteilungen der Praxispartner zu diesem neuen Interventionsmodell und den begleitenden Schulungen erfasst werden.

Im Weiteren wurde an den drei Standorten Köln, Erfurt und Trier das durchgeführte „Mehr MUT!“ in einem Prä-Post-Design zwecks erster, explorativer Überprüfung seiner Wirksamkeit anhand des PSI (Parenting Stress Index, deutschsprachige Fassung) evaluiert. Diese Prä-Post-Evaluation kam aufgrund der unterschiedlichen Realisierbarkeit des Gruppensettings und der in den Kursen beteiligten Klientinnen nicht an allen im Projekt beteiligten Standorten zum Einsatz.

4.3 Evaluation: Beurteilung der Implementierbarkeit aus Sicht der Kooperationspartner

Zum Projektende wurden in einem teilstandardisierten Fragebogen von den Projektpartnern folgende Interventionsbausteine des Modellprojektes nach Realisierbarkeit und positiven sowie negativen Praxiserfahrungen bewertet (1= sehr gut; 4= gar nicht gut):

Interventionsbaustein 1: Screening

Interventionsbaustein 2: Psychoedukative Materialien

Interventionsbaustein 3: Motivierende Kurzberatung

Interventionsbaustein 4: Präventionsberatung

Interventionsbaustein 5: Mehr MUT!

Interventionsbaustein 6: SKOLL

Weiterhin wurden die Projektpartner gebeten, Angaben zur Verbreitung der Interventionsbausteine in den regionalen Netzwerken in Form von Öffentlichkeitsarbeit zu machen sowie lokale und regionale Besonderheiten bei der Umsetzung aufzuführen (vgl. Anhang A7).

4.4 Datenauswertung

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 die Daten gemäß des vorliegenden Skalenniveaus mittels χ^2 bzw. t-Test ausgewertet.

5 Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

In Kapitel 6 werden die Durchführung der geplanten Arbeitsschritte und -pakete summarisch dargestellt. Dabei ergaben sich in der Gesamtsumme keine wesentlichen Abweichungen vom Finanzierungsplan.

5.1 Vorbereitende Aktivitäten zum Netzwerkaufbau

Nach der Projektbewilligung durch das Bundesministerium für Gesundheit wurden in der gemeinsamen Steuerungsgruppe die Screening- und Dokumentationsbögen, die bereits in der ersten Förderphase entwickelt wurden, entsprechend bisheriger Erfahrungen leicht modifiziert.

Da die Teilnahme an der zweiten Modellprojektphase vom Vorliegen der Kooperationsvereinbarung der übrigen Projektpartner abhängig war, wurden in einem ersten Schritt die Kooperationspartner darüber informiert, dass nun die Umsetzung möglich sei. Organisatorisch wurden nun mit den einzelnen Kooperationspartnern Termine für die avisierten Schulungen, die vor Ort durchgeführt werden sollten, abgestimmt. Da die Projektstandorte in verschiedenen Bundesländern sind und daher auch die Ferien- und Urlaubsplanung höchst unterschiedlich ist, kam es hier zu Verzögerungen, die im weiteren aber durch ein verlässliches Coaching im Projektverlauf wieder ausgeglichen werden konnten.

Im Verlauf der Schulungen bestätigte sich die im Konzept formulierte Annahme, dass die Schulung der Mitarbeiter/-innen der Kooperationspartner durch Kollegen/-innen erfolgen sollten, die mit dem Beratungssetting in der Schwangerschaftsberatung, deren Einbindung ins Hilfesystem und mit den Problemlagen der Klienten/-innen sowie dem Projekt selbst vertraut sind. So konnten bereits in den Eingangsschulungen häufig auftretende Fragen und Bedenken aufgenommen und in den Ablauf und die Inhalte der Schulungen aufgenommen werden.

5.2 Weiterentwicklung der eingesetzten Screeninginstrumente und Dokumentationsbögen

Eine Aufgabe des DISuPs bestand darin, das im Pilotprojekt eingesetzte Screeningverfahren zum Tabak- und Alkoholkonsum sowie den Dokumentationsbogen für die Praxispartner weiter zu entwickeln. Bei der Weiterentwicklung dieser Instrumente galt es insbesondere den zeitlichen Aufwand beim Praxiseinsatz sowie die Durchführbarkeit zu berücksichtigen. Eine detaillierte Beschreibung der Modifikationen erfolgte bereits in Kapitel 5.1. Im Rahmen der Weiterbildung in motivierender Gesprächsführung (MOVE) wurden die Berater/-innen des SkF e.V. in der Anwendung des Screeninginstruments geschult. Hinsichtlich der Dokumentation wurde diese auf das jeweilige Beratungssetting beim SkF e.V. Köln abgestimmt. Der Einsatz des Screeninginstruments und der Dokumentationsbögen erfolgte vom 01.1.2013 bis zum 30.04.2014, wobei einige Projektpartner innerhalb der Einsatzphase hinzugewonnen werden konnten, so dass der Screeningeinsatz hier später begann (vgl. Kapitel 5.1). Die Ergebnisse des Screeningverfahrens und der Klientinnendokumentation werden in Kapitel 7 dargestellt.

5.3 **Verbreitung und Implementierung des Kölner Interventionsmodells bei bundesweiten Kooperationspartnern: Netzwerkarbeit und Projektschulungen**

Im Zeitraum Juli bis Dezember 2012 wurden, wie vorgesehen, fünf Kooperationspartner gewonnen. Das Angebot, sich im Rahmen einer Kooperation am Projekt selbst zu beteiligen, stieß bei den angefragten Institutionen auf großes Interesse angesichts der Möglichkeit, durch die Mitarbeit im Projekt das Profil des Trägers der Schwangerschaftsberatung um ein Themenfeld von hoher Relevanz zu ergänzen und im jeweiligen örtlichen Netzwerk zu implementieren.

Zur Gewinnung und Projekteinführung fanden zu folgenden Terminen Standortbesuche statt:

- *Projekteinführungen:* Trier: 29.10.2012/ Paderborn: 09.11.2012/ Rhein-Erftkreis: 31.10.2012/ Erfurt: 19.11.2012
- *Vertiefende inhaltliche Projektschulungen:* Paderborn 22.11.2012, Erfurt 07.12.12, Trier 19.12.12, Erftkreis 29.01.13.
- *Schulungen in MKI (Motivierende Kurzinterventionen):* Erfurt 06./07.12.12, Paderborn 21./22.11.2012, Trier 18./19.12.12, Erftkreis 28./29.01.2013.

Nach dieser ersten Phase der Projekteinführung und Schulung begann am 02. Januar 2013 der Einsatz des Interventionsmodells an den jeweiligen Standorten in den Schwangerschaftsberatungsstellen.

Die Projektschulungen dienten der grundlegenden Befähigung der Mitarbeiter/-innen der Schwangerenberatungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen der Kooperationspartner in der Anwendung der einzelnen Interventionsbausteine. Neben grundsätzlichen Informationen zu den Folgen von Substanzkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit, vor allem zu den Folgen von Alkohol- und Tabakkonsum, wurden die einzelnen Elemente und Instrumentarien des Modellprojektes vorgestellt und eingeübt.

Nach der jeweils eintägigen Einführungsveranstaltung, in der Screening und Dokumentation, Motivierende Kurzintervention, die psychoedukativen Materialien sowie Form und Inhalte der Gruppenangebote SKOLL und „Mehr Mut!“ vorgestellt wurden, führten an den kooperierenden Modellprojektstandorten die kooperierende Suchtberatungs- und Präventionsfachstellen die jeweils mehrtägigen Schulungen zur Motivierenden Kurzintervention durch. Nur in Erfurt übernahm das Training der SkF e.V. Köln, da vor Ort die entsprechenden Kompetenzen nicht vorhanden waren.

Die Fortbildungen zum Erziehungskompetenztraining „Mehr MUT“, durchgeführt durch das DISuP, fanden am Standort Erfurt am 29.01.2013, in Trier am 05.-06.02.2013, in Paderborn am 14.-15.02.2013 sowie im Erftkreis am 15.04.2013.

Eine entscheidende Maßnahme zur Gestaltung der Netzwerkarbeit war die Durchführung eines Netzwerktreffens mit allen Kooperationspartnern am 01./02. Oktober 2013 im SkF e.V. Köln. Dieses hatte zum einen die vertiefende inhaltliche Begleitung der kooperierenden Stellen, zum anderen den Austausch und die gegenseitige Anregung der beteiligten Fachkräfte aus Schwangerschaftsberatung und Suchtkrankenhilfe zum Ziel, die in unterschiedlicher Form und in jeweiligen regionalen Möglichkeiten den Projektverlauf mitgestalteten. Nach den Projektschulungen war dieses erste vertiefende Netzwerktreffen nach einer mehrmonatigen Projektlaufzeit für alle Teilnehmer/-innen hilfreich, um die Umsetzung an den eigenen Standorten voranzutreiben, gegebenenfalls gemeinsame Probleme zu identifizieren und notwendige Nachjustierungen vorzunehmen.

Von allen wurde das Interventionsmodell in den Schwangerschaftsberatungsstellen zu diesem Zeitpunkt eingesetzt und als „handhabbare Methoden, die leicht in die Arbeit zu integrieren sind“ beschrieben. Zudem wurde die Erfahrung geteilt, dass die schwangeren Frauen

grundsätzlich überraschend offen für die Ansprache auf einen möglichen Suchtmittelkonsum reagierten. Die Zusammenarbeit mit der Suchtkrankenhilfe gestaltete sich hingegen unterschiedlich und wird unten in der Darstellung des Verlaufs bei den einzelnen Projektpartnern näher dargestellt.

Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde ein weiteres Netzwerktreffen aller Kooperationspartner im Anschluss an die Abschlusspräsentation im Juni 2014 unter der Fragestellung der Weiterführung und stetigen Implementierung beim SkF e.V. Köln durchgeführt.

Im Folgenden werden die Kooperationspartner mit ihren Erfahrungen in der Umsetzung des Projektes kurz dargestellt. Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Kooperationspartner sowohl hinsichtlich der Einrichtungsgröße als auch deren Verankerung in den jeweils unterschiedlichen Hilfesystemen vor Ort, wurden in der zweiten Modellprojektphase Erfahrungen und Ergebnisse generiert, die Rückschlüsse auf die Übertragbarkeit des Hilfeansatzes in allen Regionen Deutschlands zulassen.

▪ **Schwangerschaftsberatung SkF e.V. Paderborn**

Neben der Schwangerschaftsberatungsstelle des SkF e.V. Paderborn beteiligten sich die Schwangerschaftsberatungsstellen in Trägerschaft von Donum Vitae sowie des Gesundheitsamtes der Stadt Paderborn. Die Schwangerschaftsberatungsstellen arbeiten eng vernetzt mit weiteren Trägern und Einrichtungen wie einem Frauenhaus und einer Mutter-Kind-Einrichtung. Im Rahmen des Modellprojektes kooperierte zudem die BASS-Beratungsstelle für Alkohol und sonstige Suchtfragen, Caritas Verband Paderborn. Die Kooperationspartner in Paderborn arbeiten bereits lange gemeinsam im „Arbeitskreis Sucht“ – alle Schwangerschaftsberatungsstellen, Geburtskliniken, Hebammen, ambulante und stationäre Hilfen für sucht- und psychisch kranke Menschen und weiteren Netzwerken wie dem Arbeitskreis Kind und Co – alle Hilfen rund um die Geburt/Arbeitskreis Frauengesundheit und dem Arbeitskreis „Frühwarnsystem“ - Jugendamt und ambulante Hilfen für Kinder und Familien

In allen genannten Arbeitskreisen und Netzwerken wurde im Sinne der Sensibilisierung und Einbindung der Multiplikatoren das Projekt vorgestellt und auf seine Umsetzbarkeit und Bedeutung in und für die bestehenden Kooperationen geprüft. Die Teilnahme am Modellprojekt wurde von den Arbeitskreismitgliedern und Netzwerkpartnern begrüßt, weil sie damit die thematische Erweiterung der früheren Fokussierung auf den Konsum illegaler Substanzen durch die praktische Beteiligung mit einem bereits erprobten Arbeitsansatz erreichen konnten. Mit dem Einsatz des Interventionsmodells in den Schwangerenberatungsstellen konnte die viel stärker verbreitete Problematik des Konsums legaler Substanzen evaluiert und thematisiert werden.

Neben der Beteiligung am Projekt selbst führten die verschiedenen Netzwerkpartner in der Projektlaufzeit verschiedene Veranstaltungen für Fachkräfte, Interessierte und Betroffene durch. So hat eine Ärztin einer Klinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe weitere Fortbildungen zur Motivierenden Gesprächsführung für Mitarbeiter/-innen der Schwangerenberatungsstellen, der Mutter-Kind-Einrichtung und der Suchtberatungsstellen durchgeführt. In dieser Klinik finden inzwischen ebenfalls regelmäßig Kurse zur Raucherentwöhnung durch, an die die Schwangerenberatungsstellen rauchende Schwangere und Stillende vermitteln.

Im Oktober 2013 lud der Arbeitskreis interessierte Fachkräfte aus der Schwangerenberatung, den Frühen Hilfen und der Suchthilfe zu einem Fachtag zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft mit Dr. Hans Ludwig Spohr, Leiter der FASD-Ambulanz der Charité Berlin ein. Der Fachtag wurde stark frequentiert und sorgte für eine breitere Öffentlichkeit und Sensibilisierung für die Auswirkungen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft auf jedes einzelne betroffene Kind und die sich darauf ergebenden Anforderungen an die Familien, das Helfersystem bis hin zu Schule, Ausbildungsstätten und späteren Wohnangeboten. In Pa-

derborn wurde durch ein Pressegespräch und durch Veröffentlichungen in Jahresberichten über das neue Angebot informiert

Auch in Paderborn gestaltet sich die Weitervermittlung konsumierender Frauen in die Suchtkrankenhilfe schwierig. Wie in der ersten Modellprojektphase in Köln zu beobachten war, bestätigte sich auch in Paderborn, dass die betroffenen Frauen sich nicht als „süchtig“ empfinden und sich daher auch in den Angeboten der Suchtkrankenhilfe nicht wiederfinden. Zudem belasten Termine, die vereinbart und wahrgenommen werden müssen, die Notwendigkeit, die eigene Geschichte und die bestehenden Problemlagen erneut zu schildern und alleine die Notwendigkeit, weitere Wege auf sich zu nehmen, die schwangeren Frauen zusätzlich.

Da in Paderborn nicht die Möglichkeit bestand, bei allen drei beteiligten Schwangerschaftsberatungsstellen für die Dauer des Modellprojektes verlässlich Mitarbeiter/-innen mit zusätzlichen Suchthilfekompetenzen einzusetzen, wählten die Kooperationspartner im Einzelfall den Weg der kollegialen Beratung.

Bei der Umsetzung der Gruppenangebote stellten sich, wie schon in Köln in der ersten Modellprojektphase, Probleme ein. So konnte wegen der fehlenden Anbindung der Schwangeren an die Suchthilfe mangels Teilnehmer/-innen kein SKOLL-Kurs durchgeführt werden. „Mehr Mut!“ wurde in der Mutter-Kinder-Einrichtung „Haus Widey“ mit mehreren Bausteinen erprobt.

- **Beratungsstelle für Schwangere und Familien Erfurt, Caritasverband für das Bistum Erfurt**

Am Modellprojekt beteiligen sich die Schwangerenberatungsstellen in Erfurt und Heiligenstadt, die mit der Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes Erfurt und Leinefeld kooperieren. Weitere Kooperationspartner sind die Familienhebammen.

Die Kooperationspartner können auf ein örtliches Netzwerk von Akteuren aus dem Feld der Frühen Hilfen, wie dem Jugendamt, Frühfördereinrichtungen und Familienberatungsstellen zurückgreifen.

Das Screening und die motivierenden Kurzinterventionen wurden in den Schwangerenberatungsstellen erfolgreich implementiert und durchgeführt. SKOLL-Kurse gehören zum Regelleistungangebot der Suchtberatungsstelle, die im Berichtszeitraum drei Kurse durchführte. Eine Vermittlung aus der Schwangerenberatung in einen SKOLL-Kurs kann daher zeitnah sichergestellt werden.

Aufgrund der bereits bestehenden guten Kooperationsstrukturen innerhalb des Caritasverbandes konnte ein „Mehr Mut!“-Kurs im Tandem von jeweils einer Mitarbeiterin aus der Suchthilfe und der Schwangerschaftsberatung teilnehmen. An diesem Kurs nahmen sieben Mütter teil. Während das Interventionsmodell in der Schwangerenberatung gut umzusetzen und anzuwenden ist, stellten die Organisation und Durchführung der „Mehr Mut!“-Kurse eine größere logistische und materielle Herausforderung dar. Die potentiellen Teilnehmer/-innen mussten im Vorfeld mehrfach auf die Kurse hingewiesen und durch Telefonate und Mail erinnert werden. Zudem musste die Schwangerenberatungsstelle die Kinderbetreuung organisieren und Fahrtkosten sowie Bewirtungskosten selbst übernehmen.

- **Beratungsstelle für Schwangerschaftsfragen SkF e.V. Trier**

In der Schwangerschaftsberatungsstelle Trier hat die Beteiligung am Modellprojekt dazu geführt, dass zum Teil neue Arbeits- und Kooperationsstrukturen aufgebaut und umgesetzt wurden. Neben der Mutter-Kind-Einrichtung „Anna-Stift“ beteiligte sich auch die Suchtberatungsstelle „Die Tür“.

Die Schwangerschaftsberatungsstelle arbeitet in verschiedenen Netzwerken der Frühen Hilfen, die in Trier auf städtischer Ebene und auf der Kreisebene Geburtskliniken, niedergelas-

sene Gynäkolog/-innen, Pädiater, Familienhebammen, Kinderkrankenschwestern miteinander verbinden. Darüber hinaus engagiert sich der SkF e.V. Trier mit den Schwangerenberatungsstellen von Pro Familia und Donum Vitae im Arbeitskreis Pränataldiagnostik/Arbeitskreis Schwangerschaftsberatung.

In den regionalen Arbeitskreisen und Netzwerken wurde im Sinne der Sensibilisierung und Einbindung der Multiplikatoren das Projekt vorgestellt und im weiteren Verlauf in seinen Auswirkungen auf die bestehenden Kooperationsstrukturen diskutiert. So gelang es auch, die Familienhebammen und das Jugendamt in die Kooperationsstrukturen einzubinden.

Neben dem Interventionsmodell aus Screening und motivierenden Kurzinterventionen übernahm der SkF e.V. Trier schon früh die Idee, Suchthilfekompetenzen in die Schwangerenberatungsstelle einzubinden. So bietet inzwischen alle zwei Wochen eine Fachkraft der Suchthilfe Sprechstunden in der Schwangerenberatungsstelle an.

Die regelmäßig stattfindenden und gut frequentierten Mutter-Kind-Kurse des SkF e.V. Trier wurden um ein Modul „Konsum und Suchtproblematik“, durchgeführt von einer Mitarbeiterin mit Suchthilfekompetenzen, ergänzt. In diesem Modul wird neben der Vermittlung von Informationen mit psychoedukativen Materialien und SKOLL-Elementen gearbeitet.

Da auch die Familienhebammen in das Projekt involviert sind, erfolgt über diese die Werbung für die Mutter-Kind-Kurse und die Rückbindung an die Schwangerenberatung. In der Mutter-Kind-Einrichtung „Haus Anna Stift“ wurde zudem ein „Mehr-Mut!“-Kurs erfolgreich durchgeführt.

Nach der Berichterstattung in den Medien zum Modellprojekt gab es zahlreiche Rückfragen und Nachfragen von Fachkräften aber auch Interessierten, was auf eine Zunahme der Sensibilisierung für das Thema schließen lässt.

▪ **Schwangerschaftsberatung esperanza SkF e.V. Rhein-Erft-Kreis:**

Neben der Schwangerenberatungsstelle „esperanza“ des SkF e.V. für den Rhein-Erft-Kreis beteiligten sich hier unmittelbar die Teams aus dem Mutter-Kind-Haus, das Team der Frühen Hilfen bestehend aus einer Kinderkrankenschwester und einer Familienhebamme, sowie das Team der Haus- und Familienhilfe Bergheim und Mitarbeiter/-innen der Ambulanten Jugend- und Familienhilfe an der Durchführung des Modellprojektes. Partner aus der Suchthilfe war die IBS Information und Beratung zu Suchtlösungen Bergheim, Drogenhilfe Köln/Fachstelle für Suchtprävention der Drogenhilfe Köln

Die Einrichtungen des SkF e.V. Rhein-Erft-Kreis sind eingebunden in die bestehenden Netzwerke „Frühe Hilfen im Rhein-Erft-Kreis“. Dazu gehören die zehn Jugendämter im Flächenkreis, die ambulanten und stationären Einrichtungen und Beratungsstellen verschiedener freier Träger, der Arbeitskreis „Sucht“ - Beratungsangebote zu Suchtfragen im Rhein-Erft-Kreis und der Arbeitskreis Schwangerschaftsberatungsstellen Rhein-Erft

Angesichts der personell knappen Ressourcen in den auf vier Standorte verteilten Niederlassungen der Schwangerenberatungsstelle „esperanza“ stellte sich schon die Implementierung des Screenings schwierig dar. Da es in der Schwangerenberatung keine Teamstrukturen wie sonst üblich gibt, konnten sich die Kolleginnen in den verschiedenen Außenstellen nicht gegenseitig unterstützen und Fragen oder Unsicherheiten unmittelbar klären.

Mitarbeiter/-innen mit Kompetenzen in der Suchthilfe können angesichts der knapp bemessenen Ressourcen und der geringen Planbarkeit der Beratungszeiten ebenfalls nicht in die Schwangerschaftsberatung eingebunden werden.

Die Gruppenangebote SKOLL und „Mehr Mut!“ wurden nicht umgesetzt, da die Schwangeren nicht bereit und oftmals auch materiell nicht in der Lage sind, die teils weiten Wege vom Wohnort zu einem selbst zentral gelegenen Veranstaltungsort zurück zu legen. Der Öffentliche Personennahverkehr ist in der ländlichen Region nur unzureichend ausgebaut und Pri-

vatwagen in der materiell und sozial belasteten Gruppe der Klientinnen der Schwangerenberatungsstellen nur bedingt verfügbar. Darüber hinaus lassen die knappen personellen Ressourcen weder die aufwendige Werbung für Gruppenangebote noch die Durchführung des Angebotes selbst zu. Gegenwärtig sind die Chancen, regelmäßige „Mehr Mut!“-Angebote entwickeln und umsetzen zu können angesichts der Gegebenheiten in einem Flächenkreis nur gering, daher übernimmt inzwischen eine in „Mehr Mut!“ ausgebildete Familienhebamme entsprechende Module in ihre Arbeit mit den Frauen und Familien, in denen sie eingesetzt ist. Längerfristig sollen auch die Jugendämter stärker in die Wahrnehmung dieser Aufgabe eingebunden werden.

In der ersten Zeit der Projektteilnahme wurden auch muslimische Frauen in das Screening einbezogen, die mehrheitlich ablehnend bis hin zu offener Empörung auf den damit nach ihrer Wahrnehmung implizierten Verdacht reagierten, sie konsumierten Alkohol, Tabak oder sonstige Substanzen. Da offen religiös auftretende Frauen bei den übrigen Modellprojektpartnern nicht zu ihrem Substanzkonsum befragt wurden, bestätigt die ablehnende Haltung muslimischer Frauen im Rhein-Erft-Kreis die Projektkonzeption, traditionell und religiös lebende muslimische Frauen aus kulturellen Gründen vom Screening auszunehmen, um eine vertrauensvolle Beratungsatmosphäre nicht zu gefährden.

Im Rhein-Erft-Kreis wurde in der Beratung offensichtlich, dass viele Frauen das Screening nutzten, um ihre Probleme und Sorgen mit einem konsumierenden, vor allem rauchenden (Ehe-)Partner zu thematisieren. Sie sorgten sich um die Gesundheit des Kindes und ließen sich beraten, wie sie ihre (Ehe-)Partner zu einer Verhaltensänderung bewegen können.

Bewährt hat sich im Rhein-Erft-Kreis die Werbung für das Modellprojekt und die Information über die Auswirkungen von Substanzkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit. Selbst Fachleute waren bis zum Beginn des Modellprojektes nicht über den Stand der Forschung, die verfügbaren psychoedukativen Materialien und die Bedeutung z.B. von FASD für die Kinder- und Jugendhilfe informiert. Daher hat sich der SkF e.V. für den Rhein-Erft-Kreis entschieden, das Modellprojekt vor allem durch Informationsweitergabe und Sensibilisierung für das Thema sowohl bei den Klientinnen und Klienten wie auch bei den Netzwerkpartnern weiterzuführen.

▪ SkF Bundesverband

Der SkF-Bundesverband vertritt die ca. 150 lokalen Ortsvereine in ganz Deutschland. Die verschiedenen Ortsvereine sind, je nach Größe und regionaler Verortung Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen oder von Angeboten aus dem Feld der „Frühen Hilfen“. In der Kooperation fungierte der SkF-Bundesverband mit den Fachabteilungen „Frühe Hilfen“, „Schwangerschaftsberatung“ und „Mutter-Kind-Einrichtungen“, als Multiplikator für das Projekt.

Im Januar 2014 wurden zu einer eintägigen Fortbildung Mitarbeiter/-innen von Schwangerenberatungsstellen und Einrichtungen der Frühen Hilfen eingeladen und über den Projektansatz und die ersten Erfolge informiert.

Der SkF-Bundesvorstand wird sich mit weiteren Veranstaltungen, aber auch mit eigenen Publikationen an der Fortführung und weiteren Verbreiterung des Projektansatzes beteiligen.

▪ Fortgesetzte Projektdissemination im SkF e.V. Köln

Innerhalb des Berichtszeitraums wurde das Projekt beim SkF e.V. Köln mit allen Bestandteilen weiterhin umgesetzt. Bewährt hat sich die Einbeziehung von Suchthilfekompetenzen in die Schwangerenberatung.

Auch die Gruppenangebote „Mehr Mut!“ und SKOLL konnten in der zweiten Förderphase erfolgreich durchgeführt werden.

Der SkF e.V. Köln hat in den verschiedenen kommunalen und diözesanen Netzwerken über den Fortschritt des Projektes berichtet und weitere Interessenten/-innen aus Schwangerenberatungsstellen und Jugendämtern für den Modellprojektansatz gewinnen können.

So wurden in zwei jeweils eintägigen Workshops die Mitarbeiter/-innen der Schwangerenberatungsstellen im Erzbistum Köln zu den Auswirkungen von Substanzkonsum in der Schwangerschaft, zum Projekt, den Instrumenten und bisherigen Ergebnissen geschult und informiert.

In Köln wurden zudem die Mitarbeiter/-innen von Adoptions- und Pflegekinderdienst, der Ambulanten Jugendhilfe, der Netzwerke Früher Hilfen und die Ehrenamtlichen, die die KinderWillkommensbesuche durchführen, über das neue Projekt informiert und für die gesundheitlichen Auswirkungen von Substanzkonsum in der Schwangerschaft, mögliche Einschränkungen der Kinder und die bestehenden Fördermöglichkeiten geschädigter Kinder sensibilisiert.

Als besonderer Erfolg kann gewertet werden, dass während des Projektverlaufes mit der Schwangerenberatungsstelle des SkF e.V. Wuppertal ein weiterer Kooperationspartner für die Durchführung des Modellprojektes gewonnen werden konnte.

Damit wurden die Vorgaben für die Durchführung des Modellprojektes bereits „übererfüllt“; nimmt man dann noch die Schulung von Mitarbeiter/-innen von Schwangerschaftsberatungsstellen, Mutter-Kind-Einrichtungen und Einrichtungen der kommunalen Suchthilfe in Berlin im Jahr 2013 hinzu sowie die Interessensbekundungen des Deutschen Caritasverbandes, kann die Verbreiterung des Modellprojektansatzes als positiv bewertet werden.

5.4 Adaption des „Selbstkontrolltraining für verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtverhalten und anderen Suchtphänomenen (SKOLL)“ für das Kölner Kurzinterventionsmodell für Schwangere

Auf dem Hintergrund der zunächst vielversprechenden Erfahrungen zum Einsatz von SKOLL in stationären Einrichtungen der Frühen Hilfen während der ersten Projektförderphase 2011-2012 wurde auch in der zweiten Förderphase eine weitergehende Erprobung des SKOLLS bei der angesprochenen Zielgruppe von konsumierenden Schwangeren angestrebt.

Die Implementierung des SKOLL-Kurses in stationären Settings gestaltete sich jedoch in der zweiten Förderphase schwieriger, da in den Mutter-Kind-Einrichtungen des SkF e.V. Köln weniger Schwangere und Mütter vorhanden waren, die Tabak oder/und Alkohol konsumieren bzw. während der Schwangerschaft konsumiert haben.

Da während der ersten Modellprojektphase die Mitarbeiter/-innen verschiedener ambulanter Angebote aus dem Feld der Frühen Hilfen und der Ambulanten Jugend- und Familienhilfe sowie aus dem Projekt Tandem (Ko-Betreuung von Familien mit einem suchtkranken Elternteil durch Mitarbeiter/-innen der Familienhilfe gemeinsam mit den fallführenden Fachkräften der Ambulanten Hilfen zum Selbständigen Wohnen nach §§ 53, 54 SGB XII) informiert waren, konnten die Kurse losgelöst von den stationären Einrichtungen durchgeführt werden. Dies entspricht den ursprünglichen Überlegungen der Projektkonzeption in der ersten Förderphase.

Von Oktober 2013 bis Januar 2014 wurde ein ambulanter SKOLL Kurs in der Schwangerschaftsberatung durchgeführt. Der SKOLL-Kurs bestand aus elf Veranstaltungen, die auf jeweils zwei Stunden angelegt waren. Insgesamt nahmen von 14 angemeldeten, sieben Frauen an diesem Angebot teil. Eine schwangere Klientin wurde aus der Schwangerschaftsberatung vermittelt. Die weiteren sechs Frauen, darunter fünf Frauen, die erst kürzlich entbunden hatten, kamen aus dem ambulant betreuten Wohnen und der Sozialpädagogischen Familienhilfe. Die Anfrage eines Mannes zur Teilnahme wurde von den Teilnehmerinnen mit einem eindeutigen Votum abgelehnt.

Obwohl die Vorbereitung und Zusammenstellung der Gruppe sehr zeitintensiv war, wurde der Kurs von den Teilnehmerinnen als gewinnbringend bewertet. Die Methoden des Programmes waren durchgängig in der Gruppe anwendbar und ermöglichten eine intensive Auseinandersetzung mit folgenden Themen:

- Ambivalenzen, die häufig dazu führen, den Suchtmittelkonsum aufrecht zu erhalten;
- das Verständnis von Suchtmittelkonsum und Suchterkrankung, das zur Erhöhung der Selbststeuerungsfähigkeit der Konsumentinnen entscheidend ist
- warum und hin zu welchem Ziel will und soll sich die Klientin eigentlich ändern.
- zudem nahm das Modul „Stressmanagement“ mehrere Gruppentreffen in Anspruch.

Aus den Erfahrungen mit der Planung und Durchführung des SKOLL-Kurses lassen sich folgende Ergebnisse ableiten:

- Zur Akquise von Teilnehmerinnen ist eine Gruppenzusammenstellung aus mehreren Arbeitsbereichen sinnvoll. Innerhalb der Schwangerenberatung ist es höchst unwahrscheinlich, zeitgleich eine ausreichende Zahl an Klientinnen für das Kursangebot zu erreichen. Zudem ist es sinnvoll, Klientinnen für die Teilnahme zu werben, die sich in einem längeren Hilfe- und Beratungsprozess befinden.
- Die Motivation zur Teilnahme braucht in der Regel mehrere Ansprachen und eine kurzfristige Erinnerung an den Gruppenbeginn

- Die Durchführung der Module sollte auf die Bedarfslagen, das Alter und die Ressourcen aber auch Beeinträchtigungen der Teilnehmerinnen abgestimmt sein.
- Es sollten zwei Gruppenleiterinnen (wenn möglich im Tandem: Schwangerschaftsberatung/Suchtberatung) zur Verfügung stehen, ggf. ist eine begleitende Kinderbetreuung nötig.
- Eine zusätzliche Finanzierung und zeitliche Ausstattung der Mitarbeiter/-innen ist notwendig.
- Geschlechtsspezifische Angebote werden in diesem Themenbereich von den Frauen bevorzugt.
- Alternativ zu der Durchführung eines gesamten Kurses bietet sich die Nutzung einzelner Elemente sowohl für die Einzelberatung, als auch in Gruppensettings an.

5.5 Weiterentwicklung des Erziehungskompetenztrainings „Mehr-Mut!“

Bereits in der ersten Förderphase 2011-2012 wurde auf Basis des Erziehungskompetenztrainings „Mütter-Unterstützungsprogramms MUT! für substituierte Mütter (Klein, 2006) eine adaptierte Fassung für Mütter mit Alkoholkonsum in der Schwangerschaft bzw. mit potenziell von FASD betroffenen Kindern entwickelt. In dieser ersten Überarbeitung wurden v.a. Methoden der Stressbewältigung und Emotionsregulation in der Erziehungssituation einbezogen, 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. Gesamtziel des adaptierten „Mehr MUT!“ sind die Psychoedukation zu FASD-bedingten kindlichen Auffälligkeiten, generellen Erziehungsaspekten, Förderung der mütterlichen Ressourcen sowie deren Motivationsunterstützung zum Konsumstopp in ggf. weiteren Schwangerschaften.

Im Zuge der zweiten Förderphase 2012-2014 erfolgte eine Erweiterung des postnatalen „Mehr MUT!“- Erziehungskompetenztrainings um Wahlmodule zu Tabak- und polyvalentem Konsum und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes in Schwangerschaft und Stillzeit. Modifikationen bauten auch auf den bereits aus der ersten Förderphase berichteten Erfahrungen auf, dass Inhalte und Vermittlungsformen der Kurse nicht statisch sein dürfen, sondern jeweils auf die Bedarfslagen, aber auch die intellektuelle und psychische Leistungsfähigkeit der Adressatinnen angepasst werden müssen. Dies wird auch durch den modular angelegten Aufbau des „Mehr MUT!“-Kurses ermöglicht.

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

Die Durchführung der „Mehr-MUT!“-Kurse wurde bereits standortspezifisch in Kapitel 6.3 dargestellt.

5.6 **Bekanntmachung des Projekts über zielgruppenspezifische Online-Medien / Schaffung neuer Zugangswege**

Hintergrund der im Projekt eingeplanten flankierenden Online-Aktivitäten waren konzeptionelle Überlegungen zur möglichen Erreichbarkeit von insbesondere jüngeren Schwangeren außerhalb der institutionellen schwangerschaftsberatungsstellen. Dabei sollten keine Online-Beratungsangebote geschaffen werden, sondern vielmehr das Thema des Alkohol- und/oder Tabakkonsums thematisiert und auf (regionale) Hilfsangebote im Projekt hingewiesen werden. Im Vergleich zur ersten Förderphase wurden diese Aktivitäten etwas ausgebaut durch die Entwicklung und Implementierung einer eigenen URL-Webseite (www.lotsin.de) und deren Verbreitung über soziale Netzwerke (z.B. Facebook, Foren für Schwangere und junge Mütter):

- Über die Projekt-/Präventionsseite www.lotsin.de, die aus Projektressourcengründen in den Internetauftritt der KatHO NRW integriert wurde, werden inhaltlich kurze Informationen über das Projekt sowie (ähnlich den psychoedukativen Materialien) über die Folgen des Tabak-/Alkoholkonsums in der Schwangerschaft vermittelt. Weiterhin wird zwecks möglicher Inanspruchnahme von Beratung auf die Projektpartner verwiesen, auf Notrufhotlines sowie die Möglichkeit gegeben, per Mail Fragen an die Projektverantwortlichen zu richten. Da die Projektseite über die Homepage der KatHO eingebunden wurde, kann eine administrative Betreuung über die Projektzeit hinaus ermöglicht werden.
- Weiterhin wurde ein Auftritt bei Facebook eingerichtet (inhaltlich und strukturell der Lotsin-Seite angeglichen) sowie die Seite www.lotsin.de nach vorheriger Anfrage über allgemeine Schwangerschaftsforen beworben. Zuvor wurden einschlägige Foren recherchiert (allgemeine Foren zum Thema Schwangerschaft, nicht krankheitsbezogen). Insgesamt wurden daraufhin vier Foren angefragt; drei davon gaben eine positive Rückmeldung und ihr Einverständnis.

6 Ergebnisse

6.1 Ergebnisse des Screening des Alkohol- und/oder Tabakkonsums bei Schwangeren und der Interventionsdokumentation

Insgesamt nahmen im Untersuchungszeitraum (01.01.2013 bis 30.04.2014) 1.858 Frauen am Interventionsmodell im Rahmen der Schwangerschaftsberatung an den unterschiedlichen Standorten teil (vgl. Tabelle 1). In diese Stichprobenzahl sind nicht Frauen aufgenommen, die aus verschiedenen Gründen an der Studie nicht teilnahmen oder bei denen Fragebögen unvollständig waren (n=108). Die genaue Anzahl an Ablehnungen konnte aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen der Datenerhebung in der Praxis über alle Standorte nicht vollständig ermittelt werden; diese fallen daher aus der vorliegenden Betrachtung heraus. In Tabelle 1 sind Erhebungsorte mit der entsprechenden Anzahl an erfassten Screening- bzw. Dokumentationsbögen dargestellt.

Standort	Teilnahme
Köln	700
Erftkreis	171
Erfurt/Heiligenstadt	309
Paderborn	302
Trier	252
Wuppertal/Solingen	208
Keine Angabe	24
<i>Rücklauf aller Standorte: Gesamt</i>	1966
Rücklauf (bereinigt)	1858

Tabelle 1: Häufigkeiten Fälle und Erhebungsorte (N= 1.858)

Demographische Daten der gescreenten Klientinnen

Zum Zeitpunkt der Erhebung betrug das Durchschnittsalter der Stichprobe 27,16 Jahre (MIN 14, MAX 46, SD 5,762) und die Frauen befanden sich im Durchschnitt in der 22. Schwangerschaftswoche (MIN 2, MAX 40, SD 8,008).

Dabei gilt es zu beachten, dass 1.779 (97,9%) Frauen zum Zeitpunkt der Befragung schwanger waren, 31 (1,7%) bereits entbunden hatten sowie 7 (0,4%) keine Angaben dazu machten, ob sie schwanger waren oder entbunden hatten.

In der Dokumentation wurde zudem erfasst, ob die erfassten Klientinnen bereits zu einem früheren Zeitpunkt Angebote der Schwangerschaftsberatungsstellen in Anspruch genommen hatten. Demnach nutzten bereits 14,5% (262) zu einem früheren Zeitpunkt die Schwangerschaftsberatung (vgl. Abbildung 2).

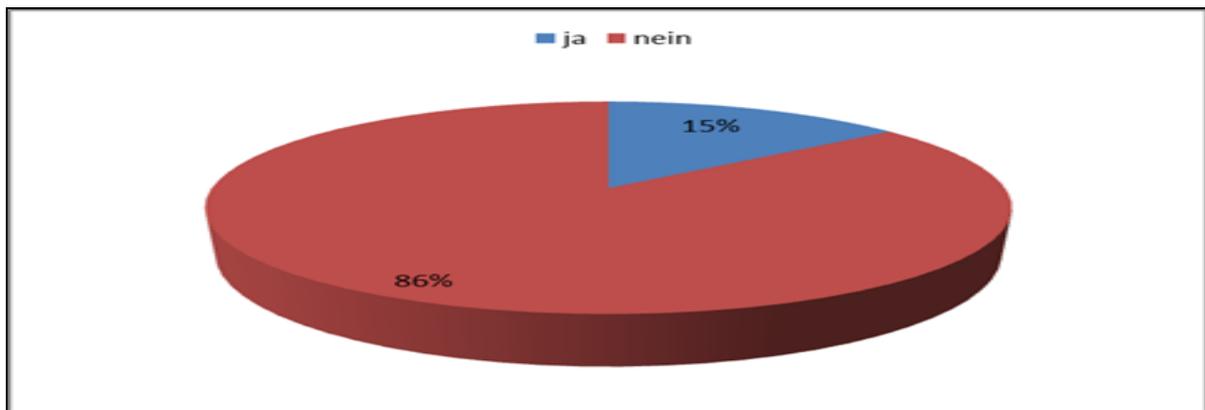


Abbildung 2: Klientinnen, die bereits die Schwangerschaftsberatung bereits in Anspruch genommen haben (n= 1.858, missing n= 47) (Angaben in Prozent)

Bezüglich ihres Familienstandes ergibt sich folgendes Bild: 40,9% der Frauen sind verheiratet und 52,1% sind ledig. 2,2% gaben an getrennt zu leben und 4,5% geschieden zu sein. 3 Frauen (0,2%) gaben an, in einer Partnerschaft zu leben und 1 (0,1%) Frau ist verwitwet (Abbildung 4).

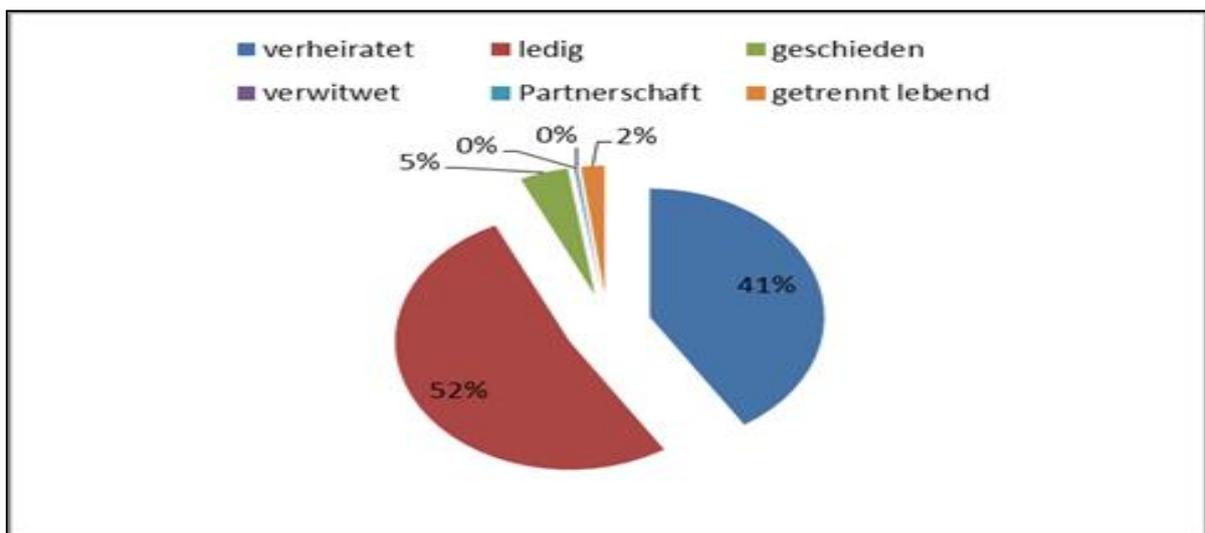


Abbildung 4: Familienstand (n= 1.858, missing n= 24) (Angaben in Prozent)

Fast jede zweite Frau (46,9%) gab an, bereits mindestens ein Kind oder mehrere Kinder zu haben. 52,7% der Frauen hatten zum Zeitpunkt der Befragung noch keine Kinder. 853 Frauen gaben die Anzahl ihrer Kinder an, wobei diese von eins bis neun Kinder variierte (durchschnittlich 1,8 Kinder).

Hinsichtlich der soziodemografischen Profile berichteten die Berater/-innen 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.

Bei Frauen mit einem positivem Alkoholscreening lag das Durchschnittsalter bei 25,65 Jahren (SD=5,769), der Familienstand war mehrheitlich ledig (79,2%). Weiterhin waren die Frauen mehrheitlich Erstgebärende (71,0%). Das Durchschnittsalter bei Frauen mit positivem Tabakscreening lag bei 26,29 Jahren (SD=5,860), die Frauen waren ebenfalls mehrheitlich ledig (66,4%) und die Erstgebärendenrate lag bei 54,2%.

Beratungszeit

Die durchschnittliche Beratungszeit betrug insgesamt 66,43 Minuten. Die Dauer der Gespräche zu Tabak und Alkohol lag durchschnittlich bei 10,78 Minuten. Die Verteilung der Gesprächsminuten zu den Substanzen ist in Abbildung 5 dargestellt.

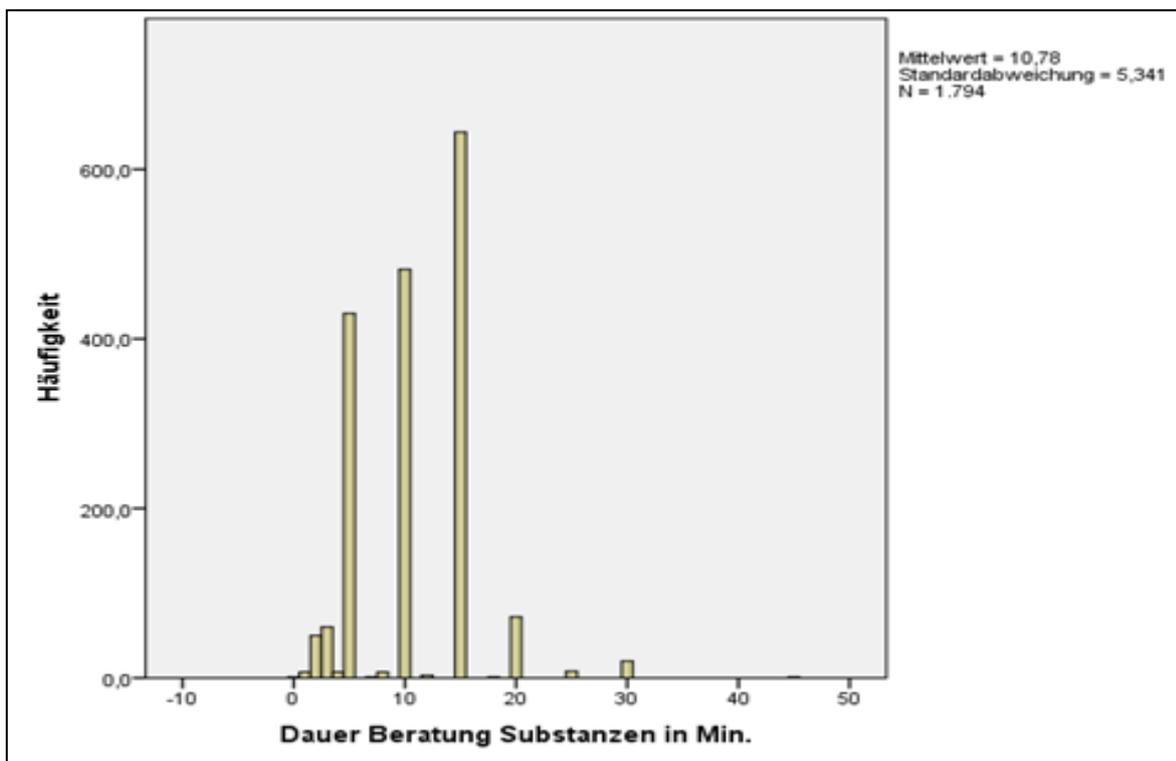


Abbildung 5: Verteilung der Dauer der Gespräche über Substanzen (n= 1.794) (Angaben in absoluten Zahlen)

Screening Alkohol und Tabak

Geht man zunächst von den festgelegten Screening-Cutoff-Werten eines riskanten Konsums aus (Tabak = 1; Alkohol = 1) ergibt sich folgendes Bild: Von den 1.858 gescreenten Frauen rauchten 35,2% (653) Zigaretten; 7,0% (130) tranken zudem Alkohol (zunächst unabhängig vom Schwangerschaftszeitpunkt) (vgl. Abbildung 6).

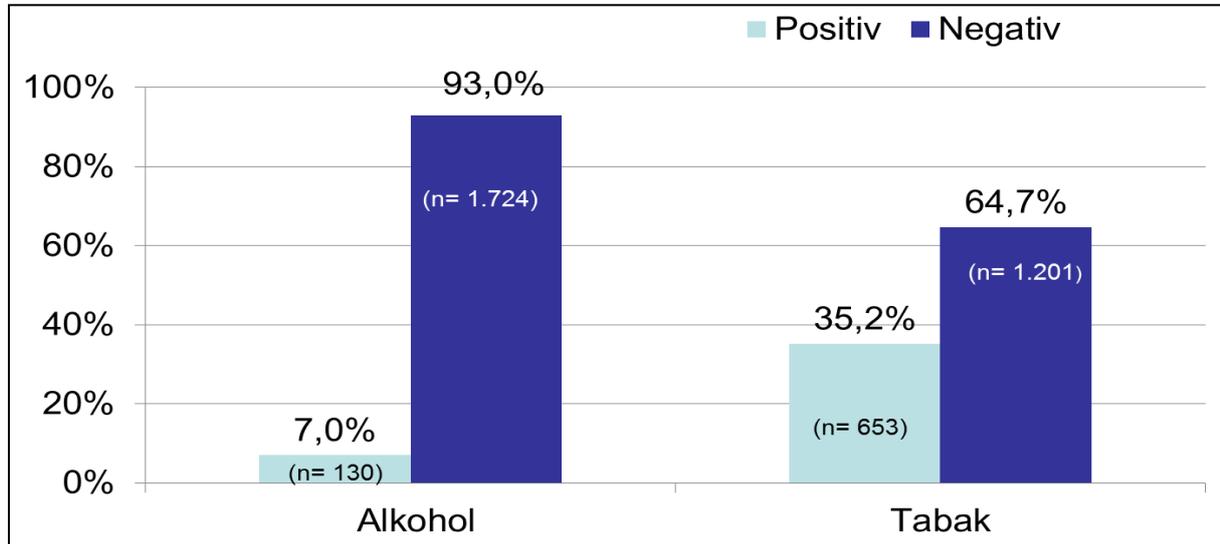


Abbildung 6: Ergebnisse Alkohol- und Tabakscreening Gesamtstichprobe (n= 1.858; missing bei Alkohol n= 4, bei Tabak n= 3) (Angaben in Prozent)

In Bezug auf die unterschiedlichen Standorte zeigt sich bei den positiven Screenings folgende Verteilung (vgl. Abbildung 7):

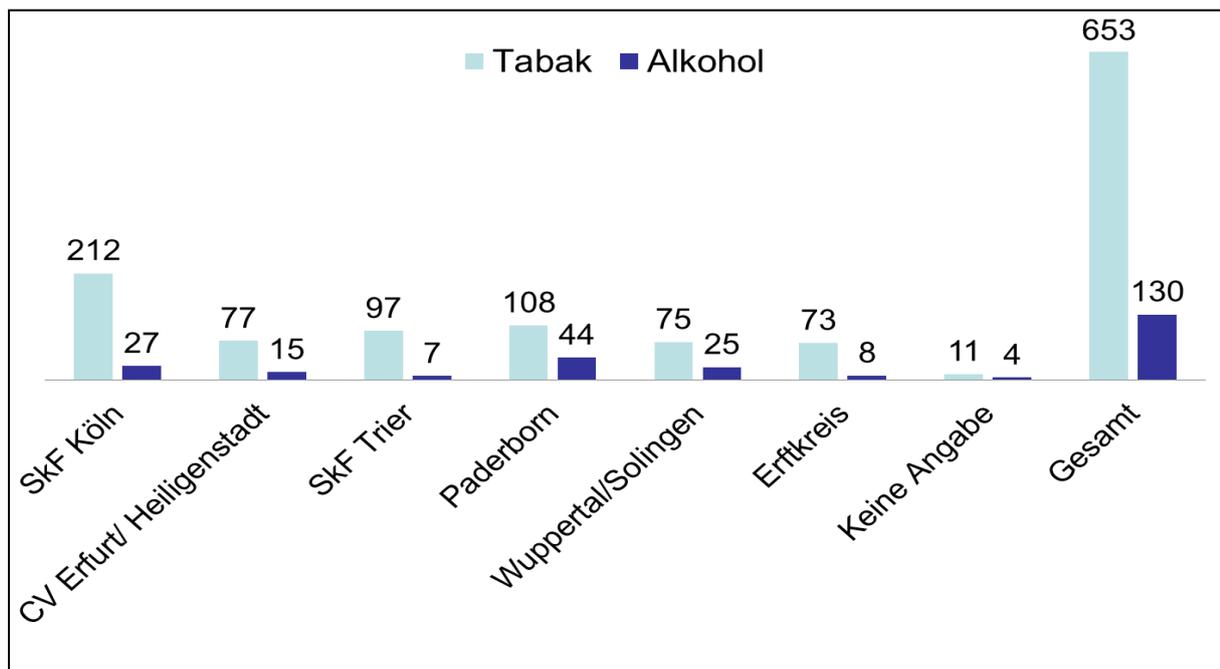


Abbildung 7: Ergebnisse Alkohol- und Tabakscreening Standortspezifisch (n= 1.858; missing bei Alkohol n= 4, bei Tabak n= 3) (Angaben in absoluten Zahlen)

Die Stichprobe und das Screeninginstrument ermöglichen eine differenzierte Betrachtung des Alkoholkonsums der befragten Frauen, je nachdem ob sie während oder aber vor der aktuellen Schwangerschaft Alkohol tranken oder Zigaretten rauchten. Denn hier ist zu berücksichtigen, dass einige Frauen, welche die Schwangerschaftsberatungsstellen besuchten, bereits entbunden hatten und einige wiederum mit Feststellung ihrer Schwangerschaft ihren Konsum einstellten. Geht man von den Screeningergebnissen aus, so haben insgesamt 20 Frauen während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert und 111 Frauen vor der Schwangerschaft bzw. vor Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft. In Bezug auf Tabak gaben 416 Frauen an aktuell während der Schwangerschaft zu konsumieren und 248 bis zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Schwangerschaft (vgl. Abbildung 8).

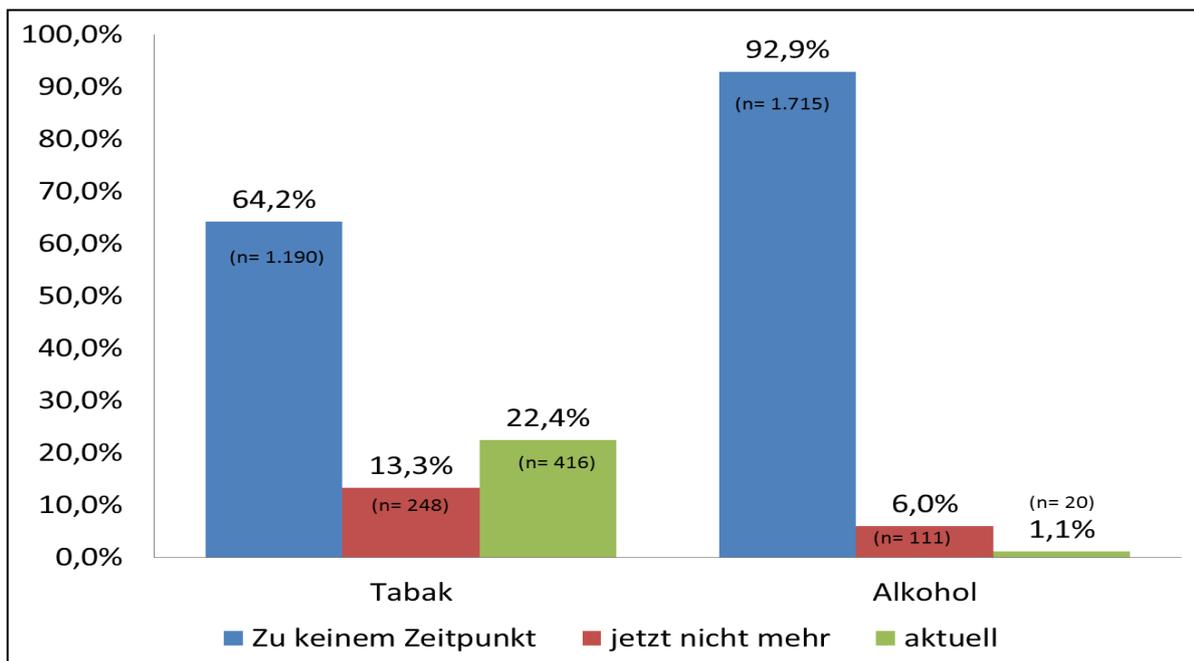


Abbildung 8: Ergebnisse Alkohol- und Tabakkonsum (n= 1.858; missings bei Alkohol n= 12, bei Tabak n= 4) (Angaben in Prozent)

Methoden bei positivem Screening

- *Austeilen der Psychoedukativen Materialien*

Insgesamt wurden an 30,3% (n= 563) die psychoedukativen Materialien (im Projekt verwendet: Broschüren der BZgA) ausgegeben. Davon erhielten 483 Frauen (85,8%) die Broschüre beim Erstkontakt und 80 Frauen (14,2%) im Folgekontakt.

- *Durchführung der motivierende Kurzberatung*

Bei 611 Frauen (32,8% aller positiv gescreenten) wandten die Berater/-innen Methoden der motivierenden Gesprächsführung und Kurzberatung an. Bei 451 Frauen wurde diese Methode im Erstkontakt, bei 160 Frauen im Folgekontakt angewendet.

- **Übergang zur Präventionsberatung**

Bei 303 (16,3%) aller positiv gescreenten Frauen erfolgte ein Hinweis bzw. eine Empfehlung zur weitergehenden, konsumorientierten Präventionsberatung. Bei 228 Frauen wurde dies bereits im Erstkontakt geraten und bei 75 Frauen im Folgekontakt.

- **Reaktionen positiv gescreenter Klientinnen auf Interventionsbausteine**

Die Berater/-innen schätzten die Reaktionen aller positiv gescreenten Frauen auf die o.g. einzelnen Interventionsbausteine wie folgt ein:

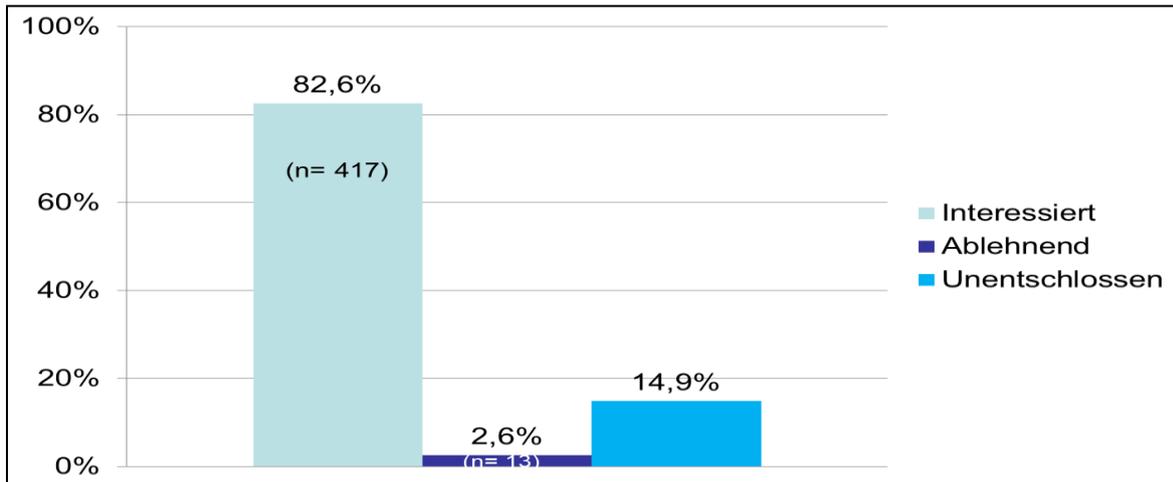


Abbildung 9: Reaktion auf das Screening (n= 505; missings n= 234) (Angaben in Prozent)

Insgesamt reagierten aus Sicht der Berater/-innen 82,6% Klientinnen positiv / interessiert und nur 2,6% ablehnend auf das Screening (vgl. Abbildung 9). Auch auf die einzelnen Standorte bezogen zeigt sich, dass die Reaktion auf das Screening mehrheitlich positiv eingeschätzt wird (vgl. Abbildung 10).

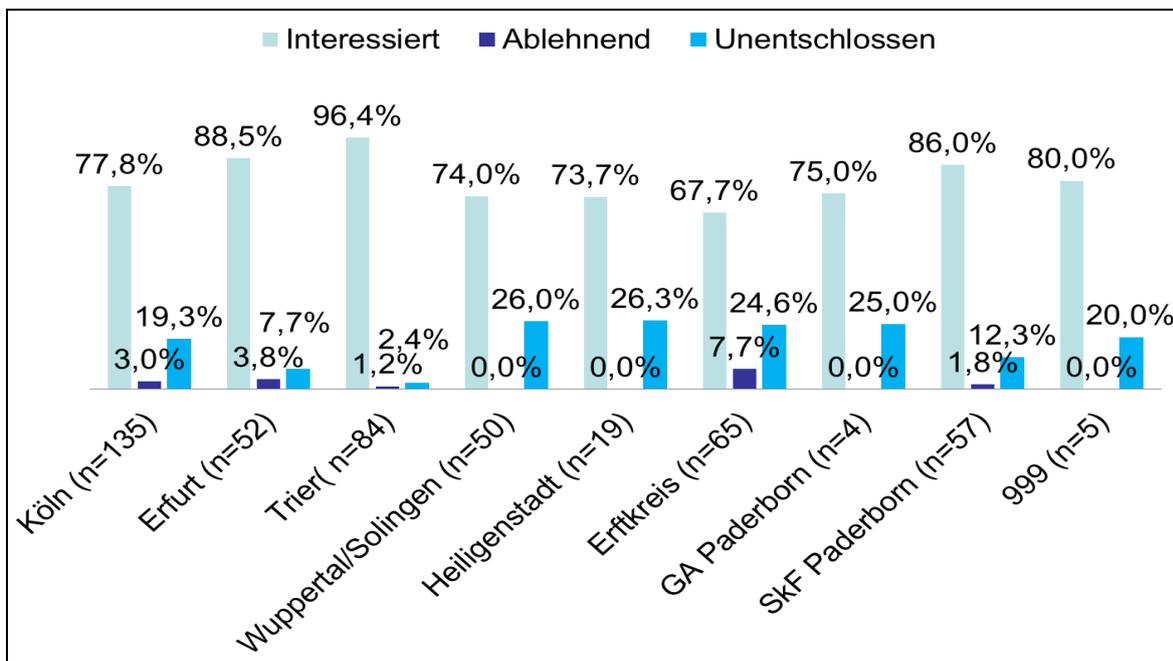


Abbildung 10: Standortspezifische Reaktion auf das Screening (n= 505; missings n= 234) (Angaben in Prozent)

Auch die Reaktionen auf die psychoedukativen Materialien wurden sowohl im Allgemeinen (vgl. Abbildung 11) als auch standortspezifisch (vgl. Abbildung 12) als positiv eingeschätzt.

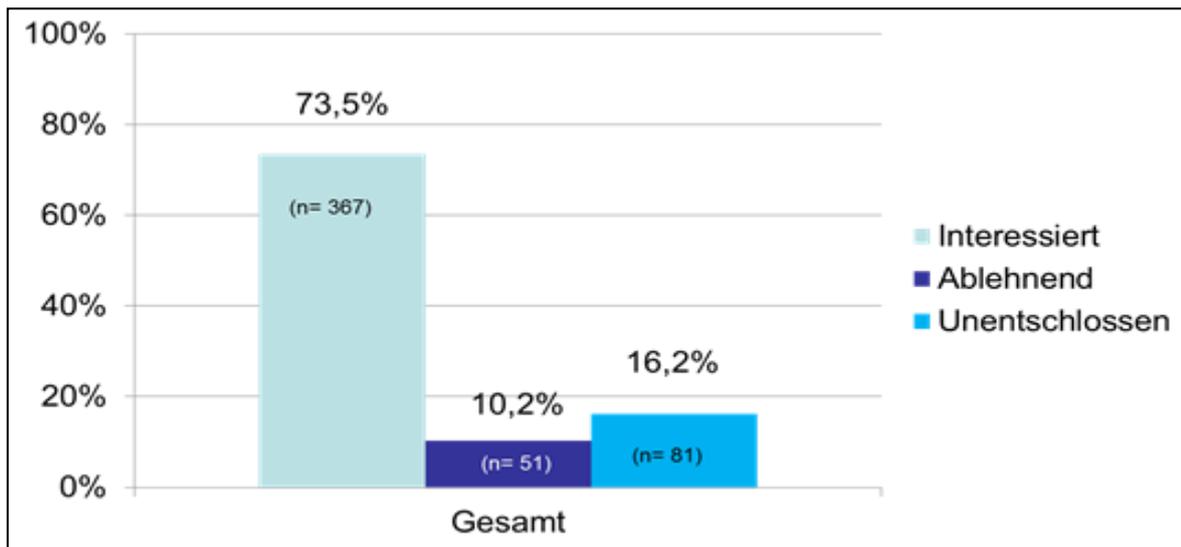


Abbildung 11: Reaktion auf das psychoedukative Material (n= 499; missings n= 240) (Angaben in Prozent)

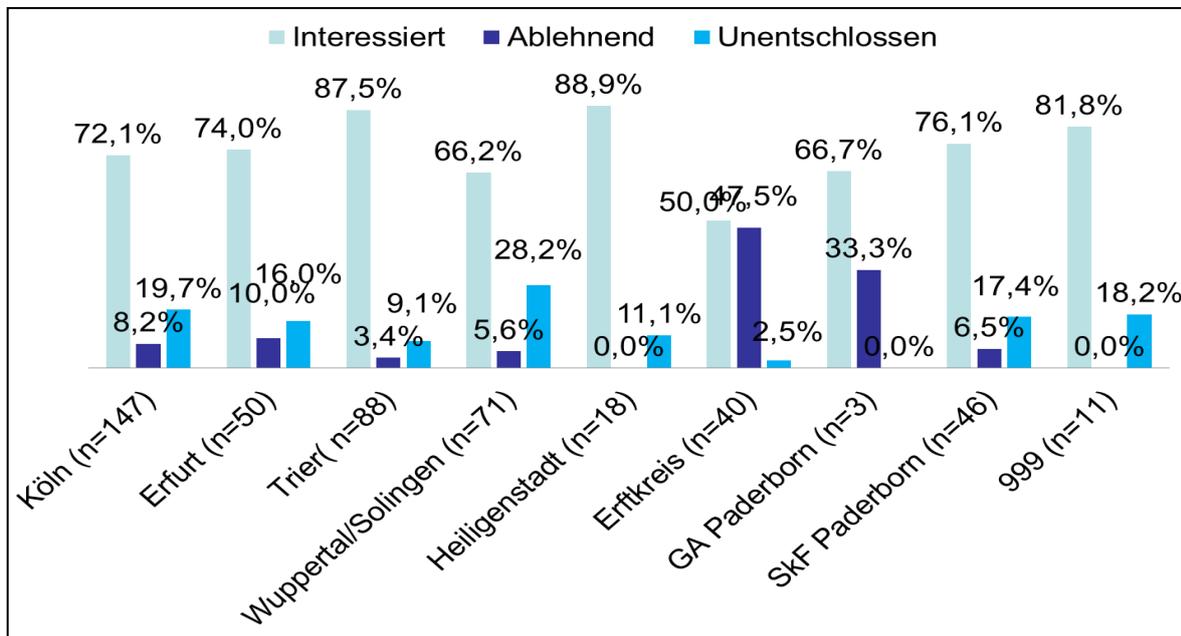


Abbildung 12: Standortspezifische Reaktion auf das psychoedukative Material (n= 499; missings n= 240) (Angaben in Prozent)

Die motivierenden Kurzinterventionen wurde wie die beiden Interventionsbausteine zuvor mehrheitlich interessiert von den Klientinnen aufgenommen (vgl. Abbildung 13 und Abbildung 14).

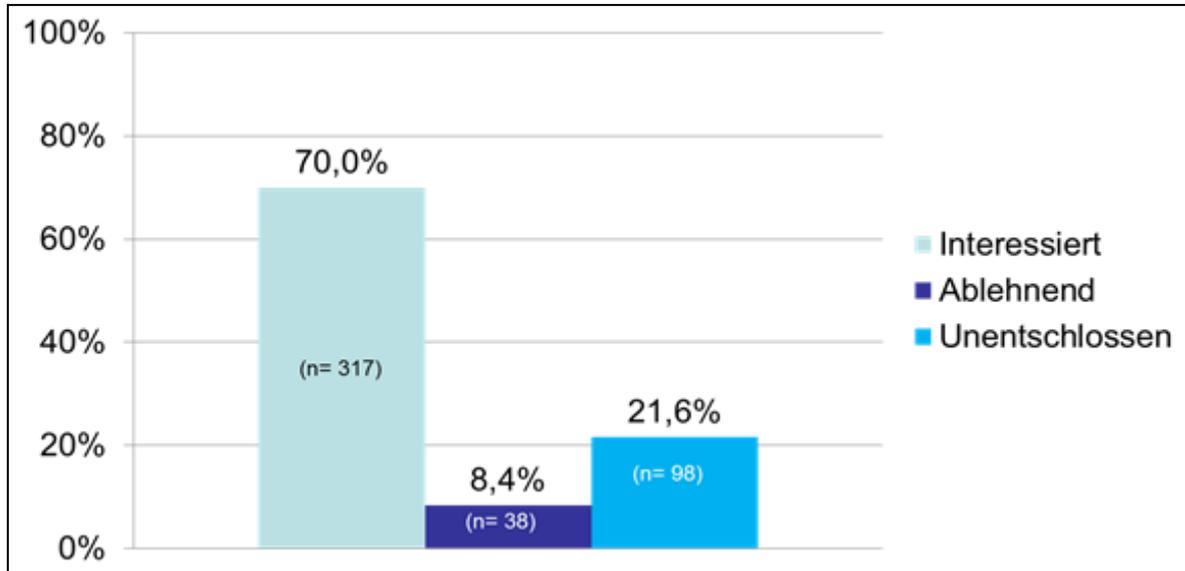


Abbildung 13: Reaktion auf die motivierende Kurzintervention (n= 453; missings n= 286) (Angaben in Prozent)

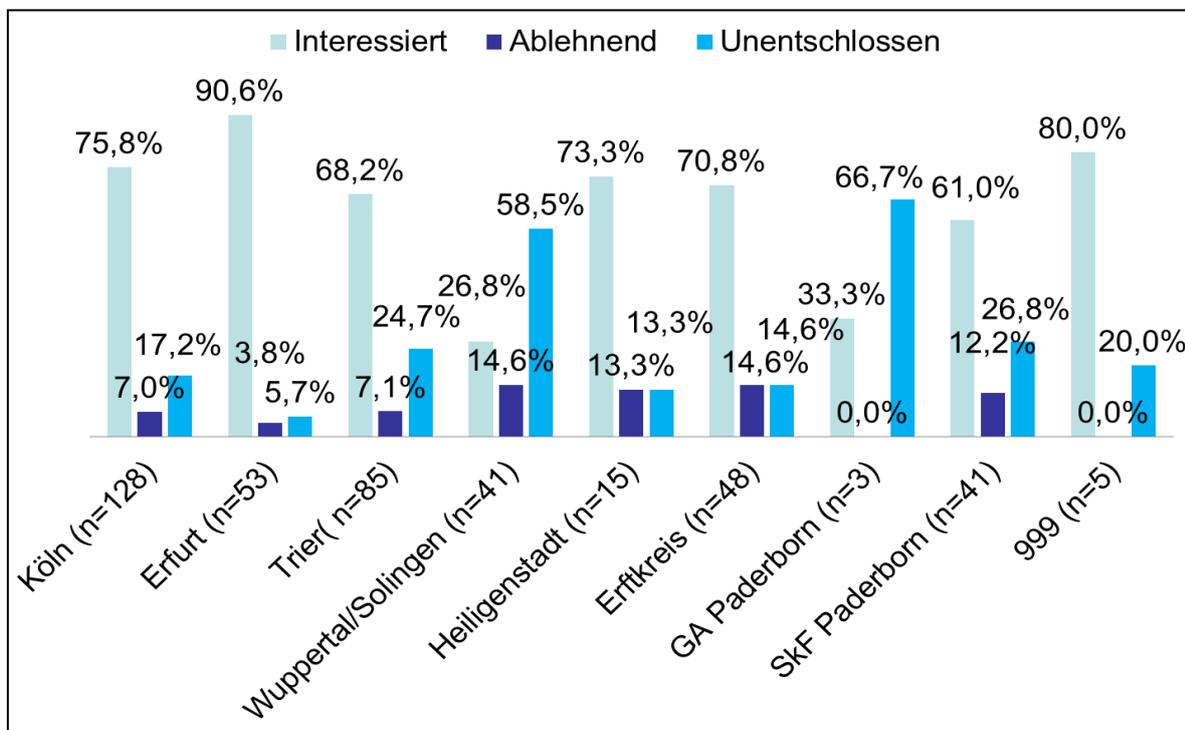


Abbildung 14: Standortspezifische Reaktion auf die motivierende Kurzintervention (n= 453; missings n= 286) (Angaben in Prozent)

Im Gegensatz zu den vorgenannten konsumbezogenen Kurzinterventionen, die im Projekt-
 rahmen in die klassische Schwangerschaftsberatung eingebettet wurde, war hingegen die
 Klientinnenreaktion auf eine Überleitung zur Präventions-/Suchtberatung aus Berater/
 innensicht eher ablehnend (44%) bzw. unentschlossen (27%). Allerdings liegt hier in den
 Dokumentationsbögen eine relativ hohe Anzahl an Missings von n= 432 vor (vgl. Abbildung
 15).

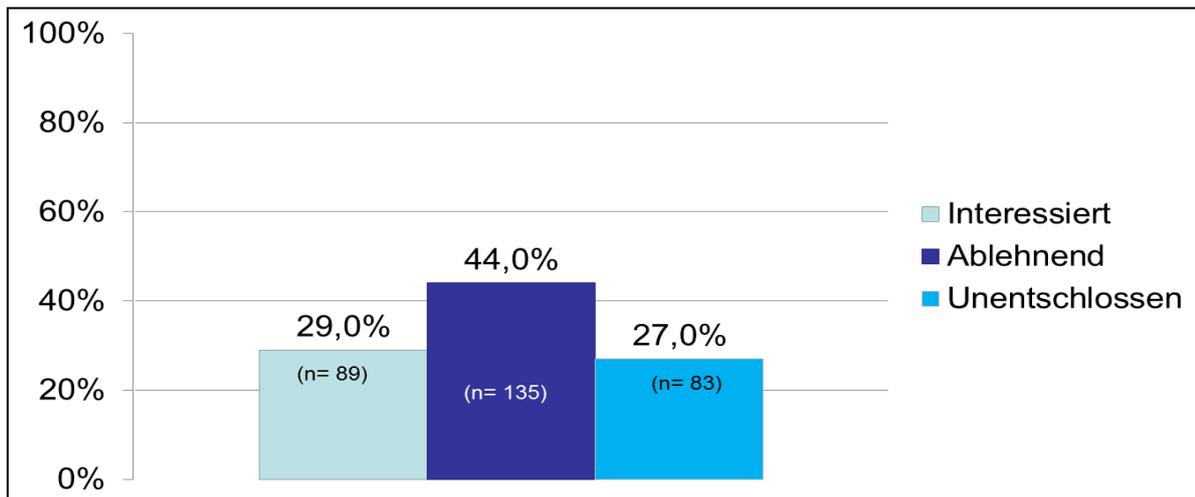


Abbildung 15: Reaktion auf die motivierende Kurzintervention (n= 307; missings n= 432) (Angaben in Prozent)

Auch standortspezifisch waren hier die Reaktionen mehrheitlich ablehnend bzw. unentschlossen (vgl. Abbildung 16).

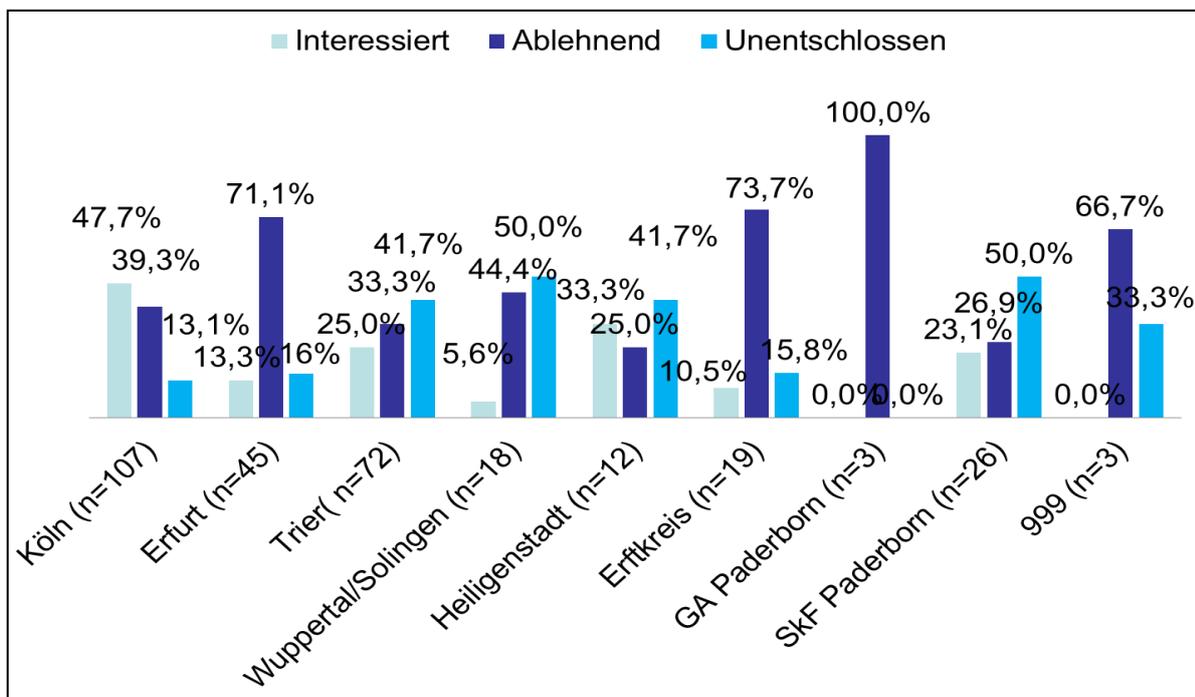


Abbildung 16: Standortspezifische Reaktion auf die motivierende Kurzintervention (n= 307; missings n= 432) (Angaben in Prozent)

Methoden bei positivem Alkohol Screening

Insbesondere mit Blick auf die durch die Berater/-innen eingeschätzte Wirkung der Methoden wird im Folgenden der Einsatz der Interventionsbausteine bei einem positiven Alkohol-Screening analysiert. Im Erstkontakt wurde bei auf Alkohol positiv gescreenten Frauen mit 78,5% (n= 84) am häufigsten die Motivierende Kurzberatung eingesetzt. Bei 25,2% (n= 27) wurde der Übergang zur Präventionsberatung empfohlen und bei 19,6% (n= 21) das psychoedukative Material ausgegeben (vgl. Abbildung 17). Im Folgekontakt zeigen sich ähnliche Mehrheiten. Auch hier wird mit 79,4% (n= 27) am häufigsten die Motivierende Kurzberatung eingesetzt (vgl. Abbildung 18).

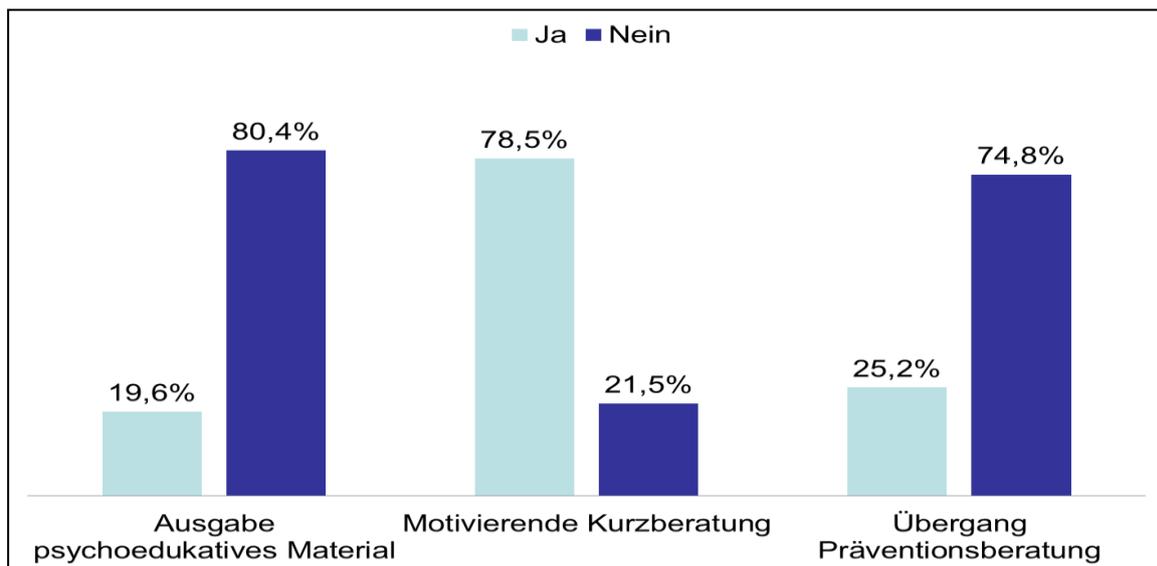


Abbildung 17: Methoden bei Erstkontakt bei positivem Alkoholscreening (n= 107; missings n= 32) (Angaben in Prozent)

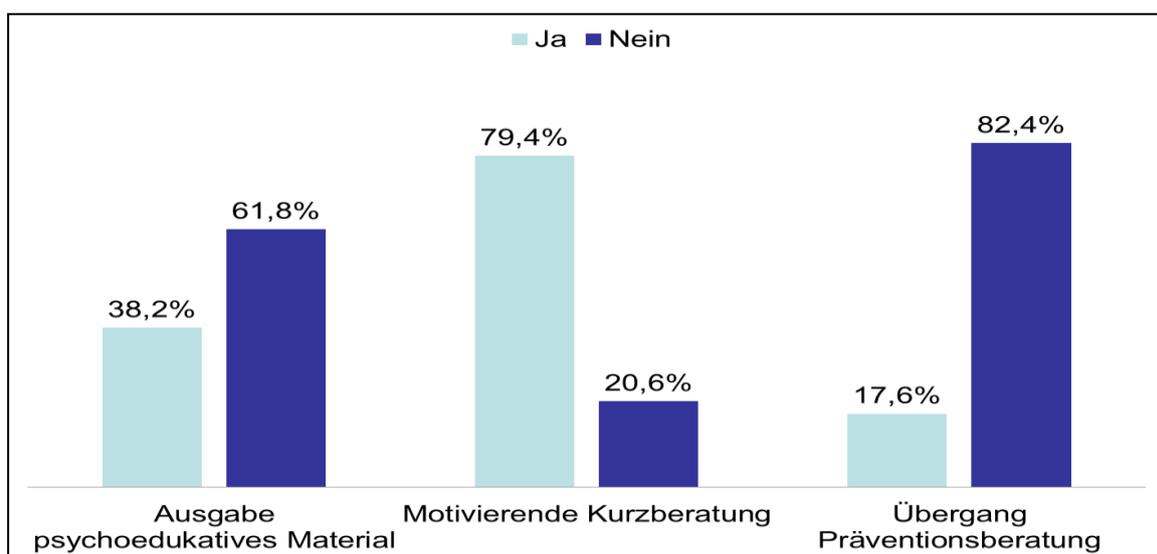


Abbildung 18: Methoden bei Folgekontakt bei positivem Alkoholscreening (n= 34; missings n= 105) (Angaben in Prozent)

Aus der Sicht der Berater/-innen reagierten die Klientinnen mehrheitlich interessiert mit 89,4% (n= 84 von 94; missing n =45) auf das Screening, mit 76,5% (n= 65 von 85; missing n= =54) auf das psychoedukative Material und mit 72,7% (n= 56 von 77; missing n= 62) auf die Motivierende Kurzberatung. Lediglich mit Bezug auf die Empfehlung Übergang zur Präventionshilfe reagierten die Klientinnen mit 50% (n= 19 von 38; missing n=101) ablehnend und mit 23,7% unentschlossen (n= 9 von 38; missing n= 101) (vgl. Abbildung 19).

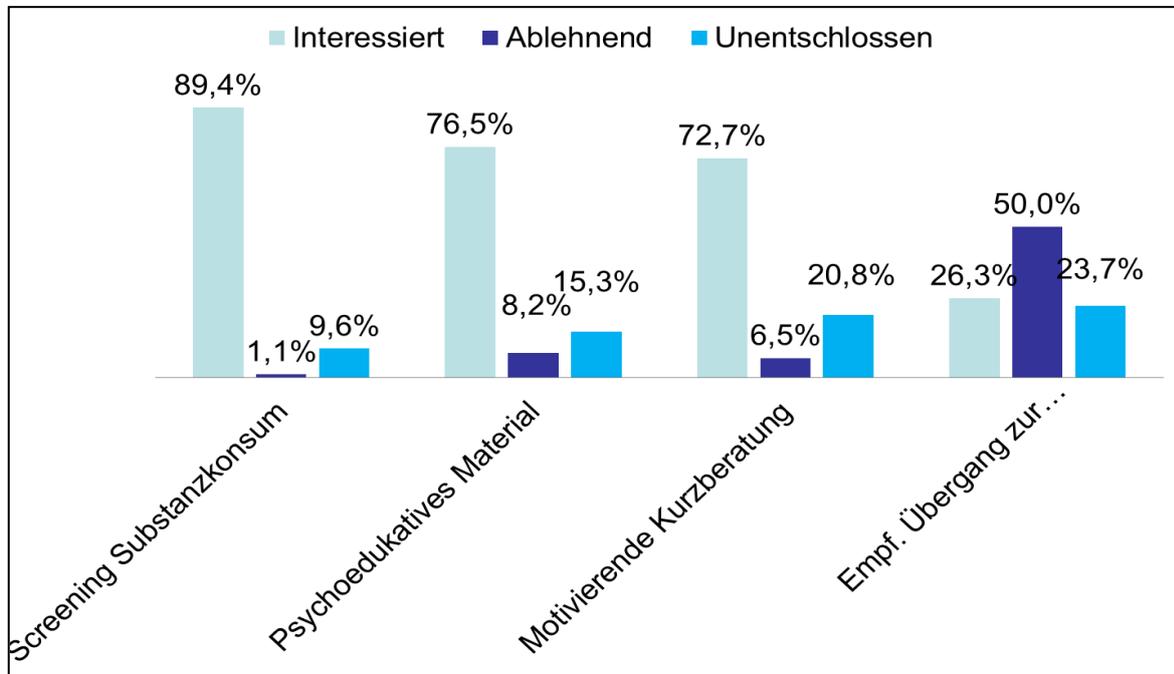


Abbildung 19: Reaktionen auf Interventionsbausteine positivem Alkoholscreening (Angaben in Prozent)

Zur eingeschätzten Wirkung der eingesetzten Methoden wird beschrieben, dass 73,7% (n= 28) den Konsum eingestellt haben und 10,5% (n= 4) unverändert weiter konsumieren und derzeit dies nicht ändern können oder möchten (vgl. Abbildung 20).

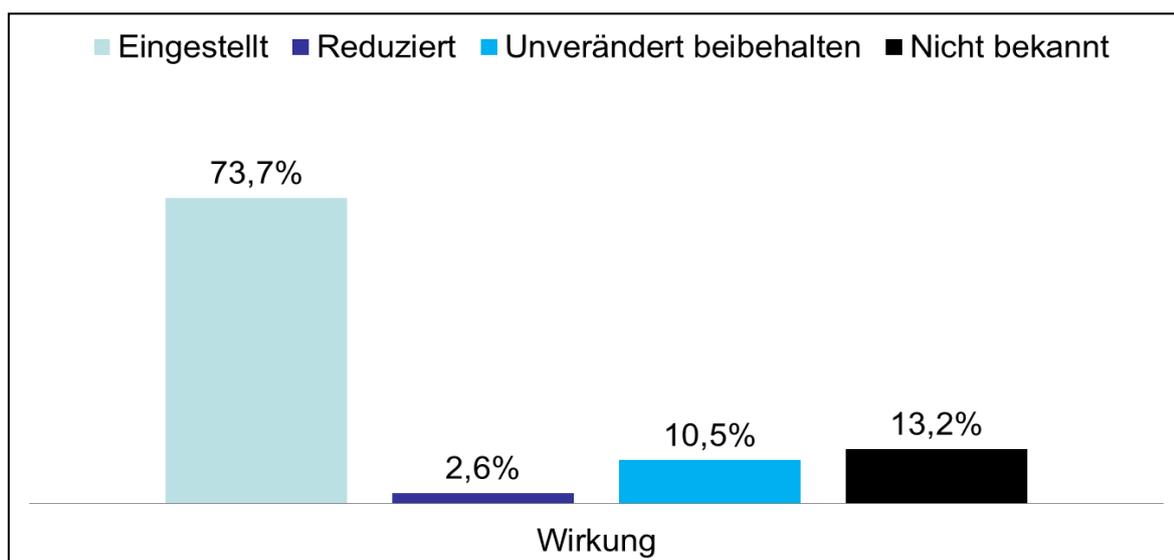


Abbildung 20: Eingeschätzte Wirkung der Methoden (n= 38; missings n= 101) (Angaben in Prozent)

Abschließend haben die Berater/-innen bewertet, ob die Methoden bei verändertem Konsum hilfreich waren. Dabei wird insbesondere die Motivierende Kurzberatung mit 87,1% (n= 27) als hilfreich empfunden. Die Empfehlung zum Übergang zur Präventionsberatung wird mit 93,5% (n= 29) überwiegend als nicht hilfreich bei der Veränderung des Konsumverhaltens gesehen.

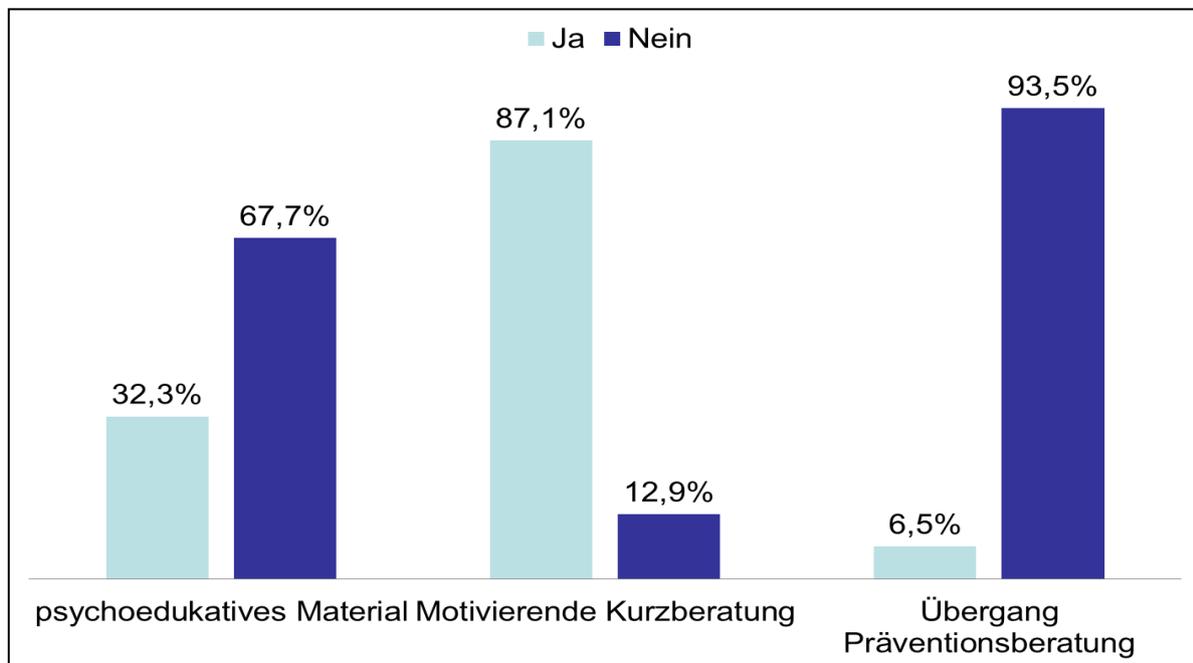


Abbildung 21: *Einschätzung, ob Interventionen hilfreich waren beim konsumverändernden Verhalten (n= 31; missings n= 101) (Angaben in Prozent)*

Methoden bei positivem Tabak Screening

Beim Einsatz der Methoden bei positivem Tabak-Screening zeigt sich insgesamt ein anderes Bild als bei positivem Alkohol-Screening. Im Erstkontakt wurde mit 82,2% (n= 461) am häufigsten das psychoedukative Material ausgegeben. Die Motivierende Kurzberatung wurde bei 76,8% (n= 431) eingesetzt und der Übergang zur Präventionsberatung lediglich bei 40,4% (n= 226) (vgl. Abbildung 22). Kaum Abweichungen in den Mehrheitsverteilungen zeigen sich auch beim Einsatz der Methoden im Folgekontakt, wobei hier eine größere Anzahl an Missings (n= 491) zu verbuchen ist (vgl. Abbildung 23).

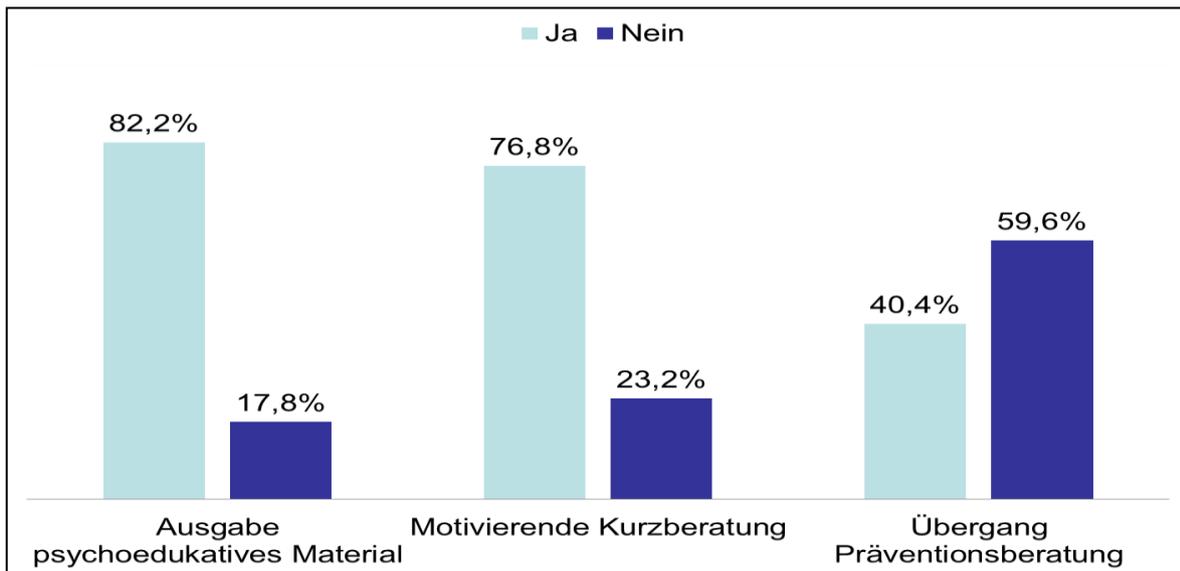


Abbildung 22: Methoden bei Erstkontakt bei positivem Tabakscreening (n= 561; missings n= 133) (Angaben in Prozent)

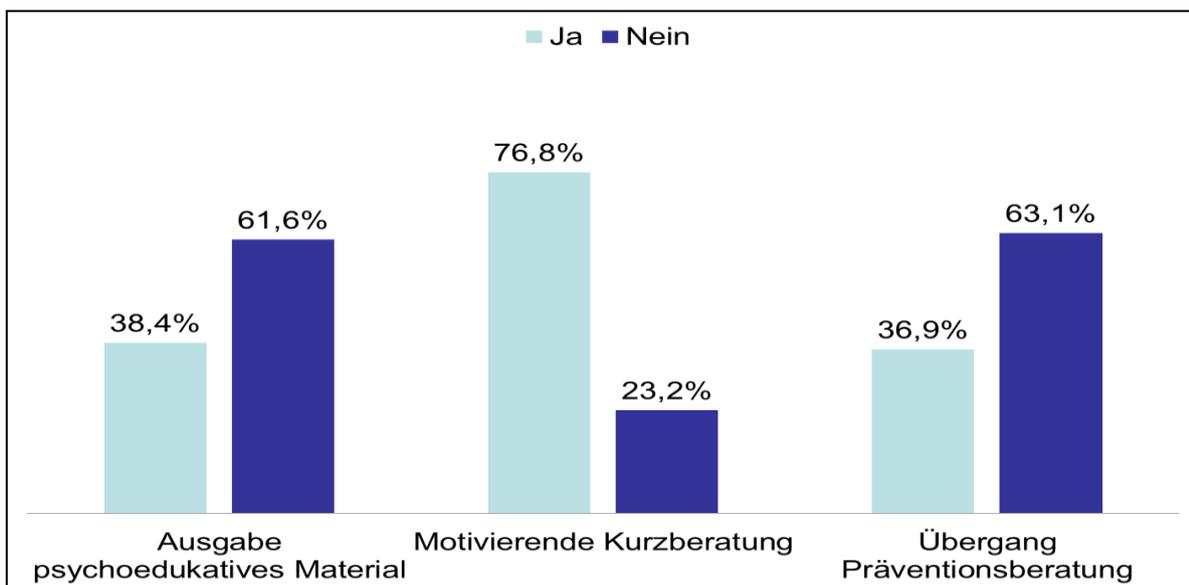


Abbildung 23: Methoden bei Folgekontakt bei positivem Tabakscreening (n= 203; missings n= 491) (Angaben in Prozent)

Aus der Sicht der Berater/-innen reagierten die auf Tabakkonsum positiv gescreenten Klientinnen auf die Interventionsbausteine mehrheitlich interessiert, wobei auch hier die Reaktion auf die Empfehlung hin zur Präventionsberatung mit 43% (n= 129 von 300; missing n= 394) eher mit ablehnenden Reaktionen interpretiert wurden (vgl. Abbildung 24).

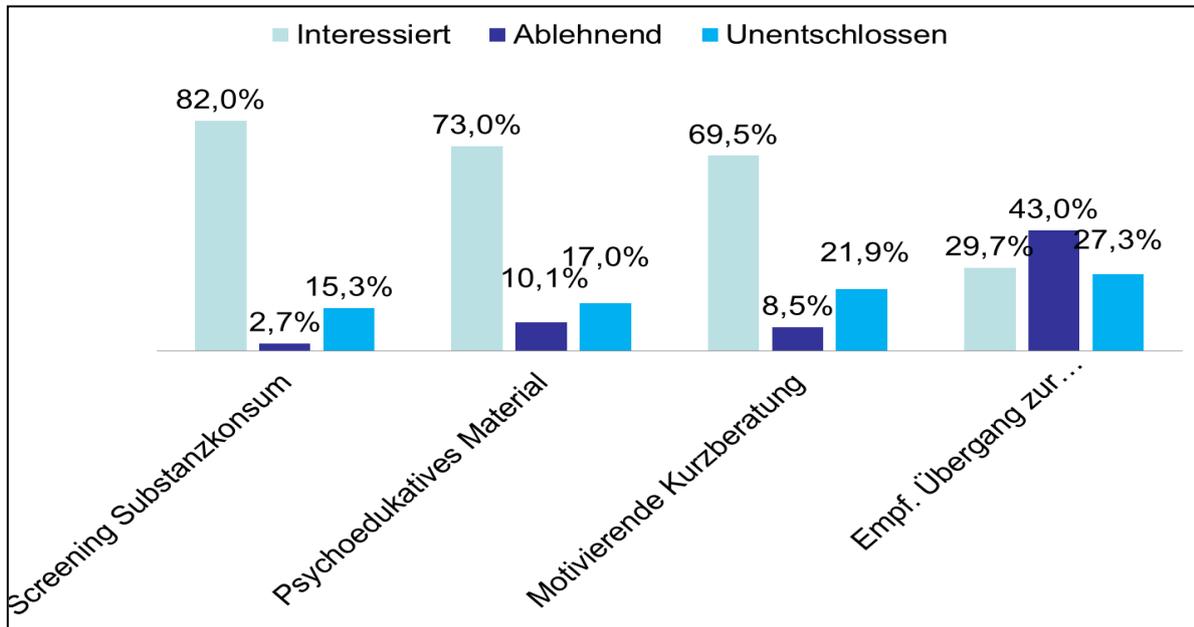


Abbildung 24: Reaktionen auf Interventionsbausteine bei positivem Tabakscreening (Angaben in Prozent)

Mit Blick auf Tabakkonsum wird die Wirkung der eingesetzten Methoden mit 41,5% (n= 93 von 224; missing n= 470) eher in Richtung Konsumreduzierung gedeutet. Bei 13,8% (n= 31 von 224; missing n= 470) wurde nach Angaben der Berater/-innen der Konsum gestoppt und bei 20,1% (n= 45 von 224; missing n= 470) wird angegeben, dass diese ihren Konsum unverändert beibehalten haben derzeit nicht aufhören können oder wollen (vgl. Abbildung 25).

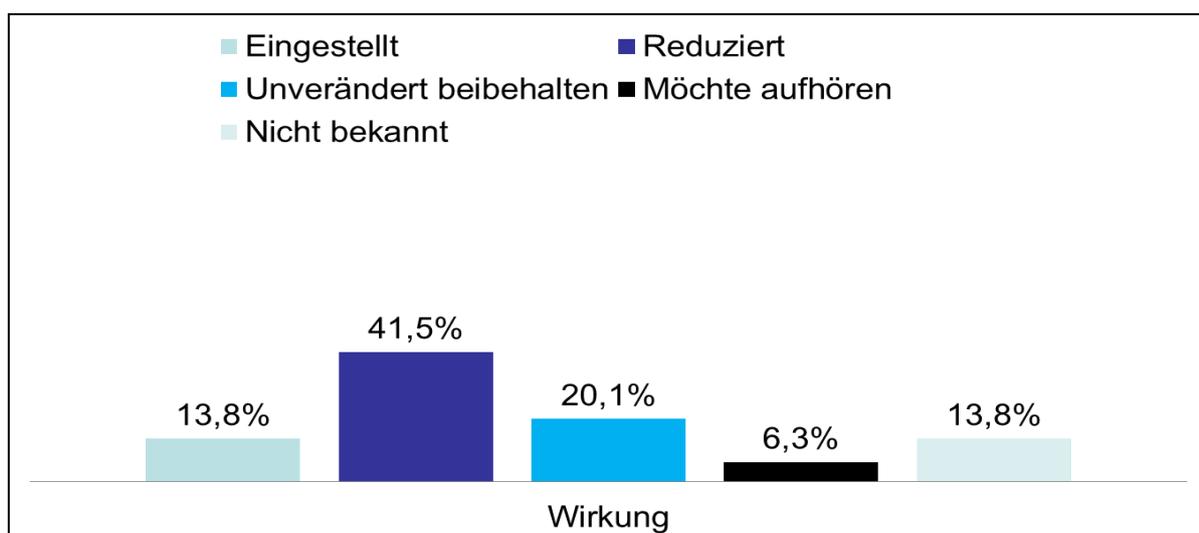


Abbildung 25: Eingeschätzte Wirkung der Methoden (n= 224; missings n= 470) (Angaben in Prozent)

Bei der Bewertung, welche Interventionbausteine bei der Veränderung des Tabakkonsumverhaltens hilfreich waren, zeigt sich ein ähnliches Bild wie mit Bezug auf verändertem Alkoholkonsum (vgl. Abbildung 21). Auch hier wird die Motivierende Kurzberatung mit 78,7% (n= 115) als hilfreiches Vorgehen bewertet. Die Empfehlung für einen Übergang zur Präventionsberatung wird mit 10,3% (n= 15) auch hier eher als nicht hilfreich empfunden (Abbildung 26).

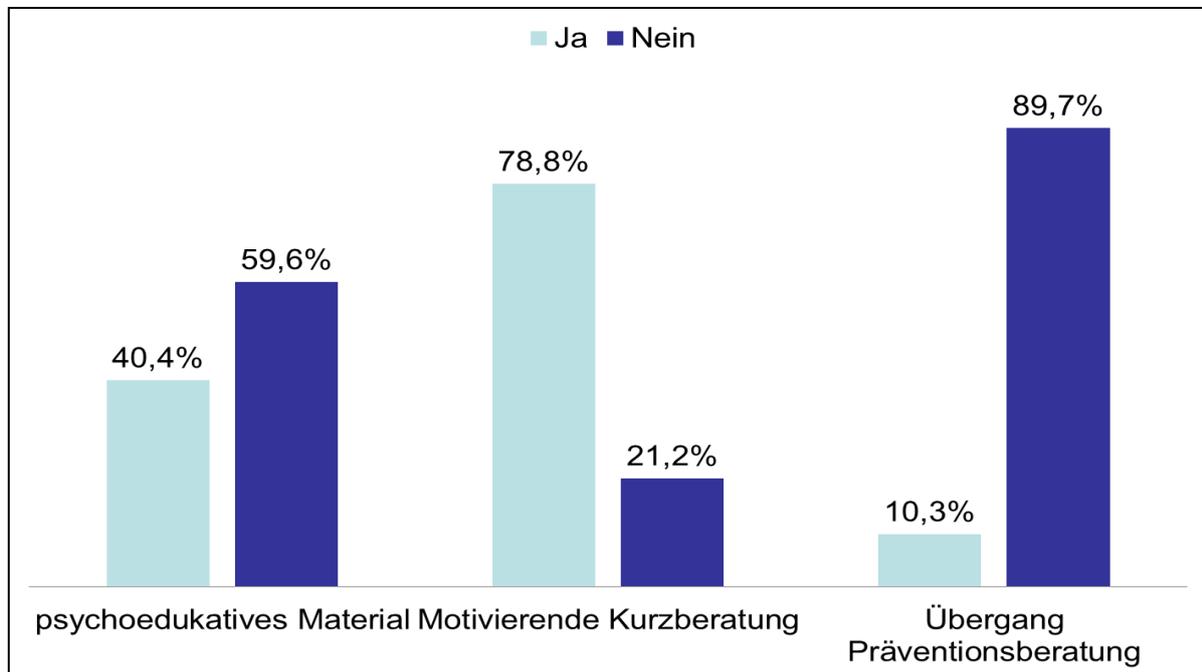


Abbildung 26: Einschätzung, ob Interventionen hilfreich waren beim konsumverändernden Verhalten (n= 146; missings n= 548) (Angaben in Prozent)

Weiteres Interventionsgeschehen

Mit Bezug auf alle positive gescreenten Klientinnen erfolgte bei 49% (n= 247; Missings n= 142) kein Folgekontakt. Lediglich 18 Frauen wurden zur Präventionsberatung wissentlich überwiesen.

6.2 Ergebnisse zu den Mehr MUT!- Kursen

Die Schulungen zu dem „Mehr MUT!“-Angebot wurden an den Standorten Paderborn, Erfurt, Trier und Frechen evaluiert, deren Ergebnis in Abbildung 27 dargestellt ist.

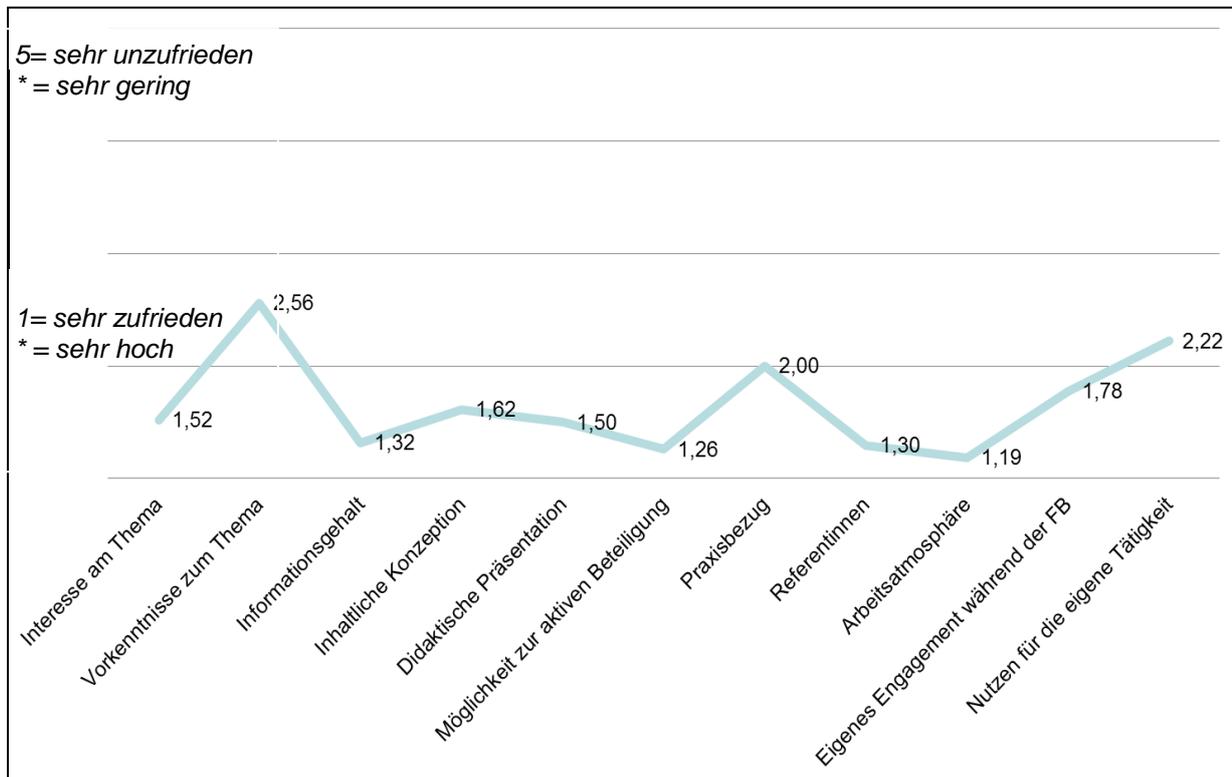


Abbildung 27: Quantitative Ergebnisanalyse der „Mehr MUT!“-Fortbildungen (N= 27) (Angabe der Mittelwerte)

Es zeigt sich insgesamt eine sehr hohe Zufriedenheit hinsichtlich der inhaltlichen und didaktischen Vermittlung bei gleichzeitig nur durchschnittlichen thematischen Vorkenntnissen. Immer noch im guten Bereich, aber etwas schlechter wurde der Praxisbezug sowie der Nutzen für die eigene Tätigkeit bewertet; bei qualitativen Rückfragen zu diesem Ergebnis zeigten sich im Wesentlichen noch offene Fragen zu Möglichkeiten der Realisierung und Implementierung des Erziehungskompetenztrainings im eigenen Setting.

Auf die Darstellung der Ergebnisse zum Prä-Post-Design bei durchgeführtem Training wird aufgrund der noch kleinen Stichprobengröße (insgesamt N= 14 teilnehmende Frauen mit vollständigen Datensätzen) an dieser Stelle verzichtet; geplant sind die Durchführung weiterer Kurse mit entsprechender Begleitevaluation zwecks Gewinnung aussagekräftiger Ergebnisse zur Wirksamkeit des „Mehr MUT!“-Angebots.

6.3 Projektevaluation aus Sicht der Kooperationspartner

Zum Projektende haben die Kooperationspartner (Ausnahme: SkF e.V. Köln)² die Umsetzung der Interventionsbausteine am eigenen Standort wie in der Grafik (Abbildung 28) dargestellt bewertet³:

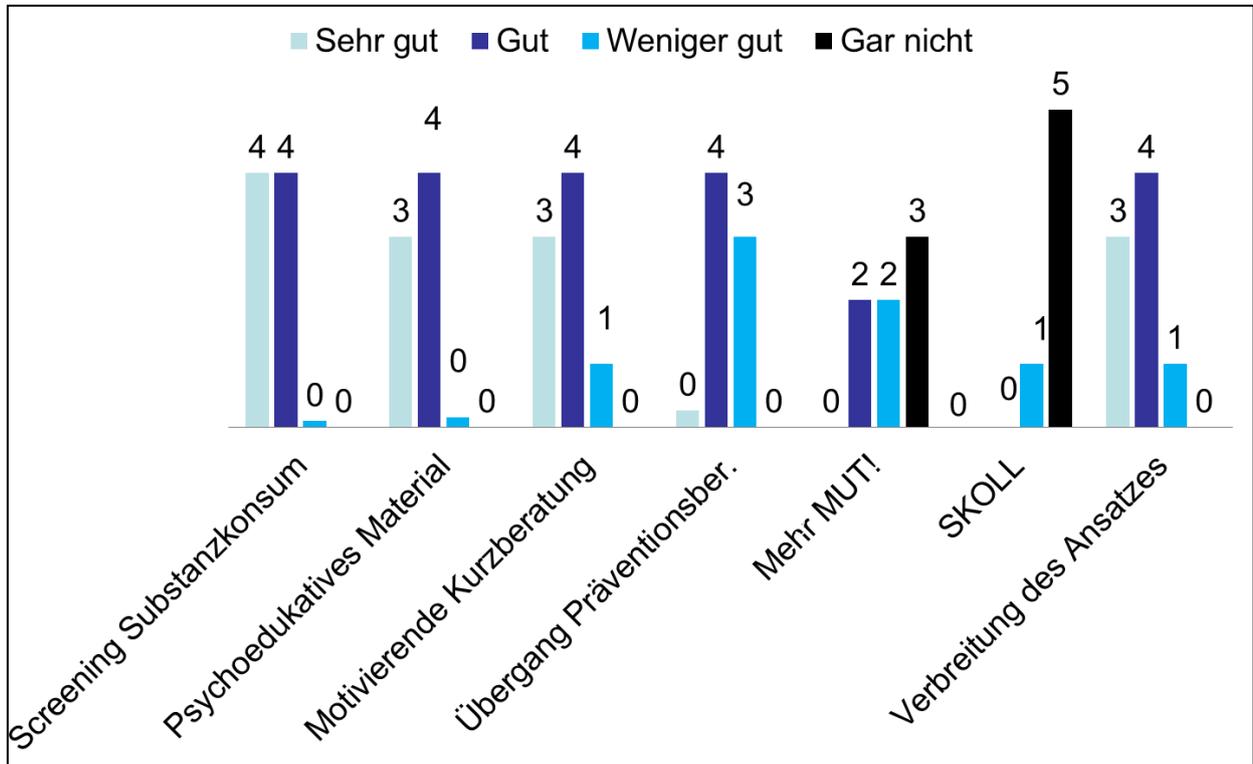


Abbildung 28: Bewertung der Umsetzbarkeit der Interventionsbausteine an den Standorten (N= 9) (Angaben in absoluten Zahlen)

Insgesamt wurden die Bausteine Screening, psychoedukatives Material und Motivierende Kurzberatung als gut bis sehr gut in der Umsetzung bewertet. Der Übergang zur Präventionsberatung ließ sich gut bis weniger gut umsetzen. Unterschiedlich sehen die Erfahrungen mit Bezug auf Mehr MUT! aus. Das Angebot SKOLL ließ sich bei den Projektpartnern mehrheitlich nicht umsetzen.

² Als Kooperationspartner erfolgt durch den SkF-Köln eine Gesamtbewertung des Projektes innerhalb des Berichtes, weswegen auf eine zusätzliche Auswertung verzichtet wurde.

³ Je nach Standortaufteilung kommen einige Standorte mehrfach in der Bewertung vor.

6.4 Erfahrungen zu onlinegestützten Zugangswegen

Als weiterer Interventionsbaustein wurden verschiedene onlinegestützte Zugangswege genutzt. Auf Grund unterschiedlicher Anbieter und Nutzerbedingungen kann eine dezidierte statistische Auswertung auf Grundlage von Zugriffsstatistiken an dieser Stelle nicht erfolgen. Von daher werden hier die Nutzererfahrungen mit den unterschiedlichen Medien kurz geschildert.

www.lotsin.de

Wie beschrieben, wurde eine eigene Präventionsseite innerhalb des Online-Auftritts der KATHO-NRW eingerichtet. Über dieses Angebot erfolgten insgesamt lediglich zwei Beratungsanfragen, die mit Hinweis auf mögliche Ansprechpartner bearbeitet wurden. Die Zugriffszahlen der Projektseite Lotsin im Einsatzzeitraum vom 30.10.13 (Freischaltung der Homepage) bis 30.06.14 (Ende des Projektes) wurde von der internen EDV-Abteilung der Katholischen Hochschule NRW ausgewertet. Dabei wurden insgesamt 69 Besucher/-innen gezählt. Die höchsten Zugriffszahlen an einem Tag (8 Besucher) resultierten aus der zeitgleichen Beitragserstellung innerhalb einschlägiger Foren (vgl. Abbildung 29). Ein ähnlicher Effekt konnte trotz weiterer Forenbeiträge nicht erreicht werden.

[Facebook.de](https://www.facebook.de)

Inhaltlich identisch zur Website www.lotsin.de wurde über Facebook eine weitere Website unter dem Reiter Marke/Produkt freigeschaltet. Auf Grund unzureichender Betreuungskapazitäten im Projekt im Kontext der vorangegangenen beschriebenen Arbeiten wurde die Möglichkeit der interaktiven Nutzung durch das Erstellen von Kommentaren und ähnlichem deaktiviert. Da die Nutzungsrechte der auf der Website www.lotsin.de genutzten Bilder eingeschränkt waren, wurde auf eine optische Aufwertung durch Grafiken ebenfalls verzichtet. Die Bekanntmachung der Webseite innerhalb der facebook-community sowie eine statistische Erfassung der Zugriffsraten wäre darüber hinaus mit Kosten verbunden, die nicht im Antrag aufgeführt wurden, weshalb auch diese Form der Bekanntmachung nicht genutzt werden konnte. Es ist nicht bekannt, ob der facebook-Auftritt überhaupt von Usern genutzt wurde. Insgesamt zeigt die Erfahrung, dass für die Administration eines social media gerechten Auftritts bei facebook.de personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen fehlten sowie keine theoriebasierte Konzeption (Einsatz/Marketing von Social Media) erstellt werden konnte.

Nutzung themenspezifischer Foren

Nach einer ausführlichen Recherche möglicher Internetforen (allgemeine Schwangerschaftsforen ohne direkten Bezug auf Sucht oder Krankheit) wurden 5 einschlägige Foren angeschrieben mit der Bitte, ob auf die Webseite www.lotsin.de durch einen Foreneintrag hingewiesen werden könnte. Insgesamt stimmten zwei Foren (eltern.de; mamiweb.de) diesem Vorgehen zu. Ein weiteres Forum (babyforum.de) erklärte sich bereit, innerhalb eines eigenen Artikels⁴ auf die Webseite www.lotsin.de aufmerksam zu machen. Der Artikel wurde im Zeitraum vom 25.03.14 bis zum 09.07.14 780 Mal aufgerufen. Durch das Freischalten entsprechender Beiträge in den Foren konnten kurzfristig die Zugriffszahlen der Webseite www.lotsin.de gesteigert werden (vgl. Abbildung 29).

⁴ <http://www.babyforum.de/content/94-FAS-Beratungsangebot-FAS-Praevention-in-Schwangerschaftsberatung-und-Fruehen-Hilfen>

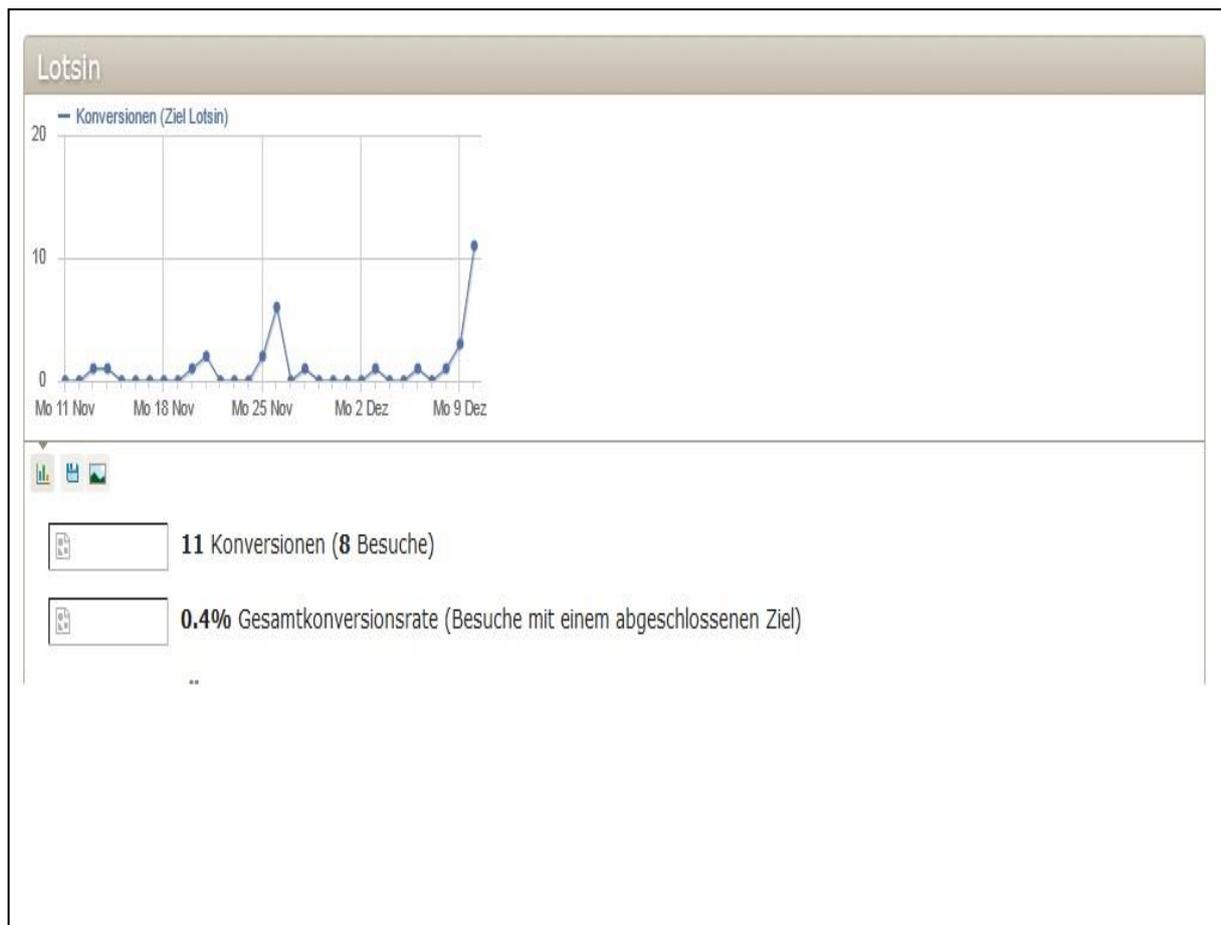


Abbildung 29: Zugriffsstatistik www.lotsin.de nach Nutzung von Foren

Im dargestellten Vorgehen sollte explorativ erprobt werden, inwiefern onlinegestützte Medien einen weiteren Zugangsweg zur Zielgruppe des Projekts eröffnen könnten. Die bisherigen Ergebnisse weisen daraufhin, dass ggf. diese Nutzung thematische Aufmerksamkeit und Interesse erzeugen könnte, jedoch nur mit einer deutlich höheren finanziellen und personellen Ausstattung. Hinsichtlich der Relation von Aufwand und Erreichbarkeit der Zielgruppe stellt sich die Nutzung vorhandener Online-Foren für Jugendliche, schwangere Frauen sowie Eltern mit dort platzierten projektbezogenen Inhalten als sinnvoller dar, als gesonderte projektbezogene Seiten und die Schaffung von Aufmerksamkeit für deren Nutzung.

Lediglich bei größeren Kampagnen wie z.B. seitens der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist hier von einer breiteren Erreichbarkeit der angesprochenen Zielgruppen auszugehen, die im Verhältnis zum inhaltlichen Aufwand steht.

7 Diskussion der Ergebnisse

Aus Sicht der Kooperationspartner werden die Ergebnisse des vorliegenden Modellprojekts sowohl in seiner Entwicklung und Erprobung (1. Förderphase) als auch in seiner Fortführung und bundesweiten Erprobung (2. Förderphase) positiv bewertet.

Wie die Evaluationsdaten belegen, wurden konsumierende Schwangere mit dem Screening, aber auch mit psychoedukativen Materialien gut erreicht. Mehrheitlich waren Schwangere, die auf einen vorhandenen Substanzkonsum in der Schwangerenberatung angesprochen wurden, bereit ihr Verhalten im Sinne des ungeborenen Kindes zu verändern. Wie schon in der ersten Modellprojektphase wurden das Screening, die motivierenden Kurzinterventionen und der Einsatz psychoedukativer Materialien in der Schwangerschaftsberatung als besonders hilfreich von den Berater/-innen wahrgenommen. Mit diesen Instrumenten wird der Substanzkonsum besprechbar; die Berater/-innen erfahren damit einen Zuwachs an Handlungskompetenzen, indem sie über die Materialien und die Gesprächsführung die betroffenen Frauen individuell erreichen können. So werden Verhaltensweisen, die in aller Regel außerhalb der eigenen Wahrnehmung („Wie kann eine Frau in der Schwangerschaft trinken und rauchen?“) artikulierbar, ohne die betroffenen Schwangeren zu belehren oder gar abzuwerten und zu beschämen.

Dabei ist einschränkend zu bemerken, dass eine Verhaltensänderung im Sinne einer Wirksamkeitsmessung an dieser Stelle nicht erfasst werden konnte, sondern die Intention zur Verhaltensänderung aus Selbstberichten der Klientinnen sowie aus Beobachtungen und Einschätzungen der Berater/-innen geschlossen wurden. Im Hinblick auf die von Schaefer et al. (2014) geforderte Erfassung von Interventionseffekten auf konkrete Verhaltensänderungen der Schwangeren ist zum vorliegenden Projekt festzuhalten, dass die durchgeführte Datenerfassung einer Einschätzung der Konsumhäufigkeit, vor allem aber der Praktikabilität des Screenings und der eingesetzten Interventionsmethoden aus Sicht der Berater/-innen diene. Es rekurriert in der Entwicklung des Interventionsmodells dabei auf internationale Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Kurzinterventionen und insbesondere Screenings bei konsumierenden Schwangeren, wenn auch der Forschungsstand diesbzgl. nach wie vor verbesserungswürdig ist: Fröschl et al. (2013) konstatieren hier zu wenige Primärstudien mit zum Teil hohen methodischen Mängeln, fassen die Ergebnisse ihrer Literaturanalyse aber zusammen als: „Hinweis darauf, dass bereits die Anwendung eines Screeninginstruments oder die Thematisierung von Alkoholkonsum zu dessen Reduktion während der Schwangerschaft führt“ (Fröschl et al., 2013, S. 23). Eine Wirksamkeitsmessung wäre im vorliegenden Projekt sowohl hinsichtlich der strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen als auch unter ethischer Perspektive, dass hier ein aussagekräftiges Kontrollgruppendesign weder realisierbar noch praxisbezogen wünschenswert gewesen wäre, nicht möglich gewesen. Das vorgelegte Projekt ist hier klassischerweise der Stufe 4 „Entwicklungsphase“ im 6-Phasen-Modell der wissenschaftlich basierten Einführung von Präventionsprogrammen (Uhl, 1997) zuzuordnen.

Die hier vorgelegten Ergebnisse zeigen in den Evaluationsergebnissen eine positive Praktikabilität, wenn auch weniger Frauen im Beratungsgespräch bzw. im Screening den Konsum von Alkohol angeben, als dies bundesweiten Zahlen erwarten lassen. Dies mag u.a. an der Tabuisierung von Substanzkonsum in der Schwangerschaft liegen, möglicherweise aber auch daran, dass tatsächlich Frauen zumindest zum Zeitpunkt des Beratungsstellenbesuchs seltener Alkohol konsumieren. Hypothetisch liegt dies ggf. am Zeitpunkt der Schwangerschaft, so dass Frauen eher in späteren Schwangerschaftswochen Hilfe aufsuchen und somit in den Schwangerschaftsberatungsstellen der Konsum in einer frühen Schwangerschaftsphase nur unzureichend erfasst wird. Weitere Studien sind hier notwendig.

Die Weitervermittlung in das System der Suchthilfe (Suchtberatung, Gruppenangebote) ist dabei, wie bereits in der ersten Modellprojektphase nur eingeschränkt und nur mit höherem Ressourcenaufwand gelungen und dann auch vornehmlich nur da, wo bereits Kooperationen

und Vermittlungswege sehr gut ausgebaut sind. Die Vermittlungsschwierigkeiten ergeben sich wesentlich daraus, dass die Schwangeren sich selbst nicht als suchtkrank empfinden und dies vielfach auch im Hinblick auf ihre Konsummenge und -geschichte nicht sind. Für die Beratung durch eine Mitarbeiterin mit Suchthilfekompetenzen innerhalb der Schwangerschaftsberatung sind sie allerdings mehrheitlich offen, so dass sich dieser veränderte Ansatz bewährt hat (z.B. Standorte Köln, Trier).

Angesichts der Probleme bei der Vorbereitung und Durchführung der Gruppenangebote wäre eine denkbare Lösung, Module aus den SKOLL und „Mehr MUT!“-Kursen z.B. für die Familienhebammen, die nach dem Bundeskinderschutzgesetz inzwischen im Bereich der Frühen Hilfen eingesetzt werden, anzupassen, um sie in der Begleitung von Schwangeren und Eltern einzusetzen. Familienzentren sollten in der frühkindlichen Betreuung und Bildung stärker für das Thema der Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern durch Substanzkonsum in der Schwangerschaft sensibilisiert werden; möglicherweise lassen sich so Frauen und Familien sensibilisieren, deren Kinder ggf. von FASD betroffen sind, die aber bisher in keinen anderen schwangerschafts- oder suchtbefugenen Hilfsstrukturen erreicht wurde. Die Umsetzung von Gruppenangeboten durch die Schwangerenberatungsstellen gestaltet sich schwierig, da in aller Regel die Beratungsstellen keiner längerfristige Begleitung von Schwangeren und Familien zur Verfügung stellen, sondern in einem oder mehreren Beratungskontakten aktuelle Probleme und Notlagen klären und sodann weiterführende Hilfen vermitteln.

Unabhängig von den Gruppenangeboten hat sich das zunächst in Köln erprobte Interventionsmodell aus Screening, Psychoedukation und Motivierenden Kurzinterventionen in der Schwangerschaftsberatung, auch an den anderen Standorten – wenn auch mit Schulungsaufwand und engem, praxisbezogenem Coaching durch die Leiterin und die Suchtexpertin der Schwangerenberatungsstelle des SkF e.V. Köln – gut implementieren und umsetzen lassen. Dabei hängt der Aufwand der Implementierung wesentlich von folgenden Aspekten ab:

- Ausmaß der bereits bestehenden Kooperationen mit der örtlichen Suchthilfe
- Ausmaß der Ressourcen der Suchthilfe, sich in der Schulung der Schwangerschaftsberatungsstellen zu substanzbezogenen Themen zu beteiligen
- Integration in möglichst sektorenübergreifende Netzwerke (vgl. z.B. Paderborn)
- Personalressourcen sowie Vernetzung innerhalb einer Institution der Schwangerschaftsberatungsstelle in Abhängigkeit von ländlichen oder städtischen Strukturen

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass das Projekt sowohl für die einzelne Schwangere, ob nun substanzkonsumierend oder nicht, sinnvoll und wichtig war, weil schon über das Screening ein Bewusstsein für die Problematik von Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit geschaffen und für konsumierende Frauen konkrete Angebote zur Unterstützung des Wunsches nach einer Verhaltensänderung gemacht werden konnten.

Von diesen Ergebnissen ausgehend, sollten nun Konzepte zur weiteren Umsetzung und Fortführung des Hilfeansatzes insbesondere in der Schwangerschaftsberatung entwickelt werden; dies betrifft insbesondere die Frage der Verstetigung bei derzeit nicht strukturell verankerter Finanzierung der Zusatzaufgabe „Suchtprävention/-beratung bei Schwangeren“

8 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 Screenings 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 Schwangerenberatungsstellen, die sich am Projekt beteiligt haben, werden von bis zu 50% von Menschen mit Migrationshintergrund aufgesucht. 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. Deshalb ist die Beratungspraxis so ausgerichtet, dass kulturelle, religiöse aber auch traditionsbedingte Haltungen akzeptierend aufgenommen und behandelt werden. 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 Mitarbeiter/-innen für die tägliche Arbeit umsetzbar gemacht. Interkulturelle Kompetenz und die Bereitschaft zur Interkulturellen Öffnung gehört heute zu den basalen Anforderungen, die an Einrichtungen und Dienste und deren Mitarbeiter/-innen zu stellen sind, wollen diese angemessen auf die Menschen reagieren, die hier um Hilfe und Unterstützung nachsuchen.

9 Gesamtbeurteilung

Nach der Weiterentwicklung des Screenings, vor allem aber nach den Schulungen in Motivierender Gesprächsführung 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, auch bei den bundesweiten Kooperationspartnern in der zweiten Förderphase gut implementieren. Wie bereits in der ersten Modellprojektphase erlebten die Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen einen erheblichen Kompetenzgewinn und erhielten neue Interventionsmethoden, mit dem sich zuvor nicht „Besprechbares“ in den Beratungs- und Begleitungskontext implementieren lassen konnte. Besonders bewährt hat sich, dass mit den Instrumenten eine individuelle Ansprache der Schwangeren möglich war, die diese weder unter Druck setzte, noch beschämte oder mit einem schlechten Gewissen aus der Beratung gehen ließ, sondern sie wertschätzend und akzeptierend in ihrem Bemühen um eine Verhaltensänderung unterstützt: „Sie rauchen schon 15 Zigaretten weniger, da haben Sie aber schon viel erreicht“ motiviert eine Schwangere mehr als eine hochgezogene Augenbraue, der stumme Vorwurf im Blick und das zum Lüften aufgerissene Fenster, wenn die Raucherin die Beratungsstelle betritt.

In der zweiten Förderphase konnten die Instrumente und das Gesamtkonzept noch einmal überprüft und entsprechend der Erkenntnisse der ersten Förderphase angepasst und verfeinert werden.

Die Dissemination an andere Standorte kann ebenfalls als gelungen bezeichnet werden; neben den von Beginn an beteiligten Kooperationspartnern konnte mit dem SkF e.V. Wuppertal ein weiterer Standort für die Beteiligung am Modellprojekt gewonnen werden und mit der Schulung von Mitarbeiter/-innen verschiedener Beratungsstellen eine weitere regionale Fachöffentlichkeit erreicht werden. Das vielfältige Interesse am Kölner Interventionsmodell spiegelt sich in den stetigen bundesweiten Fortbildungsanfragen sowohl in den Strukturen des SkF e.V. Köln als auch am Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung der KatHO NRW wider, was den Bedarf an erprobten praxisorientierten Interventionsmodellen in diesem Bereich verdeutlicht.

Grundsätzlich zeigt sich, dass das Modellprojekt dazu geführt hat, dass das Tabu von Substanzkonsum, insbesondere von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft aufbricht oder aber eine nicht aufzuhaltende Entwicklung begleitet – und dies für die betroffenen Frauen, für die Berater/-innen und in den hilfestellenden Institutionen. Nicht zuletzt durch die übergeordneten Förderbemühungen des Bundes im Kontext der FAS-Prävention, zu der dieses Projekt gezählt werden muss, berichten inzwischen zahlreiche Medien über FASD und die Folgen für die Frühförderung, die Kinder- und Jugendhilfe, die Behindertenhilfe etc.

Daher sollte die Verminderung bzw. Vermeidung von Substanzkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit im Interesse aller durch verschiedene Wege gefördert werden. Das Kölner Interventionsmodell, zunächst regional initiiert und sodann an verschiedenen Standorten erfolgreich durchgeführt, ist u.E. geeignet, auf andere Schwangerenberatungsstellen übertragen zu werden. Schwangerenberatungsstellen werden vor allem von Frauen und Paaren in belasteten Lebensverhältnissen aufgesucht. Sie sind flächendeckend in Deutschland in unterschiedlicher Trägerschaft vertreten und arbeiten nach einheitlichen und daher vergleichbaren Standards. Über eine Erweiterung des Arbeitsauftrages, die entsprechenden Schulungen und die Einführung der bereits erprobten Instrumente könnten so verlässlich werdende Mütter und deren Partner erreicht werden.

Kurse wie „Mehr MUT!“ und SKOLL könnten in den Aufgabenbereich der Einrichtungen und Dienste der Frühen Hilfen wie Familienhebammen, Mutter-Kind-Einrichtungen und der Frühförderung aufgenommen werden. Diese Angebote sind auf die kontinuierliche Begleitung von Schwangeren, Müttern und Eltern mit Kleinkindern ausgerichtet und erreichen daher mehr Betroffenen als ambulante Beratungsstellen.

Das Modellprojekt hat sich auch deshalb bewährt, weil in den bestehenden Netzwerken Früher Hilfen für die Auswirkungen des Substanzkonsums in der Schwangerschaft ein Bewusstsein geschaffen werden konnte. In der Auseinandersetzung mit den körperlichen und psychischen Folgen von Substanzkonsum in der Schwangerschaft können von diesen Netzwerken aus neue Impulse in die Kinder- und Jugendhilfe getragen werden.

Dabei hat sich das Vorgehen des SkF e.V. Köln in der Praxisimplementierung des Kölner Interventionsmodells bewährt: Durch die Schulungen von Mitarbeiter/-innen der verschiedenen Einrichtungen und Dienste werden Themen wie Substanzkonsum in der Schwangerschaft und die möglichen Auswirkungen auf die kindliche Gesundheit und Entwicklung inzwischen auch in die Vorbereitungskurse und Einzelgespräche von Adoptivelternpaaren integriert oder in den Angeboten der Frühen Hilfen wie den Mutter-Kind-Einrichtungen berücksichtigt. Entsprechend werden diese Instrumentarien zukünftig 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.

Vor diesem Hintergrund sollte die Idee aus der ersten Modellprojektphase weitergeführt werden, schon in die sexualpädagogische Arbeit der Schwangerenberatungsstellen in Schulen und/oder Jugendeinrichtungen die Aufklärung über die Gefahren des Substanzkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit aufzunehmen.

Als problematisch hat sich auch in der zweiten Förderphase die Vermittlung der positiv gescreeenten Schwangeren in die Einrichtungen der Suchthilfe erwiesen. Angesichts der häufig sehr belasteten Lebenslagen der betroffenen jungen und erwachsenen Frauen empfinden sie es als zusätzliche, kaum mehr zu bewältigende Belastungen „noch einen zusätzlichen Termin“ oder „noch eine Schulung“ wahrzunehmen. Vielfach scheitert 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 keiner Korrelation, zumal er, zumindest was den maßvollen Umgang mit Alkohol betrifft, gesellschaftlich immer noch teilweise akzeptiert ist.

Auch in der zweiten Förderphase hat sich bestätigt, 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 damit deren Angebotsportfolio zu erweitern. Dies entspricht auch der Gesamtevaluation der ersten Förderphase des Bundesministeriums für Gesundheit, dargestellt bei Schaefer et al. (2014).

Außerdem scheint es notwendig, Kursangebote wie SKOLL an die Zielgruppe der Schwangeren und Stillenden anzupassen. 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.

10 Verbreitung der Projektergebnisse und Öffentlichkeitsarbeit

Neben den beschriebenen Verbreitungs- und Implementierungsaktivitäten im Kontext der Kooperationspartner zur bundesweiten Verbreitung wurden verschiedene praxis- und wissenschaftsorientierte Ergebnisdisseminationen vorgenommen. Hierzu gehören u.a. die bereits benannten Schulungen aller Schwangerschaftsberatungsstellen in Berlin in Projektkonzept und -methoden sowie die verbandlichen Aktivitäten des SkF e.V. Köln zur Projektverbreitung regional und überregional.

In der Fachzeitschrift „Suchttherapie“ (Thieme, Ausgabe 4, 2013) wurde ein weiterer Übersichtsartikel zum vorliegenden Projekt mit Projektzischenergebnissen sowie dem entwickelten Screeningverfahren publiziert (Hoff, T., Laux, B., Münzel, B., Farke, W. & Kollmann, M. (2013). Screening des Alkohol- und/oder Tabakkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsberatung – Erfahrungen aus dem Kölner Präventionsansatz. Suchttherapie, 14, 172-182). Hierdurch steht nun auch das im Projekt entwickelte Screening für einen breiteren Praxiseinsatz zu Verfügung.

Darüber hinaus wurde das Projekt auf folgenden Kongressen und Fachtagungen während der zweiten Förderphase 2012-2014 vorgestellt:

Vinke, H., Hoff, T., Münzel, B., Laux, B., Vespermann, K.: FAS(D)- und Tabakprävention in Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen. Posterpräsentation auf dem 16. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin (Bonn, 16.05.2014)

Hoff, T., Laux, B., & Münzel, B.: Interventionspotenziale in der Schwangerschaftsberatung und Erziehungskompetenzförderung zur Prävention des Alkohol- und Tabakkonsums. Vortrag auf dem 28. DVGK-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung (Berlin, 29.03.2014)

Hoff, T.: Prävention des Alkohol- und Tabakkonsums in der Schwangerschaft: Nationale und Internationale Perspektiven. Vortrag auf der durch das DISuP ausgerichteten Fachtagung „Kölner Kolloquium für Suchtfragen“: Gesunde Schwangerschaft und kindliche Entwicklung - Situation, Anforderungen und Konsequenzen für die Suchthilfe (Köln, 18.10.2013) mit weiteren Beiträgen von M. Tödte, M. Landgraf, E. Weiß-Gerlach, D. Dreißig

Hoff, T.: Mütter mit FASD-Kindern unterstützen: Das zielgruppenspezifische Erziehungskompetenztraining „Mehr MUT!“. Vortrag auf dem 6. Deutschen Suchtkongress (Bonn, 20.09.2013)

Hoff, T.: Ausrichtung des Kongress-Symposiums „Neue Entwicklungen in Prävention, Diagnostik und Therapie der fetalen Alkoholspektrumsstörungen und des Tabakkonsums in der Schwangerschaft und Stillzeit“ auf dem 6. Deutschen Suchtkongress (Bonn, 20.09.2013) mit weiteren Beiträgen von M. Landgraf, S. Ulbricht, H. Hoff-Emden

Laux, B. & Rossenbach, A.: Verbreiterung bewährter Präventionsansätze zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit – Vorstellung der Ergebnisse der ersten Modellprojektphase, Sicherung der Ergebnisse und Übertragung auf andere Modellstandorte“, Vortrag auf dem 18. Kongress Armut und Gesundheit (Berlin, 06.03.2013)

Hoff, T., Kollmann, M., Laux, B.: FAS(D)- und Tabakprävention in Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen. Poster auf der 14. FASD-Fachtagung (Erfurt, 28.-29.09.2012)

Hoff, T., Kollmann, M., Laux, B.: FAS(D)- und Tabakprävention in Schwangerschaftsberatung und Frühen Hilfen. Poster auf dem 11. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und 4. Nationaler Präventionskongress (Dresden, 27.-29.09.2012)

Im Weiteren fand am 25. Juni 2014 an der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln ein Fachnachmittag zum Projektabschluss für die interessierte Fachöffentlichkeit mit insg. 48 Teilnehmer/-innen statt. Das Programm umfasste einen Fachvortrag durch Dr. Heike Hoff-Emden als eingeladene FASD-Expertin sowie Referate der jeweiligen Projektpartner zu Projektverlauf und -ergebnissen. Zielgruppen dieser Veranstaltung waren Mitarbeiter/-innen der frühen Hilfen, der Suchthilfe und -prävention, des ASD, Hebammen, etc.

Der SkF e.V. Köln wird zudem nach dem Ende der Förderphase versuchen, Stiftungs- und Drittmittel zu akquirieren, um das Screening und die Kursangebote fortzusetzen. Dazu wird die Öffentlichkeitsarbeit auf der Grundlage der Ergebnisse der Modellprojektphase intensiviert. Angesichts der Tatsache, dass inzwischen das Thema FASD durch eine intensivere Medienberichterstattung präsenter und damit nicht nur zwischen Beraterinnen und Klientinnen „besprechbar“, sondern auch in der öffentlichen Wahrnehmung angekommen ist, bietet sich die Intensivierung der Medienarbeit an (z.B. <http://www.youtube.com/watch?v=zpmX8dcXY4o/> oder <http://www.spiegel.de/spiegel/a-647183-2.html/> oder <http://www.welt.de/gesundheit/article111173179/Trinken-in-der-Schwangerschaft-hat-schwere-Folgen.html>).

11 Verwertung der Projektergebnisse

Die Projektergebnisse sollen zukünftig in den verbandlichen Strukturen sowohl des SkF e.V. Köln als auch der beteiligten Kooperationspartner sowie des DISuPs zur weiteren Anwendung gelangen. Hier gilt es – bei zu schaffenden finanziellen Möglichkeiten z.B. für die in die Schwangerschaftsberatungsstellen integrierte Suchtberatung – die Projektergebnisse insbesondere mit dem entwickelten Interventionsmodell (v.a. Screening, Psychoedukation und motivierende Kurzinterventionen) weiter zu nutzen.

Durch die bereits erfolgte Publikation des entwickelten und erprobten Screenings (Hoff et al., 2013), die Verwendung von verfügbaren psychoedukativen Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA zum Konsum in der Schwangerschaft sowie den Einsatz von Standardmethoden der motivierenden Kurzinterventionen, die seitens der Suchthilfe i.d.R. vor Ort verfügbar sind, kann ein Transfer an anderen Standorten relativ unproblematisch gelingen. Standortbesonderheiten wie z.B. bereits vorhandene Netzwerke, ländliche versus städtische Regionen usw. sind dabei zu beachten.

Je nach Bedarf können aber auch für interessierte externe Institutionen Fortbildungen zu fetalen Alkoholspektrumsstörungen, Substanzkonsum in der Schwangerschaft sowie dem Kölner Interventionsmodell angeboten werden. Zum „Mehr MUT!“-Erziehungskompetenztraining liegen bereits konkrete Fortbildungsanfragen für 2014 vor. Zur weiteren Evaluation sind hierzu vertiefende Studien im Deutschen Institut für Sucht- und Präventionsforschung der KathO NRW geplant, auf deren Basis das derzeit vorliegende „Mehr MUT!“-Manual überarbeitet publiziert werden soll, so dass es einer breiteren Fachöffentlichkeit zu Verfügung steht.

Weitere Verwertungsperspektiven bestehen zudem in der Nutzung der Projektergebnisse in grundständigen Bachelor- und postgradualen Masterstudiengängen der Sozialen Arbeit, so dass möglichst frühzeitig Absolvent/-innen für die Thematik sensibilisiert werden. Dabei gelingt eine zukünftig stetige Vermittlung der vorliegenden Inhalte u.a. durch den Lehr- und Forschungsschwerpunkt der Projektleitung in der Prävention / Gesundheitsförderung in der Klinischen Sozialen Arbeit an der KathO NRW, Abt. Köln, Fachbereich Sozialwesen mit den zugeordneten Studiengängen.

Über diese projektbezogenen Verwertungs- und Verstetigungsaspekte hinausgehend erscheint es aus unserer Sicht dringend geboten, Angebote der Suchtprävention/-beratung nachhaltig in den Strukturen aller Schwangerschaftsberatungen zu implementieren. Hierzu bedarf es aber einer Klärung der Finanzierung. Zudem bedarf es weiterer Anstrengungen, bisher zu wenig erreichte Berufsgruppen wie z.B. Gynäkologen/-innen in bestehende oder aufzubauende Netze zu integrieren.

Angesichts der seit einigen Jahren unter der Prämisse des Kinderschutzes und vor allem vor dem Hintergrund der nun inzwischen flächendeckend entstehenden Netzwerke „Früher Hilfen“ bietet sich zur Zeit die Chance das Thema „Prävention von Substanzkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit“ im Bewusstsein und in den Arbeitsroutinen der Fachkräfte auf dem Feld der Frühen Hilfen zu implementieren.

In den entstehenden Netzwerken werden die bislang bestehenden Grenzen zwischen prä- und postnatalen Betreuung von Frauen und Kindern auf der einen Seite und der Kinder- und Jugendhilfe auf der anderen Seite langsam durchlässiger.

Hilfreich wäre, die in der Praxis entstehenden Netzwerke und Kooperationen durch politische Interventionen (z.B. Sensibilisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses) zur weiteren Zusammenarbeit zu motivieren.

12 Publikationsverzeichnis

(1. und 2. Förderphase 2011-2014)

- Hoff, T., Laux, B., Münzel, B., Farke, W. & Kollmann, M. (2013). Screening des Alkohol- und/oder Tabakkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsberatung – Erfahrungen aus dem Kölner Präventionsansatz. Suchttherapie, 14, 172-182.
- Hoff, T., Rossenbach, A., Laux, B., Farke, W. Görgen, W. (2012). 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., Farke, W., Rossenbach, A. & Münzel, B. (2011). Neuer Präventionsansatz zur Vermeidung und Reduzierung von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Suchttherapie, 12, 115-118.
- Pressemitteilung auf der Homepage der Katholischen Hochschule NRW, Abteilung Köln vom 07.09.2012 (<http://www.katho-nrw.de/cologne/hochschule/presse-oeffentlichkeitsarbeit/pressemitteilungen/artikel/datum/2012/09/07/fas-projekt-geht-in-die-zweite-foerderphase/?L=1%252F&cHash=e92ca1bac086d146c917baa24d4dca49>)
- Darstellung des Projektes auf der Homepage des SkF e.V.
- Mitteilung im Jahresbericht des SKF e.V. Köln 2011/2012 (http://caritas.erzbistum-koeln.de/export/sites/caritas/koeln-skf/.content/.galleries/downloads/Jahresbericht_2011_2012.pdf)
- Projektbezogene Abschlussthesen an der KathHO NRW:
 - Broch, A. (2012). Alkohol in der Schwangerschaft: Kindeswohlschutz vs. Autonomie der Mutter – Überlegungen zur Verhinderung des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) mit Blick auf die Gesetzeslagen in ausgewählten Staaten und die Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Köln: Unveröffentlichte Masterthesis im Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln (Zweitkorrektur Prof. Dr. Hoff)
 - Kollmann, M. (2012). Kompetenzen von SozialarbeiterInnen im Pflegekinder- und Adoptionsdienst der Jugendämter zum fetalen Alkoholsyndrom (FAS) – ein empirischer Vergleich der Sichtweisen von SozialarbeiterInnen und Pflege- und Adoptiveltern. Köln: Unveröffentlichte Masterthesis im Fachbereich Sozialwesen der Katholischen Hochschule NRW, Abt. Köln (Erstkorrektur Prof. Dr. Hoff)

13 Literaturverzeichnis

- Bergmann, KE., Bergmann RL., Ellert U., Dudenhausen JW. (2007). Perinatale Einflussfaktoren auf die spätere Gesundheit. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KIGGS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50 (5-6): 670-676.
- Bogner A., Menz W. (2002). Das theoriegeleitete Experteninterview: Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg): Das Experteninterview. Theorie, Methode Anwendung. Opladen, 2002, S. 33-70
- 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 , (2012) 90-95.
- Daniel, R., Novak, A. & Radler, D. (2010). Schwangerschaft und Alkohol. Konsequenzen einer in utero-Alkoholexposition für das Kind. Sucht, 56 (3-4) (2010), 153-165.
- Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2010). Sind Sie schwanger? Informationsbroschüre für Schwangere zum Thema Alkohol. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2009). Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
(http://www.bmg.bund.de/clin_117/nn_1191726/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/Drogenbeauftragte/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, KO., Schneider, NG. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989; 12:159-181.
- Fröschl, B., Brunner-Ziegler, S. & Wirl, C. (2013). Prävention des fetalen Alkoholsyndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 130. Köln: DIMDI.
- Hoff, T., Laux, B., Münzel, B., Farke, W. & Kollmann, M. (2013). Screening des Alkohol und/oder Tabakkonsums im Rahmen der Schwangerschaftsberatung – Erfahrungen aus dem Kölner Präventionsansatz. Suchttherapie, 14, 172-182.
- John, U. (1998). Diagnostik und Klassifikation stoffgebundener Abhängigkeit. In: Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.): Sucht – Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Ulm: Gustav Fischer Verlag, 135-145.
- 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 (2004).

- Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1979). The Cage questionnaire: Validation of a new alcoholism screening. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- 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*, (1995), Volume 110, 690-697.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2006): Alcohol consumption and the outcomes of pregnancy. RCOG Statement No. 5, March 2006.
- Schaefer, I., Alfes, J. & Kolip, P. (2014). Prävention von Suchtmittelkonsum in Schwangerschaft und Stillzeit. Neue Zugänge durch intersektorale Zusammenarbeit? *Prävention*, 2, 48-51.
- Siedentopf, JP, Nagel, M, Büscher, U, Dudenhausen, JW (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: Bergmann, R.L., Spohr, H.L., Dudenhausen, J.W. (Hrsg.): *Alkohol in der Schwangerschaft. Häufigkeit und Folgen*. München: Urban & Vogel, 33-37.
- Spohr, H. L.; Steinhausen, H. C. (2008): Fetale Alkohol-Spektrum-Störungen: Persistierende Folgen im Erwachsenenalter. *Deutsches Ärzteblatt*, 11: 529-534.
- Uhl, A. (1997). Probleme bei der Evaluation von Präventionsmaßnahmen im Suchtbereich. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 20 (3/4), 93-109.

Anhang:

- A1 Klientinnen-Dokumentation: Schwangerschaftsberatung
- A2 Klientinnen-Dokumentation: Suchthilfe
- A3 Kurzinformation und Datenschutzaufklärung für Klientinnen
- A4 Persönlicher Code
- A5 „Mehr-MUT!“-Stundenevaluationsbogen
- A6 Evaluationsbogen zu Weiterbildungen in „Mehr MUT!“
- A7 Evaluationsbogen zu Interventionsbausteinen aus Sicht der Kooperationspartner

A1 Klientinnen-Dokumentation: Schwangerschaftsberatung

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



KatHO NRW

Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences



DEUTSCHES INSTITUT FÜR
SUCHT- UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

BMG-Klientinnen-Dokumentationsbogen der Schwangerschaftsberatung

Standort und Träger:

1. Teilnahme der Klientin am BMG-Projekt	Teilnahme am BMG-Projekt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Liegt die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung unterschrieben vor? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Persönlicher Code: Der persönliche Code wird mit dem ersten Ausfüllen der Datenschutzerklärung generiert. Bitte Sie die Klientin, den persönlichen Code auszufüllen und tragen Sie diesen hier ein! <input type="text"/>
2. Soziodemographische Daten der Klientin	Alter: _____ Jahre Familienstand: _____ Bereits Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie viele _____
3. Schwangerschaft: Welche Woche?	_____ Woche <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> nach der Entbindung

Erstgespräch mit der Klientin

4. Erster Termin und Dauer des Gesprächs	Datum: _____ Dauer: Gesamt _____ Minuten, davon Gespräch über Substanzen (z.B. Alkohol, Tabak): _____ Minuten.
5. Früherer Kontakt	<input type="checkbox"/> Klientin ist <u>bekannt</u> und wurde schon beraten <input type="checkbox"/> Klientin ist <u>neu</u> und wurde noch nicht beraten
6. Screening-Verfahren durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

7. Resultat des Screening-Verfahrens	Alkohol:	Tabak:
	<input type="checkbox"/> auffällig (≥1 Pkt.) <input type="checkbox"/> unauffällig (0 Pkt.)	<input type="checkbox"/> raucht (≥1 Pkt.) <input type="checkbox"/> raucht nicht (0 Pkt.)

An dieser Stelle Beendigung der Verlaufsdocumentation, falls Substanzkonsum verneint wird!

8. Methoden beim Erstkontakt	Weche Methoden /Angebote kamen beim Erstkontakt zum Einsatz?			
	<input type="checkbox"/> Ausgabe des psychoedukativen Materials <input type="checkbox"/> Motivierende Kurzberatung <input type="checkbox"/> Empfehlung zum Übergang zur Präventionsberatung <input type="checkbox"/> Keine der benannten Methoden			
9. Reaktion der Klientin auf die Methoden in der Beratungssituation	Wie hat die Klientin auf die Methoden/ Angebote reagiert?			
	Screening Substanzkonsum	Psychoedukatives Material	Motivierende Kurzberatung	Empfehlung zur Präventionsberatung
	<input type="checkbox"/> Interessiert <input type="checkbox"/> Ablehnend <input type="checkbox"/> Unentschlossen	<input type="checkbox"/> Interessiert <input type="checkbox"/> Ablehnend <input type="checkbox"/> Unentschlossen	<input type="checkbox"/> Interessiert <input type="checkbox"/> Ablehnend <input type="checkbox"/> Unentschlossen	<input type="checkbox"/> Interessiert <input type="checkbox"/> Ablehnend <input type="checkbox"/> Unentschlossen

Weiteres Interventionsgeschehen

10. Folgekontakte	<input type="checkbox"/> Es gab weitere Kontakte mit der Klientin. Anzahl der Kontakte: _____ <input type="checkbox"/> Es gab <u>keine</u> weiteren Kontakte. → Weiter bei 14.)
11. Methodisches Vorgehen in den Folgekontakten	<input type="checkbox"/> Ausgabe des psychoedukativen Materials <input type="checkbox"/> Motivierende Kurzberatung <input type="checkbox"/> Empfehlung zum Übergang zur Präventionsberatung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<p>12. Wirkung der eingesetzten Methoden</p>	<p>Klientin hat ihren ...</p> <p>Alkoholkonsum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eingestellt <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören <input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft / Stillzeit aufhören <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ 	<p>Tabakkonsum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> eingestellt <input type="checkbox"/> reduziert <input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören <input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft / Stillzeit aufhören <input type="checkbox"/> nicht bekannt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<p>13. Bewertung der Methoden</p>	<p>Falls sich der Konsum verändert hat, welche Methoden waren Ihrer Meinung nach hilfreich?</p> <p><i>(Mehrfachnennungen sind möglich)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ausgabe des psychoedukativen Materials <input type="checkbox"/> Motivierende Kurzberatung <input type="checkbox"/> Empfehlung zum Übergang zur Präventionsberatung <input type="checkbox"/> Nicht bekannt 	

Fallabschluss (Bitte vor Abgabe an das Forschungszentrum ausfüllen)

<p>14. Abschluss und Gründe für Beendigung der Beratung</p> <p>(Mehrfachnennungen sind möglich)</p>	<p>Datum des letzten Kontaktes: _____</p> <p>Geben Sie bitte an, aus welchen Gründen die Klientin den Kontakt zur Beratungsstelle beendet hat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entbindung <input type="checkbox"/> Haftentlassung <input type="checkbox"/> Weiterbetreuung durch Präventionsberatung/ Suchthilfe <input type="checkbox"/> Mangelndes Interesse <input type="checkbox"/> Sonstiges, und zwar: _____ _____ <input type="checkbox"/> Unbekannt
--	--

A2 Klientinnen-Dokumentation: Suchthilfe

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



BMG- Klientinnen-Dokumentationsbogen der Präventionsberatung / Suchthilfe

Persönlicher Code:

Der persönliche Code wird mit dem ersten Ausfüllen der Datenschutzerklärung generiert.
Bitte Sie die Klientin, den persönlichen Code auszufüllen und tragen Sie diesen hier ein!

Standort und Träger:

1. Teilnahme am BMG-Projekt	Liegt die Einwilligungs- und Datenschutzerklärung unterschrieben vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Vermittlung erfolgte durch:	<input type="checkbox"/> Klientin <i>(eigene Einwilligungs- u. Datenschutzerklärung erforderlich)</i> <input type="checkbox"/> Einrichtung des SKFs, und zwar _____ <i>Standort und Name der Beratungsstelle</i> <input type="checkbox"/> Andere Einrichtung, und zwar _____ <i>Standort und Name der Einrichtung</i>
3. Beratung erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Institution der Präventionsberatung/ Suchthilfe → Weiter bei 5.) <input type="checkbox"/> Innerhalb der Schwangerschaftsberatungsstelle („Inhouse“)
4. Weiteres Vorgehen der „Inhouse“-Beratung	Weiterleitung zur Suchthilfe ist geplant: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls nein, bitte nennen Sie die Gründe: _____ _____ _____

Folgende Fragen richten sich an alle!

Erstgespräch und Interventionsgeschehen

5. Erster Termin mit der Klientin	Datum: _____																					
6. Früherer Kontakt	<input type="checkbox"/> Klientin ist <u>bekannt</u> und wurde schon beraten <input type="checkbox"/> Klientin ist <u>neu</u> und wurde noch nicht beraten																					
7. Grund für Kontaktaufnahme: <i>(Mehrfachnennungen sind möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Tabak <input type="checkbox"/> Sonstige Substanzen																					
8. Intervention	<input type="checkbox"/> SKOLL <input type="checkbox"/> Einzelberatung <input type="checkbox"/> Überweisung in stationäre Einrichtung <i>Anmerkungen zur Indikation:</i> _____ _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ Wurde die Intervention im Erhebungszeitraum abgeschlossen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht bekannt																					
9. Wirksamkeit der Intervention	Klientin hat ihren... <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Alkoholkonsum:</th> <th style="width: 33%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">Tabakkonsum:</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">Sonstige Substanzen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> eingestellt</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> eingestellt</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> eingestellt</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> reduziert</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> reduziert</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> reduziert</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> nicht bekannt</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> nicht bekannt</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> nicht bekannt</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____</td> </tr> </tbody> </table>	Alkoholkonsum:	Tabakkonsum:	Sonstige Substanzen	<input type="checkbox"/> eingestellt	<input type="checkbox"/> eingestellt	<input type="checkbox"/> eingestellt	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____
Alkoholkonsum:	Tabakkonsum:	Sonstige Substanzen																				
<input type="checkbox"/> eingestellt	<input type="checkbox"/> eingestellt	<input type="checkbox"/> eingestellt																				
<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> reduziert	<input type="checkbox"/> reduziert																				
<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten und möchte/ kann derzeit nicht aufhören																				
<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören	<input type="checkbox"/> unverändert beibehalten, möchte aber während der Schwangerschaft/ Stillzeit aufhören																				
<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> nicht bekannt																				
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____																				

Fallabschluss (Bitte vor Abgabe an das Forschungszentrum ausfüllen)

<p>10. Kontaktverlauf und Gründe für die Beendigung der Beratung</p>	<p><input type="checkbox"/> Klientin ist zum vereinbarten Termin <u>nicht</u> erschienen.</p> <p><input type="checkbox"/> Klientin ist erschienen.</p> <p>Anzahl der Kontakte: _____</p> <p>Datum des letzten Kontaktes: _____</p> <p>Falls bekannt, geben Sie bitte an, aus welchen Gründen die Klientin den Kontakt beendete:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Gründe sind unbekannt</p>
<p>Anmerkungen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

A3 Kurzinformation und Datenschutzaufklärung für Klientinnen

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

 DEUTSCHES INSTITUT FÜR
SUCHT- UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

Kurzinfo zum Praxis-Forschungsprojekt

„Alkohol- und Tabakkonsum in der Schwangerschaft und Stillzeit“

Was ist das für ein Projekt?

Dieses Forschungsprojekt richtet sich an schwangere sowie stillende Frauen und informiert über die schädlichen Einflüsse des Tabak- und Alkoholkonsums auf das ungeborene Kind und Neugeborene. Wenn Sie in der Schwangerschaft Alkohol oder Tabak konsumiert haben und/oder es Ihnen schwerfallen sollte, in der Schwangerschaft oder Stillperiode diesen Konsum aufzugeben oder zu verringern, hilft Ihnen dieses Projekt dabei Unterstützung und Hilfe zu finden.

Was ist das Ziel dieses Projekts?

Ziel ist es, Hilfen und Unterstützungsangebote für Schwangere und Stillende zu verbessern, denen es schwer fällt, mit dem Rauchen aufzuhören oder ihren Alkoholkonsum aufzugeben oder zu verringern, denn ein Konsumstopp verringert das Gesundheitsrisiko Ihres Kindes erheblich. Selbst eine Verringerung Ihres Zigaretten- und Alkoholkonsums kann sich durchaus positiv auf die Gesundheit Ihres Kindes auswirken.

Was bedeutet eine Teilnahme für Sie?

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kostenlos. Alle Angaben, die Sie machen, werden **streng vertraulich** nach dem deutschen Datenschutzgesetz behandelt und **nicht an Dritte weitergegeben**. Ihre anonymisierten Angaben werden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Katholischen Hochschule NRW in Köln, die zum Projekt gehören, ausgewertet. Diese erfahren nicht Ihren Namen, sondern erhalten nur Ihren Code, der sich aus Buchstaben und Zahlen Ihrer persönlichen Daten zusammensetzt und aus denen Ihr Name nicht zurückverfolgt werden kann.

Es können also zu keinem Zeitpunkt Ihre Angaben mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden. Die Einverständniserklärung auf der folgenden Seite wird getrennt von Ihren Angaben bearbeitet und aufbewahrt.

Die Beraterinnen und Berater werden Sie im Erstgespräch zu Ihrem Alkohol- und Tabakkonsum befragen. Gemeinsam können Sie – falls Sie es wünschen – weitere Schritte besprechen.

Bei Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Marina Kollmann

Tel.: 0221-7757 168

E-Mail: m.kollmann@katho-nrw.de

Einwilligungserklärung zum Projekt und Datenschutz

Ich habe die Information über das Forschungsvorhaben erhalten und erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern aufgezeichnet und **ohne Namensnennung** verarbeitet werden. Dies schließt auch die durch die Beratungsstelle erhobenen persönlichen Daten ein.

Inhalt, Vorgehensweise und Ziel des obengenannten Forschungsprojektes sowie die Befugnis zur Einsichtnahme in die erhobenen Daten hat mir ausreichend erklärt.

Ich hatte Gelegenheit Fragen zu stellen und habe hierauf Antwort erhalten.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich für oder gegen die Teilnahme am Projekt zu entscheiden.

Eine Kopie der Information für die Teilnehmer der Studie und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ich willige in die Teilnahme am o.g. Forschungsprojekt ein und willige damit der Nutzung meiner anonymisierten Daten im beschriebenen Rahmen ein.

Ort, Datum

(Unterschrift der Teilnehmerin)

A4 Persönlicher Code

Ihr persönlicher Code

Bitte kreuzen Sie in der folgenden Tabelle die benannten Buchstaben an. Bei späteren Befragungen können wir so Ihren Fragebogen zuordnen, ohne Ihren Namen zu kennen.

Persönlicher Code

Bitte kreuzen sie bei jeder der drei Fragen immer nur ein Feld an!

1.	Bitte kreuzen Sie die ersten beiden Buchstaben Ihres Vornamens an (z. B. ER IKA).																																
	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
2.	Bitte tragen Sie die letzten beiden Ziffern Ihres Geburtsjahres ein:																																
	<table><tr><td><input type="text" value="19"/></td><td><input type="text" value="..."/></td></tr></table>	<input type="text" value="19"/>	<input type="text" value="..."/>																														
<input type="text" value="19"/>	<input type="text" value="..."/>																																
3.	Bitte kreuzen Sie die letzten zwei Buchstaben Ihres Nachnamens an (z. B. MÜLLER ER).																																
	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
4.	Bitte kreuzen Sie den Monat in dem Sie geboren sind an (z. B. für den Juni 06).																																
	<table><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Jan</td><td>Feb</td><td>März</td><td>April</td><td>Mai</td><td>Juni</td><td>Juli</td><td>Aug</td><td>Sep</td><td>Okt</td><td>Nov</td><td>Dez</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez																						

A5 „Mehr-MUT!“-Stundenevaluationsbogen

Liebe Kursteilnehmerin!

Wir sind sehr daran interessiert, wie Ihnen die heutige Sitzung vom „Mehr-Mut!“-Kurs gefallen hat und ob Sie daraus etwas für Sie Wichtiges mitnehmen konnten!

Daher möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen kurz durch einfaches Ankreuzen auszufüllen. Geben Sie dann bitte den Fragebogen an die Kursleiterin zusammengefaltet zurück.

Ihre Antworten werden anonymisiert erfasst und wir können nicht erkennen, wer welche Antworten gegeben hat. Da wir unser Kursangebot stetig verbessern möchten, würden wir uns freuen, wenn Sie uns möglichst offen und ehrlich Ihre Meinung sagen.

	① = sehr zufrieden	② = zufrieden	③ = eher zufrie- den	④ = eher nicht zufrieden	⑤ = nicht zufrieden	⑥ = gar nicht zufrieden
Die behandelten Themen fand ich heute interessant; damit war ich ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Die Übungen, die wir heute gemacht haben, haben mir im Zusammensein mit meinem Kind geholfen; damit war ich heute ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit den ausgeteilten Materialien war ich ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit dem zeitlichen und organisatorischen Ablauf war ich heute ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit dem Arbeitstempo war ich ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit den Möglichkeiten, wie wir uns mit den anderen Müttern austauschen konnten, war ich heute ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Die Kursleitung hat meine oder unsere Interessen und Fragen in der Sitzung berücksichtigt; damit war ich ...	①	②	③	④	⑤	⑥
Mit der Kursleitung war ich insgesamt heute ...	①	②	③	④	⑤	⑥

➔ Wenn Sie uns noch eine eigene Rückmeldung geben möchten, können Sie dies hier und auf der Blattrückseite tun:

Vielen Dank für's Ausfüllen! Wir wünschen Ihnen noch einen schönen Tag!

A6 Evaluationsbogen zu Weiterbildungen in „Mehr MUT!“

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



Weiterbildungsevaluation
Veranstaltung: MehrMUT! im Rahmen des BMG-Projekts

Ort, Datum : _____

	Sehr groß					Sehr gering
Bitte geben Sie an, wie groß ...	1	2	3	4	5	6
Ihr Interesse am Thema war						
Ihre Vorkenntnisse zum Thema waren						

	Sehr zufrieden					Gar nicht zufrieden
Zufriedenheit mit ...	1	2	3	4	5	6
dem Informationsgehalt						
der inhaltlichen Konzeption						
der didaktischen Präsentation						
der Möglichkeit zu aktiver Beteiligung						
dem Praxisbezug						
der Referentinnen						
der Arbeitsatmosphäre						
dem eigenen Engagement während der Veranstaltung						
dem Nutzen für die eigene Tätigkeit						

Positive Anmerkungen

Kritische Anmerkungen mit Verbesserungsvorschlägen

A7 Evaluationsbogen zu Interventionsbausteinen aus Sicht der Kooperationspartner

Liebe Projektpartnerinnen und Projektpartner,

Ihre Meinung zu unserem Projekt "**Verbreitung bewährter Konzepte zur Prävention des Substanzkonsums in Schwangerschaft und Stillzeit**", gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit 2012 – 2014, ist uns sehr wichtig!

Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, den unten angefügten Fragebogen in diesem Word-Dokument auszufüllen und uns bis spätestens Dienstag, den **03.06.2014** an folgende Adresse zurück zu mailen: h.vinke@katho-nrw.de .

Der Fragebogen ist in drei Teile gegliedert:

- 1a: Bewertung der Interventionsbausteine des Modellprojekts
- 1b: Verbreitung der Interventionsbausteine in regionale Netzwerke
- 2: Lokale und institutionelle Besonderheiten

Sollten Sie bei der Verwertung Ihrer Angaben (z.B. Abschlusspräsentationen, Abschlussbericht) auf eine anonymisierte Auswertung Wert legen, bitten wir an den entsprechenden Stellen um einen kurzen Hinweis; wir werden dies dann auf jeden Fall berücksichtigen.

Falls Sie Rückfragen haben, können Sie sich gerne jederzeit über o. g. E-Mail-Adresse an uns wenden.

An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön für Ihr tatkräftiges Engagement!

Das Projektteam des SkF e.V. Köln und des DISuPs der KathO NRW

1a: Bewertung der Interventionsbausteine
--

a) Bitte bewerten Sie nachfolgende Interventionsbausteine bezüglich ihrer Realisierbarkeit auf einer Skala von 1 bis 4, wobei die Zahlen jeweils bedeuten:

- 1 = „dieser Interventionsbaustein ist unseres Erachtens sehr gut realisierbar“
- 2 = „dieser Interventionsbaustein ist unseres Erachtens gut realisierbar“
- 3 = „dieser Interventionsbaustein ist unseres Erachtens weniger gut realisierbar“
- 4 = „dieser Interventionsbaustein ist unseres Erachtens gar nicht realisierbar“

b) Bitte beantworten Sie in kurzen Sätzen die offenen Fragen zum jeweiligen Interventionsbaustein.

Interventionsbaustein 1: Screening

Bitte ankreuzen:	1	2	3	4
Was gefiel Ihnen hierbei gut/ nicht so gut?				
Was funktionierte hierbei gut?				
Was war hierbei schwierig?				

Interventionsbaustein 2: Psychoedukative Materialien

Bitte ankreuzen:	1	2	3	4
Was gefiel Ihnen hierbei gut/ nicht so gut?				
Was funktionierte hierbei gut?				
Was war hierbei schwierig?				

Interventionsbaustein 3: Motivierende Kurzberatung

Bitte ankreuzen	1	2	3	4
Was gefiel Ihnen hierbei gut/ nicht so gut?				
Was funktionierte hierbei gut?				
Was war hierbei schwierig?				

Interventionsbaustein 4: Präventionsberatung

Bitte ankreuzen	1	2	3	4
Was gefiel Ihnen hierbei gut/ nicht so gut?				
Was funktionierte hierbei gut? Was war hierbei schwierig?				

Interventionsbaustein 5: Mehr Mut!

Bitte ankreuzen	1	2	3	4
Was gefiel Ihnen hierbei gut/ nicht so gut?				
Was funktionierte hierbei gut? Was war hierbei schwierig?				

Interventionsbaustein 6: SKOLL

Bitte ankreuzen	1	2	3	4
Was gefiel Ihnen hierbei gut/ nicht so gut?				
Was funktionierte hierbei gut? Was war hierbei schwierig?				

Wie schätzen Sie die Realisierbarkeit der zukünftigen Verbreitung der Interventionsbausteine in regionalen Netzwerken ein?

(1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = weniger gut, 4 = gar nicht gut)

Bitte ankreuzen	1	2	3	4
Was wird Ihrer Meinung und Erfahrung nach gut/ weniger gut funktionieren?				

1b: Verbreitung der Interventionsbausteine in regionale Netzwerke

Bitte benennen Sie in der unten aufgeführten Tabelle alle projektrelevanten Aktivitäten, die Ihre Institution zur Öffentlichkeitsarbeit bzw. zur Verbreitung der Interventionsbausteine und/oder des Gesamtprojekts in regionale Netzwerke getätigt hat (z. B. Vorträge, Netzwerktreffen mit anderen Institutionen, Pressemeldungen, veröffentlichte Artikel etc.).

Aktivität	Datum	Teilnehmerzahl	Anmerkung

2: Lokale und institutionelle Besonderheiten

Bitte beschreiben Sie in unten stehendem Kästchen, mit welchen Besonderheiten Sie speziell in Ihrer Institution und den mitwirkenden lokalen Institutionen in Berührung gekommen sind.