

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

SCHWERPUNKT

Schwangerschaft und Crystal Meth

In Dresden bietet die Universitätsklinik werdenden Eltern mit Abhängigkeit von Crystal Meth und anderen Suchtmitteln ein interdisziplinäres Therapiekonzept. Wie das Konzept mit dem Titel „Mama, denk an mich“ aussieht, beschreibt der stellvertretender Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ulrich Zimmermann, mit seinem Team.

Seit etwa 2010 stieg der Konsum von Methamphetamin („Crystal Meth“) in Deutschland sprunghaft an. Dieser Trend war anfänglich auf die Region entlang der Grenze zur tschechischen Republik begrenzt, breitet sich aber mittlerweile immer mehr aus. Crystal-Konsum bewirkt bei Frauen wie Männern Verhaltensänderungen, die das Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft deutlich erhöhen. Dazu gehört nicht nur das oft beschriebene

gesteigerte sexuelle Empfinden, sondern mehr noch die allgemeine Enthemmung mit impulsiven, unüberlegten Handlungen. Häufig geht jungen Frauen aufgrund des anhaltenden Drogenkonsums das natürliche Gefühl für den eigenen Körper verloren, so dass sie eine unbeabsichtigt eingetretene Schwangerschaft erst sehr spät wahrnehmen, oft erst nach der 20. Woche. Fortgesetzter Crystal-Konsum in der Schwangerschaft führt jedoch zu massiven Gefährdungen sowohl der Schwangeren selbst als auch des Ungeborenen. So ist z.B. die Häufigkeit von Frühgeburten, zu geringem Geburtsgewicht und zu kleinem Kopfumfang der Neugeborenen mindestens dreimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.

Chance statt Vorwurf

Andererseits berichten praktisch alle jungen Mütter, dass die Schwangerschaft sie entscheidend dazu motivierte, den Drogenkonsum zu beenden oder dies zumindest zu versuchen. Insofern stellt die Schwangerschaft eine einzigartige Chance dar, das eigene Leben wieder in den Griff zu bekommen. Um sie erfolgreich zu nutzen, sollten angebotene Unterstützungen situationsangepasst sein und die beteiligten medizinischen Fachrichtun-



SCHWERPUNKT - SCHWANGERSCHAFT UND SUCHT

Schwangerschaft und Crystal Meth	Seite 1
Mit Kurzberatungen zum Rauch-Stopp	Seite 4

SCHWERPUNKT - MÄNNERGESUNDHEIT

Studie „Männergesundheit – Wahrnehmungen weltweit“	Seite 9
--	---------

AKTUELLE INFORMATIONEN

FAS - Das Fetale Alkoholsyndrom	Seite 6
Kanadische Studie zu Alkoholkonsum in der Schwangerschaft	Seite 7
Alkoholismus im Mutterleib vorhersehbar	Seite 7
Vernetzung von Fachangeboten für schwangere, geflüchtete Frauen	Seite 8

gen sollten untereinander sowie auch mit dem Suchthilfesystem kooperieren. Entsprechend den Prinzipien motivierender Gesprächsführung ist es dabei besonders wichtig, die jungen Mütter nicht in erster Linie als „süchtig“ zu stigmatisieren. Die damit automatisch verbundenen Vorwürfe von Fehlverhalten, Schuld und Verantwortungslosigkeit provozieren unnötig eine Verteidigungshaltung, welche ein wesentliches Therapiehindernis darstellen kann.

Die Vermittlung des Krankheitskonzeptes der Sucht ist vielmehr Aufgabe der suchtspezifischen Psychotherapie und geschieht konkret anhand der im Einzelfall aufgetretenen suchtbedingten Beeinträchtigungen in der Lebensführung. Die Vermittlung in solche suchtspezifische Therapie stellt oft eine Herausforderung dar, besonders dann, wenn die Mütter sich erstmals im Leben mit der Notwendigkeit von Abstinenz auseinandersetzen und Begriffe wie „Suchtberatung“ oder „Psychiatrie“ negativ besetzt sind. Hierbei ist es wichtig, dass die Mütter das Hilfsangebot mehr als ein zusammengehöriges Paket denn als Nebeneinander einzelner Elemente wahrnehmen können.

Das Konzept „Mama, denk an mich“ leistet dies, indem an einem Klinikum der Maximalversorgung die medizinischen Disziplinen der Geburtshilfe, Kinderheilkunde und Psychiatrie miteinander kooperieren und mit den Jugendämtern und dem Suchthilfesystem eng zusammenarbeiten. In der Praxis bedeutet dies zum Beispiel, dass ambulante Termine in der Schwangerenvorsorge mit gleichzeitigen Gesprächsterminen in der räumlich naheliegenden Suchtambulanz verbunden werden. Sofern das Drogenproblem erst unter der Geburt erkannt wird, erfolgt die suchtspezifische Erstberatung in Form eines psychiatrischen Konsils in den ersten Tagen nach der Geburt, am besten bereits in den Räumlichkeiten der Suchtambulanz, um eine persönliche und örtliche Bindung herzustellen und diese mit einem positiven Eindruck zu verbinden. Solange sich die Neugeborenen in stationärer Behandlung befinden, was aufgrund der o.g. Kom-

plikationen häufig der Fall ist, können die täglichen Besuche der Mutter mit täglichen ambulanten suchtspezifischen Beratungsgesprächen verbunden werden. Vorrangiges Thema dieser Erstkontakte ist es, mit den Patientinnen vollständige Abstinenz von allen Suchtmitteln als Ziel zu vereinbaren.

Stationär und ambulant

Viele Patientinnen sind dann zwar zu einer ambulanten, nicht jedoch zu einer stationären suchtspezifischen Behandlung bereit. In dem Fall kann ein zeitlich befristeter Versuch vereinbart werden, innerhalb dessen stabile Abstinenz erreicht werden soll. Falls dies nicht gelingt, wechselt das empfohlene Therapieziel hin zur stationär-psychiatrischen Entgiftungsbehandlung und/oder Vermittlung in stationäre Rehabilitation. Falls Patientinnen sich einer stationären Behandlung verweigern, wird das ambulante Behandlungsangebot weiter mit dem hierarchisch obersten Ziel aufrechterhalten, einen Kontaktabbruch zu vermeiden und im Lauf der Zeit doch noch eine Änderungsmotivation hin zu stationärer Therapie zu erreichen.

Zu Beginn einer vereinbarten suchtspezifischen psychiatrischen Behandlung erfolgt eine diagnostische Abklärung körperlicher Folgeschäden einschließlich laborchemischen Untersuchungen, EKG und ggf. neuropsychologischer Testung. Die Hauptbehandlungsmethode besteht in hochfrequenten ärztlich-psychotherapeutischen Beratungsgesprächen, falls nötig täglich. Dabei werden die Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung angewendet, um Änderungsmotivation zu schaffen bzw. zu verstärken, Therapieziele zu definieren und Konsumereignisse zu analysieren.

Zu Beginn wird versucht, ein Hilfesystem zu erstellen, gegenüber dem die Suchtambulanz von der Schweigepflicht befreit wird. Dies kann neben Verwandten und anderen Vertrauenspersonen der Patientinnen nötigenfalls auch Behörden, Institutionen wie z.B. das Jugendamt und professionelle Hilfspersonen wie z.B. Familienhelfer einschließen. Zudem wird bei allen Patientinnen der Kontakt

zu einer Suchtberatungsstelle vermittelt bzw. aufrechterhalten. Regelmäßig ist auch ein Abstinenznachweis mittels Drogenscreenings im Urin erforderlich, wobei die Testungen entweder zufallsmäßig und unvorhersehbar erfolgen können, oder angekündigt – aber dann so engmaschig, dass jeglicher Konsum mit Sicherheit erkannt würde. Häufig besteht auch bei den Partnern ein Suchtproblem, in diesem Fall wird ihnen eine Behandlung angeboten und aufgrund der positiven Erfahrungen der Mütter meist auch angenommen.

Strukturierte Sitzungen

Sofern Crystal die Hauptdroge ist, wird eine Methamphetamin-spezifische Psychoedukation in Kleingruppen getrennt jeweils für die Mütter und die Väter angeboten. Diese folgt einem Therapiemanual mit 15 strukturierten wöchentlichen Sitzungen. Die Themen der einzelnen Sitzungen umfassen unter anderem Verhaltensanalysen, Erarbeitung von Diskrepanzen zwischen Selbstbild und Realität; Umgang mit Suchtverlangen, sozialen Hochrisikosituationen und Konsumangeboten; Rollenspiele zum Ablehntraining; Identifikation und Vermeidung scheinbar harmloser Entscheidungen sowie Bewältigungs- und Veränderungspläne. Bei Abhängigkeit von anderen Suchtmitteln werden diese suchtspezifischen Inhalte in Einzeltherapiesitzungen vermittelt. In jedem Fall wird eine sozialarbeiterische Unterstützung zur ökonomischen Grundsicherung, Lösung von sozialen Problemlagen und Bewältigung von sozialen Risikofaktoren, die mit dem Suchtmittelkonsum in Verbindung stehen, angeboten.

Die standardisierten Therapieinhalte sind auf eine Behandlungsdauer von ca. 20 Wochen angelegt, danach geht die weitere suchtspezifische Therapie in der Regel an eine Suchtberatungsstelle über. Eine Weiterbehandlung durch die Suchtambulanz kann dann erfolgen, wenn die Patientinnen eine dauerhafte psychopharmakologische Behandlung, Abstinenznachweis oder andere typische Leistungen einer psychiatrischen Institutsambulanz benötigen,

z.B. Einzelpsychotherapie komorbider psychiatrischer Erkrankungen, Tagesstrukturierung oder aufsuchende Hilfen.

Erfahrungen mit den ersten 35 Müttern und 6 Vätern zeigen, dass dieses Therapieangebot gut angenommen wird. Die Haltequote liegt bislang bei 66% aller Erstkontakte. Etwa die Hälfte der Therapieabbrüche war nicht auf suchtspezifische Gründe zurückzuführen, sondern entweder auf andere schwere psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie oder Fetales Alkoholsyndrom beziehungsweise auf äußere Faktoren wie weiterem Anfahrtsweg oder zeitintensive Pflege weiterer Kinder bei fehlendem Partner. Zwei Patientinnen wurden trotz Abstinenz ungeplant erneut schwanger, was die Notwendigkeit von Beratung zu kontrazeptiven Maßnahmen als Therapiebestandteil betont. ■

Mehr zum Projekt: <http://psychiatrie.uniklinikum-dresden.de>

Kontakt

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden
 Prof. Dr. med. Ulrich Zimmermann, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 PD Dr. phil. Jörg Reichert, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Dr. med. Katharina Nitsche, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 Dr. paed. Kristin Ferse, Suchtbeauftragte der Landeshauptstadt Dresden

SCHWERPUNKT

Mit Kurzberatungen zum Rauch-Stopp?

Nicht allen Raucherinnen fällt es leicht, in der Schwangerschaft auf den Tabakkonsum zu verzichten. Wie Schwangerschaftsberatungsstellen rauchende Frauen beim Ausstieg unterstützen können, untersucht Sabina Ulbricht. Dafür wertet sie am Institut für Sozialmedizin und Prävention der Universität Greifswald die Daten des Projekts „Du und ich ohne Rauch“ aus.

Tabakrauchen während der Schwangerschaft ist assoziiert mit erhöhten Risiken für Früh-, Fehl- und Totgeburten, niedrigerem Körpergewicht und einer geringeren Körpergröße des Kindes zum Zeitpunkt der Geburt (Leonardi-Bee et al. 2008, Murin et al. 2011). Trotz dieser Zusammenhänge rauchen in Deutschland 17 % der Frauen während der Schwangerschaft (Bergmann et al. 2008).

Ob eine Frau während der Schwangerschaft raucht oder nach der Geburt des Kindes wieder damit anfängt und so das Neugeborene dem Gesundheitsrisiko des Passivrauchens aussetzt, wird maßgeblich durch den sozialen Gradienten der Herkunftsfamilie bestimmt (Bolte and Fromme 2009, Dent et al. 2010, Wilson et al. 2011).

Bislang ist es nur unzureichend gelungen, wirksame Unterstützungsangebote für rauchende Schwangere zu implementieren. Auch fehlt es bislang an Wissen dazu, wo und mit welchem Angebot rauchende Schwangere erreicht werden können.

Schwangerschaftsberatungsstellen (SBS) sind zentrale Anlaufpunkte in der Lebensphase der Familiengründung. Sie sind u.a. zuständig für die Beratung zu finanziellen Unterstützungsleistungen aus der Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“. Das Programm richtet

sich an Schwangere aus sozioökonomisch schwächeren Bevölkerungsgruppen. Um abzuschätzen, ob in diesem Kontext ein Kurzberatungsangebot zum Tabakrauchen aufgenommen werden kann, wurde das Projekt „Du und ich ohne Rauch – Rauchfreiberatung in Schwangerschaftsberatungsstellen Mecklenburg-Vorpommerns“ durchgeführt.

An dem Projekt beteiligten sich 71,8 % der SBS in Mecklenburg-Vorpommern. Über einen Zeitraum von sechs Monaten wurden in 28 SBS 693 Kurzberatungen dokumentiert (Median=11, Spannweite=1-78) (Ulbricht et al. 2016). In Abhängigkeit von der Motivation der Schwangeren für einen Rauchstopp während der Schwangerschaft verfolgte die Kurzberatung zwei Ziele:

- (1) Im Fall einer bestehenden Motivation für den Rauchstopp unterstützte die Beratung den Entscheidungsprozess der Schwangeren zielgerichtet und empathisch.
- (2) Bestand keine Motivation, das Rauchen während der Schwangerschaft aufzugeben, wurde exploriert, ob und wie eine konsequent rauchfreie Wohnumgebung für die Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes zu schaffen wäre.

Projektablauf

Zwischen November 2012 und Dezember 2013 wurden alle SBS Mecklenburg-Vorpommerns per E-Mail kontaktiert. An zehn Standorten wurden halbtägige Workshops mit 33 Beraterinnen (mittleres Alter= 49 Jahre, > 10 Jahre Beratungserfahrung = 66,7 %, Raucherin: 37,3 %) durchgeführt. Zur Umsetzung der Beratungsinhalte wurden Fakten zu den Auswirkungen des Tabakrauchens auf die werdende Mutter und die Kindesentwicklung vermittelt. Da es sich als zentrales Problem herausstellte, das Thema Tabakrauchen anzusprechen, wurde ein Kurzbefragungsbogen implementiert, der gleichzeitig als Nachweis der Beratung diente. Mit dem Fragebogen wurde zudem die Bereitschaft erfasst, sechs Monate später für eine telefonische Befragung durch Projektmitarbeiterinnen kontaktiert zu werden.

Sowohl der Kurzbefragungsbogen als auch die Befragung nach sechs Monaten erhoben den Rauchstatus der Frau und ggf. des Partners sowie die Toleranz gegenüber Tabakrauchen in den Wohnräumen. Erfragt wurde auch der Schulbildungsabschluss.

Der Rauchstatus wurde anhand der Frage „Rauchen Sie?“ und der Antwortkategorien: „Nein, und ich habe nie geraucht bzw. ich rauche länger als sechs Monate nicht mehr“, „Ich rauche weniger als sechs Monate nicht mehr“, „Ich rauche täglich“ und „Ich rauche gelegentlich“ erhoben. Schwangere, die in den letzten vier Wochen mindestens eine Zigarette täglich geraucht hatten, wurden der Kategorie „raucht täglich“ zugeordnet. Erfragt wurde auch, ob eine feste Partnerschaft bestand sowie ggf. der Rauchstatus des Partners.

Ergebnisse

Von 917 angesprochenen Frauen nahmen 693 die Kurzberatung in Anspruch. Der Anteil täglich bzw. gelegentlich rauchender Schwangerer lag bei 24,2% bzw. 6,2%. Von 563 Frauen, die in einer festen Partnerschaft lebten, gaben 369 an, dass der Partner raucht. Tabakrauchen in Wohnräumen zu tolerieren, erklärten 136 Frauen (20,6 %). 333 der 693 Frauen (48,1 %) erklärten sich mit einer Wiederkontaktierung einverstanden. Rauchende und seit weniger als sechs Monaten rauchfreie Frauen gaben dabei häufiger ihr Einverständnis als Frauen, die nie geraucht hatten oder seit mehr als sechs Monaten rauchfrei waren. Die Befragung nach sechs Monaten erreichte 257 Frauen (77,2 %); 228 von ihnen hatten zu diesem Zeitpunkt bereits entbunden.

Von 120 Frauen, die zum Zeitpunkt der Kurzberatung „nie“ oder „länger als sechs Monate nicht geraucht“ hatten, gaben in der Nachbefragung 14 (11,7 %) an, nach der Geburt wieder begonnen zu haben. Von 38 Frauen, die zum Zeitpunkt der Kurzberatung weniger als sechs Monate rauchfrei waren, hatten 12 (31,6 %) nach der Geburt wieder angefangen zu rauchen. Die Anzahl der rauchenden

Frauen (n=69) hatte sich zwischen der Kurzberatung und der Nachbefragung um 15 (21,7 %) reduziert.

Nach den vorliegenden Daten hat sich die Anzahl der Haushalte, in denen das Tabakrauchen toleriert wird, von 41 auf 32 reduziert. Frauen, die zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht rauchfrei waren, hatten häufiger einen rauchenden Partner und tolerierten auch häufiger das Tabakrauchen in Wohnräumen, als Frauen, die zu diesem Zeitpunkt nicht mehr rauchten.

Fazit

Die Wirksamkeit von Beratungsansätzen zur Rauchfreiheit konnte bislang vor allem für fortgeschrittene Phasen der Schwangerschaft gezeigt werden (Chamberlain et al. 2013). Eine aktuelle Übersichtsarbeit kommt zu dem Ergebnis, dass Interventionsangebote für rauchende Frauen nur bei 13% dazu führen, dass sie das Rauchen während der Schwangerschaft aufgeben. Von diesen Frauen nehmen 43 % das Tabakrauchen in ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes wieder auf (Jones et al. 2016).

Das Projekt „Du und ich ohne Rauch“ zeigt, dass SBS erfolgreich Kurzberatungsangebote zur Tabakrauchfreiheit in der Schwangerschaft umsetzen. Dank der Rückmeldungen der am Projekt beteiligten Beraterinnen wurden Präventionsangebote stärker an den Praxisbedingungen ausgerichtet. So konnte auch dem zuvor nicht bekannten Problem, einen Einstieg in die Beratung zu finden, mit dem Tool des Kurzfragebogens erfolgreich begegnet werden.

Die Aufgeschlossenheit nahezu aller angesprochener Schwangerer, das Kurzberatungsangebot anzunehmen, der hohe Raucherinnenanteil unter ihnen und nicht zuletzt die relativ hohe Bereitschaft, sich noch einmal zu diesem Thema befragen zu lassen, sprechen für die Akzeptanz des Angebots. Überraschend war, dass insbesondere Frauen, die zum Beratungszeitpunkt geraucht haben oder erst seit

weniger als sechs Monaten nicht mehr rauchten, häufiger bereit waren, an der Nachbefragung teilzunehmen.

Die Aussagekraft der Ergebnisse ist begrenzt, da sämtliche Daten auf Selbstauskünften der Frauen basieren. Obwohl wissenschaftlich gut belegt ist, dass Leugnungstendenzen beim Verhalten „Tabakrauchen“ gering ausgeprägt sind, können diese nicht ausgeschlossen werden. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlich geringen Akzeptanz von Tabakrauchen in der Schwangerschaft spricht es für die Atmosphäre und die empathische Haltung der Beraterinnen in den SBS, dass 30,4 % der angesprochenen Frauen angegeben hatten zu rauchen. Zurückhaltung in der Interpretation der Daten, zum Beispiel zu den Veränderungen des Rauchstatus' der Frauen ist auch deshalb angebracht, weil keine Kontrollgruppe, d.h. eine Gruppe Schwangerer, die das Beratungsangebot nicht erhalten hat, mitgeführt wurde. Nicht zuletzt sind die Aussagen des Projekts auf Mecklenburg-Vorpommern begrenzt.

Die unterschiedliche Entwicklung des Rauchstatus' der Frauen nach der Geburt fordert dazu auf, für die Majorität der Schwangeren ein wirksames Beratungsangebot zu entwickeln und umzusetzen. Dabei ist es wichtig, Schwangere und auch die Akteure, die potenziell an der Umsetzung beteiligt sind, wie zum Beispiel SBS, einzubeziehen. ■

Kontakt

PD Dr. Sabina Ulbricht
 Institut für Sozialmedizin und Prävention
 Walther-Rathenau-Str. 48
 17475 Greifswald
 Telefon: 03834/ 867732
 Telefax: 03834/ 867701
 E-Mail: ulbricht@uni-greifswald.de

Literatur

Bergmann, R.L., Bergmann, K.E., Schumann, S., Richter, R. & Dudenhausen, J.W. (2008): Rauchen in der Schwangerschaft: Verbreitung, Trend, Risikofaktoren. *Z Geburtshilfe Neonatol*, 212(3), 80-6.
 Bolte, G. & Fromme, H. (2009): Socioeconomic determinants of children's environmental tobacco smoke exposure and family's

home smoking policy. *European Journal Public Health*, 19(1), 52-8.
 Chamberlain, C., O'Mara-Eves, A., Oliver, S., Caird, J.R., Perlen, S.M., Eades, S.J. & Thomas, J. (2013) Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, CD001055.
 Dent, C.W., Maher, J.E., Pizacani, B.A., Dowler, D.W., Rohde, K. & Peterson, E. (2010) Secondhand smoke exposure in Alaskan households with children. *Rural Remote Health*, 10(4), 1564.
 Jones, M., Lewis, S., Parrott, S., Wormald, S. & Coleman, T. (2016) Re-starting smoking in the postpartum period after receiving a smoking cessation intervention: a systematic review. *Addiction*, 111(6), 981-90.
 Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J. & Coleman, T. (2008) Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 93(5), F351-61.
 Murin, S., Rafii, R. & Bilello, K. (2011) Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clin Chest Med*, 32(1), 75-91, viii.
 Ulbricht, S., Fehlhaber, C., Bruss, K., Meyer, C. & John, U. (2016) [You and I Smoke-free: Implementation and Provision of Brief Smoking Counseling Program in Pregnancy Counseling Centers]. *Gesundheitswesen*.
 Wilson, K.M., Klein, J.D., Blumkin, A.K., Gottlieb, M. & Winickoff, J.P. (2011) Tobacco-smoke exposure in children who live in multiunit housing. *Pediatrics*, 127(1), 85-92.

AKTUELLE INFORMATION

FAS - Das Fetale Alkohol-Syndrom

Ende Oktober fand in Hannover eine Fachtagung zur Prävention des Fetalen Alkoholsyndroms (FAS) statt. Die Veranstalterin, die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, hat in ihrer Tagungsdokumentation einige Vorträge des Fachtags online gestellt.

Deutschlandweit kommen nach Angaben des niedersächsischen Projekts Stop FAS pro Jahr etwa 2.000 Kinder mit unterschiedlichen körperlichen, geistigen, sozialen und emotionalen Störungen zur Welt, die sich auf das FAS zurückführen lassen. Damit zählt das das Syndrom zu den häufigsten bei der Geburt vorliegenden Behinderungen. Die Kinder brauchen oft lebenslange Unterstützung.

Alkohol-Abstinenz während der Schwangerschaft verhindert das FAS zu 100 Prozent. Deshalb spielt die Aufklärung von Frauen und Männern im reproduktionsfähigen Alter eine große Rolle. Berufsgruppen, die Frauen vor, während und nach ihrer

Schwangerschaft begleiten, können hierbei einen wichtigen Beitrag leisten. ■

Lesen Sie mehr / Vorträge

http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/4-tagungsdokumentationen/44-das-fetale-alkoholsyndrom-fas-26-10-2016.

AKTUELLE INFORMATION

Alkoholkonsum in der Schwangerschaft – ein weltweites Phänomen

Eine Studie aus Kanada hat untersucht, wie häufig Schwangere Alkohol trinken – und wie oft es deshalb zum Fetalen Alkoholsyndrom (FAS) kommt. Die weltweite Überblicksuntersuchung aus Toronto wertete dafür knapp 400 Studien systematisch aus.

Am häufigsten trinken demnach Schwangere in Irland (60%) und Großbritannien (41%) Alkohol. Auch in Russland (37%), Weißrussland (47%) und Dänemark (46%) liegt der Anteil Alkohol trinkender Schwangerer über dem weltweiten Durchschnitt von 9,8%. Die Zahlen aus Deutschland entsprechen mit rund 25% dem europäischen Durchschnitt.

Die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Toronto haben auch untersucht, wie oft häufig Alkohol zu schweren Gesundheitsschäden bei Kindern führt. Ihr Ergebnis: Eine von 67 Frauen, die in der Schwangerschaft trinken, bringt ein Kind mit FAS zur Welt. Hochgerechnet würden weltweit jedes Jahr 119.000 durch Alkohol schwer geschädigte Kinder geboren.

Die Forscherinnen und Forscher fordern daher mehr Aufklärung über das FAS und bessere Prävention für Schwangere. ■

Lesen Sie mehr

[www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30021-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30021-9/fulltext)

AKTUELLE INFORMATION

Alkoholismus im Mutterleib vorhersehbar

Erlanger Wissenschaftler fanden Hinweise, dass ein gesteigerter Androgenspiegel beim ungeborenen Kind dessen Risiko, später im Leben an einer Alkoholsucht zu erkranken, erhöhen kann. Androgene, also die Sexualhormone, die die Entwicklung der männlichen Geschlechtsmerkmale steuern, spielen demnach eine wichtige Rolle bei Entstehung und Verlauf einer Alkoholsucht. Das erklärt möglicherweise auch, warum zwei- bis viermal mehr Männer als Frauen im Laufe ihres Lebens an einer Alkoholabhängigkeit erkranken.

Zu einer erhöhten Hormonbelastung für das Kind führen, so die Forscher, sowohl hoher Stress als auch Alkohol- und Nikotinkonsum während der Schwangerschaft. ■

Lesen Sie mehr

www.biermann-medizin.de/fachbereiche/neurologie-psychiatrie/medizin-forschung/alkoholismus-schon-im-mutterleib-vorhersagbar

AKTUELLE INFORMATION

Vernetzung von Fachangeboten für schwangere, geflüchtete Frauen

Im November 2016 startete ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes dreijähriges Modellprojekt des pro familia Bundesverbands. Das Modellprojekt zielt auf die Vernetzung von Fachangeboten für schwangere, geflüchtete Frauen. Es greift damit eine wesentliche Erkenntnis aus der beraterischen und sexualpädagogischen Arbeit der letzten Jahre auf: Gute Vernetzung und Kooperation von unterschiedlichen Fachkräften können als Gelingensfaktoren gewertet werden¹, um effektive und wirkungsvolle Angebote zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu machen.²

Bisher fehlen wissenschaftlich belastbare Daten zum gesundheitlichen Zustand und zur Versorgung schwangerer, geflüchteter Frauen in Deutschland. So zeigt eine aktuelle systematische Forschungsübersicht, dass bisher keine empirischen Studien den physischen Gesundheitszustand von Frauen im Asylverfahren im Kontext Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett oder Stillzeit adressieren.³ Gleichzeitig werden Frauen ohne Aufenthaltsstatus am häufigsten wegen urogenitaler Erkrankungen und Schwangerschaften medizinisch vorstellig, wie eine Untersuchung zur Gesundheitsversorgung von Migrantinnen ohne Aufenthaltsstatus in Hamburg zeigt.⁴ Andere aufnehmende Länder berichten beispielhaft von deutlichen gesundheitlichen Gefährdungen und Benachteiligungen bei geflüchteten Schwangeren im Vergleich zur jeweiligen Gesamtbevölkerung.⁵ Frauen und insbesondere schwangere Frauen sind also besonders betroffen von den (nicht nur) gesundheitlichen Risiken einer Flucht. Auch können die Umstände, wie es zur Schwangerschaft gekommen ist, sehr unterschiedlich sein.

Damit sind Faktoren umrissen, die den Bedarf an Zugängen zu medizinischen und beraterischen Angeboten für geflüchtete, schwangere Frauen markieren. Auch wirft die Unterstützung von geflüchteten, schwangeren Frauen Fragen nach der Versorgung von Neugeborenen und Kindern auf. Solche Fragen können selten von einem einzelnen Professionskreis bewältigt werden, sie erfordern viel mehr Kommunikation, Zusammenarbeit und Vernetzung. Hier setzt das Modellprojekt an.

Dabei baut pro familia in acht Bundesländern Fachinformations- und Vernetzungsstellen auf. Sie werden an die Beratungsstellen in Berlin, Bremen, Erfurt, Gießen, Hamburg, Karlsruhe, Leipzig und Mainz angegliedert. Die Fachinformations- und Vernetzungsstellen präzisieren zum einen die besonderen Hilfe- und Unterstützungsbedarfe schwangerer, geflüchteter Frauen. Zum anderen erproben sie unterschiedliche Formen der Vernetzung von Akteuren, die Angebote für schwangere, geflüchtete Frauen vorhalten.

Die Vernetzung zielt auf den Dialog und die Zusammenarbeit von institutionellen Akteuren, Fachpersonen und Migrantinnenorganisationen, die mit geflüchteten, schwangeren Frauen arbeiten und sie unterstützen (z.B. Krankenhäuser, Hebammen, Beratungsstellen, Migrationsdienste, Jugendhilfe, öffentlicher Gesundheitsdienst, Schulen und Hochschulen). So sollen die in der Gesellschaft vorhandenen Potentiale zur Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von schwangeren, geflüchteten Frauen aufeinander abgestimmt werden.

Weitere Informationen sind demnächst über die Homepage von pro familia und eine eigene Projekt-homepage verfügbar. ■

Kontakt

Dr. John Litau
pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt
E-Mail: john.litau@profamilia.de

Endnoten

1 Vgl. hierzu Schönemann, G./Voigt, B. (2016): *Fachlich-wissenschaftliches Begleitung einer Projektreihe zur „Förderung des sozialen Zusammenhalts durch Etablierung einer Willkommenskultur“*. Abschlussbericht. Offenbach am Main: Institut für berufliche Bildung, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik GmbH.

2 Vgl. hierzu Bozorgmehr, K./Nöst, S./Thaiss, H.M./Razum, O. (2015): *Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter*. In: *Bundesgesundheitsblatt* 59, 5, S. 555.

3 Vgl. Bozorgmehr, K./Mohsenpour, A./Saure, D./Stock, C./Loerbroks, A./Joos, S./Schneider, C. (2016): *Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden und Deutschland (1990-2014)*. In: *Bundesgesundheitsblatt* 59, 5, S. 599-620.

4 Vgl. Kühne, A. (2014): *Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Migranten ohne Aufenthaltsstatus*. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. Hamburg: Universität Hamburg.

5 Vgl. Keygnaert, I./Vettenburg, N./Roelens, K./Temmerman, M. (2014): *Sexual health is dead in my body: participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands*. In *BMC Public Health*, 14:416.; Gibson-Helm, M./Teede, H./Block, A./Knight, M./East, C./Wallace, E.M./Voyle, J. (2014): *Maternal health and pregnancy outcomes among women of refugee background from African countries: a retrospective, observational study in Australia*. In: *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14:392.

SCHWERPUNKT

Wie sehen Männer ihre Gesundheit? Welchen Stellenwert hat die sexuelle Gesundheit für Männer?

Diese und ähnliche Fragen will eine aktuelle internationale Studie beantworten. Die Gesundheitswissenschaftlerin und Ärztin Doris Bardehle, die den Wissenschaftlichen Beirat der Stiftung Männergesundheit koordiniert, stellt erste Ergebnisse vor.

Hintergrund des Survey

Die im Jahr 2013 gegründete Nichtregierungsorganisation „Global Action on Men’s Health (GAMH)“

mit Sitz im Vereinigten Königreich will gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Forschungsstrategien zur Männergesundheit voranbringen und effektive Aktionen für Männergesundheit durchführen.

Gegenwärtig gehören dem GAMH-Exekutiv-Komitee fünf Mitglieder an: Das Australische Männer-Gesundheitsforum (Australian Men’s Health Forum), die Kanadische Stiftung für Männergesundheit (Canadian Men’s Health Foundation), das Männergesundheitsforum von England und Wales (Men’s Health Forum England and Wales), das Männer-Gesundheitsnetzwerk der USA (Men’s Health Network USA) und der Männer-Gesundheitsbildungsrat der USA (Prostate Conditions Education Council/Men’s Health Education Council USA).

Beschreibung des Survey

Vom 31. August 2016 bis zum 10. September 2016 führte die Vereinigung GAMH eine internationale Studie mit dem Titel „Männergesundheit: Wahrnehmungen weltweit“ (Perceptions around the Globe) in acht Ländern durch: in Australien, Frankreich, Deutschland, Italien, Polen, Schweden, Großbritannien und den Vereinigten Staaten (USA). Jedes Land beteiligte sich mit 2.000 erwachsenen Männern und Frauen, so dass der Survey insgesamt 16.000 Personen einschloss^{1,2}.

Im Survey wurden Gesundheitseinstellungen (attitudes) bezüglich Männergesundheit abgefragt. Die Studie wurde von Sanofi Consumer Health Care in Auftrag gegeben, die Feldarbeit in Australien und den EU-Ländern wurde von Opinium Research geleistet und in Zusammenarbeit mit der GAMH durchgeführt.

Diese Studie ist einer der größten globalen Surveys, um das Gesundheitsverhalten von Männern im Unterschied zu Frauen zu untersuchen³. Die Ergebnisse weisen signifikante Möglichkeiten für die Gesundheitspolitik auf, um Wege zur Verbesserung der Männergesundheit und ihres Wohlbefindens aufzuzeigen, gleichzeitig aber auf Ungleichheiten



in der Gesundheit und auf Belastungen hinzuweisen. Wichtige Aspekte der Befragung bezogen sich auf die Selbstbehandlung (self-care) und den Stellenwert der sexuellen Gesundheit.

Die ersten Ergebnisse¹ wurden am 16. November 2016 auf einer internationalen Veranstaltung anlässlich des Internationalen Männergesundheitstages, der jährlich am 19. November begangen wird, vorgestellt. Zu dieser Veranstaltung gibt es auch eine Presseerklärung². Detaillierte Ergebnisse liegen noch nicht vor.

Erste Ergebnisse des Surveys

Männer beantworteten die Frage nach ihrer eigenen Gesundheit (subjektive Gesundheit) in den acht Ländern folgendermaßen:

Sehr gute und gute Gesundheit gaben an:

88% der Männer in den USA

85% der Männer in Australien und Frankreich

83% der Männer in Italien und Schweden

82% der Männer in UK

81% der Männer in Deutschland

79% der Männer in Polen.

87% der Männer möchten Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen (in Deutschland sind es 84% der Männer) (take charge of their health), 83% der Männer würden wissen, was zu tun sei, wenn es Probleme mit der Gesundheit gibt (when there is something wrong).

80% der Männer gaben an, dass sie bei Kopfschmerzen, Migräne, Übelkeit und Allergien Rat beim Apotheker einholen würden und einen Arztbesuch vermeiden könnten. Die Selbstmedikation und Selbstbehandlung (self-care) ist bei Männern stark ausgeprägt, Fakt ist jedoch, dass Apotheken nicht in dem Umfang von Männern in Anspruch genommen werden, wie sie im Survey zum Ausdruck brachten.

Die Selbstbehandlung schließt ein: Hygienemaßnahmen, Ernährung, Lebensstil, Umweltfaktoren sowie sozioökonomische Faktoren und die Fähigkeit von Personen auf individueller, familiärer und kom-

munaler Ebene, sich mit Gesundheit zu befassen ohne Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen (healthcare provider).

55% der Männer vertrauen auf gute Online-Informationen, die zur richtigen Medikation führen. Allerdings gibt es beim Einholen von Informationen über Webseiten oder soziale Medien noch Entwicklungspotential.

Männer sind in der Studie stärker motiviert als Frauen, schlechte Gewohnheiten abzustellen. Frauen sind dagegen stärker an der Verbesserung von Fitness, Ernährungsverhalten und Stressabbau interessiert.

Der Stellenwert der sexuellen Gesundheit für Männer

Die in die Studie einbezogenen Männer zeigten sich zurückhaltend, rechtzeitig Hilfe bei auftretenden sexuellen Problemen in Anspruch zu nehmen. Die „Peinlichkeit des Problems“ schreckt vor Arztbesuchen ab, und es ist der Glaube verbreitet, dass „das Problem von allein weggehen“ würde. Eine Schlussfolgerung der Untersuchung besteht darin, dass Männer ein besseres Wissen über sexuelle Beschwerden haben sollten und die Fähigkeit erwerben sollten, Angebote zur sexuellen Gesundheit in Anspruch zu nehmen.

Wie stellt sich die sexuelle Gesundheit für Männer in Deutschland dar?

Bei erektiler Dysfunktion würden 41% der Männer nichts unternehmen, bei Verlust der Libido würden 44% der Männer nichts unternehmen und bei schmerzhaftem Sex würden 30% der Männer nichts unternehmen. Das entspricht den Durchschnittswerten der acht untersuchten Länder.

Es stellte sich für alle acht Länder heraus, dass bei 32% der Männer die sexuelle Gesundheit sehr wichtig für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden ist (in Deutschland sind es 34% der Männer). Ebenfalls 32% Männer sind unzufrieden mit Gesundheitsangeboten für sensible Themen wie sexuelle

Gesundheit im gegenwärtigen Gesundheitssystem. In Deutschland liegt der Anteil Männer, die mit der Gesundheitsversorgung bei Sexualstörungen unzufrieden sind, bei 28%.

Diskussion der ersten Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Aus den Angaben der Männer leiten sich einige neue Akzente für die Forschung, Gesundheitspolitik und die Gesundheitsversorgung ab.

Die globalen Aussagen lassen erkennen, dass die Self-Care bei Männern bereits eine wesentliche Rolle spielt und die Apotheken bei der Beratung von Männern bezüglich Gesundheitsproblemen und auch Prävention eine zunehmende Rolle spielen werden.

Die Aussage, dass Männer eine stärkere Kontrolle über ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden übernehmen wollen, ist eine positive Aussage gegenüber bisherigen Negativschlagzeilen z. B. über „Gesundheitsmuffel“.

Bemerkenswert ist der hohe Stellenwert der sexuellen Gesundheit für präventive und gesundheitliche Aktivitäten von Männern.

Hier klafft auch für Deutschland eine Lücke zwischen der Bedeutung der sexuellen Gesundheit für das Wohlbefinden von Männern und dem wahrgenommenen Mangel an qualifizierter angebotener Gesundheitsversorgung.

Inzwischen liegen Kurz-Auswertungen für die acht Länder und jedes einzelne Land vor, so dass mit diesem Survey Grundlagen für weitere Untersuchungen des Zusammenhanges von Prävention, sexueller Gesundheit und Wohlbefinden von Männern in Verbindung mit der Gesundheitsversorgung geschaffen wurden.

Der gegenwärtig in Druck befindliche Dritte Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit mit dem Titel „Sexuelle Gesundheit von Männern“ befasst sich ebenfalls mit dem Thema sexuelle Gesundheit und Wohlbefinden; es ist der erste Männergesundheitsbericht seiner Art in Europa. ■

Kontakt

Prof. Dr. sc. med. Doris Bardehle
Stiftung Männergesundheit
Claire-Waldoff-Straße 3
10117 Berlin
E-Mail: bardehle@stiftung-maennergesundheit.de

Endnoten

1. Key findings from Men's health: Perception from around the Globe. Global Action on Men's Health. <http://gamh.org/men4selfcare>
Zugriff: 23.11.2016
2. Press Release: Men's health: Perceptions from around the Globe. Global Action on Men's Health. <http://gamh.org/men4selfcare>
Zugriff: 23.11.2016
3. Men's Health: Perceptions from around the Globe. A survey with 16,000 adults www.gamh.org Zugriff 26.12.2016.
4. Sexuelle Gesundheit von Männern. Dritter Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit. Stiftung Männergesundheit Berlin. Psychosozialverlag 2017 (z.Z. im Druck)

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

Redaktion

Harriet Langanke, Köln

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen

Erscheinungsweise: vierteljährlich
© 2016 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

