

# Frei von Tabak : Tabakentwöhnung in der Arztpraxis

Autor(en): **Burkhalter, Anne-Katharina**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **38 (2012)**

Heft 3-4

PDF erstellt am: **24.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800459>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Frei von Tabak – Tabakentwöhnung in der Arztpraxis

**Seit 10 Jahren werden mit «Frei von Tabak» Kurse in Rauchstoppperatung für ÄrztInnen angeboten, um die Häufigkeit und Qualität der ärztlichen Rauchstoppperatung zu verbessern. Über 8'000 ÄrztInnen haben einen oder mehrere der 450 Kurse besucht. Evidenzbasierte Inhalte prägen die kurzen Sensibilisierungs-Vorträge ebenso wie die halbtägigen Kurse. Eine Veränderung im Beratungsalltag der KursbesucherInnen ist festzustellen.**

## Anne-Katharina Burkhalter

Projektleitung Tabakprävention, Krebsliga Schweiz/Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention, Haslerstr. 30, CH-3008 Bern, +41 (0)31 599 10 28, [anneburkhalter@freivontabak.ch](mailto:anneburkhalter@freivontabak.ch), [www.frei-von-tabak.ch](http://www.frei-von-tabak.ch)

### Schlagwörter:

Rauchstoppperatung | Tabak | ÄrztInnen | Evidenzbasierung | Multiplikator | Fortbildung |

## Die Bedeutung der ärztlichen Beratung zum Rauchstopp

Hauptziel des Projektes Frei von Tabak ist es, über ein Fortbildungssystem die Qualität und die Häufigkeit der Beratung zum Rauchstopp in den Schweizer Arztpraxen zu verbessern. Seit dem Start des Projekts im Jahr 2002 fanden über 450 Kurse, Tagungen und Workshops statt. Eine deutliche Mehrheit der GrundversorgerInnen hat in den letzten Jahren einen oder mehrere dieser Kurse absolviert. An den kurzen Fortbildungen von meist 1 Stunde sind öfter über 50 Personen beteiligt, an den intensiven halbtägigen Übungsveranstaltungen zwischen 9 und 25 ÄrztInnen. Die Anzahl Fortbildungen ist nach 5 Jahren zurückgegangen, hat sich aber seitdem bei mindestens 30 Kursen pro Jahr eingependelt. Die Ärztesellschaften der betreffenden Fachgebiete, insbesondere der Grundversorgung, anerkennen die Teilnahme und vergeben Credit-Punkte für den Besuch. Die Kursteilnahme ist kostenlos, finanziert wird das Fortbildungsprogramm als Teil des Nationalen Rauchstopp-Programms<sup>1</sup> vor allem über den Tabakpräventionsfonds.

Sowohl die Lebensdauer des Fortbildungsprogramms als auch das anhaltende Interesse der Zielgruppe können erstaunen, wobei sich international durchaus ähnliche Beispiele finden. Die Voraussetzungen für eine länger dauernde Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft sind:

- Forschungsgrundlagen mit wissenschaftlicher Evidenz zum Thema
- vom Thema überzeugte BerufsvertreterInnen
- eine zentrale administrative Unterstützung und Organisationshilfen in der Region
- praktische, niedrigschwellige Angebote zur Erleichterung des Praxisalltags, zur Fortbildung und zum kollegialen Austausch
- die standespolitische Anerkennung, die auch zur angemessenen Entschädigung der beratenden ärztlichen Tätigkeit führt

## Hintergrund und Entwicklung des Projekts

Tabakprävention und Tabakentwöhnung haben eine lange Tradition als Kernauftrag einer Ärztin oder eines Arztes. Schon die ersten Meldungen über die katastrophalen Gesundheitsschäden durch das Rauchen kamen von den ÄrztInnen, den PathologInnen. Der Terry-Report von 1964<sup>2</sup> erbrachte den toxikologischen Nachweis, dass die plötzlich und stark steigende Anzahl an Lungenkrebs-Todesfällen mit der Einführung des Rauchens, besonders aber mit dem Zigarettenrauchen zusammenhing. Die früh und besser informierte ÄrztInnenschaft hatte da schon den Ausstieg begonnen – in dieser Berufsgruppe war der Lungenkrebs weniger häufig geworden.<sup>3</sup>

In der Schweiz startete im Jahre 1989 eine erste Projektversion für die Arztpraxis namens Frei von Tabak-Vivre sans tabac-Vivre senza tabacco. Da die Mittel für Präventionsmassnahmen parlamentarisch und legislativ kaum aufzubringen waren, stützten sich die beiden federführenden Organisationen, das Bundesamt für Gesundheit BAG und die Verbindung der Schweizer ÄrztInnen FMH auf jene Berufsgruppe, die einerseits die Vorbildung und das aktuelle Wissen als auch die tägliche Gelegenheit zur Einflussnahme mitbrachte: die ÄrztInnenschaft. Damit lehnte man sich an die Kampagne der British Medical Association an.<sup>4</sup> Schon zu dieser Zeit war das Hauptziel, eine kostenlose Fortbildung – damals noch zentral organisiert – anzubieten. Wegen struktureller und politischer Veränderungen kam es nach einigen Jahren zu einer Verlangsamung und schliesslich nahezu zum Stillstand des Projekts.

## Die InitiantInnen des aktuellen Projekts

Mit der Publikation einer Basisdokumentation für die ÄrztInnen «Raucherentwöhnung» durch die FMH im Jahr 2000<sup>5</sup> kam Bewegung in die Landschaft. In kurzer Zeit formierte sich eine Projektgruppe um die Autoren Jacques Cornuz und Jean-Paul Humair. Sie wollten ein Fortbildungs-Modul für ihre KollegInnen in der Klinik aufbauen und im Peer-to-Peer-System verbreiten. Sie hatten es vorgängig mit einer kontrollierten Studie überprüft<sup>6</sup> und konnten aufzeigen, dass die Kompetenz der ÄrztInnenschaft in der Studie gestiegen war und sich zudem die Anzahl der ExraucherInnen nach einem Jahr fast verdreifacht hatte.

Das Projekt wurde von der Lungenliga Schweiz getragen und gehörte in den Rahmen von Let it be, einem Vorläufer des heutigen



Rauchstopp-Programms. Gewichtige Anteile der Finanzierung leistete auch das Bundesamt für Gesundheit.

In den Jahren 2002 und 2005 wurden ca. 50 ÄrztInnen in zwei Tagen in ihre Rolle als ärztliche MultiplikatorInnen eingeführt. Diese sollten aus möglichst allen Kantonen der Schweiz kommen, aus den Bereichen der Grundversorgung, Pädiatrie, Gynäkologie oder Pneumologie stammen, über klinische Erfahrung mit Rauchenden verfügen, pädagogisches und thematisches Interesse beweisen und über kollegiale Anerkennung und ein berufliches Netzwerk verfügen. Die Schulung selber vermittelte ihnen theoretische Grundlagen und praktische Fähigkeiten als Moderierende eines Fortbildungskurses. Zahlreiche rauchstopprelevante Themen<sup>7</sup> wie Schwangerschaft, Rauchstopp und Gewicht, Tabak und Alkohol oder Cannabis, Depressionen, Rückfälle, Passivrauchen und das Üben kommunikativer Kompetenzen<sup>8</sup> oder Fragen der öffentlichen Gesundheit wurden thematisiert.

#### *Die heutige Form von Frei von Tabak*

Das Projekt ist heute Teil des Nationalen Rauchstopp-Programms – gemeinsam getragen von der Krebsliga Schweiz, der Schweizerischen Herzstiftung und der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention AT.

In diesen Rahmen gehört neben einem Projekt für Apotheken und für Zahnarztpraxen seit 2005 auch das Projekt «Hospital Quit Support»: Die grösseren Kliniken führen neu Beratungsstellen für Rauchstoppwillige ein. Ein kleines Team aus ÄrztInnen und Pflegenden unterstützt stationär und allenfalls ambulant die rauch-

stopptwilligen PatientInnen. Die Zusammenarbeit des Projekts mit Frei von Tabak ist eng, weil die ärztliche Schulung zumeist im Rahmen von Frei von Tabak geschieht und ähnliche Materialien in der Beratung eingesetzt werden. Im Jahr 2007 hat sich das Rauchstopp-Programm um ein Angebot für FachärztInnen für Herz-Kreislauf und Diabeteskranke erweitert. In diesem Bereich sind viele nicht-ärztliche Fachpersonen tätig. An sie wendet sich ein weiterer Teil des Projekts und setzt zu ihrer Fortbildung häufig die MultiplikatorInnen von Frei von Tabak ein. Hier ist die Zusammenarbeit mit regionalen und lokalen Fachstellen der Tabak- und Suchtberatung besonders eng.

#### **Das Fortbildungssystem Frei von Tabak**

Die kurze Fortbildung (1 Stunde) sensibilisiert für Tabakprävention und Tabakentwöhnung, die lange Fortbildung (4 Stunden) bietet neben den elementaren Aspekten der Tabakabhängigkeit und -entwöhnung auch vertieftes Eingehen auf die pharmakologischen Therapien, auf schwierige Beratungssituationen oder medizinische Probleme und bietet Übungen in den wichtigsten Gesprächstechniken – vor allem der motivierenden Gesprächsführung.

*Einzelziele der Kurse: Die Teilnehmenden der Fortbildungskurse werden...*

- alle rauchenden PatientInnen identifizieren und den Grad ihrer Abhängigkeit bestimmen
- klar zum Rauchstopp raten
- den Grad der Motivation zum Rauchstopp einschätzen

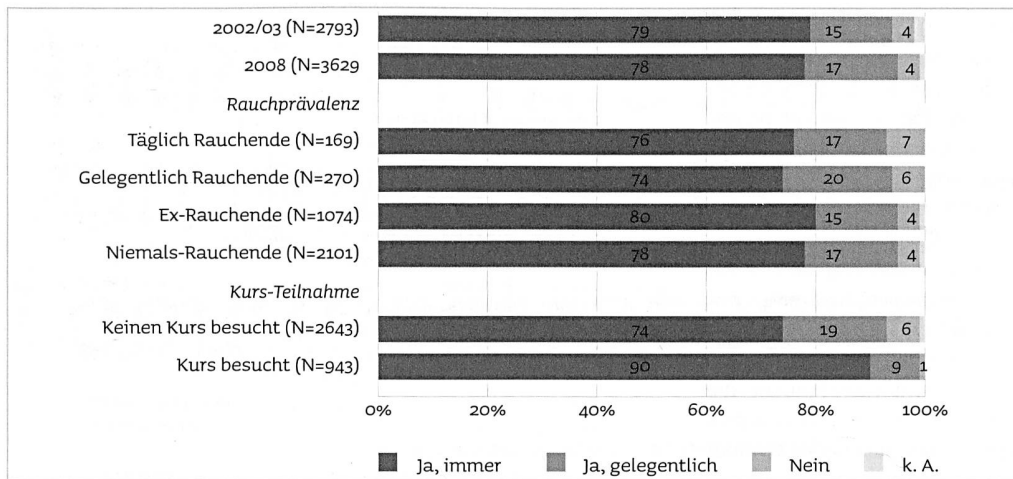


Abb. 1: **Ärztliche Unterstützung für aufhörere RaucherInnen; differenziert nach Erhebungszeitpunkt, Rauchprävalenz und Kurs-Teilnahme.**

- die RaucherInnen mittels einer individuell angepassten Strategie beraten
- eine individuell angepasste Informationsbroschüre anbieten, verweisen auf lokale Fachstellen und Suchtberatung
- allenfalls eine geeignete Pharmakotherapie zur Tabakentwöhnung verschreiben
- RaucherInnen, Rauchstopp-PatientInnen und Ex-RaucherInnen nachbetreuen
- die Tabakentwöhnung in die alltägliche medizinische Praxis aufnehmen

Die Kursinhalte werden regelmässig bezüglich der Qualität der medizinischen Evidenz überprüft. Diese aufwändige Literaturprüfung wurde als vierteilige Guideline auch der gesamten Ärzteschaft und den interessierten Fachpersonen zugänglich gemacht.<sup>9,10</sup> Sie basieren auf der Auswertung der Rauchen-spezifischen Studien, auf den Guidelines der USA, von Neuseeland, Kanada und Grossbritannien und zusätzlich auf der Guidelines-Übersicht über 31 Länder.<sup>11</sup>

#### Ein Beispiel aus den evidenzbasierten Fakten zu der pharmakologischen Unterstützung:

- Die Nikotinersatztherapie ist verbreitet und unterdessen in jeder Apotheke frei erhältlich – nur wird sehr häufig zu niedrig dosiert.
- Eine Zigarette ergibt für kurze Zeit einen Spitzenwert von max. 12 ng/ml im Blut. Der/die Rauchende versucht einen konstant hohen Nikotinspiegel zu erreichen.
- Der Nikotinspiegel im Blut von regelmässig Rauchenden ist während der Wachstunden bis zu 35 ng/ml hoch.
- Das Risiko tabakbedingter Erkrankungen ist weit grösser als es die meisten Rauchenden annehmen.
- Die Entzugserscheinungen stören in den ersten 48 Stunden stark und klingen schnell ab.
- Bupropion ist ein mildes Antidepressivum, dessen deutliche Wirkung auf die Entzugserscheinungen nach dem Rauchstopp eher zufällig entdeckt wurde.
- Vareniclin ist ein partieller Agonist für einen Nikotin-Rezeptor und vermindert das Belohnungsgefühl durch Rauchen.
- Beide Medikamente haben Risiken und Nebenwirkungen, die mit dem/der verschreibenden Arzt/Ärztin zu besprechen sind.
- Kombinationstherapien verdoppeln und verdreifachen die Erfolgchancen.
- Vareniclin (NZ) verdreifacht die Erfolgchancen für eine andauernde Rauchabstänzigkeit.
- Verlaufskontrollen durch die Hausärztin oder den Hausarzt sind wichtig und können die Erfolgchancen des Rauchstopps verdoppeln.

Tabakentwöhnung ist immer noch ein meist schwieriger Prozess. Auch in der Arztpraxis ist keine schnell wirkende Wunderdroge

oder Impfung erhältlich. In der Literatur, aber auch über die vielen Diskussionen und Lehrgespräche in den Kursen wurde Wissen angesammelt, das den täglichen Einsatz für die RaucherInnen erleichtert:

- Die ärztliche Beratung zum Rauchstopp ist eine der lohnendsten Präventionsmassnahmen.
- JedeR Rauchende sollte mindestens einmal im Jahr eine kurze ärztliche Rauchstoppintervention von 3 - 5 Minuten erleben.
- 85% der Raucher und 67% der Raucherinnen erwarten, dass eine Ärztin/ein Arzt sie auf das Rauchen anspricht. 85% von ihnen sind der Meinung, die ÄrztInnenschaft solle den PatientInnen den Rauchstopp empfehlen.<sup>12</sup>
- Nur 34% der beratenen RaucherInnen sagen aus, dass sie in ihrer Hausarztpraxis Unterstützung erhalten hätten.
- Generell erbringt jeder eingesetzte Franken in der Tabakprävention eine überaus hohe Rendite von 41 Franken.<sup>13</sup>
- Im Bereich der medizinischen Interventionen sticht die Rauchstoppberatung heraus als besonders kostengünstig.
- Im direkten Vergleich verschiedener medizinischer Therapien kostet ein sogenannt qualitätsbereinigtes Lebensjahr (\$/QALY) 27'600\$/QALY, wenn nur der Bluthochdruck behandelt wird; bei erhöhten Cholesterin-werten sind es gar 170'000\$/QALY. Wenn es sich um eine ärztliche Tabakentwöhnung handelt, fallen Kosten an von maximal 3181\$/QALY.<sup>14</sup>
- Ärztliche Rauchstoppberatung kann über die Krankenkasse abgerechnet werden.
- Schon mit einer systematischen ärztlichen Intervention würde sich die Anzahl erfolgreicher Rauchstopps verdoppeln.

Die Arztpraxis bleibt eine Schlüsselstelle in der Rauchstoppberatung und muss aktuelle Unterstützung bieten: Immer neue Fakten ergänzen das Wissen über Rauchen-bedingte Morbidität und Mortalität und ab und an auch neue Therapien. Vor allem aber benötigen unverändert viele RaucherInnen gezielte Unterstützung durch ihre HausärztInnen. Heute sind es vermehrt jene Aufhörwilligen, die mindestens 3 ernsthafte Rauchstoppversuche hinter sich haben, bis sie schliesslich in die Arztpraxis kommen.

#### Rauchstoppberatung in der Arztpraxis 2002 und 2008

Zu Beginn des Projekts, im Jahr 2002, wurde mit einer Befragung der ganzen Schweizer ÄrztInnenschaft die Ausgangssituation bezüglich der Rauchstoppberatung erfasst.<sup>15</sup> Dies auch in der Absicht, spätere Veränderungen und Entwicklungen aufzeigen zu können. Im Frühjahr 2008<sup>16</sup> wurde die Befragung wiederholt und der Gesamtheit von 8'552 ÄrztInnen der Grundversorgung ein Fragebogen zugeschickt (7'523 ÄrztInnen in freier Praxis, 1'029 OberärztInnen in der Klinik). Antworteten früher noch mehr als 50%, war die Rücklaufquote nun bei 42.4%.

Die befragte ÄrztInnenschaft der Grundversorgung setzt sich zusammen aus 5'966 AllgemeinmedizinerInnen, InternistInnen und 494 PädiaterInnen. Das Projekt wendet sich aber auch an die

FachärztInnen für Gynäkologie (896 Personen) und für Pneumologie (167 Personen). Die gynäkologische Praxis interessiert, weil sie für einen grossen Teil der jungen Frauen den einzigen ärztlichen Kontakt darstellt und gleichzeitig eine Schlüsselstellung am Beginn des Lebens einnimmt. Mit den anonym durchgeführten Befragungen von 2002 und 2008 lassen sich keine personenbezogenen Verhaltensänderungen aufzeigen, wohl aber Veränderungen in den einzelnen ÄrztInnen-Gruppen.

Die Raucherprävalenz in der Zielgruppe ist von 16% auf 12% zurückgegangen. Die Mehrheit raucht nur gelegentlich; zusammen mit den täglich Rauchenden sind es 9% der Ärztinnen und 14% der Ärzte. Neben dem persönlichen Gewinn und dem positiven Modelleffekt ist es auch für die Beratung wichtig, ob jemand nicht (mehr) raucht: die täglich rauchenden ÄrztInnen weisen deutliche Unterschiede auf zu ihren nicht oder nicht mehr rauchenden KollegInnen, sie intervenieren z. B. seltener.

Die Mehrheit der antwortenden ÄrztInnen (82%) fragten im Jahr 2008 immer nach dem Raucherstatus bei den PatientInnen. Im Jahr 2002 fragten 78% danach. Wichtig ist auch der Rauchstatus des/der Fragenden selbst. Die täglich rauchenden ÄrztInnen fragen am seltensten (76%), während die ehemals Rauchenden häufiger (83%) als der Durchschnitt (82%) fragen. Am häufigsten fragen dann jene ÄrztInnen nach, die schon eine Fortbildung besucht haben (87%).

Ebenso die Frage nach der Aufhörbereitschaft, die im Jahr 2002 von 64%, jetzt aber von 76% der ÄrztInnen gestellt wird (sogar 97% der PneumologInnen). Bei den PädiaterInnen stieg der Anteil jener, die immer nach der Aufhörbereitschaft fragen, von 53% auf 68%. Von früher 56% auf neu 66% stieg der Anteil bei den GynäkologInnen. Von einer Annäherung an die Werte der GrundversorgerInnen sind sie aber noch weit entfernt.

Unterstützung bei einem geplanten Rauchstopp bietet die grosse Mehrheit an (80%), nur die GynäkologInnen tun dies in weniger als der Hälfte der Fälle (43%). Sogar die Rauchprävalenz unterscheidet sich hier: in der Gynäkologie rauchen 16%, während von allen Befragten nur 12% und von den Pneumologinnen und Pneumologen 8% rauchen.

KursabsolventInnen unterscheiden sich in allen Fragen positiv von ihren KollegInnen. Ganze 90% von ihnen unterstützen die Aufhörwilligen in der Tabakentwöhnung, während es bei allen anderen bislang nur 78% tun.

## Diskussion und Ausblick

Die ÄrztInnenschaft nimmt offensichtlich ihre Modell-Rolle ernst, zum Beispiel rauchen ÄrztInnen nur halb so oft wie die Gesamtbevölkerung.

Für die Zukunft des Projekts sind einige Herausforderungen auszumachen:

In der Arztpraxis laufen sämtliche Präventionsbemühungen zusammen. Es ist zeitlich unmöglich, dass die Ärztin oder der Arzt alle Interventionen in Bezug auf sämtlichen Substanzmissbrauch und alle Lebensstil-Änderungen durchführt – und auch die Krankheiten noch behandelt. Neue Ansätze wie das Gesundheitscoaching sind zu fördern.

Die Medikamentenkosten zur Unterstützung der Tabakentwöhnung werden weiterhin nicht von der Grundversicherung übernommen. Aber gerade in Kreisen mit niedrigem sozioökonomischem Status ist die Raucherprävalenz erhöht.

Die Ärzteschaft sieht sich oft als geschlossene Gesellschaft. Zusammenarbeit mit weiteren Kreisen, gerade auch mit Fachstellen – auch der Suchtprävention – wäre aber trotz Zeitmangel nötig.

Auch die Zusammenarbeit mit kantonalen Stellen und Angeboten beruht meist auf der Vernetzung der einzelnen ÄrztInnen.

Die fehlende Entschädigung für die Tabakentwöhnung durch nicht-ärztliche Fachpersonen z. B. in der Pflege und von Seiten der Fachstellen, erschwert eine Ausweitung, die letztlich kostensparend wäre. •

## Literatur

- Cornuz, J./Humair, J.P. et al. (2002): Efficacy of resident training in smoking cessation training: a randomized controlled trial of a program based on application of behavioral therapy and practice with standardized patients. *Annals of Internal Medicine* 136: 429-437.
- Cornuz, J./Humair, J.P./Zellweger, J.P. (2004): Désaccoutumance au tabac 1e/2e partie: Recommandations pour la pratique clinique. *Schweizerisches Medizin Forum* 4(29-30):764-70 et 4 (31): 792-805.
- Cornuz, J./Humair, J.P. (2008): Raucherentwöhnung. Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte. Bundesamt für Gesundheit. Bestellung: info@frei-von-tabak.ch
- Cornuz, J./Jacot-Sadowski, I./Humair, J.P./Clair, C./Schuurmanns, M./Zellweger, J.P. (2011): Tabakentwöhnung: Update 2011. Teil 1 und Teil 2 *Schweizerisches Medizin Forum* 11(9):156-159, resp. 11 (10):172-176.
- Doll, R./Hill, A.B. (1954): The mortality of doctors in relation to their smoking habits. *British Medicine Journal* 228: 1451-1455.
- Doll, R./Peto, R./Boreham, J./Sutherland, I. (2004): «Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.» *British Medicine Journal* 328: 1519-1528.
- Fiore, M.C./Bailey, W. C./Cohen, S. J. et al.(2008): Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fowler, G./Mant, D./Fuller, A./Jones, L. (1989): The «help Your Patient Stop» initiative. Evaluation of smoking prevalence and dissemination of WHO/UICC guidelines in UK general practice. *Lancet* 8649: 1253-1255.
- Fueglistler, S./Jeanrenaud, C. et al.(2009): Kosten und Nutzen von Präventionsmassnahmen: Tabakkonsum und übermässiger Alkoholkonsum. Institut de recherches économiques Université de Neuchâtel.
- Krebs, H. (2004): Ärztliche Rauchen-Beratung in der Schweiz 2002/03. Schriftliche Befragung bei Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis, im Auftrag von Krebsliga Schweiz, Lungenliga Schweiz, Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention und Bundesamt für Gesundheit. Zürich: Interner Bericht.
- Krebs, H. (2011): Ärztliche Rauchen-Beratung in der Schweiz 2008. Schriftliche Befragung bei Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis. Erhebung im Auftrag des Nationalen Rauchstopp-Programms. Zürich: Interner Bericht.
- Krebs, H. et al. (2010): Raucherberatung in der ärztlichen und zahnmedizinischen Praxis aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden. Tabakmonitoring – Schweizerische Umfrage zum Tabakkonsum. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie.
- McRobbie, H./Bullen, C./Glover, M. et al. (2008): New Zealand Guidelines Group. New Zealand smoking cessation guidelines. *The New Zealand Medical Journal* 121(1276):57-70.
- Miller, W.R./Rollnick, S.(2004): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg: Lambertus (2. Auflage).
- Parrott, S./Godfrey, C. (2004): Economics of smoking cessation. *BMJ*.doi: 328 (7445): 947-949.
- Prochaska, J.O./Di Clemente, C.C.(1983): Stages and processes of self-change in smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390-395.
- Raw, M./Regan, S./Rigotti, N.A./McNeill, A. (2009): A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 31 countries. *Addiction* 104(7): 1243-50.
- Silagy, C./Stead, L.F. (2003): Physician advice for smoking cessation (Cochrane Methodology Review). *Cochrane Library* 4.
- US Department of Health, Education and Welfare (1964): Smoking and Health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Public Health Service Publication No. 1103. Washington.
- West, R./McNeill, A./Raw, M. (2000): Smoking Cessation guidelines for health professionals. *Thorax* 55(12):987-999.

## Endnoten

- 1 [www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm.html](http://www.at-schweiz.ch/de/startseite/rauchstopp-programm.html)
- 2 Vgl. U.S. Department of Health, Education and Welfare 1964.
- 3 Vgl. Doll et al. 1954; Doll et al. 2004.
- 4 Vgl. Fowler et al. 1989.
- 5 Vgl. Cornuz/Humair 2008.
- 6 Vgl. Cornuz/Humair 2002.
- 7 Vgl. Prochaska/Di Clemente 1983.
- 8 Vgl. Miller/Rollnick 2004.
- 9 Vgl. Cornuz/Humair/Zellweger 2004; Cornuz et al. 2011.
- 10 Vgl. Cornuz et al. 2011.
- 11 Vgl. Raw et al. 1989; Silagy/Stead 2003; Fiore et al. 2008; McRobbie et al. 2008; Raw/Rigotti et al. 2009.
- 12 Vgl. Krebs et al. 2010.
- 13 Vgl. Fueglistler/Jeanrenaud 2009.
- 14 Vgl. Parrott 2004.
- 15 Vgl. Krebs 2004.
- 16 Vgl. Krebs 2011.