



Universität Zürich  
Psychologisches Institut, Sozialpsychologie II

**H A N S K R E B S**  
**Kommunikations- und Publikumsforschung**

---

# **Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems**

Bericht über die ärztliche Raucherberatung in der Schweizer Bevölkerung: Minimal- und Kurzintervention aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden

---

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG),  
Facheinheit Sucht und Aids

März 2003

Hans Krebs  
Roger Keller  
Rainer Hornung

## **Anschrift der Autoren**

Prof. Dr. Rainer Hornung & lic. phil. Roger Keller  
Psychologisches Institut der Universität Zürich  
Sozialpsychologie II, Rämistrasse 66, CH-8001 Zürich

Hans Krebs  
Kommunikations- und Publikumsforschung  
Geeringstrasse 93, CH-8049 Zürich

## **Durchführung der Erhebungen**

LINK Institut für Markt- und Sozialforschung, Spannortstrasse 7/9, 6000 Luzern 4

## **Auftraggeber**

Bundesamt für Gesundheit (BAG)  
Facheinheit Sucht und Aids, Sektion Grundlagen und Forschung  
Dr. Marta Kunz (Vertrag Nr.: 00.000041)  
Postfach, CH-3003 Bern

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>ZIELSETZUNGEN UND ELEMENTE DES TABAKMONITORING</b>	<b>5</b>
2.1	Zielsetzungen	5
2.2	Elemente des Tabakmonitoring	6
2.2.1	Das Basismodul	6
2.2.2	Zusatzmodule	7
<b>3</b>	<b>METHODIK</b>	<b>10</b>
3.1	Grundgesamtheit	10
3.2	Periodizität der Erhebungen	10
3.3	Stichprobenziehung und Stichprobengrösse	11
3.4	Wahl des Ankündigungsschreibens	12
3.5	Erhebungsmethode	12
3.6	Auswertungsmethoden	12
<b>4</b>	<b>BESCHREIBUNG DES SAMPLES</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>15</b>
5.1	Das Ansprechen der Rauchgewohnheiten beim Arzt	16
5.2	Arzt und Anlass der Intervention	20
5.3	Ärztlicher Rat zum Rauchstopp	23
5.4	Ärztliche Empfehlung von Entwöhnungshilfen	25
5.5	Empfohlene und benutzte Entwöhnungshilfen	29
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>32</b>
	<b>LITERATUR UND QUELLEN</b>	<b>36</b>

# 1 Einleitung

Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) entwickeln das Psychologische Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II und H. Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich, ein modulares Forschungssystem, das den Tabakkonsum der schweizerischen Wohnbevölkerung repräsentativ und kontinuierlich erfasst. Die Grundlage dieses Auftrages bildet der Bundesratsbeschluss vom 16. August 1995, ein Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen des Tabakkonsums zu schaffen, sowie die Verpflichtung gegenüber der WHO, die Folgen des Tabakkonsums und die Anzahl Rauchender zu vermindern.

Die Implementierung des Tabakmonitoring erfolgt in Anlehnung an die Erkenntnisse der Machbarkeitsstudie ‚Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz‘ (Krebs & Demarmels, 1998). Um über eine notwendige Entscheidungsgrundlage für eine effektive und effiziente Tabakprävention zu verfügen, braucht es eine kontinuierliche Erhebung der Konsumgewohnheiten von Tabakwaren mit ausreichender Stichprobengrösse, einem sorgfältig abgestimmten Fragenkatalog, flexiblen Erweiterungsmöglichkeiten sowie rascher Aufbereitung und Kommunikation der erhobenen Daten.

Das Projekt ‚Tabakmonitoring‘ besteht aus einem Basismodul sowie verschiedenen Zusatzmodulen. Die Erhebungen erfolgen vierteljährlich, pro Quartal werden 2'500 Personen befragt (vgl. Kap. 2).

Dem vorliegenden Bericht sind die wichtigsten Befunde zur ärztlichen Raucherberatung (Minimal- und Kurzintervention) aus Sicht der Rauchenden und ehemaligen Rauchenden in der 14- bis 65jährigen Schweizer Bevölkerung zu entnehmen. Die Fragen aus diesem Zusatzmodul wurden in der vierten und fünften. Erhebungswelle (Oktober 2001 bis März 2002) gestellt.

Kapitel 2 des vorliegenden Berichts enthält eine kurze Beschreibung des Gesamtprojekts, in Kapitel 3 werden die wichtigsten methodischen Aspekte erläutert und Kapitel 4 liefert eine Übersicht über das für Analysen zur Verfügung stehende Kollektiv (Sample). Die inhaltlichen Ergebnisse werden in Kapitel 5 präsentiert.

## 2 Zielsetzungen und Elemente des Tabakmonitoring

Im Folgenden werden die Zielsetzungen und die Elemente des Tabakmonitoring vorgestellt.

### 2.1 Zielsetzungen

Die Entwicklung des Tabakmonitoring läuft vom 1. November 2000 bis zum 31. Dezember 2002. Das Monitoringsystem soll die folgenden Zielsetzungen erfüllen:

- Kontinuität gewährleisten und gleichzeitig offen für die Integration neuer Fragestellungen bleiben
- hohen methodologischen Anforderungen bezüglich Repräsentativität, Stichprobenverfahren und Stichprobengrösse genügen, um verlässliche Daten zu liefern und Akzeptanz bei den Adressaten zu erreichen
- aktuelle Daten zum Tabakkonsum zuverlässig, rasch und benutzerfreundlich für die verschiedenen Adressatengruppen (Bevölkerung, Medien, politische Entscheidungsträger u.a.) bereitstellen
- ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis erbringen
- mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung gut vernetzt sein und diese mit einer vergleichbaren Methodik optimal ergänzen
- einen internationalen Vergleich erlauben
- eine Basis für Präventions- und Interventionsmassnahmen bilden und
- theoretisch gut verankert sein.

Damit diese Ziele erreicht werden können, wurden die Variablen den folgenden Studien / Programmen entnommen und durch weitere relevante Variablen in Absprache mit Expertinnen und Experten aus dem Suchtbereich ergänzt:

- Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) von 1997 (Calmonte et al., 2000). Bundesamt für Statistik.
- The Evaluation and Monitoring of Public Action on Tobacco (Vilain, 1988). WHO Regional Office for Europe. (Action Plan on Tobacco adopted by the World Health Organization's Regional Committee for Europe in September 1987, and the „Europe Against Cancer“ Programme of the European Community).
- Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen (Riemann, 1997). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic (1998). WHO Genf.

## 2.2 Elemente des Tabakmonitoring

In Abbildung 2.1 (vgl. S. 9) sind die einzelnen Elemente des Forschungssystems ersichtlich. Es besteht aus einem Basismodul sowie verschiedenen Zusatzmodulen.

### 2.2.1 Das Basismodul

Im Basismodul werden vierteljährlich die zentralen Variablen zum Tabakkonsum erhoben (2'500 Interviews pro Quartal). Die Grundgesamtheit bildet die 14- bis 65jährige, in der Schweiz wohnhafte Bevölkerung (vgl. Kap. 3, Methodik). Im Basismodul integriert sind spezifische Fragen an schwangere Frauen und Mütter von Kleinkindern bis 3 Jahre. Die Befragungsdaten dieser kleinen, für die Tabakprävention aber wichtigen Merkmalsgruppe können über alle Befragungswellen hinweg kumuliert werden, so dass eine ausreichend grosse Stichprobe für aussagekräftige Analysen zur Verfügung steht.

Tabelle 2.1 zeigt die verschiedenen Variablen des Basismoduls.

Tabelle 2.1: Variablen des Basismoduls

Variablen
<p><b>Alle Befragten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeiner Gesundheitszustand</li> <li>• Raucherstatus (differenziert nach RaucherInnen, Ex-RaucherInnen, Niemals-RaucherInnen etc. nach WHO, 1998)</li> <li>• Soziodemographische Variablen</li> </ul> <p><b>Regelmässige RaucherInnen und GelegenheitsraucherInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art der Tabakwaren und Zigarettenmarke</li> <li>• Grad der Nikotinabhängigkeit</li> <li>• Alter bei erstem Zigarettenkonsum</li> <li>• Ort / Gegebenheiten / Zeitpunkt des Tabakkonsums</li> <li>• Aufhörbereitschaft / Phasenbestimmung gemäss Transtheoretischem Modell (TTM, nach Prochaska et al.)</li> <li>• Erfolgreiche Aufhörversuche in den letzten 12 Monaten</li> </ul> <p><b>Ex-RaucherInnen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anzahl gerauchter Zigaretten</li> <li>• Dauer der Abstinenz / Phasenbestimmung gemäss TTM</li> <li>• Alter bei Beginn des regelmässigen Zigarettenkonsums</li> <li>• Entwöhnungshilfen</li> <li>• Aufhörgründe</li> </ul> <p><b>Schwangere Frauen und Mütter von Kleinkindern:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsumgewohnheiten vor, während und nach der Schwangerschaft</li> <li>• Wissen um Schädlichkeit des Tabakkonsums für den Fötus resp. Schädlichkeit der Passivrauchexposition für Kleinkinder</li> </ul>

### 2.2.2 Zusatzmodule

Das Basismodul kann jederzeit mit Fragen ergänzt werden, welche entweder einmalig erhoben oder periodisch in Zusatzmodulen wiederholt werden können. Folgende Inhalte wurden bzw. werden bis Ende Dezember 2002 noch erhoben (vgl. Abb. 2.1):

- Wissen der Bevölkerung über schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums
- Passivrauchen (Orte und Dauer der Passivrauchexposition; subjektiv empfundene Belästigung durch den Passivrauch an verschiedenen Orten; Wissen über die Schädlichkeit des Passivrauchens)
- Jugendliche (Gründe für resp. gegen das Rauchen; Konsumgewohnheiten des sozialen Umfeldes; Cannabiskonsum; Freizeitgestaltung etc.)
- Ärztliche Minimal- und Kurzintervention (ärztliche Empfehlung eines Rauchstopps; Unterstützung bei der Rauchentwöhnung durch Ärztinnen und Ärzte)
- ‚Harm Reduction‘ / Reduktion des Zigarettenkonsums (Wechsel auf eine Zigarette mit mehr oder weniger Nikotin- und Teergehalt; Veränderung der Konsummenge nach allfälligem missglücktem Aufhörversuch; Absicht, den Konsum zu reduzieren).

In der ersten Feldphase wurden alle Zielpersonen – als Baseline für die Kampagne ‚Rauchen schadet..\_‘ – zu ihrer Wahrnehmung von Kampagnen über die Schädlichkeit des Rauchens interviewt. Ab der zweiten Welle wurde zum einen konkret nach der Wahrnehmung der TV-Spots gefragt, zum anderen die Erinnerung an Kampagneninhalte erhoben. Ebenfalls erfragt wurde das Wissen über schädliche Auswirkungen des Tabakkonsums anhand weiterer ‚Statements‘ zum Rauchen.

In der zweiten und sechsten Erhebungswelle wurden in einem weiteren Zusatzmodul Erkenntnisse über die Einstellung der Bevölkerung zum Thema ‚Passivrauchen‘ sowie über die Passivrauchexposition an verschiedenen Orten und die dort subjektiv empfundene Belästigung durch Passivrauch gewonnen.

In der dritten bis sechsten Erhebungswelle fanden die Befragungen zum Zusatzmodul ‚Jugendliche‘ statt.

In der vierten und fünften Erhebungswelle wurden die Befragten zusätzlich zum Thema ‚ärztliche Raucherberatung‘ um Auskunft gebeten. Im Zentrum standen die Fragen, ob RaucherInnen in den Arztpraxen über ihre Rauchgewohnheiten gesprochen haben, ob die Ärztinnen und Ärzte ihnen zum Rauchstopp geraten und sie durch die Empfehlung von Entwöhnungshilfen unterstützt haben (vgl. Kap. 5).

In der siebten bis zehnten Erhebungswelle kommt das Zusatzmodul ‚Harm Reduction / Reduktion des Zigarettenkonsums‘ zur Anwendung. Hier stehen diejenigen Raucherinnen und Raucher im Zentrum, welche nicht die Absicht äussern, mit dem Rauchen in absehbarer Zeit aufzuhören. Ein besonderes Interesse gilt der Frage, ob sie allenfalls den Zigarettenkonsum reduzieren möchten.

Schliesslich ist das Forschungssystem – wie einleitend erwähnt – auch offen für die Integration neuer Fragestellungen. Es können innert angemessener Frist aktuelle Fragestellungen aufgenommen werden.

Im Rahmen des Tabakmonitoring dürfte es aber eher unrealistisch sein, verlässliche Daten über Berufsgruppen mit Mediatorenfunktion sowie über Migrantinnen und Migranten erheben zu können. Erkenntnisse über das Rauchverhalten dieser Zielgruppen müssten vorzugsweise mittels postalischer Befragungen oder in persönlichen Interviews gewonnen werden. Bei den Migrantinnen und Migranten kommen sprachliche Probleme hinzu, das Interview könnte vermutlich in zahlreichen Fällen nicht in einer der Landessprachen durchgeführt werden.



Die Inhalte der einzelnen Befragungswellen können Abbildung 2.1 entnommen werden.

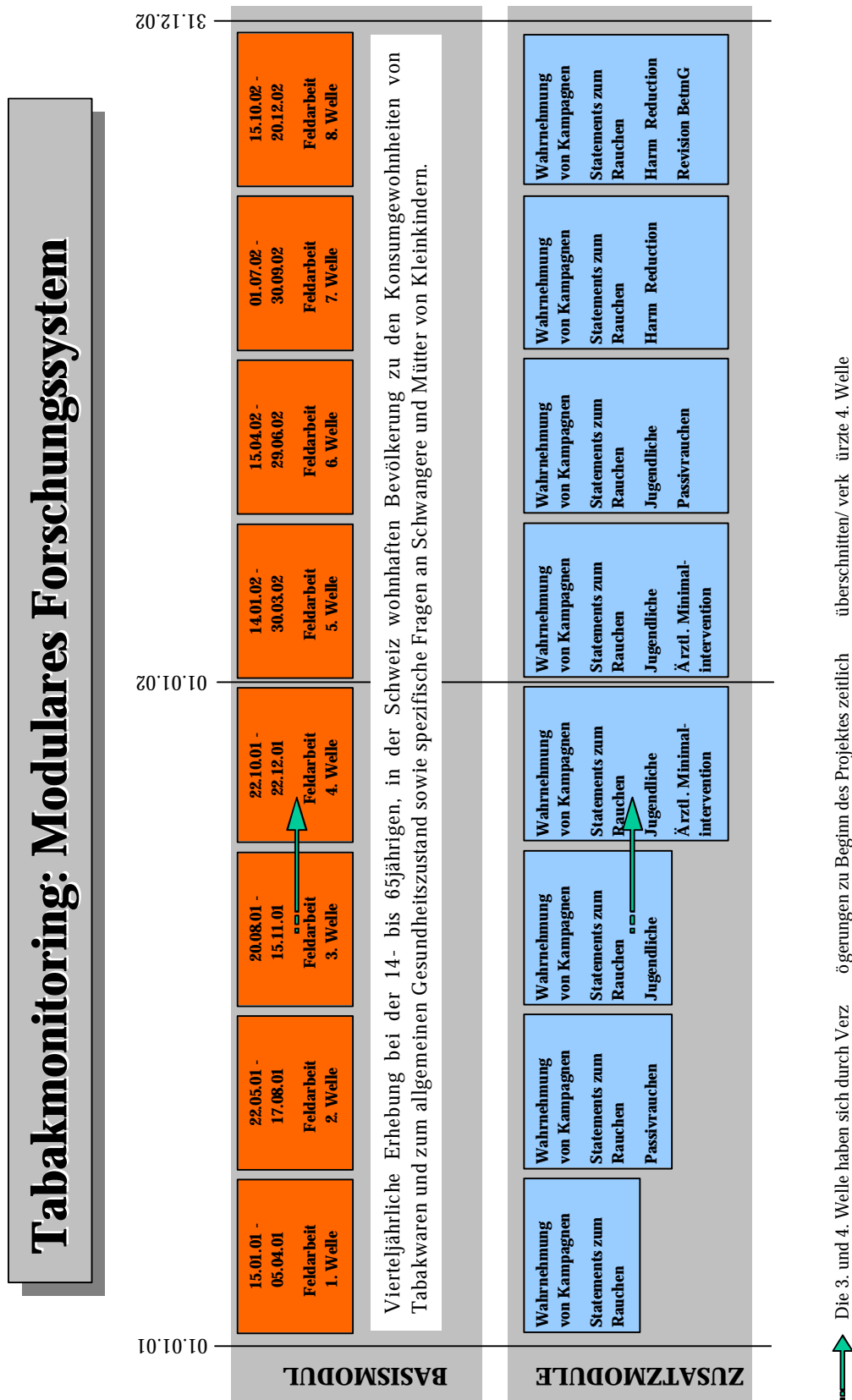


Abbildung 2.1: Modulares Forschungssystem (Tabakmonitoring) zum Zeitpunkt der Berichterstellung

## 3 Methodik

Das Forschungssystem soll hohen methodologischen Anforderungen bezüglich Repräsentativität, Stichprobenverfahren und Stichprobengrösse genügen, um verlässliche Daten liefern zu können und um Akzeptanz bei den Adressaten zu erreichen. Überdies soll es mit der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) gut vernetzt sein und diese mit einer vergleichbaren Methodik optimal ergänzen. Im Folgenden werden die Grundgesamtheit, die Periodizität der Erhebungen, die Stichprobenziehung und Stichprobengrösse sowie die Erhebungs- und Auswertungsmethode kurz erläutert.

### 3.1 Grundgesamtheit

Die Grundgesamtheit bildet die 14- bis 65jährige ständige Wohnbevölkerung der Schweiz, welche über einen privaten Telefonanschluss mit Eintrag im Teilnehmerverzeichnis der Swisscom verfügt und in deutscher, französischer oder italienischer Sprache befragt werden kann. Die Altersbegrenzung weicht von derjenigen der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ab. Diese untersucht die schweizerische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren ohne obere Altersbegrenzung. Um jedoch einerseits der Initiationsphase des Rauchens und andererseits dem primären Studienziel, Grundlagen für (gesundheits-)politische Entscheide liefern zu können, Rechnung zu tragen, erachten wir die Abweichung als angemessen. Die untere Altersgrenze ist mitbedingt durch die ethischen Normen bei Befragungen (ESOMAR-Richtlinien) (vgl. Krebs & Demarmels, 1998, S. 43), die für Befragungen von Jugendlichen unter 14 Jahren die Einwilligung eines Elternteils voraussetzen.

Ein weiterer methodologischer Unterschied im Vergleich zur SGB besteht darin, dass im Tabakmonitoring für das Oversampling auch zwei Personen aus dem selben Haushalt befragt werden können (vgl. 3.3: Stichprobenziehung und Stichprobengrösse).

### 3.2 Periodizität der Erhebungen

Wie in Abbildung 2.1 aufgezeigt, werden die Daten in acht aufeinanderfolgenden Wellen erhoben. Nach Abschluss jeder Welle, d.h. sobald die Datenaufbereitung durch das LINK Institut erfolgt ist und erste Tabellen vorliegen, können innert Monatsfrist die wichtigsten Zwischenresultate dem BAG vorgelegt werden. Es sind fortan also immer aktuelle Daten zum Tabakkonsum der Schweizer Bevölkerung verfügbar.

Es ist wichtig, darauf zu achten, dass eng miteinander zusammenhängende Fragestellungen in der gleichen respektive – falls eine Datenkumulation notwendig ist – in aufeinanderfolgenden Befragungswellen erhoben werden, damit sie auch in einer Analyse miteinander verknüpft und kumuliert werden können.

### 3.3 Stichprobenziehung und Stichprobengrösse

Die Stichprobenziehung erfolgt nach einem zweistufigen Random-Random-Verfahren. Dabei werden in einem ersten Schritt mit einem Zufallsverfahren die Haushalte aus dem elektronischen Telefonverzeichnis ausgewählt und telefonisch kontaktiert. Nach Aufnahme der Haushaltsstruktur wird – wiederum mittels Zufallsverfahren – eine zu befragende Zielperson aus allen 14- bis 65jährigen Haushaltsmitgliedern ausgewählt und entweder unmittelbar oder zu einem vereinbarten Termin telefonisch befragt.

Damit für die Analyse der Jugendlichen sowie der schwangeren Frauen und Mütter von Kleinkindern eine ausreichende Anzahl befragter Personen zur Verfügung steht, wird bei den 14- bis 24jährigen Männern und bei den 14- bis 45jährigen Frauen ein Oversampling (Übervertretung in der Stichprobe) vorgenommen, indem in Mehrpersonenhaushalten eine zweite Person befragt wird, sofern jemand im Haushalt diesen demographischen Kriterien entspricht.

Bezüglich Repräsentativität sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Es können nur sprachassimilierte Personen befragt werden, das heisst Personen, mit denen das Interview entweder in deutscher, französischer oder italienischer Sprache durchgeführt werden kann.
- Es können nur Haushalte mit festinstalliertem Telefonanschluss und einem Eintrag im Teilnehmerverzeichnis der Swisscom in die Stichprobe aufgenommen werden. Zur Zeit ist der weitaus grösste Teil der Bevölkerung über Festanschlüsse noch erreichbar (gemäss Machbarkeitsstudie ca. 95%). Die mobilen Telefone ersetzen aber immer stärker die Festanschlüsse, so dass der Anteil der über einen Festanschluss verfügenden Personen sinken wird.
- Seit dem 1. Januar 1998 ist die Eintragungspflicht im Telefonbuch für Telefonabonnenten aufgehoben. Es besteht keine Garantie mehr dafür, dass alle festinstallierten Haushaltsanschlüsse über das Telefonverzeichnis erreicht werden können.
- ‚Randständige‘ Personen können nicht erreicht werden.

Die Stichprobengrösse des Basismoduls wurde pro Welle auf 2'500 realisierte Telefoninterviews festgelegt. Insgesamt werden in den ersten 8 Wellen 20'000 Personen zu den Fragen im Basismodul interviewt. In einigen Zusatzmodulen werden vertiefende Fragen an bestimmte Merkmalsgruppen gestellt.

Die Stichprobe wird nach Sprachregionen geschichtet. Die 2'500 Interviews pro Quartal teilen sich wie folgt auf: 1'425 Interviews in der Deutschschweiz, 700 Interviews in der französischsprachigen und 375 Interviews in der italienischsprachigen Schweiz.

### 3.4 Wahl des Ankündigungsschreibens

Um die Motivation zur Teilnahme an der Befragung und damit auch die Ergebnisqualität zu optimieren, werden ca. 75% der ausgewählten Haushalte vor dem ersten Kontakt mit einem Ankündigungsschreiben über das geplante Interview informiert. Den rund 25% der Haushalte mit einem ‚Sternchen-Eintrag‘ im Teilnehmerverzeichnis darf kein Ankündigungsschreiben zugestellt werden. Diese Personen wünschen keine Zustellung von Werbematerialien, worunter auch Ankündigungsschreiben wissenschaftlicher Studien fallen.

### 3.5 Erhebungsmethode

Die Datenerhebung erfolgt mittels computergestützter Telefoninterviews (CATI-Methode) aus den zentralen Telefonlabors des LINK Instituts in Zürich und Lausanne. Die Interviews werden von geschulten und durch SupervisorInnen kontrollierte Befragterinnen und Befragern durchgeführt, und zwar in den Sprachen Deutsch, Französisch und Italienisch.

### 3.6 Auswertungsmethoden

Die im CATI-Labor erhobenen Daten werden zunächst durch das LINK Institut einer Plausibilitätskontrolle unterzogen, danach erfolgt die Gewichtung der Daten. Die Gewichtung dient dazu, die Verzerrungen in der Stichprobe rechnerisch so zu korrigieren, dass sie die Grundgesamtheit korrekt repräsentiert.

Die Gewichtung der Daten erfolgt in vier Schritten (Raemy & Grau, 2002):

#### ***Oversampling-Gewichtung***

Personen mit den in Abschnitt 3.3 genannten Oversampling-Kriterien haben eine grössere Chance, in die Stichprobe zu gelangen. Deshalb werden in einem ersten Schritt die durch das Oversampling bedingten Verzerrungen korrigiert.

#### ***Haushaltstransformations-Gewichtung***

Die Haushaltstransformations-Gewichtung dient der Korrektur der durch das Auswahlverfahren bedingten Verzerrung. Dabei werden die Gewichtungsfaktoren aufgrund der Zusammensetzung der befragten Haushalte berechnet.

#### ***Regionale Gewichtung***

Um sinnvolle Vergleiche zwischen den verschiedenen Landesteilen machen zu können, darf die Stichprobe in einem Landesteil nicht zu klein sein. Deshalb wird die Stichprobe disproportional gezogen, d.h. die Westschweiz und das Tessin sind in der Stichprobe überproportional vertreten. Der disproportionale Ansatz wird anschliessend so korrigiert, dass die Verteilung der Befragten aus der deutsch-, französisch- und italienischsprachigen Schweiz

mit derjenigen in der Grundgesamtheit übereinstimmt (72% Deutschschweiz, 23,5% französischsprachige Schweiz, 4,5% italienischsprachige Schweiz).

### ***Soziodemographische Gewichtung***

Die soziodemographische Gewichtung ist eine Zellengewichtung nach Alter und Geschlecht. In diesem Schritt wird die Stichprobe bezüglich Alter und Geschlecht an die bekannte Verteilung in der Grundgesamtheit angepasst. Die Gewichtungsfaktoren basieren auf der jährlichen Fortschreibung der Volkszählung ESPOP des Bundesamtes für Statistik.

Danach liefert das LINK Institut eine tabellarische Darstellung der Ergebnisse sowie einen technischen Bericht zur Haupterhebung und stellt zudem den Beauftragten einen anonymisierten und aufbereiteten Datensatz als SPSS-File für die Auswertung zur Verfügung. Nach einer nochmaligen Plausibilitätskontrolle durch die Abteilung Sozialpsychologie II erfolgt eine Grundausswertung sämtlicher Variablen.

Die Berichte zu den verschiedenen Wellen werden jeweils rund einen Monat nach Vorliegen des bereinigten Datensatzes und der tabellarischen Darstellung der Resultate dem BAG präsentiert.

## **4 Beschreibung des Samples**

Die Fragen zur ärztlichen Minimalintervention wurden nur RaucherInnen und Ex-RaucherInnen gestellt. In diesem Kapitel wird tabellarisch dargestellt, wie viele Befragte für die Auswertungen zur Verfügung standen, differenziert nach Sprachregion, Alter und Geschlecht (Tab. 4.1).

Zu beachten ist, dass sowohl die gewichtete als auch die ungewichtete Stichprobengrösse angegeben wird. Diese weichen teilweise stark voneinander ab, da bei 14- bis 24jährigen Männern und bei 14- bis 45jährigen Frauen ein Oversampling durchgeführt wurde, welches danach mittels Gewichtungsverfahren korrigiert wurde (vgl. Kap. 3.6). Die gewichtete Stichprobe gibt Auskunft über die tatsächliche Verteilung in der Schweizer Wohnbevölkerung, der ungewichteten Stichprobengrösse ist zu entnehmen, wie viele Interviews realisiert wurden. Die ungewichtete Stichprobengrösse wird deshalb angegeben, weil die Berechnung der maximalen statistischen Fehlerspannen auf der Basis der effektiv durchgeführten Interviews erfolgte (vgl. Ergebnisse Kap. 5).

Tabelle 4.1: Soziodemographische Merkmale des Samples (Wellen 4 und 5 kumuliert)

Merkmal	Ausprägungen	N gewichtet	N ungewichtet	Max. stat. Fehlerspannen bei Häufigkeitswerten von	
				20% / 80%	50%
<b>14- bis 65jährige RaucherInnen (Total)</b>		1'661	1'616	+/- 2%	+/- 3%
Sprachregion:	Deutschschweiz	1'176	890	+/- 3%	+/- 4%
	Franz. Schweiz	407	484	+/- 3%	+/- 4%
	Ital. Schweiz	78	242	+/- 5%	+/- 7%
Geschlecht:	Männer	938	740	+/- 3%	+/- 4%
	Frauen	723	876	+/- 3%	+/- 4%
Alter:	14-19 Jahre	159	201	+/- 6%	+/- 7%
	20-24 Jahre	166	164	+/- 7%	+/- 8%
	25-34 Jahre	395	328	+/- 5%	+/- 6%
	35-44 Jahre	418	441	+/- 4%	+/- 5%
	45-54 Jahre	324	261	+/- 5%	+/- 6%
	55-65 Jahre	198	221	+/- 6%	+/- 7%
<b>14- bis 65jährige Ex-RaucherInnen (Total)</b> (in den letzten 5 Jahren mit Rauchen aufgehört)		294	298	+/- 5%	+/- 6%
Sprachregion:	Deutschschweiz	202	160	+/- 7%	+/- 8%
	Franz. Schweiz	78	92	*	*
	Ital. Schweiz	14	46	*	*
Geschlecht:	Männer	160	127	+/- 7%	+/- 9%
	Frauen	134	171	+/- 6%	+/- 8%
Alter:	14-19 Jahre	9	14	*	*
	20-24 Jahre	27	27	*	*
	25-34 Jahre	87	80	*	*
	35-44 Jahre	88	96	*	*
	45-54 Jahre	46	37	*	*
	55-65 Jahre	37	44	*	*

\*) In diesen Merkmalsgruppen wurden weniger als 100 Interviews realisiert. Die maximale statistische Fehlerspanne beträgt mehr als +/- 10%. In den nachstehenden Grafiken und Tabellen werden diese Merkmalsgruppen nicht separat ausgewiesen.

Der statistische Fehlerspanne gibt an, wie gross der Stichprobenfehler, also die Abweichung mit 95%iger Wahrscheinlichkeit vom ‚wahren‘ Wert, maximal sein kann. Wenn beispielsweise eine Antwort von 20% der Personen genannt wurde und der statistische Vertrauensbereich beträgt +/- 5%, dann bedeutet dies, dass der ‚wahre‘ Wert zwischen 15 und 25% liegt. Diese Fehlerspanne wird mit steigender Stichprobengrösse immer kleiner. Das bedeutet, dass diese Angabe v.a. bei kleinen Stichproben unbedingt berücksichtigt werden muss. Die statistische Fehlerspanne berechnet sich auf der Basis der ungewichteten Stichprobengrösse, also der tatsächlich durchgeführten Interviews (vgl. Kap. 3).

## 5 Ergebnisse

Das Zusatzmodul ‚Ärztliche Raucherberatung: Minimal- und Kurzintervention‘ wurde, wie bereits erwähnt, im Rahmen der vierten und fünften Erhebungswelle (Oktober 2001 bis März 2002) eingesetzt. Die Daten der beiden Erhebungen wurden kumuliert, so dass aufgrund von insgesamt 1'616 Interviews bei RaucherInnen bzw. 298 Interviews bei Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört hatten, differenziertere Analysen erfolgen konnten.

Die aktuell täglichen und nicht-täglichen RaucherInnen wurden zuerst gefragt, ob sie schon einmal von einem Arzt<sup>1</sup> (oder Zahnarzt) gefragt wurden, ob sie rauchen, und ob sie beim Arzt das ‚Rauchen‘ auch selber angesprochen haben. Sofern ein Gespräch mit einem Arzt stattgefunden hatte, wurde nach dem betreffenden Arzt (Hausarzt, Frauenarzt, Zahnarzt usw.), nach dem Anlass (Check-up, Krankheit, Unfall, Schwangerschaft usw.) und dem Zeitpunkt der Intervention gefragt. Des weiteren wurde erhoben, ob der Arzt zum Rauchstopp geraten und welche Entwöhnungshilfen er hierfür empfohlen hatte. Schliesslich interessierte noch, wie die vom Arzt beratenen RaucherInnen die ihnen zuteil gewordene ärztliche Unterstützung beurteilten und ob die nicht ärztlich beratenen RaucherInnen gern eine entsprechende Unterstützung gehabt hätten.

Den Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört hatten, wurden entsprechend adaptierte Fragen gestellt, die sich auf die Situation vor dem Rauchstopp bezogen. Allerdings wurden ihnen bereits im Basismodul Fragen zum Rauchstopp gestellt, u.a. ob der Rat eines Arztes damals eine Rolle gespielt habe. Um einen optimalen Interviewablauf zu ermöglichen, mussten die Fragen im Zusatzmodul an die entsprechenden Antworten des Basismoduls unmittelbar anknüpfen. Es war deshalb nicht immer möglich, einzelne Fragestellungen für spezifische Präzisierungen nochmals zu wiederholen. Die Befragten hätten sonst den Eindruck gewinnen können, die gleichen Fragen würden ihnen mehrmals gestellt, was die Qualität der Antworten hätte beeinträchtigen können. So wurden die Ex-RaucherInnen zum Beispiel nur gefragt, ob die erfolgreich angewendete Aufhörungsmethode vom Arzt empfohlen wurde, nicht aber, welche verschiedenen Entwöhnungshilfen der Arzt zuvor vorgeschlagen hatte. Wo die Befragungsdaten der Ex-RaucherInnen nicht mit jenen der RaucherInnen vergleichbar sind, werden sie in der Regel weggelassen. Die Fallzahlen sind oftmals zu klein, als dass statistisch gesicherte Aussagen gemacht werden könnten.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist auf die erhöhten statistischen Fehlerspannen bei kleinen Merkmalsgruppen zu achten (vgl. Tab. 4.1).

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Folgenden für Ärzte und Ärztinnen meist nur die männliche Form verwendet.

## 5.1 Das Ansprechen der Rauchgewohnheiten beim Arzt

Aus den ersten vier Wellen des Tabakmonitoring (Januar bis Dezember 2001) liegen auf der Basis von 10'000 Interviews folgende Ergebnisse zu den Rauchgewohnheiten der Bevölkerung in der Schweiz und zur Aufhörbereitschaft der RaucherInnen vor<sup>2</sup>:

- Von der 14- bis 65jährigen Schweizer Wohnbevölkerung raucht rund ein Drittel: 24% sind tägliche und 9% nicht-tägliche RaucherInnen. 19% haben früher einmal geraucht (Ex-RaucherInnen). 48% sind Niemals-RaucherInnen oder Personen, die in ihrem Leben insgesamt weniger als 100 Zigaretten konsumiert haben.
- Von den RaucherInnen möchten 51% mit Rauchen aufhören: 9% planen einen Rauchstopp in den nächsten 30 Tagen, 14% in ein bis sechs Monaten und 21% zu einem späteren Zeitpunkt. 7% der RaucherInnen möchten gerne aufhören, wissen aber noch nicht wann.
- 14% der Ex-RaucherInnen berichten, dass bei ihrem Rauchstopp der ärztliche Rat eine Rolle gespielt habe.

In der Schweiz suchen 80% der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr einen Arzt auf.<sup>3</sup> Den Ärzten, insbesondere den Hausärzten, kommt deshalb bei der Unterstützung der Rauchentwöhnung eine zentrale Rolle zu. Im Rahmen des Projekts „Frei von Tabak“ der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und des Bundesamtes für Gesundheit wurde von Humair und Cornuz (o. J.) die Basisdokumentation „Raucherentwöhnung“ entwickelt. Darin werden zur ärztlichen Raucherberatung drei Interventionsformen von unterschiedlicher Zielsetzung und Dauer beschrieben:

- Minimale Intervention: sensibilisieren (ca. 3 Minuten)
- Kurze Intervention: motivieren (ca. 5 Minuten)
- Mittlere Intervention: helfen (ca. 10 bis 15 Minuten)

Alle drei Interventionen beinhalten als erstes die Identifizierung der RaucherInnen („Rauchen Sie?“). Der zweite Schritt besteht aus dem klaren und bestimmten ärztlichen Rat, das Rauchen aufzugeben, und drittens wird die Motivation für einen Rauchstopp abgeklärt („Haben Sie die Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören? Wann?“). Je nach Motivationslage folgen dann die spezifischen Zielsetzungen der minimalen, kurzen oder mittleren Intervention.

<sup>2</sup> Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2002). *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentations-systems. Jahresbericht 2001 (kumulierte Daten der Wellen 1 bis 4 – Januar bis Dezember 2001) zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids*. Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.

<sup>3</sup> Humair, J.-P. & Cornuz, J. (o. J.). *Raucherentwöhnung, Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, „Frei von Tabak“*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.



Eine ärztliche Minimal- bzw. Kurzintervention beginnt mit der Identifizierung der RaucherInnen: Der Arzt fragt seine Patienten nach ihren Rauchgewohnheiten. 80% der in den Wellen 4 und 5 des Tabakmonitoring befragten 14- bis 65jährigen Raucherinnen und Raucher (85% der täglich Rauchenden und 65% der nicht-täglich Rauchenden) berichten, dass sie schon einmal von einem Arzt (inkl. Zahnarzt) gefragt worden sind, ob sie rauchen. Ein Prozent der Rauchenden verneint dies zwar, hat aber in der Arztpraxis *von sich aus* das Thema ‚Rauchen‘ angesprochen. Somit haben insgesamt 81% aller aktuell Rauchenden schon einmal mit einem Arzt oder Zahnarzt über das Rauchen gesprochen (vgl. Abb. 5.1).

Abbildung 5.1 kann entnommen werden, dass das Thema ‚Rauchen‘ in der Arztpraxis nicht nur vom Arzt, sondern gelegentlich auch vom Patienten angesprochen wird: 17% der aktuell Rauchenden (vor allem starke RaucherInnen) berichten, dass sie (auch) schon *von sich aus* einen Arzt auf das Thema ‚Rauchen‘ angesprochen haben.

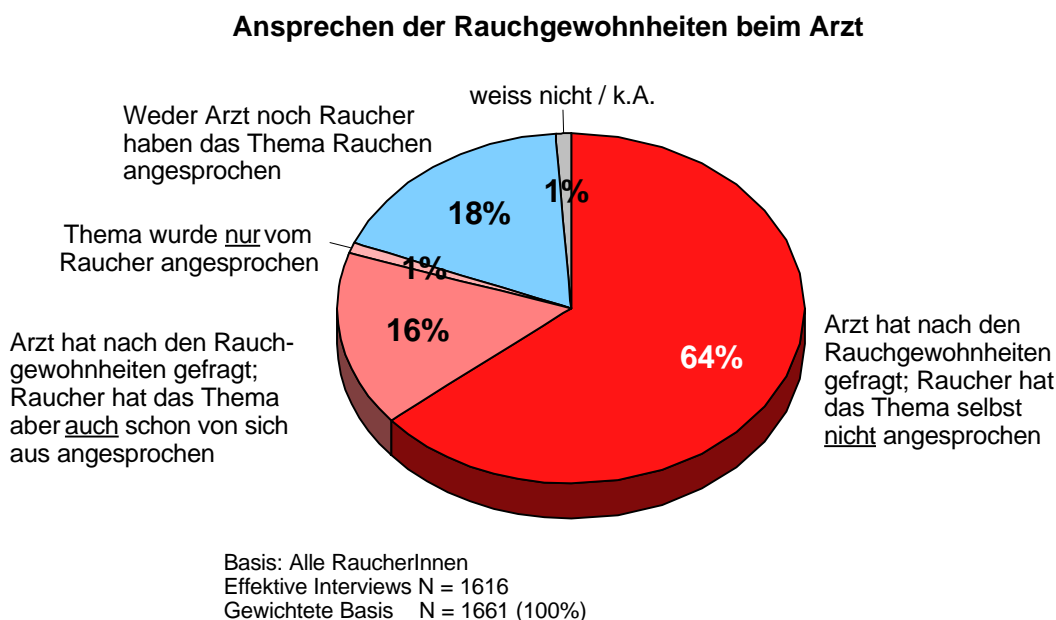


Abbildung 5.1: Ansprache der Rauchgewohnheiten beim Arzt

Die Interview-Frage „Hat Sie schon einmal eine Ärztin oder ein Arzt gefragt, ob Sie rauchen?“ erlaubt allerdings noch keine umfassende Analyse, wie die Rauchgewohnheiten und die Aufhörbereitschaft vom Arzt angesprochen wurden. Wurde nach der Anzahl Zigaretten pro Tag und nach dem Zeitraum zwischen dem Aufwachen und dem Rauchen der ersten Zigarette (Bewertung der Nikotin-Abhängigkeit nach Fagerstroem) gefragt und/oder nach der Aufhörbereitschaft aufgrund des Transtheoretischen Phasenmodells (Bewertung der Motivation zum Rauchstopp)?

In Abbildung 5.2 wird für verschiedene Merkmalsgruppen gezeigt, wie viele Personen in Prozent schon einmal von einem Arzt/Zahnarzt nach ihren Rauchgewohnheiten befragt worden sind (gelbe Balken) und ob sie beim Arzt das Thema ‚Rauchen‘ (auch) schon von sich aus angesprochen haben (grüne Balken). Die roten Balken veranschaulichen den Nettowert der beiden Fragestellungen: d.h. wie viele Raucher schon einmal von einem Arzt oder einer Ärztin nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt wurden und/oder das Thema ‚Rauchen‘ von sich aus angesprochen haben.

### Arzt-Patienten-Gespräche zum Thema Rauchen

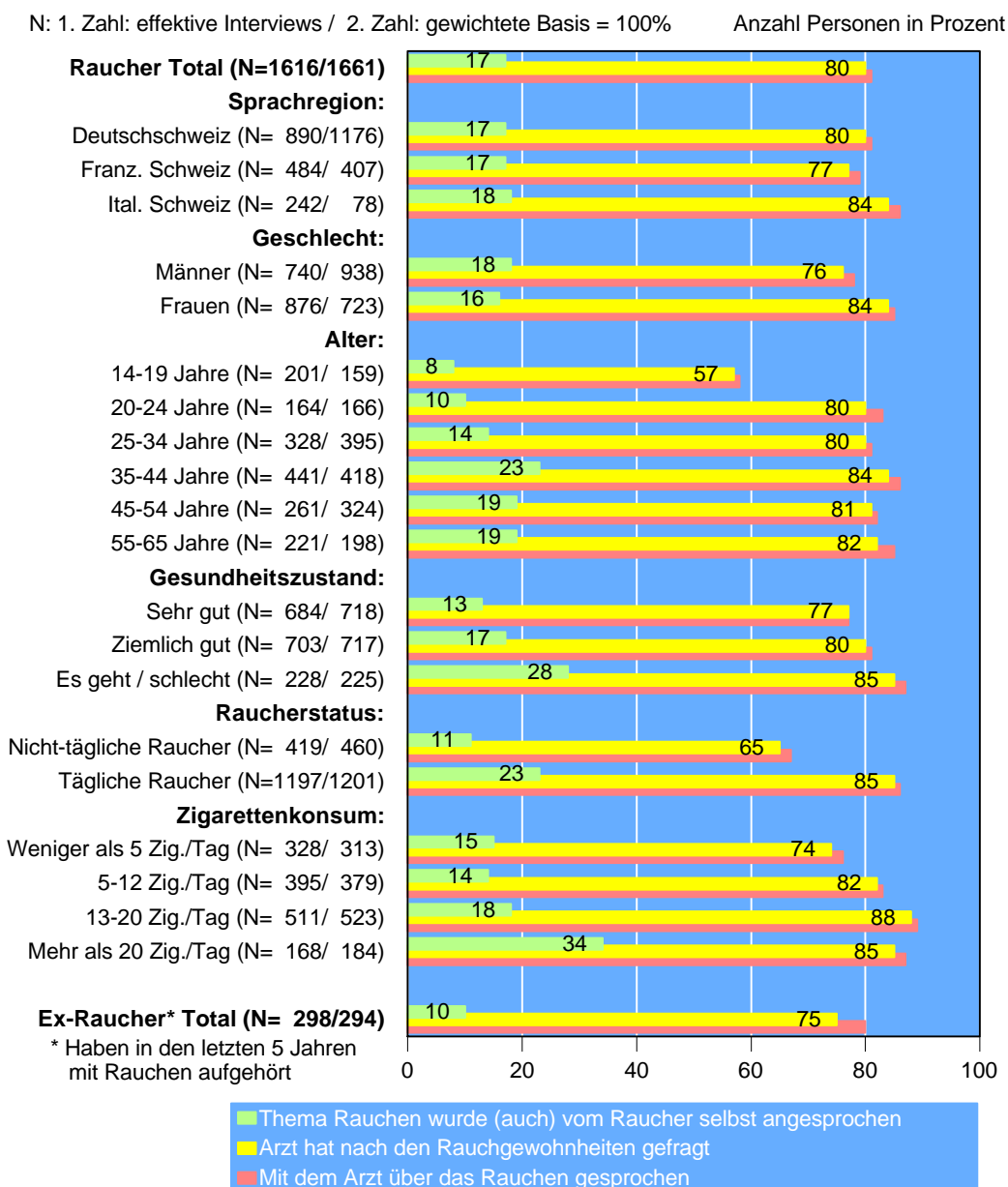


Abbildung 5.2: Arzt-Patienten-Gespräche zum Thema ‚Rauchen‘ nach Sprachregion, Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Raucherstatus und täglichem Zigarettenkonsum

Wegen des nach Sprachregion, Geschlecht und Alter durchgeführten Oversamplings sind in Abbildung 5.2 sowohl die effektive Zahl der durchgeführten Interviews (wichtig für die Berechnung der statistischen Fehlerspanne) wie auch die gewichtete Basis (widerspiegelt die reale Verteilung der Merkmalsgruppen in der Bevölkerung) angegeben.

Zwischen den einzelnen Sprachregionen ergeben sich keine signifikanten Unterschiede. Nach Geschlecht und Alter fällt hingegen folgendes auf: Frauen werden vom Arzt etwas häufiger nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt als Männer. Jugendliche RaucherInnen zwischen 14 und 19 Jahren werden zwar vom Arzt seltener aufs Rauchen angesprochen als die 20- bis 65jährigen, doch steigt die Ansprechquote von 26% bei den 14- bis 15jährigen auf 69% bei den 18- bis 19jährigen deutlich an. RaucherInnen ab 35 Jahren sprechen das Thema in der Arztpraxis häufiger auch von sich aus an als jüngere RaucherInnen.

Aktuell Rauchende sprechen in der Arztpraxis das Thema ‚Rauchen‘ um so häufiger von sich aus an, je grösser ihr täglicher Zigarettenkonsum und je schlechter ihr subjektiv empfundener Gesundheitszustand ist. Das Bedürfnis, mit dem Arzt über das Thema ‚Rauchen‘ zu sprechen, wächst auch mit zunehmender Nikotinabhängigkeit – gemessen mit zwei Items aus der Fagerstroem-Skala: 1. Anzahl gerauchte Zigaretten pro Tag; 2. Dauer des Zeitraums zwischen dem Aufwachen und dem Rauchen der ersten Zigarette. (Je mehr Zigaretten pro Tag geraucht werden und je weniger Zeit nach dem Aufwachen bis zur ersten Zigarette verstreicht, desto grösser ist nach Fagerstroem der Wert für die Nikotinabhängigkeit.)

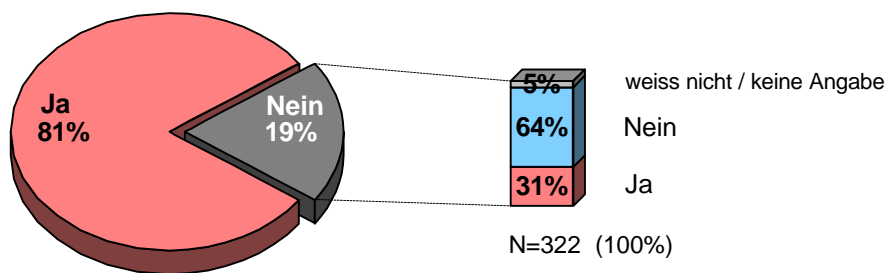
Von den Ex-RaucherInnen, die *in den letzten fünf Jahren* mit Rauchen aufgehört hatten, erinnern sich 75%, dass sie früher, als sie noch rauchten, schon einmal von einem Arzt nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt wurden. 18% berichten, der ärztliche Rat habe für ihren Rauchstopp eine Rolle gespielt.

81% der aktuell Rauchenden haben schon einmal mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen. Von jenen 19%, die angeben, noch nie von einem Arzt nach ihren Rauchgewohnheiten befragt worden zu sein und auch noch nie von sich aus einen Arzt auf das Thema ‚Rauchen‘ angesprochen zu haben, erwartet nur knapp ein Drittel (31%), dass ein Arzt sie fragt, ob sie rauchen.

### Erwartung, vom Arzt auf die Rauchgewohnheiten angesprochen zu werden

Haben mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen:

Erwarten von einem Arzt, dass er sie nach den Rauchgewohnheiten fragt:



Basis: Alle RaucherInnen  
 Effektive Interviews: N = 1616  
 Gewichtete Basis: N = 1661 (100%)

Abbildung 5.3: Erwartung der vom Arzt nicht identifizierten RaucherInnen, vom Arzt auf ihre Rauchgewohnheiten angesprochen zu werden

## 5.2 Arzt und Anlass der Intervention

Des weiteren interessierte die Frage, mit welchem Arzt und bei welcher Gelegenheit das *letzte Mal* über das Thema ‚Rauchen‘ gesprochen wurde. 62% der aktuell rauchenden Frauen und Männer, die schon mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen hatten, nannten spontan den Hausarzt, 10% (21% der Frauen) den Frauenarzt, 9% den Zahnarzt, 6% einen Spitalarzt und 9% andere (Spezial-)Ärzte, wie zum Beispiel den Hals-Nasen-Ohren-Spezialisten (HNO), Pneumologen, Kinder-/Schularzt, Vertrauensarzt, Militärarzt usw. (vgl. Tab. 5.1).

Bei den Männern ist der Hausarzt mit 70% der mit Abstand häufigste Ansprechpartner. Bei jungen Frauen zwischen 20 und 34 Jahren – wie übrigens auch bei Müttern von Kleinkindern unter drei Jahren – kommt dem Frauenarzt in der Raucherberatung eine fast gleich grosse Bedeutung zu wie dem Hausarzt. Gespräche übers Rauchen finden häufig auch im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft statt (vgl. auch Tab. 5.2). Mit zunehmendem Alter der Frau verliert der Frauenarzt in der Raucherberatung an Bedeutung. Frauen ab 45 Jahren haben zu 67% mit ihrem Hausarzt und nur noch zu 8% mit dem Frauenarzt letztmals über ihre Rauchgewohnheiten gesprochen.

Tabelle 5.1: Ärzte, mit denen RaucherInnen / Ex-RaucherInnen übers Rauchen gesprochen haben, nach Raucherstatus, Geschlecht und Alter der Frauen

Merkmalsgruppe	Anzahl Befragte		(1) Hausarzt (2) Frauenarzt/Gynäkologe (3) Zahnarzt (4) Spitalarzt (5) Anderer (Spezial-)Arzt: z.B. HNO-Arzt, Pneumologe, Kinder-/Schularzt, Vertrauensarzt, Militärarzt etc. (6) Weiss nicht (7) Keine Angabe							Max. statist. Fehler-spanne
	Effektiv durchgeführte Interviews	Gewichtete Basis (=100%)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
<b>Befragte, die mit Arzt/Zahnarzt übers Rauchen gesprochen haben</b>										
<b>Raucher Total</b>	<b>1310</b>	<b>1339</b>	<b>62%</b>	<b>10%</b>	<b>9%</b>	<b>6%</b>	<b>9%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	+/- 3%
Männer	569	726	70%	0%	10%	7%	10%	2%	1%	+/- 4%
Frauen	741	613	53%	21%	7%	6%	7%	3%	2%	+/- 4%
Frauen nach Alter:										
14 – 19 Jahre	59	47	45%	27%	7%	3%	14%	0%	4%	+/-13%
20 – 34 Jahre	241	209	42%	35%	7%	5%	6%	3%	2%	+/- 7%
35 – 44 Jahre	224	163	52%	18%	9%	7%	9%	4%	1%	+/- 7%
45 – 65 Jahre	217	194	67%	8%	6%	8%	5%	4%	2%	+/- 7%
<b>Ex-Raucher Total</b> (in den letzten 5 Jahren mit Rauchen aufgehört)	<b>247</b>	<b>236</b>	<b>53%</b>	<b>11%</b>	<b>9%</b>	<b>3%</b>	<b>9%</b>	<b>9%</b>	<b>6%</b>	+/- 7%
Männer	100	125	62%	0%	12%	5%	7%	7%	7%	+/-10%
Frauen	147	111	44%	23%	5%	1%	11%	10%	6%	+/- 8%

Auch bei den befragten Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört hatten, fand das letzte Gespräch in erster Linie mit dem Hausarzt, bei Frauen zum Teil auch mit dem Frauenarzt statt. 15% konnten sich nicht mehr erinnern oder machten keine Angabe, um welchen Arzt es sich dabei gehandelt hatte. Der Rauchstopp liegt bei den Ex-RaucherInnen häufig schon ein paar Jahre zurück (vgl. auch Tab. 5.3).

Die RaucherInnen, die mit ihrem Arzt/Zahnarzt schon übers Rauchen gesprochen hatten, wurden auch gefragt, bei welcher Gelegenheit das Gespräch stattgefunden habe. Am häufigsten wurden spontan genannt: Check-ups (40%), Krankheiten (28%) und Zahnbehandlungen bzw. Zahnkontrollen (10%). Bei 7% der Männer waren Unfälle Anlass zum Gespräch; bei 7% aller Frauen (bei mehr als einem Drittel der Mütter von Kindern unter drei Jahren) war es eine Schwangerschaft.

Tabelle 5.2: Gelegenheiten, bei denen RaucherInnen / Ex-RaucherInnen letztmals mit einem Arzt/Zahnarzt übers Rauchen gesprochen hatten, nach Sprachregion, Geschlecht, höchste abgeschlossene Schulbildung, Raucherstatus und täglichem Zigarettenkonsum

Merkmalsgruppe	Anzahl Befragte		(1) Check-up (2) Krankheit (3) Zahnbehandlung / Zahnkontrolle (4) Unfall (5) Schwangerschaft (6) Anderes (7) Weiss nicht (8) Keine Angabe								Max. statist. Fehler-spanne
	Effektiv durchgeführte Interviews	Gewichtete Basis (=100%)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
<b>Befragte, die mit Arzt/Zahnarzt übers Rauchen gesprochen haben</b>											
<b>Raucher Total</b>	<b>1310</b>	<b>1339</b>	<b>40%</b>	<b>28%</b>	<b>10%</b>	<b>5%</b>	<b>3%</b>	<b>7%</b>	<b>6%</b>	<b>1%</b>	<b>+/- 3%</b>
<b>Sprachregion:</b>											
Deutschschweiz	725	954	38%	29%	11%	6%	3%	6%	6%	1%	+/- 4%
Franz. Schweiz	380	320	44%	28%	7%	2%	3%	9%	5%	2%	+/- 5%
Ital. Schweiz	205	66	53%	23%	5%	2%	4%	5%	7%	1%	+/- 7%
<b>Geschlecht:</b>											
Männer	569	726	42%	29%	10%	7%	0%	5%	6%	1%	+/- 4%
Frauen	741	613	38%	27%	9%	2%	7%	9%	6%	2%	+/- 4%
<b>Höchste abgeschl. Schule (20-65 J.):</b>											
Obligat. Schule	135	123	27%	46%	5%	3%	2%	7%	8%	2%	+/- 9%
Berufsschule/-lehre	625	694	37%	30%	9%	5%	4%	7%	7%	1%	+/- 4%
Höhere Schule	409	408	48%	19%	11%	5%	3%	9%	4%	1%	+/- 5%
<b>Raucherstatus:</b>											
Nicht-tägl. Raucher	285	309	46%	23%	8%	5%	3%	7%	5%	3%	+/- 6%
Tägl. Raucher	1025	1030	38%	30%	10%	5%	3%	7%	6%	1%	+/- 3%
<b>Zigarettenkonsum:</b>											
< 5 Zig./Tag	252	338	47%	26%	6%	3%	5%	6%	4%	3%	+/- 7%
5 – 12 Zig./Tag	329	313	38%	23%	11%	5%	3%	9%	10%	1%	+/- 6%
13 – 20 Zig./Tag	448	466	38%	32%	9%	4%	4%	7%	6%	0%	+/- 5%
> 20 Zig./Tag	151	160	34%	39%	8%	8%	1%	7%	3%	0%	+/- 9%
<b>Ex-Raucher Total</b> (in den letzten 5 Jahren mit Rauchen aufgehört)	<b>247</b>	<b>236</b>	<b>37%</b>	<b>28%</b>	<b>6%</b>	<b>2%</b>	<b>6%</b>	<b>7%</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>	<b>+/- 7%</b>
Männer	100	125	40%	33%	9%	3%	0%	2%	8%	5%	+/- 10%
Frauen	147	111	35%	23%	2%	1%	13%	12%	12%	2%	+/- 8%

Auffallend sind die Unterschiede nach Schulbildung und konsumierter Tabakmenge: Personen mit höherer Schulbildung und/oder geringem täglichem Tabakkonsum haben beim Arzt eher anlässlich eines Check-ups letztmals übers Rauchen gesprochen, Personen mit tieferer Schulbildung und/oder starkem Tabakkonsum (mehr als 20 Zigaretten pro Tag) hingegen eher anlässlich einer Krankheit. Nicht erhoben wurde, ob die Krankheit möglicherweise durch den Tabakkonsum mitverursacht worden sein könnte.

Auch von den Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört hatten, wurden Check-ups und Krankheit mit ähnlicher Häufigkeit genannt wie von den aktuell noch Rauchenden. 14% der Ex-RaucherInnen konnten sich nicht mehr konkret erinnern oder machten keine Angaben, vermutlich auch weil das Gespräch mit dem Arzt zum Teil schon längere Zeit zurücklag (vgl. Tab. 5.3).

### 5.3 Ärztlicher Rat zum Rauchstopp

8 von 10 RaucherInnen haben schon einmal mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen. Von ihnen berichten 42%, dass ihnen der Arzt geraten habe, mit dem Rauchen aufzuhören. 55% verneinen eine solche Empfehlung.

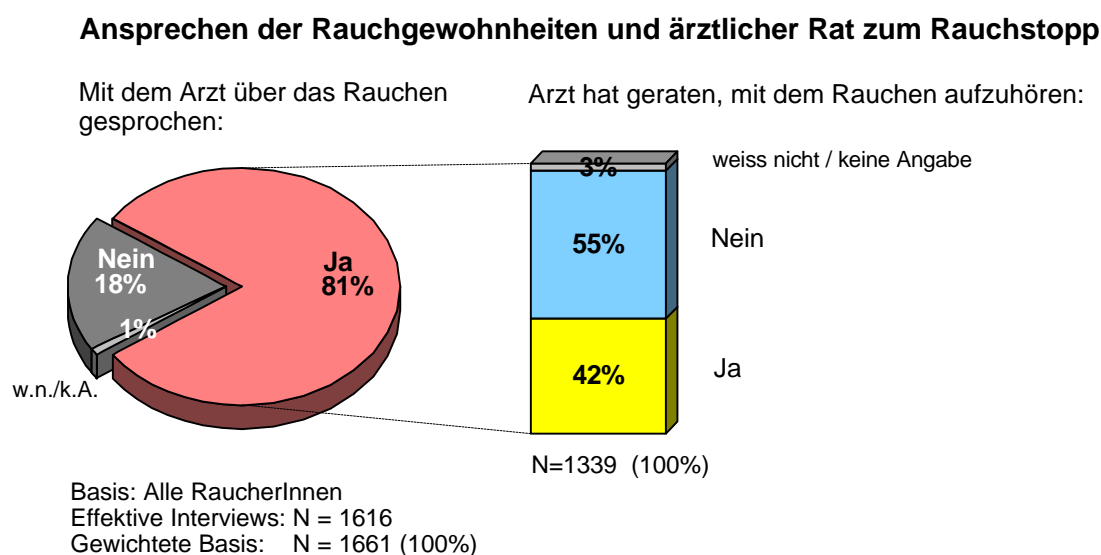


Abbildung 5.4: Ansprechen der Rauchgewohnheiten und ärztlicher Rat zum Rauchstopp

Auf die *Gesamtpopulation aller RaucherInnen* bezogen, hat der Arzt somit rund einem Drittel (34%) der aktuell Rauchenden einen Rauchstopp empfohlen (vgl. Abb. 5.7 auf Seite 26). Von den Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört hatten, berichten 40%, dass ihnen der Arzt geraten habe, mit dem Rauchen aufzuhören.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Bereits in einer 1997 durchgeführten telefonischen Repräsentativbefragung von 993 regelmässigen Rauchern und Ex-Rauchern zwischen 15 und 66 Jahren in der Deutschschweiz berichteten 88%, dass sie vom Arzt nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt wurden, aber nur bei 34% hatte der Arzt einen Rauchstopp empfohlen. (Eckert, T. & Junker, C. (2001). Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Medical weekly*, 131, 521-526.)

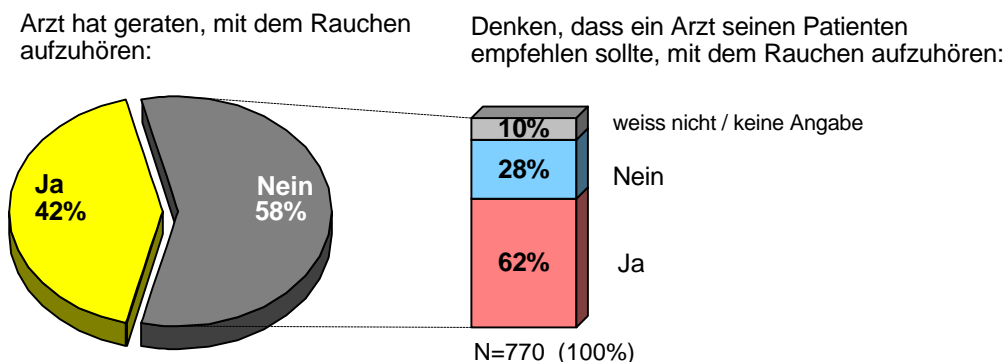
RaucherInnen und Ex-RaucherInnen, denen der Arzt empfohlen hat, mit dem Rauchen aufzuhören, wurden gefragt, vor wie langer Zeit ihnen der Arzt dazu geraten hat. Bei den aktuellen RaucherInnen liegt die ärztliche Empfehlung zum Rauchstopp in fast der Hälfte der Fälle (46%) weniger als ein Jahr zurück. Bei den Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört haben, sind in der Hälfte der Fälle (47%) seither bereits mehr als drei Jahre verstrichen.

Tabelle 5.3: Zeitpunkt der ärztlichen Empfehlung, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Raucherstatus

	Aktuelle RaucherInnen	Ex-RaucherInnen (in den letzten 5 Jahren mit Rauchen aufgehört)
Effektiv durchgeführte Interviews	576	129
Gewichtete Basis (=100%)	570	117
Max. statistische Fehlerspanne	+/- 4%	+/- 9%
Zeitpunkt der letzten ärztlichen Empfehlung zum Rauchstopp:		
Vor weniger als 1 Jahr	46%	12%
Vor 1 – 2 Jahren	25%	22%
Vor 2 – 3 Jahren	9%	13%
Vor 3 – 4 Jahren	4%	9%
Vor 4 – 5 Jahren	5%	10%
Vor mehr als 5 Jahren	9%	27%
Weiss nicht / keine Angabe	2%	7%

RaucherInnen, die zwar mit einem Arzt über ihre Rauchgewohnheiten gesprochen hatten, der Arzt ihnen aber nicht zum Rauchstopp geraten hatte, wurden gefragt, ob ihrer Meinung nach ein Arzt seinen Patienten und Patientinnen empfehlen sollte, mit dem Rauchen aufzuhören. Von ihnen würden 62% eine ärztliche Empfehlung zum Rauchstopp begrüßen. Dies ist ein Hinweis, dass RaucherInnen vom Arzt mehr Initiative bei der Raucherberatung erwarten.

**Erwartung, dass der Arzt seinen PatientInnen zum Rauchstopp raten sollte**



Basis: Alle RaucherInnen, die mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen haben  
 Effektive Interviews: N = 1310  
 Gewichtete Basis: N = 1339 (100%)

Abbildung 5.5: Erwartung der vom Arzt nicht zum Rauchstopp aufgeforderten RaucherInnen, dass der Arzt seinen Patienten empfehlen sollte, mit dem Rauchen aufzuhören



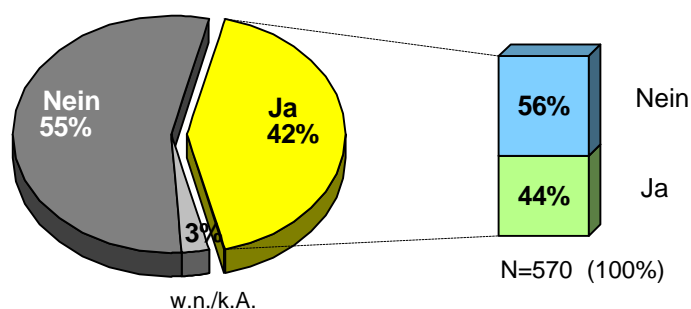
## 5.4 Ärztliche Empfehlung von Entwöhnungshilfen

Nur einer Minderheit (44%) derjenigen RaucherInnen, denen der Arzt geraten hat, mit dem Rauchen aufzuhören, berichten, der Arzt habe sie beim Aufhörversuch unterstützt, indem er ihnen eine oder mehrere Entwöhnungshilfen empfohlen hat (vgl. Abb. 5.6).

### Ärztlicher Rat zum Rauchstopp und Empfehlung von Entwöhnungshilfen

Arzt hat geraten, mit dem Rauchen aufzuhören:

Arzt hat Entwöhnungshilfen empfohlen:



Basis: Alle RaucherInnen, die mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen haben  
 Effektive Interviews: N = 1310  
 Gewichtete Basis: N = 1339 (100%)

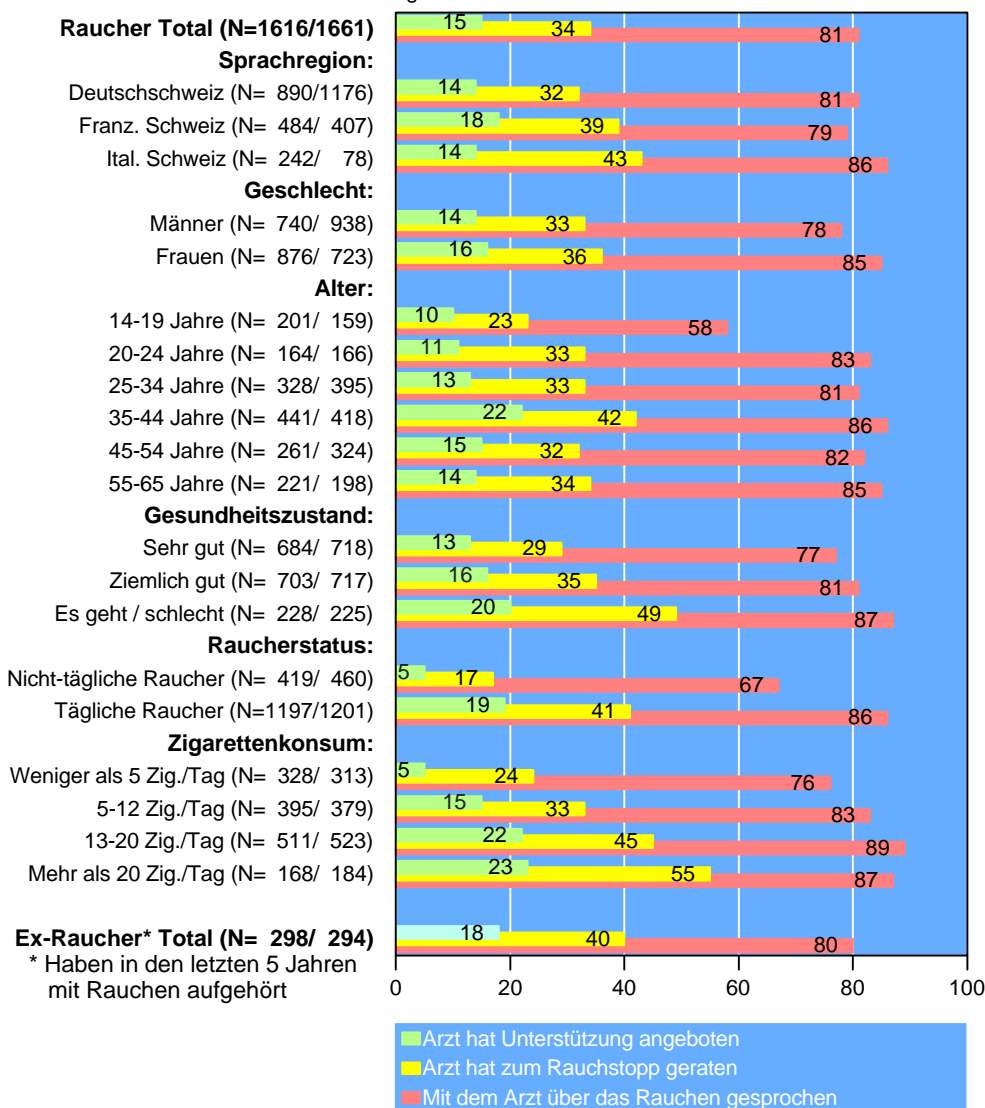
Abbildung 5.6: Ärztlicher Rat zum Rauchstopp und Empfehlung von Entwöhnungshilfen

Umgerechnet auf die *Gesamtpopulation aller aktuell Rauchenden* haben 81% schon einmal mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen. 34% (d.h. 42% von den erwähnten 81%) hat der Arzt empfohlen, mit dem Rauchen aufzuhören. Deutlich weniger (15%) hat der Arzt Unterstützung angeboten, indem er ihnen eine oder mehrere Entwöhnungshilfen vorgeschlagen hat. (Vgl. Abb. 5.7 auf der nächsten Seite.)

In Abbildung 5.7 wird für verschiedene Merkmalsgruppen von Rauchenden ausgewiesen, welche Prozentanteile welche Stufen einer ärztlichen Minimal- oder Kurzintervention erfahren haben: Haben sie schon einmal mit einem Arzt/Zahnarzt übers Rauchen gesprochen (rote Balken)? Hat ihnen der Arzt zum Rauchstopp geraten (gelbe Balken)? Hat ihnen der Arzt dabei Unterstützung angeboten bzw. konkrete Entwöhnungshilfen empfohlen (grüne Balken)? Jede Interventionsstufe setzt die vorangehende voraus. Sämtliche Prozentwerte beziehen sich stets auf die Gesamtpopulation aller aktuell Rauchenden. Am Schluss der Grafik werden zusätzlich noch die Ex-RaucherInnen ausgewiesen. Sie wurden allerdings nicht gefragt, ob der Arzt ihnen Unterstützung angeboten hat, sondern ob der ärztliche Rat für ihren Rauchstopp eine Rolle gespielt hat.

### Ärztlicher Rat zum Rauchstopp und angebotene Unterstützung

N: 1. Zahl: effektive Interviews / 2. Zahl: gewichtete Basis = 100% Anzahl Personen in Prozent



Ex-Raucher wurden nicht gefragt, ob der Arzt Unterstützung angeboten hat, sondern ob ärztlicher Rat für ihren Rauchstopp eine Rolle gespielt hat. Dies war bei 18% der Ex-Raucher der Fall.

Abbildung 5.7: Ärztlicher Rat zum Rauchstopp und angebotene Unterstützung nach Sprachregion, Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Raucherstatus und täglichem Zigarettenkonsum

Die häufigsten und intensivsten ärztlichen Interventionen finden in der Altersgruppe der 35- bis 44jährigen statt (wobei keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auffallen); am wenigsten wird bei jugendlichen RaucherInnen zwischen 14 und 19 Jahren interveniert. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass in dieser Altersgruppe der Einstieg in den regelmässigen Tabakkonsum erfolgt und somit viele Jugendliche erst seit kurzem rauchen. Betrachtet man nicht nur die Altersgruppe der 14- bis 19jährigen als Ganzes, sondern fasst man jeweils zwei Jahrgänge zusammen, so stellt man trotz kleinen Fallzahlen einen markanten Anstieg der ärztlichen Interventionen fest: Von den 14- bis 15jährigen RaucherInnen wurden 27%, von den 16- bis 17jährigen RaucherInnen 54% und von den 18- bis 19jährigen RaucherInnen bereits 69% vom Arzt nach ihren Rauchgewohnheiten gefragt. Da von den Befragten weder die Häufigkeit ihrer Arztbesuche noch der Zeitpunkt des letzten Arztbesuches erhoben wurde, kann gerade bei jugendlichen RaucherInnen der letzte Arztbesuch zu einem Zeitpunkt erfolgt sein, als sie noch gar nicht geraucht hatten, so dass auch kein Anlass für einen ärztlichen Rat zum Rauchstopp vorhanden war.

Häufigkeit und Intensität ärztlicher Kurzinterventionen hängen vor allem vom Raucherstatus und der pro Tag konsumierten Anzahl Zigaretten wie auch vom Gesundheitszustand des Rauchenden ab: Ärzte raten um so eher zum Rauchstopp, je mehr Zigaretten pro Tag konsumiert werden und je schlechter der Gesundheitszustand der Rauchenden ist. Spezialanalysen zeigen, dass bei Krankheitssymptomen, die durch regelmässigen Tabakkonsum (mit)verursacht werden können (wie hartnäckige Hustenanfälle, pfeifendes Geräusch beim Atmen, Auswurf am Morgen und Schmerzen im Brustbereich), der Arzt signifikant häufiger dazu rät, mit dem Rauchen aufzuhören.

Ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Minimal- und Kurzintervention ist die Abklärung und Förderung der Motivation zum Rauchstopp. Aufhörbereite RaucherInnen berichten deutlich häufiger, der Arzt habe ihnen zum Rauchstopp geraten und Entwöhnungshilfen angeboten, als Problemignorierer / Unmotivierte, die nicht ans Aufhören denken (vgl. Tabelle 5.4). Allerdings dürfen diese statistischen Zusammenhänge nicht monokausal interpretiert werden, da es sich eher um eine Wechselwirkung handelt: Eine bereits vorhandene Aufhörbereitschaft erleichtert die ärztliche Intervention und diese vermag wiederum die Aufhörbereitschaft zu erhöhen.

Tabelle 5.4: Aufhörbereitschaft ( TTM-Phasenmodell, 4 Stufen) und ärztliche Raucherberatung

Merkmalsgruppe	Effektiv durchgeführte Interviews	Gewichtete Basis (=100%)	Mit dem Arzt über das Rauchen gesprochen	Arzt hat Rauchstopp empfohlen	Arzt hat Unterstützung angeboten	Max. statist. Fehler-spanne
<b>Raucher Total</b>	<b>1616</b>	<b>1661</b>	<b>81%</b>	<b>34%</b>	<b>15%</b>	<b>+/- 3%</b>
<b>Aufhörbereitschaft nach TTM-Phasenmodell ohne RaucherInnen von &lt; 100 Zig.)</b>	1485	1524	84%	36%	16%	+/- 3%
Problemignorierer / Unmotivierte (denken nicht ans Aufhören)	637	688	82%	26%	9%	+/- 4%
Precontemplation (geplanter Rauchstopp > 6 Monate)	338	339	87%	41%	19%	+/- 6%
Contemplation (Rauchstopp < 6 Monate)	219	210	84%	51%	27%	+/- 7%
Preparation (Rauchstopp < 30 Tage)	140	139	82%	46%	22%	+/- 9%
Weiss nicht, ob er/sie aufhören möchte	40	41	79%	44%	26%	+/-16%
Möchte aufhören, weiss aber nicht wann	111	107	87%	45%	20%	+/-10%

Anmerkung: Im TTM-Phasenmodell nicht ausgewiesen wurden Personen, die insgesamt noch keine 100 Zigaretten geraucht haben. Separat ausgewiesen wurden Befragte, die mit Rauchen aufhören möchten, aber nicht wissen wann, sowie Befragte, die (noch) nicht wissen, ob sie überhaupt aufhören wollen.

In Abweichung vom Transtheoretischen Modell (Prochaska et al., 1998) werden die Precontemplators, die in den nächsten sechs Monaten keinen Rauchstopp planen, hier nochmals ausdifferenziert nach Problemignorierern / Unmotivierten, die nicht ans Aufhören denken, und aufhörbereiten RaucherInnen, die erst später aufhören möchten. Dass RaucherInnen, die für die nächsten 30 Tage einen Rauchstopp planen, nicht über die häufigsten und intensivsten ärztlichen Interventionen berichten, dürfte damit zusammenhängen, dass sich ihre Aufhörbereitschaft auf den Zeitpunkt der Befragung bezieht, die ärztlichen Interventionen hingegen in der Regel schon länger als 30 Tage zurückliegen.

Von der siebten bis zur zehnten Welle (Juli 2002 bis Juni 2003) wird das Zusatzmodul ‚Harm Reduction / Reduktion des Zigarettenkonsums‘ eingesetzt. RaucherInnen, welche nicht die Absicht äussern, mit dem Rauchen in absehbarer Zeit aufzuhören, werden gefragt, ob sie allenfalls ihren Zigarettenkonsum *reduzieren* möchten.

## 5.5 Empfohlene und benutzte Entwöhnungshilfen

15% der aktuell Rauchenden berichten, dass ihnen der Arzt eine Entwöhnungshilfe angeboten hat. Abbildung 5.8 zeigt, welche Aufhörmethoden bzw. Entwöhnungshilfen vom Arzt empfohlen wurden und welche davon die Rauchenden auch tatsächlich ausprobiert haben. Sämtliche Prozentanteile beziehen sich auf die aktuell Rauchenden, denen der Arzt eine Entwöhnungshilfe angeboten hat (=100%). Der Arzt hat durchschnittlich 1,8 Hilfsmittel empfohlen, davon wurden durchschnittlich 0,6 (d.h. nur rund ein Drittel) benutzt. Die drei am häufigsten empfohlenen Entwöhnungshilfen (Nikotinersatzpräparate, Broschüren / Bücher und Akupunktur / Akupressur) wurden von den Patienten und Patientinnen auch am häufigsten angewendet. Weitere Empfehlungen wie zum Beispiel die persönliche Raucherberatung durch den Arzt, der Besuch einer externen Raucherentwöhnungsberatung, Selbsthilfeprogramme und Raucherentwöhnungskurse wurden kaum befolgt.

Von den Rauchenden, denen der Arzt mindestens eine Entwöhnungshilfe angeboten hatte, hat nur knapp die Hälfte (47%) mindestens eines der empfohlenen Hilfsmittel ausprobiert.

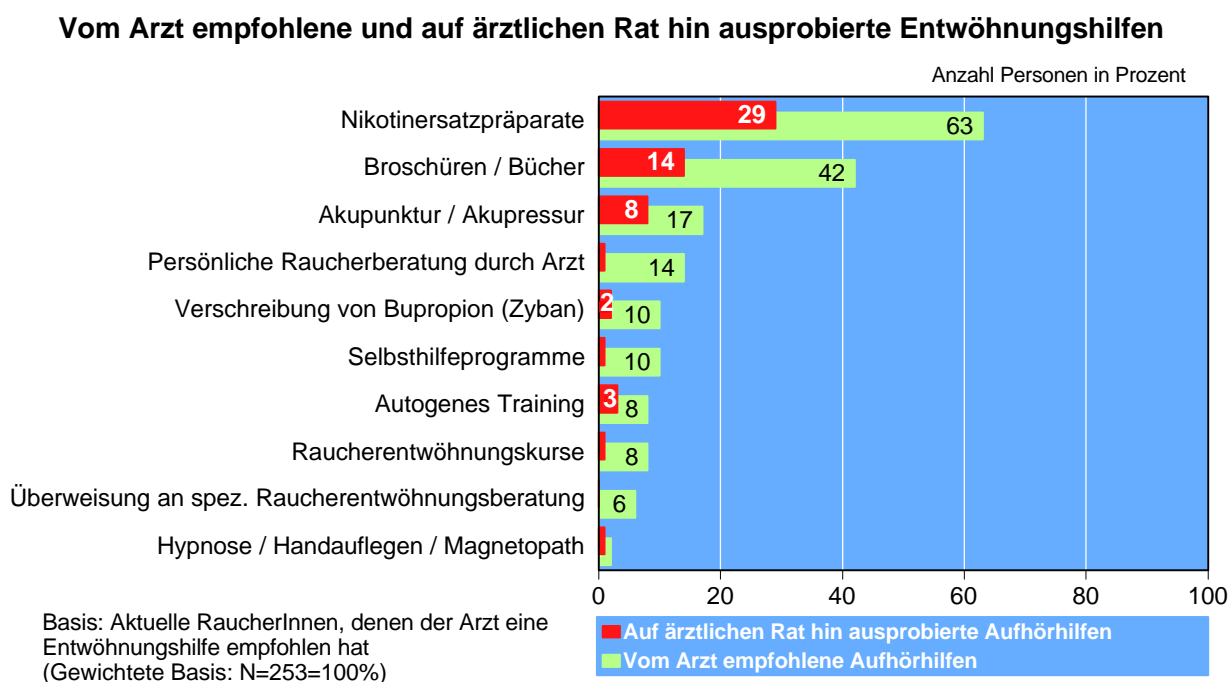
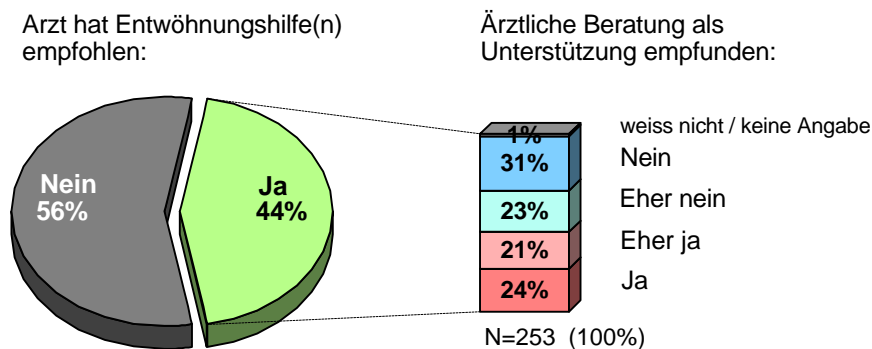


Abbildung 5.8: Vom Arzt empfohlene und auf ärztlichen Rat hin ausprobierte Entwöhnungshilfen

Eine analoge Auswertung für Ex-RaucherInnen ist nicht möglich, da hier nicht alle vom Arzt empfohlenen Entwöhnungshilfen erfasst wurden, sondern nur solche, die auch tatsächlich angewendet wurden. Für die ausprobierten Methoden ergeben sich etwa die gleichen Prioritäten wie bei den aktuell Rauchenden; wegen der kleinen Fallzahl können jedoch keine statistisch gesicherten Aussagen gemacht werden.

45% der vom Arzt beratenen aktuell Rauchenden, denen der Arzt den Rauchstopp und konkrete Entwöhnungshilfen empfohlen hat, bewerten die ärztliche Unterstützung positiv, obschon sie den Rauchstopp (noch) nicht geschafft haben. (Vgl. Abb. 5.9.)

### Zufriedenheit mit der ärztlichen Raucherberatung

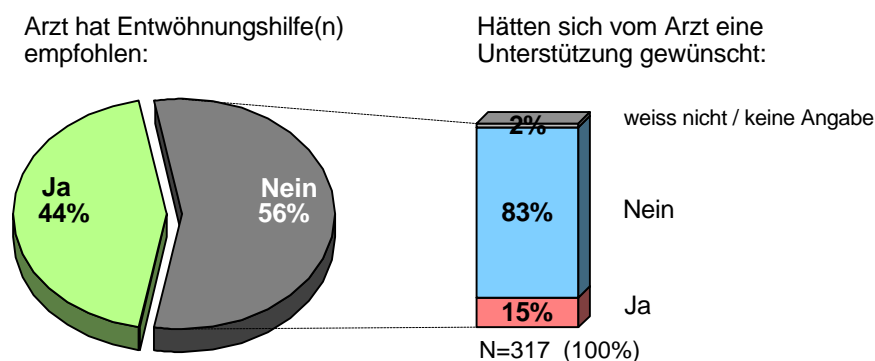


Basis: Alle RaucherInnen, denen der Arzt geraten hat, mit dem Rauchen aufzuhören  
 Effektive Interviews: N = 576  
 Gewichtete Basis: N = 570 (100%)

Abbildung 5.9: Zufriedenheit mit der ärztlichen Raucherberatung

Von den Rauchenden, denen der Arzt zwar zum Rauchstopp geraten, aber *keine* konkrete Entwöhnungshilfe empfohlen hat, hätten sich nur gerade 15% vom Arzt eine solche Unterstützung gewünscht. (Vgl. Abb. 5.10.)

### Wunsch nach ärztlicher Unterstützung



Basis: Alle RaucherInnen, denen der Arzt geraten hat, mit dem Rauchen aufzuhören  
 Effektive Interviews: N = 576  
 Gewichtete Basis: N = 570 (100%)

Abbildung 5.10: Wunsch nach ärztlicher Unterstützung, wenn der Arzt keine Entwöhnungshilfen angeboten hat

Die Tatsache, dass die Empfehlung konkreter Entwöhnungshilfen von den Nicht-Beratenen mehrheitlich kaum vermisst wird (vgl. Abb. 5.10), die zuteil gewordene Unterstützung aber von fast der Hälfte der Beratenen positiv bewertet wird (vgl. Abb. 5.9), zeigt die Notwendigkeit einer aktiveren Rolle des Arztes, die den Patienten zum Rauchstopp motiviert und hierfür erfolgreiche Strategien aufzeigt.

Allerdings hängt das Bedürfnis nach ärztlicher Unterstützung auch von der Aufhörbereitschaft der Rauchenden ab. Je grösser die Aufhörbereitschaft nach den Stadien des Transtheoretischen Modells ist, desto eher wird eine unterbliebene ärztliche Unterstützung tendenziell vermisst.

## 6 Zusammenfassung

Das Zusatzmodul ‚Ärztliche Raucherberatung: Minimal- und Kurzintervention‘ wurde im Rahmen der vierten und fünften Erhebungswelle (Oktober 2001 bis März 2002) eingesetzt. Die Fragen richteten sich an aktuelle RaucherInnen und an Ex-RaucherInnen, die in den letzten fünf Jahren mit Rauchen aufgehört hatten. Die Daten der beiden Erhebungen wurden kumuliert, so dass insgesamt 1'616 Interviews bei RaucherInnen und 298 Interviews bei Ex-RaucherInnen ausgewertet werden konnten.

Der vorliegende Bericht zeigt auf, welche Interventionsstufen einer ärztlichen Raucherberatung die RaucherInnen und Ex-RaucherInnen – aus ‚Patientensicht‘ – erfahren haben und erwarten: das Ansprechen der Rauchgewohnheiten beim Arzt/Zahnarzt, den Rat des Arztes zum Rauchstopp und die Empfehlung von Entwöhnungshilfen als ärztliche Unterstützung.

Aus methodischen Gründen war es nicht bei allen Fragestellungen möglich, die Ex-RaucherInnen ebenfalls in die Analyse einzubeziehen. Einerseits wegen der zu kleinen Teilstichprobe, andererseits aber auch, weil gewisse bereits im Basismodul enthaltene Fragen zur Rauchentwöhnung bereits vorgegeben waren und im Spezialmodul nicht nochmals neu gestellt werden konnten.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 mit den entsprechenden Abbildungen und Tabellen detailliert präsentiert. Nachstehend werden sie nochmals kurz zusammengefasst:

### **Das Ansprechen der Rauchgewohnheiten beim Arzt**

- 81% der 14- bis 65jährigen RaucherInnen haben schon mit einem Arzt über ihre Rauchgewohnheiten gesprochen: Die Initiative zu solchen Gesprächen ist bei 64% der aktuell Rauchenden ausschliesslich vom Arzt ausgegangen, bei 16% haben sowohl der Arzt als auch die Patienten das Thema angesprochen. Nur gerade ein Prozent gibt an, das Thema ‚Rauchen‘ von sich aus angesprochen zu haben, ohne dass ein Arzt sie je gefragt hätte, ob sie rauchen.
- Von den RaucherInnen, die schon mit einem Arzt über das Thema ‚Rauchen‘ gesprochen haben, war für 62% letztmals der Hausarzt ihr Ansprechpartner, für 10% (21% der Frauen) der Frauenarzt, für 9% der Zahnarzt, für 6% ein Spitalarzt und für 9% ein anderer (Spezial-)Arzt.



- Der Hausarzt ist für Männer aller Altersgruppen und für Frauen ab 45 Jahren der mit Abstand häufigste Ansprechpartner. Bei jungen Frauen zwischen 20 und 34 Jahren kommt dem Frauenarzt (35%) in der Raucherberatung eine fast gleich grosse Bedeutung zu wie dem Hausarzt (42%).
- Letztmals beim Arzt übers Rauchen gesprochen wurde am häufigsten anlässlich eines Check-ups (40%) oder einer Krankheit (28%), aber auch bei Zahnbehandlungen bzw. –kontrollen (10%). Bei Müttern von Kleinkindern war auch die letzte Schwangerschaft häufig Anlass zu einem solchen Gespräch.
- RaucherInnen mit höherer Schulbildung und/oder niedrigem Zigarettenkonsum werden vom Arzt eher anlässlich eines Check-ups auf ihre Rauchgewohnheiten angesprochen, RaucherInnen mit tieferer Schulbildung und hohem Tabakkonsum eher anlässlich einer Krankheit.

### **Der ärztliche Rat zum Rauchstopp**

- Obschon 81% aller RaucherInnen schon mit dem Arzt übers Rauchen gesprochen haben, berichten nur 34%, der Arzt habe ihnen geraten, mit dem Rauchen *aufzuhören*. Bei rund der Hälfte der zum Rauchstopp aufgeforderten RaucherInnen erfolgte der ärztliche Rat innerhalb der letzten 12 Monate. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies nicht die erste ärztliche Empfehlung zum Rauchstopp war.
- Die Mehrheit derjenigen RaucherInnen, die berichten, der Arzt habe mit ihnen zwar übers Rauchen gesprochen, ihnen aber nicht zum Rauchstopp geraten, würde vom Arzt eigentlich eine solche Empfehlung erwarten und sähe ihn gerne in einer aktiveren Rolle.
- Die häufigsten und intensivsten ärztlichen Interventionen finden in der Altersgruppe der 35- bis 44jährigen statt. Ärzte raten zudem um so eher zum Rauchstopp, je mehr Zigaretten pro Tag konsumiert werden und je schlechter der Gesundheitszustand der Rauchenden ist. Bei Krankheitssymptomen, die durch regelmässigen Tabakkonsum (mit)verursacht werden können (wie hartnäckige Hustenanfälle, pfeifendes Geräusch beim Atmen, Auswurf am Morgen und Schmerzen im Brustbereich) rät der Arzt signifikant häufiger dazu, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Rauchende, die zum Zeitpunkt der Erhebung nach der Klassifikation des Transtheoretischen Modells eine erhöhte Aufhöbereitschaft bekunden, berichten häufiger, der Arzt habe ihnen zum Rauchstopp geraten und Entwöhnungshilfen empfohlen als Problemignorierer / Unmotivierte, die nicht ans Aufhören denken.

- Von den aktuell Rauchenden haben 81% schon einmal mit einem Arzt übers Rauchen gesprochen. 34% hat der Arzt empfohlen, mit dem Rauchen aufzuhören. Deutlich weniger (15%) hat der Arzt Unterstützung angeboten, indem er ihnen eine oder mehrere Entwöhnungshilfen vorgeschlagen hat.

### **Empfohlene und benutzte Entwöhnungshilfen**

- Als Entwöhnungshilfen werden vom Arzt vor allem Nikotinersatzpräparate (63%) empfohlen: Nikotinkaugummi, Nikotinpflaster, Nikotinnasenspray, Nikotininhaler. An zweiter Stelle steht die Empfehlung von Broschüren und Büchern (42%), an dritter Stelle Akupunktur/Akupressur (17%). Diese drei am häufigsten empfohlenen Entwöhnungshilfen werden von den Patienten und Patientinnen denn auch am ehesten ausprobiert. Weitere Empfehlungen wie zum Beispiel die persönliche Raucherberatung durch den Arzt bzw. der Besuch einer externen Raucherentwöhnungsberatung, Selbsthilfeprogramme und Raucherentwöhnungskurse wurden von den beratenen Patienten kaum in Anspruch genommen.
- Von den pro Patient durchschnittlich 1,8 empfohlenen Entwöhnungshilfen wird im Durchschnitt nur rund ein Drittel angewendet. Rund die Hälfte der beratenen Patienten probiert keine einzige der vom Arzt empfohlenen Entwöhnungshilfen aus.
- 45% der aktuell Rauchenden, denen der Arzt eine Entwöhnungshilfe empfohlen hatte, äussern sich positiv zur ärztlichen Unterstützung, obschon sie den Rauchstopp (noch) nicht geschafft haben. RaucherInnen, denen zwar zum Rauchstopp geraten, aber keine Entwöhnungshilfe angeboten wurde, vermissen die unterbliebene Unterstützung des Arztes hingegen eher selten. Die Tatsache, dass die Empfehlung konkreter Entwöhnungshilfen von den Nicht-Beratenen mehrheitlich kaum vermisst wird, die zuteil gewordene Unterstützung aber von fast der Hälfte der Beratenen positiv bewertet wird, zeigt die Notwendigkeit einer aktiveren Rolle des Arztes, die den Patienten zum Rauchstopp motiviert und hierfür erfolgreiche Strategien aufzeigt.

## **Aktuelle Erhebungen bei Ärzten und Zahnärzten**

Die im Tabakmonitoring erhobenen Daten zur ärztlichen Minimal- und Kurzintervention geben die Sicht der aktuell rauchenden Patientinnen und Patienten wieder. Es wäre wichtig, auch die Einschätzungen der Ärzteschaft zu kennen, um feststellen zu können, inwiefern die Wahrnehmungen von Ärzten und Patienten miteinander übereinstimmen und wo sich allfällige Abweichungen ergeben. Es sei hier deshalb auf zwei aktuelle Erhebungen zur Raucherberatung von Ärzten und Zahnärzten hingewiesen. Im Rahmen des vom Bundesamt für Gesundheit finanziell unterstützten und gemeinsam mit verschiedenen Partnern realisierten Projekts ‚Rauchen schadet..\_ Let it be‘ werden im Auftrag der Krebsliga Schweiz und der Lungenliga Schweiz in den Jahren 2002/03 zwei gesamtschweizerische Studien zur ärztlichen Raucherberatung durchgeführt:

- eine schriftliche Repräsentativbefragung bei Allgemeinmedizinerinnen, Gynäkologinnen, Pneumologinnen und Pädiaterinnen in Privatpraxen und Kliniken
- eine schriftliche Repräsentativbefragung bei InhaberInnen von Zahnarztpraxen

Die Erhebungen werden als Baseline (Nullmessung) vor der systematischen Weiterbildung von Ärzten und Zahnärzten konzipiert und sollen in zwei bis drei Jahren wiederholt werden, um allfällige Entwicklungen und Veränderungen messen zu können. Sie werden in Zusammenarbeit mit H. Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung Zürich, und dem LINK Institut Luzern realisiert. Im Rahmen des Tabakmonitoring ist ebenfalls eine Wiederholung des Spezialmoduls ‚Ärztliche Raucherberatung: Minimal- und Kurzintervention‘ vorgesehen.

## Literatur und Quellen

- Bundesamt für Gesundheit (1996). *Massnahmenpaket zur Verminderung der gesundheitsschädigenden Auswirkungen des Tabakkonsums*. Bern: BAG, Facheinheit Sucht und Aids.
- Bundesamt für Statistik (1998). *Schweizerische Gesundheitsbefragung – Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1997*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik (2000). *Schweizerische Gesundheitsbefragung – Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Calmonte, R., Spuhler, Th. & Weiss, W. (2000). *Schweizerische Gesundheitsbefragung – Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. Detailergebnisse der 1. Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Eckert, T. & Junker, C. (2001). Motivation for smoking cessation: what role do doctors play? *Swiss Medical weekly*, 131, 521-526.
- Humair J.-P. & Cornuz J. (o. J.). *Raucherentwöhnung, Basisdokumentation für Ärztinnen und Ärzte: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, „Frei vom Tabak“*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Krebs, H. & Demarmels, B. (1998). *Indikatoren für den Tabakkonsum in der Schweiz. Machbarkeitsstudie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*.
- Prochaska, J.O., Johnson, S. & Lee, P. (1998). The Transtheoretical Model of Behavior Change. In S. Shumaker, E. Schron, J. Ockene & W. McBee (Eds.), *The Handbook of Health Behavior Change*, (pp. 59 – 84). New York: Springer.
- Raemy, N. & Grau, P. (Oktober 2001). *Studienbeschrieb Tabakmonitoring (1. und 2. Welle)*. Luzern: LINK Institut.
- Riemann, Klaus (1997). *Standardisierung von Fragestellungen zum Rauchen: ein Beitrag zur Qualitätssicherung in der Präventionsforschung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Vertrag (00.000041) zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft, vertreten durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und dem Psychologischen Institut der Universität Zürich, Abteilung Sozialpsychologie. November 2000.
- Vilain, Claude (1988). *The Evaluation and Monitoring of Public Action on Tobacco. Smoke-free Europe: 3*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Vonlanthen, Ch. (1997). *Statistische Methoden der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1992/93*. Bern: Bundesamt für Statistik.
- WHO (1998). *Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic*. Geneva: World Health Organization.

**Bisher im Rahmen des Projekts ‚Tabakmonitoring‘ erstellte Ergebnisberichte (Stand März 2003)**

- Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2002) *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Jahresbericht 2001 (kumulierte Daten der Wellen 1 bis 4 – Januar bis Dezember 2001). Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Keller, R., Krebs, H. & Hornung, R. (2002) *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über den Tabakkonsum der in der Schweiz wohnhaften Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Krebs, H., Keller, R. & Hornung, R. (2002) *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über das Passivrauchen in der Schweizer Bevölkerung. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.
- Krebs, H., Keller, R. & Hornung, R. (2003) *Tabakmonitoring – Implementierung eines Forschungs- und Dokumentationssystems. Bericht über die ärztliche Raucherberatung in der Schweizer Bevölkerung: Minimal- und Kurzintervention aus Sicht der Rauchenden und ehemals Rauchenden. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Facheinheit Sucht und Aids.* Zürich: Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozialpsychologie II.