

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 100 (2002)

Heft: 9

Artikel: Begleitung wird oft vernachlässigt

Autor: Michel, Gerlinde

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-951471>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 15.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

EDITORIAL

Judith Lumley geht in ihrer Review zur Wirksamkeit von Stop-Smoking-Programmen davon aus, dass die Förderung des Nichtrauchens eine der wenigen Möglichkeiten ist, die



Frühgeburtenrate zu senken. Die letzte Gesundheitsbefragung in der Schweiz hat nun gezeigt, dass der Tabakkonsum insbesondere bei jungen Frauen stark zugenommen hat (BFS 1997). Müssen wir

in Zukunft mit mehr Frühgeburten und anderen Komplikationen in der Schwangerschaft rechnen? Das kann sein. Rauchen wirkt sich aber nicht nur auf die Ungeborenen aus. Kinder, deren Eltern rauchen, sind infektfälliger und haben ein höheres Risiko, an Asthma zu erkranken. Es gibt also ausreichend Gründe dafür, die Frauen vor und nach der Geburt mit ihrem Zigarettenkonsum nicht alleine zu lassen.

Und wie steht es mit den Partnern? Sind sich Väter darüber bewusst, dass ihr Verhalten den Zigarettenkonsum der Partnerin beeinflusst und sich nach der Geburt auch auf das Kind auswirkt? Und wissen die Väter, wie sie ihre Partnerinnen darin unterstützen können, das Rauchen sein zu lassen? Darüber können wir mit den Paaren reden, das ist schon mal ein Anfang, um das Rauchverhalten und die damit verbundenen Gefühle bewusst zu machen.

Der Verzicht auf Zigaretten gelingt in der Regel nicht von heute auf morgen. Wenn wir während der Schwangerschaft oder im Wochenbett mit einer Nichtrauchen-Beratung beginnen, sollten die Mütterberaterinnen und PädiaterInnen darüber informiert werden, damit sie die Gesundheit der Familie weiter fördern können. Langfristige Programme zeigen die grössten Erfolge - also fangen wir doch damit an!

Inge Loos

Forschung zu Rauchprävention

Begleitung wird oft vernachlässigt

Die Zusammenhänge zwischen Tabakkonsum und Schwangerschaft wurden zwar breit erforscht. Wirklich effektive Präventionsmassnahmen hingegen sind wegen der stetigen Zunahme des Rauchens bei Frauen und den Schwierigkeiten eines Rauchstopps nötiger denn je. Hebammen nehmen eine Schlüsselfunktion ein, wenn es darum geht, schwangeren Frauen beim Ausstieg aus der Tabaksucht zu helfen.

Gerlinde Michel

EINEN guten Einstieg in die wissenschaftliche Forschung zum Thema bietet die Übersichtsarbeit des australischen Forschers Raoul A. Walsh, «Quitting smoking in pregnancy» (Ausstieg aus dem Rauchen während der Schwangerschaft) von 2001 [1]. Seine Arbeit wird im Folgenden zusammengefasst.

Rauchen beeinflusst Geburtsgewicht

Der Zusammenhang zwischen Rauchen und Geburtsgewicht ist ausführlich untersucht worden, wobei einzelne Studien bis zu 500 000 Geburten eingeschlossen. 1990 war die Evidenz so weit gesichert, dass die US-Gesundheitsbehörde offiziell den Schluss zog, Rauchen während der Schwangerschaft beeinträchtigt das Wachstum des Fötus.

Das Geburtsgewicht reduziert sich um durchschnittlich 200g; das Risiko,

ein untergewichtiges Kind zur Welt zu bringen, verdoppelt sich für Raucherinnen. Gibt eine Schwangere das Rauchen während den ersten drei bis vier Schwangerschaftsmonaten auf, so hat ihr Kind ebenso grosse Chancen wie das einer Nichtraucherin, mit Normalgewicht auf die Welt zu kommen.

Andere Zusammenhänge zwischen Tabakkonsum und dessen schädliche Auswirkungen auf das ungeborene Kind wurden ebenfalls sehr gründlich untersucht. Ein australisches Forscherteam analysierte Studien zu zehn verschiedenen Schwangerschaftskomplikationen.

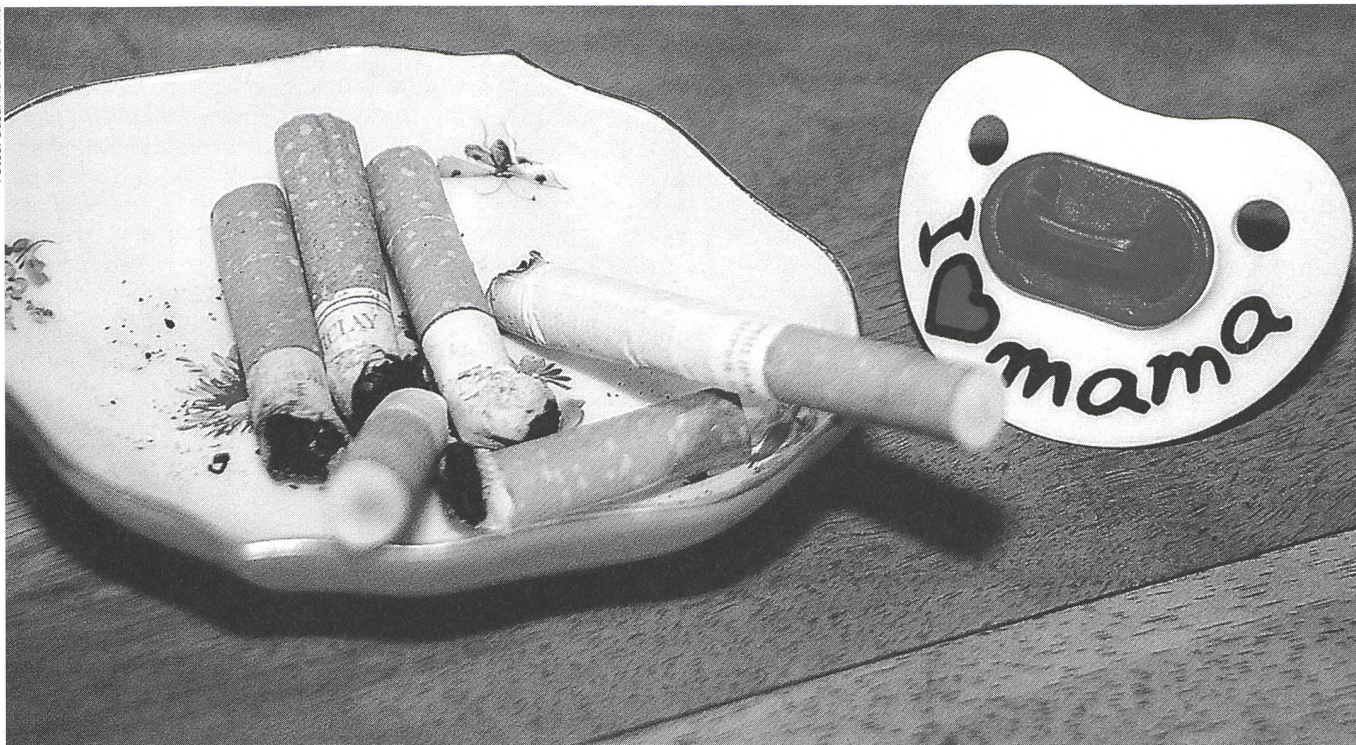
Die Wissenschaftler kamen zum Schluss, dass Raucherinnen ein signifikant erhöhtes Risiko für acht Komplikationen haben, worunter das dreifach erhöhte Risiko für einen plötzlichen Kindstod das drastischste Resultat ist [2]. Eine noch neuere Studie von 1999 stellt fest, dass Rauchen mit einem erhöhten Risiko für Placenta praevia, Abruption placenta, extrauterine Schwangerschaft und vorzeitigen Blasensprung einhergeht [3].

Randomisierte Untersuchungen über die Auswirkungen von Tabakentwöhnung machen deutlich, dass sowohl zu tiefes Geburtsgewicht als auch Frühgeburtlichkeit zurückgehen [4]. Dass andere, weniger häufige Schwangerschaftskomplikationen ebenfalls abnehmen, konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Internet

Websites zur Rauchprävention

www.letitbe.ch
www.rauchenschadet.ch
www.at-schweiz.ch
www.proaere.ch
www.bag.admin.ch/sucht/politik/tabak



Das Risiko für einen Plötzlichen Kindstod (SIDS) ist in Raucherfamilien dreimal höher als bei Nichtrauchern.

Wie häufig rauchen Schwangere?

Internationale Daten lassen in den Industrieländern nicht auf einen Trend zu weniger Tabakkonsum in der Schwangerschaft schliessen. Schweden, wo eine kontinuierliche Kampagne gegen das Rauchen in der Schwangerschaft geführt wurde, ist einsames Beispiel eines Landes mit einem systematisch dokumentierten Rückgang. 1980 griffen 29% der schwangeren Schwedinnen täglich zur Zigarette, 1997 waren es nur noch 15% [5].

In Australien sind keine Langzeitdaten verfügbar. Neuere Daten aus New South Wales weisen auf einen geringen Rückgang von 22,1% im Jahre 1994 auf 19,8% im Jahre 1998 hin. Drei andere Studien mit Daten aus öffentlichen Spitälern Australiens hingegen lassen auf die viel höhere Anzahl rauchender Schwangerer von 35% bis 38% schliessen. Untersuchungen zeigen einerseits, dass eine von drei Raucherinnen sich nach Bekanntwerden ihrer Schwangerschaft zum Stopp ihres Tabakkonsums entschliessen kann.

Dennoch bleibt bei vielen Raucherinnen die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören, auch bei Schwangerschaft klein. Interventionsprogramme sollten sich daher darauf konzentrieren, die Bereitschaft zum Rauchstopp zu stärken [6].

Die Rolle des Gesundheitspersonals

Das Personal im Gesundheitswesen ist in einer günstigen Position, um Schwangere zu informieren und zur Aufgabe des Tabakkonsums zu bewegen. Viele Gesundheitsfachleute unterlassen jedoch routinemässige Interventionen. In Australien beispielsweise werden schwangere Raucherinnen als solche erkannt, aber nur wenige bekommen Beratung, wie sie mit Rauchen aufhören können. In einer britischen Untersuchung über Hebammen, Allgemeinpraktiker und Geburtshelfer berichteten die meisten von Schwierigkeiten und Unlustgefühlen bei der Beratungs- und Präventionsarbeit [7]. Bloss 28% dieser Fachleute glaubten, über die notwendigen Fähigkeiten dazu zu verfügen, und 53% von ihnen waren der Ansicht, nicht genügend gut für diese Aufgabe ausgebildet zu sein. Trotzdem finden sich ermutigende Zeichen, dass das geburtshilfliche Personal diese Aufgabe mit grösserem Erfolg angeht als Fachleute aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens [8]. Ausbildung und institutionelle Bemühungen sollten auf dieser Grundlage weiter aufbauen.

Wirksamkeit der Interventionen

Eine Cochrane-Metaanalyse von 34 Untersuchungen berichtet von einer

Traurige Fakten zum Tabakkonsum

In der Schweiz...

- ... sind mehr als 700 000 Menschen nikotinabhängig
- ... rauchen unter den 15- bis 24-Jährigen 40,5% der Frauen und 46,3% der Männer
- ... hat sich der Anteil Raucherinnen unter den 15 bis 19-Jährigen zwischen 1992 und 1997 von 18 auf 38% erhöht, unter den 20- bis 24-Jährigen von 37 auf 47%
- ... bzw. im Kanton Zürich rauchen mehr oder weniger regelmässig 24,1% der 14/15-jährigen Mädchen
- ... werden jedes Jahr 120 Mio. Franken für Tabakwerbung ausgegeben
- ... fallen im Zusammenhang mit Tabakkonsum jährlich 5 Mrd. Franken Kosten an (Krankheit, Tod, Produktionsausfall), die von der ganzen Bevölkerung getragen werden
- ... verursacht das Rauchen mehr vorzeitige Todesfälle als Aids, Heroin, Kokain, Alkohol, Autounfälle, Morde und Suizide zusammengenommen

Und wussten Sie, dass...

- ... laut einer im Sonntagsblick publizierten Liste die Hebammen an fünfter Stelle der am meisten rauchenden Berufsgruppen stehen sollen (gleich hinter dem Servicepersonal, den Lastwagenchauffeuren und den Polizisten)?

Quellen: www.at-schweiz.ch; Schweiz. Ärztezeitung, 2002;83: Nr. 24; BAG «Spectra» Mai 2002, Nr. 32; unbestätigte mündliche Information.



Spaziergang – oder Apfel – statt Zigarette.

Kasten 1

Effektive und wirkungslose Rauchstopp-Interventionen

Effektiv

- Beratung durch medizinische, pflegerische oder andere Beratung
- Für bestimmte Zielgruppe designtes Selbsthilfe-Material

Wirkungslos

- Einzig Information über Risiken
- Verhaltenstherapie in Gruppen – schlechte Teilnahmequoten
- Unspezifisches Selbsthilfe-Material

Ungenügende Evidenz

- Hypnose – 1 negative Studie
- Nikotinersatz-Therapie – 1 Studie: keine Auswirkung auf Stopp-rate, aber höheres durchschnittliches Geburtsgewicht

Noch nicht untersucht

- Akupunktur
- Antidepressiva inkl. Bupropion
- Angstlösende Mittel
- Aversive Verhaltenstherapie
- Lobelin

signifikanten Reduktion des Zigarettenkonsums nach Interventionen [4]. Darunter sind acht Studien mit hochintensiven Interventionen und qualitativ hochstehenden Methoden. Diese kommen auf einen Unterschied von 8,1%, d.h. in der Interventionsgruppe hörten 8,1% mehr Raucherinnen mit Rauchen auf als in der Kontrollgruppe ohne Intervention.

Problematisch bleiben die Rückfälle nach der Geburt bzw. deren Prävention. Mehr als zwei von drei Frauen, die während der Schwangerschaft das Rauchen aufgaben, haben sechs Monate nach der Geburt wieder damit begonnen [9]. Die obenerwähnte Cochrane-Metaanalyse schaute auch fünf Studien über ein Rückfall-Präventionsprogramm an; es liessen sich keine Unterschiede feststellen, die für eine solche Intervention sprechen würden [4].

Debattiert wird auch, ob eine Reduktion der täglichen Zigarettenmenge positive Auswirkungen hat. Eine Studie fand heraus, dass das durchschnittliche Geburtsgewicht 92g höher war bei Frauen, deren im Speichel gemessener Nikotingehalt gegenüber der Kontrollgruppe um 50% reduziert war.

Eine andere Studie hingegen zieht die Schlussfolgerung, dass nur bei Frauen, die das Rauchen vollständig aufgaben, eine positive Auswirkung messbar ist. Wieder eine weitere

grosse australische Studie, welche die Wirksamkeit einer bestimmten Intervention untersuchte, entdeckte zwar keine signifikanten Stopp-Raten [10]. Trotzdem waren die Babys aus der Interventionsgruppe durchschnittlich 84g schwerer als die Kinder aus der Kontrollgruppe, ein Hinweis, dass auch reduziertes Rauchen möglicherweise positive Auswirkungen auf die Kinder hat.

Wie auch immer die Debatte zu wünschbaren Zielen verläuft, jedenfalls genügt den US-Gesundheitsbehörden (US Preventative Services Task Force) der Wirksamkeitsbeweis solcher Interventionen, um sie in die oberste Kategorie der empfohlenen Massnahmen einzuordnen. Rauchstopp-Interventionen während der Schwangerschaft geniessen nun höhere Priorität als z.B. routinemässiges Screening auf Eisenmangel oder auf Gestationsdiabetes.

Rauchstopp-Interventionen bei Schwangeren

Interventionen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz wurden als besonders effektiv dokumentiert [11]. Trotzdem sind Empfehlungen, welche spezifischen Komponenten in einem Interventionsprogramm enthalten sein müssen, schwierig, denn sehr verschiedene Methoden wurden untersucht.

Die Teilnahme an Gruppenprogrammen erwies sich als sehr unzuverlässig; sie wird deshalb nicht empfohlen. Selbsthilfe-Material scheint nützlich zu sein, besonders dann, wenn es auch von der dafür bestimmten Zielgruppe gelesen wird. *Kasten 1* fasst zusammen, was über effektive und wirkungslose Interventionen bekannt ist.

Jede Rauchstopp-Intervention – für Schwangere wie für andere Bevölkerungsgruppen – sollte vier Hauptkomponenten aufweisen: Anamnese, Beratung, Begleitung beim Aufhören und Nachuntersuchungen.

Anamnese

Eine Studie hat gezeigt, dass einfache Änderungen bei der Fragestellung (weg von Fragen, die bloss Ja/Nein Antworten fordern hin zu Fragen, die differenzierte Antworten zulassen) ehrlichere Antworten zum Rauchverhalten bringen.

Beratung

Eine Beratung sollte spezifische Risiko-Informationen enthalten, die dem

momentanen Wissensstand der Frau angepasst sind. Frauen beispielsweise, die wissenschaftliche Evidenz zurückweisen und ihr mit «wahren» Geschichten entgegen, benötigen mehr Zeit. Analoge Beispiele über die schädlichen Auswirkungen von Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid können das Verständnis für die Risiken fördern. Ein Hinweis in der Krankengeschichte, dass Rauchstopp-Beratung gegeben wurde, liegt im Interesse des Betreuungspersonals.

Begleitung

Dies ist wahrscheinlich der wichtigste aber gleichzeitig auch der am öftesten vernachlässigte Teil einer Intervention. Ein nützlicher Ausgangspunkt ist die Nachfrage bei der Schwangeren, ob sie bereits einen Versuch zum Aufhören unternommen hat oder sich das zumindest überlegt. Bei negativer Reaktion sollten die Gründe dafür eruiert und sie dazu motiviert werden. Möglicherweise muss die Beraterin mit Ausflüchten wie «Es ist gut, wenn das Kind nicht zu gross ist» oder «Ich rauche nur Zigaretten mit niedrigem Teergehalt» umgehen oder besondere Anliegen wie die entspannende Zigarette ansprechen. Sind Frauen zum Verzicht auf Tabak bereit, dann lohnt es sich, mit ihnen einen verbindlichen Termin fest zu legen. Raucherinnen, die an einem bestimmten Tag mit Rauchen aufhören wollen, unternehmen in der Mehrzahl auch einen ernsthaften Versuch [12]. Spätere Beratungssitzungen

sollten darauf zielen, Strategien zur Verhaltensänderung zu entwickeln (Kasten 2).

Es ist wichtig, Befürchtungen wie Gewichtszunahme oder Entzugerscheinungen anzusprechen. Dabei kann Selbsthilfematerial gute Dienste leisten. Auch spielt der Partner der schwangeren Frau für den Erfolg eine zentrale Rolle. Eine amerikanische Studie mit 688 schwangeren Raucherinnen zeigte, dass Frauen, deren Partner Nichtraucher waren, signifikant öfter mit Rauchen aufhörten (58% gegenüber nur 35%) [13].

Nachbehandlung

Wegen der hohen Rückfälligkeit erscheint eine Nachbehandlung, z. B. bei der ersten postnatalen Untersuchung, als wichtiger Bestandteil einer Rauchstopp-Intervention. Weil die Wirkung eines solchen Follow-ups noch zu wenig evident ist, wird es schwierig, Ärzte darauf zu verpflichten. Daher sind andere postnatale Betreuungspersonen besonders gefordert.

Nikotin-Ersatztherapie

In der nicht-schwangeren Bevölkerung ist die Wirksamkeit einer Nikotin-Ersatztherapie, begleitet von minimaler Unterstützung, fest etabliert. Der Einsatz dieser Therapie bei schwangeren Frauen wird kontrovers beurteilt, haben doch Tierversuche ergeben, dass injiziertes Nikotin fötale Hypoxie, Früh- und Missbildungen hervor-



Auch reduziertes Rauchen hat positive Auswirkungen aufs Kind.

Broschüre für Schwangere

Die Schweizerische Krebsliga hat in Zusammenarbeit mit weiteren Organisationen die Broschüre «Ich werde Mutter – und ich rauche noch?» herausgegeben. Die Broschüre wendet sich neben der Frau auch an den werdenden Vater und hilft mit Ratschlägen und Verhaltenstipps durch die schwierige Zeit des Abgewöhrens.

In D/F/I zu beziehen bei:
Telefon 0848 85 00 00, skl-cisf.ch

rufen kann. Andererseits haben Tierversuche gezeigt, dass die fetale Nikotinresorption bei kontinuierlichen Nikotindosen höher ist als bei sporadischen. Deshalb ist es nötig, Vor- und Nachteile einer Nikotin-Ersatztherapie während der Schwangerschaft gegen einander abzuwägen.

Die einzige publizierte Studie berichtet über eine gesamthaft hohe Rauchstopp-Rate (26%), aber ohne Unterschiede zwischen Interventions- und Placebo-Kontrollgruppe [14]. Das durchschnittliche Geburtsgewicht in der Ersatznikotin-Gruppe hingegen war 186 g höher als in der Placebo-Gruppe. Nikotin-Ersatztherapie sollte nur bei

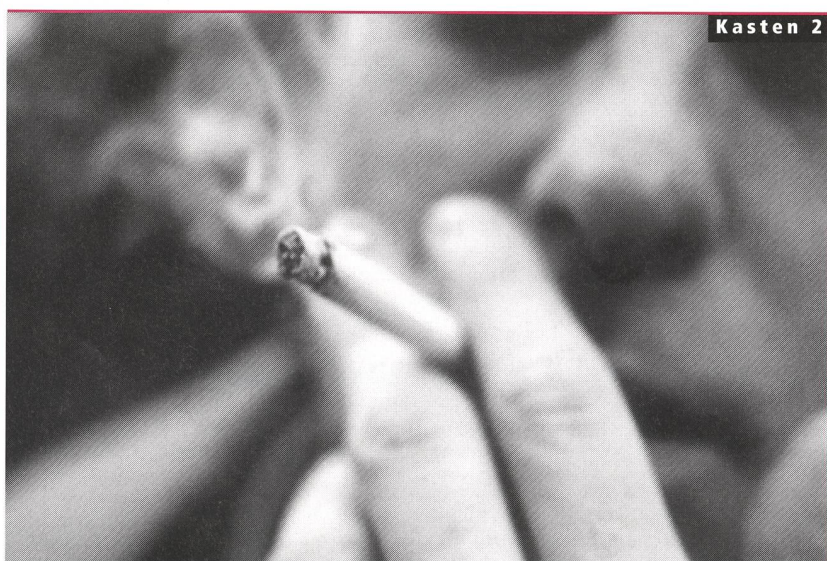
Frauen in Betracht gezogen werden, die pro Tag mehr als 10 Zigaretten rauchen, vor kurzem erfolglos einen Rauchstopp-Versuch abgebrochen haben, jedoch motiviert sind, mit Rauchen aufzuhören.

Antidepressiva

Der Einsatz von Antidepressiva zur Unterstützung eines Rauchstopps wird während der Schwangerschaft nicht empfohlen. Bis heute gibt es keine Studien über die Effektivität oder das Nutzen/Schaden-Verhältnis dieser Intervention.

Schlussfolgerung

Die Wirksamkeit einer kognitiven Verhaltenstherapie zum Rauchstopp während der Schwangerschaft ist erwiesen. Leider lässt die Anwendung dieser Erkenntnis durch das Gesundheitspersonal noch stark zu wünschen übrig, besonders, was die Beratung betrifft, wie die Schwangere mit Rauchen aufhören kann. Ausbildung und Unterstützung durch die Institutionen ist daher notwendig, ein Aufwand, der sich lohnt. Denn das Rauchen ist die wichtigste beeinflussbare Ursache für Schwangerschaftskomplikationen in den entwickelten Ländern. ◀



Strategische Tipps zum Rauchstopp

Die 5 Grundtipps

- Griff nach der Zigarette aufschieben, auch nur für kurze Zeit
- Wasser trinken
- Tief atmen
- Etwas Anderes tun
- Mit jemandem über den Drang sprechen

Weitere Tipps

- Eine Liste mit Gründen für den Rauchstopp erstellen und gut sichtbar aufhängen
- Alle Tabakwaren, Aschenbecher, Feuerzeuge, Zündhölzer beseitigen
- Mit Waschen oder Reinigen Rauchgeruch aus den Kleidern entfernen
- Unterstützung von nicht rauchenden Freunden, Verwandten und Kollegen mobilisieren
- Gewohnheiten ändern: Statt nach dem Essen zu rauchen auf einem Zahnstocher kauen

- Auslöser in der Umgebung ändern: Das Telefon löst oft einen Rauchreflex aus – in einem anderen Zimmer anschliessen
- Tagesroutine ändern, um auslösende Momente zu reduzieren
- Hände beschäftigen (stricken, gärtnern, zeichnen, Papier falten usw.)
- Sich in rauchfreie Zonen setzen
- Situationen meiden, die einen Rückfall provozieren
- Positiv über das Aufhören und die Zukunft sprechen und denken
- Nach Möglichkeit Stress vermeiden
- Ersatzhandlung festlegen: Spaziergang statt Zigarette
- Tägliche Körperübungen
- Sich mit dem eingesparten Geld eine Belohnung kaufen
- Den Satz einüben «Nein danke, ich rauche nicht»
- Das Aufhören als einen täglich neuen Prozess sehen, nicht als einen lebenslänglichen Entscheid

Referenzen

- [1] Walsh R. A.; Lowe J. B.; Hopkins P. J.: Quitting smoking in pregnancy. The Medical Journal of Australia 2001; 175:320–23. <http://www.mja.co.au>
- [2] English D. R.; Holman C. D. J.; Milne E. et al.: The quantification of drug caused morbidity and mortality in Australia. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health, 1995.
- [3] Castles A.; Adams K.; Melvin C. L. et al.: Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. Am J Prev Med 1999; 16:208–15.
- [4] Lumley J.; Oliver S.; Waters E.: Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2000. Oxford: Update Software, 2000.
- [5] Cnattingius S.; Haglund B.: Decreased smoking prevalence during pregnancy in Sweden: the effect on small-for-gestational-age births. Am J Publ Health 1997; 87:410–13.
- [6] Fava J. L.; Guise B. J.: The trans-theoretical model of smoking: comparison of pregnant and non-pregnant smokers. Addict Behav 2000; 25:239–51.
- [7] Clasper P.; White M.: Smoking cessation interventions in pregnancy: practice and view of midwives, GPs and obstetricians. Health Ed J 1995; 54:150–62.
- [8] Lowe J. B.; Baland K. P.; Clare G.: Evaluation of antenatal smoking cessation programs for pregnant women. Aust N Z J Public Health 1998; 22:55–59.
- [9] McBride C. M.; Pirie P. L.: Postpartum smoking relapse. Addict Behav 1990; 15:165–68.
- [10] Panjari M.; Bell R.; Bishop S. et al.: A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention during pregnancy. Aus N Z J Obstet Gynaecol 1999; 39:312–17.
- [11] Walsh R.; Redman S.: Smoking cessation in pregnancy: do effective programs exist? Health Promot Int 1993; 8:111–27.
- [12] Cummings K. M.; Giovino G.; Emont S. L. et al.: Factors influencing success in counselling patients to stop smoking. Patient Educ Counsel 1986; 8:189–200.
- [13] McBride C. M.; Curry S. J.; Grothaus L. C. et al.: Partner smoking status and pregnant smokers' perception of support for and likelihood of smoking cessation. Health Psych 1998; 17:63–69.
- [14] Wisborg K.; Henriksen T. B.; Jespersen L. B.; Secher N. J.: Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study. Obstet Gynecol 2000; 96:967–71.

Ausführliche Literaturangaben und Abstracts (auf Englisch) zu den Themen «Schädliche Auswirkungen des Rauchens in der Schwangerschaft» und «Rauchen – Gesundheitsverhalten, Verhaltensänderungen» sind auf Anfrage auf der Redaktion erhältlich.