

Rauchentwöhnung : was hilft wirklich?

Autor(en): **Zellweger, Jean-Pierre**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **28 (2002)**

Heft 5

PDF erstellt am: **17.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-800738>

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.

Rauchentwöhnung – was hilft wirklich?

Den Rauchenden helfen, mit dem Rauchen aufzuhören, ist eine nützliche, kosteneffiziente und dankbare Tätigkeit für alle Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind. Die Hauptmethoden sind einerseits die Beratung – besonders in Form der so genannten «Minimalintervention» – und andererseits die korrekte Anwendung von Nikotinersatzpräparaten oder rezeptpflichtigen Medikamenten.

JEAN-PIERRE ZELLWEGER *

Bis vor einigen Jahren wurde der Tabakkonsum in der Schweiz nicht wirklich als ein medizinisches Problem angesehen. Rauchen gehörte zur Symbolik der individuellen Freiheit und die meisten Rauchenden glaubten, sie könnten jederzeit problemlos aufhören, wenn sie aus gesundheitlichen oder anderen Gründen den Rauchstopp beschliessen würden.

Alarmierende Meldungen

Seit den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts erschienen immer mehr medizinische Berichte über die gesundheitlichen Folgen des Rauchens; gleichzeitig wurden Beweise dafür gefunden, dass die Tabakindustrie diese schädlichen Effekte schon lange kannte und verschwieg. Auch die Berichte über die finanziellen Kosten des Rauchens mehrten sich. So konnte belegt werden, dass der Tabakkonsum in der Schweiz Kosten von rund 10 Milliarden Franken pro Jahr mit sich bringt¹. In den letzten Jahren hat die Pharmaindustrie neue Mittel eingeführt, welche die Rauchentwöhnung erleichtern sollen. Dies hat dazu geführt, dass die Primärprävention, d.h. die Verhinderung des Einstiegs bei den Jungen,

durch die Sekundärprävention (die Aufhörhilfe bei noch gesunden Rauchenden) und die Tertiärprävention (Aufhörhilfe bei kranken Menschen) ergänzt werden konnte². Die Vorteile des Aufhörens wurden anhand zahlreicher Studien bestätigt³; sie betreffen u.a. die Verbesserung der Lebenserwartung und der Lebensqualität sowie die Abnahme der Risiken von vielen Krankheiten – sogar im hohen Alter⁴ (s. Fig. 1).

Die Rauchberatung gilt heute als die kosteneffizienteste Massnahme im Bereich der Präventivmedizin⁵. Deswegen wird heute die Idee vertreten, dass die Hilfe zum Aufhören eine wichtige Rolle spielt. Die wissenschaftlichen Grundlagen der Intervention wurden in mehreren Richtlinien oder Empfehlungen dargestellt⁶⁻¹².

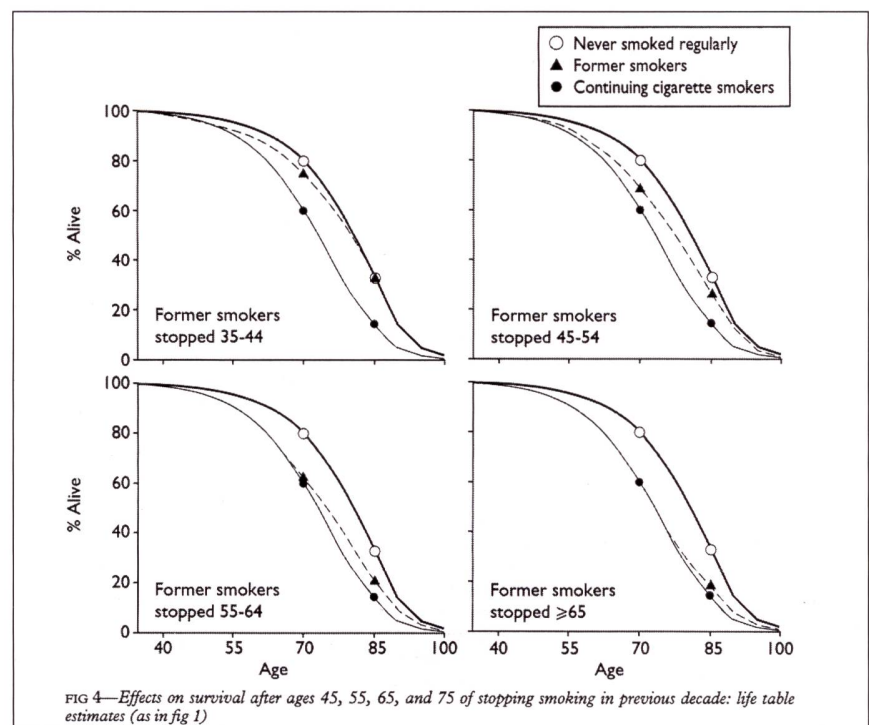


Fig 1: Überlebenskurven der englischen Ärzten, nach Rauchgewohnheit und Alter beim Aufhören. Die Überlebenschancen sind bei Rauchern durchschnittlich um 7,5 Jahre kürzer. Aufhören lohnt sich und verbessert die Chancen bei jedem Alter (auch über 75 Jahren!) (nach Ref. 4)

* Dr. Jean-Pierre Zellweger, Lungenliga Schweiz, Südbahnhofstr. 14c, 3000 Bern 17, Tel. 031/378 20 50, www.lung.ch

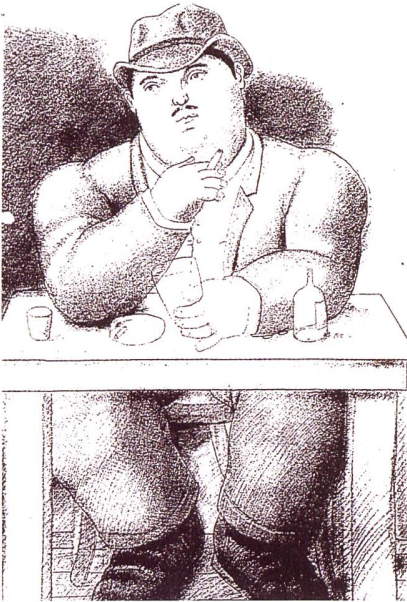


Fig 2: Rauchen, Alkohol, Depression, dann wieder Rauchen...

Welche Rauchenden werden aufhören?

Aufhören zu rauchen ist nicht – wie die meisten jungen Rauchenden meinen – einfach. Zwar versuchen viele Rauchende aufzuhören, aber die Erfolgsrate ist gering, und der Rückfall ist die Regel. Nur 0.5 bis 3 Prozent der Rauchenden, die einen spontanen Aufhörversuch unternehmen, sind nach einem Jahr noch abstinent, und eine beträchtlicher Anteil der Rauchenden wird sogar nach mehr als einem Jahr wieder mit Rauchen anfangen¹³. Weiter wurde bewiesen, dass die Rauchenden, die spontan und ohne sichtbare

äußere Hilfe aufhören, meistens diejenigen sind, die (noch) keine Gesundheitsprobleme haben und in einem geringen Masse abhängig sind. Abhängige Rauchende und diejenigen, die an gesundheitlichen Folgen des Rauchens leiden, haben eher grössere Schwierigkeiten aufzuhören.

Das Vorliegen einer Depression führt häufiger zum Einstieg in die Rauchgewohnheit, macht aber auch den Ausstieg schwieriger, da depressive Rauchende häufig nach dem Aufhören einen Rückfall in die Depression erleben, was wiederum zum Rückfall in die Rauchgewohnheit führt¹⁴ (s. Fig. 2). Im Übrigen wird die Erfolgsrate der Aufhörversuche durch weitere soziale und persönliche Faktoren beeinflusst, wie z.B. das Zusammenleben mit einer/m rauchenden PartnerIn, Arbeitslosigkeit oder soziale und persönliche Konflikte¹⁵. Eine europäische Studie

zeigte, dass Männer, ältere, reichere und gesunde Raucher und diejenigen, die weniger als 20 Zigaretten pro Tag rauchen, eine höhere Erfolgsrate haben als Frauen, jüngere, arme und kranke Raucher und diejenigen, die mehr als 30 Zigaretten rauchen¹⁶.

Die Stadien der Verhaltensänderung

Der Prozess des Aufhörens beinhaltet eine grundsätzlich Verhaltensänderung. Es wird jetzt allgemein anerkannt, dass der Erfolg eines Aufhörversuches mit dem Vorbereitungsstatus der Rauchenden korreliert. Der dynamische Prozess, der die Stadien beschreibt, durch welche Rauchende gehen müssen, um Nichtraucher zu werden, wird als «transtheoretisches Modell» nach Prochaska und Di Clemente beschrieben¹⁷ (s. Fig. 3). Rauchende ohne

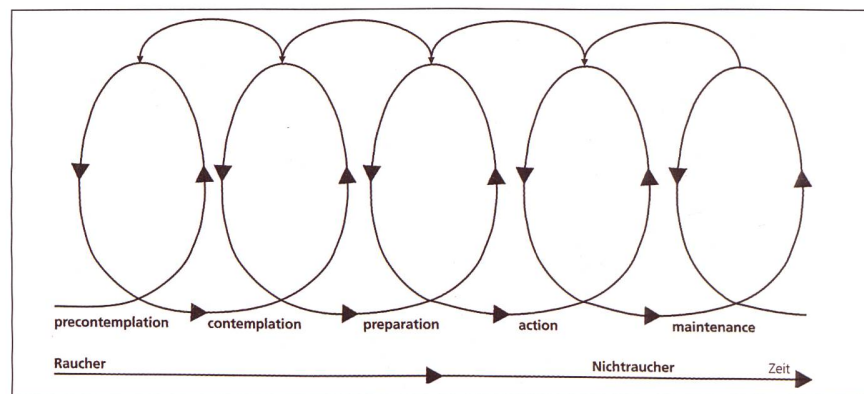
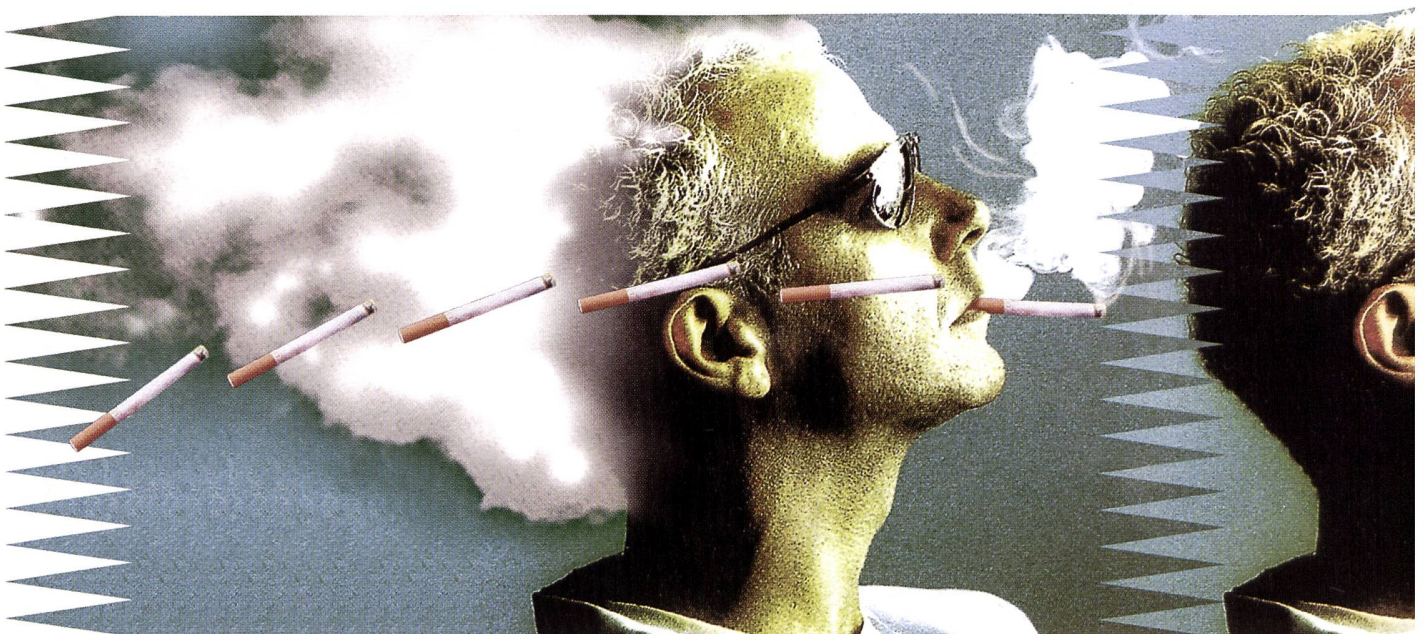


Fig 3: Die Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska und Di Clemente (nach Ref 6)





Aufhörwillen oder diejenigen, die einen eventuellen Versuch auf ein unbestimmtes und spätes Datum planen, d.h. Rauchende im Stadium der sogenannten Unentschiedenheit («precontemplation») haben die geringsten Chancen, nach einem Jahr Nichtraucher zu sein. Das ist in der Schweiz immer noch die Mehrheit der Rauchenden (>80%). Rauchende im nächsten Stadium der Vorbereitung («contemplation» oder Stadium des Abwägens) haben doppelt so hohe Chancen und Rauchende im Stadium der Vorberei-

ung, also diejenigen, die aktiv ihre Gewohnheiten zu ändern versuchen, haben noch höhere Erfolgschancen. Spontanversuche sind aber auch unter solchen Bedingungen nur in Ausnahmefällen erfolgreich und die entschlossenen Rauchenden müssen meistens mehrmals versuchen, aufzuhören, bis sie endgültig Nichtraucher werden. Da die Aufhörchancen mit der Progression durch die Stadien zunehmen, wird heute empfohlen, die Strategie auf zwei Achsen zu stützen: Die Unterstützung und Hilfe zur Progression von einem Stadium ins Nächste und die pharmakologische Hilfe bei aufhörwilligen Rauchenden. Diese Interventionen können einzeln oder kombiniert angewendet werden.¹⁸

Die Beratung

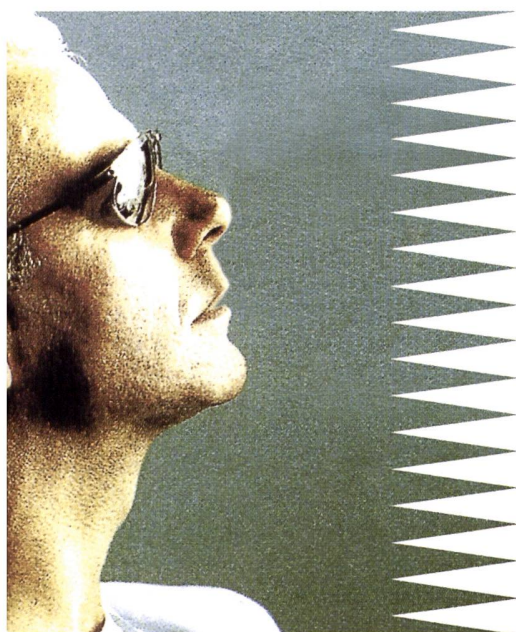
Die Beratung («counseling») durch Gesundheitsfachleute kann die Aufhörchancen deutlich erhöhen¹⁹; ihre Wirksamkeit ist aber von der Dauer und Intensität der Kontakte abhängig^{20, 21}. Sogar eine kurze (< 3 Minuten) Befragung und Beratung des Rauchenden durch Gesundheitsfachleute (eine so genannte «minimal intervention») erhöht die Abstinenzrate um einen Faktor von 1,7 und dies unabhängig vom Aufhörstadium. Eine längere Intervention (> 3 Minuten) erreicht einen Faktor von 2,1. Die Wiederholung der Beratung bei mehreren Sitzungen, so-

wie die regelmässige Unterstützung der Rauchenden verringern die Rückfallrate. Wenn alle Ärzte/-Innen und Gesundheitsfachleute eine solche Minimalintervention systematisch durchführen, würde dies jedes Jahr, dank der Erhöhung der Anzahl Aufhörversuche und der Verminderung der mit dem Tabak verbundenen Krankheiten, 2200 Lebensjahre pro Million EinwohnerInnen ersparen¹⁸.

Diese kurzen Interventionen können von allen Personen, die im Gesundheitsbereich tätig sind und beruflich mit Rauchenden in Kontakt stehen (ApothekerInnen, Zahnärzte/-Innen, Krankenpflegende, Hebammen, Arztgehilfen/-Innen, PhysiotherapeutInnen) und nicht nur von Hausärzten/-Innen durchgeführt werden. Sie besteht in einer Reihe Fragen, die auf englisch alle mit «A» anfangen (s. Kasten).

DIE 5 «A»-FRAGEN DER KURZINTERVENTION

- **Ask:** Rauchende identifizieren und um Ihre Gewohnheiten fragen
- **Advise:** an alle Rauchende einen klaren und festen Rat geben, aufzuhören
- **Assess:** abklären, ob und wann die Rauchenden einen Aufhörversuch planen (Stadium der Verhaltensänderung)
- **Assist:** allen aufhörwilligen Rauchenden eine Hilfe anbieten
- **Arrange:** die weitere Betreuung planen





Die Wirksamkeit der minimalen Intervention zeigt sich hauptsächlich in einer Erhöhung der Anzahl Aufhörversuche, die eine Erhöhung der Aufhorräte mit sich bringen^{8,20}. Es wird angenommen, dass etwa 40 Prozent der Rauchenden einen Aufhörversuch nach einer solchen Beratung unternehmen. Viele so genannte «Spontanversuche» sind eigentlich das Resultat von Interventionen, die nach mehrmaliger Wiederholung wahrgenommen werden. Diese Form von Intervention ist besonders bei wenig abhängigen Rauchern wirksam. Bei schwereren und abhängigeren Rauchenden ist eine zusätzliche pharmakologische Hilfe notwendig, um die Erfolgsrate zu erhöhen. Unentschlossenen Rauchenden sollte die Intervention helfen, vom ersten Stadium ins Zweite und wenn auch möglich ins Dritte fortzuschreiten.

Selbsthilfe, telefonische Beratung und Computer gesteuerte Hilfeprogramme

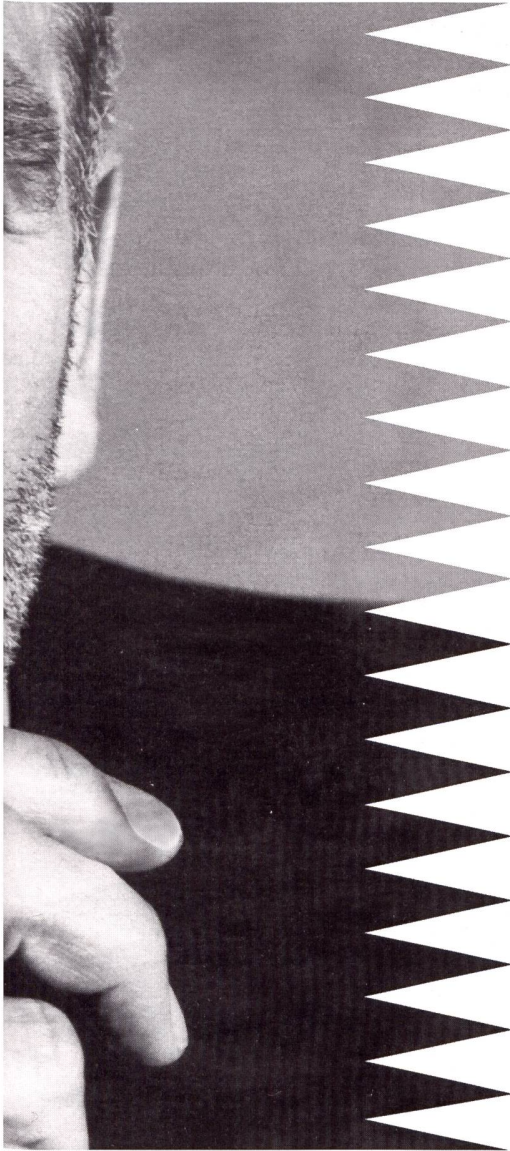
Die Anwendung von unpersonalisierten Programmen der Selbsthilfe erwies sich im Vergleich mit Kontrollgruppen als nicht oder kaum wirksam²². Die Beratung am Telefon scheint etwas besser zu helfen, als keine Beratung; aber sie wirkt wahrscheinlich weniger, als die direkte Einzelberatung durch Gesundheitsfachleute²³. Die Anwendung von personalisierten Selbsthilfeprogrammen (nach Analyse der Persönlichkeit und der Bedürfnisse des Rauchenden) ist besser wirksam²⁴. Dies benötigt aber eine Verbindung mit einer spezialisierten Stelle, die mit den Rauchenden Kontakt hält (durch Internet oder per Post) und in regelmäßigen Abständen die Fortschritte und die Probleme bei der Entwöhnung verfolgt.

Spezielle Interventionen: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Verhaltenstherapie

Die spezialisierte Führung der aufhörwilligen Rauchenden – sei es einzeln²⁰ oder in Gruppen²⁵ – erhöht die Erfolgchancen. Studien berichten über Abstinenzraten bis zu 25 Prozent nach einem Jahr bei intensiveren und längeren Behandlungen. Wegen des großen Zeitaufwands und der damit verbundenen Kosten ist aber diese Art der Therapie nur für eine Minderheit der Rauchenden geeignet.

Die pharmakologische Hilfe

Entschlossenen Rauchenden, die Entzugserscheinungen befürchten oder die bei einem früheren Aufhörversuch gescheitert sind, wird heute eine pharmakologische Hilfe empfohlen.



Es ist heute anhand von über 200 Studien klar bewiesen worden, dass die nikotinhaltenen Präparate und die Substanz Bupropion (Zyban®) den Erfolg der Raucherentwöhnung erhöhen²⁶. Je nach Form der Verabreichung, Dosis und Kombination verbessert sich das Resultat verglichen mit Kontrollgruppen um ein Faktor von 1,5 bis 2,5. Die nikotinhaltenen Präparate dürfen kombiniert werden und auch mit dem Bupropion zusammen angewendet werden. Beide Produktgruppen lindern die Entzugsbeschwerden während der Entwöhnungsperiode und geben den Rauchenden mehr Zeit und Freiheit, sich mit der Änderung der Gewohnheiten zu befassen.

Nikotinhaltenen Präparate

Die nikotinhaltenen Präparate sind in der Schweiz als Pflaster (transdermale

	Abstinenzrate nach 6/12 Monate
Minimalintervention	7,4 %
Minimalintervention mit Nikotinsubstitution	11,4 %
Kontrollgruppe mit Placebo	10 %
Alle Studien mit nikotinhaltenen Präparaten	17 %
Kontrollgruppe mit Placebo-Pflaster	8 %
Nikotinhaltenes Pflaster	13,7 %
Kontrollgruppe mit Placebo-Kaugummi	11,5 %
Nikotinhaltenes Kaugummi	19,4 %
Kontrollgruppe mit Placebo-Nasenspray	11,8 %
Nikotinhaltenes Nasenspray	23,9 %
Kontrollgruppe mit Placebo-Inhaler	9 %
Nikotinhaltenes Inhaler	17,1 %

Tabelle 1: Wirksamkeit der nikotinhaltenen Präparate (im Vergleich mit einer Kontrollgruppe). Die Raucher in der Kontrollgruppe und in der Gruppe mit der Wirksubstanz werden gleichmässig betreut, unterscheiden sich nur in der Anwendung eines Aktivpräparates oder eines Placebos. (Zusammenfassung von vergleichbaren Studien, nach Cornuz und Humair)

Systeme oder «patches»), als Kaugummi (Kaudepots), Lutschtabletten, Nasenspray, und Inhaler erhältlich. Die drei ersten Formen sind in Apotheken frei erhältlich, die zwei letzten rezeptpflichtig. Die Wirksamkeit aller Formen gegenüber einem Placebo wurde nachgewiesen und ist bei allen Formen etwa gleich (s. Tab 1). Die Verträglichkeit ist meistens sehr gut, und es besteht keine Gefahr von Interaktionen mit anderen Medikamenten oder schwerwiegenden Nebenwirkungen ausser gelegentlichen lokalen Reizungen der Haut, der Mundschleimhaut, der Nasenschleimhaut (bei Sprays) oder des Magens.

Nikotinhaltenen Präparate erzeugen keine Gefässkrankheiten, Bronchitis, Herzrhythmusstörungen oder Krebs. Sie dürfen sogar bei HerzpatientInnen und bei schwangeren Frauen, die nicht spontan aufhören können, angewendet werden. Der Erfolg hängt teilweise mit der Dosierung zusammen, und Misserfolge beruhen häufig auf einer Unterdosierung oder einer zu kurzen Therapiedauer. Deswegen wird empfohlen, während der ersten Wochen die Präparate in hoher Dosis anzuwenden oder zu kombinieren. Nach der Entwöhnungsphase und dem Abklingen der Entzugssymptome (ca. 3 bis 6 Wochen) kann ein kurzwirksames Präparat (zum Beispiel Kaugummi, Inhaler oder Lutschtablette) zur Rückfallprävention angewendet werden.

Die nikotinhaltenen Substanzen unterscheiden sich in der Höhe des erreichten Nikotinspiegels und der Dauer der

Wirkung²⁷. Die Pflaster («patches») wirken 16 bis 24 Stunden und ergeben einen tiefen aber anhaltenden Nikotinspiegel; die anderen Präparate haben einen schnelleren Wirkungseintritt (zwischen 1 Minute für den Nasenspray und 10 Minuten für den Inhaler), erzeugen einen höheren Blutspiegel, wirken aber weniger lang (zwischen 30 und 60 Minuten). Die Wahl des Präparates und der eventuellen Kombination richtet sich nach Wunsch der Rauchenden, früheren guten oder schlechten Erfahrungen und dem Grad der Abhängigkeit. Viele Rauchende schätzen die rasche Wirksamkeit der kurzwirksamen Präparate als Schutz gegen einen drohenden Rückfall, zum Beispiel bei unerwartetem Drang nach einer Zigarette («craving»), der auch Monate nach dem Absetzen auftreten kann.

Bupropion (Zyban®)

Bupropion wurde in den 90er-Jahren als Antidepressivum in den US eingeführt. Bald merkten mehrere PsychiaterInnen, dass die PatientInnen, die dieses Präparat einnahmen, häufig aufhörten zu rauchen. Weitere Studien bestätigten diese Beobachtungen und zeigten, dass Bupropion bei nicht-depressiven Rauchenden ebenso wirksam ist^{28,29}. Bei der Einführung in die Schweiz vor 3 Jahren wurde Bupropion wegen seiner hohen Wirksamkeit mit grosser Aufregung zur Kenntnis genommen und in den Medien als ein Wundermittel begrüsst. Die Begeisterte



nung wurde später von der Feststellung der Nebenwirkungen etwas gedämpft. Bupropion enthält kein Nikotin, wirkt aber auf die nikotinempfindlichen Hirnzentren und dämpft die Entzugserscheinungen und den Drang nach Nikotin (s. Tab. 2). Seine Wirksamkeit ist unbestritten und kann mit der Kombination eines nikotinhaltigen Präparates noch erhöht werden³⁰. Das Präparat ist rezeptpflichtig, wird als Tablette während 6 bis 8 Wochen ein-

genommen. Das Aufhördatum sollte nicht am Tag der ersten Einnahme, sondern nach etwa 8 Tagen festgelegt werden – einerseits wegen des langsam einschleichenden Wirkungseintritts des Produktes, andererseits, um die Verträglichkeit zu überprüfen.

Nebenwirkungen

Bupropion erzeugt leider häufige Nebenwirkungen. Die meisten sind harm-

los oder bei guter Motivation relativ gut verträglich (wie Mundtrockenheit, Schlafstörungen), die anderen schwerwiegender wie Epilepsieanfälle. Diese Nebenwirkung, die eigentlich allen Antidepressiva gemeinsam ist, ist selten, und tritt meistens bei Menschen auf mit besonderen Risikofaktoren (Frühere Epilepsie, gleichzeitige Behandlung mit Medikamenten, die die Epilepsie-Anfälligkeit erhöhen, Alkoholmissbrauch, Schlafmangel). Deswegen ist das Präparat strikt rezeptpflichtig und die Verträglichkeit muss während der Behandlung sorgfältig überprüft werden (dies dient im Übrigen auch zur Unterstützung der Motivation zum Aufhören). Bei guter Verträglichkeit und korrekter Anwendung ist Bupropion zweifellos ein wirksames und nützliches Präparat.

Die Meldungen von Todesfällen von PatientInnen unter Bupropion aus Eng-

	Abstinenzrate nach 6/12 Monate
Kurzintervention mit Placebo	7,9 %
Kurzintervention mit Bupropion	20,1 %
Kurzintervention mit Bupropion und Nikotinpflaster	22,5 %

Tabelle 2: **Wirksamkeit von Bupropion (Zyban®) (im Vergleich mit einer Kontrollgruppe).** Die Raucher in der Kontrollgruppe und in der Gruppe mit der Wirksubstanz werden gleichmässig betreut, unterscheiden sich nur in der Anwendung eines Aktivpräparates oder eines Placebos. (Zusammenfassung von vergleichbaren Studien, nach Cornuz und Humair)

land und Deutschland beziehen sich auf PatientInnen mit vorbestehender Herzkrankheit, die kurz nach dem Absetzen des Rauchens unter Behandlung mit Bupropion einen Herzinfarkt erlitten. Diese Zwischenfälle standen jedoch nicht in direkter Beziehung zum Präparat, sondern erfolgten im Zusammenhang mit einer bestehenden Krankheit und wurden ebenfalls bei Verwendung nikotinhaltiger Präparate beobachtet. Nach dem jetzigen Stand der Erkenntnisse kann die Behandlung mit Bupropion keine direkten tödlichen Folgen haben. In der Schweiz sind übrigens keine Todesfälle während Bupropionbehandlungen gemeldet worden.

Sonstige Therapien

Nur Bupropion und das in der Schweiz nicht erhältliche Präparat Nortryptilin sind in der Raucherentwöhnung wirksam. Andere Antidepressiva oder Beruhigungsmittel haben keinen erwiesenen Effekt³¹. Depressive Raucher, die einen Rückfall in die Depression bei einem Aufhörversuch befürchten, können aber mit Vorteil vor oder während eines Versuches mit antidepressiven Mitteln behandelt werden.

Akupunktur ist in der Schweiz als Raucherentwöhnungsmethode sehr beliebt. Obgleich Einzelbeobachtungen und die Resultate in den ersten Tagen oder Wochen meistens positiv ausfallen, wurde ihre Langzeitwirkung in kontrollierten Studien nie bewiesen³². Eine Studie zeigt, dass imitierte Akupunktur ebenso gute Resultate erzeugt wie reguläre³².

In gewissen Ländern wie in den USA wird häufig Hypnose empfohlen; diese Methode hat sich aber im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht als wirksam erwiesen³³. Homöopathie schliesslich ist in der Raucherentwöhnung unwirksam¹².

Schlussempfehlungen

Zwei Typen der Intervention helfen den Rauchenden und erhöhen die Erfolgchancen:

- Die Kurzberatung («minimal intervention») bei allen unentschlossenen Rauchenden. Dies ist die kosten-effizienteste Intervention im Gebiet der Prävention und ist besonders bei unentschlossenen Rauchenden empfohlen.
- Die Anwendung von nikotinhaltigen Präparaten oder von Bupropion bei aufhörwilligen Rauchenden, mit Begleitung während der Entwöhnungsphase. ■

Fussnoten

- 1 Vannotti, A.; Priez, F.; Jeanrenaud, C.; Zellweger, JP., 2002: Coûts humains de la dépendance au tabac. *Revue Médicale de la Suisse Romande*¹, 122:101-104.
- 2 Cornuz, J., 2002: Tabakentwöhnung in der Schweiz. Empfehlungen einer Expertengruppe. *Schweiz Ärztezeitung*, 83(13):616-620.
- 3 The Surgeon General's 1990 Report on The Health Benefits of Smoking Cessation. Executive Summary. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1990; 39(RR-12):1-12.
- 4 Doll, R.; Peto, R.; Wheatley, K.; Gray, R.; Sutherland, I., 1994: Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *Br Med J* 1994; 309:901-911.
- 5 Parrott, S.; Godfrey, C.; Raw, M.; Wes, R.; McNeill, A., 1998: Guidance for commissioners on the cost effectiveness of smoking cessation interventions. Health Educational Authority. *Thorax*; 53 Suppl 5 Pt 2:S1-38.
- 6 Humair, J.-P.; Cornuz J., 2000: Raucherentwöhnung. Bern: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH; Bundesamt für Gesundheit BAG.
- 7 World Health Organization ROE. First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence, 2001.
- 8 West, R.; McNeill, A.; Raw, M., 2000: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax*; 55:987-999.
- 9 Coleman, T.; West, R., 2001: Newly available treatments for nicotine addiction. Smokers wanting help with stopping now have effective treatment options. *BMJ*; 322(7294):1076-1077.
- 10 Anderson, JE.; Jorenby, DE.; Scott, WJ.; Fiore, MC., 2002: Treating tobacco use and dependence: an evidence-based clinical practice guideline for tobacco cessation. *Chest*; 121(3):932-941.
- 11 Rigotti, NA., 2002: Clinical practice. Treatment of tobacco use and dependence. *N Engl J Med*; 346(7):506-512.
- 12 Fiore, MC., 2000: A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US public health service report. *JAMA*; 283:3244-3254.
- 13 Krall, EA.; Garvey, AJ.; Garcia, RI., 2002: Smoking relapse after 2 years of abstinence: findings from the VA Normative Aging Study. *Nicotine Tob Res*; 4(1):95-100.
- 14 Glassman, AH.; Covey, LS.; Stetner, F.; Rivelli, S., 2001: Smoking cessation and the course of major depression: a follow-up study. *Lancet*; 357(9272):1929-1932.
- 15 Jarvis, MJ., 1997: Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: Boliger CT, Fagerström KO, editors. *The Tobacco Epidemic*. Basel: Karger, 151-166.

- 16 Monso, E.; Campbell, J.; Tonnesen, P.; Gustavsson, G.; Morera, J., 2001: Sociodemographic predictors of success in smoking intervention. *Tob Control*; 10(2):165-169.
- 17 Prochaska, JO.; Goldstein, MG., 1991: Process of smoking cessation. *Clinics Chest Med*; 12:727-735. *
- 18 Raw, M.; McNeill, A.; West, R., 1998: Smoking cessation guidelines for health professionals. A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Health Education Authority. Thorax*, 53 Suppl 5 Pt 1:S1-19.
- 19 Silagy, C.; Stead, LF., 2001: Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*; 2:CD000165.
- 20 Lancaster, T.; Stead, LF., 2002: Individual behavioural counselling for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*; (3): CD001292.
- 21 Kottke, TE.; Battista, RN.; DeFries, GH.; Brekke, ML., 1988: Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA*, 259:2883-2889.
- 22 Lancaster, T.; Stead, LF., 2002: Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*; (3):CD001118.
- 23 Stead, LF.; Lancaster, T., 2001: Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (2):CD002850.
- 24 Lennox, AS.; Osman, LM.; Reiter, E.; Robertson, R.; Friend, J.; McCann, I. et al., 2001: Cost effectiveness of computer tailored and non-tailored smoking cessation letters in general practice: randomised controlled trial. *BMJ*; 322(7299):1396.
- 25 Stead, LF.; Lancaster, T., 2002: Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev*; (3):CD001007.
- 26 Silagy, C.; Mant, D.; Fowler, G.; Lancaster, T., 1997: The effect of Nicotine Replacement Therapy on Smoking Cessation. *The Cochrane Library*; (2):1-22.
- 27 Balfour, JK.; Fagerström, KO., 1996: Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. *Pharmacol Ther*, 72(1):S1-81.
- 28 Dale, LC.; Glover, ED.; Sachs, DP.; Schroeder, DR.; Offord, KP.; Croghan, IT. et al., 2001: bupropion for smoking cessation : predictors of successful outcome. *Chest*; 119(5):1357-1364.
- 29 Johnston, JA.; Fiedler-Kelly, J.; Glover, ED.; Sachs, DP.; Grasela, TH.; DeVeau-Geiss, J., 2001: Relationship between drug exposure and the efficacy and safety of bupropion sustained release for smoking cessation. *Nicotine Tob Res*; 3(2):131-140.
- 30 Jorenby, DE.; Leischow, SJ.; Nides, MA.; Rennard, SI.; Johnston, JA.; Hughes, AR. et al. A., 1999: controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med*; 340(9):685-691.
- 31 Hughes, JR.; Stead, LF.; Lancaster, T., 2002: Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, (1):CD000031.
- 32 White, AR.; Rampes, H.; Ernst, E., 2002: Acupuncture for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD000009.
- 33 Abbot, NC.; Stead, LF.; White, AR.; Barnes, J.; Ernst, E., 2000: Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD001008.

* Vgl. die Ausführungen von Karin Steinmann zum Transtheoretischen Modell in diesem Heft.