Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 28 (2002)
Heft: 5

Artikel: Rauchentwöhnung : was hilft wirklich?
Autor: Zellweger, Jean-Pierre
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-800738

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 02.08.2025

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

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.

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

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 bringt[1]. 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 konnte[2]. Die Vorteile des Aufhörens wurden anhand zahlreicher Studien bestätigt[3]; sie betreffen u.a. die Verbesserung der Lebenserwartung und der Lebensqualität sowie die Abnahme der Risiken von vielen Krankheiten – sogar im hohen Alter[4] (s. Fig. 1).

Die Rauchberatung gilt heute als die kosteneffizienteste Massnahme im Bereich der Präventivmedizin[5]. 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 dargestellt[6-12].

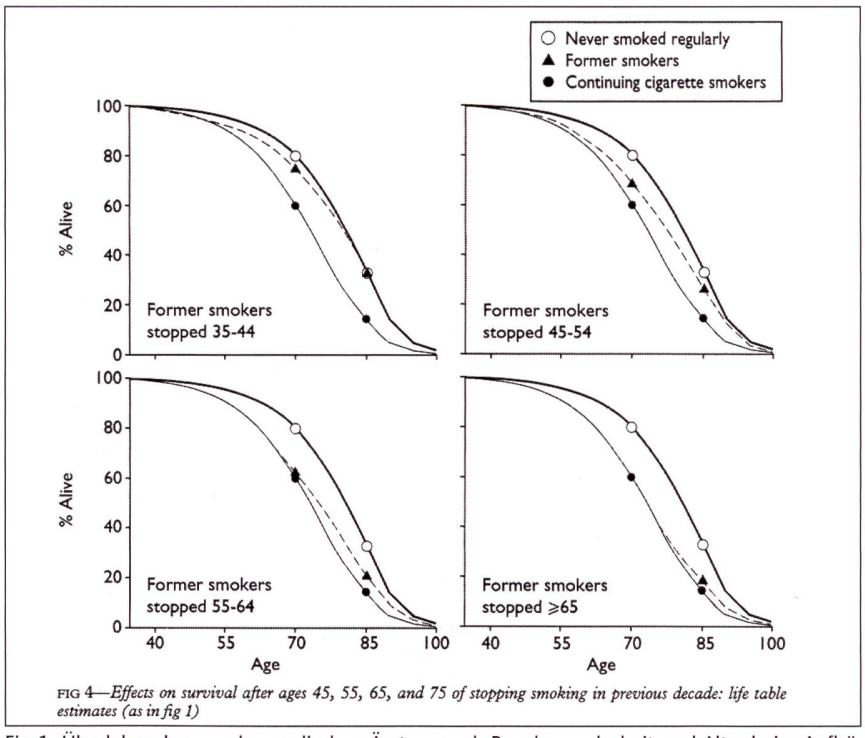


Fig 1: Überlebenskurven der englischen Ärzten, nach Rauchgewohnheit und Alter beim Aufhören. Die Überlebenschancen sind bei Rauchern durchschnittlich um 7,5 Jahre kürzer. Aufhören lohnt sich und verbessert die Chancen bei jedem Alter (auch über 75 Jahren !) (nach Ref. 4)

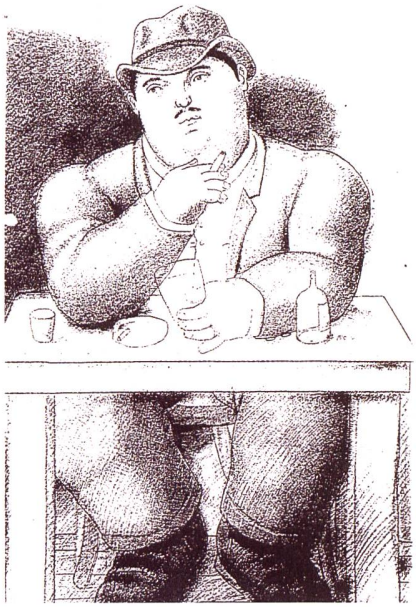


Fig 2: Rauchen, Alkohol, Depression, dann wieder Rauchen...

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 anfangen[13]. 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 führt[14] (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 Konflikte[15]. 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 rauchen[16].

Die Stadien der Verhaltensänderung

Der Prozess des Aufhörens beinhaltet eine grundsätzlich Verhaltensänderung. Es wird jetzt allgemein anerkannt, dass der Erfolg eines Aufhörversuches mit dem Vorbereitungszustand der Rauchenden korreliert. Der dynamische Prozess, der die Stadien beschreibt, durch welche Rauchende gehen müssen, um Nichtrauchende zu werden, wird als «transtheoretisches Modell» nach Prochaska und Di Clemente beschrieben[17] (s. Fig. 3). Rauchende ohne

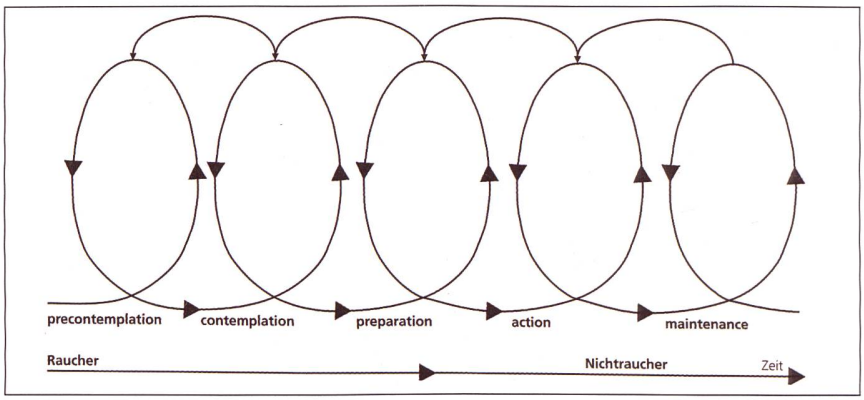
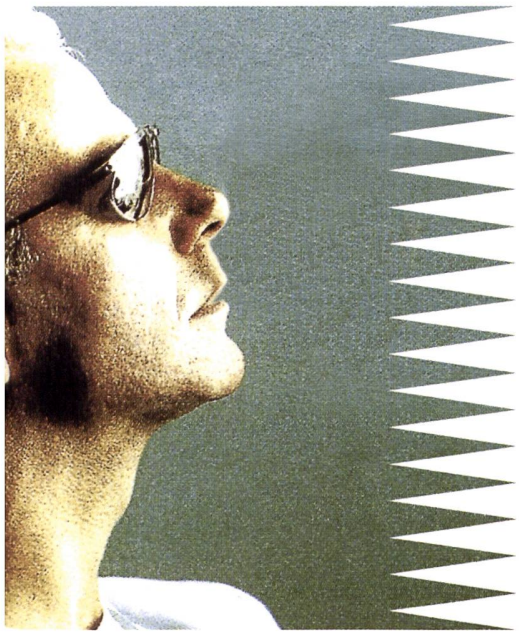


Fig 3: Die Stadien der Verhaltensänderung nach Prochaska und Di Clemente (nach Ref 6)

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 Nichtrauchende 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 Vorbereitung, 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 Nichtrauchende 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]



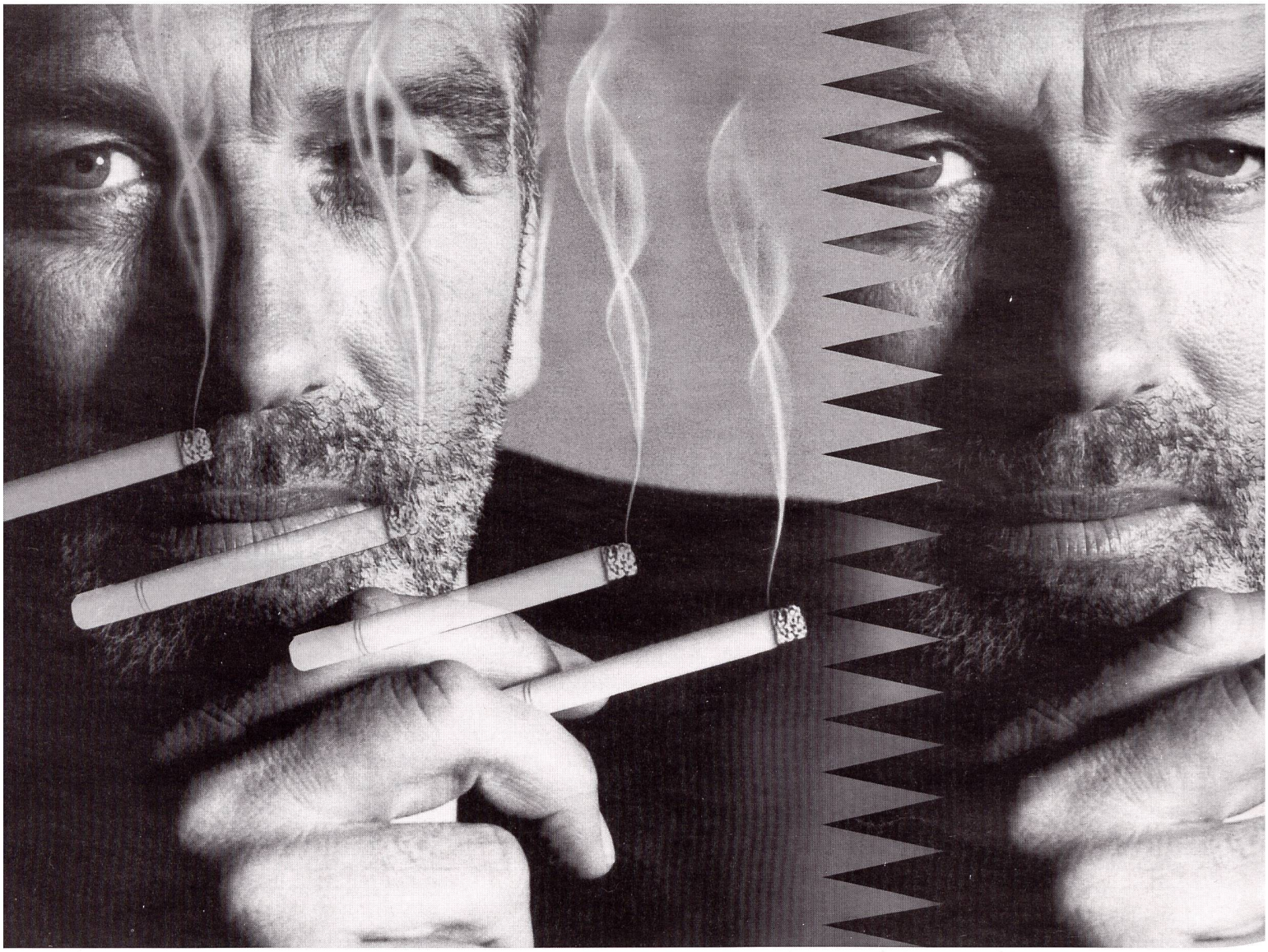
Die Beratung

Die Beratung («counseling») durch Gesundheitsfachleute kann die Aufhörchancen deutlich erhöhen[19]; 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, sowie 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 ersparen[18].

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 Aufhörrate 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

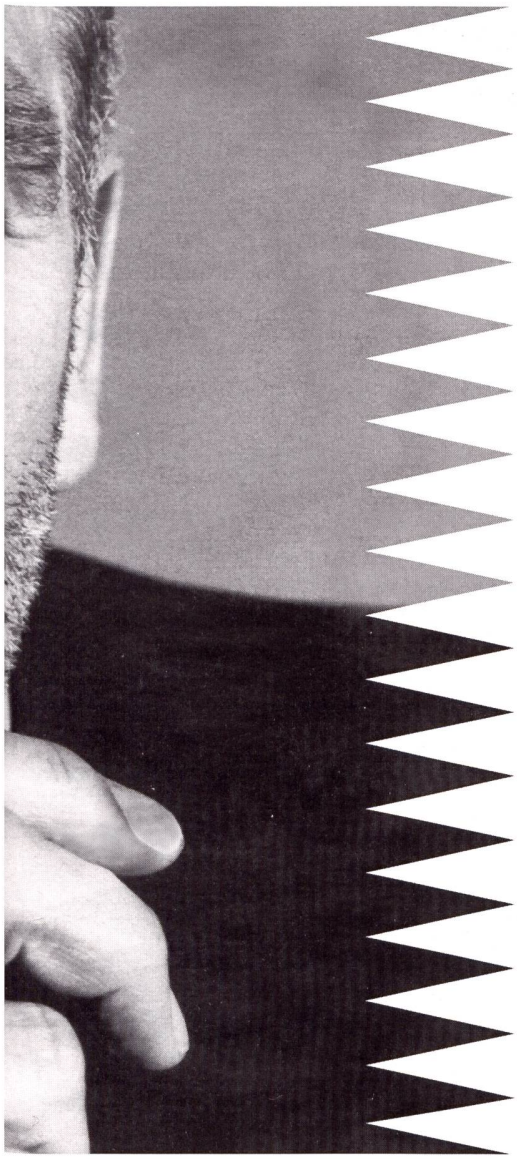
Die Anwendung von unpersonalisierten Programmen der Selbsthilfe erwies sich im Vergleich mit Kontrollgruppen als nicht oder kaum wirksam[22]. Die Beratung am Telefon scheint etwas besser zu helfen, als keine Beratung; aber sie wirkt wahrscheinlich weniger, als die direkte Einzelberatung durch Gesundheitsfachleute[23]. Die Anwendung von personalisierten Selbsthilfeprogrammen (nach Analyse der Persönlichkeit und der Bedürfnisse des Rauchenden) ist besser wirksam[24]. 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 einzeln[20] oder in Gruppen[25] – erhöht die Erfolgschancen. 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.



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

Tabelle 1: **Wirksamkeit der nikotinhaltigen 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)

Es ist heute anhand von über 200 Studien klar bewiesen worden, dass die nikotinhaltigen Präparate und die Substanz Bupropion (Zyban®) den Erfolg der Rauchentwöhnung erhöhen[26]. 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 nikotinhaltigen 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.

Nikotinhaltige Präparate

Die nikotinhaltigen Präparate sind in der Schweiz als Pflaster (transdermale 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 einen 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.

Nikotinhaltige 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 eine Unterdosierung oder einer zu kurzer 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 nikotinhaltigen Substanzen unterscheiden sich in der Höhe des erreichten Nikotinspiegels und der Dauer der Wirkung[27]. 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 Absetzten 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 nichtdepressiven 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 Begeiste-

rung 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 werden[30]. Das Präparat ist rezeptpflichtig, wird als Tablette während 6 bis 8 Wochen eingenommen. 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 harmlos 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 Buproprion 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 Effekt[31]. Depressive Rauchende, 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 Rauchentwöhnungsmethode sehr beliebt. Obgleich Einzelbeobachtungen und die Resultate in den ersten Tagen oder Wochen meistens positiv ausfallen, wurde ihre Langzeitwirkung in kontrollierten Studien nie bewiesen[32]. Eine Studie zeigt, dass imitierte Akupunktur ebenso gute Resultate erzeugt wie reguläre[32].
In gewissen Ländern wie in den USA wird häufig Hypnose empfohlen; diese Methode hat sich aber im Vergleich zur Kontrollgruppe nicht als wirksam erwiesen[33]. Homöopathie schliesslich ist in der Raucherentwöhnung unwirksam[12].

Schlussempfehlungen

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

- 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 ROfE. 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: Bolliger 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.; DeFriese, 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):51-81.
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.; DeVeaugh-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.