



Raucherentwöhnung leichter gemacht

– Empfehlungen für Gesundheitsberufe –

Weltgesundheitsorganisation

KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN



World Health Organization

Inhaltsverzeichnis:

Grußwort: Andrea Fischer, Bundesministerin für Gesundheit	3
Vorwort: Gro Harlem Brundtland, Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO)	3
1. Rauchen – globale Bedrohung der Weltgesundheit	4
2. Raucherentwöhnung – in Praxis und Klinik	6
2.1 Vorteile des Rauchstops den Rauchern deutlich vermitteln	6
2.2 Kurzberatung	7
2.3 Individuelle Beratung durch Arzt und Apotheker	8
2.4 Gruppenprogramme	9
2.5 Spezifische Zielgruppen	10
2.5.1 Jugendliche und junge Erwachsene	10
2.5.2 Rauchende Schwangere	10
2.6 Vorbilder Gesundheitsberufe	11
3. Empfehlungen für Beratungsgespräche	12
3.1 Vereinbarungen mit Rauchern treffen	12
3.2 Medikamentöse Entwöhnungstherapie	13
4. Von großer Dringlichkeit: ein umfassendes Programm zur Raucherentwöhnung	16
Kontaktadressen	18
Ausgewählte Literatur	23

Grußwort von Andrea Fischer, Bundesministerin für Gesundheit

Die Verhütung des Rauchens, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, sowie die Hilfe für abhängige Raucher sehe ich als zentrale Aufgabe der Gesundheitsförderung an. Deshalb unterstütze ich die Teilnahme Deutschlands an dem WHO-Partnerschaftsprojekt. Die konkrete Zusammenarbeit mehrerer Staaten in diesem Projekt mit vergleichbaren Methoden und Ergebnissen wird die Förderung des Nichtrauchens sicher wirkungsvoll unterstützen und hoffentlich innerhalb Europas zur Nachahmung anregen.

Vorwort von Dr. Gro Harlem Brundtland, Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Jeder zweite Raucher, der in jungen Jahren mit dem Rauchen anfängt und ein Leben lang raucht, wird an einer Krankheit sterben, die durch den Tabakkonsum hervorgerufen wird. Durchschnittlich haben Raucherinnen und Raucher, die seit ihrem Jugendalter regelmäßig rauchen, ein um 50 Prozent höheres Risiko, an den Folgeschäden des Rauchens zu sterben. Die Hälfte wird in den mittleren Jahren sterben und etwa 22 Jahre der normalen Lebenserwartung einbüßen. Mit zunehmender Rauchdauer haben Raucher eine dreimal höhere Sterberate als Nichtraucher, und zwar in allen Altersgruppen mit Beginn des frühen Erwachsenenalters. Eine WHO-Studie konnte nachweisen, daß die weltweit durch Rauchen verursachten Todesfälle sich in den nächsten zwei Jahrzehnten verdreifachen könnten.

Es ist nicht leicht, mit dem Rauchen aufzuhören. Wir wissen, daß Nikotin hochgradig suchterzeugend ist, und wir alle kennen Menschen, die versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören und innerhalb weniger Monate wieder rückfällig wurden.

Dies ist eine Herausforderung, der wir uns alle stellen müssen. Wir wissen, daß Raucherentwöhnung der Schlüssel ist, um die zu erwartende tabakbezogene Sterblichkeitsrate in den nächsten zwei Jahrzehnten zu verringern.

Die meisten erfolgreichen Aufhörversuche finden ohne fremde Hilfe statt. Wir haben die Pflicht und müssen es uns zu unserer Aufgabe machen, Raucherinnen und Raucher in ihrem Willen zu stärken, einen Rauchstop vorzunehmen. Aufgerufen sind alle Gesundheitsberufe, an dieser Aufgabe mitzuwirken.

Wenn die alleinige Ermunterung nicht zum Erfolg führt, weil das Verlangen nach Zigaretten zu groß und die Tabakabhängigkeit zu stark ist, gibt es als Therapeutika Nikotinpräparate, die die Chancen verdoppeln, erfolgreich mit dem Rauchen aufzuhören.

Wir müssen die Zahl der Ex-Raucher drastisch erhöhen, d.h. den Rauchern Hilfestellung bei der Raucherentwöhnung geben.

Die gute Nachricht ist, daß es gesundheitlich zu jeder Zeit und in jedem Alter ein Gewinn ist, mit dem Rauchen aufzuhören. Diejenigen, die im Alter von 30 Jahren das Rauchen aufgeben, haben eine ähnlich hohe Lebenserwartung wie diejenigen, die nie geraucht haben. **Ich ermutige deshalb alle im Gesundheitsbereich tätigen Personen, Raucherinnen und Rauchern Unterstützung für einen Rauchstop zu geben. Und ich ermutige alle Raucherinnen und Raucher, den Schritt aus der Tabakabhängigkeit zu wagen – alleine, durch Inanspruchnahme von Beratungen der im Gesundheitsbereich tätigen Experten und/oder mit Hilfe von Nikotintherapeutika.**

1. Rauchen – globale Bedrohung der Weltgesundheit

Es ist wissenschaftlich bewiesen, daß Rauchen die wichtigste durch Verhaltensveränderung vermeidbare Ursache für Krankheiten weltweit ist. Die WHO schätzt, daß ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung, das sind 1,1 Milliarden Menschen, regelmäßig raucht. Der Anteil der Raucher in der Bundesrepublik insgesamt beträgt bei den Männern 43%, bei den Frauen 30%. Hochgerechnet auf die 18 – 59jährige Bevölkerung sind dies 17,8 Mio. Raucherinnen und Raucher, von denen 6,7 Mio. im Mittel 20 oder mehr Zigaretten pro Tag konsumieren. Weltweit sind 47% aller Männer Raucher (rund 900 Millionen) und 12% aller Frauen Raucherinnen (rund 200 Millionen). In den Entwicklungsländern rauchen 48% der Männer und 7% der Frauen, während in den Industrieländern 42% der Männer und 24% der Frauen rauchen. In fast allen Ländern gibt es Geschlechtsunterschiede in den Prävalenzraten. Männer rauchen mehr als Frauen, jedoch steigt das Rauchverhalten der Frauen an.

Jedes Jahr verursacht das Rauchen weltweit 3,5 Millionen Todesfälle. Dies sind 10 000 Tote jeden Tag. Eine Million dieser Todesfälle ist gegenwärtig in den Entwicklungsländern zu beklagen.

Im Jahre 2020 wird der Tabakkonsum weltweit die wichtigste vermeidbare Ursache für Tod und Krankheiten sein; er wird 10 Millionen Menschen töten, davon allein in China 2 Millionen. Das entspricht mehr Todesfällen, als durch HIV, Tuberkulose, Geburtssterblichkeit, Verkehrsunfälle, Selbstmord und Mord zusammen zu erwarten sind.

Tabakrauch enthält mehr als 4000 Chemikalien, darunter über 40 krebserzeugende Substanzen und zahlreiche giftige Stoffe, wie beispielsweise Formaldehyd. Mehr als 25 Krankheiten und Todesursachen sind unter anderem auf die Wirkung dieser Substanzen zurückzuführen, darunter:

- Kurzatmigkeit und Verstärkung von Asthma
- Erhöhte Infektanfälligkeit
- Erhöhte Herzfrequenz und erhöhte Blutdruckwerte
- Impotenz und Unfruchtbarkeit
- Herzinfarkt und Schlaganfall
- Lungenkrebs und andere Krebsarten (Kehlkopf, Mundhöhle, Rachen, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Gebärmutter, Leukämie)
- Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis und Emphysem)

Aber auch Nichtraucher, die häufig Tabakrauch in der Raumluft ausgesetzt sind, leiden unter Folgeschäden. Passivrauchen beeinträchtigt das Wohlbefinden, ruft bei Kindern und Erwachsenen Krankheiten der Atemwege hervor, beschleunigt die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verursacht Lungenkrebs. Tabakrauch ist mit Abstand der bedeutendste und gefährlichste Innenraumschadstoff.

Rauchen macht abhängig. Die Weltgesundheitsorganisation hat Rauchen gemäß ICD-10 als Sucht eingestuft. Bereits im Jahr 1988 hat der amerikanische Gesundheitsminister erklärt, daß „Zigaretten und andere Arten des Tabakkonsums suchterzeugend sind. Der Konsum findet regelmäßig und zwingend statt, und Tabakabstinenz wird gewöhnlich von einem Entzugssyndrom begleitet. Die pharmakologischen und verhaltensorientierten Prozesse, die eine Tabakabhängigkeit bestimmen, sind vergleichbar mit denen, die bei Heroin- und Kokainabhängigkeit zu beobachten sind.“

Nikotin hat ähnliche Auswirkungen auf die Dopaminausschüttung im Gehirn wie Heroin, Amphetamine und Kokain. In einer Rangreihe des Suchtpotentials psychoaktiver Substanzen wurde Nikotin stärker suchterzeugend eingestuft als Heroin, Kokain, Alkohol, Koffein oder Marihuana.

Das durch den Zigarettenrauch aufgenommene Nikotin beeinflusst nahezu alle cerebralen Neurotransmitter und neuroendokrinen Systeme. Eine chronische Nikotinaufnahme über Zigaretten führt zu nachweisbaren cerebralen Veränderungen über eine wachsende Zahl von Nikotinrezeptoren.

Die Tabakindustrie weiß um die suchterzeugende Wirkung von Zigaretten, was aus folgenden Dokumenten deutlich wird:

„Nikotin ist suchterzeugend. Wir verkaufen also Nikotin, eine abhängig machende Droge.“

(Addison Yearmann von Brown & Williamson, 17. Juli 1963)

„Zum Glück für die Tabakindustrie ist Nikotin gewohnheitsbildend und einzigartig in der Vielfalt der physiologischen Effekte.“

(Forschungsbericht von Claude Teague, R. J. Reynolds Tobacco Company)

„Sehr wenige Konsumenten sind sich der Wirkung von Nikotin bewußt, z. B. daß es suchterzeugend und giftig ist.“

(Memorandum von Brown & Williamson, unterzeichnet von H. D. Steele, 1978)

„Es wurde darauf hingewiesen, daß Zigaretten die am stärksten abhängig machende Droge sind. Mit Sicherheit raucht eine große Zahl von Rauchern weiter, weil sie nicht damit aufhören kann. Wenn sie dazu in der Lage wären, würden sie es tun. Denen kann nicht mehr gesagt werden, sie trafen eine selbständige Entscheidung.“

(British American Tobacco, 1980)

„Light-“ und „Mild-“ Zigaretten stellen keine gesünderen Alternativen dar. Die Bezeichnungen sind irreführend, implizieren sie doch eine relativ gesündere Zigarette. Tatsache ist aber, daß Zigaretten mit niedrigen Teer- und Nikotin-Werten keine oder nur minimale Vorteile im Vergleich zu normalen Zigaretten aufweisen. Weil das Rauchverhalten durch das Bedürfnis nach Nikotin gesteuert wird, passen Raucher die Inhalationsstärke und -menge an, um die erwünschte Nikotindosis aufzunehmen. Raucher können auch die Ventilationsporen am Filter mit den Fingern oder Lippen verschließen, um einen konzentrierteren Rauch aufzunehmen. Die Folge ist, daß leichte Zigarettenmarken dem Raucher dieselbe Menge Nikotin und Teer liefern wie starke Zigarettenmarken. Außerdem enthalten Light- oder Mild-Zigaretten dieselben durch den Verbrennungsprozeß beim Rauchen entstehenden krebserzeugenden Substanzen.

2. Raucherentwöhnung – in Praxis und Klinik

Raucherentwöhnung ist der entscheidende Schlüssel zur Vermeidung rauchbedingter Krankheiten bei gegenwärtigen und zukünftigen Rauchern. Bausteine von erfolgreichen Raucherentwöhnungsprogrammen sind u. a. eine der Lebenslage des Rauchenden (Raucherin und Raucher) angepaßte Beratung und soziale Unterstützung, Beratungen zu gesunden Lebensstilen, verhaltenstherapeutische Interventionen, Nikotinsubstitution oder andere pharmakologische Substanzen. Raucherentwöhnung kann und sollte eine Aufgabe aller Gesundheitsberufe, die mit Rauchern in Kontakt kommen, sein. Einige Aspekte im Umgang mit Rauchern werden im folgenden beschrieben.

2.1 Vorteile des Rauchstops den Rauchern deutlich vermitteln

Die Motivation für einen Rauchstopp kann erzeugt und verstärkt werden, wenn Raucher auf die unmittelbaren persönlichen Vorteile aufmerksam gemacht werden, die sie als Nichtraucher erleben:

- Gesundheit und körperliches Wohlbefinden
 - verfeinerten Geschmacks- und Geruchssinn
 - positives und attraktives Selbstbild
 - frischen und lebendigen Atem
 - frische Luft in der Wohnung und im Auto
 - weniger Streß-Symptome
- und nicht zuletzt: mehr Geld.

Nachdrücklich sollte auf die gesundheitlichen Vorteile des Nichtrauchens hingewiesen werden:

Was haben Raucher zu erwarten, wenn sie mit dem Rauchen aufhören?

20 Minuten nach der letzten Zigarette gleicht sich die Herzschlagfrequenz und die Körpertemperatur derjenigen des Nichtrauchers an.

Schon 8 Stunden nach der letzten Zigarette hat sich das Kohlenmonoxid in den Blutbahnen verflüchtigt und dem Sauerstoff Platz gemacht.

Schon einen Tag nach dem Rauchstop wird das Herzinfarktrisiko kleiner.

Zwei Tage nach dem Rauchstop verfeinert sich der Geruchs- und Geschmackssinn, drei Tage nach der letzten Zigarette bessert sich die Atmung merklich.

Die Lungenkapazität kann sich nach 3 Monaten um bis zu 30% erhöhen.

Ein Jahr nach dem Rauchstop ist das Risiko von Erkrankungen der Herzkranzgefäße nur noch halb so groß.

Zwei Jahre nach dem Rauchstop ist das Herzinfarktrisiko auf fast normale Werte abgesunken.

10 Jahre nach dem Rauchstop ist das Lungenkrebsrisiko fast gleich groß wie bei echten Nichtrauchern.

15 Jahre nach dem Rauchstop ist das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen so, als hätte man nie geraucht.

Quelle: American Cancer Society

2.2 Kurzberatung

Die Bedeutung der Ansprache von Raucherinnen und Rauchern auf ihr Rauchverhalten durch Personen der Gesundheitsberufe kann gar nicht oft genug betont werden. Nicht nur Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, sondern auch Mitarbeiter in Praxis und Klinik sowie Psychologen haben weitreichende Möglichkeiten, Patienten zu unterstützen.

Auch wenn die unmittelbaren, d.h. direkt meßbaren Erfolgsquoten dieser kurzen Ansprachen nur bei 2% liegen, so trägt dieses Ergebnis zum Wohl dieser 2% Menschen bei und ist eine sehr kostenwirksame Intervention. Darüber hinaus erhöht die kurze Ansprache die Chancen, eine Raucherin/einen Raucher zu motivieren, einmal mehr über den Rauchstop nachzudenken.

2.3 Individuelle Beratung durch Arzt und Apotheker

Je spezifischer eine Raucherentwöhnung zugeschnitten ist, desto erfolgreicher ist diese Maßnahme – das wurde in mehreren Studien bestätigt. In Praxis und Klinik kann diese Individualisierung angestrebt werden, wenn der Arzt oder Apotheker für jeden einzelnen Patienten eine maßgeschneiderte Raucherentwöhnung bereithält. Diese sollte sich am Stadienmodell der Verhaltensänderung („Processes of Change“-Modell von Prochaska und DiClemente) orientieren. In allen Stadien der Raucherentwöhnung – Vorbereitung, Aktion und Beibehaltensphase – können Arzt, Apotheker und Mitarbeiter eine entscheidende Instanz sein; bereits bevor der eigentliche Entwöhnungsprozeß beginnt, sind Mitarbeiter der Gesundheitsberufe aufgefordert, den Raucher im Durchlaufen früher Stadien zu unterstützen.

Raucherentwöhnung ist kein statisches Ereignis, sondern ein dynamischer Phasenprozeß, der sich wie folgt abspielt:

Raucher im Stadium „Stabiler Raucher“ sind nicht bereit, bald mit dem Rauchen aufzuhören, da sie die Nachteile des Aufhörens höher bewerten als die Vorteile.

Raucher im Stadium „Absichtsvoller Raucher“ erwägen einen ernsthaften Aufhörversuch innerhalb der nächsten sechs Monate. Vor- und Nachteile des Rauchstops halten sich die Waage. Die Hälfte aller Raucher in diesem Stadium unternimmt innerhalb von 12 Monaten einen 24-Stunden-Rauchstopversuch.

Raucher in der „Vorbereitungsphase“ wollen innerhalb des nächsten Monats aufhören und haben bereits einen Plan, wie sie das umsetzen. Sie haben die Überzeugung, daß Nichtrauchen vorteilhaft ist, sind sich aber nicht sicher, ob sie die notwendigen Voraussetzungen mitbringen, um bei dem Aufhörversuch Erfolg zu haben.

Ex-Raucher in der Aktionsphase und Kurzzeit-Nichtraucher sind bereits rauchfrei, aber noch intensiven Rückfallgefahren ausgesetzt.

Rückfällige Raucher nach einem Ausstiegsversuch mit zeitweiser Abstinenz haben dann eine Chance, die Abstinenz wiederzuerlangen, wenn das Rauchverhalten noch nicht wieder alltäglich geworden ist.

Langzeit-Nichtraucher bleiben mit wenig Aufwand Nichtraucher und sind kaum Rückfallgefahren ausgesetzt. Nach ca. 5 Jahren haben diese Ex-Raucher ein fast 100%iges Vertrauen, nicht wieder rückfällig zu werden.

Auf der Basis dieser Stadien lassen sich folgende Strategien in Praxis und Klinik empfehlen:

- Identifizieren Sie systematisch alle Raucherinnen und Raucher – bei jedem Kontakt.
- Dokumentieren Sie den Rauchstatus (Blutdruck-, Puls- und Lungenfunktionswerte).
- Motivieren Sie jede Raucherin/jeden Raucher, einen Rauchstopp zu versuchen.
- Identifizieren Sie diejenigen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Aufhörversuch unternehmen wollen.
- Bieten Sie Unentschlossenen eine beratende Unterstützung an.
- Verstärken Sie die gute Absicht.
- Versorgen Sie Raucher mit allen notwendigen Informationen.
- Geben Sie praktische Tips, wie das Nichtraucherdasein zu meistern ist.
- Helfen Sie dem Patienten, den Ausstieg zu planen; setzen Sie gemeinsam ein Ausstiegsdatum fest.
- Bieten Sie Nikotinsubstitution an.
- Erstellen Sie einen Nachsorge-Fahrplan mit Folgekontakten.
- Ermutigen Sie Exraucher, ihr Verhalten beizubehalten.

2.4 Gruppenprogramme

Je häufiger und intensiver die Beratungskontakte sind, desto größer ist der zu erwartende Erfolg. Nicht immer kann eine entsprechend intensive und kontinuierliche Betreuung eines Rauchers im Rahmen der zeitlichen Vorgaben von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern geleistet werden. Gruppenprogramme bieten einer Zielgruppe von Rauchern, die von kurzen Interventionen nicht profitieren konnten bzw. die eine intensivere Unterstützung wünschen, die Gelegenheit, unter professioneller Anleitung einen Rauchstopp zu unternehmen und auch in der Zeit nach dem Rauchstopp gezielte Hilfe zu erhalten. Gruppenprogramme werden von verschiedenen Anbietern wie Krankenkassen und in zunehmendem Maße auch von psychosozialen Beratungsstellen bzw. Suchtberatungsstellen bereitgestellt.

2.5 Spezifische Zielgruppen

Besondere Aufmerksamkeit sollten vor allem zwei Bevölkerungsgruppen erhalten, die hinsichtlich ihrer Lebenslage besonders sensibel für die Raucherentwöhnung sind: Jugendliche und junge Erwachsene sowie Schwangere und junge Familien.

2.5.1 Jugendliche und junge Erwachsene

Die Mehrzahl der erwachsenen Raucher hat vor dem 20. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen. Kinder und Jugendliche fangen an zu rauchen, ohne die suchterzeugende Wirkung von Nikotin zu kennen. Das Kontinuum jugendlichen Rauchverhaltens verläuft in den Stadien Vorbereitung, Experimentierphase, regelmäßiges Rauchen bis zur Nikotinabhängigkeit. **Wie viele Beispiele zeigen, durchlaufen Jugendliche die Stadien von der ersten Zigarette bis zur Ausbildung starker Nikotinabhängigkeit innerhalb eines Jahres oder noch schneller.** Wenn ein Jugendlicher das Ausmaß der eigenen Abhängigkeit realisiert, hat er es in der Regel bereits sehr schwer, mit dem Rauchen aufzuhören. Gesundheitsexperten übersehen leicht das Rauchverhalten von Jugendlichen in der Annahme, es sei für diese leicht, mit dem Rauchen aufzuhören. Diese Annahme ist falsch; abhängige Jugendliche sind genauso stark von Zigaretten abhängig wie erwachsene Raucher! Zusätzlich kann der soziale Druck, dem Jugendliche häufig ausgesetzt sind, den Rauchstopp weiter erschweren. Für Jugendliche sollte es daher sowohl primärpräventive Programme zur Verhinderung des Einstiegs in das Rauchen (z. B. an Schulen) geben als auch Angebote zur Raucherentwöhnung für bereits rauchende Jugendliche.

2.5.2 Rauchende Schwangere

Die Risiken des Rauchens in der Schwangerschaft für Mutter und Kind und die Gefahren des Passivrauchens im Säuglings- und Kleinkindesalter verdienen besondere Beachtung. **Rauchen ist wahrscheinlich die bedeutendste beeinflussbare Ursache für ungünstige Schwangerschaftsverläufe, Geburtskomplikationen und gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Neugeborenen in den USA und der Europäischen Union.**

Folgen für ungeborene Kinder von rauchenden Müttern (und Vätern!):

- Anstieg der Nikotinkonzentration im Blut des ungeborenen Kindes bereits 20 Minuten nach dem Rauchen oder Passivrauchen einer Zigarette mit der Folge einer schlechteren Durchblutung des Mutterkuchens und damit einer schlechteren Versorgung des Kindes mit Sauerstoff und Nährstoffen.
- Verlangsamtes Wachstum des ungeborenen Kindes. Beim täglichen Konsum von 10 oder dem passivem Rauchen von 20 Zigaretten wiegt das Neugeborene im statistischen Mittel etwa 200 Gramm weniger als das Kind einer nichtrauchenden Mutter. Bei 20 aktiv gerauchten Zigaretten beträgt der Gewichtsverlust sogar 500 Gramm.

- Verdoppelung des Risikos von Frühgeburten
- Zunahme des Risikos von Mißbildungen
- Vermehrtes Auftreten von Eileiterschwangerschaften und Fehlgeburten
- Verminderung des Intelligenzquotienten durch schlechtere Durchblutung des Gehirns ungeborener Kinder
- Vermehrte Verhaltensstörungen und Hyperaktivität

Auch nach der Geburt sind die Folgen des Passivrauchens für Kinder dramatisch. Nikotin und andere Giftstoffe aus Zigaretten können über die Muttermilch oder mit der Atemluft vom Säugling aufgenommen werden. Die Folgen sind:

- Erhöhung der Infektanfälligkeit für Bronchitis, Lungen- und Mittelohrentzündungen
- Verdoppelung der Häufigkeit des Auftretens asthmatischer Beschwerden
- Erhöhung des Risikos, am plötzlichen Säuglingstod zu sterben
- Blutdruckerhöhungen

Rauchende Schwangere müssen über die Gesundheitsrisiken des Rauchens während der Schwangerschaft für Mutter und Kind aufgeklärt werden. Die Partner müssen aktiv zur Unterstützung des Rauchstops einbezogen werden; wenn diese selbst rauchen, sollten sie in die Entwöhnungsmaßnahme einbezogen werden.

Diese Entwöhnungsmaßnahmen sollten sich auch an Mütter direkt nach der Geburt wenden. Faktoren wie Streß, Wochenbettdepression und Angst können für die Mutter zu einer Rückfallgefahr werden, gerade weil die externale Motivation (das Kind im Bauch) weggefallen ist. In Studien wird von Rückfallquoten bis zu 80% berichtet. Diese Rückfallgefahr sollte man vor Augen haben und individuelle Raucherentwöhnungsprogramme bereithalten, um den Frauen einen Ausstieg für immer zu ermöglichen.

2.6 Vorbilder Gesundheitsberufe

Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychologen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Praxen und Kliniken haben nicht nur die Verpflichtung, Patienten in gesunden Lebensstilen zu beraten. Sie haben auch die Verpflichtung, durch den eigenen Lebensstil Patienten zu motivieren. Ein nach kaltem Zigarettenrauch riechender Angehöriger eines Gesundheitsberufes ist unglaubwürdig.

Deshalb gilt für Angehörige von Gesundheitsberufen:

- Falls Sie Raucher/Raucherin sind:
Helfen Sie sich selbst oder nehmen Sie Kollegenhilfe in Anspruch, um zum Exraucher zu werden.
- Unterstützen Sie Kollegen beim Rauchstop.
- Sorgen Sie für rauchfreie Praxen und Kliniken.

- Sorgen Sie für das Entfernen von Zigarettenautomaten in unmittelbarer Nähe zur Praxis/Klinik.
- Beteiligen Sie sich an gesundheitspolitischen Initiativen zur Tabakprävention und Raucherentwöhnung in Ihrer Gemeinde, Stadt und in Ihrem Land.

3. Empfehlungen für Beratungsgespräche

Um erfolgreich Raucherinnen und Raucher zum dauerhaften Rauchstopp zu führen, ist die Beachtung des bereits beschriebenen Stadienmodells der Verhaltensänderung hilfreich: Die Raucher sollten zum Übergang von einer Phase in die nächste ermutigt werden. Auch wenn eine Maßnahme nicht gleich zu einem erfolgreichen Rauchstopp führt, kann sie Raucher doch in das Stadium der Nachdenklichkeit führen. Stabile Raucher müssen über das Aufzeigen persönlicher Vorteile motiviert werden; absichtsvolle Raucher brauchen Informationen, daß effektive Programme verfügbar sind; in der Vorbereitungs- und Aktionsphase müssen Raucher besonders nachdrücklich angesprochen und ein Ausstiegsdatum vereinbart werden.

3.1 Vereinbarungen mit Rauchern treffen

Diese Vereinbarungen mit den aufhörwilligen Rauchern sollten folgende Hinweise enthalten:

1. Legen Sie ein Datum fest – und dabei bleibt es! Die meisten Raucher, die es geschafft haben, haben von einem Tag auf den anderen aufgehört – und nicht Schritt für Schritt.
2. Beschäftigen Sie sich – dann fällt es leichter, nicht ans Rauchen zu denken! Entsorgen Sie Ihre Rauchutensilien wie Zigarettschachteln, Feuerzeuge und Aschenbecher.
3. Trinken Sie möglichst viel! Halten Sie stets ein Glas Saft oder Wasser bereit und nippen sie ab und zu daran. Wechseln Sie auch mal die Geschmacksrichtungen.
4. Bewegen Sie sich mehr! Laufen Sie, statt den Bus oder das Auto zu nehmen. Steigen Sie die Treppen, statt den Lift zu benutzen. Körperliche Aktivität wirkt entspannend und hebt die Stimmung.
5. Positiv denken! Entzugserscheinungen können unangenehm sein, aber sie sind auch ein Zeichen dafür, daß der Körper sich von den Auswirkungen des Tabakkonsums erholt. Zunächst sind erhöhte Empfindlichkeit, das Verlangen zu rauchen und schlechtere Konzentrationsfähigkeit eher normal – machen Sie sich nichts daraus, denn diese Begleiterscheinungen verschwinden nach kurzer Zeit.

6. Verändern Sie Ihren Alltag – meiden Sie den Ort, an dem Sie bisher Zigaretten besorgt haben. Vielleicht wird es auch nötig sein, zunächst Kneipen zu meiden oder Aufenthaltsräume, in denen viel geraucht wird. Suchen Sie nach neuen Wegen und überraschen Sie sich dabei selbst!
7. Keine Ausreden – eine Krise oder auch eine gute Nachricht ist keine Entschuldigung dafür, „nur die eine Zigarette“ zu rauchen. Die eine gibt es nicht, Sie werden noch eine wollen und noch eine...
8. Vergessen Sie nicht, sich auch mal zu verwöhnen! Sparen Sie das Geld, das Sie sonst für Zigaretten ausgegeben haben und kaufen Sie sich etwas besonderes dafür – etwas, das Sie sich sonst nicht leisten würden.
9. Achten Sie auf Ihre Ernährung – keine fettigen Zwischenmahlzeiten! Essen Sie statt dessen viel Obst oder frisches Gemüse wie Karotten, Paprika und Gurken oder wählen Sie zuckerfreien Kaugummi oder zuckerfreie Süßigkeiten.
10. Erleben Sie jeden Tag im vollen Bewußtsein, daß Sie frei sind und Zigaretten nicht mehr nötig haben. Nehmen Sie sich einen Tag nach dem anderen vor. Jeder Tag ohne Zigaretten tut Ihnen selbst, Ihrer Gesundheit, Ihrer Familie und Ihrer Geldbörse gut!

Quelle: Quit, London

Rauchern sollte bewußt gemacht werden, daß die Aufgabe des Rauchens zwar nicht einfach ist, daß aber jedes Jahr Millionen von Rauchern erfolgreich aufhören.

3.2 Medikamentöse Entwöhnungstherapie

Persönliche Motivation und Eigenleistung sind Voraussetzungen für einen erfolgreichen Rauchstop. Raucherentwöhnung ist nicht vergleichbar mit der Behandlung von Infektionskrankheiten, bei denen eine Impfung oder eine medikamentöse Therapie eine ausreichende Behandlungsform darstellt. **Auch wenn sich viele Raucher wünschen, daß es ähnliche Behandlungsmethoden zur Raucherentwöhnung gäbe, muß ihnen deutlich gemacht werden, daß sie selbst es sind, die die Änderung des Rauchverhaltens herbeiführen können. Medikamentöse Entwöhnungshilfen wie Nikotinsubstitution verdoppeln die Erfolgsaussichten in der Raucherentwöhnung. Die Basis dieser Therapien ist auch die Entschlossenheit des Rauchers, einen ernsthaften Ausstiegsversuch vorzunehmen.**

Besonders sinnvoll ist die Anwendung von Nikotintherapien, wenn eine Tabakabhängigkeit besteht, die Entzugsprobleme stark sind oder die Angst vor diesen Problemen heftig ist. Ein höherer Zigarettenkonsum sowie der Zeitpunkt der ersten Zigarette

(sofort nach dem Aufstehen, zumindest aber innerhalb der ersten halben Stunde am Morgen) lassen auf eine stärker ausgeprägte körperliche Abhängigkeit schließen.

Alle drei bisher in Deutschland verfügbaren Nikotinprodukte (Nikotinkaugummi, Nikotin-Nasal-Spray, Nikotinpflaster) liefern in etwa dieselben Ergebnisse. Es gibt Hinweise, daß für stark abhängige Raucher die Kombination von unterschiedlichen Produkten (z. B. Nikotinpflaster als Dauermedikation und Nasal-Spray/Nikotinkaugummi ad libitum) effektiv ist. Die Kosten für die Therapie entsprechen etwa den Kosten der sonst in dieser Zeit gerauchten Zigaretten. Für Beratungsgespräche mit aufhörwilligen Rauchern sind folgende Therapiehinweise empfehlenswert:

1. Klinische Untersuchungen haben ergeben, daß Nikotinsubstitution die Erfolgchancen von entwöhnungswilligen Raucher verdoppeln.
2. Nikotintherapeutika sind keine Wundermittel. Sie bieten keinen Ersatz für Zigaretten, und sie ersetzen nicht den eigenen Aufhörwillen. In der Entzugsphase vermindern Nikotintherapien das Verlangen nach Zigaretten und eventuelle Entzugssymptome.
3. Nikotintherapeutika geben Nikotin zwar langsamer und weniger befriedigend ab, aber auch sicherer und weniger suchterzeugend als Zigaretten und sie enthalten – anders als Zigarettenrauch – keinen Teer, kein Kohlenmonoxid und keine krebserregenden Substanzen.
4. Nikotintherapeutika mildern Entzugssymptome wie Verstimmung, Nervosität und Rauchverlangen, ohne diese allerdings gänzlich zu eliminieren.
5. Nikotintherapeutika verursachen nur bei sehr wenigen Personen süchtiges Verhalten.
6. Die besten Ergebnisse mit Nikotintherapeutika werden erzielt, wenn sie in ausreichender Stärke und Zeitdauer eingesetzt werden. Wichtige Hinweise sind im Beipackzettel enthalten. Für weiterführende Informationen stehen Ärzte und Apotheker zur Verfügung.

Die Auswahl des Therapeutikums sollte sich auch an pragmatischen und persönlichen Vorlieben orientieren. Pflaster und 2 mg-Kaugummi sind rezeptfrei erhältlich.

Nikotinpflaster sind einfach zu handhaben. Sie werden morgens auf die Körperoberfläche geklebt. Über einen Zeitraum von 16 bis 24 Stunden geben sie Nikotin über die Haut ab. Pflaster sind in unterschiedlichen Stärken erhältlich. Raucher mit einer

Tagesdosis von mehr als 10 Zigaretten sollten zunächst die höchste Dosis anwenden. Pflaster sind apothekenpflichtig, aber freiverkäuflich.

Nikotinkaugummi gibt es in zwei Stärken (2 mg und 4 mg) und unterschiedlichen Geschmacksrichtungen. Der Geschmack kann zunächst unangenehm sein, jedoch gewöhnen sich die Anwender innerhalb der ersten Woche daran. Da Nikotin über die Mundschleimhaut absorbiert wird, sollte das Kaugummi ganz langsam und über einen Zeitraum von mindestens einer halben Stunde gekaut werden. Geschlucktes Nikotin ist verschwendetes Nikotin! Starkraucher sollten die 4 mg-Variante benutzen (diese Stärke ist in Deutschland verschreibungspflichtig).

Nikotin-Nasenspray besteht aus einem Fläschchen mit Nikotininlösung. Wenn die Spitze heruntergedrückt wird, liefert es eine Dosis Nikotin als Spray. Hierbei wird Nikotin schneller absorbiert als bei den anderen Nikotin-Produkten, was für stärker abhängige Raucher günstig sein kann. Es ist nicht ganz einfach in der Anwendung, weil das Spray die Nase reizen kann. Wenn Raucher andere Nikotin-Produkte benutzen und immer noch Verlangen und Entzug erleben, sollten sie zum Nikotin-Nasenspray greifen. Das Nasenspray ist verschreibungspflichtig.

Nikotintherapie kann von allen Rauchern genutzt werden, wenn keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen. Obwohl ein Großteil der Forschung mit stärkeren Rauchern (mehr als 15 Zigaretten pro Tag) durchgeführt wurde, scheinen Pflaster und der 2 mg-Kaugummi auch bei Rauchern mit geringerem Konsum wirksam zu sein.

Nikotintherapie hat zudem die erwünschte Nebenwirkung, daß eine eventuelle Gewichtszunahme verzögert wird.

Relativ kontraindiziert ist Nikotintherapie bei Schwangeren, Rauchern mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Jugendlichen unter 18 Jahren.

Grundsätzlich sollten sich alle Ärzte und Apotheker mit der Wirkung von Nikotintherapeutika vertraut machen, um ihre Patienten angemessen dabei beraten zu können.

Ausblick

3. Von großer Dringlichkeit: ein umfassendes Programm zur Raucherentwöhnung

Ein erfolgreiches Programm zur Raucherentwöhnung erfordert eine interdisziplinäre Vorgehensweise.

Gesundheitsberufe, Schulen und Medien können ihren Beitrag zur Vermittlung gesunder Lebensstile leisten und dabei das Nichtrauchen und die Raucherentwöhnung unterstützen. Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychologen und andere Mitarbeiter in Praxis und Klinik sollten bereits in ihrer Ausbildung Kenntnisse über die Gesundheitsschädlichkeit des Rauchens sowie Kompetenz in der Beratung bei Nikotinabhängigkeit vermittelt bekommen. Besonders in die Fort- und Weiterbildung von Gynäkologen und Kinderärzten sollte die Beratung von Schwangeren und jungen Familien hinsichtlich Rauchen und Passivrauchen aufgenommen werden.

Da die Nikotinabhängigkeit bereits in der Kindheit beginnt, sollten aus der Sicht der KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN vor allem zum Schutz von Kindern und Jugendlichen folgende Maßnahmen in Angriff genommen werden:

- Verbot des Verkaufs von Tabakprodukten an Minderjährige
- Abschaffung der frei zugänglichen Zigarettenautomaten und Verkauf von Tabakwaren nur in ausgewiesenen Verkaufsläden, jedoch nicht über die Auslage zur Selbstbedienung
- Verbot der öffentlichen direkten und indirekten Werbung für Tabak (außer in nicht öffentlichen definierten Bereichen, z.B. Tabakläden)
- Nachdrückliche Durchsetzung der Rauchfreiheit in Schulen, Ausbildungsstätten und Jugendeinrichtungen sowie in öffentlichen Einrichtungen wie Theatern, Museen, Krankenhäusern, Verkehrsbetrieben, aber auch Restaurantbetrieben in öffentlichen Einrichtungen wie Ausflugsrestaurants, Restaurants in Einkaufshäusern und Zugrestaurants sowie Betriebskantinen
- Der Nichtraucherschutz in Behörden und am Arbeitsplatz sollte grundsätzlich gewährleistet werden
- Für angemessene Aufklärungsmaßnahmen über die Gesundheitsgefahren des Rauchens und die Möglichkeit der Raucherentwöhnung müssen ausreichende Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden. Diese sollten mindestens der Höhe des Tabakwerbeetats entsprechen und über eine Zweckbindung der Tabaksteuereinnahmen erfolgen

Die Ausarbeitung eines umfassenden Tabakpräventions- und Raucherentwöhnungsprogrammes für Deutschland wird gegenwärtig von der **KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN** vorbereitet. Die Koalition bildet die Dachorganisation für eine Vielzahl von nichtstaatlichen Institutionen und arbeitet eng mit staatlichen Einrichtungen wie z. B. der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen.

Die Weltgesundheitsorganisation hat die Bekämpfung der Tabakabhängigkeit in den Mittelpunkt eines europäischen Partnerschaftsprojektes gestellt, das von Mitte 1999 bis 2002 durchgeführt wird. Deutschland ist mit Polen, England und Frankreich ein wichtiger Partner des Projektes, das in Abstimmung mit dem Bundes-Gesundheitsministeriums von der **KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN** koordiniert wird. Eine aktive Beteiligung der Gesundheitsberufe an diesem Projekt ist unabdingbar!

In der Koalition arbeiten staatliche und nichtstaatliche Organisationen und Institutionen eng zusammen.

Ansprechpartner der WHO

Dr. Derek Yach
Projektmanager
Tobacco Free Initiative
World Health Organization
CH -1211 Geneva 27
Tel.: 0041-22 791 2736
Fax: 0041-22 791 4769
E-mail: yachd@who.ch

WHO Regionalbüro für Europa

Dr. Peter Anderson
Regional Advisor for the Action Plan for a Tobacco-Free Europe
World Health Organization
Regionalbüro für Europa
8, Scherfigsvej
2100 Kopenhagen
Dänemark
Tel.: 0045-39 17 12 48
Fax: 0045-39 17 18 54
E-mail: pan@who.dk

Koordinationszentrale für das WHO-Partnerschaftsprojekt

Tabakabhängigkeit 1999 – 2002 in Deutschland:

Jürgen Hasler
Projektmanager WHO-Partnerschaftsprojekt in Deutschland
KOALITION GEGEN DAS RAUCHEN
Heilsbachstraße 30
53123 Bonn
Tel.: 0228-987 27 17
Fax: 0228-642 00 24
E-mail: bfgc.jh@uumail.de

Organisationen und Institutionen in Deutschland, die Materialien zur Raucherentwöhnung anbieten

(kostenlos, wenn nicht anders vermerkt):

Arbeitsgemeinschaft für Gesundheit und Umwelt
Postfach 200162
63087 Rodgau
Tel./Fax: 06106-2074
(Raucher – blind für die Risiken? Magazin zur Auslage in Klinik und Praxis)

Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V.
Postfach 1244
85379 Eching/München
Tel./Fax: 089-316 25 25
(Newsletter viermal jährlich, Plakate, Informationen zum Passivrauchen)

Bundesärztekammer
Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung
Herbert-Lewin-Straße 1
50931 Köln
Tel.: 0221-4004-415
(Handbuch: Frei von Tabak. Ein Stufenprogramm zur Raucherberatung und Rauchertherapie in der Arztpraxis. Bezug: Deutscher Ärzteverlag, Formularverlag, Dieselstr. 2, 50859 Köln, Fax: 02234-7011-470, Schutzgebühr: DM 6,-)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Postfach 91 01 52
51071 Köln
Tel: 0221-8992-0
(Handbuch rauchfreies Krankenhaus sowie verschiedene Broschüren und Materialien zum Nichtrauchen)
Bezugsadresse:
BZgA
51101 Köln
Fax: 0221-8992257
Das BZgA-Info-Telefon zur Suchtvorbeugung:
0221-89 20 31: Mo – Do: 10 – 22 Uhr, Fr – So: 10 – 18 Uhr

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren
Westring 2
59065 Hamm
Tel.: 02381-90150
Fax: 02381-15331
(Broschüre: Tabakabhängigkeit. Eine Information für Ärzte)

Deutsche Herzstiftung e.V.
Vogtstraße 50
60322 Frankfurt a.M.
Tel.: 069-95 51 28-0
Fax: 069-95 51 28 313
(Broschüre: Methoden der Raucherentwöhnung)

Deutsches Krebsforschungszentrum
Stabsstelle Krebsprävention
Im Neuenheimer Feld 280
69120 Heidelberg
Tel.: 06221-42 30 07
Fax: 06221-42 30 20
Rauchertelefon 06221-42 42 00
(Faltblatt: Nichtraucher lohnt sich – zur Auslage in Praxis und Klinik)
Rauchertelefon: 06221-42 42 00, Hotline zur Raucherentwöhnung,
Montag bis Freitag von 15 bis 19 Uhr

Deutsche Krebshilfe e.V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn
Tel.: 0228-7 29 90-0
Fax: 0228-7 29 90 11
(Broschüre: Aufatmen – Erfolgreich zum Nichtraucher)

Nichtraucher-Initiative Deutschland (NID) e.V.
Carl-von-Linde-Straße 11
85716 Unterschleißheim
Tel.: 089-3 17 12 12
Fax: 089-3 17 40 47
(Gastronomieführer für Nichtraucher; Schutzgebühr DM 5, –
Broschüre: Informationen rund um den Nichtraucherschutz; Nichtraucher-Info, viermal
jährlich)

Weitere wichtige Adressen zum Thema Raucherentwöhnung:

Arbeitskreis Raucherentwöhnung
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Herrenberger Straße 23
72074 Tübingen
Tel.: 07071-29 87 346
Fax: 07071-29 41 41

Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
Postfach 106767
28067 Bremen
Tel.: 0421-59 59 60
Fax: 0421-59 59 665

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
Deutsches Apothekerhaus
Carl-Mannich-Str. 26
65760 Eschborn
Tel.: 06196-928146
Fax: 06196-928140

Deutsche Lungenstiftung e.V.
Lönsweg 9
38110 Braunschweig
Tel./Fax: 05307-7067

Forschungsstelle Rauchen und Nikotinabhängigkeit
Fachhochschule Düsseldorf
Universitätsstraße 1
40225 Düsseldorf
Tel.: 0211-811 46 49
Fax: 0211-811 46 17

IFT Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
80804 München
Tel.: 089-36 08 04-0
Fax: 089-36 08 04 59
(Schulungen zum Kursleiter in Raucherentwöhnung)

IFT Nord – Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung
Düsternbrooker Weg 2
24105 Kiel
Tel.: 0431-5 70 29-0
Fax: 0431-5 70 29 29

Institut für Präventive Pneumologie am Klinikum Nürnberg Nord
Medizinische Klinik 3
Flurstraße 17
90419 Nürnberg
Tel.: 0911-398-28 35
Fax: 0911-398-24 41

Deutsche Gesellschaft für Nikotinforschung e.V.
Nordhäuser Straße 78
99089 Erfurt
Tel.: 0361-7 41 13 54
Fax: 0361-7 41 12 00

SALSS – Sozialwissenschaftliche Forschungsgruppe GmbH
Lennéstraße 25
53113 Bonn
Fax: 0228-241815

Robert-Koch-Institut
Abteilung Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Straße 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-45 47 31 98
Fax: 030-45 47 35 31

Nicht aufgenommen wurden die Adressen von Suchttherapeuten, Raucherberatungssprechstunden und Anbietern von Raucherentwöhnungs-Kursen. Diese Adressen können beim Rauchertelefon des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg erfragt werden.

Ausgewählte Literatur:

American Psychiatric Association (1996) Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Am J Psychiatry 153, Supplement

Batra, A (1996) Raucherentwöhnung – aktueller Stand und künftige Entwicklungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 34, 73-77

Batra A, Buchkremer G (1997) Die Behandlung der Tabakabhängigkeit – neue Strategien und Möglichkeiten in der ärztlichen Praxis. Nervenheilkunde 16, 222-226

Blondal T, Gudmundsson LJ, Olafsdottir I, Gustavsson G, Westin A, Stapleton J (1999) Nicotine nasal spray with nicotine patch for smoking cessation: randomised trial with six year follow up. BMJ 318, 285-289

Bölskei PL, König M (1997) Pneumologische Umweltmedizin: Rauchen – Passivrauchen – Prävention

Bollinger CT, Fagerström KO (1997) The tobacco epidemic

DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK et al (1991) The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. J Cons & Clin Psych 59, 295-304

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al (1996) Smoking cessation. Clinical practice guideline No 18. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692

Kottke TE, Battista RN, DeFries GH, Brekke ML (1988) Attributes of successful smoking interventions in medical practice. JAMA Vol 259, 19, 2883-2890

Kröger Ch (1996) Strategien der Raucherentwöhnung. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 34, 87-89

Lichtenstein E, Glasgow RE (1996) Smoking cessation: What have we learned over the past decade. J Cons & Clin Psych 60, 518-527

Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HE et al (1996) Telephone counseling for smoking cessation: rational and metaanalytic review of evidence. Health educational research 11, 243-257

Peto R, Lopez AD, Boreham J et al (1994) Mortality from smoking in developed countries 1950 – 2000

Prochaska JO, Di Clemente CC (1983) Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 390-395

Prochaska JO, Velicer WF, Rossi JS (1994) Stages of change and decision balance for twelve problem behaviors. *Health psychology* 13, 39-46

Raw M, Mc Neill A, West R (1998) Smoking cessation guidelines and their cost effectiveness. *Thorax* 53, Sub 5

Senore C, Battista RN, Shapiro SH, Segnan N, Ponti A, Rosso S, Aimar D. (1998) Predictors of smoking cessation following physicians counseling. *Preventive Medicine* 27, 3, 412-421

Shiffman S, Mason KM, Henningfield JE (1998) Tobacco dependence treatments: review and prospectus. *Ann Rev Public Health* 19, 335-338

Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T (1998): Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *The Cochrane Library* Issue 4

Velicer WF, Fava JL, Abrams DB, Emmons KM, Pierce JP (1995) Distribution of smokers by stage in three representative samples. *Preventive Medicine* 24 (4), 401-411

Velicer WF, Prochaska JO, Bellis JM, DiClemente CC, Rossi JS, Fava J.L, Steiger J.H (1993) An expert system intervention for smoking cessation. *Addictive Behaviors* 18, 269-290

World Health Organization (1996) Guidelines for controlling the tobacco epidemic. WHO tobacco or health programme

World Health Organization (1997) First global status report. WHO tobacco or health programme