



## RAUCHERBERATUNG MIT DEM ZIEL DER ENTWÖHNUNG

*Soweit in diesem Kontext personenbezogene Bezeichnungen nur in weiblicher oder nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich generell auf Frauen und Männer in gleicher Weise.*

**Für den Inhalt verantwortlich:** *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger,  
A-1031 Wien, Kundmannngasse 21, Tel. +43.171132-3616,  
e-mail: ewg@hvb.sozvers.at*

# 1 Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Fragestellung.....</b>	<b>3</b>
	<b>Effektivität der Raucherberatung hinsichtlich Entwöhnung .....</b>	<b>3</b>
	• <b>Bei unselektierten Rauchern .....</b>	<b>3</b>
	• <b>Bei Rauchern mit COPD (chronisch obstruktiver Lungenerkrankung) .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Kurzbericht .....</b>	<b>4</b>
<b>4</b>	<b>Übersichtsarbeiten und Guidelines.....</b>	<b>5</b>
4.1	Projektbericht Leitfaden zur ambulanten RaucherInnenentwöhnung der SV .....	5
4.2	Raucherstrategie - im Auftrag der SV .....	5
4.3	LBI/HTA 2002.....	10
4.4	AWMF 2008 .....	11
	Motivierende Beratung.....	11
4.5	NHS/ CRD Report 1998 .....	14
4.6	WHO/ HEN 2003 .....	15
4.7	Cochrane database of systematic reviews.....	17
<b>5</b>	<b>Zahlen in Österreich.....</b>	<b>18</b>
5.1	Stationäre Behandlung wegen Neubildung.....	18
5.2	COPD Diagnostik .....	19
5.3	Therapie der COPD.....	19
<b>6</b>	<b>Suche .....</b>	<b>21</b>
<b>7</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>22</b>

## 2 Fragestellung

Effektivität der Raucherberatung hinsichtlich Entwöhnung

- Bei unselektierten Rauchern
- Bei Rauchern mit COPD (chronisch obstruktiver Lungenerkrankung)

### 3 Kurzbericht

Die in einer Kurzrecherche gefundenen Übersichtsarbeiten zum Thema Raucherberatung mit Ziel Entwöhnung zeigen einheitlich die Empfehlung für den Einsatz einer solchen, wenn auch die Evidenz für die Wirksamkeit noch gering ist. Es werden 2-5% Entwöhnungsfälle nach 3-minütigem Arztgespräch berichtet (NHS 1998) bis hin zu 12% Entwöhnung mit anschließender Therapie. Das CRD (1998) beurteilt die Evidenz für ärztliche Beratung, Nikotinersatztherapie und Beratung und Unterstützung für schwangere Raucherinnen als gut. Die WHO (2003) empfiehlt jedenfalls den erhöhten Zugang zu Entwöhnungstherapien. Ein Cochrane Review aus 2008 fasst zusammen, dass einfache Beratung geringen Effekt von 1-3% hat, auch zusätzliche Maßnahmen sind nur gering effektiv. Der LBI/HTA Bericht aus 2002 erwähnt, dass Raucherentwöhnung jedenfalls kosteneffektiv ist.

Dass eine Raucherberatung mit Ziel Entwöhnung durch einen Arzt erfolgen muss, ist nicht zwingend, aber naheliegend. Projekte zur Tabakprävention in der SV sind das Rauchertelefon der NÖGKK<sup>1</sup>, und der Leitfaden für ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen<sup>2</sup>.

**Trotz der geringen Evidenz aus kontrollierten Studien zu Beratung oder Therapie zur Raucherentwöhnung ist eine sehr klare (politische) Empfehlungsrichtung zu erkennen: jede noch so gering wirksame Möglichkeit zur Verringerung der Raucherzahlen und der damit verbundenen Krankheitslast ist zu nutzen. Das Beratungsgespräch ist wesentlicher Teil aller Raucherentwöhnungsprogramme, die besten Langzeitergebnisse erzielen jedoch kombinierte und Gruppenprogramme.**

**Generell wäre ein Raucherberatungsgespräch mit 1,41 - 4,32 € bereits kosteneffektiv, wenn man nur die Kosten für Spitalsaufenthalte für bösartige Neubildungen der Atmungsorgane, COPD Diagnostik und Tiotropiumbromid berücksichtigt, und wenn 2-5% Entwöhnungserfolg angenommen werden. Weitere nicht direkt berechenbare Kosten, wie z.B. die mobile Sauerstoffapplikation (~7 €/d), sind hier noch nicht einbezogen.**

Die Leistung Raucherberatung mit Ziel Entwöhnung sollte in Hinblick auf die Qualität den Empfehlungen des *Leitfaden für ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen* folgen.

Es ist zu beachten, dass Anbieter einer solchen Leistung eine anerkannte suchttherapeutische Zusatzqualifikation im Bereich Tabakabhängigkeit und Entwöhnung nachweisen können. Interessant wäre zusätzlich eine Erklärung des eigenen Ex- oder Nichtraucherstatus des anbietenden Arztes (Vorbildwirkung!).

## 4 Übersichtsarbeiten und Guidelines

### 4.1 Projektbericht Leitfaden zur ambulanten RaucherInnenentwöhnung der SV<sup>3</sup>

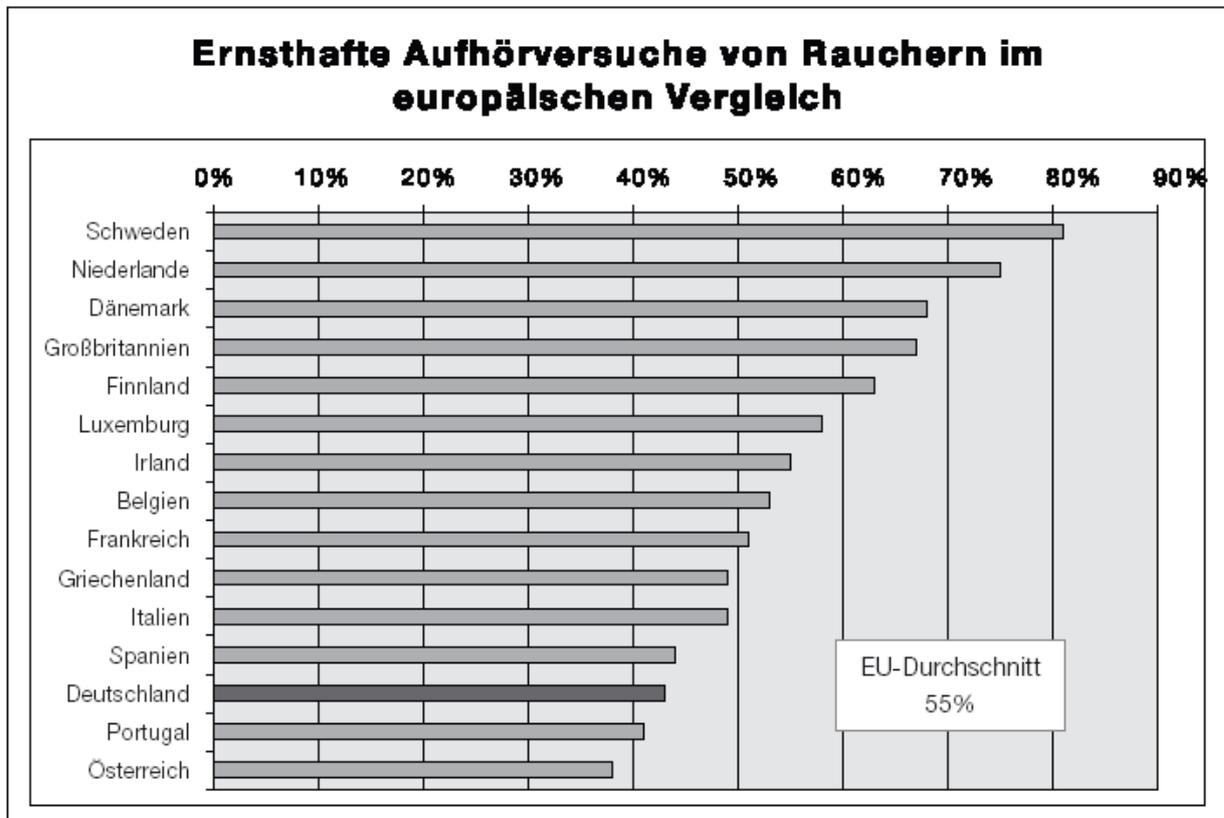
Die das Beratungsgespräch betreffenden Empfehlungen:

- Die Beratung von entwöhnungswilligen RaucherInnen obliegt ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen mit einer anerkannten suchttherapeutischen Zusatzqualifikation im Bereich Tabakabhängigkeit und Entwöhnung (z.B. Ausbildung der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie)
- Bestandteile einer erfolgreichen Intervention sind: Psychoedukation, Analyse des persönlichen Rauchverhaltens, Festlegen eines persönlichen Rauchstopps, Verhaltensänderung durch Aufbau von Handlungsalternativen, Problemlösetraining und Training von allgemeinen Bewältigungsstrategien, Unterstützung von allgemeinen Bewältigungsverhalten, Unterstützung innerhalb der Tabakentwöhnungsbehandlung, Motivationsförderung, soziale Unterstützung außerhalb der Behandlungsmaßnahme initiieren, Rückfallsprophylaxe
- Es besteht ein Zusammenhang zwischen Beratungsintensität und -erfolg, wobei mindestens 4 Einheiten zu je 60 bis 90 Minuten in Gruppen von 6-10 TeilnehmerInnen empfehlenswert sind.
- Die Abstinenz wird mindestens 6 (besser 12) Monate nach Intervention erhoben (subjektive Angabe des Patienten, Erfolgs- und Abbrecherquote)

### 4.2 Raucherstrategie<sup>4</sup> - im Auftrag der SV

#### Maßnahmen zur Tabakentwöhnung

- In einer europäischen Vergleichsstudie zu ernsthaften Aufhörversuchen von Rauchern nahm Österreich mit 38% den letzten (!) Platz ein (EU-Durchschnitt 55%)<sup>5</sup>. Ein Drittel der Raucher ist nach dem FTND körperlich abhängig, bei einem zweiten Drittel besteht eine unklare bzw. kombinierte Abhängigkeitssituation. Diese zwei Tatsachen zeigen deutlich, dass im Sinne der Raucherentwöhnung akuter Handlungsbedarf besteht.



Ernsthafte Aufhörversuche von Rauchern im europäischen Vergleich. Quelle: Boyle et al, 2000

- Die Cochrane Collaboration hat sich ausführlich mit der Evaluation der Literatur zu dieser Fragestellung auseinandergesetzt und folgende Evidenz gefunden:
  1. Ausbildung von Gesundheitsberufen in Maßnahmen zur Raucherentwöhnung verbesserte ihre Beratungsqualität, die Auswirkungen auf die Erfolgsquoten ihrer Patienten waren nur bei zusätzlichen Maßnahmen nachzuweisen<sup>6</sup>.
  2. Alle verfügbaren Formen der Nikotinersatztherapie (NRT = Nicotine Replacement Therapy, das sind Pflaster, Kaugummi, Inhalatoren und Nasenspray) sind als Teil einer Entwöhnungsstrategie erfolgreich; sie erhöhen die Erfolgsquoten um den Faktor 1,5 bis 2, unabhängig von den Rahmenbedingungen<sup>7</sup>. In derselben Metaanalyse wird die Wirksamkeit von Bupropion (rezeptpflichtiges Antidepressivum) vorläufig bestätigt.
  3. Akupunktur zeigt keine nachweisbare Wirkung<sup>8</sup>.

4. Beratung durch einen Arzt hat einen kleinen Effekt auf die Erfolgsaussichten einer Nikotinabstinenz, aufwändigere Beratungsmaßnahmen steigern die Erfolgsquote nur geringfügig<sup>9</sup>.
5. Beratung durch eine Krankenschwester hat einen kleinen positiven Einfluss auf die Erfolgsquote; das routinemäßige Ansprechen der Rauchfrage bei jedem Patientenkontakt wird empfohlen<sup>10</sup>.
6. Förderung der Partnerunterstützung ist wirkungslos<sup>11</sup>.
7. Selbsthilfematerialien erhöhen bei alleiniger Anwendung die Abstinenzraten; wenn sie mit anderen Interventionen wie Beratung durch einen Arzt kombiniert sind, zeigen sie keine zusätzliche Wirkung. Auf Patienten zugeschnittene Selbsthilfematerialien haben einen größeren Effekt<sup>12</sup>.
8. Gruppen- und Einzelprogramme zur Raucherentwöhnung zeigen in etwa die gleiche Wirkung und verdoppeln die Erfolgsquoten<sup>13</sup>.
9. Proaktive Telefonberatung scheint eine positive Wirkung zu haben; typischerweise findet sie mehrmals statt. Inwieweit sie andere Maßnahmen wie Gruppentherapie oder NRT unterstützt ist unklar. Die Wirksamkeit reaktiver Telefonberatung wird vermutet, ist aber nicht erwiesen<sup>14</sup>.
10. Intensive Verhaltensschulungen im Rahmen von Krankenhausaufenthalten wirken<sup>15</sup>; beim Versuch, die Wirksamkeit präoperativer Raucherentwöhnung zu evaluieren, wurden keine die Fragestellung behandelnden Studien gefunden.
11. In der Sekundärprophylaxe von Koronarer Herzkrankheit sind Raucherentwöhnungsprogramme sehr effektiv und führen zu einer deutlichen Verbesserung der Überlebensraten in allen vorliegenden Studien (gepoolte Risikoreduktion des relativen Risikos eines Todesfalls aller Ursachen auf 0,64). Der Effekt ist größer als der einer Cholesterinsenkung. Einschränkend muss festgehalten werden, dass die Untersuchungen vor allem mit jüngeren Patienten, Europäern und Männern durchgeführt wurden<sup>16</sup>.
12. In einer aktuellen, 2003 fertig gestellten Meta-Analyse<sup>17</sup> zur Fragestellung der Raucherentwöhnung am Arbeitsplatz kamen die Autoren zu folgenden Ergebnissen:
  - Alle Ansätze, die sich an einzelne Raucher richten, erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass der Nikotinkonsum beendet wird. Es wirken dieselben Maßnahmen wie in anderen Settings.
  - Es liegt nur bedingte Evidenz vor, dass die Teilnahme an den Programmen durch Wettbewerbe u.ä. gesteigert werden kann

- Durch eine Politik des rauchfreien Arbeitsplatzes wird der Zigarettenkonsum während der Arbeitszeit reduziert und Nichtraucher werden geschützt. Zu den Fragen, ob die Raucherprävalenz gesenkt werden kann und ob Raucher insgesamt weniger rauchen, gibt es widersprüchliche Daten.
- Nachweise einer Kosteneffektivität von Arbeitsplatzprogrammen fehlen.

13. Auf Gemeindeebene angesiedelte Maßnahmen zeigten in den verfügbaren Studien keinen Effekt auf die Entwöhnungsquote<sup>18</sup>.

14. Seit Jahren wird die Fragestellung der Tabakentwöhnung bei jungen Leuten bearbeitet, Ergebnisse liegen noch nicht vor<sup>19</sup>.

- Ein Ausstieg aus der Nikotinabhängigkeit bringt in jedem Lebensalter Vorteile, naturgemäß sind sie umso größer je früher der Ausstieg erfolgt und je kürzer die Raucherkarriere war. Die Erfolgsquote bei Entwöhnungsversuchen weist eine deutliche soziale Polarisierung auf: je geringer das Haushaltseinkommen desto geringer ist der Anteil der Ex-Raucher, dies gilt im Besonderen auch für Arbeitslose<sup>20</sup>.
- Für bereits rauchende Kinder und Jugendliche sind spezielle Interventionen, die sich von den primärpräventiven Ansätzen unterscheiden, notwendig, die eine Aufgabe des Nikotinkonsums bewirken sollen, ehe es zu einer Verfestigung des Rauchverhaltens kommt<sup>21</sup>.
- Sowohl die Ausbildung als auch die Fort- und Weiterbildungen der Medizinberufe, insbesondere der Ärzte berücksichtigen die Tabakproblematik derzeit nicht in ausreichendem Umfang.
- Verschiedene Initiativen wurden von engagierten Ärzten gesetzt, um auf die Gefahren des Rauchens hinzuweisen. „Ärzte gegen Raucherschäden“ als NGO (Non Government Organisation) initiiert und unterstützt seit Jahren Aktionen in Österreich und engagiert sich überregional im European Network on Smoking Prevention (ENSP).
- Auf Initiative österreichischer Pulmonologen wurde ein Netzwerk mit dem Namen „Jetzt aufhören“<sup>22</sup> aufgebaut, dessen Ziel es ist, möglichst viele Ärzte zu motivieren, sich intensiver mit der Tabakproblematik und der Raucherentwöhnung zu befassen. Jeder Patient soll bezüglich seiner Rauchgewohnheiten befragt und diese Problematik bei jeder Sprechstunde erneut thematisiert werden. Die Netzwerkmitglieder werden einer Grundschulung (Eintägiges Seminar, das aus den seit 1999 veranstalteten „Train-the-Trainer“ Kursen der österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und

Tuberkulose entwickelt wurde) unterzogen. Geplant sind eine Vertiefung der Ausbildung sowie der regelmäßige Besuch von Fortbildungsveranstaltungen als Grundvoraussetzung für den Verbleib im Netzwerk, der als Zusatzqualifikation durch die Ärztekammer anerkannt werden soll. Seit Anfang 2002 läuft, finanziert durch den FGÖ (Fonds Gesundes Österreich), eine wissenschaftliche Evaluation der Aktion, deren erste Ergebnisse im April 2004 präsentiert wurden<sup>23</sup>: erfasst wurden 475, über ganz Österreich verteilte Patienten, die sich zu einer Raucherentwöhnung mit unterschiedlicher Therapie (Beratung, NRT, Bupropion, Akupunktur) entschlossen hatten. 378 konnten nach einem Jahr telefonisch befragt werden; von diesen gaben insgesamt 34,5% an, Nichtraucher zu sein, bei Bezug auf das Ausgangskollektiv ergibt sich eine Abstinenzquote von 27%. Trotz aller Einschränkungen (offene Studie, fehlende Randomisierung und unterschiedliche Größe der Therapiegruppen) zeigte sich eine Korrelation zwischen der Häufigkeit der Arzt-Patientenkontakte und der Erfolgsquote (1 Konsultation – 25%, mehr als 4 54,1%). Erfolgreiche Entwöhnungsversuche führten im Beobachtungszeitraum zu höherem allgemeinem Wohlbefinden und zu signifikant geringeren Krankenständen (6,9 Tage versus 11,4 Tage bei rückfälligen Rauchern). Am häufigsten rauchten die Probanden beim Kaffeetrinken.

- Eine Reduktion des Tabakkonsums kann derzeit nicht als Therapieziel empfohlen werden, dafür fehlt die Evidenz<sup>24</sup>.

#### Empfohlene Maßnahmen:

- Aufbau einer flächendeckenden und leicht zugänglichen Infrastruktur für Tabakentwöhnung in den Gesundheitseinrichtungen (Arztpraxen, Krankenhäuser, Betriebsärztliche Versorgung, Gesundheitsämter, Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, usw.)
- Schulung der Gesundheitsberufe
- Integration der Tabakproblematik in die Gesundheitsversorgung mit routinemäßiger Ansprache des Tabakkonsums und Angebot der Hilfestellung zur Entwöhnung.
- Bei einkommensschwachen Rauchern Kostenübernahme für Beratung und pharmakologischen Entwöhnungshilfen.
- Aufbau spezieller Programme für Hochrisikopatienten, im Idealfall integriert in die entsprechenden Disease Management Programme, z.B. Diabetes mellitus, KHK, psychiatrische Erkrankungen.
- Unterstützung und Beratung schwangerer Frauen
- Weiterbetreuung der jungen Mütter/Eltern nach der Geburt mit dem Ziel, die hohe Wiederaufnahmerate des Rauchens zu senken und Kinder in rauchfreien Haushalten aufwachsen zu sehen.

## Welche Rolle spielt die Sozialversicherung in einer integrierten nationalen Tabakstrategie?

Die Sozialversicherungen spielen eine entscheidende Rolle in der Erstellung und Umsetzung einer nationalen Tabakstrategie: sie sind eine tragende Säule des österreichischen Gesundheitssystems, Stakeholder in allen für dieses System getroffenen Entscheidungen und sollen entsprechend ihr Gewicht bei der Meinungsbildung und Umsetzung aller für eine nationale Tabakstrategie erforderlichen Aspekte einbringen.

In ihren Kompetenzbereich im engeren Sinn fallen die Maßnahmen zur Raucherentwöhnung: allen im Gesundheitssystem Tätigen muss die Bedeutung der Tabakproblematik bewusst sein: das Rauchverhalten sollte bei jedem Kontakt mit dem Gesundheitssystem thematisiert werden und es ist Aufgabe der Kassen, ihre Vertragspartner zu dieser einfachen, aber effektiven Maßnahme anzuhalten. Vorsorgeuntersuchungen bieten im Rahmen des Besprechens des Lebensstils besonders geeignete Gelegenheiten. Der Zugang zu Angeboten der Tabakentwöhnung muss niederschwellig und flächendeckend möglich sein. Inwieweit in Zeiten sich weiter verknappender finanzieller Ressourcen die wünschenswerte Kostenübernahme für Entwöhnungsprogramme und Nikotinersatzpräparate, vor allem für sozial Schwächere, geleistet werden kann, wird nicht zuletzt davon abhängen, ob es gelingt, eine Zweckwidmung der Tabaksteuer zu erreichen. Durch eine begleitende solide externe Qualitätsprüfung kann die Effektivität und Effizienz der gesetzten Maßnahmen sichergestellt werden.

Darüber hinaus gehört auch Gesundheitsförderung (§ 154b ASVG BGBl. Nr. 676/1991): zum gesetzlichen Auftrag der Krankenversicherungsträger: *sie haben über Gesundheitsgefährdung und über die Verhütung von Krankheiten und Unfällen – ausgenommen Arbeitsunfälle - aufzuklären sowie darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten sowie Unfälle – ausgenommen Arbeitsunfälle – verhütet werden können.* Eine Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, wie Behörden, Versicherungsträgern u.ä. ist in diesem Gesetz ebenfalls festgeschrieben.

### 4.3 LBI/HTA 2002<sup>25</sup>

Zyban (Bupropion) Nikotinentwöhnung;

Das Gesundheitsrisiko von Rauchern (weltweit 1,2 Milliarden) ist unbestritten hoch. Diverse Krebserkrankungen sind auf Zigarettenkonsum bzw. Passivrauchen zurückzuführen. Die aus den USA kommende Anti- Raucher-Pille Bupropion (Zyban) mit dem Wirkstoff Amfebutamon ist seit 10 Jahren als Antidepressivum (unter anderem Namen) erfolglos auf dem Markt. Zyban ist aufgrund der schweren

Nebenwirkungen in negative Schlagzeilen geraten. Erste Assessments evaluieren Zyban. Von den bisherigen Möglichkeiten der Raucherentwöhnung wie Nikotinpflaster, Nasenspray, Inhalator profitieren stark abhängige Raucher nicht häufig. Einem NHS-Review (1998) zufolge kann bereits ein 3-minütiges Beratungsgespräch durch einen Arzt 2 % der Raucher vom Aufhören überzeugen, mit einer Nikotinentwöhnungstherapie hören immerhin 12 % auf. Auch ein schwedischer Report über Anti-Raucher-Methoden (1998) stellt die Vorteile von Aufklärung durch Ärzte und sogar Zahnärzte in den Vordergrund. Ein aktueller britischer Review (2002) analysierte die Wirksamkeit, Kosteneffektivität und die Nebenwirkungen von Zyban und von anderen gängigen Nikotinersatzmitteln (Kaugummi, Pflaster, Nasen-Spray, Inhalator). Die Studien waren von guter Qualität, die Daten über Nebenwirkungen und Sicherheit waren sehr unterschiedlich. Ergebnis: Es zeigt sich, dass sowohl Zyban als auch andere Nikotinersatzmittel gegenüber Placebo eindeutig wirksam sind. Eine Evidenz zur Überlegenheit von Zyban liegt nicht vor. Eine signifikante Differenz zeigt sich in den starken Nebenwirkungen von Zyban wie Schlaflosigkeit (bei 42 %), Kopfschmerz, Zittern, Mundtrockenheit (13 %). Das Sicherheitsprofil spricht für Nikotinersatzmittel. Die etwas bessere Kosteneffektivität von Zyban (allerdings: jede Form von Raucherentwöhnung ist kosteneffektiv) beinhaltet nicht die Kosten, die die Nebenwirkungen verursachen. Die Wirksamkeit weiterer Pharmazeutika zur Raucherentwöhnung sollte weiterhin untersucht werden. Es wurde seit der Einführung mehrfach empfohlen, Zyban nur nach kritischer Abwägung einzusetzen.

SBU/SE 1998 & 2002: Smoking cessation methods ; Bupropion (Zyban) in smoking cessation (Alert), <http://www.sbu.se/admin/index.asp>.

NICE/GB 2002: Guidance on the use of nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion for smoking cessation, <http://www.nice.org.uk/Docref.asp?d=30634>.

Arznei-telegramm/BRD 2000: 7, 59/60, <http://www.arznei-telegramm.de/>.

NHSCRD/GB 1998: Smoking cessation: what the health service can do, <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>.

Laufende Assessments GR/NL: Nicotine addiction and therapeutic interventions.

#### **4.4 AWMF 2008<sup>26</sup>**

### **Motivierende Beratung**

Etwa 70% der rauchenden COPD Patienten wollen aufhören zu rauchen. COPD Patienten sind einer ärztlichen Empfehlung zum Rauchstopp gegenüber aufgeschlossen. Diese Empfehlung ist insbesondere wirksam, wenn Symptome der COPD oder pathologische medizinische Befunde in Zusammenhang mit dem Tabakkonsum thematisiert werden. Hilfreich ist hier die Erläuterung der Lungenfunktion, der CO-Konzentration und/oder des Computertomogramms (CT)

des Thorax. In einer kleinen Studie hat die Benutzung des Wortes "Raucherlunge" statt "Emphysem" oder "Bronchitis" die Erfolgsrate der Tabakentwöhnung erhöht. Die motivierende Beratung muss im Zusammenhang mit der Tabakanamnese wiederholt durchgeführt werden.

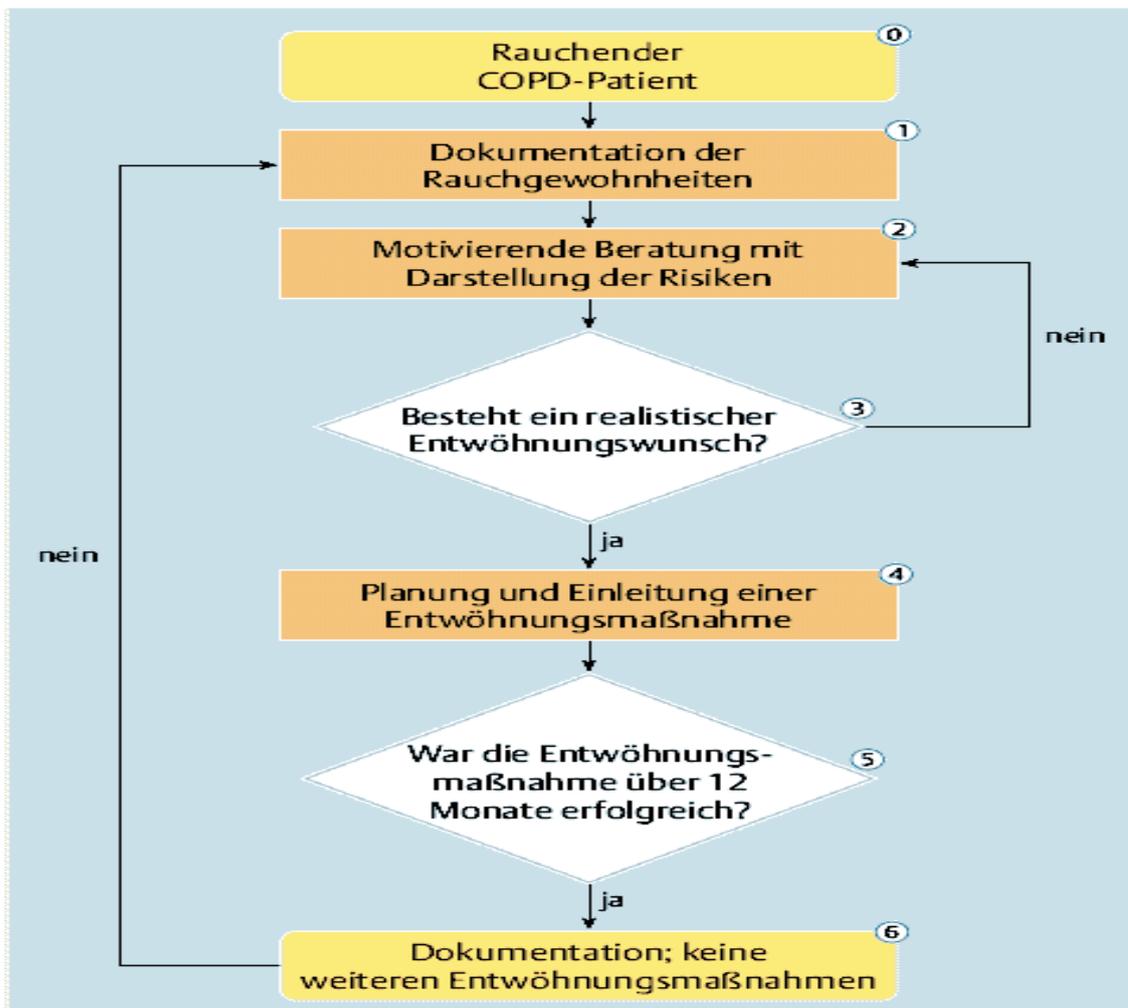


Abbildung 3: Management rauchender COPD-Patient

### Inhaltliche Strukturierung des Ablaufs der Beratung nach dem US Public Health Service Report 2000<sup>27</sup>

- Abfragen des Rauchstatus (Ask)
- Anraten des Rauchverzichts (Advise)
- Abfragen der Aufhörtmotivation (Assess)
- Assistieren beim Rauchverzicht (Assist)
- Arrangieren der Nachbetreuung (Arrange)

Insbesondere wenn der Raucher nicht bereit ist, einen Rauchstopp zu vereinbaren, soll eine motivierende Intervention - die sog. 5 R - zum Einsatz kommen.

## Die 5 R zur Motivationssteigerung bei nicht entwöhnungswilligen Rauchern<sup>28</sup>

- Relevanz aufzeigen: Knüpfen Sie die Motivation des Rauchers an seinen körperlichen Zustand, seine familiäre und soziale Situation, an gesundheitliche Bedenken, Alter, Geschlecht und andere Merkmale wie frühere Ausstiegsversuche.
- Risiken benennen:  
 Kurzfristig: Kurzatmigkeit, Impotenz und Unfruchtbarkeit, erhöhte CO Konzentration im Serum, erhöhte Herzfrequenz und erhöhte Blutdruckwerte.  
 Langfristig: erhöhte Infektanfälligkeit, Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen (chronische Bronchitis und Emphysem), Herzinfarkt und Schlaganfall, Lungenkrebs und andere Krebsarten etc.
- Reize und Vorteile des Rauchstopps verdeutlichen: Fragen Sie den Patienten, welche Vorteile das Aufhören hat, und betonen Sie diejenigen, welche die höchste emotionale Bedeutsamkeit haben.
- Riegel (Hindernisse und Schwierigkeiten) vor Rauchstopp ansprechen: Entzugssymptome, Angst zu scheitern, Gewichtszunahme, fehlende Unterstützung, Depression, Freude am Rauchen.
- Repetition: Raucher, die nicht ausstiegswillig waren, sollten bei jedem Folgekontakt erneut mit diesen motivationsfördernden Strategien angesprochen werden.

Das motivierende Interview ist eine Technik zur Änderung von abhängigem Verhalten, die initial erfolgreich bei der Alkoholentwöhnung eingesetzt wurde<sup>29</sup>. Das Konzept des motivierenden Interviews verlangt eine kritische Reflexion der Rolle der Beratenden, die sich folgendermaßen zeigen soll<sup>30</sup>:

Offene Fragen stellen

Aktiv zuhören (Empathie)

Das Verhalten des Gegenübers würdigen (Respekt)

Gesagtes zusammenfassen

Flexibel mit Widerstand umgehen

"Selbstmotivierende" Äußerungen freisetzen

In einer mit spanischen Hausärzten durchgeführten Studie war das Konzept des motivierenden Interviews 5,2 mal so wirksam wie eine herkömmliche Aufforderung das Rauchen zu beenden. Allerdings beanspruchte das motivierende Interview auch mehr Zeit<sup>31</sup>.

COPD Patienten, die noch rauchen, sollten unabhängig vom Alter klar, deutlich und mit persönlichem Bezug dazu motiviert werden, den Tabakkonsum zu beenden. ↑↑

Ein Entwöhnungskonzept, das sowohl medikamentöse Unterstützung als auch psychosoziale Unterstützung umfasst, hat sich für COPD-Patienten als effektiv

erwiesen. Evidenzgrad 1

Ausreichende Studien zur Wirksamkeit der alleinigen psychosozialen Unterstützung bei COPD-Patienten liegen nicht vor.

Für alle COPD Patienten, die ihren Tabakkonsum beenden wollen, muss eine Tabakentwöhnung mit medikamentöser und psychosozialer Unterstützung gewährleistet sein. ↑↑

#### 4.5 NHS/ CRD Report 1998<sup>32</sup>

- In 1995 tobacco was responsible for 120,000 deaths of people over 35 years of age in the UK and rates of tobacco use are increasing, particularly in young people.
- Research evidence shows that there are highly cost-effective ways to help people stop smoking.
- Health professional advice about quitting can achieve cessation rates of 2%. This quit rate can be increased to around 12% in motivated patients by adding nicotine replacement therapy.
- Health professionals should systematically identify patients who smoke and encourage and support them to stop.
- The use of nicotine replacement therapy should be encouraged in those smokers who are motivated to quit.
- Health professionals should encourage and help pregnant women to stop smoking.
- Some health professionals would benefit from training in smoking cessation techniques. .
- Health authorities and other health service commissioners should develop co-ordinated smoking cessation strategies and fund their implementation

Good evidence of effectiveness	Insufficient evidence of effectiveness
Brief advice from a health professional <sup>33,34</sup> Nicotine Replacement Therapy with advice <sup>35,36,37</sup> Advice & support to pregnant women <sup>38</sup>	Antidepressants, anxiolytics <sup>39</sup> Aversive conditioning <sup>40,41</sup> Acupuncture <sup>42,43</sup> Hypnosis <sup>44</sup> Mecamylamine <sup>45</sup> Self-help materials (booklets, pamphlets, manuals <sup>46</sup>

## Advice from health professionals

Brief advice to stop smoking given by health professionals, taking around 3 minutes, has been shown to decrease the proportion of people smoking by around 2% when compared with patients who did not receive any advice. Given the large number of smokers who have contact with health professionals, a 2% reduction represents a significant population health gain. Increasing the intensity of advice (i.e. the time spent giving advice on smoking and the duration of follow-up) improves the effectiveness, decreasing the proportion smoking by around 3–5%. However, more intensive advice may not always be feasible in primary care because of the resources required.

## Nicotine Replacement Therapy

Trials have shown that the use of NRT decreased the proportion of people smoking by around 12% in more motivated patients who were self-referred. In all these studies some form of additional support, ranging from brief advice to more intensive forms of counselling, was provided alongside the NRT. NRT is available in a number of forms, such as transdermal patches, chewing gum, nasal spray and inhalers. In the most heavily dependent smokers (i.e. those craving a cigarette on waking and/or who smoke more than 20 cigarettes per day), higher dose nicotine gum (4mg) is more effective than 2mg gum or nicotine patches. Among less dependent smokers the nicotine patch is as effective as 2mg chewing gum, it needs less detailed instruction and is probably more convenient to use. Newer forms of NRT, such as nicotine inhalers and sprays, appear to be as effective as patches or gum, although they have not been as extensively evaluated.<sup>10</sup> Reported adverse effects associated with nicotine gum include hiccups, gastrointestinal disturbance, jaw pain and mouth soreness. Nicotine patches have been associated with mild skin sensitivity and irritation. This may affect a large percentage of users but has not been shown to affect adherence. Weaning off NRT should be encouraged, although its use is preferable to a return to smoking because it does not contain the toxic substances, such as tar, found in cigarette smoke.

## 4.6 WHO/ HEN 2003<sup>47</sup>

Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?

### Summary

#### The issue

Tobacco use is a leading cause of preventable premature death in the world today, claiming 1.6 million lives per year in the European Region, with 2 million projected by 2020. Although tobacco deaths are on the rise globally, in some places control policies have managed to reduce smoking. Millions of people in the European Region could be spared disease and early death if effective policies were put in place. The main approaches to tobacco control are:

price increases through higher taxes;  
advertising and promotional bans;  
smoking restrictions;  
consumer education campaigns;  
smoking cessation therapies.

### **Findings**

Several reviews have assessed the literature on the effectiveness of these measures, which varies within and across categories according to their settings and target populations. Nevertheless, different measures likely have synergistic effects, and the consensus is that a comprehensive approach is the most effective means of reducing tobacco consumption.

Price increases on tobacco products are one of the most effective means of reducing cigarette smoking. Studies show that a price increase of 10% results in a 2.5% – 5% smoking reduction in the short run and possibly up to 10% in the long run, if prices are increased to keep pace with inflation. Young people may reduce their smoking at two to three times the rate of older people. This level of response could result in 500 000 to 2 million fewer deaths from smoking in high-income countries, and in 600 000 to 1.8 million fewer deaths in eastern Europe. Some countries have raised taxes to 70%–80% of the price of a pack of cigarettes, resulting in significant reductions in smoking, although smaller tax raises have also been successful.

The most common concerns about tobacco price increases are that government revenues may fall and jobs may be lost due to reduced tobacco consumption, that smuggling may increase dramatically, and that an increase in price disproportionately burdens lower-income smokers. These consequences are either false or overestimated. The economic and health benefits from tobacco price increases appear to outweigh any disadvantages.

### **Policy considerations**

The principle recommendation for policy-makers is that tobacco control programmes should be comprehensive to maximize smoking reductions, and should include:

permanent price increases, scaled to inflation;  
comprehensive bans on advertising and promotion of tobacco products;  
strong restrictions on smoking in work places and public spaces;  
education and counter-advertising campaigns;  
improved product warning labels;  
increased access to cessation therapies.

## 4.7 Cochrane database of systematic reviews<sup>48</sup>

**BACKGROUND:** Healthcare professionals frequently advise patients to improve their health by stopping smoking. Such advice may be brief, or part of more intensive interventions. **OBJECTIVES:** The aims of this review were to assess the effectiveness of advice from physicians in promoting smoking cessation; to compare minimal interventions by physicians with more intensive interventions; to assess the effectiveness of various aids to advice in promoting smoking cessation, and to determine the effect of anti-smoking advice on disease-specific and all-cause mortality. **SEARCH STRATEGY:** We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register. Date of the most recent search: September 2007. **SELECTION CRITERIA:** Randomized trials of smoking cessation advice from a medical practitioner in which abstinence was assessed at least six months after advice was first provided. **DATA COLLECTION AND ANALYSIS:** We extracted data in duplicate on the setting in which advice was given, type of advice given (minimal or intensive), and whether aids to advice were used, the outcome measures, method of randomization and completeness of follow up. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months follow up. We also considered the effect of advice on mortality where long-term follow-up data were available. We used the most rigorous definition of abstinence in each trial, and biochemically validated rates where available. Subjects lost to follow up were counted as smokers. Effects were expressed as relative risks. Where possible, meta-analysis was performed using a Mantel-Haenszel fixed effect model. **MAIN RESULTS:** We identified 41 trials, conducted between 1972 and 2007, including over 31,000 smokers. In some trials, subjects were at risk of specified diseases (chest disease, diabetes, ischaemic heart disease), but most were from unselected populations. The most common setting for delivery of advice was primary care. Other settings included hospital wards and outpatient clinics, and industrial clinics. Pooled data from 17 trials of brief advice versus no advice (or usual care) detected a significant increase in the rate of quitting (relative risk (RR) 1.66, 95% confidence interval (CI) 1.42 to 1.94). Amongst 11 trials where the intervention was judged to be more intensive the estimated effect was higher (RR 1.84, 95% CI 1.60 to 2.13) but there was no statistical difference between the intensive and minimal subgroups. Direct comparison of intensive versus minimal advice showed a small advantage of intensive advice (RR 1.37, 95% CI 1.20 to 1.56). Direct comparison also suggested a small benefit of follow-up visits. Only one study determined the effect of smoking advice on mortality. This study found no statistically significant differences in death rates at 20 years follow up. **AUTHORS' CONCLUSIONS:** Simple advice has a small effect on cessation rates. Assuming an unassisted quit rate of 2 to 3%, a brief advice intervention can increase quitting by a further 1 to 3%. Additional components appear to have only a small effect, though there is a small additional benefit of more intensive interventions compared to very brief interventions.

## 5 Zahlen in Österreich

Laut Statistik Austria rauchen in Österreich 23,2% der Bevölkerung ab 15 Jahren (Gesundheitsbefragung 2006/2007)<sup>49</sup>. Dies sind 1,6 Millionen potentielle Beansprucher der Raucherberatung mit Ziel Entwöhnung.

Österreichweit sind ca. 55% der RaucherInnen mit ihrem Rauchverhalten unzufrieden, d.h. sie wollen entweder mit dem Rauchen aufhören (18%) oder ihren Rauchkonsum reduzieren (37%)<sup>50</sup>. Nimmt man an, dass bei insgesamt 1,6 Mio. täglichen RaucherInnen nur 10% der unzufriedenen RaucherInnen aufhören und dazu eine professionelle Diagnostik und Beratung in Anspruch nehmen, wäre für knapp 90.000 Menschen ein Betreuungsangebot notwendig. Der Bedarf an Entwöhnungsangeboten ist gegeben und als zentrale Akteure im Gesundheitssektor bauen die Sozialversicherungsträger ihre Angebote zunehmend aus. Eine einheitliche Vorgehensweise nach evidenzbasierten Qualitätskriterien wurde im Rahmen des Projekts Tabakprävention im Rahmen der SV erarbeitet<sup>51</sup>.

### 5.1 Stationäre Behandlung wegen Neubildung

35.679 Aufenthalte wurden im Jahr 2007 wegen einer bösartigen Neubildung an Bronchien oder Lunge (C34) in Österreichs §2 Krankenanstalten dokumentiert<sup>52</sup>, 39.084 wegen bösartiger Neubildungen der Atmungsorgane oder sonstiger intrathorakaler Organe (C30-39). 1.643 (C34) bzw. 1.744 (C30-39) Personen starben 2007 daran (im Krankenhaus). Dabei wurden pro Aufenthalt 1.900 Punkte generiert (1.931 für C30-39; 1.818 für C34), pro Sterbefall 4.000 Punkte (4.080 für C30-39; 3.962 für C34). (Tabelle 1)

Insgesamt wurden 2007 75 Millionen € (bei der Annahme von durchschnittlich 1€/LKF Punkt) für die Krankenhausbehandlung von Patienten mit Karzinomen der Atmungsorgane aufgewendet. Würden nur 2-5% durch eine Raucherberatung mit Ziel Entwöhnung verhindert, so wären 1,5 Mio - 3,7 Mio € weniger für die Behandlung bösartiger Neubildungen im Zusammenhang mit dem Rauchen aufzuwenden. Ein Aufwand von 1 - 3 € pro Raucher wäre nur für diesen Endpunkt bereits kosteneffektiv.

**Tabelle 1**

	Aufenthalte	Sterbefall	Aufenthalte	Sterbefall
	<b>C30-C39</b>	<b>C30-C39</b>	<b>C34</b>	<b>C34</b>
AUFENT	39.084,00	1.744,00	35.679,00	1.643,00
BELTAGE	156.087,00	23.113,00	135.073,00	21.375,00
PUNKTGES	75.497.618,00	7.116.771,00	64.891.052,00	6.509.970,00
ZPKTEINT	3.235.241,00	1.012.204,00	2.578.888,00	899.959,00
ZUSDIAG	61.200,00	4.592,00	56.995,00	4.372,00
LEISTCOD	54.663,00	2.372,00	48.633,00	2.189,00
MEL	107.779,00	5.348,00	87.433,00	4.772,00
VERLEG	4.191,00	579,00	3.543,00	527,00

## 5.2 COPD Diagnostik

Für die (typische) Diagnostik einer COPD (Chronisch obstruktiven Lungenerkrankung) werden im niedergelassenen Bereich (Ärzte und Institute) pro Jahr etwa 16 Mio €, mit einem durchschnittlichen Tarif von 16,83 € (Umsatz/Frequenz) aufgewendet. (Tabelle 2, Daten aus 2006). Limit: diese Diagnostiktests können nicht vollständig auf COPD eingeschränkt werden, das Risiko der Überschätzung ist gegeben.

Mit der simplen Annahme, dass etwa 40% der Raucher eine COPD entwickeln und 80% aller COPD Erkrankten eine Raucheranamnese haben, wird von einer Raucherbedingten Frequenz von 800.000 (statt 954.851 in Tabelle 2) ausgegangen. Dafür wäre der Aufwand 13.464.000 €. 2-5% weniger Aufwand nach erfolgter Raucherberatung wäre hier eine Aufwandreduktion von 268.280 - 673.200 €. Ein Aufwand von 0,17-0,42 € pro Raucher wäre für den Bereich Diagnostik bereits kosteneffektiv.

**Tabelle 2**

TEXT	SummevonFrequenz_I+N	SummevonUmsatz_I+N
Spirographie (Vitalkapazität, Tiffeneautest, Atemgrenzwert) mit graphischer Darstellung	822.245	12.740.794,86 €
Blutgasanalyse in Ruhe und Belastung	92.811	2.834.216,60 €
Bodyplethysmographie	36.642	450.995,53 €
Luftdiffusionsmessung	1.082	17.690,70 €
Neutrophile Granulozyten AK (z.B. ANCA, c, p-ANCA, MPO, PR3)	2.071	24.293,05 €
Summe	954.851	16.067.990,74 €

## 5.3 Therapie der COPD

Ein Medikament, das nur für die Indikation COPD zugelassen ist, ist Tiotropiumbromid (Spiriva®). Davon wurden im Jahr 2007 502.906 Verordnungen und im Jahr 2008 577.929 Verordnungen abgerechnet, und damit Kosten von 24.541.834 € bzw. 28.202.936 € verursacht. Bei 2-5% verhinderten COPDs durch Raucherberatungsgespräch mit Entwöhnungserfolg und bei Annahme, dass 80% der COPD Erkrankten eine Raucheranamnese haben, könnten bei der Medikation von Tiotropiumbromid 392.669 € - 981.673 € bzw. 451.246 € - 1.128.117 € eingespart werden. Ein Aufwand von 0,24 - 0,61 € (2007) bzw. 0,28 - 0,7 € pro Raucher wäre hierbei bereits kosteneffektiv.

Limit: Tiotropiumbromid ist nicht die einzige bei COPD eingesetzte Medikation, das

Risiko der Unterschätzung ist gegeben.

**Generell wäre ein Raucherberatungsgespräch mit 1,41 - 4,32 € bereits kosteneffektiv, wenn man nur die Kosten für Spitalsaufenthalte für bösartige Neubildungen der Atmungsorgane, COPD Diagnostik und Tiotropiumbromid berücksichtigt, und wenn die 2-5% Entwöhnungserfolg angenommen werden. Weitere nicht direkt berechenbare Kosten, wie z.B. die mobile Sauerstoffapplikation (~7 €/d), sind hier noch nicht einbezogen.**

## 6 Suche

Übersichtsarbeiten wurden in LBI/HTA, AWMF, CRD/ NHS; WHO, SIGN; DIMDI; IQWiG; Cochrane DBSR; gesucht. SV interne Projekte wurden mit einbezogen.

## 7 Literatur

- <sup>1</sup> Rauchertelefon Quartalsbericht 1 2009
- <sup>2</sup> Projektbericht zum SV-Projekt Tabakprävention: Leitfaden – ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen: Behandlungsempfehlungen von Experten auf Basis aktueller wissenschaftlicher Literatur. Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Edith Pickl, Willibald Moik, MSc et a. 2008.
- <sup>3</sup> Projektbericht zum SV-Projekt Tabakprävention: Leitfaden – ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen: Behandlungsempfehlungen von Experten auf Basis aktueller wissenschaftlicher Literatur. Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Edith Pickl, Willibald Moik, MSc et a. 2008.
- <sup>4</sup> Autorin Dr. Astrid Knopp im Auftrag der SV 2004
- <sup>5</sup> Boyle P et al, Characteristics of smokers' attitudes towards stopping: Survey of 10 295 smokers in representative samples from 17 European countries. *Eur J Public Health* 2000; 10:5-14
- <sup>6</sup> Lancaster T et al, Training health professionals in smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>7</sup> Silagy et al, Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>8</sup> White AR et al, Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>9</sup> Silagy C et al, Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>10</sup> Rice VH et al, Nursing Interventions for Smoking Cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>11</sup> Park EW et al, Enhancing partner support to improve smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004
- <sup>12</sup> Lancaster T et al, Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004
- <sup>13</sup> Stead LF et al, Group behaviour therapy programmes for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>14</sup> Stead LF et al, Telephone counselling for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004
- <sup>15</sup> Rigotti NA et al, Interventions for smoking cessation in hospitalised patients (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>16</sup> Critchley J, Capewell S. Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004
- <sup>17</sup> Moher M et al., Workplace interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>18</sup> Secker-Walker RH, et al, Community interventions for reducing smoking among adults (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004.
- <sup>19</sup> Reddy D et al, Tobacco cessation interventions for young people (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004.
- <sup>20</sup> Helmert U, Einkommen und Rauchverhalten in der Bundesrepublik Deutschland – eine Sekundär-analyse der Daten des Mikrozensus 1995. *Gesundheitswesen* 1999; 61:31-37
- <sup>21</sup> Hanewinkel R et al, Primär- und Sekundärprävention des Rauchens im Jugendalter: Effekte der Kampagne „Be smart - Don't start“. *Gesundheitswesen* 2002, 64: 492-8
- <sup>22</sup> Zwick H, Das Netzwerk: Aktion „Jetzt aufhören“, *Atemw.-Lungenkrkh* 2002, 28(4): 178-79
- <sup>23</sup> [www.jetztaufhoeren.at](http://www.jetztaufhoeren.at), zuletzt aufgerufen am 15.4.2004
- <sup>24</sup> Fiore MC et al, Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. US Department of Human Health Services, Public Health Service, Rockville, Maryland
- <sup>25</sup> [http://eprints.hta.lbg.ac.at/cgi/search/simple?screen=Public%3A%3AEPrintSearch&\\_action\\_search=Suchen&q\\_merge=ALL&q=nikotinentw%C3%B6hnung&order=-date%2Fcreators\\_name%2Ftitle](http://eprints.hta.lbg.ac.at/cgi/search/simple?screen=Public%3A%3AEPrintSearch&_action_search=Suchen&q_merge=ALL&q=nikotinentw%C3%B6hnung&order=-date%2Fcreators_name%2Ftitle)

- <sup>26</sup> [http://leitlinien.net/AWMF-Leitlinien-Register Nr. 020/005 Entwicklungsstufe:3](http://leitlinien.net/AWMF-Leitlinien-Register-Nr.-020/005-Entwicklungsstufe:3); Zitierbare Quelle: Pneumologie 2008; 62; 255-272; Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin: Tabakentwöhnung bei COPD
- <sup>27</sup> A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *Jama* 2000;283:3244-3254
- <sup>28</sup> A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. *Jama* 2000;283:3244-3254
- <sup>29</sup> Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006;56:768-774
- <sup>30</sup> Miller WR. Motivational interviewing: research, practice, and puzzles. *Addict Behav* 1996;21:835-842
- <sup>31</sup> Soria R, Legido A, Escolano C, Lopez Yeste A, Montoya J. A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *Br J Gen Pract* 2006;56:768-774
- <sup>32</sup> <http://www.york.ac.uk/inst/crd/EM/em31.pdf>
- <sup>33</sup> Agency for Health Care Policy and Research. *Smoking cessation. Clinical practice guideline.* Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- <sup>34</sup> Law M, Ling Tang J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-1941.
- <sup>35</sup> Agency for Health Care Policy and Research. *Smoking cessation. Clinical practice guideline.* Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- <sup>36</sup> Law M, Ling Tang J. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern Med* 1995;155:1933-1941.
- <sup>37</sup> Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation.* In Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. Available in the The Cochrane Library (database on disk and CDROM). The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford: Update Software, 1998.
- <sup>38</sup> Agency for Health Care Policy and Research. *Smoking cessation. Clinical practice guideline.* Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- <sup>39</sup> Hughes J, Stead LF, Lancaster T. *Anxiolytics and antidepressants in smoking cessation.* In Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998 op. cit.
- <sup>40</sup> Lancaster T, Stead LF. *Silver acetate for smoking cessation.* In Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998 op. cit.
- <sup>41</sup> Hajek P, Stead LF. *The effect of aversive smoking on smoking cessation.* In Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998 op. cit.
- <sup>42</sup> Ashenden R, Silagy CA, Lodge M, Fowler G. A metaanalysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug Alcohol Rev* 1997;16:33-40.
- <sup>43</sup> White AR, Rampes H. *Acupuncture in smoking cessation.* In Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998 op. cit.
- <sup>44</sup> Agency for Health Care Policy and Research. *Smoking cessation. Clinical practice guideline.* Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- <sup>45</sup> Lancaster T, Stead L. *Mecamylamine (a nicotine antagonist) for smoking cessation.* In Lancaster T, Silagy C, Fullerton D (eds.) Tobacco Addiction Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998 op. cit.
- <sup>46</sup> Agency for Health Care Policy and Research. *Smoking cessation. Clinical practice guideline.* Agency for Health Care Policy and Research, 1996.
- <sup>47</sup> [http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/tobcontrol/20030822\\_1](http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/tobcontrol/20030822_1)
- <sup>48</sup> Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD000165.
- <sup>49</sup> [Aktueller\\_raucherstatus\\_\\_200607\\_032165.pdf](#)
- <sup>50</sup> Groman et al. 2000, zitiert im Projektbericht zum SV-Projekt Tabakprävention: Leitfaden – ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen: Behandlungsempfehlungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Literatur. Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Edith Pickl, Willibald Moik, MSc et a. 2008.

<sup>51</sup> Tabakprävention: Leitfaden – ambulante RaucherInnenentwöhnung für Erwachsene in Gruppen: Behandlungsempfehlungen auf Basis aktueller wissenschaftlicher Literatur. Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Edith Pickl, Willibald Moik, MSc et a. 2008.

<sup>52</sup> Quelle: BIG <http://web.big.sozvers.at/main.aspx>