

Tabakentwöhnung: Update 2011

Teil 1

Jacques Cornuz^a, Isabelle Jacot-Sadowski^a, Jean-Paul Humair^b, Carole Clair^a, Macé Schuurmans^c, Jean-Pierre Zellweger^d

Allgemeine Empfehlungen

Der Tabakmissbrauch ist nach wie vor ein schwerwiegendes Problem der öffentlichen Gesundheit. Er verursacht jedes Jahr etwa 9000 Todesfälle in der Schweiz und erfordert 5 Milliarden Franken an direkten medizinischen Ausgaben und indirekten sozialen Kosten. Die Mehrheit der Raucher wünscht sich, eines Tages mit dem Rauchen aufzuhören. Die medizinische Beratung hilft dem Raucher bei seinem Vorgehen zur Entwöhnung, die pharmakologische Behandlung erleichtert den Nikotinentzug und erhöht die Chancen, zu einem Ex-Raucher zu werden.

Dieser Artikel präsentiert ein Update der Schweizer Empfehlungen zur klinischen Praxis, die 2003 [1, 2], basierend auf einer Literaturrecherche, publiziert wurden. Wir haben vier nationale Empfehlungen ausgewählt (USA, Neuseeland, Kanada und Grossbritannien) [3–5] sowie eine Analyse der Empfehlungen in 31 Ländern [6]. Einer der Autoren (JC) war Teilnehmer einer

Gruppe internationaler Experten, welche die kanadischen Empfehlungen vorgelegt hat.

Übereinstimmend streben alle Empfehlungen nicht nur die Verbesserung der Betreuung des tabakabhängigen Patienten an, sondern schlagen auch Veränderungen auf der Ebene der Gesundheitssysteme vor. Sie wenden sich an alle Tabakkonsumenten (Zigarre, Pfeife, Schnupf- oder Kautabak, Wasserpfeife usw.) und nicht nur an Zigarettenraucher.

Die Grundlagen der Entwöhnung sind in Tabelle 1 [↪](#) zusammengestellt. Das Update 2011 integriert Fortschritte, die im Bereich der Tabakologie erzielt wurden, und präsentiert einige neue Empfehlungen oder erörtert ge-

^a Policlinique médicale Universitaire, Lausanne

^b Service de Médecine de Premier Recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Klinik für Pneumologie, UniversitätsSpital Zürich


^d Ligue Pulmonaire Suisse, Berne

Tabelle 1. Grundsätze der Tabakentwöhnung.

1. Die Tabakabhängigkeit ist eine chronische Erkrankung, die wiederholte Interventionen erfordert. Es gibt wirksame Behandlungen, die eine langfristige Tabakabstinenz begünstigen.
2. Es ist unverzichtbar, dass Ärzte und Gesundheitsdienste die Tabakabhängigkeit systematisch erfassen, dokumentieren und alle tabakabhängigen Patienten behandeln, denen sie in ihren Einrichtungen begegnen.
3. Die Behandlungen zur Tabakentwöhnung sind bei einem Grossteil der Bevölkerung wirksam. Ärzte sollten alle Patienten, die einen Aufhörversuch machen möchten, ermutigen, die empfohlenen Beratungen und medikamentösen Behandlungen in Anspruch zu nehmen.
4. Eine Kurzintervention (3 Minuten) zur Tabakabhängigkeit ist wirksam. Allen Tabakkonsumenten sollte mindestens eine Kurzintervention angeboten werden.
5. Persönliche Beratungen (einzeln oder in der Gruppe) sowie per Telefon (Quitline, Telefonservice), sind effektiv. Ihre Effektivität nimmt mit der Intensität der Intervention zu. Ärzten wird empfohlen, im Rahmen ihrer Intervention bei aufhörwilligen Patienten drei Beratungsstrategien miteinzubeziehen:
 - a. Psychologische Unterstützung: den Patienten bei seinem Aufhörversuch unterstützen, Interesse zeigen, ihn ermutigen, über seinen Aufhörprozess zu sprechen.
 - b. Basisinformationen über: Nikotinabhängigkeit, Entzugssymptome, Rückfallrisiken und verfügbare pharmakologische Therapien.
 - c. Praktische Ratschläge zur Problemlösung/Einübung von Kompetenzen in partnerschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Patienten:
 - Risikosituationen erkennen: Stress, Alkohol, andere Raucher.
 - Entwicklung von kognitiven und Verhaltensstrategien zur Rückfallprävention: Antizipieren von Risikosituationen, Ausweichmöglichkeiten, Alternativen, Umgang mit dringendem Rauchbedürfnis, Veränderungen des Lebensstils zur Stressreduzierung, Verbesserung der Lebensqualität, Begrenzung der Gewichtszunahme.
6. Telefonische Beratungen (Anrufservice) sind bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen effektiv und ermöglichen, eine grosse Personenzahl zu erreichen. Deshalb sollten Ärzte und Gesundheitsdienste den Patienten den Zugang zum Anrufservice ermöglichen und dessen Nutzung fördern.
7. Wenn ein tabakabhängiger Patient keinen Versuch machen möchte aufzuhören, können Ärzte ein auf die Empfindungen des Patienten zugeschnittenes motivierendes Gespräch anbieten, das sich als wirksam erwiesen hat, um ihn zu zukünftigen Aufhörversuchen anzuregen.
8. Die Interventionen zur Tabakabhängigkeit sind innerhalb eines klinischen Behandlungsplans wirksam und zugleich ausserordentlich kosteneffizient im Vergleich zu anderen medizinischen und präventiven Interventionen. Es ist notwendig, bei Versicherern und Entscheidungsträgern die Kostenerstattung für Beratungen und pharmakologische Behandlungen zu fördern, die in den Empfehlungen als wirksam identifiziert wurden.

Tabelle 2. Praktische Empfehlungen.

<p>1. Derzeit gibt es mehrere wirksame pharmakologische Behandlungsmassnahmen zur Einstellung des Tabakkonsums. Ärzte sollten deren Anwendung bei allen Patienten unterstützen, die versuchen, mit dem Rauchen aufzuhören – ausser bei medizinischen Kontraindikationen oder bei speziellen Gruppen oder wenn es keinen ausreichenden Wirksamkeitsnachweis gibt: schwangere Frauen, Tabakkonsumenten, die schnupfen oder kauen, leichte Raucher (weniger als 10 Zigaretten pro Tag), Jugendliche.</p> <p>a. Sechs pharmakologische Behandlungen verbessern zuverlässig die komplette langfristige Tabakabstinenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nikotinpflaster – Nikotininhalator – Nikotinkaugummi – Nikotintabletten zum Lutschen oder Nikotintabletten, die man unter der Zunge zergehen lässt – Vareniclin – Bupropion SR (verzögerte Freisetzung) <p>b. Ärzte können die Kombination mehrerer Medikamente in Betracht ziehen.</p>
<p>2. Beratungen und medikamentöse Behandlungen sind beide wirksam, wenn sie getrennt zur Behandlung der Tabakabhängigkeit angewendet werden. Die Kombination von Beratungen und medikamentösen Behandlungen ist wirksamer. Deshalb sollten Ärzte jede aufhörwillige Person ermutigen, Beratungsgespräche und medikamentöse Behandlungen in Anspruch zu nehmen.</p>
<p>3. Die Anwendung von Nikotinsubstituten vor dem definitiven Stopp kann die Abstinenz begünstigen. Sie kann möglicherweise vor einem Aufhörversuch als Vorbehandlung in Betracht gezogen werden, um die Reduktion des Tabakkonsums bei einem Raucher zu unterstützen, der noch nicht bereit ist, einen Aufhörversuch zu unternehmen.</p>
<p>4. Raucher, die unter psychiatrischen Problemen leiden oder psychotrope Substanzen missbrauchen, sollen ebenfalls eine Beratung zur Entwöhnung erhalten. Ärzte sollten deren Vorbehalte abbauen, indem sie eine Beratung speziell für diese Patientenkategorie anbieten.</p>
<p>5. Rauchende Frauen profitieren von den gleichen Beratungen und Interventionen wie männliche Raucher. Therapeuten sollten jedoch die spezifischen Motivationen und Hindernisse der Raucherinnen bezüglich des Aufhörens berücksichtigen.</p>
<p>6. Jugendliche Raucher sollten ebenfalls eine Entwöhnungsberatung erhalten. Die Anwendung von Nikotinsubstituten ist bei Jugendlichen nicht kontraindiziert, es gibt aber keine Evidenz für die Wirksamkeit bei ihnen.</p>
<p>7. Auch bei leichten Rauchern besteht ein Gesundheitsrisiko. Sie sollten von den gleichen Beratungen profitieren wie die anderen Raucher, auch wenn die Evidenz der Wirksamkeit von Nikotinsubstituten kontrovers diskutiert wird.</p>
<p>8. Die Entwöhnungsberatung bei schwangeren Frauen hat eine grosse Bedeutung. Die Anwendung von Nikotinsubstituten erscheint sicher, aber die Nachweise der Wirksamkeit beim Entzug schwangerer Raucherinnen sind nicht eindeutig.</p>
<p>9. Der Arzt soll die Möglichkeit einer Gewichtszunahme beim Tabakstopp nicht abstreiten oder mögliche Konsequenzen für den aufhörenden Raucher verharmlosen. Der Arzt sollte das Thema offen erörtern und dem Raucher geeignete Hilfe anbieten, auch indem er ihm bewusst macht, dass eine Gewichtszunahme nicht die gleichen Risiken mit sich bringt wie die Fortsetzung des Tabakmissbrauchs.</p>
<p>10. Nikotinsubstitute können auch bei Herzpatienten angewendet werden mit Ausnahme der Phase unmittelbar nach einem Infarkt.</p>

sicherte ältere Empfehlungen. Die Empfehlungen für die klinische Praxis sind in Tabelle 2  zusammengestellt. Die Tabakabhängigkeit ist als chronische Krankheit anerkannt, die eine langfristige Behandlung und wiederholte Interventionen erfordert. Neue Studien bestätigen, dass Raucherberatungen mit oder ohne begleitende pharmakologische Behandlung eine wirksame Strategie zur Einstellung des Tabakkonsums darstellen. Die Erstberatung kann durch einen Grundversorger, einen Spezialisten für Tabakologie, eine Pflegefachperson mit Zusatzausbildung oder durch einen telefonischen Service («quitline») erfolgen. Letzteres vermag eine wesentlich grössere Personenzahl zu erreichen, insbesondere Jugendliche. Es hat sich gezeigt, dass ein motivierendes Gespräch bei Patienten wirksam ist, die nicht mit dem Rauchen aufhören möchten, und die Anzahl der Aufhörwilligen erhöhen kann.

Aktuell stehen Ärzten und Patienten sechs pharmakologische Alternativen zur Erstlinienbehandlung zur Verfügung, siehe auch die Aufstellung «Indikationen für eine pharmakologische Therapie» in diesem Artikel. Darunter sind vier Nikotinsubstitute sowie Bupropion und Vareniclin, welches erst nach unseren Schweizer Empfehlungen von 2004 auf den Markt gekommen ist. Die Auswahl der pharmakologischen Erstlinienbehandlung richtet sich nach den persönlichen Präferenzen und Erfahrungen des Patienten, Kontraindikationen und

Nebenwirkungen der verschiedenen Behandlungen, dem Preis und der medikamentösen Compliance des Patienten. Kombinationen der Massnahmen sind wirksam und werden vor allem für Patienten mit sehr starker Abhängigkeit oder bei einem Rückfall empfohlen. Nikotinpflaster können mit Kaugummi, Tabletten, einem Inhalator oder mit Bupropion SR kombiniert werden. Es wird jedoch nicht empfohlen, Vareniclin mit Nikotinsubstituten zu kombinieren. Die Experten empfehlen keine pharmakologische Therapie bei schwangeren Frauen, Jugendlichen, leichten Rauchern (weniger als zehn Zigaretten pro Tag) oder bei nichtrauchenden Tabakkonsumenten (Kautabak oder Schnupftabak). Bislang sind die Studien nicht ausreichend beweiskräftig zur Empfehlung ihrer routinemässigen Anwendung in diesen speziellen Situationen.

Die Ärzte müssen die Raucher informieren, dass das Absetzen des Rauchens mit Gemütsveränderungen begleitet sein kann und dass diese von der pharmakologischen Behandlung verstärkt werden können. Die Raucher müssen auch über mögliche Nebenwirkungen der Medikamente zur Raucherentwöhnung informiert werden, wie z.B. Gemütsstörungen, depressive Tendenz, Aufmerksamkeitsdefizit und allergische Reaktionen.

Die Studien haben widersprüchliche Resultate zur Wirksamkeit einer Vorbehandlung mit Nikotinsubstituten bei aufhörwilligen Patienten vor dem Datum des

INDIKATIONEN FÜR EINE PHARMAKOLOGISCHE THERAPIE

- Motivation zur Einstellung des Tabakkonsums oder vorübergehende Nikotinsubstitution und
- Nikotinabhängigkeit

KONTRAINDIKATIONEN/SICHERHEITSHINWEISE

- **Nikotinsubstitution: Sicherheitshinweise:** Myokardinfarkt <2 Wochen, instabile Angina pectoris, ventrikuläre Rhythmusstörungen, Schwangerschaft/Stillzeit.
- **Vareniclin: Kontraindikationen:** schwere Niereninsuffizienz, Schwangerschaft/Stillzeit, Alter unter 18 Jahren. **Sicherheitshinweise:** psychiatrische Störungen, suizidale Tendenz.
- **Bupropion: Überdosierungsrisiko:** Leber- und Niereninsuffizienz. **Kontraindikationen:** Epilepsie, Anorexia nervosa/Bulimie, Alkoholentzug oder Beruhigungsmittel, Leberzirrhose, Hirntumor, MAOI, bipolare Erkrankung, Schwangerschaft, Stillzeit, Alter unter 18 Jahren. **Sicherheitshinweise:** herabgesetzte epileptogene Schwelle, Alkoholabhängigkeit, Antidepressiva, Neuroleptika, Tramadol, Chinolone, Antimalariamittel, systemische Kortikosteroide, Stimulanzien, blutzuckersenkende Mittel, Schlafmangel, Schädel-Hirn-Trauma, CYP2D6-Hemmung.

SCHWACHE ABHÄNGIGKEIT

<10 Zigaretten/Tag oder erste Zigarette >60 Minuten nach dem Aufwachen

MÄSSIGE ABHÄNGIGKEIT

10–19 Zigaretten/Tag oder erste Zigarette 31–60 Minuten nach dem Aufwachen

STARKE ABHÄNGIGKEIT

20–30 Zigaretten/Tag oder erste Zigarette 5–30 Minuten nach dem Aufwachen

SEHR STARKE ABHÄNGIGKEIT

>30 Zigaretten/Tag oder erste Zigarette <5 Minuten nach dem Aufwachen

Nach Wahl, abhängig von: Vorlieben des Patienten, früheren Erfahrungen, Kontraindikationen, somatischen Komorbiditäten, früherer Depression, anderen Abhängigkeiten, Begleitmedikation

• Nikotinsubstitution

- **Kaugummi** 2 mg
- **Lutschtablette** 1 mg
- **Sublingualtablette** 2 mg
- **Inhalator**
- **Depot-Pflaster** niedrige Dosis

• Nikotinsubstitution

- **Kaugummi** 2 mg
- **Lutschtablette** 1 mg
- **Sublingualtablette** 2 mg
- **Inhalator**
- **Depot-Pflaster** mittlere oder starke Dosis
- **Vareniclin**
- **Bupropion**

• Nikotinsubstitution

- **Monotherapie:** Depot-Pflaster, starke Dosis / Kaugummi 4 mg / Lutschtablette 2 mg / Sublingualtablette / Inhalator
- **Bitherapie:** Depot-Pflaster, starke Dosis + Kaugummi 4 mg / Lutschtablette 2 mg / Sublingualtablette / Inhalator
- **Vareniclin**
- **Bupropion**
- **Bupropion + Nikotinsubstitution** (Kaugummi/Tablette/Inhalator/Pflaster)

• Nikotinsubstitution

- **Bitherapie:** Depot-Pflaster, starke Dosis + Kaugummi 4 mg / Lutschtablette 2 mg / Sublingualtablette / Inhalator
- **Vareniclin**
- **Bupropion**
- **Bupropion + Nikotinsubstitution** (Kaudepot/Tablette/Inhalator/Pflaster)
- **Bupropion + Nikotinsubstitution als Bitherapie** (Kaugummi/Tablette/Inhalator/Pflaster)

Vorübergehende Nikotinsubstitution: Präparate von kurzer Wirkdauer sind zu bevorzugen (Kaugummi/Tablette/Inhalator); wenn unzureichend: Depot-Pflaster hinzufügen.

NIKOTINSUBSTITUTION

PFLASTER 16 Std.

Nicorette® Pflaster
25 mg/15 mg/10 mg

Starke Dosis: 25 mg × 8 Wo, dann 15 mg × 2 Wo, dann 10 mg × 2 Wo. Dauer: 2–3 Monate bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Mittlere Dosis: 15 mg × 4 Wo, dann 10 mg × 2 (4) Wo. Dauer: 6–8 Wo bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Niedrige Dosis: 10 mg. Dauer: 4–8 Wo bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

An eine unbehaarte Stelle des Körpers kleben. Die Stelle jeden Tag wechseln.

PFLASTER 24 Std.

Nicotinell® Pflaster
21 mg/14 mg/7 mg

Starke Dosis: 21 mg × 4 Wo, hernach 14 mg × 2 (4) Wo, dann 7 mg × 2 (4) Wo. Dauer: 2–3 Monate bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Mittlere Dosis: 14 mg × 4 Wo, hernach 7 mg × 2 (4) Wo. Dauer: 6–8 Wo bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Niedrige Dosis: 7 mg. Dauer: 4–8 Wo bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

An eine unbehaarte Stelle kleben. Die Stelle jeden Tag wechseln.

KAUGUMMI

Nicorette®/Nicotinell®
2 mg/4 mg

8–12 Kaugummis/Tag × 4 Wo (max. 15/Tag) zu adaptieren. Progressive Reduktion. Dauer: 2–3 Monate bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Bei Bitherapie mit Pflaster: max. 6 Kaugummis/Tag

20–30 Sekunden kauen, anschliessend den Kaugummi zwischen Zahnfleisch und Wange behalten, auf diese Weise 30 Minuten lang mit Pausen kauen.

LUTSCHTABLETTE

Nicotinell®
1 mg/2 mg

8–12 Tabl./Tag × 4 Wo (max. 15/Tag) zu adaptieren. Progressive Reduktion. Dauer: 2–3 Monate bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Bei Bitherapie mit Pflaster: max. 6 Tabl./Tag

SUBLINGUALTABLETTE

Nicorette Microtab®
2 mg

8–12 Tabl./Tag × 4 Wo (max. 15/Tag) zu adaptieren. Progressive Reduktion. Dauer: 2–3 Monate, verlängerbar bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich

Bei Bitherapie mit Pflaster: max. 6 Tabl./Tag

Unter der Zunge zergehen lassen.

INHALATOR

Nicorette Inhaler®
10 mg

6–12 Inhalerpatronen/Tag × 4 Wo (max. 16/Tag) zu adaptieren. Progressive Reduktion. Dauer: 2–3 Monate, verlängerbar bis zu

6–12 Monaten, falls erforderlich

Bei Bitherapie mit Pflaster: max. 4 Inhalerpatronen/Tag

Wiederholte Inhalationen von kurzer Dauer während 30 Minuten.

VARENICLIN

Champix®
0,5 mg / 1 mg

1 × 0,5 mg/Tag vom 1. bis 3. Tag, dann 2 × 0,5 mg/Tag vom 4. bis 7. Tag, schliesslich 2 × 1 mg/Tag × 11 Wo ab dem 8. Tag. Rauchstopp normalerweise für den 8. Tag festgelegt, ist aber auch vorher möglich. Raucher informieren über die möglichen Veränderungen des Gemüts und des Verhaltens. Patienten betreuen und bei Auftreten von Verhaltens- oder Gemütsänderungen, Depressionen, suizidalen Ideen oder allergischen Reaktionen Vareniclin sofort absetzen. Bei signifikanten Nebenwirkungen sollte die Dosis auf 2 × 0,5 mg/Tag vermindert werden oder ein Absetzen des Präparates erwogen werden. Dauer: 3 Monate bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich.

BUPROPION

Zyban®
150 mg

1 × 150 mg/Tag vom 1. bis 6. Tag, dann 2 × 150 mg/Tag × 7–11 Wo ab dem 7. Tag. Rauchstopp festgelegt zwischen dem 8. und 14. Tag. Bei signifikanten Nebenwirkungen oder bei Sicherheitshinweisen sollte die Dosis auf 1 × 150 mg/Tag vermindert werden oder ein Absetzen des Präparates erwogen werden. Dauer: 2–3 Monate bis zu 6–12 Monaten, falls erforderlich.

Tabakstopps ergeben. Diese Methode wird derzeit aufgrund der fraglichen Wirksamkeit nicht empfohlen.

Die neuseeländischen Empfehlungen schlagen eine einfache Vorgehensweise nach dem Akronym **ABC** vor:

Ask about smoking status – erfragen Sie den Tabakkonsum.

Brief advice to stop smoking for all people who smoke – empfehlen Sie allen Rauchern, den Tabakkonsum einzustellen, unabhängig vom Grad ihrer Motivation.

Provide evidence-based Cessation support for those who express a desire to stop smoking – bieten Sie wirksame Hilfen zur Tabakentwöhnung an.

Diese Strategie hat den Vorzug, dass sie einfach im Gedächtnis zu behalten und einfach in der klinischen Praxis anzuwenden ist, beinhaltet aber die gleichen Grundsätze wie die aktuellen Empfehlungen.

Zahlreiche Belege unterstreichen übereinstimmend die Bedeutung der Politik und der Gesundheitssysteme für den Erfolg verschiedener Strategien in der Behandlung der Tabakabhängigkeit. Zum Beispiel erhöht die Kostenersatzung für Beratungsgespräche und die pharmakologische Behandlung zur Tabakentwöhnung durch die Krankenkasse die Chancen eines Patienten, sich behandeln zu lassen und seinen Konsum erfolgreich zu beenden.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene profitieren von Beratungen zum Rauchstopp, aber es müssen noch gezieltere Interventionen entwickelt werden. Angepasste Strategien müssen entwickelt werden für bestimmte Bevölkerungsgruppen mit einer erhöhten Prävalenz des Tabakmissbrauchs wie Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, psychiatrischen Störungen oder Abhängigkeit von weiteren Substanzen. Schliesslich braucht es Studien, die die Realität der klinischen Praxis besser abbilden, und nicht nur randomisierte und kontrollierte Untersuchungen mit ausgewählten Teilnehmern, die für die Allgemeinbevölkerung oft nicht repräsentativ sind.

Korrespondenz:

Dr. Jean-Pierre Zellweger

Lungenliga Schweiz

Südbahnhofstr. 14c

CH-3000 Bern 14

zellwegerjp@swissonline.ch

Jean-Pierre Zellweger hat Honorare der Firma Pfizer erhalten für Seminare zum Einsatz von Vareniclin in der klinischen Praxis. Jean-Paul Humair hat Honorare erhalten für Vorträge und die Teilnahme an einem «Advisory Board» für eine Firma, die ein Medikament zur Tabakentwöhnung produziert. Diese Honorare wurden einem Fonds für Weiterbildung und Forschung in Tabakologie des «Service de Médecine de Premier Recours des Hôpitaux Universitaires de Genève» zugeführt. Jacques Cornuz, Isabelle Jacot-Sadowski, Carole Clair und M. Schuurmans haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac 1^{re} partie: Recommandations pour la pratique clinique. *Schweiz Med Forum*. 2004;4(29-30):764-70.
- 2 Cornuz J, Humair JP, Zellweger JP. Désaccoutumance au tabac 2^e partie: Recommandations pour la pratique clinique. *Schweiz Med Forum*. 2004;4(31):792-805.
- 3 Fiore M, Baker T, Jaen C, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, Md: US Department of Health & Human Services, Public Health Service; 2008.
- 4 McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T; New Zealand Guidelines Group. New Zealand smoking cessation guidelines. *N Z Med J*. 2008;121(1276):57-70.
- 5 National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE public health guidance 10. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplace, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. 2008. www.nice.org.uk.
- 6 Raw M, Regan S, Rigotti NA, McNeill A. A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 31 countries. *Addiction*. 2009;104(7):1243-50.

Der zweite Teil dieses Artikels erscheint in Heft 10/2011.