



**in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.**

**Nr. 16  
Juni  
2006**

### Editorial

Die Fußball-WM ist da, und dazu ein bis auf den letzten Platz besetztes Leipziger WM-Stadion voller ausstiegsbereiter Raucher? Rauchfrei 2006, die weltgrößte Ausstiegsaktion, ist am Weltnichtrauchertag zu Ende gegangen. Die Gewinner sind ermittelt und wurden am 31. Mai zusammen mit ihren jeweiligen Helfern in Berlin vorgestellt. Die Teilnehmerzahl lag bei 44 636. Das sind erheblich weniger als bei der Kampagne 2004. Woran hat es gelegen? Die Organisatoren vermuten, dass die deutlich geringere Berichterstattung in der Presse eine wichtige Rolle gespielt hat. Es sind nur etwa halb so viele Presseartikel zu rauchfrei 2006 erschienen wie vor zwei Jahren zu rauchfrei 2004. Und das lag daran, dass seit dem Start der Aktion eine Fülle von konkurrierenden Themen aus dem Bereich der Tabakkontrolle in den Medien berichtet wurden: Der Hotel- und Gaststättenverband DEHOGA gab just am 1. März einen Zwischenbericht zu den rauchfreien Plätzen in der Gastronomie ab. Dann erregte eine Publikation zur Lobbyarbeit der Tabakindustrie Ende März großes öffentliches Interesse. Schließlich wurde die Androhung von EU-Gesundheitskommissar Kyprianou, wegen der Tabakwerbung vor dem Europäischen Gerichtshof gegen Deutschland vorzugehen, von vielen

### Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	2
Kongresse/Tagungen	2
News	2
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3-4

Presseorganen aufgenommen. Somit war das Tabakthema bereits durch andere Ereignisse besetzt.

Ob man allerdings enttäuscht sein muss, wenn doch immerhin so viele Menschen teilgenommen haben wie in das Leipziger WM-Stadion passen, sei einmal dahingestellt. Zumal derzeit noch Anstrengungen unternommen werden mit dem Ziel, die WM in Deutschland ebenso wie die in Japan/Südkorea für rauchfrei zu erklären.

Nachdem die FIFA aufgrund der Vogelgrippe noch Ende März den Verkauf von Geflügelfleischprodukten in WM-Stadien verboten hat, sagt der gesunde Menschenverstand, dass auch das Rauchen in WM-Stadien verboten sein müsste: 4,9 Millionen jährlichen Todesfällen durch das Rauchen stehen weniger als 150 dokumentierter Fälle des Todes von Menschen durch Vogelgrippe gegenüber.

In den News finden Sie die neue Indikation für Nikotinkaugummi und Informationen zu dem kürzlich in den USA zugelassenen Wirkstoff Vareniclin. Zusätzlich werden die Kernaussagen der zum Weltnichtrauchertag als Band 6 der „Roten Reihe“ erschienenen Publikation „Rauchlose Tabakprodukte: Jede Form von Tabak ist gesundheitsschädlich“ abgedruckt.

Natürlich werden auch wieder kürzlich publizierte Artikel präsentiert. Die Cochrane-Gruppe hat eine Metaanalyse zu Strategien der Rückfallprävention vorgelegt. Zum zweiten wurde der Effekt einer einfachen präoperativen Empfehlung zum Rauchstopp untersucht und schließlich gibt es bemerkenswerte Daten aus Australien zur Effektivität des „kalten Entzugs“.

Der nächste Newsletter erscheint erst wieder nach der Sommerpause im September.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam  
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,  
Anil Batra, Wilfried Kunstmann



---

## Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

### Fortbildungen für Fachberufe

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Termine: 6. Oktober 2006 und 24. November 2006 (jeweils freitags 14–18 Uhr). Der Termin 24. November 2006 ist nur für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen. Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de); Anmeldung unter [who-cc@dkfz.de](mailto:who-cc@dkfz.de)

2. Kursleiterschulung für das Gruppenprogramm „Eine Chance für Raucher – rauchfrei in 10 Schritten“ durch das Institut für Therapieforschung München. Termine für 2006:

24.06.–25.06.2006 Lübeck, 24.06.–25.06.2006 Lübeck, 10.07.–14.07.2006 München, 07.09.–11.09.2006 Berlin, 16.09.–17.09.2006 Freiburg, 20.11.–24.11.2006 München (Lübeck und Freiburg: verkürztes Seminar nur für Personen mit verhaltenstherapeutischen Kenntnissen im Rahmen der Verhaltenstherapiewochen des IFT). Infos unter <http://www.vtausbildung.de/praevention/10schritte.htm>; Anmeldung bei [seidel@ift.de](mailto:seidel@ift.de);

Tel.: 089/360804-81, Fax: 089/360804-69

3. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. unter Leitung von Prof. Dr. A. Batra und Dipl.-Psych. P. Lindinger. Diese Fortbildung vermittelt theoretische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in der Motivation und Behandlung von Rauchern.

Die Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt. Teilnehmer am „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“ sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen und erhalten 24 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Termin: Freitag, 03.11.2006, 9.00–18.30 Uhr,

Samstag, 04.11.2006, 8.30–17.15 Uhr

Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen.

Auskunft und Anmeldung: WiT-WissensTransfer, Universitätsbund Tübingen, Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen

Tel. 07071 / 29-76439, 29-76872; Fax 295101

<http://www.wit.uni-tuebingen.de>

### Kongresse/Tagungen:

11. 2. Nationale Konferenz „UK National Smoking Cessation Conference“ 26. und 27.06.2006, Newcastle, UK. Programm unter [http://www.uknsc.org/2006\\_UKNSCC/programme.html](http://www.uknsc.org/2006_UKNSCC/programme.html)

2. 13. Weltkonferenz Tabak oder Gesundheit.

12.07.–15.07.2006, Washington D.C., USA. Programm unter <http://www.2006conferences.org/pdfs/WCTOH.pdf>

3. 8. Jahreskonferenz der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europe. 23.09.–26.09.2006, Kusadasi, Türkei. Konferenzmotto: „The Biology of Tobacco Dependence: From the Laboratory to the Smoker“. Programm und Anmeldung unter <http://www.srnt2006eu.org/>

4. 11. Tübinger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung) Termin: 27.–29.09.2006, An-

meldung bei Tübinger Suchttherapietage, Osianderstr. 24, 72076 Tübingen, Tel. 0 70 71 / 298 09 22, Fax: 0 70 71 / 29 53 84 oder [sucht@med.uni-tuebingen.de](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de)

5. Bitte schon vormerken: 06.12.–07.12.2006

4. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle

WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Heidelberg. Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de)

---

## News

### a) Neue Indikation für Nikotinkaugummi

Beschränkte sich bislang die Zulassung von Nikotinersatzpräparaten ausschließlich auf den Rauchstopp, so ist die Verwendung von Nikotinkaugummi seit kurzem auch für die einem Rauchstopp vorausgehende Konsumreduktion zugelassen. In einigen Studien konnte die Beobachtung gemacht werden, dass Raucher bei der Verwendung mit Nikotin-Kaugummi ihren Rauchkonsum nachhaltig reduzieren und im Anschluss an diese Reduktion auch ganz einstellen konnten.

Nicotinkaugummi kann verwendet werden, um das Rauchverlangen zu verringern und um so die rauchfreie Phase zu verlängern. Ziel ist es dadurch das Rauchen so weit wie möglich einzuschränken.

Nicht später als 6 Monate nach Beginn der Anwendung von Nikotinkaugummi sollte ein vollständiger Rauchstopp erfolgen. Wenn dies jedoch innerhalb von 9 Monaten nach Beginn der Anwendung nicht gelingt, ist ein Arzt zu konsultieren.

Bei der Auswahl der geeigneten Stärke können sich Raucher an ihrem vorherigen, normalen Zigarettenkonsum orientieren: Bei bis zu 20 Stück täglich soll ein 2 mg-Kaugummi, bei mehr als 20 pro Tag kann das 4 mg-Kaugummi verwendet werden. Die empfohlene Tagesdosis liegt bei 8–12 Kaugummi, wobei 16 pro Tag nicht überschritten werden dürfen.

Die WHO hat bereits 2001 eine solche Praxis gefordert. Die Datenlage sowie die bisherigen klinischen Erfahrungen, dass viele Patienten bereits Nikotinkaugummi und Zigaretten gleichzeitig genutzt haben, sprechen für die neue Indikation des Kaugummi.

Mit dieser neuen Indikation sollte sehr verantwortungsvoll umgegangen werden!

Keinesfalls sollte Konsumenten angeraten werden, über die 6 Monate hinaus kontinuierlich beide Produkte zu verwenden. Der Nikotinkaugummi ist primär als Unterstützung für einen Rauchstopp zu deklarieren; eine Unterstützung zur Konsumreduktion ist weiterhin als Reservelösung anzusehen.

### b) Neuer Wirkstoff für die Tabakentwöhnung zugelassen

Die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA hat mit Vareniclin einen neuen Wirkstoff zur Tabakentwöhnung zugelassen. Die Zulassung in Europa ist noch nicht erfolgt.

Vareniclin ist ein partieller Nikotin-Agonist und besetzt den alpha4beta2-Nikotin-Rezeptor. Indirekt stimuliert Vareniclin dadurch u.a. auch die Dopamin-Freisetzung. Damit sollen nikotinähnliche Effekte zur Milderung der Entzugsprobleme erzielt und im Falle eines Wiederaufnahme des Rauchens die Nikotinwirkung blockiert werden.

Die Wirkung von Vareniclin ist laut FDA in sechs klinischen Studien untersucht worden, an denen 3.659 langjährige und starke Raucher (durchschnittlich 21 Zigaretten täglich über 25 Jahre) teilnahmen. Fünf der sechs Studien waren randomisierte kontrollierte Studien, in denen Vareniclin deutlich bessere Abstinenzquoten als ein Placebo erzielte. In zwei der fünf Studien wurde Vareniclin zusätzlich mit Bupropion verglichen. Nach 12 Wochen betragen die Abstinenzquoten unter Vareniclin 44 Prozent, unter

Bupropion 30 Prozent und in der Placebobehandlung 17 bzw. 18 Prozent. Nach einem Jahr sanken die Quoten auf 21 bzw. 22 Prozent (Vareniclin), 14 bzw. 16 Prozent (Bupropion) und 8 bzw. 10 Prozent (Placebo).

Die US-amerikanische Zulassung bezieht sich auf eine Anwendungsdauer über 12 Wochen mit der Möglichkeit, im Falle einer Abstinenz die Anwendung um weitere 12 Wochen zu verlängern.

Die häufigsten Nebenwirkungen sind laut FDA Übelkeit, Kopfschmerz, Erbrechen, Flatulenz, Schlaflosigkeit, abnorme Träume und Veränderungen der Geschmackswahrnehmung.

Die bisher vorliegenden Daten sind recht viel versprechend, sollten jedoch nicht zu der Ansicht verleiten, mit Vareniclin eine „Wunderpille“ zur Tabakentwöhnung zur Verfügung zu haben.

Jonathan Foulds betont in seinem Artikel zu Vareniclin die Notwendigkeit, viele Facetten der Tabakentwöhnung zu beachten:

„...Societal interventions such as increases in taxes on cigarettes, laws requiring that public places be smoke-free and restrictions on the marketing of tobacco have all been shown to impact societal tobacco use. It is also clear that tobacco dependence is best conceptualised as a chronic condition...tobacco dependence is frequently not cured by a single short-term pharmacological intervention... More intensive behavioural interventions and combination of pharmacotherapies improve smoking cessation outcomes. This may also be true for varenicline.“

Literatur: Foulds J (2006) The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline. *International Journal of Clinical Practice*, 60, 571 – 576

### c) Band 6 der Roten Reihe „Tabakprävention und Tabakkontrolle“ erschienen

Rauchlose Tabakwaren standen am Welt Nichtrauchertag besonders in der Kritik. Zu diesem Anlass veröffentlichte das Deutsche Krebsforschungszentrum die Publikation „Rauchlose Tabakprodukte“ als Band 6 der Roten Reihe. Insbesondere soll auf die Taktik der Hersteller hingewiesen werden, die rauchlosen Tabak als gesündere Alternative zu Rauchtobak und als Ausstiegshilfe für Raucher anpreisen. Rauchlosen Tabak als Entwöhnungshilfe einzusetzen ist allerdings sehr umstritten.

Die Kernaussagen der Publikation lauten:

- Rauchlose Tabakwaren – also Kau-, Lutsch- und Schnupftabak – werden als weniger gesundheitsschädliche Alternative zu Rauchwaren diskutiert. Sie enthalten aber gesundheitsschädliche Inhaltsstoffe und das in ihnen enthaltene Nikotin macht süchtig.
- Die Gesundheitsgefährdung durch rauchlose Tabakprodukte ist zwar geringer als durch Rauchtobak, diese Produkte sind aber keineswegs harmlos: Sie verursachen Krebs im Mundbereich, erhöhen das Risiko für Bauchspeicheldrüsenkrebs und Herz-Kreislaufkrankungen, gefährden die Schwangerschaft und das Ungeborene und schädigen Zahnfleisch und Zähne.
- Die Hersteller werben in den Ländern, in denen rauchlose Tabakwaren zugelassen sind, besonders intensiv Jugendliche und bieten insbesondere für diese Zielgruppe stark aromatisierte und sehr süße Einsteigerprodukte an.
- Weltweit konsumieren immer mehr Jugendliche rauchlose Tabakwaren.
- Die Produzenten preisen rauchlosen Tabak als gesündere Alternative zu Rauchtobak und als Ausstiegshilfe für Raucher an. Tatsächlich ist es aber umstritten, ob rauchloser Tabak als Hilfe bei einem Rauchstopp geeignet ist. Vielmehr gibt es Hinweise dafür, dass der Konsum von rauchlosem Tabak die Wahrscheinlichkeit erhöht, mit dem Rauchen anzufangen. Zudem verstärkt der Konsum von rauchlosem Tabak die

Nikotinabhängigkeit. Rauchloser Tabak sollte daher nicht als Hilfe bei einem Rauchstopp empfohlen werden.

- Das Verkaufsverbot von rauchlosem Tabak in der Europäischen Union sollte – insbesondere zum Schutz der Jugend – keinesfalls gelockert werden.

Die Publikation kann unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de) heruntergeladen oder bei [who-cc@dkfz.de](mailto:who-cc@dkfz.de) bestellt werden.

## Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Andrews K, Bale P, Chu J, Cramer A & Aveyard P (2006) A randomized controlled trial to assess the effectiveness of a letter from a consultant surgeon in causing smokers to stop smoking pre-operatively. *Public Health*, 120, 356–358

Die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen nach operativen Eingriffen ist bei Rauchern erhöht. Ein Rauchstopp wenige Wochen vor dem Eingriff steht in Zusammenhang mit einem verminderten Risiko für postoperative Komplikationen.

In der randomisierten und kontrollierten Studie bei 102 Patienten wurde der Einfluss einer einfachen, klaren Empfehlung zum Rauchstopp durch einen fachärztlich beratenden Chirurgen untersucht.

Die Intervention bestand aus einem Brief, der zusätzlich zur Broschüre, die alle Patienten zusammen mit Empfehlungen des Pflegepersonals erhalten, ausgehändigt wurde. In dem Brief wurde betont, dass der „Rauchstopp 1 bis 2 Wochen vor dem Eingriff erhebliche Vorteile“ habe. Diese Vorteile wurden aufgelistet (z.B. kürzere Genesung, vermindertes Risiko für Wundinfektionen). Zusätzlich wurde den Patienten die Kontaktadresse eines „Stop Smoking Service“ gegeben.

### Ergebnisse:

In der Interventionsbedingung hatten 18 % bis zum Tag der Operation mit dem Rauchen aufgehört, in der Kontrollgruppe nur 8 % (OR 2.21, KI 1.06–4.6). Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass ein einfacher Brief eines Chirurgen Raucher dazu motiviert, spätestens am Tag ihres Eingriffs mit dem Rauchen aufzuhören, was die Wahrscheinlichkeit für postoperative Komplikationen verringern kann. Die Vorteile der beschriebenen Intervention liegen in der einfachen und kostengünstigen Implementierungsmöglichkeit.

Eine beträchtliche Zahl von Patienten nimmt zumindest einen temporären Rauchstopp vor, wenn ihnen Informationen über die Vorteile des Rauchstopps dargelegt werden. Dies könnte mit intensiveren Interventionen kombiniert werden (z.B. der Bereitstellung von Nikotinersatztherapie), um auch stark abhängige Raucher bei einem temporären präoperativen Rauchstopp zu unterstützen.

### Wichtig für die Praxis

Auch eine einfache Information durch den behandelnden Arzt vor einer OP kann die Motivation zum Rauchstopp deutlich steigern.

b) Lancaster T, Hajek P, Stead L, West R, Jarvis M (2006) Prevention of relapse after quitting smoking. A systematic review of trials. *Arch Intern Med*, 166, 828 – 835

### Hintergrund

Auch wenn es mit evidenzbasierten Programmen gelingt, einem Großteil der Teilnehmer an Entwöhnungsmaßnahmen zu initialer

Abstinenz zu verhelfen, sind Rückfälle innerhalb des ersten Jahres nach dem Rauchstopp sehr häufig. Untersucht wurde deshalb der Effekt von Interventionen zur Rückfallprävention.

### Methode

Randomisierte oder quasi-randomisierte Kontrollgruppenstudien, die eine Intervention zur Rückfallprophylaxe mit einer Intervention ohne Rückfallprophylaxe verglichen, wurden einem systematischen Review unterzogen.

### Ergebnisse

42 Studien wurden identifiziert (darunter auch eine deutsche Studie von Buchkremer et al. aus dem Jahr 1991). Meist bestand die Rückfallprävention in einem Training zur Identifikation und Bewältigung von Hochrisikosituationen oder einer verlängerten Behandlungszeit bzw. zusätzlicher medikamentöser Unterstützung. Weder für spezifische Risikogruppen (Schwangere, Krankenhauspatienten), Selbstaussteiger ohne professionelle Unterstützung noch für Teilnehmer professioneller Entwöhnungsprogramme konnte ein positiver Effekt eines Trainings zur Rückfallprävention ermittelt werden. Auch eine verlängerte Behandlung mit Bupropion erbrachte keinen zusätzlichen Effekt. Lediglich der Einsatz von Nikotinkaugummi zur Rückfallprävention erbrachte in zwei Studien bei Selbstaussteiger ohne professionelle Unterstützung einen kleinen positiven Effekt (OR = 1.30, 95% KI 1.06–1.61).

### Diskussion

Es konnte keine stabile Evidenz für Rückfallpräventionsstrategien ermittelt werden, so dass ein dringender Forschungsbedarf bestehen bleibt. Weitere Studien sollten ehemalige und für vier Wochen kontinuierlich abstinenten Raucher auf verschiedene Rückfallpräventionsstrategien randomisieren, um den Effekt auf eine mindestens halbjährige kontinuierliche Abstinenz zu ermitteln.

#### Wichtig für die Praxis

Durchgängig wirksame Strategien zur Rückfallvermeidung konnten noch nicht ermittelt werden.

c) Doran CM, Valenti L, Robinson M, Britt H & Mattick R (2006) Smoking status of Australian general practice patients and their attempts to quit. *Addictive Behaviors*, 31, 758–766

Untersucht wurden Rauchstatus, Ausstiegsmethoden und deren Erfolgsraten bei Erwachsenen, die einen Allgemeinarzt aufsuchten. Von 8435 in 328 Allgemeinarztpraxen befragten Patienten waren 27,3% ehemalige und 21,5% aktuelle Raucher. Bei ehemaligen Rauchern wurde nach der beim letzten Versuch angewandten Methode gefragt, unabhängig vom Zeitpunkt dieses Versuchs, bei Rauchern nach dem letzten erfolglosen Versuch innerhalb der letzten fünf Jahre. 92% der ehemaligen Raucher haben bei ihrem letzten (und damit auch erfolgreichen) Ausstiegsversuch lediglich eine Methode angewandt, und das war in 88% der Fälle die „cold turkey“-Methode, also der „kalte

Entzug“. Auch bei den aktuellen Rauchern war dies die mit 62% am häufigsten verwendete.

Methode	Exraucher	Raucher	Erfolgsrate
Kalter Entzug	1,942	575	77.2%
Ärztliche Unterstützung	71	47	60,2%
Nikotinpflaster	145	259	35.9%
Nikotinkaugummi	52	93	35.9%
Nikotininhaler	12	22	35.3%
Bupropion	36	122	22.8%

Tabelle 1: Nutzungszahlen und Erfolgsraten bei 2207 Exrauchern und 928 aktuellen Rauchern

Auch wenn lediglich die Ausstiegsversuche nach 2001 berücksichtigt wurden, um die Bupropion-Nutzer besser zu erfassen (wurde erst 2001 als erstattungsfähiges Medikament eingeführt), war die „cold turkey“-Methode anderen überlegen (40,2% vs. Pflaster 21.5%; Kaugummi 11.4%; Bupropion 20.8%)

### Diskussion

Da weder symptombezogene und persönliche Merkmale noch Art und Anzahl vorangegangener Versuche erhoben wurden, müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden. Dass die Erfolge der verschiedenen Methoden nach so langer Zeit (bei den Exrauchern lag der letzte Ausstiegsversuch durchschnittlich 15 Jahre zurück) immer korrekt erinnert und wiedergegeben werden, ist unwahrscheinlich. Dennoch ist anzuerkennen, dass die mit Abstand häufigste Methode der „kalte Entzug“ war, und mit dieser „Methode“ auch die meisten Raucher erfolgreich waren.

### Kommentar

Tabakentwöhnung findet oft außerhalb professioneller Beratung oder medikamentöser Therapien statt. Es ist nur positiv, dass die meisten Exraucher ohne Unterstützung aufgehört haben. Das bedeutet aber nicht, dass Raucher ermutigt werden sollten, keine Hilfen anzunehmen. Denn wenn spontane „cold turkey“-Versuche prospektiv untersucht werden, liegt die Erfolgsrate nach einem Jahr bei etwa 3–5%. Die neue Theorie von Robert West (s. Newsletter März 2006), könnte zur Erklärung dieser Daten beitragen. Er postuliert eine durch Einstellungen, Erfahrungen und aktuelle Situation determinierte „motivationale Spannung“. Bei ausreichender Spannung genügen auch eher unbedeutende Auslösereize, um zu einem spontanen „cold turkey“-Rauchverzicht zu führen. Wenn hingegen nur für eine spätere Verhaltensänderung oder die Inanspruchnahme professioneller Hilfe geplant wird, könnte dies für eine geringere Verbindlichkeit sprechen, die mit geringen Erfolgsaussichten einhergeht. Möglicherweise sind diejenigen, die Hilfsmittel benutzen, schon die „hard core“-Raucher mit geringeren Abstinenzchancen.

#### Wichtig für die Praxis

Viele Exraucher haben sich selbst erfolgreich entwöhnt. Professionelle Tabakentwöhnung muss sich immer auch als Hilfe zur Selbsthilfe verstehen.