

Originalbeiträge

Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion?

Ergebnisse der "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)"-Studie*

Eva Hoch^{1,2}, Annett Franke², Holger Sonntag¹, Birgit Jahn², Stephan Mühlig², Hans-Ulrich Wittchen^{1,2}¹Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Klinische Psychologie und Epidemiologie, Kraepelinstr. 2, D-80804 München²Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitz Str. 46, D-01187 DresdenKorrespondenzautor: Dipl.-Psych. Eva Hoch; E-Mail: hoch@mpipsykl.mpg.de

Zusammenfassung. Durch eine stärkere Einbeziehung deutscher Hausärzte in die Raucherentwöhnung soll die Versorgung von Rauchern flächendeckend verbessert werden. Inwiefern dieser Anspruch realisierbar ist, wird im Rahmen der "Smoking and Nicotine Dependent Awareness and Screening" (SNICAS) Studie überprüft. SNICAS ist eine zweistufige epidemiologische Punktprävalenzstudie [Stufe I (Vorstudie): Charakterisierung einer repräsentativen, bundesweiten Stichprobe von n = 889 Hausärzten; Stufe II: Stichtagserhebung an n = 28 707 unselektierten konsekutiven Patienten], an die sich eine regionale klinische Interventionskomponente anschließt. In diesem Beitrag werden Prävalenzraten des Rauchens, Aufhörermotivation und bisherige Aufhörversuche von Primärarztpatienten berichtet. Dargestellt werden Erkennens- und Interventionsraten von Rauchern durch Hausärzte, das ärztliche Interventionsverhalten sowie deren Einschätzung der Chancen und Barrieren von Raucherentwöhnung im Praxisalltag. Die Ergebnisse der Studie belegen ein großes Interesse der Hausärzte am Thema Raucherentwöhnung. Dennoch weisen niedrige hausärztliche Interventionsraten bei gleichzeitig hohen Prävalenzraten von Rauchen und Nikotinabhängigkeit auf ein beträchtliches Versorgungsdefizit. Als Ursachen hierfür werden neben ambivalenter Aufhörermotivation der Patienten strukturelle Barrieren diskutiert. Die Autoren fordern neue klinische Versorgungsmodelle, die ein abgestimmtes Zusammenspiel von Hausärzten mit anderen, auf Raucherentwöhnung spezialisierte Berufsgruppen fokussieren.

Schlagwörter: Epidemiologie; Nikotinabhängigkeit; primärärztliche Versorgung; Rauchen; Raucherentwöhnung

Abstract**Smoking cessation in primary care: opportunity or fiction?**

Through smoking cessation interventions, primary care physicians could play an important part in the treatment of smokers in Germany. In the "Smoking and Nicotine Dependent Awareness and Screening" (SNICAS) study, we examined whether this increased involvement of primary care physicians might be implemented. SNICAS is a two-stage epidemiological point prevalence study. In stage I (pre-study), a nationwide sample of 889 primary care doctors was characterized; in stage II, 28 707 unselected consecutive patients were assessed on the target day. The investigation was followed by regional clinical interventions. The present article contains our findings on the prevalence of smoking, the motivation to quit, and the history of quit attempts among primary care patients. Information will be provided on how frequently physicians recognize and treat smokers; what kind of interventions they offer; as well as how they judge the opportunities and obstacles for smoking cessation in routine care. Despite the high prevalence of smoking and nicotine dependence and the primary care doctors' interest in treating smokers, insufficient interventions are provided. Reasons for this situation include, but are not limited to the patients' ambivalent motivation to quit and structural barriers. Hence, new clinical models of health care with an improved cooperation between primary care physicians and other specialists in the field of smoking cessation seem necessary.

Keywords: Epidemiology; nicotine dependence; primary care; smoking; smoking cessation

1 Theoretischer Hintergrund

Im deutschen Gesundheitssystem wird dem Hausarzt eine Schlüsselrolle beim Erkennen, Diagnostizieren und Behandeln von somatischen und psychischen Erkrankungen zuge-

schrieben – auch beim Thema "Rauchen und Nikotinabhängigkeit". Laut Bundesgesundheitsurvey 1997/98 (Bellach et al. 1998) existieren bundesweit mehr als 80 000 Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten mit Hausarztfunktion. Aus Primärarztstudien ist bekannt, dass 90% der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr ihren Hausarzt besuchen und in der Regel lange Zeit und hoch frequent Kontakt zu ihm aufrecht erhalten (Wittchen et al. 1999). Unbekannt ist allerdings, welche quantitative und qualitative Rolle der Hausarzt bei den Kernaufgaben der Raucherentwöhnung (z.B. Motivierung zum Rauchstopp, Beratung bei der Auswahl von Entwöhnungsmethoden, Initiierung und Durchführung der Therapie, Nachsorge) spielen kann. 72% aller Raucher haben bereits einmal den Versuch unternommen, das Rauchen zu reduzieren oder zu beenden (Meyer et al. 2000), aber nach epidemiologischen Befunden machen nur 5% Gebrauch

* Diese Publikation wurde im Rahmen des Projektes "Raucherentwöhnungs-Maßnahmen in der allgemeinärztlichen Versorgung: Implementierung, Effektivität und Zuordnungsprinzipien" (Förderkennzeichen: 01 EB 0140) erstellt. Die Studie ist Teil des Suchtforschungsverbundes ASAT (Allocating Substance Abuse Treatments to Patient Heterogeneity). In fünf Einzelprojekten werden patienten- und störungsbezogene Zuordnungsmodelle für therapeutische Interventionen bei substanzbezogenen Störungen zur Verbesserung des individuellen Behandlungserfolgs untersucht. Ansprechpartner sind die Koordinationsstelle des Verbundes am Max-Planck-Institut für Psychiatrie (E-Mail: asatkoordination@mpipsykl.mpg.de; www.asat-verbund.de) sowie die auf der Website genannten Projektleiter. Der Forschungsverbund wird im Rahmen des Programms „Forschungsverbünde für Suchtforschung“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert (01 EB 0140 – 0142).

von existierenden Raucherentwöhnungsmethoden (Nelson und Wittchen 1998). Ohne fremde, professionelle Hilfe sind nur wenige Raucher bei Reduktions- oder Aufhörversuchen erfolgreich (Jarvis 1997). Dies könnte sich durch flächendeckenden Einbezug der Hausärzte in die Raucherentwöhnung ändern, wenn diese Gesundheitszustand, Erkrankungen und Risikokonstellationen eines rauchenden Patienten kennen, ihn zu einer Verhaltensänderung motivieren und entsprechende Interventionen initiieren oder durchführen (Sonntag et al. 2003). Denn wissenschaftlich erscheint gut belegt: Jede ärztliche Intervention ist effektiv und erhöht die Abstinenzraten, unabhängig von ihrer Dauer und Intensität (Fiore et al. 2000).

2 Zielsetzung und Fragestellung

Im Rahmen der SNICAS-Studie wird überprüft, inwiefern das bundesdeutsche, primärärztliche Setting tatsächlich für die routinemäßige Durchführung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen geeignet ist. Es wurden unter anderem folgende Fragestellungen erörtert:

1. Wie häufig sind Rauchen und Nikotinabhängigkeit in der primärärztlichen Versorgung?
2. Wie groß ist die Aufhörmotivation der rauchenden und nikotinabhängigen Patienten?
3. Welches sind Anlässe für einen Rauchstopp, eingesetzte Methoden und Ursachen für Misserfolge?
4. Wie gut wird das Rauchen und die Nikotinabhängigkeit vom Arzt erkannt, wie häufig behandelt und mit welchen therapeutischen Maßnahmen?
5. Welche Chancen und Barrieren ergeben sich bei der routinemäßigen Durchführung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen im Praxisalltag aus Sicht der Hausärzte?

3 Methode

Die Studie "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening" basiert auf einem zweitstufigen epidemiologischen Studiendesign und einer sich anschließenden regionalen, klinischen Interventionskomponente (Stufe III). In Stufe I wurde eine Vorstudie zur initialen Charakterisierung einer repräsentativen Hausarztstichprobe (n = 889 Allgemeinärzte, praktische Ärzte, Internisten) durchgeführt, in Stufe II erfolgte eine Stichtagserhebung (7. Mai 2002) an n = 28 707 unselektierten konsekutiven Patienten in n = 813 Arztpraxen (für weitere Details siehe Hoch et al. 2004, im vorliegenden Heft auf S. 32). Die dritte Stufe von SNICAS bestand aus einer randomisierten Zuordnung (Farbcodierung der am Stichtag ausgefüllten Patientenfragebögen) von aufhörbereiten Patienten zu einer von insgesamt vier Raucherentwöhnungsoptionen beim Hausarzt: Die drei Vergleichstherapien sind

1. eine medikamentöse Therapie mit Bupropion SR (Zyban®) in Kombination mit einem Selbsthilfemanual und einem Nichtraucher-Tagebuch,
2. eine Nikotinersatzstoff-Therapie in Kombination mit einem Selbsthilfemanual und einem Nichtraucher-Tagebuch (Sonntag et al. 2002a),

3. eine nicht-pharmakologische Therapie mithilfe eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Selbsthilfemanuals und einem Nichtraucher-Tagebuch (Sonntag et al. 2002b).

Die Ergebnisse wurden gegenüber einer Kontrollgruppe verglichen, die den ärztlichen Rat zum Rauchstopp erhielt und ebenfalls das Nichtraucher-Tagebuch führen sollten. Die Behandlung umfasste drei (Kontrollgruppe) bis fünf (Interventionsgruppe) Arztkontakte innerhalb eines Zeitraumes von neun bis 12 Wochen. Die Ärzte wurden bei der Durchführung der Therapie durch eigens entwickelte Therapieleitfäden unterstützt (Wittchen et al. 2002)².

4 Ergebnisse

4.1 Wie häufig sind Rauchen und Nikotinabhängigkeit in der primärärztlichen Versorgung?

Zwei Drittel aller Hausarztpatienten waren oder sind Raucher (21,5% gelegentliche, 50% regelmäßige Raucher). Die Raten aktueller Raucher (4-Wochen-Prävalenz) sind mit knapp einem Drittel deutlich niedriger als die Lebenszeitraten (6,5% gelegentliche, 23,1% regelmäßige Raucher) und weisen auf einen hohen Anteil an Ex-Rauchern unter den Hausarztpatienten hin (Abb. 1). Die Punktprävalenz des Rauchens ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen (31,5% vs. 24,9%).

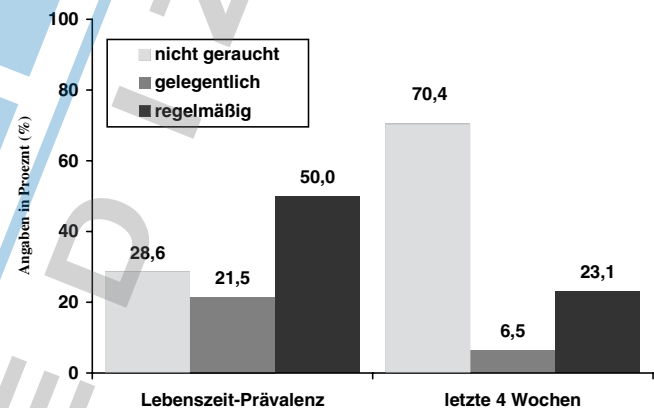


Abb. 1: Häufigkeit des Rauchens in der Hausarztpraxis (n = 28 707 Patienten)

Die höchsten Raten sind unter den jüngsten Probanden (Altersgruppe 16-17 Jahre, Männer: 50,7%; Frauen: 52,3%) zu finden. Hier übersteigen die Raten der weiblichen aktuellen Raucher sogar die der männlichen.

16% aller Männer und 12% aller Frauen weisen ein klinisch bedeutsames Abhängigkeitssyndrom auf (DSM-IV; APA 1994), im Durchschnitt etwa jeder zweite Raucher. Das Ausmaß der körperlichen Abhängigkeit wurde mittels *Fagerström-Test for Nicotine Dependence* (Heatherton et al. 1991) erhoben. 10% der Hausarztpatienten (12,7% der Männer, 8,0% der Frauen) erreichten im Fagerström-Test einen Test-Score

² Alle Manuale und Leitfäden sind erhältlich in der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie, Hohe Str. 53, 01187 Dresden

von ≥ 4 und gelten damit als deutlich abhängig. Unter den aktuellen Rauchern erreichten 33,8% entsprechende Punktwerte (37,8% der Männer, 30,1% der Frauen).

4.2 Wie groß ist die Aufhörmotivation der rauchenden und nikotinabhängigen Patienten?

64,6% der untersuchten Raucher berichteten, dass sie in der Vergangenheit bereits versucht hatten, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz einzustellen, durchschnittlich wurden fünf Rauchstopps berichtet (MW: 4,9; $s = 9,7$). Zwei Drittel aller Raucher hielten ihr aktuelles Rauchverhalten für "etwas" oder "sehr" problematisch und wünschten, dieses zu ändern. Ebenso viele wären zu einem sofortigen Rauchstopp bereit, wenn ihnen ihr Hausarzt ein geeignetes Angebot machen würde. Studien der Veränderungsmotivation (Prochaska und DiClemente 1992) wurde in Anlehnung an den Stufenalgorithmus von Jäkke et al. (1999) erhoben. Demnach befinden sich 64,3% der aktuellen Raucher im Stadium der "Sorglosigkeit", 28,4% im Stadium der "Bewusstwerdung" und nur 7,3% im Stadium der "Vorbereitung" auf einen Rauchstopp. Nichtabhängige regelmäßige Raucher sind am wenigsten zu einer Verhaltensänderung motiviert: nur 3% bereiten sich aktuell auf einen Rauchstopp vor (abhängige Raucher: 9,6%; gelegentliche Raucher: 10,8%) (Abb. 2).

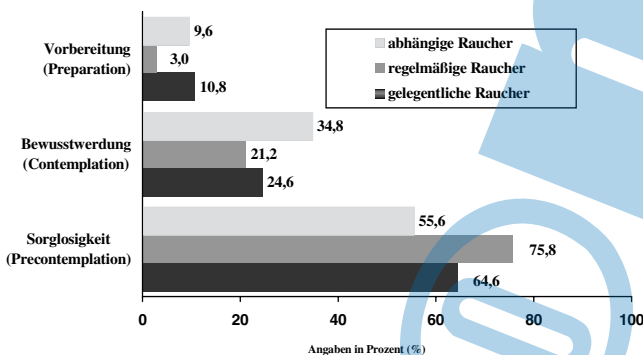


Abb. 2: Stufe der Verhaltensänderung (stages of change) von aktuell rauchenden Patienten (n = 7418)

4.3 Anlass für einen Rauchstopp, eingesetzte Methoden und Ursachen für Misserfolge?

Wie Abb. 3 zeigt, sind "gesundheitliche Gründe" der am häufigsten genannte Anlass für einen Rauchstopp (allgemeine gesundheitliche Gründe: 39,8%, konkrete gesundheitliche Probleme: 10,6%). 24,5% der Patienten gaben an, dass ihnen das Rauchen zu teuer wurde. Der Rat des Arztes/der Ärztin, mit dem Rauchen aufzuhören, gab bei immerhin 10,8% den Anstoß zum Aufhören.

Die Ergebnisse der SNICAS-Studie zeigen, dass nahezu die Hälfte aller rauchenden Patienten keine etablierten Raucherentwöhnungsmethoden beim Rauchstopp eingesetzt hatten – 41,1% gaben an, "einfach so aufgehört zu haben" (Abb. 4). Im Vergleich zu psychologischen Maßnahmen (Selbsthilfe-material 3,6%, Kursprogramm 1%) wurden Medikamente zur Nikotinsubstitution tendenziell häufiger eingesetzt (Ni-

kotin-Pflaster 7,6%, Nikotinkaugummi 5,7%, Nikotin-Nasenspray 0,1%). Das Medikament Bupropion SR (Zyban®) hatten 2,2% der befragten Raucher bereits einmal zur Raucherentwöhnung ausprobiert.

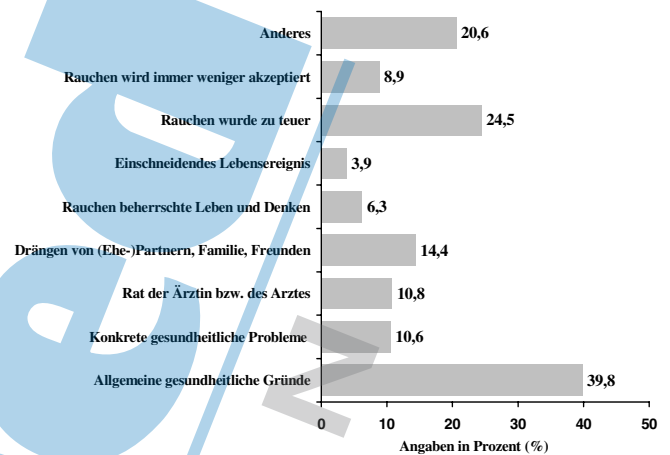


Abb. 3: Wichtigste Gründe für einen Rauchstopp (n = 8040 Patienten)

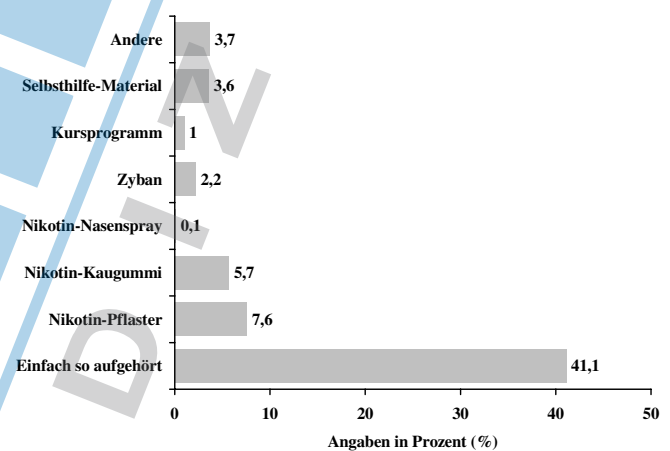


Abb. 4: Beim Rauchstopp eingesetzte Methoden (n = 8312)

Bei der Frage nach den Gründen für das Scheitern bisheriger Rauchstopps wurden am häufigsten Verführungssituationen genannt ("in der Freizeit bzw. bei geselligen Anlässen" 24,1%, "am Arbeitsplatz" 11,3%, "durch andere Personen" 8,2%, "durch Rauchen des Partners" 10,6%). "Belastende Ereignisse und Situationen" wurden von 21,6% als Grund für einen Rückfall angegeben. Weitere Ursachen für den erneuten Griff zur Zigarette lagen aus Sicht der Patienten in der "Gewichtszunahme" (17,4%) und in "ausgeprägten Entzugsbeschwerden" (7,5%). Anwendungsprobleme mit der Methode scheinen nur selten zu einem Rückfall zu führen; sie wurden nur in 0,7% der Fälle genannt (Abb. 5).

4.4 Wie gut wird das Rauchen und die Nikotinabhängigkeit vom Arzt erkannt, wie häufig behandelt und mit welchen therapeutischen Maßnahmen?

Obwohl 25,6% aller nichtabhängigen und 39,4% aller abhängigen Raucher von ihrem Hausarzt als "ausgeprägt so-

Abb. 5: Gründe für den Misserfolg bei bisherigen Rauchstopps (n = 7880 Patienten)

matisch gefährdet" beurteilt werden, wird ein Viertel der Raucher gar nicht als solche erkannt. Die Erkennensraten sind am höchsten für nikotinabhängige Raucher (74,0%) und am niedrigsten für gelegentliche Raucher (56,1%). Nur jeder zweite Raucher wurde vom Arzt bereits einmal auf eine Raucherentwöhnung angesprochen, nikotinabhängige Raucher (62,7%) etwas häufiger als nichtnikotinabhängige regelmäßige (57,8%) bzw. gelegentliche Raucher (43,1%). Nur bei 10% aller Raucher wurde vom Hausarzt eine Raucherentwöhnungstherapie durchgeführt (abhängige Raucher: 12,7%; regelmäßige Raucher: 7,4%; gelegentliche Raucher: 6,3%).

Bei der Behandlung wurden von den Ärzten insbesondere "Beratung/Motivierung" (51,7%) und Bupropion (24,1%) als Entwöhnungsmaßnahmen bevorzugt. Andere medikamentöse oder psychologische Interventionen wurden deutlich seltener genannt, wie Nikotinersatzstoffe (Kaugummi: 8,1%; Pflaster: 1,5%) oder Verhaltenstherapie (4,5%). In 2,9% der Fälle wurde die Überweisung an einen Spezialisten als notwendig erachtet.

4.5 Welche Chancen und Barrieren ergeben sich bei der routinemäßigen Durchführung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen im Praxisalltag aus Sicht der Hausärzte?

Raucherentwöhnung besitzt für die meisten Primärärzte eine große Bedeutung: Die überwiegende Mehrheit (89,5%) gab in der Vorstudie an, dass sie diese für eher wichtig (59,9%) oder sehr wichtig (29,6%) hielten; 95,7% hatten bereits Erfahrungen mit Arzneimitteln zur Raucherentwöhnung gesammelt. Dennoch wurden die konkreten Interventionsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis überwiegend als "schlecht" eingeschätzt (62,9%). Als Grund, selbst keine Raucherentwöhnung durchzuführen, wurde von 55,4% mangelndes Interesse auf Seiten der Patienten angegeben. 47,4% beurteilten die Raucherentwöhnung als "zu zeitaufwendig". Für etwa jeden dritten Hausarzt (32,5%) war die mangelnde finanzielle Vergütung ("Raucherentwöhnung ist schlecht abzurechnen") ein triftiger Grund, selbst keine Entwöhnung anzubieten. Überraschenderweise bewertete zudem über ein Drittel (37,3%) der Ärzte die Maßnahmen als "nicht effektiv genug", um sie in der eigenen Praxis einzusetzen. Der überwältigenden Mehrheit der Befragten waren spezialisier-

te Einrichtungen entweder nicht bekannt (80,8%) oder sie glaubten, diese wären in der Region nicht vorhanden (88,3%), so dass über die Hälfte (56,2%) voll und weitere 27,7% teilweise überzeugt waren, in dieser Hinsicht selbst handeln zu müssen.

5 Schlussfolgerung

Hohe Prävalenzraten des Rauchens und insbesondere der Nikotinabhängigkeit zeigen zum einen die Nähe des Hausarztes zur Zielgruppe von Entwöhnungsmaßnahmen, zum anderen einen großen – allerdings weitgehend nicht erfüllten – Versorgungsbedarf. Raucherentwöhnung besitzt zwar bei den Hausärzten einen hohen Stellenwert und nahezu alle Ärzte haben sie bereits durchgeführt, aber es wird eine bundesweite Mangelsituation sichtbar:

- Rund ein Viertel der Raucher wird nicht vom Hausarzt erkannt,
- nur jeder Zweite auf das Rauchen angesprochen und
- nur jeder Zehnte erhält eine höherschwellige Intervention.

Ursache hierfür mag einerseits die Ambivalenz der Patienten gegenüber einem Rauchstopp sein; die Mehrzahl ist, trotz ausgeprägtem Problembewusstsein, aktuell nicht aufhörermotiviert. Andererseits wird eine gewisse Frustration der Ärzte erkennbar, die aufgrund mangelnder Effektivität der Therapien, zu großem Zeitaufwand und schlechten Abrechnungsmöglichkeiten selbst keine Raucherentwöhnung durchführen wollen oder können. Die Lösung könnte also darin bestehen, die Patienten an spezialisierte Raucherentwöhnungsexperten oder -institutionen zu überweisen. Inwiefern die rauchenden Patienten tatsächlich zur Behandlung an andere Stellen im Versorgungssystem verwiesen werden, ist aber fraglich, da (laut Vorstudie) dem Großteil der Hausärzte keine spezialisierten Einrichtungen in Nähe bekannt sind.

Die Ergebnisse der bundesweiten Studie belegen, dass der Anspruch flächendeckender Angebote zur Raucherentwöhnung im primärärztlichen Setting derzeit nicht eingelöst werden kann. Es besteht vielmehr die Notwendigkeit, die aktuell vorhandenen, klinischen Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln (siehe auch den Beitrag von Mühlig und Nowak auf S. 88 in diesem Band). Beispielhaft könnte ein Versorgungsmodell mit vier Säulen sein:

1. Konzentration der hausärztlichen Behandlung auf Identifikation, Motivierung und Überweisung von Rauchern (Erkennensraten werden erhöht, Änderungsmotivation der Patienten aufgebaut, Weiterbehandlung initiiert).
2. Aufbau regionaler "primärärztlicher Entwöhnungszentren" durch hochmotivierte Hausärzte mit verbesserten Rahmenbedingungen (z.B. Zeit, Weiterbildung, attraktive finanzielle Incentives).
3. Nutzung bereits existierender Angebote von Einrichtungen und Diensten außerhalb des hausärztlichen Sektors (z.B. Suchtberatungsstellen, Rehabilitationskliniken). Erhöhung der Zahl der Anbieter und Erweiterung des Kompetenzspektrums im Bereich der Raucherentwöhnung durch stärkere Einbeziehung von ambulanten psychologi-

schen/ärztlichen Psychotherapeuten mit spezifischen Fachkompetenzen (z.B. Aufbau von Veränderungsmotivation und Therapiecompliance, Durchführung und Evaluation von Einzel-/Gruppenentwöhnungsprogrammen oder Rückfallprophylaxe). Es wäre zu erwarten, dass die Behandlung durch Psychotherapeuten insbesondere bei spezifischen Patientengruppen (z.B. co-morbiden oder abhängigen Rauchern) zu verbesserten Abstinenz- und verringerten Therapieabbruchraten führt.

4. Vernetzung beziehungsweise Aufbau von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen hausärztlichen und nicht-hausärztlichen Entwöhnungsangeboten (Schaffung besserer Überweisungsmöglichkeiten, stärkere Nutzung regional bereits vorhandener Angebote).

Um die Versorgungssituation von Rauchern in Deutschland nachhaltig zu verbessern, genügt es nicht, den Hausärzten die Kernaufgaben zu übertragen. Nur ein abgestimmtes Zusammenspiel verschiedenster Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgaben sowie die optimale Nutzung vorhandener Ressourcen können zu einem Effektivitäts- und Effizienzzuwachs führen. Dafür sind weitere, epidemiologisch basierte Bedarfs- und Bedürfnisanalysen notwendig, in denen regional vorhandene Anbieter identifiziert, Versorgungsbedarf und die Inanspruchnahmepatterns von Rauchern analysiert und therapeutische und institutionelle Zuordnungsprinzipien erstellt und evaluiert werden.

6 Literatur

- APA, American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Am Psychiatr Association, Washington
- Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998): Der Bundes-Gesundheits-survey 1997/98. *Das Gesundheitswesen* 60 (Sonderheft 2), S59-S68
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, et al. (2000): Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services, Rockville, MD
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstroem KO (1991): The Fagerstroem Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit J Addict* 86(9), 1119-1127
- Jarvis MJ (1997): Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: Bollinger CT, Fagerström KO, Hrsg.: *The tobacco epidemic. Progress in respiratory research*. Karger, Basel, S. 151-164
- Jäkle C, Keller S, Baum E, Basler HD (1999): Skalen zur Selbstwirksamkeit und Entscheidungsbalance im Prozess der Verhaltensänderung von Rauchern. *Diagnostica* 45(3), 138-146
- Junge B, Nagel M (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. *Das Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2), 121-125
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U, John U (2000): Inanspruchnahme von Hilfen zur Erlangung der Nikotinabstinenz. *Sucht* 46(6), 398-407
- Murray CJ, Lopez AD (1996): *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health, Cambridge, MA
- Mühlig S, Hoch E, Höfler M, Pittrow D, Wittchen HU (2003): Design and Methods of SNICAS Study. *Int J Meth Psych Res* 12(4), 208-228
- Nelson CB, Wittchen HU (1998): Smoking and nicotine dependence: Results from a sample of 14 to 24 year olds in Germany. *Eur Addict Res* 4(1-2), 42-49
- Prochaska JO, DiClemente CC (1992): Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M, Eisler RM, Miller PM, Hrsg.: *Progress in behavior modification*. Sycamore Press, S. 184-214
- Sonntag H, Wittchen HU, Hoch E (2002a): Rauchfrei leben! Ihr 3-Phasen-Programm zur Unterstützung der Nikotinersatz-Therapie. Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie GmbH, Dresden
- Sonntag H, Wittchen HU, Hoch E (2002b): Rauchfrei leben! Ihr 3-Phasen-Programm zur Befreiung vom Rauchen. Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie GmbH, Dresden
- Sonntag H, Hoch E, Jahn B, Spiegel B, Pfister H, Wittchen HU (2003): Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der allgemeinärztlichen Versorgung: Implementierung, Effektivität und Wege einer optimierten Allokation. *Suchtmed* 5(2), 137-141
- Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P (1999): Comorbidity in primary care: presentation and consequences. *J Clin Psychiat* 60 (suppl.7), 29-36
- Wittchen HU, Hoch E, Sonntag H (2002): Der Arztfolder. Leitfaden für die hausärztliche Raucherentwöhnung. Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie GmbH, Dresden
- Wittchen HU, Sonntag H, Nowak D, Kröger C, Schmidt LG (2002): Raucherentwöhnung beim Hausarzt – Illusion oder Perspektive? *Der Hausarzt* 6, 49-53