

BMBF-Projekte: Tabakenbezogene Projekte im Hausarztbereich

Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der allgemeinärztlichen Versorgung: Implementierung, Effektivität und Wege einer optimierten Allokation*

Holger Sonntag¹, Eva Hoch², Birgit Jahn², Barbara Spiegel¹, Hildegard Pfister¹, Hans-Ulrich Wittchen²

¹Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Epidemiologie, Projektleitung SNICAS, Kraepelinstr. 2, D-80804 München

²Technische Universität Dresden, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitz Str. 46, D-01187 Dresden

Korrespondenzautor: Dipl.-Psych. Holger Sonntag; E-Mail: snicas@mpipsykl.mpg.de

Zusammenfassung.

Hintergrund / Ziel der Studie: Im Bereich der Tabakentwöhnung existieren mittlerweile zahlreiche erprobte therapeutische Maßnahmen und Medikamente. Dennoch ist die Inanspruchnahme vorhandener Entwöhnungsangebote sehr dürftig. Es besteht die begründete Hoffnung, dass durch eine stärkere Einbeziehung der Hausärzte in den Bereich der Tabakentwöhnung eine Versorgungslücke geschlossen werden könnte. Die Studie soll Durchführbarkeit und Erfolg einer solchen Ausweitung des Anbieterkreises von Tabakentwöhnungsmaßnahmen im Hausarztbereich untersuchen. Unterschiedliche bereits vorhandene Therapieansätze werden hierbei hinsichtlich Effektivität und Effizienz in der allgemeinärztlichen Routineversorgung miteinander verglichen.

Methoden: In Phase I der Studie werden bundesweit Patienten in mehr als 800 Arztpraxen an einem Stichtag per Fragebogen zu ihrer Gesundheit und ihrem Rauchverhalten befragt. In Phase II werden die in Phase I identifizierten entwöhnungswilligen Raucher in ausgewählten Arztpraxen für die Intervention rekrutiert und randomisiert vier Gruppen mit (idealerweise) jeweils 250 Personen zugeteilt: einer Bupropion SR (Zyban®)-Gruppe, einer Nikotinersatzmittel-Gruppe, einer Verhaltenstherapie-Gruppe und einer Kontrollgruppe. Die Behandlung erfolgt jeweils durch die Ärzte in ihren Praxen unter Supervision und mit Unterstützung durch Studienmonitore.

Erwartete Ergebnisse: In Abhängigkeit von Merkmalen des Arztes und seiner Praxis auf der einen Seite sowie Merkmalen der betroffenen Patienten auf der anderen, sollte die Akzeptanz, Durchführbarkeit und Wirksamkeit der ausgewählten Therapieansätze unterschiedlich ausfallen. Insgesamt sollte jedoch jede Therapiebedingung gegenüber der Kontrollbedingung hinsichtlich ihrer Effektivität überlegen sein. Im 6-Monats Follow-up sollte die Zyban-Gruppe gegenüber allen anderen Gruppen die höchste Abstinenzquote aufweisen. Schlussfolgerung: Die Ergebnisse sollten Hinweise auf Möglichkeiten einer bedarfsgerechten, optimierten Allokation vorhandener Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in der allgemeinärztlichen Versorgung liefern.

Schlagwörter: Allgemeinarztpraxis; Effektivität; Rauchen; Tabakentwöhnung

Abstract

Smoking cessation in primary care: implementation effectiveness and optimized allocation

Background / aim of the study: Although a number of efficacious smoking cessation measures and medications do exist, only a small number of smokers (tobacco users) make use of them. A stronger engagement of general practitioners (GPs) in the field of smoking cessation might help to improve health care in this important area. The study will investigate feasibility and effectiveness of different readily available smoking cessation measures under routine conditions in primary health care practices.

Method: In phase I of the study patients' health status and tobacco consumption are assessed by means of questionnaires provided on a nationwide appointed date in more than 800 general practices in Germany. In phase II selected practices offer smoking cessation treatments to identified smokers. Participants recruited will be randomly assigned to four groups ideally consisting of 250 subjects each: A bupropion SR (Zyban®) condition, a nicotine replacement therapy (NRT) group, a cognitive-behavioural treatment (CBT) group and a control condition. Treatments will be conducted by GPs in their practices under supervision of study monitors offering therapeutical and organisational support.

Expected results: Acceptance, feasibility, and effectiveness of smoking cessation treatments offered will differ depending on GP and patient characteristics. Overall, success-rates (while success is primarily defined as abstinence from tobacco use) should be higher in all therapeutic conditions as compared to controls. In the 6-month follow-up abstinence rates are expected to be highest in the bupropion SR group.

Conclusion: Results should yield indications for an improved allocation of available smoking cessation measures in primary care.

Keywords: Effectiveness; efficacy; primary care; smoking cessation

* Die 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).

1 Hintergrund und Fragestellung

In Deutschland sind Tabakkonsum und -abhängigkeit nach wie vor sehr verbreitet und stellen ein gesundheitspolitisches und -ökonomisches Problem dar. Neuere Bevölkerungsuntersuchungen haben gezeigt, dass etwa 37% der männlichen und 28% der weiblichen Bevölkerung im Alter von 18 bis

79 Jahren aktuell (1998) rauchen (Junge und Nagel 1999), während etwa 14% (Frauen) bis 18% (Männer) der 18- bis 65-Jährigen auf die Lebenszeit bezogen die diagnostischen Kriterien einer Nikotinabhängigkeit nach DSM-IV erfüllen (Sonntag et al. in Vorbereitung, Saß et al. 1996). Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 24 Jahren ist Nikotinabhängigkeit¹ die häufigste Form substanzbezogener Störungen und betrifft (bezogen auf die Lebenszeit) etwa 19% der Bevölkerung in dieser Altersgruppe (Wittchen et al. 1998). Die Raucherquoten sind in der Regel in der Altersgruppe der 20- bis 40-Jährigen am höchsten und fallen danach ab. Bemerkenswerte Trends in der letzten Dekade sind: a) der Anstieg des Raucheranteils bei Frauen in den neuen Bundesländern, b) die mit abnehmendem Alter der Befragten immer weiter fortschreitende Annäherung der Raucheranteile von Männern und Frauen sowie c) eine Vorverlagerung des Einstiegsalters für den Zigarettenkonsum bei jüngeren Altersgruppen (Junge und Nagel 1999). Seit 1996 haben sich ebenfalls die Tabakabhängigkeitsquoten junger Männer und Frauen einander angeglichen (Nelson und Wittchen 1998, Sonntag et al. 2000). Die Quote der tabakkonsumbezogenen Erkrankungen und Todesfälle in Deutschland und das relative Ausmaß damit einhergehender ökonomischer Konsequenzen sind mit Ergebnissen aus den USA weitgehend vergleichbar (Loddenkemper und Sybrecht 2000, Peto et al. 1996, Ruff et al. 2000).

Nur wenige Raucher sind bei Reduktions- oder Aufhörversuchen ohne fremde, professionelle Hilfe dauerhaft erfolgreich (Jarvis 1997). Obwohl die meisten Raucher irgendwann selbst eine Veränderung ihres Rauchverhaltens erwägen, sollten sie zu Aufhörversuchen motiviert und dabei unterstützt werden, Handlungsbarrieren zu überwinden (Hughes 1999).

Es existiert eine Vielfalt von Hilfen und Programmen für einen erfolgreichen Rauchstopp (Selbsthilfebücher, öffentliche Kampagnen, rezeptfreie Nikotinersatzmittel, Kursangebote, etc.). Dennoch machen weniger als 5% der aufhörwilligen Raucher in Deutschland Gebrauch davon (Nelson und Wittchen 1998). Diesem Befund können unterschiedliche Ursachen zugrunde liegen: a) ein Mangel an Informationen über die vorhandenen Hilfen zur Tabakentwöhnung, b) die nach wie vor große gesellschaftliche Akzeptanz des Tabakkonsums und die daraus resultierende gesellschaftliche, politische und wirtschaftliche Permissivität, die eine Regulation oder Kontrolle des Tabakverkaufs und -konsums nahezu unmöglich macht, c) der Mangel an Institutionen des Gesundheitssektors, die regelmäßig Maßnahmen zur Tabakentwöhnung anbieten, d) das Fehlen klarer, einheitlicher Leitlinien zur optimalen, "kundenorientierten" Zuordnung der vorhandenen Maßnahmen, e) die fehlende Bereitschaft oder Unfähigkeit vieler Raucher, die Tabakabhängigkeit als chronische Erkrankung zu betrachten, die eine wiederholte Behandlung erfordern kann (Fiore et al. 2000), f) ein Mangel an Bewusstsein

und Kenntnissen über die mit dem Rauchen verbundenen individuellen kurz- und langfristigen Risiken sowie g) strukturelle und finanzielle Hindernisse, die die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung einschränken, erschweren oder gänzlich verhindern.

Wie der 1997-99 durchgeführte Bundes-Gesundheitssurvey (Bellach et al. 1998) gezeigt hat, spielen etwa 80 000 Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten in Deutschland eine Schlüsselrolle als "Torwächter" ("gate keeper") unseres Gesundheitssystems. Neunzig Prozent der Bevölkerung suchen ihren Hausarzt mindestens einmal im Jahr auf. Studien in der Primärversorgung (Wittchen et al. 1999) haben weiterhin gezeigt, dass Patienten in der Regel über Jahre hinweg den Kontakt zu ihrem Hausarzt aufrechterhalten. Demzufolge können niedergelassene Allgemeinärzte, Praktische Ärzte und Internisten als Schlüsselfiguren im Bereich der Erkennung, Diagnose und Behandlung somatischer und psychischer Erkrankungen betrachtet werden. In Anbetracht ihrer einzigartigen Stellung im Gesundheitssystem und ihres umfassenden Wissens über den individuellen Gesundheitszustand ihrer Patienten, ihre (Vor-)erkrankungen und besonderen Risikokonstellationen, könnten diese Ärzte dieses große Potential auch für den Bereich der Tabakentwöhnung nutzbar machen. Welch starken Einfluss Hausärzte auf ihre Patienten haben können, berichtet Junge: als einflussreichster Faktor in Bezug auf den Wunsch, in der Zukunft mit dem Rauchen aufzuhören, gilt der "Rat des Arztes" (Junge 1999)! Dennoch spielen Hausärzte als Anbieter von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung noch eine untergeordnete Rolle. Über das Engagement einzelner Ärzte und einzelner Institutionen hinausgehende konzertierte Aktionen, die auf eine breit angelegte, strukturierte und gut organisierte Implementation von Maßnahmen zur Tabakentwöhnung in der Hausarztpraxis abzielen, sind kaum vorhanden.

1.1 Tabakentwöhnung in der allgemeinärztlichen Versorgung – Defizite und Barrieren

Bislang liegen keine zuverlässigen repräsentativen epidemiologischen Daten vor, die darüber Auskunft geben, wie viele der an einem bestimmten Tag in der hausärztlichen Praxis vorstelligen Patienten rauchen, welche psycho-sozialen Merkmale diese Patientengruppe aufweist, wie der Schweregrad ihrer Erkrankungen einzuschätzen ist, welche unmittelbaren, klinisch relevanten körperlichen Risiken sie im Zusammenhang mit dem Rauchen aufweisen, wie hoch die ärztliche Erkennensrate des Tabakkonsums und damit assoziierter Erkrankungen und Risiken ist und schließlich, welche tabakkonsumbezogenen Behandlungsformen die Ärzte anwenden bzw. anzuwenden beabsichtigen. Des Weiteren existieren keine Daten zum Anteil der Ärzte, die aktuell Tabakentwöhnungsmaßnahmen anbieten oder zum Anteil derer, die in der Ausübung solcher Maßnahmen geschult und erfahren oder zumindest willens sind, sich in diesem Bereich fortzubilden und sie in der Zukunft anzubieten gedenken.

Trotz des Fehlens solcher "harten" Daten als Beweisgrundlage, sind sich doch die Experten im Bereich Tabakkonsum und öffentliche Gesundheit darin einig, dass in Deutschland

¹ Im Folgenden wird der oftmals synonym gebrauchte Begriff "Tabakabhängigkeit" dem der "Nikotinabhängigkeit" vorgezogen, da ersterer in Bezug auf die abhängig machende Substanz "neutral" gehalten ist und in der neueren Literatur zum Thema häufig bevorzugt gebraucht wird.

die allgemeinärztliche Versorgung in der Tabakentwöhnung nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Für den nordamerikanischen Bereich nennt Ferry (1999) drei allgemeine Hindernisse, die auf dem Weg zu einer effektiven Behandlung des Tabakkonsums und der -abhängigkeit überwunden werden müssen: 1. die Weigerung vieler Tabakabhängiger, Hilfe zu suchen, 2. die unangemessene oder fehlende Ausbildung der in Gesundheitsberufen Tätigen im Bereich Tabakentwöhnung sowie 3. das Versäumnis des Gesundheitssystems, den Bedarf an professionellen Behandlungsmöglichkeiten der Tabakabhängigkeit anzuerkennen.

Darüber hinaus stehen Ärzten in Deutschland weitere Schwierigkeiten gegenüber: a) eine im europäischen Vergleich hohe Anzahl von Patientenbesuchen pro Tag, die durchschnittlich nur wenige Minuten Behandlungszeit pro Patient erlaubt, b) das Fehlen finanzieller Anreize, die dem hohen Aufwand der Maßnahmen zur Tabakentwöhnung entsprechen, c) der Mangel an adäquater Ausbildung der Ärzte in modernen Methoden der Tabakentwöhnung, d) mangelnde Akzeptanz bezüglich einer Tabakentwöhnung seitens der Patienten, e) sehr eingeschränkte Überweisungsmöglichkeiten der Hausärzte zu Tabakentwöhnungs-Spezialisten. Insgesamt ist die Versorgungssituation in diesem Bereich sowohl aus gesundheitsökonomischer und -politischer als auch aus klinischer Perspektive äußerst unzureichend und unangemessen.

1.2 Strategien der Tabakentwöhnung aus Sicht der öffentlichen Gesundheitsversorgung

In Deutschland steht ein breites Spektrum von Hilfsmitteln und Behandlungsmöglichkeiten zur Tabakentwöhnung zur Verfügung: von einfachen, frei verkäuflichen Hilfsmitteln (wie z.B. "Kräuter-Zigaretten", "Anti-Rauch-Tees", speziellen Filterspitzen, etc.), deren langfristige Wirksamkeit allerdings mehr als fragwürdig ist, über Selbsthilfe-Bücher und -Broschüren sowie Beratungsmöglichkeiten (z.B. "Raucher-Hotlines", "Helplines") bis hin zu komplexen verhaltenstherapeutischen und pharmakologischen Behandlungsprogrammen. Angesichts der Vielfalt des Angebotes muss festgehalten werden, dass nur ein geringer Teil davon in zuverlässigen wissenschaftlichen Studien evaluiert wurde (Sonntag et al. 1998). Die besten Evaluationsstudien in diesem Zusammenhang existieren für einige verhaltenstherapeutisch orientierte Programme, für die Nikotinersatzmittel-Therapie (mit und ohne zusätzliche psychologische Programmteile) sowie seit neuestem für die Therapie mit nicht-nikotinhaltigen Medikamenten wie z.B. Bupropion SR (Fiore et al. 2000). Die hierzu vorliegenden Studien haben gezeigt, dass es derzeit keinen "Königsweg" der Tabakentwöhnung gibt, der für alle Tabakkonsumenten gleichermaßen gilt. Dennoch konnte gezeigt werden, dass einige Behandlungsansätze und selbst der einfache Rat des Arztes, mit dem Rauchen aufzuhören, einen signifikanten Effekt bezüglich Aufhörquote und Abstinenz haben. Entsprechende Behandlungsempfehlungen, die sich im wesentlichen auch auf die Gesundheitsversorgung in Deutschland anwenden lassen, werden in der US-amerikanischen "Clinical Practice Guideline – Treating Tobacco Use and Dependence" ausgesprochen (Fiore et al. 2000).

1.3 Kritik der derzeitigen Lage und zentrale Forderungen an die Forschung

Nur eine Minderheit der entwöhnungswilligen Tabakkonsumenten in Deutschland wird derzeit adäquat behandelt. Folglich sollte versucht werden, das Bewusstsein für die Bedarfs-, Versorgungs-, und Gesundheitsproblematik im Bereich Tabakkonsum und -abhängigkeit bei Ärzten und Tabakkonsumenten zu schärfen. Weiterhin sollte ärztlicherseits die Schwelle für das Anbieten wirksamer Tabakentwöhnungsmaßnahmen und auf Seiten der Tabakkonsumenten die Schwelle für die Annahme eines solchen Angebotes wesentlich gesenkt werden. Weiterhin ist zu klären, ob und in welchem Ausmaß die bisher unter experimentellen Bedingungen gewonnenen Therapieevaluationsergebnisse auf die allgemeinärztliche Grundversorgung verallgemeinert werden können. Selbst bei Einsatz erfolgreichster Tabakentwöhnungsmaßnahmen unter optimalen Durchführungsbedingungen werden durchschnittlich mindestens zwei Drittel der Ex-Raucher bereits ein Jahr nach Abschluss der Behandlung oder noch früher rückfällig (vgl. Fiore et al. 2000). Es muss deshalb bezweifelt werden, ob es bis dato gelungen ist, die für eine erfolgreiche Therapie tatsächlich relevanten Mechanismen der Tabakabhängigkeit aufzudecken und ob die wesentlichen Kriterien für eine optimale Zuordnung der vorhandenen therapeutischen Maßnahmen zu entwöhnungswilligen Rauchern hinreichend untersucht und identifiziert sind. In diesem Zusammenhang werden dringend harte, beweiskräftige Daten benötigt, die sich in klare, empirisch gestützte Richtlinien für differenzielle Indikationen überführen lassen (Wittchen et al. 2002).

1.4 Ziele

Das hier vorgestellte Projekt verfolgt zunächst das Ziel, in einer bundesweiten Stichtagserhebung die Prävalenz des Tabakkonsums und der -abhängigkeit unter Patienten in der primärärztlichen Versorgung abzuschätzen und die Art der Folgeerkrankungen sowie die derzeitigen Strategien der behandelnden Ärzte zu erfassen. In einem zweiten Schritt sollen verschiedene Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der hausärztlichen Praxis implementiert werden. Im Einzelnen lassen sich folgende Ziele differenzieren: 1. Überwindung der bei vielen Hausärzten anzutreffenden Zurückhaltung oder Abneigung in Bezug auf Identifikation, Diagnose und Behandlung von Tabakkonsumenten bzw. -abhängigen. 2. Implementierung und Evaluation von tabakkonsumbezogenen Kurz-Interventionen und diagnostischen Instrumenten in der primärärztlichen Routineversorgung. 3. Implementierung und Evaluation erprobter pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Tabakentwöhnungsmaßnahmen unter realistischen Behandlungsbedingungen in der Hausarztpraxis. 4. Erfassung und Bewertung von Prädiktoren für eine erfolgreiche Implementierung und Durchführung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis (Perspektive des Arztes) sowie von Prädiktoren für die Aufhörbereitschaft, die Bereitschaft zur Teilnahme an einer ärztlichen Intervention und schließlich den Therapieerfolg (Perspektive des Patienten).

2 Studiendesign

Das Gesamtprojekt gliedert sich in zwei Einzelprojekte, die in Form von Projektphasen miteinander verknüpft sind. Die erste Phase besteht aus dem Projekt "Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening" (SNICAS), gefördert vom Pharmakonzern GlaxoSmithKline, und liefert die Daten- und Stichprobengrundlage (s.u.) für das inhaltlich und zeitlich unmittelbar daran anschließende Projekt "Smoking cessation in primary care", gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über das zweiphasige Studiendesign gegeben.

2.1 Phase I (SNICAS)

Für die Teilnahme an der Studie wurden bundesweit in einem Zufallsverfahren über 1000 Praxen ausgewählt, darunter Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Internisten ("API-Sample"). An einem bundesweiten Stichtag (7. Mai 2002) wurden die Patienten der teilnehmenden (813) Praxen aufgefordert, einen mehrseitigen Fragebogen zum eigenen Gesundheitszustand und Tabakkonsum auszufüllen, der jeweils durch eine komprimierte klinische Bewertung aus ärztlicher Sicht ergänzt wurde, so dass pro Patient ein Datensatz bestehend aus Patienten- und dazugehörigem Arztfragebogen entstand. Auf diese Weise wurden Daten von 28 707 Patienten erfasst. Im Vorfeld hatten die teilnahmebereiten Ärzte einen "Praxis-Vorbogen" ausgefüllt und darin u.a. Angaben zu strukturellen Merkmalen ihrer Praxis (z.B. durchschnittliche Anzahl der (rauchenden) Patienten pro Tag, Lage der Praxis, etc.), zu eigenen Einstellungen, Kenntnissen und Erfahrungen im Bereich Tabakkonsum und -abhängigkeit, aktuellen Vorgehensweisen im Bereich Diagnostik und Behandlung der Tabakabhängigkeit und zum eigenen Rauchverhalten gemacht.

2.2 Phase II (Smoking cessation in primary care)

Ausgewählte Praxen der ersten Projektphase in und um München sowie im Großraum Dresden wurden gebeten, den am Stichtag identifizierten Rauchern eine Tabakentwöhnungsbehandlung in der Arztpraxis anzubieten. Grundsätzlich entwöhnungswillige Patienten wurden nach dem Stichtag in einem Gespräch des Arztes mit seinem Studienmonitor nach einem vorher festgelegten Randomisierungsschema (mittels Farbcodierung der am Stichtag ausgefüllten Patientenfragebögen) einer von vier Therapiegruppen zugeordnet. Nach einer Überprüfung der jeweils relevanten allgemeinen und spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme und die jeweils vorgesehene Therapieform wurden die Patienten einer von vier Behandlungsgruppen zugeordnet (die Farbcodierung wurde dem Arzt erst in diesem Moment entschlüsselt):

1. Therapie mit Bupropion SR (Zyban®) in Kombination mit einem dabei in Deutschland standardmäßig eingesetzten Selbsthilfe-Manual (Wittchen et al. 2000)
2. Therapie mit Nikotinersatzmitteln (Pflaster, Kaugummi oder Nasalspray, je nach Präferenz des Arztes oder des Patienten) in Kombination mit (je nach Marke des Nikotinersatzmittels) darauf abgestimmten Selbsthilfe-Ma-

nualen (Arbeitskreis Raucherentwöhnung 1997, Sonntag et al. 2002a)

3. Nicht-pharmakologische Therapie mithilfe eines kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Selbsthilfe Manuals (Sonntag et al. 2002b)
4. Kontrollgruppe. Diese Gruppe erhält lediglich den Rat des Arztes, mit dem Rauchen aufzuhören und füllt im Laufe der Therapiephase wiederholt Fragebögen aus, die zur Dokumentation des Therapieverlaufes und -erfolges in allen Interventionsgruppen gleichermaßen in festgelegten Therapieabschnitten eingesetzt werden.

Die Ärzte werden in der Durchführung der Therapie durch eigens entwickelte Therapieleitfäden unterstützt, die durch ihre übersichtliche Strukturierung einen reibungslosen Therapieablauf mit möglichst geringem Zusatzaufwand für die Ärzte und ein möglichst hohes Ausmaß an Therapiestandardisierung gewährleisten sollen.

Die Therapiephase dauert etwa neun Wochen, wobei für die drei Therapiegruppen von insgesamt maximal fünf Arztbesuchen ausgegangen wird (Kontrollgruppe: nur drei Besuche). Die ersten zwei Arztbesuche der Therapiegruppen finden im wöchentlichen, die folgenden im zweiwöchigen Abstand statt, wobei der vierte Arztbesuch fakultativ ist. Primäres Ergebnismaß ist die Tabakkonsum-Abstinenz unmittelbar nach Therapieende und nach weiteren sechs (optional zwölf) Monaten. Als sekundäre Ergebnismaße seien beispielhaft die Therapie-Compliance, Ausfallquoten und -gründe, Anzahl der täglich (wöchentlich) gerauchten Zigaretten und die Stabilität der Abstinenz genannt. Insgesamt werden die im Hinblick auf einen optimalen Therapieverlauf und langfristigen -erfolg erforderlichen, günstigsten Arzt- und Patientenmerkmale für jede der eingesetzten Interventionen gesucht. Dieses Studienergebnis soll für das Ziel einer optimierten Allokation der untersuchten Behandlungsmöglichkeiten nutzbar gemacht werden.

3 Erwartete Bedeutung für die Versorgung in Arztpraxen

Die optimierte Allokation vorhandener (erwiesenermaßen wirksamer) Tabakentwöhnungsmaßnahmen ist ein wichtiger Schritt in Richtung einer entscheidend verbesserten Versorgungslage im Bereich des Tabakkonsums bzw. der Tabakabhängigkeit. Die Wirksamkeit einer Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten steht zwar außer Frage; angesichts der relativ hohen Rückfallquoten gibt es jedoch einen unübersehbaren Optimierungsbedarf. Unter Einbeziehung der Hausarztpraxen öffnete sich die Möglichkeit einer flächendeckenden, kostengünstigen Versorgung selbst derer, die bislang nicht den Weg zu einer effektiven Therapie ihres Konsum- oder Abhängigkeitsproblems gefunden haben. Im Vergleich zur bisherigen Situation könnte somit ein wesentlich größerer Anteil der Zielgruppe von Tabakentwöhnungsmaßnahmen persönlich angesprochen werden, was die Entscheidung für einen Rauchstopp fördern und die Aufnahme einer unterstützenden Behandlung wahrscheinlicher machen würde. Bereits bei unverändert hohen aber auch bei (unter der Annahme einer Vervielfachung der Anbieter) niedrigeren Absti-

nenzquoten könnte so eine wesentlich höhere (absolute) Zahl von erfolgreich Behandelten resultieren (Erhöhung des "impacts" der vorhandenen Maßnahmen). Sofern sich der Hausarztbereich tatsächlich als geeignetes Feld für die routinemäßige Durchführung von Tabakentwöhnungsmaßnahmen erweise und die optimierte Allokation die gewünschte Wirkung zeige, könnte ein weiterer entscheidender Effektivitäts- und Effizienzzuwachs der Tabakentwöhnung in Deutschland erzielt werden. Eine dem tatsächlichen Aufwand entsprechende finanzielle Abdeckung der ärztlichen Beratungs- und Behandlungstätigkeit im Bereich der Tabakentwöhnung durch die Krankenkassen könnte hierbei sowohl für Behandler als auch für Behandelte zusätzlich motivierend wirken.

4 Literatur

- Arbeitskreis Raucherentwöhnung, Ed (1997): Nichtraucher in 6 Wochen. Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen. Preuss, Ratingen
- Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998): Der Bundes-Gesundheits-survey 1997/98. Das Gesundheitswesen 60 (Sonderheft 2), S 59-68
- Ferry LH (1999): Overcoming barriers to nicotine dependence treatment. Primary care 26(3), 707
- Fiore Mc, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2000): Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Services
- Hughes JR (1999): Four beliefs that may impede progress in the treatment of smoking. Tobacco Control 8, 323-326
- Jarvis MJ, Ed (1997): Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: CT Bolliger, KO Fagerström: The tobacco epidemic. Progress in respiratory research. Karger, Basel, S 115-164
- Junge B, Nagel M (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. Das Gesundheitswesen 61(Sonderheft 2), S 121-125
- Junge B (1999): Tabak – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2000. Neuland-Verlag, Geesthacht, S 22-51
- Loddenkemper R, Sybrecht GW (2000): Health care costs of smoking. European Respiratory Journal 16, 377-378
- Nelson CB, Wittchen H-U (1998): Smoking and nicotine dependence: Results from a sample of 14- to 24-year-olds in Germany. European Addiction Research 4(1-2), 42-49
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath C, Dall R (1996): Mortality from smoking worldwide. British Medical Bulletin 52(1), 12-21
- Ruff LK, Vollmer T, Nowak D, Meyer A (2000): The economic impact of smoking in Germany. European Respiratory Journal 16, 385-390
- Saß H, Wittchen H-U, Zaudig M (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe, Göttingen
- Sonntag H, Kröger C, Shaw R (1998): Setting up an information system on smoking cessation programmes. IFT-Berichte. Band 96. Institut für Therapieforchung, München
- Sonntag H, Pfister H, Wittchen H-U (in Vorbereitung): Rauchen und Nikotinabhängigkeit in Deutschland. Ergebnisse des Zusatz-Surveys "Psychische Störungen" im Rahmen des Bundes-Gesundheits-surveys 1998
- Sonntag H, Wittchen H-U, Höfler M, Kessler RC, Stein MB (2000): Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? European Psychiatry 15, 67-74
- Sonntag H, Wittchen H-U, Hoch E (2002a): Rauchfrei leben! Ihr 3-Phasen-Programm zur Unterstützung der Nikotinersatz-Therapie. Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie GmbH, Dresden
- Sonntag H, Wittchen H-U, Hoch E (2002b): Rauchfrei leben! Ihr 3-Phasen-Programm zur Befreiung vom Rauchen. Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie GmbH, Dresden
- Wittchen H-U, Nelson CB, Lachner G (1998): Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. Psychological Medicine 28, 109-126
- Wittchen H-U, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. (1999): Comorbidity in primary care: presentation and consequences. Journal of Clinical Psychiatry 60(suppl.7), 29-36
- Wittchen H-U, Sonntag H, Schmidt K (2000): Ich vermisse nichts – Rauchfrei mit der 3-Punkt-Therapie. Therapiebegleiter zur Raucherentwöhnung mit Zyban. GlaxoWellcome, Hamburg
- Wittchen H-U, Sonntag H, Nowak D, Kröger C, Schmidt LG (2002): Raucherentwöhnung beim Hausarzt – Illusion oder Perspektive? Der Hausarzt 6, 49-53

Aus der Literatur: Neuerscheinungen

Glossar: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit

Autoren: M. Gastpar, W. Heinz, P. Raschke, Th. Poehlke
Verlag: Springer Verlag, Berlin 2003, 2. Auflage, 222 Seiten, ISBN 3-540-43808-4

Die zweite Auflage des "Glossars: Substitutionstherapie bei Drogenabhängigkeit" ist jetzt im Springer-Verlag Heidelberg erschienen. Wie schon für die erste Auflage 1998 haben vier bekannte Experten eng zusammen gearbeitet, um alle Stichworte rund um das Thema abzudecken. Es handelt sich um Professor Dr. Markus Gastpar, Essen, Werner Heinz, Frankfurt, Professor Dr. Peter Raschke, Hamburg und Dr. Thomas Poehlke, Münster. Die jetzt erschienene zweite Auflage wurde vollständig überarbeitet und um aktuelle Stichworte erweitert.

Als Hersteller eines Medikamentes zur substitutionsgestützten Behandlung von Heroinabhängigen hat Aventis im Rahmen seines Engagements in diesem Indikationsfeld das Zustandekommen des Buches unterstützt. Das Buch kann im Buchhandel unter ISBN 3-540-43808-4 bezogen oder kostenlos bei Aventis angefordert werden:

Aventis Analgetika-Team
 Tel.: 069/305-84145
 Fax: 069/305-83322