

Hausärztliche Kurzberatung anhand der S3-Leitlinienempfehlung „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“

Brief Advice in Primary Care According to the S3-Clinical Practice Guideline “Screening, Diagnosis and Treatment of Harmful and Addictive Tobacco Use”

Sabrina Kastaun¹, Verena Leve¹, Melanie Böckmann¹, Olaf Reddemann^{1,2}, Daniel Kotz^{1,3}

Zusammenfassung: Tabakrauchen und tabakassoziierte Erkrankungen gehören zu den größten vermeidbaren Mortalitätsrisiken. Trotzdem liegt die Prävalenz des Rauchens in Deutschland mit 30 % weiterhin auf hohem Niveau. Kontinuierliche Tabakabstinenz kann das Mortalitätsrisiko verringern, ist jedoch aufgrund des hohen Suchtpotenzials des Tabakrauchens ohne Unterstützung nur schwer zu erreichen. Nur etwa 3–5 % der nicht assistierten Rauchstoppversuche sind auch langfristig erfolgreich. Die neue S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ empfiehlt daher, evidenzbasierte Kurzberatungen zur Tabakentwöhnung routinemäßig in der hausärztlichen Praxis durchzuführen, um möglichst viele Raucher/-innen zu unterstützen. Eine Kurzberatung, die während der Routinesprechstunde stattfinden kann, wird als motivierendes Gespräch durchgeführt und beinhaltet eine konkrete Empfehlung zum Rauchstopp, die Aufklärung über Therapieoptionen und das Einleiten der Behandlung. Dennoch wird diese Empfehlung in Deutschland viel zu selten umgesetzt. Als Gründe hierfür werden häufig genannt: Unsicherheit in der Anwendung der Kurzberatung sowie der Mangel an Zeit und Kostenersatzung der Beratung. Um eine Übersicht über die Thematik zu geben und Unsicherheiten über Beratungsansätze abzubauen, werden in dem vorliegenden Artikel die wichtigsten Informationen aus der S3-Leitlinie für das hausärztliche Setting zusammengefasst, zwei Modelle zur inhaltlichen Ausgestaltung der Kurzberatung aus der S3-Leitlinie vorgestellt (5A und ABC), und diese mit Blick auf ihre Umsetzbarkeit in der hausärztlichen Praxis diskutiert.

Schlüsselwörter: Tabaksucht; klinische Leitlinie; Tabakentwöhnung; Hausarztmedizin

Summary: Smoking tobacco and tobacco-associated diseases are among the largest avoidable mortality risks. Nevertheless, the prevalence of smoking in Germany remains high, at 30 %. While continuous tobacco abstinence reduces mortality risks, smokers struggle to successfully stop using tobacco without assistance, due to tobacco's highly addictive properties. Only about 3–5 % of unassisted attempts at quitting can be sustained long-term. Therefore, the S3-clinical practice guideline on screening, diagnosis and treatment of harmful and addictive tobacco use recommends implementing evidence-based brief advice on smoking cessation into routine primary care to assist a large number of smokers. However, these recommendations are only rarely put fully into practice in Germany. Reasons include uncertainties concerning the skillful application of brief advice strategies, time constraints, and lack of reimbursement. This article aims at providing an overview of the issue of tobacco cessation in primary care. To reduce uncertainties on how to implement the clinical practice guideline, key aspects of the guideline are summarized, and two models of brief smoking cessation advice (5A and ABC) are presented together with information on their use in family medicine.

Keywords: tobacco addiction; clinical guidelines; tobacco cessation; family medicine

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie, Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis Overbeck/Reddemann, Köln

³ Department of Family Medicine, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht University, Maastricht, Netherlands

Peer reviewed article eingereicht: 09.01.2017, akzeptiert: 01.03.2017

DOI 10.3238/zfa.2017.0210-0215

Einleitung

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation stellt das Tabakrauchen weiterhin eine der führenden Todesursachen dar, an der annähernd sechs Millionen Menschen weltweit pro Jahr sterben [1]. In Deutschland versterben jährlich etwa 110.000 Menschen an tabakassoziierten Erkrankungen [2]. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, wie z.B. England, liegt die Prävalenz in Deutschland trotzdem immer noch auf einem sehr hohen Niveau (16 % [3] vs. 30 % [4]).

Tabakrauchen ist das größte vermeidbare Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Es führt zu einer massiven individuellen und gesellschaftlichen Belastung [5] und senkt die durchschnittliche Lebensdauer um bis zu zehn Jahre [6]. Kontinuierliche Tabakabstinenz wirkt sich dagegen sehr positiv aus; sie kann beispielsweise die kardiovaskuläre Mortalitätsrate um bis zu 80 % reduzieren [7].

Eine kontinuierliche Abstinenz ist für Raucher/-innen allerdings extrem schwer zu erreichen, da es sich bei der Tabaksucht sowohl um eine physische als auch um eine psychische Abhängigkeit handelt und Nikotin in Kombination mit weiteren Inhaltsstoffen des Tabakrauchs ein hohes Abhängigkeitspotenzial aufweist [8, 9]. Bei etwa 50–60 % der täglichen Rauchenden wird ein Abhängigkeitssyndrom vermutet [10]. Nur etwa 3–5 % der nicht assistierten Rauchstoppversuche sind daher auch langfristig erfolgreich [11]. Evidenzbasierte Methoden, wie professionelle Beratung (z.B. ärztliche Kurzberatung, Verhaltenstherapie) und Pharmakotherapie (z.B. Nikotinersatztherapie, Vareniclin), können die Erfolgsquote allerdings substanziell erhöhen [12–14].

Da die Mehrheit der Bevölkerung mindestens einmal im Jahr eine hausärztliche Praxis aufsucht ist es gerade in der primärärztlichen Versorgung möglich, eine Großzahl an Rauchern/-innen mit unterstützenden Methoden zu erreichen und damit die Rauchprävalenz zu senken. Im hausärztlichen Setting ist dabei die ärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung besonders relevant. Eine Schlüsselempfehlung der neuen S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ [15] lautet da-

her, dass Hausärzte/-innen ihren rauchenden Patienten/-innen routinemäßig Kurzberatungen zur Tabakentwöhnung anbieten sollen (Empfehlungsgrad (EG) A: starke Empfehlung, „soll angeboten werden“ – weitere EG in den Leitlinien sind definiert als EG B („sollte angeboten werden“) und EG O (unklare Empfehlung, „kann angeboten werden“) [15]. Die Kurzberatung hat zum Ziel, dass möglichst vielen Raucher/-innen der Rauchstopp empfohlen und Unterstützung angeboten wird.

Im Rahmen der „DEBRA“-Studie (Deutsche Befragung zum Rauchverhalten: www.debra-study.info) erhebt der Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf seit Juni 2016 zweimonatlich bei einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung über 14 Jahre detaillierte Daten zum Rauchverhalten und zu Schlüsselmechanismen der Rauchentwöhnung [16]. Eine Auswertung der Daten der ersten drei Wellen (n = 6.169 Befragte, wovon 28 % (n = 1.726) im vergangenen Jahr gelegentlich oder regelmäßig Tabak konsumierten) zeigt, dass 65 % (n = 1.129) dieser Raucher/-innen in Deutschland im vergangenen Jahr ihre Hausarztpraxis aufgesucht haben [16]. Während dieser Konsultation erhielten nach eigenen Angaben davon nur 19 % (n = 211) eine Kurzberatung zur Tabakentwöhnung. Der Vergleich mit Daten einer methodisch eng angelegten Studie aus England zeigt, dass dort 60 % der Raucher/-innen in der Hausarztpraxis eine Kurzberatung erhalten [17].

Trotz des Versorgungsbedarfs in Deutschland scheint es bei der Umsetzung der Schlüsselempfehlung der S3-Leitlinie in der ärztlichen Primärversorgung also erhebliche Schwierigkeiten zu geben. Gründe für diese Umsetzungsbarrieren scheinen häufig mangelndes Training in der Anwendung der Kurzberatung zur Tabakentwöhnung in der hausärztlichen Praxis, das Gefühl, die in der Praxis durchführbaren Maßnahmen seien nicht effektiv, sowie der Mangel an Zeit und Kostenerstattung der Beratung zu sein [18, 19].

Im vorliegenden Artikel werden die wichtigsten Informationen aus der S3-Leitlinie für das hausärztliche Setting zusammengefasst, zwei etablierte Mo-

delle zur inhaltlichen Ausgestaltung der Kurzberatung vorgestellt, und diese mit Blick auf ihre Umsetzbarkeit in der hausärztlichen Praxis diskutiert. Ziel dieses Artikels ist es, eine Übersicht über die Thematik zu geben, Unsicherheiten abzubauen und damit das Thema Tabakentwöhnung stärker in den Fokus der in Deutschland tätigen Hausärzte/-innen zu rücken.

Kurzberatung zur Tabakentwöhnung und ihre Effektivität

Voraussetzung für die Durchführung einer Kurzberatung zur Tabakentwöhnung ist das systematische Screening aller Patienten/-innen (EG: A) [15]. Eine Kurzberatung, die während der Routineprechstunde in Arzt- oder Zahnarztpraxen sowie in anderen Settings der medizinischen oder psychosozialen Versorgung stattfinden kann, wird als motivierendes Gespräch durchgeführt und beinhaltet eine konkrete Empfehlung zum Rauchstopp, die Aufklärung über Therapieoptionen und das Einleiten der Behandlung [15]. Ziel ist es, die Beratung so (zeit-)effektiv wie möglich anzubieten, ohne dass sich Patienten/-innen in eine Verteidigungshaltung gedrängt fühlen.

Es gibt verschiedene Modelle der inhaltlichen Gestaltung der Kurzberatung, die in ihrer Länge zwischen 1–2 und 20 Minuten variieren [15].

Die Wirksamkeit solcher Kurzberatungen wurde in qualitativ hochwertigen Metaanalysen und randomisiert kontrollierten Studien untersucht und es hat sich gezeigt, dass deren Durchführung nicht nur effektiv die Anzahl erfolgreicher Rauchstoppversuche steigert [13], sondern dass bereits die kurze Ansprache des Themas im Rahmen der Beratung wirkungsvoller ist als keine Ansprache [20].

Denn auch wenn die Mehrheit der Raucher/-innen zum Zeitpunkt einer Konsultation keine oder nur eine geringe Rauchstoppmotivation angibt, unternimmt ein beachtlicher Anteil dieser scheinbar unmotivierten Raucher/-innen einen Rauchstoppversuch innerhalb der darauffolgenden sechs Monate [21]. Wenn bei diesen Versuchen keine evidenzbasierten Unterstützungsmethoden in Anspruch genommen werden,

Modell	5A [23]	ABC [24]
Umsetzung	<p>1. Abfragen des Rauchstatus („ask“) – Systematische Befragung aller Patienten/-innen – Dokumentation des Rauchstatus „Rauchen Sie eigentlich (noch)?“</p> <p>2. Anraten des Rauchverzichts („advise“) – deutliche und personalisierte Empfehlung zum Rauchstopp – Zusammenhang zu Beschwerden oder Lebenssituation herstellen</p> <p>3. Ansprechen der Aufhörtmotivation („assess“) – Rauchstoppmotivation erfassen „Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?“</p> <p>Patient/-in ist: – motiviert → weiter mit Schritt 4 und 5 – nicht motiviert → 5R-Schema (siehe unten)</p> <p>4. Assistieren beim Rauchverzicht („assist“) – mit evidenzbasierten Methoden – Vermittlung an Entwöhnungsangebot „Es gibt gute Möglichkeiten, Sie bei Ihrem Versuch zu unterstützen. Ich kann Ihnen dabei helfen.“</p> <p>5. Arrangieren von Folgekontakten („arrange“) – Nachfolgetermin zur Steigerung der Beratungseffektivität „Ich möchte wissen, wie es Ihnen ergeht. Bitte vereinbaren Sie doch einen Termin in 1–2 Wochen und berichten mir.“</p> <p>5R-Schema [23]: Kurzintervention zur Motivationsförderung Ziel: Vor- und Nachteile der Tabakabstinenz zu bilanzieren und Veränderungsbereitschaft zu erhöhen.</p>	<p>1. Abfragen des Rauchstatus („ask“) – Regelmäßige Erhebung und Dokumentation bei allen Patienten/-innen – Anknüpfung an Konsultationsgrund, Patientengeschichte oder Aktenvermerk „Ich hatte mir notiert, dass Sie mit dem Rauchen aufgehört haben. Wie geht es Ihnen denn jetzt als Nichtraucher/-in?“</p> <p>2. Kurzes Anraten des Rauchverzichts („brief advice“) – Empfehlung zum Rauchstopp verknüpft mit Ratschlag zu evidenzbasierten Methoden „Ich weiß, dass es schwierig sein kann, wenn man es alleine versucht. Der erfolgreichste Weg, Nichtraucher/-in zu werden ist... (z.B. Kombination aus ärztlicher/therapeutischer Unterstützung und Nikotinersatztherapie). Das wird Ihnen den Rauchstopp erleichtern.“</p> <p>3. Direktes Angebot der Unterstützung („cessation support“) – unabhängig von der Rauchstoppmotivation – Ratschlag zum Rauchverzicht soll unmittelbar mit einem evidenzbasierten Unterstützungsangebot verknüpft sein (Beispiel: siehe Punkt 2 „brief advice“) – Ziel: Weg in Therapie bahnen, über evidenzbasierte Therapieangebote informieren, auch für einen späteren Rauchstoppversuch – ausführliche Beratung und Therapieplanung auf Folgetermine verschieben</p>
Zeitaufwand	Erhöht; ca. 10 bis 15 Minuten. Zzgl. Zeit für 5R bei nicht oder gering motivierten Rauchern/-innen.	Gering; ca. 5 Minuten. Möglichkeit der Auslagerung der Beratung zu unterstützenden Angeboten auf Folgetermine, kann Zeitmanagement in der Routinesprechstunde erleichtern.
Rauchstoppmotivation	Hohe Relevanz für das ärztliche Handeln: Besteht keine Motivation und kann das 5R-Schema nicht erfolgreich umgesetzt werden, erfolgt keine weitere Unterstützung.	Keine Relevanz für das ärztliche Handeln: bereits Anraten des Rauchverzichts und Unterstützungsangebote führen zu substantieller Erhöhung nachfolgender Rauchstoppversuche, Raucher/-in soll nicht in eine Verteidigungshaltung gedrängt werden.
Komplexität	Hoch, insbesondere bei Verknüpfung mit 5R.	Niedrig
Erreichungsgrad	Rauchende Patienten/-innen mit bereits konkret bestehender Motivation zum Rauchstopp.	Allen rauchenden Patientinnen/-en wird Unterstützung angeboten, Ex-Raucher/-innen erhalten Bestärkung zur Rückfallprophylaxe.

Tabelle 1 Kurzberatungsmodelle im Vergleich

besteht allerdings ein erhöhtes Rückfallrisiko [11]. Bereits das bloße Angebot der Unterstützung kann, unabhängig von der Motivation, Auslöser eines Rauchstoppversuches sein [22]. Insbesondere das Anraten des Rauchverzichts und konkrete Unterstützungsangebote führen, unabhängig von der Rauchstoppmotivation, zu einer substantiellen Erhöhung nachfolgender Rauchstoppversuche [20].

Mit Blick auf Zeitmangel als Umsetzungsbarriere der Leitlinien im Praxisall-

tag ist hervorzuheben, dass Kurzinterventionen fast ebenso effektiv wie die intensivere Beratung sind und deshalb flächendeckend für alle Settings empfohlen werden [15].

Damit ist die ärztliche Kurzberatung eine der wichtigsten Methoden, um Rauchstoppversuche auszulösen. In der S3-Leitlinie werden bezüglich der inhaltlichen Gestaltung dieser Beratung zwei Modelle genannt: 5A und ABC (Tab. 1) [15]. Bei dem in Deutschland traditionell angewandten 5A-Modell [23] werden fünf Beratungsschritte

durchlaufen, die bei fehlender Rauchstoppmotivation seitens der Raucher/-innen um eine aus weiteren fünf Schritten bestehende Kurzintervention zur Motivationsförderung (5R-Schema [23]) ergänzt werden sollten. Dagegen gilt das alternative ABC-Modell, welches in den klinischen Leitlinien anderer Länder das 5A-Modell bereits ersetzt hat [24], als eine sehr kurze und niedrigschwellige Variante der Kurzberatung.

Aufgrund fehlender Evidenz kann in der S3-Leitlinie derzeit keine konkrete Empfehlung ausgesprochen werden, ob eine der beiden Beratungsmethoden (SA oder ABC) bevorzugt werden soll, oder ob beide Methoden gleichermaßen effektiv und damit gleichermaßen empfehlenswert sind [15]. Gemeinsam haben beide Modelle, dass im Rahmen der Beratung evidenzbasierte Methoden angeboten werden sollen. Im folgenden Abschnitt werden die wichtigsten Empfehlungen der S3-Leitlinie zu diesen Methoden zusammengefasst.

Evidenzbasierte Therapiemethoden der Tabakentwöhnung

Die Ausprägung der Entzugssymptomatik nach Rauchstopp ist mit dem Grad der Abhängigkeit assoziiert. Der Einsatz des Fagerström-Tests für Zigarettenabhängigkeit [25] kann dabei helfen, den Grad der Abhängigkeit einzuschätzen. Der Test besteht aus fünf Fragen zum Rauchverhalten. Relevant sind in der hausärztlichen Praxis insbesondere die beiden Fragen: „Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag?“ und „Wann rauchen Sie morgens nach dem Aufstehen die erste Zigarette?“ Je höher die Zahl der gerauchten Zigaretten pro Tag und je geringer die Zeit zwischen dem Aufwachen und dem Griff zur Zigarette ausfällt, desto stärker ist die Abhängigkeit einzuschätzen. Diese Fragen stellen bereits geeignete Schätzer der körperlichen Abhängigkeit und ideale Prädiktoren für das Rückfallrisiko dar [26]. Eine Evidenzbasis oder Handlungsempfehlung für die jeweiligen Testwerte und entsprechende Therapieentscheidungen gibt es bislang jedoch nicht.

Pharmakotherapie

Etwa 80 % der Rückfälle finden innerhalb der ersten vier Wochen nach Rauchstopp statt, in denen die Nikotinentzugssymptomatik noch am stärksten ausgeprägt ist [11]. Um den Entzugserscheinungen entgegenzuwirken, soll entsprechend der S3-Leitlinie zunächst der Einsatz der Nikotinersatztherapie (NET) angeboten werden (EG: A) [15].

Nikotinersatzpräparate liegen als Pflaster, Kaugummis, Mund- und Nasalsprays, Inhaler sowie Lutschtabletten vor. Starken Rauchern/-innen sollen eine Zweifachkombination von langwirksamen Nikotinplastern mit kurzwirksamen Präparaten wie Kaugummis oder Sprays (EG: A) und vorzugsweise Nikotinplaster mit höherer Dosierung angeboten werden [15]. Bei der NET wird Nikotin in Reinform appliziert und langsamer in das Blut abgegeben als bei der Aufnahme über Tabakrauch, sodass das Suchtpotenzial von NET geringer ausfällt [27].

Wenn eine leitliniengerecht durchgeführte NET nicht ausreichend wirksam war, soll Vareniclin (partieller Nikotinrezeptoragonist) oder Bupropion (Antidepressivum) als Monotherapie unter Beachtung von möglichen Risiken und nach entsprechender Aufklärung angeboten werden (EG: A) [15]. Dosierungsempfehlungen und Behandlungsdauer der Soll-Empfehlungen sowie Geschlechts- und Altersaspekte (z.B. Schwangerschaft, Jugendliche) sind zu berücksichtigen [15].

Rauchern/-innen, denen eine Medikation (NET, Vareniclin, Bupropion) angeboten wird, sollen eine begleitende Beratung oder verhaltenstherapeutische Intervention zur Unterstützung des Rauchstopps erhalten (EG: A) [15]. Die höchsten Langzeitabstinenzraten (> 6 Monate) werden mit der Kombination aus pharmakologischer und verhaltenstherapeutischer (Kurz-)Intervention erreicht [14].

Weiterleitung oder Empfehlung anderer Therapieangebote

Die Kurzberatung für Raucher/-innen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollte einen Verweis auf weiterführende Therapieangebote beinhalten (EG: B). Folgende Maßnahmen sollten nach S3-Leitlinie angeboten werden [15]:

1. Verhaltenstherapeutische Gruppen- oder Einzelinterventionen, z.B. in einer Entwöhnungsambulanz oder im hausärztlichen Setting (EG: A).
2. Telefonische Beratung, z.B. durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (EG: A).
3. Selbsthilfematerialien, z.B. Bücher, Infobroschüren (gedruckt, online) (EG: B).

4. Internetbasierte Selbsthilfeprogramme (z.B. www.rauchfrei-info.de der BZgA) oder Apps für Smartphones (EG: B).

Wichtige Techniken zur Verhaltensänderung

Jede Beratung von Raucher/-innen zur Unterstützung eines Rauchstopps sollte die folgenden Techniken zur Verhaltensänderung beinhalten (in der internationalen Literatur „*behaviour change techniques*“ genannt):

- Gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin in naher Zukunft (1–2 Wochen) einen festen Stopp-Tag festlegen.
- Den Rauchstoppversuch vorbereiten. Hierzu gehören Maßnahmen wie z.B. Rauchutensilien entsorgen, die NET vorhalten und das Umfeld informieren oder einbeziehen.
- Die „not a puff“-Regel („keinen Zug ab Stopp-Tag“) anwenden: am Abend vor dem oder am Tag des Rauchstopps wird die letzte Zigarette geraucht; ab dann wird kein Zug mehr genommen und auch nicht „ausnahmsweise eine geraucht“. Das Risiko eines Rückfalls ist viel zu groß.
- Abrupt mit dem Rauchen aufhören. Dies führt häufiger zum Erfolg als das sukzessive Reduzieren der Zigarettenmenge [28].
- Individuelle „Coping“-Strategien zur Rückfallprophylaxe besprechen, z.B. ein Glas Wasser trinken, einen Apfel essen, sich bewegen oder den Griff zur Zigarette einige Minuten aufschieben.

Fazit

Die sofortige und anhaltende Tabakabstinenz ist für die Gesundheit von Rauchern/-innen enorm wichtig, jedoch sehr schwer zu erreichen. Im hausärztlichen Setting ist die Methode der Kurzberatung zur Tabakentwöhnung besonders relevant. Die Datenlage zeigt, dass (haus-)ärztliche Kurzberatung effektiv die Rauchstoppraten steigert und in der Anwendung nicht zeitintensiv sein muss.

Es besteht insbesondere für das hausärztliche Setting Bedarf an Studien, welche die Effektivität verschiedener Kurzberatungsansätze vergleichen, sowie an Forschungsprojekten, die ana-

Dr. rer. nat. Sabrina Kastaun, Psychologin, ...

... ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) Düsseldorf tätig. Dort koordiniert sie Studien zur Effektivität von Methoden der Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung sowie auf Bevölkerungsebene und führt Fortbildungen (CME, DMP) zum Thema Nikotinabhängigkeit und Tabakentwöhnung durch.

lysieren, wie häufig bzw. in welchen Settings ärztliche Kurzberatung in Deutschland stattfindet und welches förderliche bzw. hinderliche Faktoren bei deren Umsetzung sein können. Ebenso ist derzeit noch unklar, in welcher Form ärztliche (Kurz-)Beratung in Deutschland mit der Empfehlung evidenzbasierter Rauchstoppmethoden unterstützt wird. Auch die Entwicklung bzw. Implementierung von Trainingsprogrammen für Hausärzte/-innen mit dem Ziel der Integration von Kurzberatung und strukturierten Therapieangebote für rauchende Patienten/innen in die Routinesprechstunde könnte eine zentrale Rolle spielen.

Mit Blick auf den bestehenden Forschungsbedarf ist insbesondere der internationale Vergleich interessant. Wie lassen sich Erfahrungen aus England – dem Vorzeigeland für Tabakkontrolle in Europa – zur Umsetzung von umfangreichen Tabakkontrollmaßnahmen und hausärztlicher Beratung zur Tabakentwöhnung auf das deutsche Versorgungssystem übertragen? So besteht für Hausärzte/-innen in England die Möglichkeit, rauchende Patienten/-innen zu den sogenannten „*Stop Smoking Services*“ zu überweisen, wo diese kostenlose Unterstützung sowie Pharmakotherapie zur Tabakentwöhnung erhalten. In Deutschland wird diese Kostenerstat-

tung von Politik und Krankenkassen derzeit leider immer noch nicht umgesetzt. Auch hier besteht dringender Bedarf an internationalem Austausch.

Der Schwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie des Instituts für Allgemeinmedizin widmet sich diesen Forschungsfragen.

Interessenkonflikte: DK wird vom Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen im Rahmen des „NRW Rückkehrprogramms“ gefördert. Die weiteren Autoren/-innen geben keine Interessenkonflikte an.

Korrespondenzadresse

Dr. Sabrina Kastaun
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 101007
40001 Düsseldorf
Tel.: 0211 81-19527
Sabrina.Kastaun@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

- World Health Organization (WHO) report on the global tobacco epidemic. Warning about the dangers of tobacco. Geneva: WHO, 2011
- Mons U. Tobacco-attributable mortality in Germany and in the German Federal States – calculations with data from a microcensus and mortality statistics. [Tabakattributable Mortalität in Deutschland und in den deutschen Bundesländern – Berechnungen mit Daten des Mikrozensus und der Todesursachenstatistik]. Gesundheitswesen 2011; 73: 238–246
- www.smokinginengland.info/ (letzter Zugriff am 11.03.2017)
- Lampert T, von der Lippe E, Muters S. Prevalence of smoking in the adult population of Germany: results of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1). Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2013; 56: 802–808
- Jha P, Ramasundaramhettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. New Engl J Med 2013; 368: 341–350
- Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ 2004; 328: 1519
- Breitling LP, Rothenbacher D, Vossen CY, Hahmann H, Wüsten B, Brenner H. Validated smoking cessation and prognosis in patients with stable coronary heart disease. J Am Coll Cardiol 2011; 58: 196–197
- Fagerström K. Determinants of tobacco use and renaming the FTND to the fagerström test for cigarette dependence. Nicotine Tob Res 2012; 14: 75–78
- Belluzzi JD, Wang R, Leslie FM. Acetaldehyde enhances acquisition of nicotine self-administration in adolescent rats. Neuropsychopharmacology 2004; 30(4): 705–712
- Donny EC, Dierker LC. The absence of DSM-IV nicotine dependence in moderate-to-heavy daily smokers. Drug Alcohol Depend 2007; 89: 93–96
- Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction 2004; 99: 29–38
- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016; 5: CD006103
- Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2013; 5: CD000165
- Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016; 3: CD008286
- Batra A, Mann K. S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), 2015. AWMF-Register Nr. 076–006. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_s3_Tabak_2015-02.pdf (letzter Zugriff am 11.03.2017)
- Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. European Union, 2015. ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf (letzter Zugriff am 11.03.2017)
- Kotz D, Willemsen M, Brown J, West R. Light smokers are less likely to receive advice to quit from their GP than moderate-to-heavy smokers: a comparison of national survey data from the Netherlands and England. Eur J Gen Pract 2013; 19: 99–105
- Twardella D, Brenner H. Lack of training as a central barrier to the promotion of smoking cessation: a survey among general practitioners in Germany. Eur J Public Health 2005; 15: 140–145

19. Hoch E, Franke A, Sonntag H, Jahn B, Mühlig S, Wittchen HU. Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? Ergebnisse der „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie. Suchtmedizin 2004; 6: 47–51
20. Aveyard P, Begh R, Parsons A, West R. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. Addiction 2012; 107: 1066–1073
21. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the motivation to stop scale (MTSS): a single-item measure of motivation to stop smoking. Drug Alcohol Depend 2013; 128: 15–19
22. West R, Sohal T. „Catastrophic“ pathways to smoking cessation: findings from national survey. BMJ 2006; 332: 458–460
23. Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update – a US public health service report. Am J Prev Med 2008; 35: 158–176
24. McRobbie H, Bullen C, Glover M, et al. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J 2008; 121: 57–70
25. Heatherton TE, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86: 1119–1127
26. Fidler JA, Shahab L, West R. Strength of urges to smoke as a measure of severity of cigarette dependence: comparison with the fagerstrom test for nicotine dependence and its components. Addiction 2011; 106: 631–638
27. Balfour DJ, Fagerstrom KO. Pharmacology of nicotine and its therapeutic use in smoking cessation and neurodegenerative disorders. Pharmacol Ther 1996; 72: 51–81
28. Cheong Y, Yong HH, Borland R. Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the international tobacco control policy evaluation study. Nicotine Tob Res 2007; 9: 801–810



42. Wissenschaftliches GHA-Symposium

„Aus und Weiterbildung Allgemeinmedizin – Neue Herausforderungen für die Hochschulen“

Termin: 24./25. Juni 2017

Veranstaltungsort: Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT

Wolfratshauer Straße 9, 82065 Baierbrunn bei München

Ihre Teilnahme haben u.a. zugesagt:
Prof. M.v. Cranach, Psychiater, Hochschule München;
Prof. E. Baum, DEGAM Präsidentin;
Prof. A. Altiner, Studiendekan Universität Rostock;
Prof. M. Fischer, Studiendekan LMU München;
Dr. C. Polack, Universität Southampton;
Prof. M. Flamm, Salzburg;
Prof. A. Sönnichsen, Witten.

**Wir sind gespannt auf die Beiträge von BildungsforscherInnen,
VertreterInnen der ärztlichen Körperschaften,
des akademischen Mittelbaus und der Studierenden.**

Programm und Hotelbuchung unter www.gha-info.de

**Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme, interessante Beiträge
und engagierte Diskussionen im anregenden Baierbrunner Ambiente.**