

Kastaun S, Leve V, Böckmann M, Reddemann O, Kotz D. Hausärztliche Kurzberatung anhand der S3-Leitlinienempfehlung „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. Z Allg Med 2017; 93: 210–215

Leserbrief von Dr. Günther Egidi

Es ist erfreulich, dass in der ZFA ein Artikel zum so wichtigen Thema Tabakentwöhnung veröffentlicht wurde. Und es ist sehr zu begrüßen, dass dabei wieder einmal eine aktuelle S3-Leitlinie in der Zeitschrift der deutschen Hausärzteschaft vorgestellt wurde. Mich irritiert es allerdings, dass im Artikel überhaupt nicht erwähnt wurde, dass diese Leitlinie ein hausärztliches Kapitel enthält, das eine ganze Reihe abweichender Voten bündelt.

Im Einzelnen sind dies die folgenden:

- Die Frage nach dem Tabakkonsum soll zumindest einmal als Teil der Basisdokumentation gestellt werden. Weitere Abfragen sollen nur anlassbezogen erfolgen – die S3-Leitlinie stellt nicht klar, ob bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt gefragt werden soll.
- Der Einsatz einer Nikotinersatztherapie soll an die individuellen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst [1] – und nicht generell angeboten werden, wie es die Leitlinie empfiehlt. Insbesondere bei Menschen mit psychischen Störungen wie z.B. Depression und Schizophrenie [2] soll ganz besonders sorgsam darauf geachtet werden, dass eine Tabakentwöhnung – ggfs. unter Einsatz psychotroper Substanzen – die Patientinnen und Patienten nicht überfordert und nicht ein möglicherweise labiles psychisches Gleichgewicht gefährdet.
- Über Vor- und Nachteile einer Tabakentwöhnung mit Bupropion oder Vareniclin soll mit den Patientinnen und Patienten abwägend gesprochen werden – beide Substanzen sollen nicht wie von der Leitlinie empfohlen „angeboten werden“. Gerade bei komorbiden psychiatrischen Erkrankungen ist der Nutzen dieser Substanzen nicht gesichert [3, 4] – eine Kardiotoxizität konnte weiterhin nicht sicher widerlegt werden [5].

Die ungefilterte Wiedergabe der S3-Leitlinie ohne Erwähnung der kritischen Anmerkungen der an der Leitlinie beteiligten DEGAM-Vertreter erscheint gerade im DEGAM-Organ ZFA eher ungewöhnlich.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtlinger Heerstraße 24
28259 Bremen
Tel.: 0421 9888280
guenther.egidi@posteo.de

Literatur

1. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 5: CD009329
2. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2: CD007253
3. Prochaska JJ, Hilton JF. Risk of cardiovascular serious adverse events associated with varenicline use. *BMJ* 2012; 344: e2856–68
4. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 4: CD006103
5. Singh SS, Loke YK, Spangler JG, Furberg CD. Risk of serious adverse cardiovascular events associated with varenicline: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2011; 183: 1359–66

Antwort der Autorinnen und Autoren

Wir danken Dr. Günther Egidi für seinen Leserbrief zu unserem Artikel. Ziel unseres Beitrages war es, die wichtigsten Empfehlungen der Leitlinie, die im hausärztlichen Kontext implementierbar sind, übersichtlich zusammenzufassen. Eine zusätzliche ausführliche Aus-

einandersetzung mit der Kontroverse zwischen DEGAM und Leitlinienkoordination hätte vor dem Hintergrund des begrenzten Raumes allerdings den Fokus des Beitrages von der Kommunizierbarkeit der Empfehlungen im hausärztlichen Praxisalltag weg verlagert. Gerne nutzen wir die Möglichkeit zur Ergänzung unserer Ausführungen bezugnehmend auf die Kommentare von Herrn Egidi.

1. „Die Frage nach dem Tabakkonsum soll nur einmal als Teil der Basisdokumentation und ggf. anlassbezogen (nicht bei jedem Kontakt) gestellt werden.“

Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für viele, vor allem chronische Erkrankungen, insbesondere KHK, COPD und Diabetes [1], die vor allem in der hausärztlichen Praxis unabhängig vom aktuellen Beratungsanlass immer mitberücksichtigt und -versorgt werden. Die meisten Hausarztkonsultationen von Raucherinnen und Rauchern bieten aus unserer Sicht daher einen Anlass zur (erneuten) Ansprache des Rauchverhaltens und zur Aktualisierung der Basisdokumentation. Internationale Leitlinien, wie von der International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) [2], empfehlen, systematisch den Rauchstatus zu erfragen/zu aktualisieren (mindestens jährlich) und zu dokumentieren sowie bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Rauchstopp zu empfehlen und diesen insbesondere mit einem Therapieangebot zu unterstützen.

Allein die (wiederholte) Empfehlung, mit dem Tabakrauchen aufzuhören, erhöht die Tabakabstinenz, wie der entsprechende Cochrane-Review zeigt [3]. Wir sind der Überzeugung, dass auch hierzulande ein wiederholtes Ansprechen des Rauchverhaltens möglich ist und nicht der hausärztlichen Beratungspraxis entgegenstehen muss. Hierzu werden in dem Beitrag in tabellarischer Form zwei etablierte Kurzberatungsansätze vorgestellt und dezidiert im hausärztlichen Praxisbezug diskutiert. Ein Schwerpunkt unseres Artikels war,

hierzu in der Leitlinie angegebene Kommunikationswerkzeuge mit Blick auf ihre Praxistauglichkeit zu vergleichen. Welche Interventionen sich in deutschen Hausarztpraxen hier besonders bewähren, ist Gegenstand unserer aktuellen Forschung (www.uniklinik-duesseldorf.de/unternehmen/institute/abteilung-fuer-allgemeinmedizin/suchtforschung-und-klinische-epidemiologie/).

2. „Einsatz von Nikotinersatztherapie (NET) soll an die individuellen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst – und nicht generell angeboten werden, wie es die Leitlinie empfiehlt.“

Selbstverständlich sollte die NET an die individuellen Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten angepasst werden, wie jede andere Therapie auch. Das Angebot einer NET, wie es in den Leitlinien empfohlen wird, schließt stets mit ein, dass Patientinnen und Patienten ein solches Therapieangebot auch ablehnen können.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass bereits das alleinige Angebot einer Therapie die Rate der Entwöhnungsversuche sowie deren Erfolg positiv beeinflusst [4]. In der modernen Tabaksuchttherapie findet daher ein Umschwenken zu einer „opt-out“-Haltung statt, nach der Patientinnen und Patienten zu der Rauchstoppempfehlung möglichst unmittelbar auch ein passendes Therapieangebot erhalten [5, 6].

Gegenüber dem sogenannten kalten Entzug (Entwöhnung ohne Unterstützungsmaßnahmen) führt gerade die ärztliche Kurzberatung in Kombination mit NET zu einer Erhöhung der Langzeitabstinenz, wie sowohl Cochrane-Reviews klinischer Studien [7, 8] als auch Bevölkerungsstudien unter Alltagsbedingungen [9] zeigen.

3. „Insbesondere bei Menschen mit psychischen Störungen wie z.B. Depression und Schizophrenie soll darauf geachtet werden, dass eine Tabakentwöhnung – ggfs. unter Einsatz psychotroper Substanzen – die Patientinnen und Patienten nicht überfordert.“

In Deutschland raucht aktuell noch knapp ein Drittel der Bevölkerung über 14 Jahre (www.debra-study.info), bei Menschen mit psychischen Störungen liegt die Prävalenz um ein vielfaches hö-

her [10]. Damit ist diese Gruppe insbesondere durch die gesundheitlichen Risiken des Tabakrauchens gefährdet. Hinzu kommt, dass es für Raucherinnen und Raucher mit psychischen Erkrankungen um ein vielfaches schwerer ist, die Tabakabhängigkeit zu überwinden als für rauchende Menschen ohne entsprechende Erkrankungen [10]. Gerade für diese Gruppe besitzt die Beratung zur Tabakentwöhnung und die Unterstützung des Rauchstopps mit evidenzbasierten Methoden daher eine besonders hohe Relevanz. Selbstverständlich bedarf es auch in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eines patientenzentrierten, gemeinsamen Priorisierungsprozesses unter Berücksichtigung der psychischen Stabilität sowie unter Abwägung der Vor- und Nachteile des jeweiligen Therapieangebotes.

4. „Über Vor- und Nachteile einer Tabakentwöhnung mit Bupropion oder Vareniclin soll mit den Patientinnen und Patienten abwägend gesprochen werden. Der Einsatz von Bupropion und Vareniclin soll, entgegen der Leitlinien-Empfehlung, nicht angeboten werden, da Nebenwirkungen bestehen.“

In unserem Beitrag geben wir die Empfehlung der Leitlinie wieder, Patientinnen und Patienten zu den Vor- und Nachteilen der Therapien der Tabakentwöhnung abwägend aufzuklären. Auch wird die Leitlinienempfehlung aufgegriffen, dass Bupropion oder Vareniclin erst angeboten werden soll, wenn eine leitliniengerecht durchgeführte Therapie mit NET nicht erfolgreich war. Aktuelle Studien zeigen, dass ein Zusammenhang zwischen der Einnahme von Vareniclin und Bupropion und schwerwiegenden kardiovaskulären sowie neuropsychiatrischen (Depression, Suizid) Nebenwirkungen äußerst unwahrscheinlich ist [11, 12]. Dies gilt auch für Raucherinnen und Raucher mit psychiatrischen Vorerkrankungen wie Depression und Schizophrenie [12]. Die Arzneimittelbehörden haben darum jüngst entsprechende Sicherheitswarnungen zurückgenommen [13].

Abschließend

Nur etwa 4 von 100 Raucherinnen und Rauchern, die einen kalten Entzug ver-

suchen, sind damit langfristig erfolgreich [14]. Mit einer geeigneten Therapie kann diese Erfolgsrate substanzial gesteigert werden. Für jedes Jahr, in dem weitergeraucht wird, verlieren Raucherinnen und Raucher etwa 3 Monate Lebenszeit [15]. Es besteht also eine nachhaltige Chance, wenn Hausärztinnen und Hausärzte ihren rauchenden Patientinnen und Patienten wiederholt ihre Unterstützung und eine evidenzbasierte Therapie zur Tabakentwöhnung anbieten und eine patientenzentrierte Form finden, diese angemessen zu kommunizieren. Hierzu sollte unser Beitrag Anregungen liefern.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. nat. Sabrina Kastaun, Dipl.-Psych.
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
Forschungsschwerpunkt Suchtforschung
und Klinische Epidemiologie
Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf
Postfach 101007
40001 Düsseldorf
sabrina.kastaun@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

1. Van Schayck OCP, Williams S, Barchilon V, et al. Treating tobacco dependence: guidance for primary care on life-saving interventions. Position statement of the IPCRG. NPJ Prim Care Respir Med 2017; 27: 38
2. Colli A, Lingardi V. The collaborative interactions scale: a new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. Psychother Res 2009; 19: 718–34.
3. Stead L, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Sys Rev 2008; 2: CD000165
4. 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: 1066–73
5. Richter KP, Ellerbeck EF. It's time to change the default for tobacco treatment. Addiction. 2015; 110: 381–6
6. McRobbie H, Bullen C, Glover M, Whittaker R, Wallace-Bell M, Fraser T. New Zealand smoking cessation guidelines. N Z Med J 2008; 121: 57–70
7. Stead LF, Lancaster T. Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2012; 12: CD009670

8. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 3: CD008286
9. Kotz D, Brown J, West R. Prospective cohort study of the effectiveness of smoking cessation treatments used in the "real world". *Mayo Clin Proc* 2014; 89: 1360–7
10. Mühlig S, Andreas S, Batra A, Petersen KU, Hoch E, Rütther T. Psychiatrische Komorbiditäten bei tabakbedingten Störungen. *Nervenarzt* 2016; 87: 46–52
11. Kotz D, Viechtbauer W, Simpson C, van Schayck OC, West R, Sheikh A. Cardiovascular and neuropsychiatric risks of varenicline: a retrospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2015; 3: 761–8
12. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet* 2016; 387: 2507–20
13. US Food and Drug Administration. Drug Safety Communication [December 16, 2016]: FDA revises description of mental health side effects of the stop-smoking medicines Chantix (varenicline) and Zyban (bupropion) to reflect clinical trial findings. www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm532221.htm (letzter Zugriff am 03.01.2017)
14. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004; 99: 29–38
15. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328: 1519

Chenot J-F, Becker A. Update der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz. *Z Allg Med* 2017; 93: 250–255

Leserbrief von Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz

Vielen Dank für diese Zusammenfassung der Leitlinie. Da beide Autoren auch Verfasser der Leitlinie sind, erlaube ich mir die folgende Diskussionsbemerkung, die auch für immer mehr Leitlinien zu anderen Themen leider gilt.

Die unterstellte Notwendigkeit des Vorliegens von methodisch guten Studiennachweisen zum Nutzen als alleinige Grundlage für „Leitlinien“ wird zum Problem: Leitlinien sollten eigentlich unser Handeln leiten und nicht ein Report nur der Studienlage sein, die – wie am Beispiel der Arbeitsunfähigkeitschreibung im Zusammenhang mit Kreuzschmerz deutlich wird – sich zudem auch ändert (von möglichst nicht AU zu AU).

Folgt man dem Konzept, nach dem nur das empfohlen werden kann, was gute Studienlage hat, dann führt das – wie im Falle der Schmerztherapie – auch zur faktischen Empfehlung des Nicht-Handelns, also einer absurden Situation für die Praxis. Denn gegeben werden sollen nicht: Paracetamol (wahrscheinlich auch in Kombination mit Codein), Metamizol, Flupirtin, Opioide. Und NSAR kann man – wie der Artikel die Leitlinie ergänzt – wohl auch nicht mehr einsetzen. Damit gibt es keine Schmerztherapie für den Rückenschmerz, die man noch vertreten kann! Leitlinien-Macher sollten an ihre Aufgabe denken, die da heißt: Gebt als Experten – wenn auch mit Studienwissen im Hintergrund – Eure Empfehlung, die noch ärztlich handeln lässt.

Und vielleicht sind ja die Studienergebnisse auch nur so schlecht in Bezug auf den Nutzen, weil sie akuten mit chronischem Rückenschmerz in den Untersuchungsgruppen zusammengebracht haben. Und letzterer ist wahrscheinlich nicht „Rückenschmerz“, sondern „Schmerzkrankheit“ – zwei deutlich unterschiedliche Dinge.

Ist es aber so, dass entweder die Studienlage keine *studiengestützte*

Empfehlung geben lässt, oder die Studienlage für den *akuten Rückenschmerz* nicht ausreichend existiert, dann muss man *in einer Leitlinie* dennoch eine Empfehlung des Experten erwarten können. Eine solche muss dann als eine Expertenempfehlung gekennzeichnet sein. Sie muss sich dann auf Erfahrung berufen sowie durch ein Abwägen der unterschiedlichen und der unterschiedlich häufigen UAWs in Bezug auf das, was man dann bei der Empfehlung ins Auge fasst, begründet werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz
Institut für Allgemeinmedizin (Emeritus)
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
abholz@med.uni-duesseldorf.de

Antwort von Prof. Dr. Jean-François Chenot und Prof. Dr. Annette Becker

Vielen Dank für den Leserbrief. Wir stimmen zu, dass die Gefahr besteht, in der Leitlinienarbeit bei der reinen Evidenzbewertung zu verharren, anstatt den Schritt zur praxisrelevanten Empfehlung zu gehen – notfalls auch ohne vorhandene Evidenz. Wir können dem Autor und der Leserschaft versichern, dass bei der Erstellung der Leitlinie Kreuzschmerz hierum gerungen wurde. Die teilweise bestehende Diskrepanz zwischen Leitlinie und Versorgung wurde angesprochen.

Natürlich würden wir gerne einfach umzusetzende und effektive Maßnahmen empfehlen, die es leider aber nicht gibt. Die Leitlinienempfehlungen sind eine Abwägung der Evidenz für Nutzen und Schaden und Ergebnis eines Konsensusprozesses. Die Sicherheitsbedenken zu Paracetamol sind in den letzten Jahren gestiegen. Gleichzeitig gibt es nun auch eine Negativstudie. Trotz unzureichender Evidenz