

Tabakentwöhnung in der pneumologischen Routineversorgung¹

Prospektive 12-Monate-„real life“-Beobachtung von Tabakentwöhnung durch kognitive Verhaltenstherapie teils kombiniert mit medikamentöser Unterstützung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin)

Smoking Cessation in Pneumological Routine Care

Prospective 12-Month Real-Life Observation of Smoking Cessation through Cognitive Behavioural Therapy Combined in Part with Drug Support (Nicotine Substitution Therapy, Varenicline)

Autoren

Th. Hering¹, J. Andres², R. Gebhardt³, Ch. Grah⁴, Th. Schultz⁵

Institute

Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

eingereicht 15. 8. 2011
akzeptiert nach Revision
8. 9. 2011

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1291391>
Online-Publikation: 17.10.2011
Pneumologie 2011; 65: 692–696
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0934-8387

Korrespondenzadresse

Dr. med. Thomas Hering
Lungenarztpraxis Tegel
Schloßstraße 5
13507 Berlin Tegel
hering@t-online.de

Zusammenfassung

Fortdauerndes Zigarettenrauchen beeinflusst insbesondere den Fortgang und die Prognose von Erkrankungen wie COPD/Lungenemphysem und Asthma bronchiale in entscheidender Weise ungünstig. Dennoch ist die Tabakentwöhnung als Therapiemaßnahme in der allgemeinen Versorgung dieser Erkrankungen in Deutschland nicht verbreitet, da der Gesetzgeber die Erstattung der entscheidenden Komponenten psychosoziale Unterstützung (Verhaltenstherapie) nur in geringem Umfang und medikamentöse Unterstützung (Nikotinersatz, Vareniclin, Bupropion) nicht erlaubt. Die vorliegende prospektive „real life“-Untersuchung mit 198 Teilnehmern zeigt, dass bei Beseitigung der Erstattungsbarriere für die kognitive Verhaltenstherapie im Setting der pneumologischen Praxis/Klinik eine hohe langfristige Abstinenz von 45,4% (Punktprävalenz nach 12 Monaten) erreicht werden kann. Wesentliche Erfolgsfaktoren neben der Erstattung der Verhaltenstherapie waren die Durchführung der Maßnahme in der die Patienten dauerhaft betreuenden Praxis/Klinik sowie ein zweistufiges Motivationsmodell zur Teilnahme. Die Erstattung der medikamentösen Unterstützung war im vorliegenden Versorgungsmodell nicht gewährleistet, sodass diese zu selten, zu kurz und zu niedrig dosiert angewendet wurde.

Einleitung

Tabakentwöhnung müsste bei der Versorgung pneumologischer Patienten eine herausragende Rolle spielen, da sie Verlauf, Prognose und Mortalität insbesondere von COPD, Asthma bronchiale und Bronchialkarzinom in entscheidender Weise beeinflussen kann. Tatsächlich ist die Umsetzung der Tabakentwöhnung allerdings in der wirklichen Versorgung nicht breit implementiert. Durch Krankenkassen auf der Grundlage von §20

Abstract

Continuous cigarette smoking clearly influences the course and prognosis of diseases like COPD/emphysema and asthma bronchiale in an adverse manner. However smoking cessation as a therapy measure is not a common part of general health-care in Germany as reimbursement of the central component of psychosocial support (behavioural therapy – BT) is allowed only to a minor degree and of pharmacotherapy support (nicotine replacement, varenicline, bupropione) is completely excluded by the legislator. This prospective “real-life” study with 198 participants shows, that with the abolition of the reimbursement barrier for cognitive behavioural therapy in the setting of a pneumological practice/clinic a high long-term abstinence of 45.4% (point prevalence after 12 months) can be achieved. Apart from the reimbursement of BT, predominant success factors were the implementation of the measure in the practice/clinic, where patients are under long-term treatment and the application of a two-stage motivational model for the participation. Reimbursement of smoking cessation pharmacotherapy was not possible in this study. Thus, pharmacotherapy was applied to fewer than necessary patients and was predominantly too short and in a too low dosage.

SGB V (Prävention) angebotene Kurse zum Suchtmittelkonsum – hier handelt es sich hauptsächlich um Tabakentwöhnung – wurden nur in geringem

¹ Daten wurden teilweise vorgestellt beim Symposium der AG Tabakprävention im Rahmen des 52. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Dresden 7.–10. 4. 2011.
Begründung für die 5 genannten Autoren: Die Anzahl der genannten Autoren ergibt sich aus der Anzahl der beteiligten Zentren und der mit der Durchführung und Auswertung betrauten Institution.

Umfang in Anspruch genommen: 2009 buchten 5674 Versicherte einen Kurs zu diesem Thema [1]. Von diesen dürften kaum mehr als 10% bis allenfalls 15% dauerhaft abstinent werden, da grundsätzlich auf den Einsatz der medikamentösen Unterstützung verzichtet wird [2, 3]. Das Missverhältnis gegenüber der anhaltenden Raucherquote von annähernd 30% der Erwachsenenbevölkerung (ca. 18 Mill. Raucher) liegt auf der Hand. Die Einordnung durch den Gesetzgeber wirkt sich als entscheidende Barriere gegen die Einführung der Tabakentwöhnung als Standard-Therapiemaßnahme aus. Der Gesetzgeber erlaubt den Krankenkassen im Sinne einer „Kann-Leistung“ die Tabakentwöhnung im begrenzten Umfang zu unterstützen: Nach §20 SGB V (Prävention) werden in der Regel nicht mehr als 75–100 EUR für eine gruppentherapeutische Entwöhnungsmaßnahme bezahlt, die ihrerseits faktisch weit höhere Kosten (ca. 350 EUR) verursacht. Die medikamentöse Unterstützung der Tabakentwöhnung wird entgegen der eindeutigen Evidenzlage als Lifestyle-Medikation wie z. B. auch Haarwuchsmittel von der Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen ausgeschlossen (§34 SGB V). Im Ergebnis findet sich eine sehr dünne und nur unvollständige Versorgungslandschaft, meist nur getrieben vom persönlichen Engagement Einzelner in Praxen und Kliniken.

In der vorgelegten Arbeit wird im Sinne einer prospektiven „real life“-Beobachtung über die Implementierung von Tabakentwöhnung in 4 Berliner Zentren (3 pneumologische Praxen, 1 pneumologische Klinik) berichtet. Die Besonderheit – dies sei an dieser Stelle vorweg genommen – bestand in einer erleichterten Rekrutierung der teilnehmenden Patienten durch die nahezu vollständige Erstattung der gruppentherapeutischen Intervention (gemeinsame Finanzierung mehrerer Pharmahersteller zur Unterstützung einer verbesserten Versorgung im Rahmen der DMP COPD/Asthma bronchiale); die medikamentöse Unterstützung musste hingegen von den Teilnehmern ggf. vollständig selbst getragen werden.

Tabakentwöhnung ist insbesondere für COPD-Patienten, die in der vorliegenden Arbeit die große Mehrzahl der Teilnehmer bildeten, besonders leistungsfähig: Nach Rauchstopp ist ein Rückgewinn von etwa 10% der verbliebenen ventilatorischen Kapazität (FEV1) zu erwarten, entscheidend ist jedoch der danach jährlich nur noch weit geringere Verlust der ventilatorischen Kapazität von etwa 25–30 ml gegenüber 50–60 ml bei fortwährendem Rauchen [4]. Die COPD-Exazerbationsrate [5] und insbesondere die Mortalität [6] werden reduziert. Aus Kostenträgersicht besonders entscheidend, findet sich nahezu eine Halbierung der Hospitalisierungsrate [7]. Aus der kurzfristigen Sicht des entwöhnenden Rauchers sind die schnellen Effekte innerhalb von 30 Tagen im Hinblick auf Belastungsluftmangel und Husten anzumerken [8].

Für das Asthma bronchiale ist der Rauchstopp ebenso von eminenter Bedeutung: Inhalationsrauchen bewirkt eine beschleunigte Verringerung der Lungenfunktion bei Asthmatikern, der Schweregrad der Erkrankung wird gesteigert und das Ansprechen auf inhalative und systemische Glucocorticoidsteroidoide wird verringert und damit die Asthmakontrolle beeinträchtigt [9, 10]. Von besonderer Bedeutung ist das erhöhte Risiko kindlichen Asthmas, wenn die Eltern rauchen [11].

Bemerkenswert ist der günstige Effekt des Rauchstopps sogar beim bereits diagnostizierten Bronchialkarzinom, dessen Progression durch Tabakkarenz verringert werden kann [12].

Eine Lege-artis-Tabakentwöhnung besteht aus der Kombination der psychosozialen Intervention/Verhaltenstherapie mit der medikamentösen Unterstützung (Nikotinersatztherapie, Vareniclin, Bupropion), die in der Mehrzahl der Fälle indiziert ist [13–15].

Alle Tabakentwöhnungsmaßnahmen haben sich an den für diese Maßnahmenkombination vorliegenden bekannten Ergebnissen zu messen. Als Goldstandard gilt die kontinuierliche Abstinenz nach 12 Monaten.

Material und Methoden

▼ In 3 lungenfachärztlichen Praxen und einer Krankenhaus-Lungenabteilung in Berlin wurden Patienten, bei denen die Indikation zur Tabakentwöhnung bestand, hierfür rekrutiert.

Die Rekrutierung fand in der Regel jeweils in einem motivierenden Kurzgespräch während der Sprechstunde statt, das den Grundsätzen des motivational interviewing folgte [16]. Patienten, die danach ein grundsätzliches Interesse an einer Tabakentwöhnungsmaßnahme zeigten, wurden in eine Gruppen-Informationsveranstaltung über die Tabakentwöhnung eingeladen, an der in der Regel etwa 6–12 Patienten teilnahmen (Stufe I). In dieser Veranstaltung wurde ihnen die Tabakentwöhnung in ihren Grundzügen dargelegt. Ausführlich erhielten sie Informationen über die Risiken des fortwährenden Rauchens insbesondere im Hinblick auf die Lungenerkrankungen. Sie erhielten orientierende Informationen über die mögliche medikamentöse Unterstützung der Tabakentwöhnung. Am Ende der Veranstaltung erhielten sie die Möglichkeit, sich für eine gruppentherapeutische Maßnahme (kognitive Verhaltenstherapie) zu entscheiden. Hierbei wurden in den Studienzentren die standardisierten Programme des IFT-Institutes München, RauchfreiProgramm, des Psychiatrischen Institutes der Universität Tübingen, Rauchfrei in 6 Schritten sowie das Rauchfreiwerden-Programm des IRT-Institutes München eingesetzt [17–20]. Diese Programme wurden im Sinne einer „Stufe-II-Maßnahme“ durchgeführt. Insgesamt wurden 198 Patienten eingeschlossen.

Für die Teilnahme an den Veranstaltungen der Stufe I bzw. der Gruppentherapiemaßnahme Stufe II wurden Gebühren geringen Umfangs zur Sicherstellung der Teilnahme von den Patienten eingefordert. Die verhaltenstherapeutische Komponente der Stufe-II-Maßnahme war, abgesehen von der oben erwähnten Verwaltungsgebühr, kostenfrei.

Hierbei wurden in Gruppen bis 12 Teilnehmern psychoedukative, kognitiv-emotionale Verfahren zum Aufbau eines Problembewusstseins mit Stärkung der Ambivalenz, zur Veränderung von Einstellungen und zur Förderung der Motivation angewendet. Außerdem wurde eine Verhaltensänderung durch ein zielorientiertes Vorgehen für ein rauchfreies Leben gefördert. Die Behandlung umfasste in der Regel fünf Sitzungen über die Dauer von 60 bis 90 Minuten bzw. in der Kompaktversion des RauchfreiProgramms (IFT-Institut München) drei mal 90 Minuten plus 2 Telefontermine. Im Rahmen der Gruppensitzung wurde gemeinsam der Rauchstopp („letzte Zigarette“) durchgeführt. Die Sitzungsinhalte werden in der Gruppe unter Einsatz eines begleitenden schriftlichen Patientenmanuals [21] erarbeitet, Möglichkeiten der Selbstbeobachtung, der Situations- und Reizkontrolle, der Selbstverstärkung, der Rückfallprävention durch vorbereitende Rollenspielübungen sowie die Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens stehen im Zentrum der Therapie.

Die medikamentöse Unterstützung der Tabakentwöhnung, die nach Maßgabe des Schweregrades der Tabakabhängigkeit den Teilnehmern nahegelegt wurde, musste von den Patienten vollständig selbst bezahlt werden.

Neben der Erfassung der demografischen Daten, des Raucherstatus sowie der Dokumentation der Entscheidung für oder gegen

eine medikamentöse Therapie wurde zu allen vier Zeitpunkten der MPSS-Fragebogen (Erfassung des Grades der Entzugserscheinungen durch die Mood and Physical Symptoms Scale) eingesetzt [22]. Eine erweiterte deutsche Version (Übersetzung: Thomas Hering) wurde von den MPSS-Autoren Robert West und Peter Hajek autorisiert.

Studienvisite I: Alle 198 Probanden wurden zum Zeitpunkt der Entscheidung für den Rauchstopftermin erfasst. Sämtliche Dokumentationsbögen wurden vor Ort ausgefüllt.

Studienvisite II: 3 Monate nach Studienvisite I wurden noch 186 Patienten erfasst. Wie bei Studienvisite I erfolgte die gesamte Dokumentation.

Studienvisite III: 6 Monate nach Studienvisite I wurden noch 138 Patienten erfasst. Hierbei erfolgte die Datenerfassung bei 76 Patienten persönlich, bei 62 Patienten telefonisch.

Studienvisite IV: 12 Monate nach Studienvisite I wurden 126 verbleibende Patienten erfasst. Bei 62 Patienten erfolgte die Dokumentation persönlich, bei 64 Patienten telefonisch.

Die Medikamenten-Compliance wurde im Verlauf nach der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Medikamentenmodalität nicht weiter erfasst. Die Gruppentherapeuten stellten allerdings einheitlich fest, dass die medikamentöse Unterstützung in der Regel nur wenige Wochen und nur im Einzelfall hinreichend hochdosiert und hinreichend lang eingesetzt wurde. Hierbei hätte für den Einsatz von Vareniclin eine Therapiedauer von 12 Wochen und für die Nikotinersatztherapie ebenfalls eine Therapiedauer von 12 Wochen eingehalten werden müssen.

Der Tabakabstinenz-Status zu den jeweiligen Zeitpunkten wurde durch Befragung der Patienten festgestellt.

Ergebnisse

Aus der laufenden Sprechstunde konnten durch Motivational Interviewing in 2009 insgesamt 360 Patienten für die Teilnahme in Stufe I (Abend-Informationsveranstaltung zur Tabakentwöhnung) motiviert werden. Von diesen Patienten äußerten sich 275 durch Ausfüllen eines Fragebogens zur Qualität der Veranstaltungen. Fast alle (95%) hielten die Veranstaltung für informativ und die Inhalte für gut verständlich (99%). 97% kreuzten an, dass die Präsentation ansprechend war. Der These, „mein Vorsatz zur Tabakentwöhnung wurde gestärkt“, stimmten 82% „voll“ oder „eher“ zu. 95% vergaben für die Veranstaltung die Schulnoten „gut“ oder „sehr gut“. Die am häufigsten genannten Gründe für die Teilnahme an der Veranstaltung waren „Eigenmotivation“ (67%), „gesundheitliche Probleme“ (56%) und der „Arztappell“ (49%). Die Teilnehmer an dieser Informationsveranstaltung wurden hinsichtlich Grad der Abhängigkeit, Begleiterkrankungen, Alter und Geschlecht nicht befragt.

Von den Teilnehmern an der Stufe I entschieden sich 216 (60%) für die Teilnahme in der Stufe II (verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnung nach dem Rauchfrei-Programm, gegebenenfalls ergänzt durch medikamentöse Unterstützung). Eine Praxis, die 18 Pat. initial eingeschlossen hatte, beendete die Teilnahme im Projekt, sodass in die weitere Auswertung insgesamt 198 Pat. aus 3 Praxen und einer Klinik einbezogen wurden. Insgesamt haben 126 Pat. Stufe II vollständig absolviert und konnten bis Monat 12 verfolgt werden, 72 Pat. haben während der 12 Monate das Programm abgebrochen (Abb. 1).

Die überwiegende Mehrzahl der Teilnehmer an der Stufe II gaben COPD (60%) als Grunderkrankung an. Asthma folgte mit 15% und Emphysem mit 13%. KHK, Hypertonie, Diabetes und Osteoporose

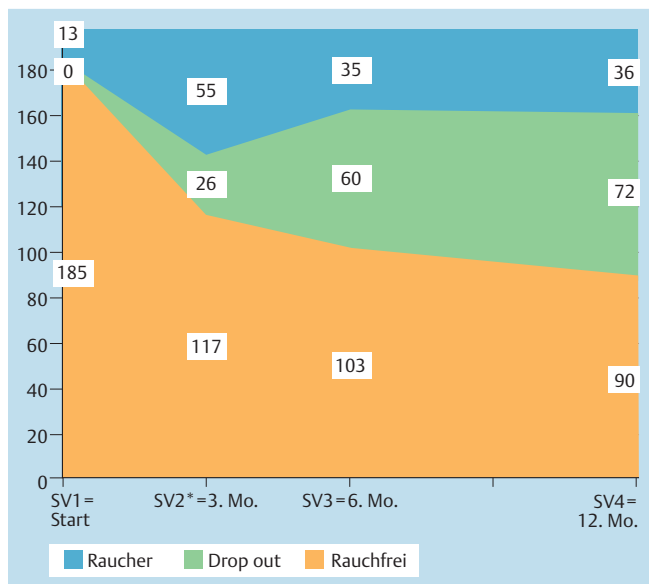


Abb. 1 Übersicht über alle Probanden intention to treat.

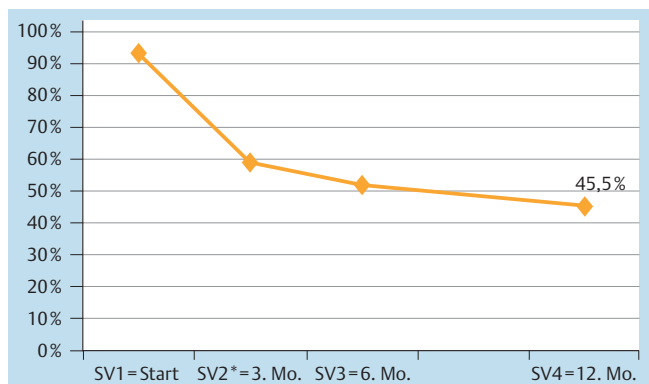


Abb. 2 Abstinenzquoten intention to treat.

wurden lediglich in je einem Fall zusätzlich zur pneumologischen Erkrankung genannt.

Die Intention to treat-Abstinenzraten über die Gesamtdauer zeigt die Abb. 2. Danach waren nach 12 Monaten 45,4% tabakabstinent (Punktprevalenz).

117 Teilnehmer entschieden sich zu Beginn der Entwöhnungsmaßnahme zusätzlich zur verhaltenstherapeutischen Gruppenintervention für den Einsatz einer medikamentösen Unterstützung, davon Nikotinersatz (46 Teilnehmer) bzw. Vareniclin (71 Teilnehmer). 79 Teilnehmer setzten keine medikamentöse Unterstützung ein, bei 2 Teilnehmern war der Medikamentenstatus nicht sicher zu klären.

Eine Beziehung zwischen Abhängigkeitsgrad (FTND) und Entscheidung für eine Medikation ergab sich nicht in überzeugender Weise.

Die Abstinenzquoten unterschieden sich je nach Einsatz evtl. unterstützender Medikation (Medikamenteneinsatz: Angabe zum Einsatzwunsch zu Beginn der Entwöhnungsmaßnahme – keine Dokumentation über Dosierung und Dauer) in geringem Umfang (nicht signifikant). Die Gruppe, die Nikotinersatztherapie zusätzlich zur Verhaltenstherapie nutzte, erreichte eine Abstinenzquote von 52%, diejenigen, die Vareniclin nutzten, erreichten 46% und diejenigen, die sich für die Verhaltenstherapie allein entschieden, erreichten 41%.

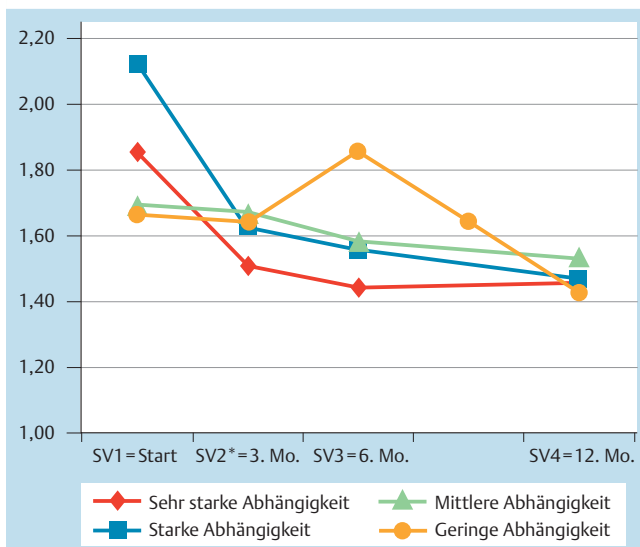


Abb. 3 MPSS nach Abhängigkeitsgrad (FTND-Score); Mittelwerte MPSS-Items 1–7.

Es ergaben sich Abstinenzquoten zwischen 27% und 56% für die einzelnen Studienzentren (Praxen bzw. Klinik). Die Unterschiede waren allerdings nicht signifikant.

Der Unterschied der Abstinenzquoten für weibliche und männliche Teilnehmer war unbedeutend und nicht signifikant.

Von allen Teilnehmern wurde der MPSS (mood and physical symptoms scale) erhoben: Erwartungsgemäß zeigte sich mit zunehmendem Abstand zum Rauchstopp ein sinkender Trend. Unterschiede der MPSS-Werte nach Abhängigkeitsgrad (FTND-Score) waren nicht signifikant. (● **Abb. 3**)

Diskussion

An erster Stelle ist der insgesamt hohe Anteil erfolgreich Entwöhnter, gemessen an der 12-Monate-Abstinenz, hervorzuheben. Allerdings muss einschränkend angemerkt werden, dass es sich hier um die Punktprävalenz (Angabe der Tabak-Freiheit zum Zeitpunkt der Abfrage) handelt und nicht um die biologisch verifizierte (CO-Messung oder Cotinin) kontinuierliche Abstinenz. Dennoch ist das Ergebnis mit 45,4% nach 12 Monaten sehr gut. Im Vergleich zu den Ergebnissen früherer Studien zur Effektivität von Tabakentwöhnung mit Bupropion, Nikotinersatz und Vareniclin [23–26], wurde eine nahezu doppelt so hohe Entwöhnungsrate erreicht. Hervorzuheben ist allerdings, dass in der vorliegenden Untersuchung eine sehr intensive verhaltenstherapeutische Intervention zum Einsatz kam, während in den zum Vergleich herangezogenen Studien die kurze Beratung „brief advice“ mit jeweils etwa 10 Minuten bei jedem Probanden-Kontakt zu Grunde zu legen ist. Hinzu kommt, dass der Einsatz der Medikation in den Vergleichsstudien konsequent durchgeführt wurde, da es sich hier um Arzneimittel-Studien mit dem Ziel der Überprüfung von Wirksamkeit und Sicherheit der fraglichen Substanzen handelte. Im Gegensatz hierzu musste für die vorliegende Arbeit akzeptiert werden, dass die Teilnehmer ihre ggf. ausgewählte Begleitmedikation selbst bezahlen mussten und sie überwiegend nur verkürzt und in teils reduzierter Dosis anwendeten. Vergleichbare Verhältnisse – intensive verhaltenstherapeutische Intervention, eher ungeordnete Rolle der Begleitmedikation – liegen für die Kurse des Rauchfrei-Programms, die das IFT-Insti-

tut/München in regelmäßiger übergreifender Auswertung dokumentiert, vor. Die aktuellste Evaluation ergab eine 12-Monate-Abstinenz (Befragung nach 12 Monaten) von 31,8% [27]. Zum Vergleich heranzuziehen wäre daneben etwa auch die Studie von Grassi et al. (Gruppentherapie plus Vareniclin 56,3%, Gruppentherapie allein 33,3% [28]).

Sowohl gegenüber Arzneimittelstudien zur Tabakentwöhnung ohne explizite verhaltenstherapeutische Intervention als auch im Vergleich zu den verhaltenstherapeutisch basierten und nur partiell medikamentös unterstützten Ergebnissen sind die hier vorgelegten 12-Monate-Resultate hoch. Ein wesentliches Moment des Erfolges dürfte die Tatsache sein, dass die Entwöhnungsmaßnahme direkt im langfristig versorgenden Praxis-Setting durchgeführt wird. Hierdurch wird eine besondere Rückfall-präventive Komponente wirksam: Die entwöhnten Patienten werden im Schnitt auch in den Folgejahren mit ihren pneumologischen Grunderkrankungen – überwiegend COPD und Asthma bronchiale – in der Praxis bleiben und wissen, dass sie vom kontinuierlich betreuenden Arzt immer wieder auf den anhaltenden Erfolg der Entwöhnung angesprochen und dazu befragt werden. Die Erfassung des Grades der Entzugserscheinungen durch die Mood and Physical Symptoms Scale (MPSS) zeigte einen insgesamt erwarteten abnehmenden Trend zur Stabilisierung mit geringer Rückfallgefährdung nach 6 und nach 12 Monaten. Differenzen des MPSS in Abhängigkeit des initialen Abhängigkeitsgrades (FTNF) waren nicht signifikant.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die unerwartet geringe Differenz des 12-Monats-Entwöhnungserfolges von Patienten ohne Begleitmedikation (40,5%) gegenüber solchen mit Vareniclin (46,5%) bzw. Nikotinersatz (52,2%). Diese Beobachtung differierender Abstinenzquoten ist aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl nicht signifikant. Dennoch hätten frühere Publikationen zur Bedeutung medikamentöser Begleitung eine höhere Steigerung erwarten lassen: In der US-Leitlinie [13] werden aus Metaanalysen odds ratios zwischen 2 und 3 für Nikotinersatz bzw. Vareniclin angegeben. Es ist für die vorliegende Untersuchung davon auszugehen, dass einerseits der hohe Entwöhnungserfolg dem konsequenten Einsatz einer „hoch dosierten“ Verhaltenstherapie zuzuschreiben ist und dass andererseits die gesetzlichen Barriere (Ausschluss von der Erstattungsfähigkeit) für die medikamentöse Therapie diese erheblich beeinträchtigte: Weit weniger Patienten als indiziert entschieden sich für die medikamentöse Therapie und haben diese überwiegend nicht hinreichend lang und nicht hinreichend hoch dosiert angewendet. Es sei die vorsichtige Folgerung erlaubt, dass unter Bedingungen der Erstattung der Medikation eine substantielle weitere Steigerung der Langfrist-Abstinenzquoten in die Größenordnung von etwa 60–70% erreichbar erscheinen.

Aufmerksamkeit verdient daneben die Beobachtung, dass unterschiedliche Abstinenzquoten in den 4 beteiligten Zentren gefunden wurden. Die 3 lungenärztlichen Praxen wiesen hierbei ähnliche, höhere Erfolgsquoten auf und die vergleichsweise geringen Unterschiede dürften dem Erfahrungsgrad der jeweils eingesetzten Trainer zugeschrieben werden können. Die Unterschiede waren jeweils nicht signifikant. Auffällig ist, dass die Erfolgsquote im Krankenhaus-Setting vergleichsweise schlechter abschneidet. Hier wäre zu diskutieren, inwieweit der Erfolgsfaktor der hohen Anbindung der Patienten an die entwöhnende Institution Praxis eben nicht wirksam war, da die Anbindung ans Krankenhaus naturgemäß nur punktuell und nicht regelmäßig/langfristig ist. Hervorzuheben ist die vergleichsweise gute hohe Motivierbarkeit der Patienten zur Teilnahme am Entwöhnungskurs. Hier er-

wies sich das angewendete zweistufige Motivationsmodell als besonders wirksam: Innerhalb der Sprechstunde erfolgte im Rahmen des knappen Sprechstundenzeittaktes lediglich eine kurze 1–2-Minuten Motivation (Anlehnung an Technik des motivational interviewing), die im Erfolgsfall (Interesse des Patienten an weiterer Information) zur Anmeldung in der periodisch abendlich stattfindenden Informationsveranstaltung führte.

Schlussfolgerung

Tabakentwöhnung im Setting der lungenärztlichen Praxis bzw. Klinik ist – nicht zuletzt aufgrund der gegebenen Voraussetzungen der besonderen zweistufigen Teilnehmerrekrutierung unter Patienten mit Atemwegserkrankungen – mit hoher Effektivität realisierbar, wenn hierfür eine zweistufige Motivation (kurzes motivational interviewing, ggf. darauf aufsetzend intensive Kleingruppen-Informationsveranstaltung) eingesetzt wird und wenn die Entwöhnungsbehandlung danach intensiv mittels standardisierter kognitiver Verhaltenstherapie, ergänzt durch medikamentöse Unterstützung (Nikotinersatz, Vareniclin), durchgeführt wird.

Ein besonders wirksamer Erfolgsfaktor ist in der Durchführung innerhalb des kontinuierlich versorgenden Praxissettings (Rückfallprävention) zu sehen.

Höhere Ergebnisse wären zu erwarten, wenn die medikamentöse Unterstützung erstattet und damit konsequenter eingesetzt würde.

Interessenkonflikt

Die Autoren sind für verschiedene Unternehmen, auch für die Hersteller der im Rahmen dieser Studie eingesetzten Medikamente, sporadisch z. B. als Referenten und/oder Berater tätig. Die mit der Durchführung der vorgelegten Untersuchung beauftragte med wiss GmbH, führt mit Unterstützung von Industriepartnern weitere Studien zur Versorgungsforschung durch.

Institute

- ¹ Lungenarztpraxis Tegel, Berlin
- ² MedWiss GmbH, Weinitzen, Österreich
- ³ Pneumologische Praxis, Berlin
- ⁴ Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin
- ⁵ Pneumologien Lichterfelde, Berlin

Literatur

- 1 Zelen K, Strippel H. Präventionsbericht 2010 des SpiV-GKV und des MDS. Essen: 2010
- 2 Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002; (3) CD001007.
- 3 GKV-SpiV A. Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. B.G. Federführend für die Veröffentlichung. IKK-Bundesverband; 2. korrigierte Auflage vom 10.11.2010.
- 4 Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166: 675–679

- 5 Au DH, Bryson CL, Chien JW et al. The effects of smoking cessation on the risk of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 457–463
- 6 Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA et al. The effects of a smoking cessation intervention on 14.5-year mortality: a randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 2005; 142: 233–239
- 7 Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M et al. Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study. *Thorax* 2002; 57: 967–972
- 8 Etter JF. Short-term change in self-reported COPD symptoms after smoking cessation in an internet sample. *Eur Respir J* 2010; 35: 1249–1255
- 9 O'Byrne P et al. GINA – Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2007: www.ginaasthma.com
- 10 Niedozytko M, Gruchala-Niedozytko M, Chelminska M et al. Persistent impact of cigarette smoking on asthma. *J Asthma* 2008; 45: 495–499
- 11 Goodwin RD. Environmental tobacco smoke and the epidemic of asthma in children: the role of cigarette use. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2007; 98: 447–454
- 12 Parsons A, Dayley A, Begh R et al. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis: systematic review of observational studies with meta-analysis. *Bmj* 2010; 340: 5569
- 13 Fiore MC et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update, in Public Health Service, U.S.D.o.H.a.H.S.M. Editor. 2008
- 14 Hughes J. An algorithm for choosing among smoking cessation treatments. *J Subst Abuse Treat* 2008; 34: 426–432
- 15 Andreas S, Batra A, Behr J et al. Tabakentwöhnung bei COPD – S3 Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. *Pneumologie* 2008; 62: 255–272
- 16 Lai DT, Cahill K, Qin Y et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (1) CD006936.
- 17 Batra A, Buchkremer G. Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in sechs Schritten. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2011
- 18 Nowak M, Kröger CC, Gradl S. Das Rauchfrei Programm – Jahresevaluation 2009. 2010: www.rauchfrei-programm.de
- 19 Hausch V. Faktoren der Nikotinabstinenz. Evaluation der Langzeitwirksamkeit eines Tabakentwöhnungskurses der pneumologischen Abteilung des Klinikums Nord in Nürnberg sowie einflussnehmende Variablen, in Institut für Psychologie, Lehrstuhl I. Friedrich-Alexander-Universität; Erlangen-Nürnberg: 2006
- 20 Sheng C. Nichtraucher werden und bleiben. Evaluation der Raucherentwöhnungskurse am Klinikum Nürnberg, in Lehrstuhl I am Institut für Psychologie. Friedrich-Alexander-Universität; Erlangen-Nürnberg: 2006
- 21 Gradl S, Kröger C. Das Rauchfrei Programm - Handbuch für Kursteilnehmer. München: I.-G.G. mbH; 2008
- 22 West R, Hajek P. Evaluation of the mood and physical symptoms scale (MPSS) to assess cigarette withdrawal. *Psychopharmacology (Berl)* 2004; 177: 195–199
- 23 Stead L, Perera R, Bullen C et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (1) CD000146.
- 24 Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama* 2006; 296: 56–63
- 25 Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA et al. A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999; 340: 685–691
- 26 Gonzales D, Rennard SI, Nides M et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Jama* 2006; 296: 47–55
- 27 Nowak M, Kröger C. Das Rauchfrei Programm – Jahresevaluation 2010. 2011: www.rauchfrei-programm.de
- 28 Grassi MC, Enea D, Ferketich AK et al. Effectiveness of varenicline for smoking cessation: A 1-year follow-up study. *J Subst Abuse Treat* 2011