



in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT e.V.)

Nr. 1
Januar
2005

Editorial

Tabakentwöhnung in Praxis, Klinik und Beratungsstellen leichter zu machen und Kollegen bei der täglichen Arbeit in der Tabakentwöhnung zu unterstützen, ist das erklärte Ziel dieses neuen Newsletters. In Kurzbeiträgen möchten wir jeden Monat Empfehlungen von Experten wiedergeben oder für die Praxis relevante Studien vorstellen. Im Mittelpunkt dieser ersten Ausgabe stehen die Leitlinien für Kurzberatungen und medikamentöse Therapien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht). Die verhaltens- und psychotherapeutischen Interventionen werden in der Februarausgabe wiedergegeben. Da die Hausärzte in der Grundversorgung von Rauchern eine zentrale Rolle spielen, werden auch ausgewählte Zwischenergebnisse zweier vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Studien zur Tabakentwöhnung in Hausarztpraxen vorgestellt.

Mit den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung im Jahr 2005,

Ihr Redaktionsteam

Martina Pötschke-Langer
Peter Lindinger
Anil Batra
Wilfried Kunstmann

Neuigkeiten

1) Seit kurzem steht AOK-versicherten Raucherinnen und Rauchern ein internetbasiertes Tabakentwöhnungsprogramm zur Verfügung, (www.aok.de/ich-werde-nichtraucher)

2) Weltnichtrauchertag am 31.Mai 2005
Motto: Gesundheitsberufe und Tabakkontrolle
Infos unter http://www.euro.who.int/tobaccofree/Projects/20040924_2

Inhaltsverzeichnis:

Neuigkeiten	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	1
Schwerpunktthema: Die deutschen Leitlinien zur Tabakentwöhnung – Teil I	2
Tabakentwöhnung in Hausarztpraxen	4

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe:

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg.
Termine: 28. Januar 2005, 25. Februar 2005 und 24 Juni 2005 (jeweils freitags 14–18 Uhr). Der Termin 25. Februar 2005 ist nur für Ärztinnen und Ärzte vorgesehen.
Infos unter www.tabakkontrolle.de

2. „Crash-Kurs“ für Ärzte zum Erwerb von Kenntnissen zur Raucherentwöhnung.
Termine: 22. Januar 2005, 19. März 2005
Infos bei der Landesärztekammer Thüringen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Frau Schneider
Postfach 10 07 40
07707 Jena

Kongresse/Tagungen:

3. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakabhängigkeit (WAT e.V.). Themenschwerpunkt: Tabakentwöhnung – niederschwelliger Zugang oder individualisierte Therapie? Fortbildungspunkte sind beantragt.
Termin: 16. März 2005, 13–17 Uhr
Gästehaus der Universität Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Infos unter KeimRPI@t-online.de

4. SRNT's 11th Annual Meeting and 7th Annual European Conference.
Termin: 20.–23. März 2005, Hilton Prag, Tschechische Republik.
Infos unter <http://www.srnt.org/meeting/2005/2005.html>

5. Hamburger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung)
Termin: 17.–20. Mai 2005, Infos unter www.suchttherapietage.de

SCHWERPUNKTTHEMA:

Die deutschen Leitlinien zur Tabakentwöhnung – Teil I Kurzinterventionen und medikamentöse Behandlungskomponenten

Unter der Federführung von Anil Batra wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) differenzierte Empfehlungen zur Tabakentwöhnung erarbeitet. Vorab sind hier die wichtigsten Empfehlungen zusammengestellt. Eine Publikation wird in Kürze erfolgen.

Die folgenden Auszüge der Leitlinien werden durch *kursiv gekennzeichnete Kommentare* ergänzt.

Kurzinterventionen in der ärztlichen Praxis

Bereits die ersten Empfehlungen betonen die enorme Bedeutung der ärztlichen Grundversorgung. Wenn die Frage nach dem Tabakkonsum in einem Gespräch zwischen Arzt und Patient unterbleibt, wird damit eine große Chance für eine nachfolgende Intervention ungenutzt vergeben.

Alle Patienten sollten zu ihrem Tabakkonsum befragt werden; Tabakkonsum sollte auf regelmäßiger Basis dokumentiert werden (A). Dies vergrößert die Anzahl von Interventionen auf Seiten der Gesundheitsberufe (Ia)

- Klinische Erfassungssysteme wie die Aufnahme des Rauchstatus in die Liste der Vitalsymptome oder andere Erinnerungssysteme wie Sticker auf Karteikarten oder elektronische Systeme tragen wesentlich zur regelmäßigen Erfassung, Dokumentation und Intervention bei (Ia).
- Wenn die systematische Identifizierung aller Raucherinnen und Raucher gewährleistet ist, ergeben sich folgende grundsätzliche Empfehlungen zur Struktur und Intensität einer Behandlung:
 - Alle Ärzte sollten rauchenden Patienten mit Nachdruck einen Rauchstopp anraten, da dieser ärztliche Ratschlag nachweisbar die Abstinenzquoten erhöht (A)
 - Selbst Minimalinterventionen, die weniger als 3 Minuten dauern, verbessern die Abstinenzquoten.
 - Jeder Raucher sollte zumindest eine Minimalintervention offeriert bekommen, unabhängig davon, ob er an eine intensive Behandlungsmaßnahme verwiesen wird. (A)
 - Es besteht eine deutliche Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Beratungsintensität und dem Entwöhnungserfolg. Intensivere Entwöhnungsmaßnahmen sind effektiver und sollten zum Einsatz kommen, wann immer es möglich ist (Ia, A).

Kurzinterventionen in der Klinik

Wenn praktikabel, sollten Raucher, die ein Krankenhaus aufsuchen, denselben kurzen routinemäßigen Ratschlag für einen Rauchstopp erhalten wie Raucher, die einen Arzt in der Praxis aufsuchen (A). Diese kurze Ausstiegsberatung im Krankenhaus ist effektiv (Ia)

Ein Klinik- oder Krankenhausbesuch muss zum Anlass genommen werden, Rauchern bei der Entwöhnung zu helfen, insbesondere weil Rauchen die Genesung verzögern kann und es vorteilhaft ist, wenn das Rauchen vor einer Operation aufgegeben wird. Krankenhäuser sollten rauchfreie Zonen werden. Die Patienten sollten vor ihrer Aufnahme über ein Rauchverbot im Krankenhaus informiert werden (C). Datensysteme zur Feststellung der Rauchgewohnheiten aller Patienten und die Bereitstellung zumindest einer kurzen Intervention sollten eingeführt werden; diese Maßnahmen verbessern die Abstinenzquoten (A).

Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung

Eine Therapie sollte sowohl die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit berücksichtigen und sowohl akut- als auch langwirksame Therapieelemente beinhalten (IV).

Die Kombination einer medikamentösen und einer psychotherapeutischen Maßnahme erbringt die höchste Effektivität (Ia, Fiore et al. 2000).

Die Tabakentwöhnung ist eine Aufgabe, die inter- oder transdisziplinär (s. die Transdisciplinary Tobacco Use Research Centers, TTURCs, <http://www.tturcpartners.com/>) angegangen werden sollte. Dem hohen, aber nach wie vor häufig unterschätzten Suchtpotenzial von Nikotin und den starken, auch emotional besetzten Lernprozessen müssen multimodale Breitbandbehandlungsmodelle entgegengesetzt werden.

Medikamentöse Behandlungskomponenten

Die Wirksamkeit der Nikotinersatztherapie wurde in zahlreichen klinischen Studien bestätigt (Ia).

Effektive medikamentöse Hilfen für den entwöhnungswilligen, abhängigen Raucher stehen mit dem Nikotinplaster, Nikotinkaugummi, Nikotinnasalspray zur Verfügung (Ia).

Die Behandlung ist sicher (Ib).

Für starke Raucher ist die Empfehlung gerechtfertigt, zur Vermeidung eines Rückfalls auch eine langdauernde oder anhaltende Nikotinersatztherapie vorzuschlagen (IV).

Die Kombination mehrerer Substitutionsformen ist möglich, sollte aber der ärztlichen Indikationsstellung vorbehalten und überwacht werden (IV).

Bezüglich der Kombination mehrerer Substitutionsformen unterscheidet sich die Leitlinie von den „Empfehlungen zur Therapie von Tabakabhängigkeit“ der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, in der eine bedarfsmäßige Applikation von Nikotin und eine Dreifachkombination bei hochgradig abhängigen Rauchern (Nikotinplaster plus -kaugummi plus Nasalspray) vorgeschlagen wird.

In der Zwischenzeit wurde das Spektrum der hierzulande verfügbaren Präparate um die Lutsch- und Sublingualtablette erweitert, während das Nasalspray infolge geringer Nachfrage vom Markt genommen wurde und über den internationalen Handel bezogen werden muss.

Die Darreichungsform Sublingualtablette (2mg) ist dem 2mg-Kaugummi bezüglich der Bioverfügbarkeit sehr ähnlich, so dass deren Anwendung anstelle des Kaugummis aus pharmakologischer Sicht empfohlen werden kann. Lutschtabletten gibt es in drei Stärken (1mg, 2mg und 4mg).

Differentielle Indikation nach Rauchcharakteristika:

Abhängigkeitsgrad:

Raucher, keine oder sehr geringe Abhängigkeit:

Rauchcharakteristika:

Maximal 10 Zigaretten/Tag, FTND 0–2

Intervention:

Raucherberatung, Kurzintervention, evtl. verhaltenstherapeutische Unterstützung, nur bei unbeherrschbarem Rauchverhalten Einsatz von Nikotinkaugummi (2mg)

Abhängigkeitsgrad:

abhängiger Raucher, mittelschwere Abhängigkeit

Rauchcharakteristika:

< 20 Zigaretten/Tag FTND 3–4;

Intervention:

strukturierte Raucherberatung, Kurzintervention, Gruppenbehandlung, Nikotinplaster, alternativ Nikotinkaugummi (4mg)

Abhängigkeitsgrad:
abhängiger Raucher, schwere Abhängigkeit
Rauchcharakteristika:
20–30 Zigaretten/Tag FTND 5–6;
Intervention:
strukturierte Raucherberatung, Kurzintervention, Gruppenbehandlung, Nikotinpflaster, alternativ Nikotinkaugummi (4mg), alternativ Nasalspray, bei starken Entzugszeichen Kombinationsbehandlung aus Pflaster und Kaugummi (4mg); evtl. längerdauernde Substitution bei Abstinenzgefährdung

Abhängigkeitsgrad:
abhängiger Raucher, sehr schwere Abhängigkeit
Rauchcharakteristika:
> 30 Zigaretten/Tag FTND > 6;
Intervention:
Gruppen- oder Einzelbehandlung, Nikotinpflaster in Verbindung mit Nikotinkaugummi (4mg), alternativ Nasalspray; evtl. längerdauernde Substitution bei Abstinenzgefährdung

(FTND= Fagerström-Test for Nicotine Dependence)

Bupropion stellt eine alternative Möglichkeit zur effektiven Behandlung in der Raucherentwöhnung dar (Evidenz Ib). Aufgrund der möglichen Nebenwirkungen sollte eine sorgfältige Nutzen-/ Risikoabschätzung erfolgen, gegebenenfalls ist Bupropion als Medikament zweiter Wahl einzusetzen. Den Nikotinersatztherapeutika sollte der Vorzug gegeben werden, sofern hiermit bislang keine Therapie erfolgte (IV).

Bupropion scheint doch häufiger zu neuropsychiatrischen Nebenwirkungen zu führen als bislang angenommen (Soyka 2004). In den deutschen Leitlinien wurde diesen Beobachtungen Rechnung getragen. In den englischen und US-amerikanischen Leitlinien gilt Bupropion gleichrangig mit den Nikotinersatzpräparaten als „first-line medication“. Die Wirksamkeit dieses Präparats ist eindeutig belegt: Die aktuelle Cochrane-Metaanalyse ermittelte aus 19 Studien ein OR von 2.06 (95% CI 1.77 - 2.40, Hughes et al 2004).

Nach Einschränkung der verfügbaren Studien auf methodisch hochwertige und aussagekräftige Studien zeigten lediglich die Antidepressiva Bupropion (...) und Nortriptylin (2 Studien, OR 2,83, 95% CI. 1,59-5, 03) eine signifikante Überlegenheit gegenüber einer Placebobehandlung (II).

Aufgrund der zu erwartenden Nebenwirkungen und der beschränkten Datenlage ist ein Einsatz nur als Medikation zweiter Wahl zu empfehlen (IV). Nortriptylin ist in Deutschland für die Raucherentwöhnung nicht zugelassen.

Inzwischen ist die Datenlage zu Nortriptylin etwas robuster (vier Studien, OR 2.79, 95% CI 1.70 - 4.59, Hughes et al. 2004). In einer aktuellen Studie (Hall et al. 2004) wurde der Effekt einer kombinierten Langzeit-Behandlung untersucht. Die Hälfte aller Teilnehmer, die zusätzlich zur Standardbehandlung (8 Wochen Nikotinpflaster plus 5 Beratungen) Nortriptylin und Langzeitberatung erhielten, waren nach 12 Monaten abstinent, aber erstaunlicherweise auch 42% der Teilnehmer, die ein Placebo erhalten hatten.

Die bislang nur eingeschränkte Aussagekraft der verfügbaren Untersuchungen lässt zwar hoffen, dass mit der Kombinationsbehandlung von Nikotin und Mecamylamin (ein Nikotin-antagonist, der die positive Nikotinwirkung blockieren soll) eine weitere Therapieoption zur Verfügung steht, rechtfertigt aber

noch keinen routinemäßigen Einsatz von Mecamylamin (Evidenz Ib, Fiore et al. 2000).

Die Behandlung mit Silberacetat stellt keine effektive Behandlungsmöglichkeit in der Raucherentwöhnung dar (Evidenz Ia).

Die Raucherentwöhnung mit Clonidin ist effektiv (Ia, Fiore et al. 2000). Aufgrund der zu erwartenden Nebenwirkungen sollte Clonidin als Medikament zweiter Wahl eingesetzt werden.

In sechs Studien zu Clonidin wurde ein OR von 1.89 nach sechs Monaten (95% CI 1.30 – 2.74) ermittelt. Unangenehme Nebenwirkungen wurden von 23% bis 92% (Median 71%) der Anwender berichtet (Gourlay et a. 2004).

Die Beurteilung der Evidenz der zitierten Arbeiten erfolgte gemäß den Empfehlungen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin ÄZQ in vier Stärken:

- Ia: Vorliegen einer Metaanalyse oder von mindestens 2 kontrollierten, randomisierten Studien
- Ib: Evidenz aufgrund mindestens einer kontrollierten, randomisierten Studie (RCT)
- Ila: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie (Fallkontroll- oder Kohortenstudie)
- Ilb: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie ohne Randomisierung
- III: Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien ohne Randomisierung (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie)
- IV: Evidenz aufgrund Berichten, Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten ohne quantitative Datenanalyse

Empfehlungen sind in 3 Klassen unterteilt:

- A: Empfehlung empirisch gut fundiert (wenigstens eine Metaanalyse, systematisches Review oder eine RCT oder Studien in der Studienpopulation mit konsistentem Ergebnis; Ia, Ib)
- B: Empfehlung allgemein begründet (Studien der Evidenzklasse Ila, Ilb, III liegen vor)
- C: Empfehlung im Einzelfall klinisch belegt (Evidenz der Klasse IV liegt vor)

Quellen

- Batra A, Lindinger P, Schütz C (in Vorbereitung) AWMF-Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2000) Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Am J Public Health Service..
- Gourlay SG, Stead LF, Benowitz NL (2004) Clonidine for smoking. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4
- Hall SM, Humfleet VI, Reus RF et al. (2004) Extended Nortriptyline and Psychological Treatment for Cigarette Smoking. Am J Psychiatry 161:2100–2107
- Hughes JR, Stead LF, Lancaster T (2004) Antidepressants for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4
- Soyka M (2004) Neuropsychiatric adverse events of bupropion treatment: a brief update. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. Volume 8, Number 4, 251–254

Tabakentwöhnung in Hausarztpraxen

a) Die IRIS-Studie

In einer Interventionsstudie zur Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis (IRIS) wurden die Möglichkeiten zur Stärkung der Raucherentwöhnung in der hausärztlichen Praxis durch verbesserte Rahmenbedingungen wie eine spezifische Weiterbildung, Kostenerstattung für wirksame Medikation oder eine erfolgsabhängige finanzielle Honorierung untersucht. Auch wenn der Abschlussbericht noch aussteht, sollen doch die interessantesten Ergebnisse der sechs-Monats-Befragung dargestellt werden (Twardella & Brenner 2004). Überaus deutlich waren die Unterschiede in den Rekrutierungszahlen. Während die Ärzte aus den 21 Praxen der Kontrollgruppe lediglich 75 Teilnehmer gewinnen konnten, waren es in den Praxen, die eine spezifische, zweistündige Schulung zur Tabakentwöhnung erhalten hatten, deutlich mehr (145, 146 und 223 Teilnehmer). Die Ärzte, die zusätzlich zur Schulung eine Kostenerstattung für wirksame Medikation und eine erfolgsabhängige finanzielle Honorierung erhielten, konnten mit 223 Rauchern fast dreimal so viele Teilnehmer gewinnen. Der Behandlungserfolg nach sechs Monaten war nahezu dreimal größer, wenn Raucher von Ärzten behandelt wurden, die sich in der Interventionsgruppe „Training + kostenfreie Medikamente“ befanden hatten (Abstinenzquote 16% vs. 6%, OR 2,96, KI 1,52–5,75, s. Tabelle 1). Gespannt sein darf man auf die Daten der Ein-Jahres-Katamnese, bei der die Selbstangaben durch Cotinintest verifiziert werden.

Bedingung	N Raucher	N abst. (%)	Odds Ratio (95% KI)
TF: Training + finanzielle Anreize für erfolgreiche Tabakentwöhnung			
nein	217	31 (14%)	1.00
ja	367	40 (11%)	0.74 (0.41, 1.32)
TM: Training + Möglichkeit kostenfreier Medikation (bis max. €130)			
nein	221	13 (6%)	1.00
ja	363	58 (16%)	2.96 (1.52, 5.75)

b) Die SNICAS-Studie

In der „Smoking and Nicotine Dependent Awareness and Screening“ (SNICAS)-Studie wurde u.a. ermittelt, wie die in den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen „Tabakkonsum erfassen“ und „Rauchstopp anraten“ in Hausarztpraxen umgesetzt werden (Hoch et al. 2004). In einer bundesweiten Stichprobe von 889 Hausärzten wurden an einem Stichtag 28.707 unselektierte Patienten erfasst. Die wichtigsten Ergebnisse (Hoch 2004):

- Ein Viertel der Raucher wird von ihrem Hausarzt nicht als Raucher erkannt
- Bei der Behandlung wurden von den Ärzten insbesondere „Beratung/Motivierung“ (51,7%) und Bupropion (24,1%) als Entwöhnungsmaßnahmen bevorzugt. Nikotinersatzstoffe (Kaugummi: 8,1%; Pflaster: 1,5%) oder Verhaltenstherapie (4,5%) wurden nur selten gewählt.

- Die besten Chancen, eine Beratung zur Tabakentwöhnung zu erhalten, hatten rauchende Patienten, die bereits mehrfache Ausstiegsversuche unternommen hatten, deren gesundheitliche Verfassung eher schlecht war und deren Ausstiegs-motivation höher war.
- Die konkreten Interventionsmöglichkeiten in der hausärztlichen Praxis wurden von fast zwei Dritteln der Ärzte (62,9%) als „schlecht“ eingeschätzt.
- Wenn keine Tabakentwöhnung stattfand, wurde dies mit mangelndem Interesse der Patienten (55,4%), einem zu großen Zeitaufwand (47,4%) oder der mangelnden finanzielle Ver-gütung (32,5%) begründet.
- Der Verdacht, dass das eigene Rauchverhalten der Ärzte einen Einfluss auf diese Zahlen hatte, konnte sich nicht bestätigen: Nur 12% der Befragten waren Raucher, immerhin 32% Ex-Raucher.

Wie die Autoren in ihrer Schlussfolgerung ausführen, kann der Anspruch flächendeckender Angebote zur Tabakentwöhnung im primärärztlichen Setting derzeit nicht eingelöst werden. Aus diesen Ergebnissen ergebe sich die Notwendigkeit, die aktuell vorhandenen Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln, z.B. in Richtung folgendes Versorgungsmodell:

1. Konzentration der hausärztlichen Behandlung auf Identifikation, Motivierung und Überweisung von Rauchern an noch aufzubauende regionale „primärärztliche Entwöhnungszentren“ mit verbesserten Rahmenbedingungen (Zeit, Weiterbildung, finanzielle Incentives)
2. Nutzung bereits existierender Angebote von Einrichtungen und Diensten außerhalb des hausärztlichen Sektors (z.B. Suchtberatungsstellen, Rehabilitationskliniken) und damit Erhöhung der Zahl der Anbieter und Erweiterung des Kompetenzspektrums in der Tabakentwöhnung
3. Vernetzung beziehungsweise Aufbau von Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zwischen hausärztlichen und nicht-hausärztlichen Entwöhnungsangeboten

In der Tat herrscht bezüglich der Beratung und Behandlung von Rauchern großer und dringender Handlungsbedarf: Eine bundesweite Befragung (Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2000) von über 11.000 angeschriebenen potenziellen Anbietern (Gesundheits-einrichtungen, Beratungsstellen und Praxen) ergab, dass nur 763 Tabakentwöhnung leisten – viele von ihnen mit Methoden, die von evidenzbasierten Maßnahmen weit entfernt sind.

Quellen:

- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000) Marktübersicht zu Raucherentwöhnungshilfen in Deutschland. Unveröffentlichtes Dokument, Heidelberg
- Hoch E, Franke A, Sonntag H et al. (2004) Raucherentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung – Chance oder Fiktion? Ergebnisse der „Smoking and Nicotine Dependence Awareness and Screening (SNICAS)“-Studie. Suchtmed, 6 (1), 47–51
- Hoch E, (2004) Smokers in German primary care: who gets treatment? Vortrag gehalten auf der 6. Annual Conference of the SRNT Europe, Tübingen, 6.–9. Oktober 2004
- Twardella D, Brenner H (2004) Strategies to Promote Smoking Cessation in General Practice: Results of a Cluster-Randomized Trial. Poster präsentiert beim 12. Weltkongress für Biomedizinische Alkoholismusforschung, Heidelberg / Mannheim, 29. September bis 2. Oktober 2004