



Stellungnahme

zum Projekt Ambulante Qualitätsindikatoren (AQUIK) der KBV

Berlin, 21. August 2009



Ziele des AQUIK-Projekts

Nach den Plänen der KBV sollen ambulante Qualitätsindikatoren (AQUIK) als tragendes Element einer künftigen Weiterentwicklung der Versorgung eingeführt werden. Diese sollen die Ergebnisse der unterschiedlichen Versorgungsformen vergleichbar machen, sie sollen die Transparenz gegenüber Versicherten, Patienten, Krankenkassen und Leistungserbringern erhöhen und schließlich sollen sie für qualitätsbezogene Vergütungsanteile genutzt werden können (Statement des KBV-Vorsitzenden Dr. Köhler beim KBV-Pressegespräch am 13. Juli 2009). Um Qualitätsindikatoren rechtssicher einführen zu können, sei eine entsprechende Generalklausel im SGB V nötig.

Die Qualitätsindikatoren sollen die noch bestehende Lücke im Portfolio der Qualitätsinstrumente der KBV schließen, indem zu Elementen der Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität hinzugefügt wird.

In einer ersten Stufe hat die KBV international verfügbare Indikatorensets recherchiert, in einer Datenbank erfasst und hinsichtlich ihrer Übertragbarkeit auf das deutsche Versorgungssystem überprüft:

„Auf dieser Grundlage wurden 65 Indikatoren ausgewählt, die ein zweistufiges Bewertungsverfahren durch Fachgruppenexperten in Anlehnung an die RAND/UCLA-Methode durchlaufen haben. Das so konsentierete Set umfasst 48 sowohl fachgruppenübergreifende als auch fachgruppenspezifische Indikatoren für die ambulante Versorgung, deren Relevanz und Machbarkeit durch die Experten bestätigt wurden. In einem weiteren Schritt wurden diese Indikatoren unter wissenschaftlicher Begleitung in mehr als 100 Praxen auf Datenverfügbarkeit und den Aufwand für die Datenerhebung getestet. Im Ergebnis steht das AQUIK-Indikatorenset für die Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung (s. Projektbericht). Alle wichtigen Krankheitsthemen, die nach den Kriterien Häufigkeit, Chronizität und Verbesserungspotential ausgewählt worden sind, wurden dabei berücksichtigt, ergänzt um Indikatoren zu Praxisorganisation und Dokumentation sowie zur Patientenorientierung.“ (<http://www.kbv.de/themen/aquik.html>)

Das letztlich akzeptierte Indikatorenset sieht derzeit folgende, auf die Behandlung psychischer Krankheiten bezogene Indikatoren vor:

ADHS

- Diagnosekriterien
- Erstverschreibung





- Folgekontakte
- Schulische Unterstützung

Depression

- Patientenregister
- Diagnosekriterien
- Einschätzung Fallschwere
- Medikation
- Suizidrisiko
- Screening bei KHK und/oder Diabetes

Querschnittsthema

- Tabakentwöhnung

Die Indikatoren sollen Qualität messbar machen, weshalb bei jedem Indikator ein Quotient gebildet wird, in dem der Nenner die Stichprobe der Patienten mit einem bestimmten Merkmal ist und der Zähler der Teil der Patienten der Stichprobe, die leitliniengerecht diagnostiziert oder behandelt worden sind. Der Quotient kann sich demnach zwischen 0 und 1 bewegen.

Das Indikatorenset der KBV bezieht sich in erster Linie auf die hausärztliche und kinderärztliche und in zweiter Linie auf die fachärztliche Versorgung. Die psychotherapeutische Versorgung wird durch die vorliegenden Indikatoren (noch) nicht berührt. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass in Zukunft auch die Ergebnisqualität der Psychotherapie einbezogen werden soll.

Die Indikatoren wurden von der KBV sowohl nach ihrer Relevanz als auch nach ihrer Machbarkeit bewertet. Weitere Indikatoren haben den Praxistest nicht bestanden. Sie wurden von der KBV als nicht oder wenig relevant in Hinblick auf Verbesserung der Qualität eingestuft.

Die als relevant und machbar identifizierten Indikatoren für die Erkennung und Behandlung psychischer Krankheiten werden nachfolgend aus fachlicher Sicht einzeln beschrieben und bewertet. Anschließend wird ein Fazit zum gesamten AQUIK-Projekt gezogen.

1. ADHS – Diagnosekriterien

Quotient aus allen Patienten von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mit neu diagnostiziertem ADHS innerhalb der letzten 12 Monate (Nenner) und dem Anteil der Patienten aus





diesem Kollektiv, in deren Patientenakte die Abklärung nach DSM-IV- oder ICD-10-Kriterien dokumentiert ist.

Ziel sei es, die Anwendung formaler Diagnosekriterien für ADHS zu stärken.

Bewertung: Vielfach bemängelt wird die zunehmende Verschreibung von Stimulantien bei Kindern und Jugendlichen mit Verdacht auf ADHS bzw. ADS. Nach Meinung des Sachverständigenrates für die Entwicklung im Gesundheitswesen sollten die Kenntnisse von Kinder- und Allgemeinärzten in Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern verbessert werden, weil sie oft die ersten Ansprechpartner sind. Eine vorausgeschaltete spezifische Diagnostik als Grundlage für die Indikationsentscheidung für oder gegen eine ADHS-spezifische Behandlung wird vermutlich dazu führen, dass die Diagnose ADHS bzw. ADS seltener gestellt wird und dass dementsprechend auch die Verschreibungsrate von Medikamenten (Stimulantien oder Atomoxetin) reduziert wird.

Sofern die Abklärung der ADHS mit ADHS-spezifischen Testverfahren sowie mit Intelligenz- und/oder Leistungstests erfolgen soll (was nach den Leitlinien unerlässlich ist) muss gesichert sein, dass der Arzt, der den Test anwendet, über die entsprechende Qualifikation zur Durchführung, Auswertung und Interpretation psychologischer Testverfahren verfügt. Es sei an dieser Stelle auf die Ausführungen zum Qualitätsindikator „Depression – Einschätzung Fallschwere“ verwiesen.

2. ADHS – Erstverschreibung

Quotient aus den Patienten von 6 bis 18 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mit der Diagnose ADHS und Erstverschreibung einer ADHS-Medikation (Nenner) und dem Anteil der Patienten, bei denen 30 Tage nach Erstverschreibung einer ADHS-Medikation ein Wiedervorstellungstermin stattfand (Zähler).

Ziel sei die Verbesserung der medikamentösen Behandlung von ADHS-Patienten durch eine engmaschige Betreuung, insbesondere in der Initialphase der Therapie.

Bewertung: Zur Prüfung der Effekte der Medikation ist eine Einbestellung der Patienten nach einem Monat notwendig. Dabei ist das Kind „als aktiver Teilnehmer in diesen Prozess einzubinden“ (Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2007). Insofern ist der Indikator zur Überprüfung der Erstverschreibung sinnvoll. Zur Feststellung





der Qualität der weiterführenden medikamentösen Behandlung ist der Indikator „ADHS – Folgekontakte“ vorgesehen.

Jedoch wird dieser Indikator, in Verbindung mit einem finanziellen Anreiz, eher zu einer vermehrten Verschreibung von Medikamenten führen, wenn nicht ein weiterer Indikator eingeführt wird, der diesem vorgeschaltet ist. Dieser zusätzliche Indikator sollte zum Ziel haben, unnötige medikamentöse Behandlungen zu vermeiden. Der Quotient wäre analog des in Baden-Württemberg umgesetzten ADHS-Vertrags der KBV (§ 3 Abs. 4) und des entsprechenden IV-Vertrags in Rheinland-Pfalz zu bilden aus allen Patienten von 6 bis 18 Jahren mit neu diagnostiziertem ADHS innerhalb der letzten 12 Monate (Nenner) und dem Anteil der Patienten aus diesem Kollektiv, in deren Patientenakte ein dreimonatiger Behandlungsversuch ohne Medikamente entsprechend den Vorgaben der Leitlinien dokumentiert ist. Um sicher zu stellen, dass dieser Indikator eingesetzt wird, bevor eine medikamentöse Behandlung begonnen wird, müsste der Zähler des Indikators „ADHS – Erstverschreibung“ so ergänzt werden: „...und dem Anteil der Patienten, bei denen 30 Tage nach Erstverschreibung einer ADHS-Medikation, der ein dreimonatiger Behandlungsversuch ohne Medikamente vorausgegangen sein muss, ein Wiedervorstellungstermin stattfand (Zähler).

3. ADHS - Folgekontakte

Quotient aus der Anzahl der Patienten von 6 bis 18 Jahren, die innerhalb der letzten 12 Monate mit einer ADHS-Medikation behandelt wurden (Nenner) und dem Anteil, bei dem zwei Folgekontakte im Jahr dokumentiert sind (Zähler).

Ziel sei die Verbesserung der medikamentösen Behandlung von ADHS-Patienten durch eine engmaschige Betreuung.

Bewertung: Zwar kann eine engmaschige Betreuung dazu beitragen, die Notwendigkeit einer fortlaufenden medikamentösen Behandlung, z.B. durch Auslassversuche zu prüfen. Jedoch ist keineswegs gewährleistet, dass genau dies in den Folgekontakten auch geschieht. Aus diesem Grund sieht z.B. der ADHS-Vertrag der KBV-Vertragswerkstatt, der seit dem 1. April 2009 von den Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg umgesetzt worden ist, verschiedene qualitätssichernde Maßnahmen vor: interdisziplinäre Zusammenarbeit in regionalen ADHS-Teams, verpflichtende Teilnahme an mindestens zwei der viermal im Jahr stattfindenden Qualitätszirkel, Diagnosesicherung durch leitlinienbasierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik usw. Nach die-



sem Vertrag wird der Therapieverlauf nach Beginn der Behandlung nach 3 bis 6 Monaten und dann fortlaufend halbjährlich bewertet.

Der ADHS-Vertrag setzt hohe Maßstäbe, die flächendeckend deutschlandweit derzeit nicht umgesetzt sind. Der Qualitätsindikator ist jedoch ein Schritt in die richtige Richtung und kann deshalb positiv beurteilt werden. Wenigstens kann verhindert werden, dass nach der Erstmedikation auf lange Dauer kein Patientenkontakt mehr stattfindet. Ob er allerdings dazu geeignet ist, dazu beizutragen, die übermäßig hohe Verschreibungsrate der Medikamente zu verringern, ist unsicher.

4. ADHS - Schulische Unterstützung

Quotient aus der Anzahl der Patienten von 6 bis 18 Jahren mit ADHS (Nenner) und dem Anteil der Patienten, bei denen innerhalb der letzten 12 Monate in der Patientenakte dokumentiert ist, dass der Bedarf an schulischer Unterstützung und Möglichkeiten der Erziehungshilfe besprochen wurde (Zähler).

Ziel sei es, den multimodalen Therapieansatz zu fördern.

Bewertung: Eine unkoordinierte Inanspruchnahme von Hilfeangeboten durch Eltern von Kindern mit ADHS ist immer noch eher die Regel als die Ausnahme. Eine koordinierte interdisziplinäre Behandlung findet nur selten statt. Dies zu ändern ist auch das Ziel des ADHS-IV-Vertrags in Rheinland-Pfalz und des § 73c-Vertrags in Baden-Württemberg. Die Einbeziehung der Schule bei der Diagnostik und Behandlung ist unerlässlich. In manchen Fällen sind Maßnahmen der Erziehungshilfe sinnvoll.

Was darunter zu verstehen ist, beschreibt der Indikator (leider) nicht. Sind darunter Erziehungsberatungsstellen gemeint, die Betreuung in einer Förderschule, heilpädagogischer Tagesstätte, Hilfe zur Erziehung als Jugendhilfemaßnahme? Es kann davon ausgegangen werden, dass der Arzt über das regionale Angebot solcher Hilfen gut informiert ist.

Trotz der Unschärfe in der Terminologie kann dieser Indikator als sinnvoller Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS beurteilt werden.





5. Depression – Einschätzung Fallschwere

Quotient aus Anzahl aller Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate (Nenner) und Anzahl der Patienten mit neu diagnostizierter Depression innerhalb der letzten 12 Monate, bei denen die Einschätzung der Fallschwere spätestens zu Beginn der Behandlung anhand eines validierten Hilfsmittels erfolgte (Zähler).

Ziel sei es, den Schweregrad einer Depression als ein zentrales Kriterium für Therapieentscheidungen mit validierten Hilfsmitteln möglichst objektiv zu erfassen. Genannt werden z.B. BDI, PHQ-D, Klassifikation nach ICD-10-Kriterien.

Bewertung: Die Behandlung einer Depression mit Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie hängt wesentlich vom Schweregrad ab. „Zur Behandlung akuter leichter- bis mittelschwerer depressiver Episoden soll eine Psychotherapie angeboten werden. Bei akuten schweren Depressionen soll eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.“ (Empfehlungen 3-40 und 32-41 der NVL Depression). Bei schweren und chronischen Depressionen soll nach der Empfehlung 3-44 „der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist.“

Die Einschätzung des Schweregrades einer Depression durch den Hausarzt kann auch dazu beitragen, dass frühzeitiger die Überweisung der Patienten an einen Psychotherapeuten oder Psychiater erfolgt.

Zur Anwendung der oben aufgeführten validierten diagnostischen Verfahren ist anzumerken, dass die sachgerechte Durchführung, Auswertung und Interpretation standardisierter Test- und Screeningverfahren zur Erfassung von Symptomen psychischer Erkrankungen grundlegende testtheoretische Kenntnisse voraussetzt. Diese sind durch die umfangreiche Ausbildung in psychologischer Diagnostik im Rahmen des Studiums bei Psychologen gegeben. Aus diesem Grund wurde die Anwendung psychologischer Testverfahren im EBM 2000 plus auf wenige Fachgruppen eingegrenzt, bei denen entsprechende Kenntnisse vorausgesetzt werden können. Die Anwendung und Abrechnung der bei diesem Indikator genannten Verfahren ist außer den Psychotherapeuten laut EBM nur den folgenden weiteren Gruppen gestattet: Ärzten mit der Gebietsbezeichnung Phoniatrie und Pädaudiologie, für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Kinder- und Jugendmedizin.





Ohne diese spezifischen Kenntnisse über Testgütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität lassen sich Testergebnisse nicht sicher interpretieren. Berücksichtigt werden müssen bei jeder Testung auch die spezifischen Merkmale der Testsituation und die Tatsache, dass der „wahre“ Testwert einer Person innerhalb gewisser, statistisch bestimmbarer Grenzen schwankt.

Aus diesen Gründen ist als Mindestvoraussetzung der Anwendung der im Indikator genannten Verfahren eine Fortbildung des Arztes in Testtheorie und Durchführung und Auswertung dieser Verfahren zu fordern. Andernfalls kann der Qualitätsindikator nicht als Qualitätsindikator gelten.

Ebenfalls sicher gestellt sein muss, dass sofern die technische Durchführung der Verfahren delegiert werden soll, nur Personen in Frage kommen, die über entsprechende Qualifikationen verfügen. Die Instruktion und Interpretation der Ergebnisse sind prinzipiell nicht delegierbar.

6. Depression – Screening bei KHK und/oder Diabetes

Quotient aus Anzahl der Patienten mit neu diagnostiziertem Diabetes mellitus und/oder neu diagnostizierter koronarer Herzerkrankung innerhalb der letzten 12 Monate (Nenner) und Anzahl dieser Patienten die mit zwei Screeningfragen auf Depression innerhalb der letzten 12 Monaten getestet wurden (Zähler).

Ziel sei, in der Versorgung dieser Hochrisikogruppen Maßnahmen der Früherkennung einzusetzen.

Bewertung: Nach einer von Benecke auf einem Symposium der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zur Psychotherapie bei körperlichen Erkrankungen referierten –Studie (Anderson et al., Diabetes Care, 2001) kommen Depressionen bei Diabetikern doppelt so häufig vor wie bei Nicht-Diabetikern und Depressionen haben einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf des Diabetes. Nach einem auf demselben Symposium gehaltenen Vortrag von Budde zur Psychotherapie bei KHK besteht ein deutlich erhöhtes Mortalitätsrisiko, wenn Menschen mit KHK zusätzlich an einer Depression erkrankt sind. Diese chronischen körperlichen Krankheiten einseitig somatisch zu behandeln hieße Chancen verschenken. Der Indikator ist deshalb sehr positiv zu bewerten.





7. Querschnittsthema: Tabakentwöhnung

Quotient aus Anzahl aller Raucher innerhalb der letzten 12 Monate (Nenner) und Anzahl dieser Raucher, denen Maßnahmen zum Beenden des Rauchens empfohlen wurden und in deren Akte dies dokumentiert wurde (Zähler).

Ziel soll eine Nikotinkarenz bei möglichst vielen Patienten sein, um damit die Anzahl bzw. das Ausmaß von Folgeerkrankungen zu reduzieren.

Bewertung: Die KBV beruft sich auf die Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften (u.a. Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung u. Suchttherapie, DGPPN, Nationale Versorgungsleitlinie COPD 2008).

Methodisch hochwertige wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass die einfache ärztliche Empfehlung, das Rauchen zu beenden, nur einen sehr geringen Effekt auf die tatsächliche Erfolgsrate hat. Eine Cochrane Review aus dem Jahre 2008 über 41 Studien mit über 31.000 Rauchern findet einen zusätzlichen Nutzen von nur 1-3% an Patienten, die aufgrund von ärztlichen Ratschlägen und Beratungen mittel- und langfristig zu Nichtrauchern werden, im Vergleich zur Rate an Patienten, die ohne jegliche Empfehlung und Beratung das Rauchen aufgeben (Stead et al., 2008). Bezüglich der Mortalitätsraten (beim Follow-up nach 20 Jahren) war kein statistisch signifikanter Effekt einer ärztlichen Beratung nachweisbar. Ein weiterer Cochrane Review zur Wirkung, die eine Empfehlung nicht-ärztlicher Mitarbeiter im Gesundheitsbereich (z.B. Krankenschwestern, Arzthelfer etc.) zum Beenden des Rauchens hat, kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Rice & Stead, 2008). Auch hier sind die Effekte bloßer Empfehlungen ohne gezieltes weiteres Monitoring und ohne weitere Interventionen sehr schwach.

Hingegen zeigen eine Reihe von Evaluationsstudien (Literaturliste s. Anhang), dass kognitiv verhaltenstherapeutische Interventionen zur Raucherentwöhnung kurz- und langfristig erfolgreich sind (siehe z.B. Metaanalyse von Wais & Revenstorf, 2008; Kröger & Piontek, 2006; Huber & Gastner, 2003). Verhaltensmodifizierende Programme wie das kognitiv- verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnungsprogramm wie „Das Rauchfrei Programm“ erfahren nicht nur eine hohe Akzeptanz, sondern führen auch zu signifikant höheren kurz- und langfristigen Abstinenzquoten als einfachere, bisherige Reduktionsprogramme (Gradl, 2008). Zur Überwindung des abhängigen Verhaltens sind psychotherapeutische Konzepte zum Aufbau einer ausreichenden Veränderungsmotivation unabdingbar. Metaanalysen zeigen, dass besonders die Kombination von psychotherapeutischen und medikamentösen (Nikotinersatzpräparate, Bupropion etc.) Behand-





lungsmaßnahmen zu langfristigen kontinuierlichen Abstinenzquoten von 20-30% führen (Peukert & Batra, 2008).

Sofern überhaupt am Indikator Tabakentwöhnung festgehalten werden soll, sollte im Zähler des Quotienten die Rate der Patienten stehen, die nachweisbar vom Arzt dazu bewegt werden konnten, an einem spezifischen Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen haben.

Fazit

Qualität messbar zu machen und mit Vergütungsanreizen zu verbinden, kann eine sinnvolle Methode sein, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern – wenn die eingangs erwähnten Kriterien erfüllt sind. Unter fachlichen Gesichtspunkten sind die von der KBV für den Bereich psychischer Krankheiten identifizierten Qualitätsindikatoren – mit Ausnahme des Indikators Tabakentwöhnung - grundsätzlich sinnvoll. Sie dienen der besseren Erkennung und Zuordnung psychischer Krankheiten und sie fördern die schnellere Einleitung einer angemessenen Behandlung. Einige Indikatoren bedürfen jedoch der Ergänzung und Präzisierung. Bei ADHS muss ein Indikator ergänzt werden, der auf eine Verminderung der medikamentösen Behandlungen abzielt.

Die Akzeptanz der Einführung von Qualitätsindikatoren bei Ärzten und Psychotherapeuten wird angesichts des bereits bestehenden hohen bürokratischen Aufwands in den Praxen und angesichts der Skepsis gegenüber neuen Vergütungsregelungen wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, Ärzte und Psychotherapeuten davon zu überzeugen, dass

- Qualitätsindikatoren nicht nur eine weitere bürokratische Maßnahme sind, sondern eine tatsächliche Verbesserung der Qualität bringen,
- die Einführung der Qualitätsindikatoren dazu beitragen, darzulegen, dass das KBV-/KV-System in der Lage ist, Qualitätsprobleme der Versorgung zu lösen und damit zum Erhalt dieses Systems beitragen,
- Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung dazu beitragen, dass die in den niedergelassenen Praxen geleistete Qualität gegenüber institutionellen Anbietern (z.B. Klinikambulanzen) im Wettbewerb bestehen kann,
- die Anwendung von Qualitätsindikatoren mit einer höheren Vergütung verbunden ist,
- der Datenschutz gewährleistet ist, wenn die Messwerte an die KV oder eine Treuhandstelle übermittelt werden. Die Patienten dürfen nicht identifizierbar sein, wenn im Falle einer





Datenschutzverletzung Patientendaten an die Öffentlichkeit geraten, analog gilt das auch für die Ärzte und Psychotherapeuten, die die Qualitätsindikatoren nutzen.

- Qualitätsindikatoren so wenig wie möglich manipulationsanfällig sind.

Literatur zur Raucherentwöhnung

Stead, L.F., Bergson, G. & Lancaster, R. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Apr 16 (2): CD000165.

Rice, V.H. & Stead, L.F. Nursing interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2008 Jan 23(1): CD001188.

Gradl, S. (2008). Entwicklung und Evaluation des Tabakentwöhnungsprogramms "Das Rauchfrei PRogramm". Dissertation an der Universität Leipzig, Fakultät für Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie.

Huber, D. (1992). Nikotinsubstitution im Vergleich und in Kombination mit verhaltenstherapeutischer Raucherentwöhnung. Dissertation an der Technischen Universität München.

Peukert, P. & Batra, A. (2008). Bedeutung psychotherapeutischer Konzepte bei der Tabakentwöhnung. Psychotherapie im Dialog . 9(4): 344-350.

Wais, K. & Revenstorf, D. (2008). Metaanalyse zur Wirksamkeit der Hypnotherapie. Elf kontrollierte Studien zu verschiedenen Störungen. Hypnose 3(1-2), 57-68.

Groß, B. et al. (2007). Förderung der Tabakabstinenz in der hausärztlichen Praxis: Die aktuelle Situation in Deutschland. Suchttherapie 8(4): 141-147.

Kröger, C. & Piontek, D. (2006). Tabakentwöhnung im ambulanten und stationären Setting. Aktuelle Ergebnisse der Therapieforschung. Die Medizinische Welt 57;96-102.

Huber, D. & Gastner, J. (2003). Raucherentwöhnung: Ein empirischer Vergleich von Verhaltenstherapie, Nikotinersatz und deren Kombination. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 24(2): 167-185.

