



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

**Nr. 24  
August  
2007**

### Editorial

Zum 01. August 2007 ist in Baden-Württemberg, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern ein Nichtrauchererschutzgesetz in Kraft getreten. Auch die Rauchfreiheit von Gaststätten ist in dem aktuellen Gesetz geregelt. Andere Bundesländer werden ab dem 1.1.2008 folgen. Ab September ist das Rauchen auch in öffentlichen Einrichtungen des Bundes und öffentlichen Verkehrsmitteln verboten. § 1 des Landesnichtraucherschutzgesetzes in Baden-Württemberg lautet: „Dieses Gesetz hat zum Ziel, dass in Schulen sowie bei schulischen Veranstaltungen, in Jugendhäusern, in Tageseinrichtungen für Kinder, in Behörden, Dienststellen und sonstigen Einrichtungen des Landes und der Kommunen sowie in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Gaststätten nicht geraucht wird. Die Regelungen dienen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, dem Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens.“ Wenngleich das Gesetz Ausnahmemöglichkeiten zulässt, stellt es zweifelsfrei einen großen Fortschritt dar, wie er vor einigen Jahren kaum denkbar gewesen ist. Internationale Erfahrungen zeigen, dass Regelungen zum Nichtrauchererschutz die soziale Norm in Bezug auf das Rauchen nachhaltig verändern und die Raucherquote senken. Weitere Informationen zum Thema finden sich auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit ([http://www.bmg.bund.de/cln\\_041/nn\\_600110/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak/FAQ-Nichtraucherschutz.htm](http://www.bmg.bund.de/cln_041/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Drogen-und-Sucht/Tabak/FAQ-Nichtraucherschutz.htm)), aber auch in dem Diskussionsforum dieses Newsletter, wo drei ausgewiesene Expertinnen und Experten Stellung zum Stand des Nichtrauchererschutzes nehmen.

Krankenhäuser bieten Patienten meist eine zumindest innerhalb der Gebäude rauchfreie Umgebung und ermöglichen rauchenden Patienten dadurch die Einsicht, dass ein Leben ohne Zigaretten möglich ist. Die Cochrane-Arbeitsgruppe hat aktuell 33 Studien zu Tabakentwöhnung im Krankenhaus ausgewertet (1). Dabei hat sich gezeigt, dass eine intensivere Ausstiegsbehandlung (mindestens 30min Beratung während des Krankenhausaufenthaltes und danach telefonische Folgekontakte für mindestens vier Wochen) die Ausstiegschancen nach sechs und 12 Monaten deutlich erhöhen konnten. Die entscheidende Komponente scheint dabei die Nachbetreuung zu sein: Kurzinterventionen oder intensivere Beratungen sind nur dann wirksam, wenn nach der Entlassung eine kontinuierliche Weiterbetreuung stattfindet.

Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung des Reviews betonte die American Lung Association die enorme Bedeutung der Gesundheitsberufe für die Motivierung und Ausstiegsberatung von Krankenhauspatienten. Insbesondere die Ansprache von Autoritätspersonen wie Ärzten und Arbeitgebern kann großen positiven Einfluss haben auf die Bereitschaft, einen Rauchstoppversuch zu unternehmen. Deshalb sei es wichtig, dass Personen in Schlüsselpositionen über eine entsprechende Ausbildung in der Tabakentwöhnung verfügen.

### Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	1–2
Kongresse/Tagungen	2
Experten-Diskussionsforum	2–3
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3–4

Aktuelle Fortbildungsangebote sind in dieser Ausgabe des Newsletters auch wieder enthalten. Daneben finden sich viele Veranstaltungshinweise und die Zusammenfassung neuer Publikationen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam  
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,  
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

(1) Rigotti NA, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2007, Issue 3. Art. No.: CD001837. DOI: 10.1002/14651858.CD001837.pub2.

### 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 Fortbildungspunkte der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

**Termine:** 28.09 und 19.10.2007, jeweils 14–18 Uhr. Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de); Anmeldung unter [who-cc@dkfz.de](mailto:who-cc@dkfz.de)

2. 2-tägige „Kursleiterschulung zur Durchführung von Tabakentwöhnung in Gruppentherapie“ des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern (6 Sitzungen innerhalb von 14 Tagen + 2 Stabilisierungssitzungen 3 und 6 Wochen nach Kursende). Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. **Termin:** 07. und 08. 09. 2007; Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Infos und Anmeldung unter 089/68 999 511

3. Kursleiterschulung für das „Neue Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung

München. **Termine:** 15.09.–16.09. Freiburg (verkürztes Seminar im Rahmen der Verhaltenstherapiewochen des IFT **nur für Personen mit abgeschlossener therapeutischer Zusatzausbildung**), 17.09.–21.09. München, 25.10.–29.10. Berlin, 22.11.–26.11. Köln, 23.11.–27.11. Mainz. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei [seidel@ift.de](mailto:seidel@ift.de); Tel.: 089/ 360804-91, Fax: 089/ 360804-98

4. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. Die Fortbildung vermittelt theoretische Grundlagen, Kenntnisse und Fertigkeiten in der Motivation und Behandlung von Rauchern. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Es gibt Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer.

**Termin:** Freitag, 09.11.2007, 9.00–18.30 Uhr,

Samstag, 10.11.2007, 8.30–17.30 Uhr

Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen.

Anmeldung: WiT-WissensTransfer, Universitätsbund Tübingen, Wilhelmstraße 5, D-72074 Tübingen, Tel. 07071/29-76439, 29-76872; Fax: 07071/295101; <http://www.wit.uni-tuebingen.de>

#### Kongresse/Tagungen:

1. Konferenz „Towards a smokefree society 2007“ Edinburgh, Schottland. **Termin:** 10.–11.09. 2007. Anmeldung und Infos unter <http://www.smokefreeconference07.com>.

2. 12.Tübinger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung und Heidelberger Curriculum) **Termin:** 26.–28.09.2007, Anmeldung bei Tübinger Suchttherapietage, Osianderstr. 24, 72076 Tübingen, Tel. 07071 / 2980922, Fax: 07071/295384 oder [sucht@med.uni-tuebingen.de](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de)

3. 9. Jahreskonferenz der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europa. **Termin:** 03.–06.10. 2007, Madrid, Spanien. Anmeldung und Programm unter <http://www.srnt2007madrid.com/>

4. 4. Europäische Konferenz „Tobacco or Health“ Krebsliga Schweiz in Kooperation mit der Deutschen Krebsgesellschaft im Auftrag der European Cancer Leagues.

**Termin:** 11.–13.10. 2007, Basel, Schweiz. Anmeldung und Infos unter [www.ectoh07.org](http://www.ectoh07.org)

5. 16. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. Thema: Forschungsergebnisse in der Suchtmedizin und therapeutische Konsequenzen. **Termin:** 02.–04.11.2007, Berlin. Anmeldung und Infos unter [www.dgsuchtmedizin.de](http://www.dgsuchtmedizin.de)

6. Bitte schon vormerken: 05.–06.12.2007

5. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle  
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle, Heidelberg.  
Infos unter [www.tabakkontrolle.de](http://www.tabakkontrolle.de)

---

#### Experten-Diskussionsforum

Im Experten-Forum wird die aktuelle Diskussion um das Nichtraucherchutzgesetz aufgegriffen. Christa Rustler, Rolf Hüllinghorst und Friedrich Wiebel haben hierzu jeweils eine kurze

Stellungnahme verfasst, in der sie auf Mängel oder Vorteile des Nichtraucherchutzgesetzes aus ihrer Perspektive hinweisen.

**Rolf Hüllinghorst, Geschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und Mitglied des Drogen- und Suchtrates der Bundesregierung:**

17 Nichtraucherchutzgesetze – welch ein Erfolg!

Das Nichtraucherchutzgesetz auf Bundesebene wird am 1. September 2007 in Kraft treten, und dann folgen bis zum Anfang kommenden Jahres weitere 16 Gesetze in den Bundesländern. Das ist ein Erfolg der Gesundheitsförderung in Deutschland, wie ihn sich die meisten Akteure vor drei Jahren noch nicht vorstellen konnten.

Was wurde erreicht? Die massive Einschränkung der Orte und der Gelegenheiten wird zu einem Konsumrückgang führen, es wird weniger geraucht werden. Das fördert nicht nur die Gesundheit der Raucherinnen und Raucher, sondern trägt auch dazu bei, dass Nichtraucher gesünder leben werden.

Weniger Gelegenheiten zum Rauchen sorgen automatisch auch dafür, dass es weniger schlechte Vorbilder für junge Menschen gibt, und die Restriktionen an vielen Orten werden zu einer erhöhten Ausstiegsmotivation führen und die Zahl der rauchenden Menschen reduzieren. Hier schließt sich ein Kreis.

Aber dafür öffnet sich der nächste Kreis: Wenn es gelingt, die Ausstiegsmotivation zu fördern, dann müssen verstärkt Angebote zur Raucherentwöhnung angeboten werden. Dazu ist es erforderlich, dass die Entwöhnungsbehandlung von Nikotin ebenso in den – finanzierten – Aufgabenbereich von Kranken- und Rentenversicherung gehört, wie das auch bei anderen Suchtmitteln der Fall ist.

Ausstiegsmotivation wecken, qualifiziert behandeln und das gesellschaftliche Klima in Richtung Nichtrauchen und Gesundheit stärken, wodurch wiederum Rückfälle verhindert werden. Auf dieser Basis können die dann noch offenen Fragen im Zusammenhang mit dem Rauchen geregelt werden.

**Christa Rustler, Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser:**

„Nichtraucherschutz“ statt „Gesundheitsschutz für alle“?

Obwohl in der Zielsetzung und in den Begründungen ausführlich (meist auf der Basis der Publikationen des Deutschen Krebsforschungszentrums) auf die Gefahren des Passivrauchens ausführlich hingewiesen wird, erfüllen die Gesetzesentwürfe der Länder die darin beschriebenen Ansprüche nicht.

Nicht nur in der Gastronomie, auch in Kliniken, ist ein Flickenteppich unterschiedlichster Regelungen entstanden. In vielen Bundesländern sind Raucherräume ohne besondere Auflagen auch in Krankenhäusern möglich. In der Interpretation der Ausnahmesituationen steckt zudem reichlich Konfliktpotential. Für eine flächendeckende Umsetzung rauchfreier Kliniken fehlen der klare Impuls und die Unterstützung vom Gesetzgeber. Die Zuständigkeit der Länder bedingt, dass Verantwortlichkeiten für die Umsetzung und die Konsequenzen bei Verstößen unterschiedlich geregelt sind. Der Begriff „Nichtraucherschutzgesetz“ fördert zudem die Polarisierung zwischen Nichtrauchern, die geschützt werden müssen, und Rauchern, denen etwas verboten wird. Viele Klinikleitungen fühlen sich in der Umsetzung einer rauchfreien Einrichtung vom Gesetzgeber alleine gelassen. Es ist in Deutschland leider nicht gelungen, die Erkenntnisse und Erfahrungen erfolgreicher Prozesse anderer Staaten in Europa zu nutzen und Gesundheitsschutz für alle, auch für die Raucher, als Zielsetzung zu etablieren. Dafür wäre ein bundesweites Gesetz zum Schutz vor Passivrauchen an allen Arbeitsplätzen, eine klare Botschaft und entsprechende Umsetzungsstrategien erforderlich.

Prof. Dr. med. Friedrich Wiebel, Bundesvorsitzender Ärztlicher Arbeitskreis Rauchen und Gesundheit e.V.:

Die Gesetze zum Schutz vor dem Passivrauchens, die vom Bund und einigen Ländern erlassen wurden – oder in naher Zukunft erlassen werden –, sind ein großer Schritt vorwärts in der ‚Tabakkontrolle‘ in Deutschland. Die Gesetze sind allerdings mit drei schwerwiegenden Mängeln behaftet: 1) Die Arbeitnehmer im Hotel- und Gaststättengewerbe, die an ihrem Arbeitsplatz den höchsten Belastungen mit Tabakrauch ausgesetzt sind, bleiben weiterhin vom gesetzlichen Schutz ausgenommen. 2) Der Vollzug der Gesetze ist mit dem bloßen Verweis auf die gängige Praxis der Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten nur unzureichend abgesichert. 3) Die Gesetze werden durch zahlreiche Ausnahmen, insbesondere die Erlaubnis, Raucherräume einzurichten, aufgeweicht. Da nicht klar vorgegeben ist, wie diese Räume gestaltet sein müssen (z.B. Entlüftung nach außen, Unterdruck, selbstschließende Türen, ohne Bedienung), ist dem Missbrauch Tür und Tor geöffnet.

### Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) MACY J T, SEO D-C, CHASSIN L, PRESSON C C, SHERMAN S J (2007). Prospective Predictors of Long-Term Abstinence Versus Relapse Among Smokers Who Quit as Young Adults. *American Journal of Public Health*, 97 (8), published ahead of print on June 28, 2007, as 10.2105/AJPH.2006.101386.

In dieser prospektiven Längsschnittstudie wurde der Frage nachgegangen, was einen Rauchausstieg im jungen Erwachsenenalter begünstigt und welche Faktoren eine Langzeitabstinenz voraussagen können. Befragt wurden 327 Teilnehmer einer laufenden Längsschnittstudie, die im Alter von 18 bis 24 mindestens ein Jahr rauchfrei gewesen waren. Verglichen wurde die Gruppe, die seit mehr als fünf Jahren abstinent waren (Langzeitabstinenz) mit denen, die aktuell zumindest monatlich rauchen (Rückfall).

Insgesamt waren 67% aller Teilnehmer langfristig abstinent geblieben und 33% rückfällig geworden. Der stärkste Prädiktor zur Vermeidung eines Rückfalls war die Ehe mit einem nichtrauchenden Partner (OR=0,07; 95% KI=0,03–0,21). Andere Prädiktoren waren u. a. die Tatsache, lediglich *einen* Ausstiegsversuch im Leben unternommen zu haben (OR=0,13; 95% KI=0,04–0,44), im jungen Erwachsenenalter höchstens *einen* rauchenden Elternteil gehabt zu haben (OR=0,23; 95%; KI=0,06 – 0,93) und in einem *komplett* rauchfreien Gebäude zu arbeiten (OR=0,13; 95%, KI=0,03–0,58).

Die soziale Umwelt scheint entscheidend dafür zu sein, ob die jungen Erwachsenen rauchfrei blieben oder rückfällig wurden. Besonderes Augenmerk verdient darüber hinaus die Tatsache, dass sich nur ein *komplett* rauchfreier Arbeitsplatz als zuverlässiger Prädiktor der Langzeitabstinenz erwies.

Dieses Ergebnis unterstreicht die große Bedeutung einer rauchfreien Umgebung, die auch auf den universitären Rahmen ausgedehnt werden sollte, um jungen rauchenden Erwachsenen den langfristigen Ausstieg zu erleichtern. Junge Erwachsene, die in frühen Jahren den Ausstieg schaffen, scheinen eine gute Chance zu haben, dauerhaft rauchfrei zu bleiben.

**Wichtig für die Praxis**  
Strategien der Rückfallprophylaxe sollten ergänzt werden um Hinweise zur Etablierung einer rauchfreien beruflichen und häuslichen Umgebung.

b) AVEYARD P & WEST R (2007) Managing smoking cessation. *BMJ*; 335, 37–41

In diesem Clinical Review werden die zentralen Bausteine effektiver Tabakentwöhnung, insbesondere für die ärztlichen Berufe, anschaulich erläutert. Die wichtigsten Aussagen des Reviews lauten:

– Nach dem 40. Lebensjahr reduziert das Rauchen die Lebenserwartung jährlich um drei Monate, weshalb Patienten in möglichst jungen Jahren zu einem Rauchstopp ermutigt werden und darin unterstützt werden sollten.

– Trotz Unterstützung enden viele Versuche mit der Wiederaufnahme des Rauchens, so dass Tabakentwöhnung zwecklos erscheinen mag. Jedoch ist erwiesen, dass die Art und Weise der ärztlichen Ausstiegsberatung für die Patienten einen großen Unterschied macht. Häufig sind mehrere Behandlungen notwendig. Für viele ist es eine Angelegenheit von Leben und Tod.

– Wenn die Empfehlungen der Leitlinien zur Kurzintervention nach den 5 As nicht praktikabel erscheinen, kann durch Fragen zum Rauchverhalten und Anerkennung eigener Ausstiegsversuche ein einfacher und patientenzentrierter Zugang gewählt werden. Anschließend können verschiedene Optionen zur Unterstützung des Ausstiegs diskutiert werden.

– Die meisten Raucher reagieren positiv auf Unterstützungsangebote. Entscheidend ist dabei, nicht einfach Instruktionen zu geben, zu klagen oder aufzufordern, etwas zu unternehmen, was die Patienten kennen und schon selbst versucht haben.

– mit Nikotinersatztherapie, Bupropion und Vareniclin stünden drei medikamentöse Therapien erster Wahl zur Verfügung (Anm.: In den deutschen Leitlinien wird Bupropion wegen seines Nebenwirkungsprofils als Therapie zweiter Wahl eingestuft)

– verschiedene Formen verhaltensbezogener Unterstützung sind wirksam. Dazu zählen individuelle Beratung, Gruppentherapien und telefonische Beratung mit mehreren Kontakten. Es ist nicht gesichert, ob bestimmte Therapien wie kognitive Verhaltenstherapie oder Motivational Interviewing besser sind als andere.

#### Wichtig für die Praxis

Wenn in der Tabakentwöhnung zu viele spezielle Einzelaspekte betrachtet werden, geht manchmal der Überblick verloren. Die Orientierung an den Kernaussagen von Leitlinien und Reviews liefert einfache und klare Hinweise zur Ansprache von Rauchern.

c) COVEY L S, GLASSMAN A H, JIANG H, FRIED J, MASMELA J, LODUCA C, PETKOVA E, RODRIGUEZ K (2007). A randomized trial of bupropion and/or nicotine gum as maintenance treatment for preventing smoking relapse. *Addiction*, 102, 1292–1302.

#### Hintergrund

Über spezifische Maßnahmen zur Rückfallprävention in der Tabakentwöhnung und deren optimale Behandlungsdauer liegen bislang noch wenig empirisch gesicherte Erkenntnisse vor. In der vorliegenden Untersuchung wurde daher die Wirksamkeit von Bupropion und/oder Nikotinkaugummi als Erhaltungstherapie zur Rückfallprävention untersucht, indem abstinenten Raucher über die Standardbehandlungsdauer hinaus pharmakologisch behandelt wurden.

#### Methode

In einer der University of Columbia (N.Y.) angeschlossenen Tabakentwöhnungsklinik wurde eine 48wöchige multi-phasische Studie durchgeführt.

#### Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum  
WHO-Kollaborationszentrum für Tabakkontrolle  
in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und  
Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem  
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

#### Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Martina Pötschke-Langer

#### Redaktion:

Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,  
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

In Phase 1 (Open-Label-Treatment, informationsoffene Behandlungsbedingung) erhielten insgesamt 588 Raucher acht Wochen lang Bupropion und Nikotinpflaster.

Phase 2: Während der letzten vier Wochen des Open-Label-Treatments (Phase 1) wurden 289 Probanden, die Abstinenz erreicht hatten, unter doppelblinden Placebo-kontrollierten Untersuchungsbedingungen auf eine von vier Behandlungsbedingungen einer 16wöchigen Erhaltungstherapie randomisiert, in denen Bupropion (300mg/Tag) und 2mg Nikotinkaugummi, einzeln oder in Kombination angewendet sowie einer Placebopille und einem Placebokaugummi verabreicht wurde.

Phase 3 umfasste ein 24wöchiges behandlungsfreies Follow-Up. Über die pharmakologische Behandlung hinaus erhielten die Probanden bei jedem Klinikbesuch eine kurze Beratung.

#### Ergebnisse

Ermittelt wurde die Zeitspanne bis zum Rückfall, wobei ein Rückfall definiert war als „die ersten sieben Tage, in denen in Folge geraucht wurde“. Die Abstinenz wurde anhand von CO-Messungen verifiziert (< 7ppm).

Die Zeit bis zum Rückfall war unter jeder der ausgedehnten aktiven Behandlungsbedingungen im Vergleich zum Placebo länger. Die durchschnittliche Dauer bis zum Rückfall betrug bei

– Bupropion plus Placebo = 136 Tage

– Nikotin plus Placebo = 98 Tage

– Bupropion plus Nikotin = 90 Tage

– doppeltem Placebo = 71 Tage

Statistisch signifikante Unterschiede fanden sich für Bupropion plus Placebo vs. doppeltem Placebo zum Ende der Erhaltungstherapie (Hazard Ratio HR = 0,59, 95% KI = 0,37-0,92) und zum Ende des behandlungsfreien Follow-Ups (HR=0,66, 95%, KI=0,42-0,96). Probanden dieser Untersuchungsbedingung hatten also nur 59% bzw. 66% des Rückfallrisikos von Probanden mit doppeltem Placebo. Die Überlegenheit von Bupropion nahm jedoch rapide ab, sobald das Medikament abgesetzt wurde. Nach 48 Wochen waren die Unterschiede in den Abstinenzquoten nur noch marginal signifikant (32% vs. 18%,  $p=0.07$ ).

#### Diskussion

Der Einsatz von Bupropion als Erhaltungstherapie zur Rückfallprävention zeigte insgesamt einen mäßigen Nutzen, wobei die Frage nach der optimalen Behandlungsdauer für Bupropion offen blieb. Hierzu und in Bezug auf effektive Rückfallprävention insgesamt (medikamentös und psychotherapeutisch) besteht noch erheblicher Forschungsbedarf.

#### Wichtig für die Praxis

Pharmakologische Behandlung wirkt v.a. während der Anwendung. Effektive behaviorale und kognitive Strategien sowie eine rauchfreie soziale Umgebung fördern eine dauerhafte Langzeitabstinenz.

d) HUGHES J R (2007). SMOKERS WHO CHOOSE TO QUIT GRADUALLY VERSUS ABRUPTLY. Letter to the Editor, *Adicction*, 102, 1326–1327.

#### Hintergrund

Aufhören mittels schrittweiser Reduktion resultiert oftmals in geringeren Erfolgsraten, was jedoch auch durch Selbstselektion

bedingt sein könnte (z. B. geringere Ausstiegsmotivation). Diese These wird durch Studienergebnisse von Peters et. al (2007) gestützt, die eine geringere Wahrscheinlichkeit eines Ausstiegsversuches innerhalb der nächsten 30 Tage bei Anwendern der schrittweisen Reduktion ermittelten. Als Replikationsstudie wurde eine Analyse einer größeren, repräsentativeren Umfrage im Rahmen des Vermont Adult Tobacco Survey (VT ATS) durchgeführt.

#### Methode

Bei der VT ATS handelt es sich um eine durch zufällig ausgewählte telefonische Umfrage, die seit 2001 jährlich im Herbst in Vermont durchgeführt wird. Die Umfrage ist ein wichtiges Instrument zur Evaluation des „Vermont Tobacco Control Program (VTCP)“, das das Ziel verfolgt, die Prävalenz des Rauchens sowie das Passivrauchen bis zum Jahr 2010 zu reduzieren (s. dazu [http://healthvermont.gov/pubs/adult\\_tobacco2006.pdf](http://healthvermont.gov/pubs/adult_tobacco2006.pdf))

Bei der Umfrage im Jahr 2005 wurden Raucher, die während des letzten Jahres versucht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören, erstmals gefragt, ob sie schrittweise oder abrupt mit dem Rauchen aufzuhören versucht hatten. Insgesamt konnten die Daten von 324 Personen ausgewertet werden, die während des letzten Jahres mit dem Rauchen aufgehört hatten.

#### Ergebnisse

113 (35%) hatten bei ihrem letzten Versuch schrittweise mit dem Rauchen aufzuhören versucht und 211 (65%) abrupt.

Die Raucher, die versucht hatten, schrittweise mit dem Rauchen aufzuhören, unterschieden sich weder im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer Minderheit noch Schulabschluss von denen, die abrupt aufgehört hatten. Auch der Tageskonsum an Zigaretten, die mittels FTND gemessene Tabakabhängigkeit, das Alter bei Rauchbeginn, die Anzahl von Ausstiegsversuchen, die Dauer des letzten Rauchstoppversuchs und die empfundene Schwierigkeit des Rauchversuchs war bei beiden Gruppen vergleichbar.

Personen mit einem schrittweisen Ausstiegsversuch zeigten in dieser Befragung keine geringeren Ausstiegsabsichten innerhalb eines Monat oder innerhalb der kommenden sechs Monate. Auch in Bezug auf ihre Erfolgsoversicht ergaben sich keine Unterschiede.

#### Diskussion

Raucher, die sich entschlossen hatten, schrittweise mit dem Rauchen aufzuhören, schienen nicht abhängiger zu sein, als jene, die abrupt aufgehört hatten. Die im Vergleich zur Vorgängerstudie nicht replizierten Unterschiede in der Motivation könnten an der unterschiedlichen Operationalisierung der Ausstiegsmotivation (verhaltensbezogen vs. selbstberichtete Auskünfte über Ausstiegsintention, Schwierigkeiten beim Ausstieg und Erfolgsoversicht) oder an Stichprobecharakteristika liegen (kleine Stichprobe von Freiwilligen vs. größerer populationsbasierter Stichprobe). Die Frage nach Unterschieden in der Aufhörtmotivation bleibt demnach unklar.

#### Wichtig für die Praxis

Vorbereitetes Absetzen in einem Schritt ist eine vielfach bewährte Ausstiegsmethode und kann – im Gegensatz zum schrittweisen Ausstieg – allen Ausstiegswilligen empfohlen werden.