



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

**Nr. 40  
Mai  
2010**

### Editorial

Seit Erscheinen des letzten Newsletters gab es einige spannende Ereignisse rund um die Tabakentwöhnung. Für erheblichen Wirbel hat die Publikation „The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences“ (1) gesorgt; auch der SPIEGEL berichtete. Simon Chapman von der Universität Sydney wirft darin der wissenschaftlichen Forschungsgemeinschaft ein globales Versäumnis vor: Tabakentwöhnung ohne medikamentöse oder professionelle Unterstützung würde viel zu wenig Berücksichtigung finden. Der weitaus größte Teil der Publikationen beziehe sich auf professionell unterstützte Tabakentwöhnungen, während die Studienlage zum Impact von Kampagnen oder Tabakkontrollmaßnahmen auf Tabakentwöhnung ohne individuelle Unterstützung sehr dürftig sei. Neben der positivistischen Tradition müsse hierfür auch ein gewisser Einfluss der Pharmaindustrie auf Publikationen verantwortlich gemacht werden: Während bei Studien zu „unassisted cessation“ in keinem Fall ein Interessenskonflikt deklariert wurde, hatte bei fast jeder zweiten pharmakologischen Interventionsstudie zumindest ein Autor Unterstützung durch Hersteller von Tabakentwöhnungsprodukten erhalten.

Die zunehmende „Medikalisierung“ der Tabakentwöhnung und Pathologisierung der Tabakabhängigkeit impliziere, dass pharmakologische oder professionelle Hilfe für einen erfolgversprechenden Ausstiegsversuch unbedingt notwendig sei. Das stehe in krassem Widerspruch dazu, dass 65–75% aller Ex-Raucher ohne formelle Hilfe aufgehört hätten (ähnliche Zahlen gelten auch bei der Alkoholabhängigkeit). Chapman zieht nicht in Zweifel, dass die Behandlung der Tabakabhängigkeit eine der kosteneffektivsten Interventionen der modernen Medizin darstellt, fordert jedoch ein, dass eben auch populationsbezogene Ansätze zur Promotion eines Rauchstopps angemessen berücksichtigt werden. Es sei eine ausgesprochen positive Botschaft, dass ein Ausstieg ohne formelle Hilfe „the most successful method used by most ex-smokers“ sei – und sollte nicht als Konkurrenz der formell unterstützten Tabakentwöhnung gelten.

Insbesondere in Ländern mit geringem Pro-Kopf-Einkommen sind pharmakologische Therapien unerschwinglich. In Indonesien beispielsweise kostet eine Nikotinersatztherapie über drei Monate genauso viel wie der Zigarettenkonsum für sieben Jahre!

### Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Fortbildungen für Fachberufe	2
Kongresse/Tagungen	3
News in Kürze	3
Neue Publikationen	3–5

Nikotinersatztherapie scheidet damit in vielen Ländern als Strategie für bevölkerungsweite Ausstiegsbemühungen von vornherein aus. Laut Chapman wäre es ein Desaster, wenn sich diese Länder an den Modellen der Industrieländer mit ihrem Schwerpunkt auf professionell unterstützter Tabakentwöhnung orientieren würden, anstatt zunächst auf Kampagnen und Programme zur Tabakentwöhnung ohne Unterstützung zu setzen. Aus den wenigen Studien zu „unassisted cessation“ konnten einige Faktoren ermittelt werden, die zu Ausstiegsversuchen anregen und mit erfolgreichen Ausstiegen einhergehen. Darunter zählen ein rauchfreies Zuhause und rauchfreie Arbeitsplätze, soziale Unterstützung von Familie und Freunden, auffällige Warnhinweise, Preisgestaltung und finanziell gut ausgestattete Kampagnen. Rückfälle traten verstärkt da auf, wo Ausstiegswillige sozialen Hinweisreizen für das Rauchen ausgesetzt waren.

Auf GLOBALink, der Internetplattform der internationalen Tabakkontroll-Community, wurde die Publikation heftig diskutiert. Chapman stimmte darin überein, dass der Ausstieg ohne formelle Hilfe zwar die höchsten Misserfolgsraten aufweisen würde. Auf der anderen Seite würde dieser Ausstieg dennoch die höchste Zahl an erfolgreichen Aussteigern produzieren! Warum solle man sich über die gescheiterten Versuche ärgern, wenn das Ergebnis in der Summe so erfreulich ist? Triviale, halbherzige Versuche würden eben scheitern, ob mit oder ohne Unterstützung; das läge in der Natur des Ausstiegsprozesses. Man müsse auch die absoluten Erfolgszahlen und nicht bloß einzelne Erfolgsquoten betrachten! Das öffentliche Gesundheitswesen sollte den Rauchstopp mit oder ohne formelle Hilfe promoten und die herrschende Dominanz zugunsten der formellen Hilfen beseitigen.

Ganz neu ist dieser Ansatz nicht: Zhu hat bereits 2006 auf der Weltkonferenz „Tabak oder Gesundheit“ dargelegt (s. Newsletter Nr. 16, September 2006), dass die

Zunahme von Ausstiegsversuchen die jährliche Ausstiegsrate (Ausstiegsversuchen x Erfolgsrate) stärker beeinflusst als eine Steigerung der Erfolgsrate. Kampagnen sollten deshalb darauf abzielen, Ausstiegsversuche anzuregen, wobei unbedingt darauf zu achten sei, keine Botschaft im Sinne von „ohne Behandlung ist es nicht zu schaffen“ zu übermitteln. Die beste Förderung von Rauchstopps bestehe darin, Rauchern Entschuldigungen und Ausreden dafür zu nehmen, den Ausstieg nicht zumindest zu versuchen. Im Falle eines Misserfolgs stehen Angebote einer professionell geleiteten Tabakentwöhnung zur Verfügung.

In der in diesem Newsletter auf S. 5 vorgestellten Arbeit wird nachgewiesen, dass Rauchverbote zu einem zeitlich begrenzten, signifikanten Anstieg von Ausstiegsversuchen führten. Gestützt werden die Thesen von Chapman auch durch die Ergebnisse einer französischen Studie (2). Daten von fast 14.000 Rauchern belegen, dass als häufigste Ausstiegs motive zwar gesundheitliche Bedenken und die monetären Kosten genannt wurden, die höchsten Abstinenzquoten nach einem Monat aber bei den Rauchern festzustellen waren, die primär soziale Motive angegeben hatten („anderen ein gutes Vorbild sein“; „um mich herum haben alle aufgehört“; „ich will nicht alleine draußen stehen und rauchen“).

Aufmerksamkeit wurde dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in den letzten Monaten vor allem durch die von den Medien breit kommentierte Entlassung seines Leiters zuteil. Aktuell hat das Institut in einem Newsletter zur Tabakentwöhnung bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) auf sehr verständliche Art und Weise (auch zur Weitergabe an Patienten geeignet) Stellung bezogen (3). Zusammenfassend kommt das IQWiG zu der Einschätzung, dass eine Nikotinersatztherapie zusammen mit einem Entwöhnungsprogramm Menschen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung helfen kann, mit dem Rauchen aufzuhören – und nicht so schnell wieder anzufangen. Bupropion führe häufig zu unerwünschten Wirkungen, könne aber ebenfalls helfen. Der Besonderheit von rauchenden COPD-Patienten wird Rechnung getragen, indem deren höhere Motivation, aber auch die größeren Ausstiegschwierigkeiten benannt werden, da viele schon sehr lange und viel rauchen. Bei der Bewertung der Wirksamkeit einer Tabakentwöhnung orientiert sich das Institut an der Cochrane Collaboration, die in ihrer Metaanalyse fünf Studien, darunter auch die „Lung Health Study“ mit einer Studienpopulation von fast 5.900 Rauchern berücksichtigt haben. Bei fast allen Teilnehmern befand sich die COPD im Anfangsstadium. Mit einer Kombination aus einer Nikotinersatztherapie und einem 10-wöchigen Entwöhnungsprogramm konnte eine Langzeitabstinenzquote (fünf Jahre post) von über 20% erzielt werden, während es in der Vergleichsgruppe ohne Tabakentwöhnung nur 5% waren. Die Auswirkungen eines Rauchstopps auf die Gesundheit wurden anhand der Sterberegister in den USA geprüft. Dabei zeigte sich nach 15 Jahren, dass durch die Teilnahme am Entwöhnungsprogramm die Lebenserwartung deutlich erhöht wurde.

In dieser Ausgabe des Newsletters werden drei aktuelle Publikationen vorgestellt:

- die bereits angekündigte Cochrane-Metaanalyse zum Einsatz von Motivational Interviewing in der Tabakentwöhnung
- eine weitere Cochrane-Metaanalyse, die der Frage nachging, ob mit der sog. Schlusspunktmethode oder einer Reduktion vor dem Rauchstopp die besseren Abstinenzergebnisse erzielt werden
- schließlich eine Studie, die den Einfluss gesetzgeberischer Maßnahmen zu rauchfreien Arbeits- und öffentlichen Plätzen auf Ausstiegsabsichten und -versuche untersucht.

Wie gewohnt informieren wir darüber hinaus über die aktuellen Fortbildungs- und Veranstaltungstermine.

Die allgemeine Finanzkrise hat nun leider auch unseren Newsletter "Tabakentwöhnung" erreicht: Leider kann der Newsletter in diesem Jahr nur noch mit vier statt sechs Ausgaben erscheinen. Wir hoffen aber, dass die Qualität unbeeinträchtigt bleibt und der Newsletter weiterhin Ihr Interesse findet.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung,

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

(1) Chapman S, MacKenzie R (2010) The Global Research Neglect of Unassisted Smoking Cessation: Causes and Consequences. PLoS Med 7(2): e1000216. doi:10.1371/journal.pmed.1000216

(2) Baha M & Le Faou AL (2010) Smokers' reasons for quitting in an anti-smoking social context. Public Health, Article in Press, Corrected Proof, Available online 3 April 2010

(3) <http://www.gesundheitsinformation.de/chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-was-hilft-menschen-mit-copd.636.de.pdf>

---

## Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

### Fortbildungen für Fachberufe

1. 20stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nicht-raucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmer haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. **Termin:** 25.06 – 26.06.2010. **Ort:** Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Osianderstraße 24, 72076 Tübingen. **Information und Anmeldung:** Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen,

Tel.: 07071/2982313, Fax: 07071/295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

2. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. Termine: Lübeck, 19.06.–20.06.2010; Berlin, 24.06. – 28.06.2010; München, 12.07. – 16.07.2010. Die verkürzte Schulung in Lübeck richtet sich an Personen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei seidel@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98

3. Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer: Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem sog. „Blended Learning“-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden). Termine im 1.Halbjahr 2010: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: Einführung 09.06.2010; Abschlussveranstaltung 26.06.2010. Akademie für ärztliche Fortbildung der Bezirksärztekammer Südwürttemberg: Einführung 7.07.2010; Abschlussveranstaltung 11.09.2010. Weitere Auskünfte unter Tel.: 030 – 400456412 oder [cme@baek.de](mailto:cme@baek.de)

4. 2-tägiges, durch den wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. zertifiziertes Kursleiter-Seminar zur Durchführung von Tabakentwöhnungen 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: 16.07. – 17.07.2010. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 / 68 999 511.

#### Kongresse/Tagungen:

1. 3. Deutscher Suchtkongress in Tübingen vom 22. bis 25. September 2010. Anmeldung und Infos unter [www.suchtkongress2010.de](http://www.suchtkongress2010.de). Anmeldung von Abstracts nur noch bis 31.05.2010.

---

#### News in Kürze

##### a) Weltnichtrauchertag am 31. Mai

Für 2010 hat die Weltgesundheitsorganisation das Thema „Gender and tobacco with an emphasis on marketing on women“ gewählt und damit einen Schwerpunkt auf die Marketingstrategien der Tabakindustrie bezüglich Frauen und Mädchen gelegt. Weitere Informationen des Deutschen Krebsforschungszentrums zum Thema und einen Bestellschein für eine neue Publikation zum Motto des Weltnichtrauchertages 2010 „Schutz der Familie vor Tabakrauch“ finden Sie auf der Startseite von [tabakkontrolle.de](http://tabakkontrolle.de). Dort können auch die kostenlosen Materialien wie Plakate und Fact-

sheets der Deutschen Krebshilfe angefordert werden. Das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Deutsche Krebshilfe und das AKTIONSBÜNDNIS NICHTRAUCHEN bitten um Ihre Hilfe im Rahmen des Welt-Nichtrauchertages: Mit Gesundheitstagen, Informationsveranstaltungen, Vorträgen und Aktionen können Sie dazu beitragen, dass die Öffentlichkeit mehr über das Tabakmarketing und seine Folgen erfährt. So lassen sich Kinder und Jugendliche in Zukunft besser schützen.

##### b) 20 Jahre „California Tobacco Control Program (CTCP)“

Der US-Bundesstaat Kalifornien verfügt über das wahrscheinlich umfassendste Tabakkontrollprogramm, auch wenn Gov. Schwarzenegger gerade sein Veto gegen die Ausweitung des Rauchverbots auf State Parks und -Strände eingelegt hat. In einem Ergänzungsband der Zeitschrift „Tobacco Control“ mit dem Titel „The quarter that changed the world: celebrating 20 years of California Tobacco Control Program“ wird die Geschichte der „deglamorisation“ des Tabakkonsums und die Kernkomponenten des CTCP vorgestellt. Der Sonderband (u.a. mit einer Publikation über den Einfluss von Strategien zur Änderung der sozialen Norm auf das Ausstiegsverhalten) kann unter [http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/Suppl\\_1](http://tobaccocontrol.bmj.com/content/19/Suppl_1) kostenfrei heruntergeladen werden.

---

#### Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

a) Lai DT, Cahill K, Qin Y, Tang JL (2010) Motivational interviewing for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010 Issue 1

##### Hintergrund

Motivational Interviewing (MI) gehört in der Tabakentwöhnung inzwischen zum festen Repertoire von Therapeuten auf der ganzen Welt. Grundlegende Elemente von MI sind:

##### Empathie zeigen

Die empathische Grundhaltung zeichnet sich durch eine grundsätzlich verständnisvolle, fragende und wertschätzende Vorgehensweise aus. Vermittelt wird Empathie u. a. durch eine besondere Form des Zuhörens, bei der auf der verbalen, nonverbalen und Beziehungsebene signalisiert wird, dass der Arzt oder Therapeut die Sichtweise des Patienten ernst nimmt, versteht und würdigt.

##### Diskrepanzen offen legen

Über die Entwicklung von Diskrepanzen zwischen den eigenen Lebenszielen (z.B. Vorbildfunktion; Erhaltung der Gesundheit) und dem aktuellen Konsum (morgendliches Rauchen; Rauchen, um besser nachdenken zu können) kann eine Motivation zur Veränderung aufgebaut werden. Durch eine reflektierende und neutrale Rückmeldung der Vor- und Nachteile des Rauchens an den Raucher kann diese Diskrepanz bewusst gemacht werden, ohne dabei den Widerstand des Patienten zu aktivieren.

## Zuversicht stärken

Hinweise auf eine bereits erfolgreich bewältigte Verhaltensänderung und auf individuelle Stärken und Ressourcen können die Zuversicht vergrößern

## Widerstand aufnehmen

Defensiven Äußerungen eines Patienten und Widerstand sind häufig vorkommende und natürliche Reaktionen, denen mit aktivem Zuhören und Rückmeldungen begegnet werden sollte.

Erstmalig wird hier eine systematische Metaanalyse zum Einsatz von MI in der Tabakentwöhnung vorgelegt

## Methode

Das „Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register“ wurde auf die Begriffe (motivational, motivation, motivating, motivate, behavi\*, motivat\*) und (interview\*, session\*, counsel\* oder practi\*) durchsucht, zusätzlich auch die elektronischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE, PsycINFO und Web of

Science sowie die Datenbank des MI-Netzwerks MINT. Studienteilnehmer waren erwachsene, nicht explizit unmotivierte Raucher. Es gab keine Mindestanforderung an die Intensität der Maßnahmen; zugelassen waren Gruppen-, Einzel- oder Telefonberatung. Beratungsprotokolle mit zusätzlichen Elementen der Kognitiven Verhaltenstherapie wurden ausgeschlossen. Aus 691 ermittelten Studien konnten 14 randomisierte Kontrollgruppenstudien mit mehr als 10 000 Rauchern in den Review aufgenommen werden.

## Ergebnisse

12 der 14 Studien stammen aus den USA, jeweils eine aus UK und Spanien. In 11 Studien bestand die Intervention aus Einzelberatung, in 3 Fällen aus Telefonberatung. In der Mehrzahl (10 Studien) wurde eine einmalige Intervention angeboten; die Dauer pro Sitzung betrug 10–40 min. Die Anbieter des MI waren Allgemein-, Klinikärzte, Pflegekräfte, Berater oder Psychologen, die zwischen zwei und 12h MI-Training erhalten hatten. Insgesamt wurde ein moderat signifikanter Effekt i. S. einer Überlegenheit gegenüber einer Kurzberatung oder „usual care“, meist mit zusätzlichen Selbsthilfematerialien ermittelt (Risk Ratio RR = 1,27; KI 1,14 – 1,42). Die relative Erfolgsquote war bei den einzelnen Berufsgruppen sehr unterschiedlich: Eine von Hausärzten durchgeführte MI-Beratung hatte im Vergleich zu einer Standardbehandlung einen erheblich größeren Effekt (zwei Studien, N = 736; RR 3,49; KI 1,53 – 7,94) als bei Pflegeberufen (fünf Studien, N = 2038; RR 1,23; KI 0,90 – 1,66) oder Beratern (9 Studien, N = 7546; RR 1,27; KI 1,12 – 1,43). Wenn nur Raucher berücksichtigt wurden, die noch nicht ausstiegsbereit waren, war der Interventionseffekt etwas größer (RR 1,37; KI 1,14 – 1,65).

Einmalig durchgeführte Interventionen (RR 1,24; KI 1,11 – 1,40) sind ähnlich wirksam wie mehrere Beratungen (RR 1,69; KI 1,09 – 2,60). Eine Beratungszeit von weniger als 20 min erbrachte keine signifikanten Effekte (KI 1,14; KI 0,80 – 1,63). Ganz im Gegensatz zu vielen anderen Untersuchungen wurde eine inverse Relation zwischen der Anzahl von follow-up-Beratungen und der Effektstärke ermittelt: Je weniger Follow-up Kontakte via Telefon, desto größer der Effekt. Einschränkend wird

von den Autoren darauf hingewiesen, dass infolge methodischer Probleme bezüglich der optimalen Anzahl von Beratungen oder telefonischer Folgekontakte keine klaren Schlussfolgerungen möglich seien.

## Diskussion

Dem insgesamt nur moderaten Effekt der MI steht ein sehr deutlicher Effekt gegenüber, wenn die von Hausärzten durchgeführten MI-Beratungen separat betrachtet werden. In einer vertrauten Arzt-Patient-Beziehung scheint ein solches Vorgehen besonders wirksam zu sein. Allerdings stützt sich dieses Ergebnis lediglich auf zwei Studien. Zur optimalen Dauer und Anzahl der Kontakte können keine verlässlichen Aussagen gemacht werden. Persönliche Beratung erbrachte einen marginal und nicht signifikant größeren Nutzen als Telefonberatung. Keine Aussagen können darüber gemacht werden, ob spezifische MI-Komponenten oder der „Spirit“ von MI entscheidend sind. Dazu wären genaue Details zu MI-Treue, Training und Beratungsinhalten in den einzelnen Studien notwendig. Zudem dürfen Zweifel geäußert werden, ob ein therapeutisch anspruchsvolles Vorgehen wie MI in zwei Stunden Training vermittelt werden kann.

Im Vergleich zu anderen von der Cochrane-Gruppe untersuchten Behandlungsstrategien ist die hier ermittelte Effektstärke etwas geringer als die der verhaltenstherapeutischen Einzelberatung (RR 1,39; KI 1,24 – 1,57) und signifikant geringer als die der verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramme (RR 1,98; KI 1,60 – 2,46).

Die praktische Vorgehensweise des MI wird in einem von den Autoren dieses Newsletters verfassten „Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern“ erläutert. Dieser kann kostenlos von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bezogen (Bestellnummer 31192000) oder heruntergeladen (<http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/?ab=30>) werden.

**b) Lindson N, Aveyard P, Hughes JR. (2010) Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3. Art. No.: CD008033. DOI: 10.1002/14651858. CD008033.pub2.**

## Hintergrund

Die sog. Schlusspunktmethode, bei der bis zum Ausstiegsdatum normal geraucht wird, gilt als Standardmethode moderner Tabakentwöhnung. Eine graduelle Reduktion des Konsums vor dem Zieldatum wird als Reduktionsmethode bezeichnet. In diesem Review wurde untersucht, ob eine Reduktion ähnlich erfolgversprechend ist wie die Schlusspunktmethode.

## Methode

Das „Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register“ wurde auf relevante Begriffe wie „Cold turkey, schedul\*, cutdown, gradual\*, abrupt\*, fading, reduction, taper\*“ oder „controlled smoking“ durchsucht, zusätzlich auch elektronische Datenbanken MEDLINE, EMBASE, PsycINFO und Programme von Fachkonferenzen. Aus 543 ermittelten Studien konnten 10 randomisierte Kontrollgruppenstudien mit 3760 erwachsenen

**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

und ausstiegswilligen Teilnehmern mit einem durchschnittlichen Tageskonsum von 25 Zigaretten in den Review aufgenommen werden. In drei Studien kam eine begleitende Nikotinersatztherapie (NET) zum Einsatz. In fünf Studien wurde die Unterstützung zur Verhaltensänderung persönlich, in vier Studien als Selbsthilfe vermittelt.

**Ergebnisse**

7 der 10 Studien stammen aus den USA, jeweils eine aus Spanien, Österreich und der Schweiz. Während die Schlusspunktprogramme in allen Studien sehr ähnlich waren, gab es innerhalb der Reduktionsprogramme größere Unterschiede: Unspezifische Aufforderung, den Konsum zu reduzieren, vorgegebene Reduktionsquoten, Unterstützung durch Taschencomputer oder stimulispezifische Reduktionspläne. In den drei NET-Studien wurden die verwendeten Präparate (je einmal Kaugummi, Lutschtablette und Nasalspray) bereits zur Reduktion eingesetzt. Kombinierte Abstinenzquoten konnten wegen uneinheitlicher Einflussfaktoren bei den einzelnen Studien nicht errechnet werden.

Vieles spricht dafür, dass Reduktion vor dem Ausstieg genauso erfolgreich ist wie ein Ausstieg nach der Schlusspunktmethode. In keiner der 10 Studien zeigen die Konfidenzintervalle einen signifikanten Unterschied zwischen Reduktions- und Schlusspunktmethode. Die Risk Ratio insgesamt lag bei 0,94 (KI= 0,79 – 1,13). Dieses Ergebnis blieb davon unberührt, ob NET zum Einsatz kam und die Intervention persönlich vermittelt oder lediglich Selbsthilfematerialien verwendet wurden.

**Diskussion**

Eine Reduktion des Zigarettenkonsums vor dem Ausstiegstermin geht mit ähnlichen Abstinenzchancen einher wie ein abruptes Absetzen ab dem Ausstiegstermin, so dass rauchende Patienten ihren Weg zum Rauchstopp selbst auswählen können. Die Konsumreduktion kann als Selbsthilfe in Eigenregie durchgeführt oder therapeutisch begleitet werden. NET scheint keine ernstesten Nebenwirkungen zu haben, wenn sie zur Konsumreduktion eingesetzt wird und kann deshalb auch für die dem Ausstieg vorausgehende Reduktion verwendet werden. Es bedarf weiterer Forschung, um die Frage nach der effektivsten Reduktionsmethode und den Merkmalen zu klären, bei denen Reduktion oder Schlusspunkt am besten geeignet sind.

In Anbetracht der Heterogenität der Reduktionsprogramme sind die Schlussfolgerungen der Autoren etwas überraschend. Tabakentwöhnungsprogramme zielen in der Regel auf dauerhafte Abstinenz, die entweder nach mehreren kleinen Schritten oder einem großen Schritt erreicht werden kann. Die Unterscheidung nach Reduktions- bzw. Schlusspunktmethode

ist nur von begrenztem praktischen Nutzen. Die Einstufung als „Methode“ stellt eine Überbewertung eines einzelnen Bausteins dar. Das Ergebnis der Metaanalyse ist überraschend und entspricht nicht der gängigen klinischen Erfahrung.

c) Hackshaw L, McEwen A, West R & Bauld L (2010) Quit attempts in response to smoke-free legislation in England. *Tob Control*, 19: 160–164

**Hintergrund**

Die vorliegende Arbeit sollte Aufschluss darüber geben, ob die umfangreichen gesetzgeberischen Maßnahmen zum Schutz vor Passivrauchen, die zum 1. Juli 2007 in England in Kraft traten, einen Einfluss auf Rauchstoppintentionen und -versuche in der Bevölkerung hatten.

**Methode**

Aus einer computerunterstützten Querschnittsbefragung im Zeitraum Januar 2007 bis Dezember 2008 wurden 10 560 Teilnehmer selektiert, die in den letzten 12 Monaten geraucht haben.

**Ergebnisse**

In den Monaten Juli und August 2007 hat ein größerer Prozentsatz von einem Ausstiegsversuch berichtet als im Vergleichszeitraum 2008 (8.6% vs. 5.7%,  $p = 0.022$ ). Zu anderen Zeitpunkten im jeweiligen Jahresverlauf wurden dagegen keine Unterschiede zwischen 2007 und 2008 beobachtet. In den fünf auf die Einführung der neuen Gesetze folgenden Monaten haben 19% der Raucher, die einen Ausstiegsversuch unternommen haben, angegeben, dass dies eine Reaktion auf die Gesetzesänderung sei. Es gab bezüglich Geschlecht, Schichtzugehörigkeit oder Zigarettenkonsum keine signifikanten Unterschiede bei diesen Ausstiegsversuchen, aber einen linearen Trend innerhalb des Alters ( $\chi^2 = 7,755$ ,  $p < 0.005$ ). Der Anteil von Befragten, die vor der Einführung der Rauchverbote den Ausstieg versuchen wollten, ging von 18% im März 2007 auf 7% im Juni 2007 zurück, während der Anteil von Befragten, die mit der Einführung der Rauchverbote den Ausstieg versuchen wollten, von 7% im März 2007 auf 16% im Juni 2007 anstieg.

**Diskussion**

Die Einführung eines umfangreichen gesetzlichen Nichtraucherschutzes ging einher mit einem signifikanten, zeitlich umgrenzten Anstieg von Ausstiegsversuchen auf Seiten der Raucher.

Insgesamt haben zusätzlich 300 000 Raucher versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Die neuen Gesetze haben über alle sozialen Schichten gleichermaßen als Anlass gedient, den Ausstieg zu versuchen.