



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

**Nr. 45
Oktober
2011**

Editorial

Im letzten Newsletter vom Juni 2011 wurde eine Publikation zur Nutzung der E-Zigarette vorgestellt, in der auch der unklare Sachstand erwähnt wurde, der in Bezug auf deren Einsatz bei bestehendem Rauchverbot herrscht. Inzwischen sind erste Reaktionen aus der Kommunalpolitik zu vermelden: Die Stadt Köln hat deutlich gemacht, dass das Rauchverbot in Kölner Gaststätten auch für die elektronischen Zigaretten gilt. Begründung: Nach jetzigem Kenntnisstand sei die Verwendung von E-Zigaretten gesundheitlich nicht unbedenklich und fällt damit unter das Nichtraucherschutzgesetz. Entsprechend würde das Ordnungsamt bei Kontrollen auch Bußgelder für das Rauchen von E-Zigaretten verhängen.

Produkte halten nicht immer, was in der Werbung versprochen wird; das gilt auch für Angebote zur Tabakentwöhnung. Das Landgericht Berlin hat kürzlich entschieden, dass nicht mit falschen oder unhaltbaren Versprechen in Bezug auf die Erfolgsaussichten geworben werden darf. In diesem Fall ging es um eine Soft-Laser-Therapie, für die mit den Worten: „Das Prinzip der Raucherentwöhnung mittels Soft-Laser-Therapie ist einfach...“ „...Das Besondere: Oft reicht schon eine Behandlung, um aus Rauchern dauerhaft Nichtraucher zu machen“ geworben wurde. Das Landgericht Berlin entschied (Az. 15 O 488/10), dass diese Werbung zu unterlassen sei, weil der unzutreffende Eindruck erweckt wird, dass die therapeutische Wirksamkeit des Verfahrens wissenschaftlich abgesichert sei und Raucher daher auch auf den Eintritt des Erfolges vertrauen dürften. Nachweise dafür konnten jedoch nicht vorgelegt werden.

Eine umfassende Tabakkontrollpolitik, wie sie beispielsweise seit vielen Jahren in Kalifornien betrieben wird, erfordert zunächst einmal finanzielle Investitionen. In den ersten 15 Jahren hat dieser Bundesstaat etwa 1,4 Milliarden Dollar dafür aufgebracht. Zu diesen Kosten müssen etwa 3,1 Milliarden hinzu addiert werden, die dem Staat an Steueraufkommen verloren gingen, weil weniger Zigaretten verkauft wurden. Kann sich das volkswirtschaftlich rechnen, wenn die Einsparungen an Krankheitskosten gegenüber gestellt werden? Und ob, haben zwei Experten der University of California San Francisco jüngst in der Rubrik „Viewpoint“ der Zeitschrift Lancet betont (1). Mit der geringeren Prävalenz des Rauchens konnten in demselben 15-Jahres-Zeitraum 86 Milliarden (und damit das 19-Fache) direkte Krankheitskosten vermieden werden! In dieser überaus positiven Bilanz noch gar nicht eingerechnet seien Gelder durch gesteigerte

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
News in Kürze	2
Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung	3

Produktivität, die Nichtraucher aufgrund quantitativ häufigerer und qualitativ besser genutzter Arbeitstage erbringen. Ein ähnlich umfangreiches Tabakkontrollprogramm im angrenzenden Bundesstaat Arizona erbrachte ebenfalls einen hohen „Return on Investment“, auch wenn dieser – wahrscheinlich infolge einer Schwerpunktsetzung auf Jugendliche – etwas geringer ausfiel.

Rauchen kann für erektile Dysfunktionen verantwortlich sein. Eine Beendigung des Rauchens führt bei Männern aber auch unabhängig von bestehenden erektilen Dysfunktionen zu einer Verbesserung der physiologischen und subjektiv wahrgenommenen sexuellen Gesundheit. Zu diesem Ergebnis kam eine Studie, bei der vor, während und vier Wochen nach einer intensiven Tabakentwöhnungsmaßnahme (Beratung und Nikotinpflaster) die genannten Outcome-Variablen mittels Penis-Plethysmographie und Selbsteinschätzungen erhoben wurden (2). Die Intention-to-treat-Analysen ergaben für Teilnehmer mit erfolgreichem Rauchstopp im Vergleich zu rückfälligen Teilnehmern verbesserte erektile Schwellreaktionen und schnelleres Erreichen der maximalen subjektiven Erregung. Die Autoren äußern die Hoffnung, dass diese Ergebnisse neue Zugangswege zur Motivierung von männlichen Rauchern eröffnen.

In dieser Ausgabe finden Sie einen Rückblick auf den 4. Deutschen Suchtkongress, der am 01. Oktober 2011 in Frankfurt zu Ende ging. Als neue Publikationen werden vorgestellt

- eine kontrollierte Studie zur Wirksamkeit von Cytisin, einem partiellen Nikotinagonisten sowie
- Ergebnisse einer Befragung von Rauchern in 15 Ländern zu Ausstiegsversuchen und Inanspruchnahme von Unterstützung.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung

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

(1) Glantz S & Gonzales M (2011) Effective tobacco control is key to rapid progress in reduction of non-communicable diseases. Lancet, doi:10.1016/S0140-6736(11)60615-60616

(2) Harte C & Meston C (2011) Association between smoking cessation and sexual health in men. British Journal of Urology, doi:10.1111/j.1464-410X.2011.10503.x

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. 20-stündiges „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 „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmer haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termin: 18.11-19.11.2011. 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 (verkürzt): München, 21.11-23.11.2011; Standardschulung (38 Unterrichtsstunden): Berlin 07.11-11.11.2011. Die verkürzte Schulung richtet sich an Personen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei braun@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 „Blended Learning“-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden). Die nächsten Termine: Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: Einführung 09.11.2011; Abschlussveranstaltung 26.11.2011. Weitere Auskünfte unter Tel.: 030 400456412 oder 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: 11.11-12.11.2011. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 68999511.
5. Das Deutsche Netz Rauchfreie Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen richtet Schulungen zum „Das ABC der Raucherberatung & Fax-to-Quit“ für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe aus. Termin: 22.11.2011 in Koblenz. Aufbaukurs für ABC-RaucherberaterInnen:

Fax to Quit, 21.11.2011 in Koblenz. Auskünfte und Anmeldung unter www.dnrfk.de/schulungsangebote/ und im DNRfK Büro, Pettenkoflerstrasse 16-18, 10247 Berlin, Tel.: 030 49855691 oder nehrkorn@healthcare-plus.net

Kongresse/Tagungen:

National:

- 9. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle vom 30.11-01.12.2011: Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg. Info's und Programm unter www.tabakkontrolle.de
- 17. Tübinger Suchttherapietage vom 21.03-23.03.2012. Infos bei sucht@med.uni-tuebingen.de

International:

- 15. World Conference on Tobacco or Health (WCTOH) vom 20.03.-24.03.2012 in Singapur. Frühbucherrabatt für Anmeldungen nur noch bis zum 30.11.2011. Infos und Anmeldung unter <http://wctoh2012.org>

News in Kürze

Rückblick auf den 4. Deutschen Suchtkongress, 28.09-01.10.2011 in Frankfurt/Main

Auf dem eben in Frankfurt zu Ende gegangenen 4. Deutschen Suchtkongress war das Thema Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung letztlich doch angemessen repräsentiert, auch wenn bei der Einreichung von Beiträgen noch gar keine Rubrik „Tabak“ eingerichtet worden war. Bereits in einem der Eröffnungsvorträge zu „Störungsspezifische Therapieansätze – Aufwand oder Fortschritt“ ging Anil Batra auf die Fortschritte verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze bei Rauchern ein. Auch die Frage, wie ein kontrollierter Tabakkonsum zu bewerten sei, wurde gestellt und auf Grundlage bestehender Evidenz eindeutig beantwortet: Zwar sind sowohl verhaltenstherapeutischen als auch medikamentöse Therapieformen in der Lage, Raucher bei der Reduktion des Zigarettenkonsums wirksam zu unterstützen, aber die absoluten Erfolgszahlen sind so gering und langfristige gesundheitliche Vorteile – insbesondere die Auswirkung auf die Überlebensraten – zweifelhaft, dass am Wert der Intervention generell gezweifelt werden muss. Ein kontrollierter Konsum kann keinesfalls als Alternative zur Tabakabstinenz bewertet werden.

Mit den Ergebnissen einer im Rahmen des Förderschwerpunktes „Primärprävention“ der Deutschen Krebshilfe durchgeführten randomisierten bizenitrischen Studie (Tübingen und Hamburg) zum Vergleich von Hypnotherapie mit Verhaltenstherapie bei über 300 rauchenden Studienteilnehmern wird erst Anfang 2013 zu rechnen sein. Aus dieser methodisch sehr anspruchsvollen Studie können sich sicher objektive und aktualisierte Kriterien zur

Einschätzung der hypnotherapeutischen Tabakentwöhnung ergeben.

Zwei Symposien, die sich ausschließlich mit Tabak beschäftigten, wurden von Mitgliedern des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. bestritten. Im Symposium Tabak mit den Beiträgen „Wirksamkeit einer Telefonberatung für Tabakentwöhnung“, „Nikotinabusus und Therapieresponse in der Medizinischen Rehabilitation – Ist die Behandlung von rauchenden Patienten mit psychischen Störungen weniger erfolgreich?“ und „Eine neue Agenda zur Versorgungsforschung evidenzbasierter Tabakentwöhnung – Das Kooperationsnetz universitärer Raucherambulanzen (KURA) e.V.“ wurde zunächst die Evaluationsstudie zur Wirksamkeit der BZgA-Telefonberatung zu Rauchentwöhnung vorgestellt. Rauchende Anrufer sind überwiegend stark abhängige Raucher (M = 21,5 Zig./Tag; FTND = 5,33). Ein Jahr nach dem Erstanruf war proaktive Beratung mit mindestens drei zusätzlichen Beratungsgesprächen wirksamer als eine einmalige oder weniger intensive proaktive Beratung (32,9 % vs. 18,0 %, $p = .013$). Zur Rückfallvermeidung bei Exrauchern scheint ein einmaliges Beratungsgespräch auszureichen. Im zweiten Vortrag berichtete Stefan Mühlig von der Universität Chemnitz, dass der Rauchstatus von Patienten in einer klinischen Population einer Rehabilitationsklinik in differenzieller Weise mit den Therapieergebnissen assoziiert ist: Während sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen Rauchstatus und globalen klinischen Ergebnisparametern finden lassen, fällt die Therapieabbruchrate unter Rauchern doppelt so hoch aus (18 %) wie unter Nichtrauchern (9 %). Dem Problem des Tabakkonsums sollte in der psychosozialen Versorgungspraxis mehr Augenmerk geschenkt werden, da er offenbar mit der Therapiemitarbeit in Zusammenhang steht.

Am 30.09. fand das Symposium des Wissenschaftlichen Aktionskreises Tabakentwöhnung (WAT) e.V. mit dem Titel „Von der Tabakprävention zur Tabakentwöhnung“ statt. Thomas Hering, Berlin, berichtete über „Tabakentwöhnung in Berliner Lungenarztpraxen und Lungenklinik – Ergebnisse von 198 Patienten mit Verhaltenstherapie und Pharmakotherapie“. Nach 12 Monaten wurde eine Punktprävalenz-Abstinenzquote von 45 % ermittelt. Als Erfolgsfaktoren wurden ein spezifisches Motivationsprogramm für die Teilnahme, die Durchführung im Praxis-Setting/Klinik-Setting sowie die hohe Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Intervention („Rauchfrei“-Programm) angesehen. Dann berichtete Christoph Kröger, München, über „Was beeinflusst den langfristigen Erfolg der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung der Tabakabhängigkeit?“. Ein wesentliches Ergebnis dieser Evaluation bei über 1300 Teilnehmern des „Rauchfrei“-Gruppenprogramms bestand darin, dass eine zusätzliche Verwendung von Nikotinersatztherapie nicht mit höheren Langzeitabstinenzquoten einherging. Der Beitrag von Peter Lindinger beschäftigte sich mit dem „Aufbau von Strukturen für Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen“, wo das Deutsche Netz Rauchfreie Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen viel Entwicklungsarbeit leistet. Eine besondere Herausforderung ist

dabei die Weiterbetreuung nach der Entlassung, die bislang nur von den wenigsten Einrichtungen geleistet werden kann. „Fax to Quit“-Angebote können diese unbefriedigende Situation der Nachbetreuung möglicherweise verbessern helfen. Den Abschluss bildete ein Vortrag von Martina Pötschke-Langer, die die bestehenden Defizite in der Tabakprävention in Deutschland benannte. Insbesondere verwies sie auf einen politischen Stillstand in der Umsetzung der WHO Rahmenkonvention. So fehlen u.a. nach wie vor Tabakwerbeverbote, ein umfassender Nichtraucherschutz, Einschränkungen des Vertriebs durch ein Verbot der Zigarettenautomaten, bildliche, große Warnhinweise auf Tabakverpackungen, massenmediale Kampagnen und eine Kostenerstattung professioneller Tabakentwöhnung.

Neue Publikationen zur Tabakentwöhnung

- a) West R, Zatonski W, Cedzynska M, Lawandowska D, Pazik J, Aveyard P & Stapleton J (2011) Placebo-Controlled Trial of Cytisine for Smoking Cessation. *N Engl J Med* 2011, 365:1193 – 1200

Hintergrund

Cytisin ist ein partieller Agonist, der mit einer hohen Affinität an den $\alpha 4\beta 2$ nikotinergen Acetylcholin-Rezeptor bindet und bereits in den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts in den osteuropäischen Ländern unter der Handelsmarke „Tabex“ bekannt und verbreitet war. Eine Besonderheit stellen die im Vergleich zu anderen Pharmakotherapien niedrigen Kosten (ab \$ 6 für die gesamte Behandlung) des Präparats dar. Damit eignet es sich auch für den Einsatz in Ländern, in denen die konventionellen medikamentösen Therapien um ein vielfaches teurer sind als Zigaretten. In China beispielsweise kostet eine achtwöchige Nikotinersatztherapie etwa \$ 230, eine 12-wöchige Therapie mit Vareniclin \$ 327, während 20 Zigaretten ab 15 Cent und durchschnittlich 73 Cent erhältlich sind. Die vorliegende Studie untersuchte die Wirksamkeit und Sicherheit von Cytisin im Vergleich zu einem Placebo.

Methode

Die Untersuchung wurde als monozentrische, randomisierte und doppel-blind placebokontrollierte Studie in der Tabakentwöhnungsklinik des Maria Sklodowska-Curie Memorial Cancer Centers in Warschau, Polen, durchgeführt. Von ursprünglich 1542 erwachsenen Rauchern, die das Screening durchlaufen hatten, wurden 740 aufgenommen und je 370 zufällig auf die beiden Studienarme verteilt (Cytisin oder Placebo-Bedingung). Die Behandlungsdauer betrug 25 Tage. Die Medikation wurde nach folgendem Dosierungsschema verabreicht: Sechs Tabletten á 1,5 mg über drei Tage (eine Tablette alle 2 Stunden), fünf Tabletten pro Tag über 9 Tage, vier Tabletten, drei Tabletten über vier Tage und schließlich noch zwei Tabletten für die letzten fünf Tage. Das Zieldatum für den Rauchstopp war der fünfte Behandlungstag. Die ergänzende Beratung war aus Kostengründen begrenzt auf eine Minimalintervention zum Umgang mit Rauchverlangen und erfolgte im

Rahmen der Medikamentenausgabe und bei kurzen Telefonfolgekontakten. Dadurch wurden insgesamt geringe Abstinenzquoten in Kauf genommen, ohne dass der Nachweis einer eventuellen Überlegenheit des Wirkstoffs erschwert würde. Als primäres Erfolgsmaß definiert wurde die kontinuierliche, biochemisch verifizierte Abstinenz 12 Monate nach Behandlungsende.

Ergebnisse

Studienteilnehmer waren durchschnittlich stark tabakabhängig (ca. 23 Zig./Tag; FTND 6,2). Die kontinuierliche Abstinenzrate nach 12 Monaten betrug bei den Teilnehmern der Cytisin-Gruppe 8,4 % (31 von 370 Teilnehmern), in der Placebogruppe 2,4 % (9 von 370 Teilnehmern). Die Differenz zwischen beiden Gruppen beträgt somit 6,0 Prozentpunkte und ist hochsignifikant (95 % KI 2,7-9,2; $p = 0.001$). Die weniger konservative 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach 12 Monaten belief sich auf 13,2 % in der Cytisin-Gruppe versus 7,3 % in der Placebo-Gruppe ($p = 0.01$).

Die Quote derjenigen, die die Medikamenteneinnahme abbrachen oder von sich aus die Dosierung reduzierten, war für beide Gruppen vergleichbar (6,2 % in der Cytisin-Gruppe, 4,6 % in der Placebo Gruppe, relative Quote = 1,3; 95 % KI = 0,7-2,5). Lediglich gastrointestinale Nebenwirkungen traten häufiger unter Teilnehmern in der Verum-Bedingung auf (aggregiert: 13,8 % in der Cytisin-Gruppe, 8,1 % in der Placebo Gruppe, relative Quote = 1,7; 95 % KI = 1,1-2,6).

Diskussion

In dieser Studie erwies sich Cytisin als deutlich wirksamer (um den Faktor 3,4) als eine Placebobehandlung. Ernsthafte Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, aber für eine abschließende Bewertung ist die hier untersuchte Stichprobe zu klein. Die relative Überlegenheit im Vergleich zu Placebo war größer als bei Vareniclin oder Nikotineratztherapie (NET), die absolute Differenz mit 6 % jedoch geringer als bei Vareniclin und etwa in der Größenordnung von NET (s. auch Cahill K, Stead LF & Lancaster T (2008) Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. Art. No.: CD006103. DOI: 0.1002/14651858.CD006103. pub3).

Mit einer intensivierten Beratung zur Verhaltensänderung wäre wohl eine höhere absolute Abstinenzrate erzielt worden. Weiterhin muss berücksichtigt werden, dass die Behandlungsdauer mit 25 Tagen erheblich kürzer war als üblicherweise in Studien mit NET (8 Wochen) oder Vareniclin (12 Wochen); eine verlängerte Therapie hätte möglicherweise auch zu einer weiteren Steigerung der Erfolgsquote beigetragen. Die Wirksamkeit von Vareniclin beruht auf der Reduktion von Rauchverlangen (craving) und der geringeren Befriedigung im Falle eines Rauchvorfalls nach dem Rauchstopp, wodurch das Risiko eines vollständigen Rückfalls gemindert wird. Vermutlich beruht die Wirksamkeit von Cytisin auf denselben Prinzipien. Die im Vergleich zu anderen Pharmakotherapien erheblich geringeren Kosten könnten die Verbreitung von Cytisin vereinfachen.

b) Borland R, Li L, Driezen P, Wilson N, Hammond D, Thompson M, Fong G, Mons U, Willemsen M, McNeill A, Thrasher J & Cummings M (2011) Cessation assistance reported by smokers in 15 countries participating in the International Tobacco Control (ITC) policy evaluation surveys. *Addiction*, doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03636.x

In dieser Publikation wurden Vergleichsdaten zu aktuellen Ausstiegsaktivitäten und dem Ausmaß an Beratungsaktivitäten der Gesundheitsberufe aus 15 Ländern präsentiert, die ab dem Jahr 2006 an Befragungen im Rahmen der International Tobacco Control (ITC)-Evaluation teilgenommen hatten. Raucher, die Ausstiegsversuche unternommen hatten, wurden auch zur Nutzung medikamentöser und nicht-medikamentöser Unterstützung befragt. Erwartet wurde ein Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Ausstiegsaktivitäten und den Anstrengungen, die in den jeweiligen Ländern in Bezug auf Tabakkontrolle unternommen wurden. Es wurden unterschiedliche Erhebungsmethoden (telefonisch, persönlich oder via Internet) angewendet. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse mit besonderer Berücksichtigung Deutschlands (Telefonbefragung in 2009 bei $N = 912$) aufgeführt.

Ausstiegsversuche jemals überhaupt oder im letzten Jahr: Etwa zwischen 60 % (Neuseeland, Mexiko, China) bis fast 90 % (Kanada) haben irgendwann einen Ausstiegsversuch unternommen. In Deutschland waren es etwa 72 %, aber nur etwa 18 % im letzten Jahr und damit von allen Ländern am wenigsten.

Arztbesuche oder andere Kontakte zu Gesundheitsberufen und Ausstiegsempfehlungen: Hier lag Deutschland mit über 70 % Arztbesuche in den letzten sechs Monaten an der Spitze; 20 % waren es in Malaysia. Die Wahrscheinlichkeit, dabei eine Empfehlung für einen Rauchstopp zu bekommen, variiert stark. In den USA, Thailand und Malaysia sind es über zwei Drittel, während es in den Niederlanden nur eine Minderheit von etwa 20 % ist. Die Quote in Deutschland liegt bei etwa 32 %.

Nutzung medikamentöser Therapien: Hier wurden nur Raucher mit Ausstiegsversuchen inkludiert. In westlichen Ländern war die Nutzung sehr viel häufiger (über 40 % in Australien, Kanada, UK & USA) als in Ländern mit mittleren oder geringen Einkommen. Deutschland nimmt unter den Industrienationen eine Sonderstellung ein (nur etwa 8 % Nutzung).

Nutzung von Telefonberatung, Internet oder speziellen ambulanten Angeboten: Diese Unterstützungsangebote wurden deutlich weniger in Anspruch genommen als die medikamentösen Therapien. Die Nutzung von Telefonberatung variierte zwischen 12 % in Neuseeland, 10 % in Australien, 9 % in USA und sehr geringer Nutzung in Ländern mit begrenzten Angeboten. Deutschland liegt mit etwa 3 % im unteren Bereich. Ausstiegshilfen im Internet sind in den Niederlanden besonders populär (fast 20 %), gefolgt von den USA (13 %). Deutschland bildet mit etwa 2 % Nutzung das Schlusslicht.

Impressum:

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum

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

Im Neuenheimer Feld 280, D-69120 Heidelberg
Tel.: +49 (0) 6221 42 3010, Fax: +49 (0) 6221 42 3020
E-Mail: who-cc@dkfz.de, Internet: www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:

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

Tabakentwöhnungskliniken oder ambulante Angebote werden ebenfalls selten genutzt: Am häufigsten noch in UK (17 %), wo ein entsprechendes Netzwerk an Angeboten existiert. Deutschland bildet auch in dieser Kategorie mit knapp 3 % das Schlusslicht.

Die vorgefundene Variation zwischen den verschiedenen Ländern spiegelt zum Teil die historische Entwicklung der jeweiligen Tabakkontrollpolitik und die Prioritäten für unterschiedliche Schwerpunkte dieser Politik wieder, daneben aber auch eher allgemeine kulturelle Unterschiede. Weniger vermögende Länder verfügen über weniger Ressourcen, um in Tabakentwöhnung zu investieren. Raucher aus Ländern mit mittleren Einkommen berichten insgesamt seltener von der Nutzung medikamentöser Hilfen oder speziellen ambulanten Angeboten, sind aber nicht weniger ausstiegsbereit. Thailand meldet die höchste Quote an Ausstiegsversuchen im letzten Jahr, vermutlich aufgrund der ersten massenmedialen Kampagne, die durch entsprechende Gesetzgebung und einen sich engagiert gegen Tabakkonsum aussprechenden Monarchen unterstützt wird. Es gibt zahlreiche klare Belege, dass massenmedialen Kampagnen, größere Warnhinweise auf Zigarettenpackungen und höhere Preise für Tabakprodukte das Ausmaß an Ausstiegsaktivitäten befördern kann.

Eines der erstaunlichsten Ergebnisse ist die Diversität zwischen den einzelnen Ländern, was die Nutzung professioneller Unterstützung durch Gesundheitsberufe und deren Engagement bei der Ermutigung zu einem Rauchstopp betrifft. Insgesamt berichten die Länder mit niedrigem Durchschnittseinkommen wie Mexiko und Malaysia seltener Kontakte zwischen Rauchern und Gesundheitsberufen. Es ist denkbar, dass bei selteneren Kontakten akuterer und schwerwiegende Gesundheitsprobleme Anlass für Arztbesuche sind, und der Problembereich „Rauchen“ eher ausgeblendet wird, wenn er für den Anlass des Besuchs nicht relevant ist. Nicht überraschend ist, dass die höchste Quote für Ausstiegsempfehlungen durch Gesundheitsberufe in den USA ermittelt wurde, wo enorme Anstrengungen unternommen worden sind, Ärzte für leitlinienkonforme Ansprache zu gewinnen. In einigen Ländern allerdings – dazu zählen sicher die Niederlande, aber auch Deutschland – finden Ausstiegsempfehlungen nicht in erforderlichem Maße statt. Diese Unterlassung kann bei rauchenden Patienten eine fatale Fehleinschätzung auslösen: Wer als Patient nicht zum Rauchstopp ermutigt wird, kann diese Unterlassung als ärztliche Einwilligung missverstehen. Die Notwendigkeit, neben formalen Hilfsangeboten auch Interventionen wie massenmediale Kampagnen oder bildliche Warnhinweise auf

Zigarettenpackungen zu berücksichtigen, wird daran deutlich, dass selbst in den USA nur jeder zweite Raucher eine Ermutigung zum Rauchstopp erhält.

Erwartungsgemäß hängt die Nutzung medikamentöser Therapien von ihrer Verfügbarkeit und Erschwinglichkeit ab: In Ländern, in denen diese Präparate leicht verfügbar sind und die Kosten ganz oder teilweise erstattet werden (UK, Neuseeland, USA) ist ein stärkere Nutzung zu beobachten, während in wirtschaftlich ähnlich starken Ländern und ebenso einfacher Verfügbarkeit, aber ohne Kostenersatzung (wie in Deutschland) die Nutzungszahlen viel geringer sind.

Die Verwendung weiterer nicht-medikamentöser Hilfen variiert sowohl bezüglich der Häufigkeit und Form zwischen den einzelnen Ländern stark. Während Neuseeland und Australien Unterstützung meist in Form von Telefonberatung bereitstellen und UK den Schwerpunkt auf Angebote mit persönlicher Beratung legt, ist in den Niederlanden das Internet der bevorzugte Vermittlungskanal. Die große Bedeutung der Telefonberatung „down under“ ist vermutlich der für Anrufer vergünstigten NET-Abgabe und der starken Promotion der Telefondienste (auf jeder Zigarettenpackung) geschuldet. In den Niederlanden hängt die häufige Nutzung von Internetangeboten mit dem flächendeckend verfügbaren Hochgeschwindigkeitsnetz und den Kampagnen zusammen, in denen an erster Stelle für maßgeschneiderte online-Ausstiegsberatung geworben wird.

Die Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass verhaltenspräventive Strategien, die sich primär auf die Vermittlung von Ausstiegshilfen innerhalb der Gesundheitsversorgung in Ländern mit geringem und mittleren Einkommensniveau konzentrieren, nur einen begrenzten Impact haben, weil Kontakte zum Versorgungssystem seltener sind. Verhältnispräventive und bevölkerungsbezogene Maßnahmen sind in diesen Ländern umso wichtiger, um Raucher zu ermutigen, den Ausstieg in Erwägung zu ziehen und bei Bedarf Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Jedes Land sollte prüfen, wie formale Tabakentwöhnungsangebote am besten in die bestehende Gesundheitsversorgung zu integrieren sind, um sicherzustellen, dass sie leicht zugänglich, erschwinglich und allgemein bekannt sind. Die Inanspruchnahme dieser Angebote nimmt mit anhaltender gesundheitlicher Aufklärung und Denormalisierung des Rauchens stetig zu. Diese Angebote natürlich mit der Nachfrage wachsen zu lassen, ist der beste Weg, den Nutzen zu maximieren und die initialen Kosten zu minimieren.