



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

**Nr. 48
Juli
2012**

Editorial

Das Verhältnis von Mann und Frau ist unter anderem geprägt von den Unterschieden in der Emotionalität – mit erfreulichen und weniger erfreulichen Auswirkungen. Auch beim Rauchen spielen Emotionen eine Rolle: Eine wichtige Funktion des Rauchens ist die Affektregulierung, bei der wiederum genderspezifische Besonderheiten zu beobachten sind. In einer Laborstudie wurde geprüft, ob sich das Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern je nach Stimmung unterscheidet (1). Dazu wurde die emotionale Befindlichkeit experimentell durch entsprechende Musik via Kopfhörer induziert. Tatsächlich fingen weibliche Teilnehmerinnen nach der Induktion negativer Stimmung schneller an zu rauchen als männliche Teilnehmer. Das legt den Schluss nahe, dass negative Affektregulierung für die Aufrechterhaltung des Rauchens bei Frauen eine größere Rolle spielt.

Ob sich daraus das in klinischen Studien zu findende Muster erklären lässt, dass Studienteilnehmerinnen tendenziell geringere Abstinenzraten aufweisen? Eindeutig ist die Datenlage allerdings nicht, und es muss vorab geklärt werden, ob Studienteilnehmerinnen gleichermaßen repräsentativ sind für ausstiegswillige Raucherinnen in der Gesamtbevölkerung wie männliche Teilnehmer für ausstiegswillige Raucher. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Männer nach der Beendigung des Zigarettenrauchens häufiger auf andere Tabakprodukte umsteigen, was in vielen Studien gar nicht erfasst wird.

Große landesweite Befragungen aus den USA, Kanada und Großbritannien kommen nämlich zu anderen Ergebnissen als klinische Studien: Wenn man den Anteil ehemaliger Zigarettenraucherinnen und -raucher unter den täglichen und nicht-täglichen Rauchern und Ex-Rauchern heranzieht und diesen adjustiert für Pfeifen-, Zigarren- oder oralen Tabakkonsum, findet man in den USA (signifikant) und Kanada bei Frauen eine höhere, in Großbritannien eine leicht niedrigere Ausstiegsrate als bei Männern (2). Überlegen sind Frauen vor allem in den Altersgruppen zwischen 20 und 40 Jahren; ab dem 60. Lebensjahr ist die

Inhaltsverzeichnis:

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

Ausstiegsrate bei Männern tendenziell höher. Eine höhere Ausstiegsrate älterer Geburtsjahrgänge bei Männern – nicht bei jüngeren – wurde auch im Bundes-Gesundheitssurvey ermittelt (Schulze A & Mons U 2005). Da junge Teilnehmer beider Geschlechter in klinischen Studien unterrepräsentiert sind und in dieser Altersgruppe Raucherinnen häufiger aussteigen, könnte dies die in klinischen Studien ermittelte Tendenz teilweise erklären. Wie auch immer die unterschiedlichen Ergebnisse zwischen dem klinischen Studien und repräsentativen Bevölkerungsstichproben zu erklären sind: Schlussfolgerungen über den Rauchstopp bei Männern und Frauen sollten sich besser auf die Gesamtbevölkerung als auf die atypischen und kleinen Stichproben klinischer Studienteilnehmer beziehen. Jarvis und Kollegen leiten aus ihren Ergebnissen ab, dass Männer beim Rauchstopp eben nicht erfolgreicher sind als Frauen. Der Mythos der weiblichen Unterlegenheit schadet in erster Linie den Frauen selbst; insbesondere wenn junge Frauen meinen, dass ihre Ausstiegschancen schlechter sind als die der Männer, kann deren Selbstwirksamkeit unterminiert und der falsche Schluss zur sich selbst erfüllenden Prophezeiung werden. Und auch für Männer ist der Mythos von Nachteil, weil sie fälschlicherweise das Gefühl haben könnten, dass der Ausstieg zwar hart sein mag, sie darin aber immer noch besser wären als Frauen. Und schließlich ist es für die Behandler nachteilig, die über akkurates Kenntnisse verfügen müssen, um jede Raucherin und jeden Raucher bestmöglich unterstützen zu können. Es sei an der Zeit, sich von dem Irrglauben zu verabschieden, dass Frauen beim Rauchstopp weniger erfolgreich sind.

In der zweiten Ausgabe 2012 wollen wir auf zwei deutsche Neuerscheinungen hinweisen und drei aktuelle Publikationen genauer vorstellen. Dabei geht es um die sogenannte Alternativen Methoden der Tabakentwöhnung und eine auch in der Tagespresse kommentierte Studie zu unterschiedlichen Intensitätsstufen telefonischer Beratung. Schließlich wird eine Untersuchung zum tabakspezifischen Wissensstand bzw. Wissensdefizit deutscher Medizinstudenten besprochen.

1 Weinberger AH & McKee SA (2012) Gender Differences in Smoking Following an Implicit Mood Induction. *Nicotine & Tobacco Research* 14: 621-625

2 Jarvis MJ, Cohen JE, Delnevo CD & Giovino GA (2012) Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tobacco Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050279

Wie gewohnt informieren wir Sie aber auch hier über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine bis zum Herbst 2012.

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

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

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 erhalten Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termin: 19.10.2012-20.10.2012. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 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
Termin: Freiburg, 15.09.2012-16.09.2012. Die verkürzten Schulungen richten sich an Personen mit psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen. Infos unter www.rauchfrei-programm.de; 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). Nächster Termin: Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄK Hessen: Einführung 05.10.2012; Abschlussveranstaltung 01.12.2012. Weitere Auskünfte unter Tel.: 030/400456412 oder cme@baek.de.

Kongresse/Tagungen

National:

- 5. Deutscher Suchtkongress in Berlin vom 03.10.2012-06.10.2012. Vergünstigte Kongressgebühr bis zum 24.08.2012. Anmeldung und Infos unter www.deutscher-suchtkongress2012.de.

- Bitte schon vormerken: 10. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle vom 05.12.2012-06.12.2012 im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg.

International:

- 14. Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNTE) vom 30.08.2012-02.09.2012 in Helsinki, Finnland statt. Programm unter www.srnteurope.org/2012.

News in Kürze

a) Neuer Band der „Roten Reihe“

Zum Weltnichtrauchertag am 31.Mai 2012 erschien als Band 18 der „Roten Reihe Tabakprävention und Tabakkontrolle“ des Deutschen Krebsforschungszentrums der Titel „Zigarettenwerbung in Deutschland – Marketing für ein gesundheitsgefährdendes Produkt.“ Tabakwerbung findet in Deutschland buchstäblich an jeder Straßenecke statt und kann als allgegenwärtiger Hinweisreiz den Rauchstopp erschweren.

Sie soll junge Menschen dazu anregen, mit dem Rauchen anzufangen und – mit direktem Bezug zur Tabakentwöhnung – aktuelle Raucher davon abhalten, mit dem Rauchen aufzuhören. Ein umfassendes Tabakwerbeverbot ist mit dem Grundgesetz vereinbar und kann dazu beitragen, dass der Anteil der Raucher in der Bevölkerung sinkt. Die Publikation steht unter www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/RoteReihe/Band_18_Zigarettenwerbung_in_Deutschland.pdf zum Download zur Verfügung.



b) Neue Drogenaffinitätsstudie

Ebenfalls im Mai 2012 vorgelegt wurde ein neuer „Teilband Rauchen“ der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA; [download unter \[www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention\]\(http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention\)](http://download.under.wwww.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention)). Neben erfreulichen Ergebnissen zur rückläufigen Prävalenz des Rauchens vor allem in der Altersgruppe der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen (70,8 % haben noch nie geraucht, 11,7 % rauchen und 4,8 % rauchen täglich) wird auch von einem klaren Zusammenhang zwischen Prävalenz und sozialen Merkmalen berichtet: Rauchen ist bei Haupt- und Realschülern gegenüber Gymnasiasten oder bei Arbeitslosen gegenüber Studierenden erhöht. Zwar ist die Gruppe der Raucher kleiner geworden, aber innerhalb dieser Gruppe sind keine Veränderungen bezüglich Häufigkeit und Menge des Konsums festzustellen. Gegenwärtig rauchen 62 % der jugendlichen Raucher täglich und 27,7 % täglich zehn Zigaretten und mehr. Die positive Einstellung gegenüber dem Rauchen bleibt in dieser Gruppe unverändert oder nimmt sogar zu.

Neue Publikationen

a) **Strobel L, Schneider N, Krampe H, Beißbarth T, Pukrop T, Anders S, West R, Aveyard P & Raupach T (2012) German medical students lack knowledge of how to treat smoking and problem drinking. *Addiction*, doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03907.x**

Hintergrund: Aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit und Kosteneffektivität einer ärztlichen Beratung bei Patienten mit Tabak- oder problematischem Alkoholkonsum kommt der Aus- und Weiterbildung zu diesen Themen eine große Bedeutung zu. Die vorliegende SAME-Studie (Smoking and Alcohol in Medical Education) hatte zum Ziel, bei Medizinstudenten die Wahrnehmung des eigenen Wissens bezüglich der gesundheitlichen Konsequenzen und Behandlungsmöglichkeiten zu ermitteln und mit dem Wissen über klassische internistische Krankheiten zu vergleichen.

Methode: Die Daten wurden mit zwei unterschiedlichen Fragebögen erhoben. Zum einen wurden die Dekane der Medizinischen Hochschulen gebeten, Angaben zum Umfang der Lehre zu Tabak, problematischem Alkoholkonsum, Diabetes und Hypertonie zu machen. Diese chronischen Erkrankungen sind bezüglich des Zusammenspiels genetischer, biologischer, verhaltens- und verhältnisbezogener Faktoren vergleichbar und für hohe Mortalitätsraten verantwortlich, können aber in den meisten Fällen von Allgemeinärzten kosteneffektiv behandelt werden. Der zweite Fragebogen wurde direkt an die Medizinstudenten in den ersten fünf Studienjahren ausgegeben und enthielt Fragen zum Rauchstatus und zur Selbsteinschätzung von Kenntnissen bezüglich gesundheitlicher Konsequenzen und Behandlungsmöglichkeiten des Rauchens, exzessiven Alkoholkonsums, Diabetes und Hypertonie. Erfasst wurde die Ausprägung auf einer sechsstufigen Likert-Skala (1 = bestmögliche Option). Weiterhin wurde erfasst, wie die Studierenden ihre Kompetenz zur Beratung ausstiegsbereiter Raucher einschätzen und zu welchen Themen sie zusätzlichen Lehrbedarf sehen.

Ergebnisse: 25 von 36 Dekanen und 27 von 36 Medizinischen Hochschulen nahmen an der Befragung teil. An allen Hochschulen wird zu den angegebenen Themen gelehrt. Die mittlere Dauer der Behandlung der einzelnen Themen betrug 353 (15-1210) Minuten für Diabetes, 275 (15-1530) für Hypertonie, 180 (110-1080) für problematischen Alkohol- und 135 (30-720) für Tabakkonsum. Vorlesungen waren die am häufigsten genannte Vermittlungsform, gefolgt von Seminaren und praktischen Anwendungstrainings.

19 526 von 39 358 an den teilnehmenden Hochschulen eingeschriebenen Medizinstudenten (Responderquote = 49,6 %) füllten die Fragebögen aus. Etwa zwei Drittel waren Frauen; der Raucheranteil lag bei 20,8 %. Im ersten Studienjahr gaben 40-50 % an, die Krankheitsfolgen von Diabetes und Hypertonie zu kennen, während es in Bezug auf Rauchen und Alkohol 60 % waren. Dieser Anteil stieg im 5. Studienjahr auf über 90 % für Diabetes/Hypertonie

und auf 80 % für Rauchen und problematischen Alkoholkonsum. Wenn es um die Behandlungen dieser Störungen ging, gaben zwar über 80 % der Studierenden im 5. Studienjahr an, in Bezug auf Diabetes und Hypertonie Bescheid zu wissen, aber nur 20 % waren der Ansicht, Tabakabhängigkeit oder problematischen Alkoholkonsum behandeln zu können. Weniger als 7 % gaben ihre volle Zustimmung zu der Aussage „Ich fühle mich kompetent, ausstiegswillige Raucher zu beraten.“ Zusätzlichen Lehrbedarf für die Behandlung von Tabak- und Alkoholkonsum sahen etwas mehr als 30 % der Studenten im 1. Studienjahr; diese Quote stieg auf 60 % im 5. Studienjahr.

Diskussion: In den deutschen medizinischen Hochschulen wird den Themen „Tabak“ und „problematischer Alkoholkonsum“ deutlich weniger Lehrzeit gewidmet als den Themen „Hypertonie“ und „Diabetes“. In Anbetracht der großen Stichprobe ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse auf die medizinische Ausbildung in Deutschland insgesamt übertragbar sind. Bei Ende des Studiums weiß jeder zweite Absolvent nicht, wie er Raucher behandeln könnte. Kaum einer fühlt sich ausreichend kompetent für eine Tabakentwöhnung, was in der Praxis dazu führen wird, dass effektive Interventionen nicht angeboten werden. Im Interesse einer effektiven Prävention müssten Curricula, Prüfungen und Ausbildungssettings angepasst werden.

Kommentar von Dr. Wilfried Kunstmann, Bundesärztekammer

Aufgrund der gesundheitlichen Bedeutung des Rauchens und des Alkoholkonsums wäre es wünschenswert, wenn Medizinstudierende auch in diesen Bereichen am Ende ihres Studiums einen deutlichen Zugewinn an entsprechenden therapeutischen Kenntnissen verspüren würden. Letztlich spiegeln die Ergebnisse aber die Realität der Vergütungsstrukturen sowie der Krankenhausmedizin wider: Krankenhäuser sind v.a. an der Behandlung von Folgeerkrankungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen und Umweltbedingungen ausgerichtet und werden primär auch hierfür vergütet, wie das jahrelange, bislang erfolglose Ringen relevanter Gesundheitsorganisationen zur Einführung eines Prozedurencodes für die Raucherberatung im Krankenhaus dokumentiert. Solange diese Rahmenbedingungen erhalten bleiben und der Großteil der medizinischen Ausbildung in diesem Setting stattfindet, können kaum andere Ergebnisse erwartet werden.

Die Autoren haben in ihrer Schlussfolgerung zwar grundsätzlich Recht, dass eine Thematisierung der Behandlung problematischen Trinkens und des Tabakkonsums in den Examina für Medizinstudierende einen starken Ansporn bilden würde, diese Themen zu erlernen. Nur: Prüfungen stellen immer den Endpunkt einer Ausbildung dar und sollen das Erlernte abbilden. Umgekehrt würde ein Schuh

daraus, indem man das Interesse der Studierenden über das konkrete Erleben entsprechender Patientengeschichten im Studienverlauf weckt, um es daraufhin in Prüfungen abzufragen.

Bei aller methodischer Begrenztheit von Querschnittsdaten und vieler offener Fragen, die die Studie aufwirft, lassen die Ergebnisse dennoch vermuten, dass eine intensivere Behandlung der Themen Alkohol und Tabak im Medizinstudium auch zu einer häufigeren Behandlung der damit verbundenen Störungsbilder durch approbierte Ärzte führen könnte. Hierzu wäre es allerdings interessant, wenn die Autoren ihre Daten daraufhin analysieren würden, ob sich Zusammenhänge zwischen der Quantität des an der jeweiligen Fakultät vorgehaltenen Angebots und den selbst wahrgenommenen Kenntnissen der entsprechenden Studierenden abbilden lassen.

b) Ferguson J, Docherty G, Bauld L, Lewis S, Lorgelly P, Boyd KA, McEwen A & Coleman T (2012) Effect of offering different levels of support and free nicotine replacement therapy via an English national telephone quitline: randomised controlled trial. BMJ 344: e1696, doi: 10.1136/bmj.e1696

Hintergrund: Telefonische Tabakentwöhnung kann eine große Zahl von Rauchern bei relativ geringen Kosten erreichen und durch die niedrigschwellige Erreichbarkeit bei intensiver Nutzung eine beträchtliche Auswirkung auf die absolute Zahl von gewonnenen Nichtrauchern erzielen. Wie bei anderen Beratungsformen findet sich auch für die Telefonberatung eine Dosis-Wirkungs-Relation: ein oder zwei kürzere Anrufe bieten kaum einen messbaren Nutzen, während drei oder mehr Anrufe mit höheren Ausstiegchancen einhergehen. Durch die Abgabe kostenfreier Nikotinersatzpräparate (NET) an Anrufer kann die Inanspruchnahme und Wirksamkeit telefonischer Beratung möglicherweise noch gesteigert werden. Hier wurde die Effektivität unterschiedlicher Beratungsintensität und kostenfreier NET bei Rauchern in England untersucht.

Methode: In einem 2x2faktoriellen Design wurden Anrufer zufällig auf einen von vier Behandlungsarmen randomisiert:

- Eine Standardunterstützung, bestehend aus einem Angebot für Selbsthilfematerialien via Email, Brief oder SMS, die vor, am und (bis sechs Monate) nach dem Ausstiegs-termin verschickt wurden und zum Ausstiegsprozess passende Botschaften enthielten. Teilnehmer wurden informiert, wie sie wirksame Unterstützung vom National Health Service (NHS) inkl. NET erhalten können. Zusätzlich erhielten diese Studienteilnehmer eine proaktive Telefonberatung mit bis zu vier Kontakten (eine Woche vor bis drei Wochen nach dem Ausstieg) und kurzen motivierenden Inhalten.
- Die zweite Gruppe erhielt zusätzlich zum Standardprogramm für drei Wochen kostenfreie Nikotinpflaster, die telefonisch bei den Apotheken geordert werden konnten. Nach Ablauf der drei Wochen konnte eine zweite Drei-Wochen-Packung angefordert werden.

- Die dritte Gruppe erhielt eine intensivierete telefonische Unterstützung, bei der Teilnehmer ein- bis zweimal vor, am Ausstiegstermin selbst sowie 3, 7, 14, und 21 Tage danach kontaktiert wurden. Das Beratungsprotokoll war am Ausstiegsprozess orientiert und inhaltlich stärker strukturiert.
- Eine vierte Gruppe schließlich erhielt intensivierete Telefonberatung plus kostenfreie NET. Qualitätskontrollmaßnahmen und Studienmonitore sollten sicherstellen, dass die Interventionen den Vorgaben entsprechen.

Die Datenerhebung inkl. Nachbefragungen nach einem sechs Monaten erfolgte telefonisch. Das primäre Erfolgsmaß war die selbstberichtete, anhaltende Abstinenz vom Zeitpunkt des Ausstiegstermins bis zur 6-Monats-Katamnese. Rauchvorfälle wurden toleriert, solange insgesamt nicht mehr als fünf Zigaretten konsumiert worden waren.

Ergebnisse: Aus etwa 189 000 Kontakten (!) während der Rekrutierungsphase (02/2009-02/2010) wurden 2591 Studienteilnehmer auf die vier Arme randomisiert. Bei der 6-Monats-Nachbefragung wurden noch 58 % (n=1354) erreicht; nicht erreichte wurden nach ITT als nicht abstinent gewertet. Von den 1295 Teilnehmern, die NET erhalten konnten, wurde 798 (62 %) mindestens eine Packung zugestellt. Frauen waren stärker vertreten, das Durchschnittsalter lag bei etwa 38 Jahren, und Teilnehmer waren ökonomisch schlechter gestellt als der Bevölkerungsdurchschnitt. 40 % rauchten die erste Zigarette des Tages innerhalb von fünf Minuten, und 22 % mehr als 20 Zigaretten pro Tag. Nach sechs Monaten gaben 490 Teilnehmer (18,9 %) anhaltende Abstinenz an; in 255 Fällen konnte eine biochemische Verifizierung mittels CO-Messung durchgeführt werden. Dabei wurde eine Übereinstimmung von 81,2 % festgestellt.

Weder für die intensivere Beratung oder die NET noch für die Interaktion dieser Bedingungen konnte ein Effekt nachgewiesen werden. Teilnehmer, denen NET angeboten wurde, schnitten etwas schlechter ab (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Einfluss der Intensität der Beratung und NET auf Erfolgsmaße (ITT) nach 6 Monaten (7-T-PP = 7-Tage Punktprevalenz) in Prozent (N in Klammern)

Erfogsmaß	Standard	Proaktiv	p
Anhaltende Abstinenz	19,6 % (254)	18,2 % (236)	.46
CO-validiert	8,3 % (107)	7,7 % (100)	.84
7-T-PP	21,0 % (272)	20,0 % (259)	.60
Erfogsmaß	Ohne NET	Mit NET	p
Anhaltende Abstinenz	20,1 % (261)	17,7 % (229)	.16
CO-validiert	9,4 % (122)	6,6 % (85)	.005
7-T-PP	21,8 % (283)	19,1 % (248)	.13

Etwa 63 % der Teilnehmer der beiden NET-Studienarme nutzten diese zumindest teilweise. Der Median an tatsächlich zustande gekommenen Beratungskontakten betrug in den intensiv-proaktiven Bedingungen drei (im Vergleich zu zwei in den Standardarmen) und lag damit erheblich unter der angebotenen Zahl von Kontakten.

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

Diskussion: Bei Rauchern, die ausreichend motiviert waren, eine Telefonberatung anzurufen und einen Ausstiegstermin festzulegen, führte weder eine zusätzlich offerierte NET noch eine intensiviertere proaktive Beratung zu höheren Ausstiegsraten als eine Standardberatung (die allerdings fast 20 % anhaltende Abstinenz aufweist). Dass NET keinerlei Effekt hat, könnte mit den Besonderheiten der englischen Gesundheitsdienste erklärt werden, wo NET allen Interessenten kostenfrei zur Verfügung gestellt wird. Teilnehmer nutzten NET auch außerhalb der im Rahmen dieser Studie bereitgestellten Möglichkeiten. Ein Dosis-Wirkungs-Effekt in Bezug auf die Intensität der Beratung konnte ebenfalls nicht nachgewiesen werden. Dies erinnert an eine frühere englische Studie, bei der ein proaktives Beratungsangebot ebenfalls keinen Effekt hatte und eine Abstinenzquote von knapp 18 % nach einem Jahr berichtet wurde (Gilbert & Sutton, s. Newsletter Mai 2006). Damals wurde als Erklärung angeführt, dass keine ausreichend hohe Kontaktdichte kurz nach dem Rauchstopp eingehalten wurde und das Beratungsprotokoll zu wenig strukturiert war. Durch eine automatisierte Anrufsteuerung und Qualitätskontrolle in der aktuellen Studie können diese Erklärungen nahezu ausgeschlossen werden. Teilnehmer der Standardbedingung erhielten tatsächlich ähnlich viele Anrufe wie Teilnehmer der proaktiven Bedingung, was die identischen Abstinenzraten erklären könnte. Dass Anrufer weniger Unterstützung erhalten als vorgesehen, weil sie bei proaktiven Folgekontakten nicht mehr zu erreichen sind, ist auch von anderen Telefondiensten bekannt.

In England mit seiner Regelung für Kostenerstattung für sämtliche Maßnahmen der Tabakentwöhnung scheinen zusätzlich offerierte proaktive Telefonkontakte oder kostenfreie Abgabe von NET nicht mit höheren Abstinenzraten einherzugehen. Auf andere Länder, in denen die Nutzung evidenzbasierter Hilfen gering, die Therapiebedürftigkeit abhängiger Raucher nicht anerkannt ist und keine Erstattung stattfindet, lassen sich diese Ergebnisse nicht übertragen.

c) Tahiri M, Mottillo S, Joseph L, Pilote L & Eisenberg MJ (2012) Alternative Smoking Cessation Aids: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. American Journal of Medicine, doi:10.1016/j.amjmed. 2011.09.028

Hintergrund: Das Interesse an und die Nachfrage nach alternativen Therapien zur Tabakentwöhnung sind groß, trotz der teilweise hohen Kosten. Die tatsächliche Wirksamkeit dieser Ausstiegshilfen ist nicht gänzlich geklärt. Am besten untersucht sind Akupunktur, Hypnotherapie und aversives Rauchen. In dieser Metaanalyse sollte die aktuelle Studienlage systematisch geprüft und bewertet werden.

Methode: Die Cochrane Library und die elektronischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE und PsycINFO wurden auf die Begriffe cigarette, nicotine, smoking, und tobacco zusammen mit den Schlüsselbegriffen acupuncture, electrotherapy, electroacupuncture, laser therapy, hypnosis, hypnotherapy, aversive smoking, und rapid smoking bis Ende 2010 durchsucht. Die 14 methodisch anspruchvollsten Studien (kontrollierte, randomisierte Studien mit mindestens sechsmonatigem follow-ups) wurden in den Review aufgenommen. Unter diesen 14 Studien befanden sich sechs Studien zu Akupunktur (mit 823 Studienteilnehmern), vier zu Hypnotherapie (273 Teilnehmer) und vier zu aversivem Rauchen (99 Teilnehmer). Die Merkmale der Studienteilnehmer variierten erheblich: Das Durchschnittsalter lag in den einzelnen Studien zwischen 30 und 54 Jahren, der tägliche Zigarettenkonsum zwischen 16 und 32 und der Fagerströmwert (FTQ bei älteren Studien bzw. FTND) zwischen 4 und 11. Auch die Behandlungsbedingungen waren sehr unterschiedlich: Die Anzahl der Sitzungen variierte von einer bis 20, die durchschnittliche Behandlungszeit von 20 bis 600 Minuten.

Ergebnisse: Der geschätzte durchschnittliche Behandlungseffekt (odds ratio, OR) für Akupunktur betrug 3,53 (95 % KI 1,03-12,07), für Hypnotherapie 4,55 (95 % KI 0,98-21,01) und für aversives Rauchen 4,26 (95 % KI 1,26-14,38). Die Studien zu aversivem Rauchen stammen aus der Zeit bis 1983 und umfassen nur kleine Stichproben; diese Therapieform hat keine praktische Relevanz.

Diskussion: Im Unterschied zu den Cochrane-Analysen wurden in diesem Review nur wenige, streng kontrollierte Studien berücksichtigt. Auf den ersten Blick erscheinen die Ergebnisse vielversprechend, gerade auch im Vergleich zu pharmakologischen Therapien. Relative Wirksamkeiten in der Größenordnung von drei oder vier finden sich in der Literatur nicht häufig.

Deshalb empfehlen die Autoren, dass Ärzte alternative Therapien promoten, insbesondere wenn Patienten wirksamkeitsgeprüfte pharmakologische Hilfen nicht verwenden wollen oder können. Wenn jedoch die relativ kleine Studienpopulation, die weiten Konfidenzintervalle (bei Hypnotherapie beidseitig der 1) und fehlende biochemische Verifizierung berücksichtigt werden, muss Zurückhaltung geübt werden. Es fehlt an nach wie vor an belastbaren kontrollierten Studien, was angesichts des Bedarfs (bis zu 40 % ausstiegswilliger Raucher liebäugeln mit diesen Hilfen) überrascht. Auch wenn die hier berichteten Ergebnisse eine Wirksamkeit von Akupunktur und Hypnotherapie nahelegen, steht eine präzise Wirksamkeitsbestimmung noch aus.