



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

**Nr. 51
April
2013**

Editorial

Im Editorial des letzten Newsletters haben wir nach Ihrer Meinung gefragt, ob sich rauchende Gesundheitsberufe dennoch in der Tabak-entwöhnung von Patienten engagieren können und sollen. Folgende Rückmeldung hat uns dazu erreicht: „Da es sich bei der Tabakabhängigkeit nicht um ein moralisches Vergehen sondern um eine Erkrankung handelt, ist eine Vorbildfunktion (wie immer im Leben) zwar wünschenswert, aber kann nie Voraussetzung einer professionellen Betreuung sein.“ Welche Konsequenzen sich daraus ergeben, dass es sich bei Tabakabhängigkeit um eine (Sucht)-Erkrankung handelt, war das zentrale Thema diesjährigen Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (siehe dazu S. 3f).

Das Rauchverhalten der Helfer (und damit sind nicht nur Ärzte, sondern natürlich auch Psychologen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Pflegeberufe und andere gemeint!) wird uns weiter beschäftigen. Laut Eurobarometer 2012 liegt die Rauchprävalenz der europäischen Bevölkerung über 15 Jahre bei 28%, wobei Griechenland mit 40% das eine und Schweden mit 13% das andere Extrem bildet. In Italien rauchen mit 24% genauso viele Bürger wie in den Niederlanden, aber die Prävalenz unter den Gesundheitsberufen liegt hier mit 44% erheblich höher als in der Allgemeinbevölkerung(1). Dazu tragen Pflegeberufe (48%), Medizinstudenten (35%), Postgraduierte (53%) und Ärzte (34%) gleichermaßen bei. Ähnlich hohe Prävalenzen bei Medizinstudenten werden auch aus Spanien, Polen und eben Deutschland berichtet. In Ländern mit einem steten Prävalenz-Rückgang wie USA, Vereinigtes Königreich und Australien waren Ärzte mit die ersten, bei denen die Raucherrate zurückging; aktuell liegt sie unter 10%. In Frankreich, Japan und Italien ist zwar auch eine rückläufige Gesamtprävalenz zu verzeichnen, aber der Raucheranteil unter den Ärzten liegt bei über 25%. Die Situation in Italien ist speziell: Auf der einen Seite hat Italien bereits 2005 als drittes europäisches Land ein generelles Raucherverbot für alle Innenräume erlassen, was mit einer langsam sinkenden Gesamtprävalenz einherging, auf der anderen Seite aber ist der Anteil rauchender Gesundheitsberufe ungebrochen hoch.

Dies schafft ernste Probleme; rauchende Ärzte sehen Rauchen seltener als gesundheitsschädlich an und bringen es bei Patienten entsprechend seltener zur Sprache. Darüber hinaus führt Ausstiegsberatung durch nichtrauchende Ärzte auch zu höheren Abstinenzraten. Wenn die überwältigende Beweislage für die tabakassoziierte Morbidität und Mortalität

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
News in Kürze	3
Konferenzrückblick	3
Neue Publikationen	5

herangezogen wird und der negative Effekt, den das eigene Rauchverhalten auf die Qualität der Ausstiegsberatung hat, ergibt sich zwingend die Frage: Warum rauchen Ärzte und andere Gesundheitsberufe? Ist es möglich, dass sie nicht wissen oder nicht glauben, wie schädlich es ist? Sind sie nicht ausreichend informiert oder nicht auf dem aktuellen Stand des Wissens? Ist das Thema nicht wichtig genug? Betrachten sie Tabakentwöhnung als Prävention, für die sie nicht zuständig fühlen? 80% der japanischen Ärzte betrachten eine Ausstiegsberatung als nicht notwendig, solange keine tabakassoziierte Erkrankung vorliegt. Raucher können jedoch bereits als krank gelten, wenn die ICD oder DSM-Kriterien für Tabakabhängigkeit erfüllt sind. Mit der Ausstiegsberatung zu warten, bis durch das Rauchen ausgelöste Symptome aufgetreten sind, senkt die Lebenserwartung eines rauchenden Patienten deutlich – der Schaden ist bereits eingetreten. Die Ursachen zu kennen, warum rauchende Gesundheitsberufe ihr Verhalten nicht ändern, erleichtert die für diese Zielgruppe passende Intervention zu finden. Fast 45% der Medizinstudenten in Italien haben erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören; 60% würden gerne damit aufhören. Offensichtlich sind diese Studenten einfach abhängig und benötigen spezifische Unterstützung, auch um der ethischen Verpflichtung zur Erhaltung der öffentlichen und der Patientengesundheit zu genügen.

Zu einem anderen Thema: Ein Rauchstopp senkt das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen (CVD), aber eine damit einhergehende Gewichtszunahme könnte diesen Nutzen teilweise wieder zunichtemachen. Diese Sorge scheint laut einer prospektiven Langzeitstudie (2) unbegründet: Für Ex-Raucher besteht ein deutliches und signifikant vermindertes Risiko (Hazard Ratio von 0,47 für Exraucher seit höchstens vier Jahren und von 0,46 für Exraucher seit mehr als vier Jahren), das sich auch nach Berücksichtigung der Gewichtszunahme nur minimal änderte. Dies gilt auch für Diabetes-Patienten; bei diesen betragen die Hazard-Ratios 0,49 und 0,56 (wegen kleinerer Fallzahlen nicht signifikant). Bezüglich des CVD-Risikos tun wir unseren Patienten durch eine Tabakentwöhnungsbehandlung also auch dann etwas Gutes, wenn diese eine

Gewichtszunahme erleiden.

In der ersten Ausgabe 2013 unseres Newsletters wollen wir kurz auf eine Metaanalyse zu Cytisine eingehen und dann ausführlicher von der SRNT-Konferenz sowie der WAT-Tagung berichten. Vorgestellt wird schließlich eine aktuelle niederländische Publikation, die sich der Frage annimmt, was Raucher motiviert, evidenzbasierte und andere Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate.

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

Ihr Redaktionsteam

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

(1) Cattaruzza MS & West R (2013) Why do doctors and medical students smoke when they must know how harmful it is? *European Journal of Public Health*, doi:10.1093/eurpub/ckt001

(2) Clair C, Rigotti N, Porneala B, Fox C, D'Agostino R, Pencina M, Meigs J (2013) Association of Smoking Cessation and Weight Change With Cardiovascular Disease Among Adults With and Without Diabetes. *JAMA*, 309(10): 1014-1021

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. Termine: Berlin, 15.04.2013 - 19.04.2013, Dresden, 27.04.2013 - 28.04.2013. Die verkürzte Schulung in Dresden ist nur für Psychologen, Ärzte, (Sozial)Pädagogen, Sozialarbeiter, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler mit Zusatzqualifikation in einem psychotherapeutischen Verfahren zugänglich. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/360804-98
2. 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: 05.07.2013 – 06.07.2013. 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

3. 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. Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 12.07.2013 – 13.07.2013. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 – 68 999 511.
4. 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) sowie einem Aufbaumodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“. Auskünfte zum Curriculum und Terminen in 2013 unter Tel.: 030 – 400456412 oder cme@baek.de
5. Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 05.06.2013 – 07.06.2013 in Berlin das 20stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. an. Infos und Anmeldung unter <http://www.dpa-bdp.de/veranstaltungen.html> oder bei l.krueger@dpa-bdp.de; Tel. 030/20 9166314, Fax: 030/209166316

Kongresse/Tagungen:

National:

- 7. Konferenz zu Rauchen und Gesundheit am 31. 05 - 01. 06 2013 in Kiel mit Fortbildung „Für immer rauchfrei!“ – Raucherentwöhnung in der Praxis. Für den Einsatz nach § 20 SGB V ist das Programm von den Krankenkassen zertifiziert. Vorprogramm unter www.dgntf.com; Infos bei der Deutschen Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e.V., Telefon 04191 / 8 68 00 77, E-Mail info@dgntf.com
- 6. Deutscher Suchtkongress in Bonn vom 18. – 21.09.2013. Vergünstigte Kongressgebühr bis 04.07.2013. Anmeldung und Infos unter www.deutschersuchtkongress.de.

News in Kürze

Hajek P, McRobbie H & Myers K (2013) Efficacy of cytisine in helping smokers quit: systematic review and meta-analysis. *Thorax*, doi:10.1136/thoraxjnl-2012-203035

In einer bereits an dieser Stelle vorgestellten, kontrollierten Studie (s. dazu Newsletter Nr. 45 vom Oktober 2011) hat der

Wirkstoff Cytisine seine potenzielle Eignung als medikamentöse Therapie der Tabakabhängigkeit unter Beweis stellen können. In einem systematischen Review sind Hajek und Kollegen der Frage nachgegangen, ob bereits ausreichende Evidenz für die Zulassung vorliegt. Die Suche in den einschlägigen Datenbanken erbrachte 7 kontrollierte Studien mit etwa 4 000 Studienteilnehmern. Die relative Wirksamkeit (risk ratio, RR) lag bei 1.57 (95% KI 1.42 – 1.74); wenn nur die Daten der beiden neuesten und methodisch hochwertigsten Studien herangezogen wurden, resultierte dies in einem RR von 3.29 (95% KI 1.84 – 5.90). Nur zum Vergleich: Das RR für alle Darreichungsformen von NET zusammen liegt bei 1.60 (95% KI 1.53 – 1.68). Zwar berichteten Patienten unter Cytisine mehr gastrointestinale Symptome als Patienten der Placebo-Gruppen (RR=1.76, 95% KI 1.28 – 2.42), insgesamt aber gab es weder häufigere Nebenwirkungen noch Anlässe für Sicherheitsbedenken. Cytisine zeigt eine vergleichbare Wirksamkeit wie andere, zugelassene medikamentöse Therapien. Die Autoren halten in Anbetracht seines Potenzials und der günstigen Kostenseite eine umgehende Zulassung für berechtigt.

Konferenzrückblick: SRNT in Boston und WAT-Tagung in Frankfurt

a) Das 19. Internationale Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) ging am 16. März 2013 in Boston zu Ende. Im Folgenden sollen einzelne Highlights aus dem sehr umfangreichen Programm vorgestellt werden.

Mit Karl Olov Fagerström hat der vermutlich weltweit bekannteste Tabakentwöhnungs-Experte den Ove Fernö-Award (benannt nach dem Erfinder des Nikotin-Kaugummis) erhalten. In seine Lecture über die „Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Tabakabhängigkeit und ihrer Behandlung“ kam er zu der Einschätzung, dass verhaltensbezogene klinische Therapien ausgereizt seien (Anmerkung: drei Posterbeiträge mit dem Term „Mindfulness“ im Titel lassen noch hoffen). Es gehe in Zukunft eher darum, für eine möglichst große Verbreitung bewährter VTElemente durch die Nutzung moderner Technologien (webbasierte, SMS- und Smartphone-Interventionen) zu sorgen. Aber auch die Entwicklung bei den medikamentösen Therapien sieht Fagerström skeptisch; bessere Effektstärken seien dort meist mit stärkeren Nebenwirkungen verbunden, und weder Zulassungsbehörden noch Verbraucher wären diesbezüglich sehr tolerant. Zudem schaffen es im Tierversuch vielversprechende Substanzen kaum in die Anwendung bei Menschen. Möglicherweise werde auch die Rolle des Nikotins überschätzt; wäre es tatsächlich ein so potenter Verstärker, müsste man doch schon von Raubüberfällen bei Apotheken gehört haben, bei denen auch Nikotinersatzpräparate abhandengekommen seien. In Zukunft werde sich die Behandlung der Tabakabhängigkeit der Behandlung anderer Substanzabhängigkeiten annähern, inklusive der Formulierung von Therapiezielen neben der Abstinenz. Fagerström schloss seine Ausführungen mit einem fast radikalen Vorschlag, wie dem Tabakproblem dennoch beizukommen sei: Das Alter für den legalen Erwerb von Zigaretten drastisch nach oben

setzen und die Zivilgesellschaft gewinnen, die Umsetzung dieser Regelung zu garantieren!

Ein Workshop und ein Symposium widmeten sich modernen Technologien und sozialen Netzwerken. Diskutiert wurde dabei auch die Frage, inwieweit die sich deutlich abzeichnende Evidenz für die Wirksamkeit dieser Ansätze auch darauf zurückzuführen sei, dass damit das Problem der sozialen Unterstützung, das wir seit 25 Jahren in den intensiven Therapien beobachten, gelöst werden kann. Insbesondere soziale Netzwerke können Support rund um die Uhr bieten.

Shu-Hong Zhu referierte eine US-weite Befragung zur Verbreitung von E-Zigaretten. Diese hätten ohne kommerzielle Bewerbung eine große Bekanntheit bei 75% der gesamten US-Bevölkerung erlangt. 8% hätten sie schon probiert, 1,4% seien aktuelle Nutzern. In erster Linie sind die E-Zigaretten bei weiblichen Konsumentinnen beliebt. Nieraucher würden sie kaum nutzen. Mit einem Seitenhieb auf die vielen offenen Fragen bezüglich des Stellenwerts von E-Zigaretten als Ausstiegshilfe oder als weniger schädliche Alternative merkte Zhu an, dass Raucher nicht darauf warten, bis die Wissenschaft ihnen erklärt, wie sie mit E-Zigaretten umzugehen hätten.

Als einer der letzten Programmpunkte diskutierte ein international hochkarätiges Podium zum Thema „Global tobacco dependence treatment – science to practice.“ Schnell wurde deutlich, dass es neben einer klinischen auch eine Public Health-Perspektive gibt: Während letztere in erster Linie auf Kampagnen zur Anregung von Ausstiegsversuchen und eine rauchfreie soziale Norm auffällige Warnhinweise und Preisgestaltung setzen, sind die Kliniker darauf bedacht, Patienten die beste evidenzbasierte Therapie zukommen zu lassen. Konsens herrschte darin, dass richtige Behandlung weit mehr sei als Verschreibung von Medikamenten. Das Angebot medikamentöser Therapien wäre sehr überschaubar (aktuell nur sieben Präparate, wobei fünf auf dem gleichen Wirkstoff beruhen), während z.B. in der Hypertonie-Therapie „fast jede Woche“ sieben neue Medikamente getestet würden. Zwar spielen Ärzte in der Tabakentwöhnung eine zentrale Rolle; an Beratungsleistungen könne man aber realistisch nur ein A(s), A(dvice) & R(efer) erwarten (Refer bezieht sich auf Überweisung an Tabakentwöhnungsdienste wie Telefonberatung). Um dieses AAR richtig anzuwenden, bedarf es entsprechenden Trainings. Problematisch sei nach wie vor, dass die Ansprache rauchender Patienten vielerorts immer noch nach dem Motto „Hören Sie auf zu rauchen, oder Sie werden daran sterben“ erfolgt.

b) Die 14. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

beschäftigte sich am 20.03.2013 mit dem Thema „Finanzierung der Tabakentwöhnung - Wo stehen wir in der Kostenerstattung der Behandlung der Tabakabhängigkeit?“. In seiner Begrüßung wies der Vorsitzende Anil Batra darauf hin, dass die Alkoholabhängigkeit seit 1968 als Krankheit anerkannt ist – mit den entsprechenden Konsequenzen für die Kostenerstattung für deren Behandlung. Eine solche Anerkennung brauche es auch für die Tabakabhängigkeit. Zu

diesem Zweck wurde unter der Federführung des WAT eine Initiative zur Erzwingung der notwendigen Gesetzes- und Regelungsänderung auf dem Rechtsweg gestartet (<http://www.wat-ev.de/Initiative.html>).

Im Eröffnungsvortrag legte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung **Mechthild Dyckmans** ihre Sicht der Situation zur Kostenerstattung der Behandlung der Tabakabhängigkeit dar. Sie begrüßte die Initiative des WAT zur Anerkennung der Tabakentwöhnung als erstattungsfähige Leistung und äußerte Unverständnis für den Ausschluss entsprechender Behandlungsmaßnahmen nach §34 SGB V. Eine therapeutische Unterstützung bei der Tabakentwöhnung sei nicht als Lifestyle-Maßnahme, sondern als Suchtbehandlung einzustufen. Die immer wieder geäußerte Befürchtung, dass es wegen der großen Zahl der Raucher zu erheblichen Mehrausgaben käme, wäre unbegründet: Vielmehr käme es mittel- und langfristig zu Kostenersparnissen. Aus ärztlicher Sicht als notwendig erachtete therapeutische und medikamentöse Behandlung müsse erstattet werden, deshalb unterstütze sie auch als Juristin die Klageinitiative des WAT. Abschließend sprach die Drogenbeauftragte Anil Batra ihren Dank auch für dessen Engagement für das Deutsche Netz rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen DNRfK aus und übergab die DNRfK-Mitgliedsurkunde für das gesamte Universitätsklinikum Tübingen (s. Bild).



Anil Batra selbst lieferte in seinem Beitrag Argumente für die Anerkennung der Tabakabhängigkeit aus Sicht der Suchttherapie. Eine Vielzahl von Merkmalen aus der Diagnostik (wie Kontrollminderung oder Toleranzbildung), Psychologie (z.B. hedonische Stimuluskontrolle sowie Spannungs- oder Angstreduktion) und Neurobiologie (experimentell erzeugte Abhängigkeit bei Versuchstieren, neuronale Modulation mit entsprechender Entzugsreaktion und Reagibilität von Belohnungsstrukturen im Mittelhirn) lassen keine andere Schlussfolgerung zu: Tabakabhängigkeit ist eine Suchterkrankung. Die Zahl der Abhängigen unter den regelmäßigen Rauchern beläuft sich auf ca. 50%.

Thomas Hering, Berlin ging der Frage nach, was Ärzte mit der Tabakentwöhnung für die Gesundheit ihrer Patienten erreichen können und zeigte auf, welche Verbesserung für kardiovaskuläre, pneumologische und kanzerogene

Erkrankungen und dadurch bedingte Frühsterblichkeit nach dem Rauchstopp als gesichert gelten können. Besonders zeitnah und deutlich stellt sich eine Verbesserung des Herzinfarkttrisikos ein.

Stephan Mühlig, Chemnitz, referierte zur Kosteneffektivität der Behandlung der Tabakabhängigkeit und der Frage, ob sich Tabakentwöhnung für das Gesundheitssystem rechne. Da Tabakrauchen in Deutschland weit verbreitet ist, verursacht es enorme direkte und indirekte Kosten (ca. 10-20% des gesamten Bundeshaushaltes!). Maßnahmen zur Tabakkontrolle reduzieren die Morbiditäts- und Mortalitätsrate signifikant, und mittels Tabakentwöhnungs-Therapien lassen sich mehrere Lebensjahre zu Kosten von wenigen hundert Euro gewinnen. Die errechnete Nettokosteneinsparung für das Gesundheitssystem liegt bei ca. 15.000€ pro Patient bei erfolgreichem Rauchstopp, womit professionelle Tabakentwöhnungs-Therapien die kosteneffektivste Behandlungsmethode in der gesamten Medizin darstellen. Eine Vollfinanzierung der Tabakentwöhnung für die Patienten verdreifacht nicht nur die Inanspruchnahme, sondern erhöht auch die Abstinenzersfolgsquote.

„Ausschluss der Versorgung mit Arzneimitteln und Psychotherapie bei Tabakabhängigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung aus juristischer Sicht“ lautete der Titel des Referats von **Frauke Brosius-Gersdorf** aus Hannover. In einer anspruchsvollen, aber für Nicht-Juristin gut verständlichen Auseinandersetzung wies sie in überzeugender Weise auf Widersprüchlichkeiten in den geltenden Regelungen hin: So werde das Gleichbehandlungsgebot gebrochen, wenn einerseits für Alkoholabhängigkeit und andere Substanzsüchte dem Anspruch auf medikamentöse und ärztlich-psychotherapeutische Behandlung entsprochen wird, die Tabakabhängigkeit aber außen vor bleibe. Es stelle sich die Frage, ob hier eine unzulässige Einschränkung des Grundrechts vorliege. Für gesetzlich Versicherte bestünde eine Beitragspflicht; aus dieser ergebe sich auch eine Schutzpflicht, die verletzt werde, wenn Versicherte in Bezug auf die Behandlung einer Tabakabhängigkeit „im Regen stehen gelassen werden“.

Kathrin Schaller beleuchtet die Rolle der EU-Tabakprodukttrichtlinie für die Motivationsförderung. Auf der Verpackung müssten größere Warnhinweisen mit Bild erscheinen, und es brauche ein Verbot von Tabakzusatzstoffen. Diese Maßnahmen könnten in erster Linie über die Verhinderung des Einstiegs zu einer Verringerung des Tabakkonsums führen. Eine Motivationshilfe zum Rauchstopp können große Warnhinweise sein, insbesondere in Kombination mit dem Hinweis auf eine Telefonberatung. Elektrische Zigaretten hätten Potential, bei einem Rauchstopp zu helfen – eine Einstufung und Behandlung elektrischer Zigaretten als Arzneimittel könnte eine klare Situation schaffen. Bei der Regelung der Zusatzstoffe geht der aktuelle Richtlinienvorschlag allerdings nicht weit genug, um die gewünschte Wirkung auf das Rauchverhalten zu erzielen.

Die 15. Frühjahrstagung mit dem Thema „Leitlinienkonforme Tabakentwöhnung - Bewährtes und Neues“ wird am 12.03.2014 stattfinden.

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

Neue Publikationen

Willems RA, Willemsen MC, Nagelhout GE, de Vries H (2013) Understanding Smokers' Motivations to Use Evidence-based Smoking Cessation Aids. *Nicotine & Tobacco Research*, 15, 167 – 176

Hintergrund Die Verwendung evidenzbasierter Hilfen zur Tabakentwöhnung stellt eine wirksame Möglichkeit zur günstigen Beeinflussung der Rückfallkurven nach einem Rauchstopp dar. Jedoch ist auch in den Niederlanden eine geringe Nutzung dieser Ausstiegshilfen zu beobachten. In der vorgelegten Studie wurde untersucht, welche Faktoren die Nutzung evidenzbasierter Methoden durch ausstiegswillige Rauchende beeinflussen.

Methode Die Daten für diese Studie stammen aus dem "Dutch Continuous Survey of Smoking Habits" (DCSSH), eine bevölkerungsweite Querschnittsbefragung zur Untersuchung des Rauchverhaltens bei niederländischen Bürgern über 15 Jahre. Aus 1219 via Telefon oder E-Mail rekrutierten rauchenden Teilnehmern wurden diejenigen 594 aufgenommen, die zukünftig aufhören wollen und in der Vergangenheit bereits einen Aufhörversuch unternommen hatten. Raucher, die angaben, bereits pharmakologische Therapien, professionelle Unterstützung oder Ausstiegsberatung erhalten hatten, wurden als „Nutzer evidenzbasierter Hilfen“ kategorisiert; Raucher, die nicht evidenzbasierte Print- oder Online-Selbsthilfemaßnahmen oder alternative Therapien benutzt hatten, wurden als „Nutzer nicht-evidenzbasierter Hilfen“ kategorisiert. Eine dritte Gruppe wurde aus Rauchern gebildet, die bislang keinerlei Hilfen genutzt hatten („Nicht-Nutzer“). Neben Alter und Geschlecht wurden Faktoren wie sozioökonomischer Status, Anzahl bisheriger Abstinenzversuche, Tabakabhängigkeit sowie Selbstwirksamkeit und Einstellungen zu Entwöhnungshilfen und Tabakentwöhnung erhoben. Die Intention, evidenzbasierte Hilfen zu nutzen, wurde mittels einer fünfstufigen Likert-Skala gemessen.

Ergebnisse Das Durchschnittsalter lag bei 42 Jahren; die Hälfte hatte bereits Erfahrungen mit Ausstiegshilfen: 15,9% mit nicht-evidenzbasierten und 34,5% mit evidenzbasierten Hilfen. Am häufigsten genannt wurden pharmakologische Unterstützung (28,6%), während professionelle Unterstützung nur von 2,7% genannt wurden. 3,3% nutzten eine Kombination von pharmakologischer und professioneller Unterstützung. 35% gaben an, bei künftigen Ausstiegsversuchen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Ältere und stärker abhängige Raucher hatten häufiger evidenzbasierte Unterstützung in Anspruch genommen. Nichtnutzer hingegen waren jünger und weniger stark abhängig. Nutzer evidenzbasierter Hilfen hatten bereits mehr Ausstiegsversuche unternommen als Nicht-Nutzer; Nutzer nicht-evidenzbasierter Hilfen unterschieden sich diesbezüglich nicht von den beiden anderen

Gruppen. Nutzer irgendeiner Hilfe berichteten eine positivere Einstellung und eine stärkere soziale Norm in Richtung Ausstieg, gleichzeitig aber eine geringere Selbstwirksamkeit. Mittels hierarchischer Regressionsanalyse wurden 10 Faktoren ermittelt, die die Intention, evidenzbasierte Hilfen zu nutzen, beeinflussen: Männliches Geschlecht, höheres Alter, bisherige Nutzung von Hilfen (evidenz- und nicht-evidenzbasiert), stärkere Tabakabhängigkeit, positive Einstellung zu Ausstiegshilfen, eine positive Wahrnehmung von Ausstiegshilfen-Nutzern und eine stärker empfundene positive soziale Norm in Bezug auf die Nutzung von Ausstiegshilfen waren positiv assoziiert, Selbstwirksamkeit und eine problematische Einstellung bezüglich der Kosten von Ausstiegshilfen waren negativ assoziiert. Mit diesem Modell konnten 63% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden.

Diskussion Es überrascht nicht, dass Raucher mit positiver Einstellung zu Ausstiegshilfen die stärkste Intention hatten, diese auch bei künftigen Ausstiegsversuchen zu nutzen. Möglicherweise spiegelt sich bei Nicht-Nutzern ein Mangel an positiven Ausgangserwartungen oder fehlendes Wissen um deren Wirksamkeit wider. Auch Fehlwahrnehmungen bezüglich gesundheitlicher Risiken und Nebenwirkungen könnten eine Rolle spielen. Ausstiegshilfen-Nutzer hatten stärkere Entzugs-Befürchtungen, waren stärker abhängig und weniger zuversichtlich in Bezug auf den Ausstiegserfolg, wohingegen höhere Selbstwirksamkeitserwartungen in einem negativen Zusammenhang mit einer Nutzungs-Intention stand. Dies zeigt, dass diejenigen Raucher, die glauben, auch in kritischen Situationen Abstinenz aufrechterhalten zu können, eher keine Hilfen nutzen werden. Eine wichtige Rolle scheint auch die Einstellung der sozialen Umgebung der Befragten zu spielen: Wenn die soziale Umgebung als unterstützend bezüglich Ausstieg und Verwendung von Hilfen wahrgenommen wird, war die Intention, evidenzbasierte Hilfen zu nutzen besonders stark. Denkbar ist, dass diese Nutzer Teil eines sozialen Netzwerks von Nutzern sind. Ein genaueres Verständnis der Mechanismen, die die Verbreitung neuer evidenzbasierter Ausstiegshilfen in sozialen Netzwerken beeinflussen, könnte deren Diffusion verbessern. Nutzer nicht-evidenzbasierter Hilfen waren nicht weniger abhängig als Nutzer evidenzbasierter Hilfen, hatten aber geringere Intention, künftig evidenzbasierte Hilfen zu nutzen. Hier spielt wahrscheinlich Angst vor Nebenwirkungen eine Rolle. Bedacht werden sollte auch, dass die Unterscheidung „evidenzbasiert vs. nicht-evidenzbasiert“ für Raucher wahrscheinlich schwieriger ist als für Gesundheitsberufe. Entsprechende Wissensdefizite könnten durch Aufklärungsmaßnahmen behoben werden.

Ungeklärt bleibt, ob Raucher ohne Erfahrungen mit Ausstiegshilfen, aber geringerer Abhängigkeit und höherer Selbstwirksamkeit, in jedem Falle ermutigt werden sollten, künftig Ausstiegshilfen zu benutzen.