



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

Nr. 53
Oktober
2013

Editorial

Es gibt viele gute Gründe, nicht mehr zu rauchen. Wer in der Öffentlichkeit und dort in Verantwortung steht, dessen eigenes Verhalten kann zum Maßstab für das Verhalten anderer dienen. Wem dies bewusst ist, wird heutzutage in der Regel darauf achten, der damit einhergehenden Vorbildfunktion auch zu entsprechen. Das gilt auch in der Politik. Andrea Fischer, frühere Bundesministerin für Gesundheit, hat in einem Brief dargelegt, was sie damals veranlasst hat, mit dem Rauchen aufzuhören (1). Es seien nicht die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens gewesen, sondern die kritische Bewertung ihrer Haltung (als Raucherin) durch die Öffentlichkeit nach Amtsantritt als Bundesgesundheitsministerin. Sie hätte zahlreiche Schreiben von Bürgerinnen und Bürgern erhalten, in der Kritik zum Ausdruck gebracht wurde, was ihren Entschluss und ihre Motivation sehr befördert habe. Ihr sei dadurch deutlich geworden, dass eine aufgeklärte und gesundheitsbewusste Haltung zum gesundheitsschädigenden Tabakkonsum mehr als nur Worte erwartet. Für ihre „Verhaltensänderung im Amte“ wurde sie im Jahre 1999 vom Aktionskreis Stuttgarter Nichtraucher e.V. zur Ex-Raucherin des Jahres ernannt.

Kürzlich haben die Nachrichtenagenturen über die Rauchgewohnheiten des amerikanischen Präsidenten Barack Obama berichtet. Noch vor wenigen Jahren hat er bei einer Pressekonferenz angegeben, nicht völlig, sondern lediglich zu 95 % Nichtraucher zu sein. Inzwischen sei Barack Obama eigenen Angaben zufolge 100 % tabakabstinent und habe seit Jahren keine Zigarette mehr geraucht. Er kaue jedoch nach wie vor Nikotinkaugummi. Auch für ihn scheinen nicht die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens für den Ausstieg entscheidend gewesen zu sein, sondern der Einfluss seiner Frau Michelle, die sich bekanntermaßen für gesunde Ernährung und Lebensführung engagiert. Wörtlich soll der Präsident gesagt haben, dass er nicht mehr rauche, weil er Angst vor seiner Frau habe.

Diese Geschichten zeigen, dass soziale Normen ebenso einen wichtigen Beitrag zur Verhaltensänderung leisten können wie die „Unterstützung“ durch die Partnerin und den Partner.

Die dritte Ausgabe 2013 enthält einen Rückblick auf den 6. Deutschen Suchtkongress, der am 21. September in Bonn zu Ende gegangen ist. Bei der Vorstellung aktueller Publikationen geht es zunächst um die erste große, randomisierte kontrollierte Studie zur E-Zigarette als Ausstiegshilfe. Dann wird in kompakter Form über eine sich in der klinischen

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	1
Kongressbericht	2
Neue Publikationen	3

Erprobung befindliche Nikotin-Vakzinierung zur Rückfallprophylaxe berichtet. Der Literaturüberblick wird abgerundet mit einer Bilanz der englischen Tabakentwöhnungsdienste in der letzten Dekade. 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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München
Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termin: 11.11.2013–15.11.2013, Frankfurt. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; 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 SGBV 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: 2.4.2014–4.4.2014. Ort: Universitätsklinik für

1 <http://www.nichtraucher.net/aktuell2.htm>

Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/298 23 13, Fax: 07071/29 53 84 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: 8.11.2013–9.11.2013. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089/689995 11.

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 unter Tel.: 030/400 45 64 12 oder cme@baek.de.

Kongresse/Tagungen:

- Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin vom 27.11.2013–30.11.2013. Anmeldung und Infos unter www.dgppn.de/dgppn-kongress2013.
- 11. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle vom 4.12.–5.12.2012 im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg. Anmeldung und Programm unter www.tabakkontrolle.de.
- 20. Internationales Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) 5.2.2014–8.2.2014 in Seattle, USA. Programmübersicht unter www.srnt.org.

Kongressbericht

Der 6. Deutsche Suchtkongress mit etwa 500 Teilnehmenden fand vom 18. bis 21. September 2013 in Bonn statt. Der Themenschwerpunkt Tabak scheint endgültig in der Suchtforschung und -behandlung angekommen, wenn man seine Gewichtung im Programm als Maßstab heranzieht. Mit einem Plenumsvortrag von Anil Batra, zwei Symposien, einem Symposium zur Primärprävention, einem weiteren Symposium zur Wahrnehmung und Reizverarbeitung bei Rauchern sowie weitere Einzelbeiträge unterschiedlichster Ausrichtung wurde ein weites Spektrum von Forschung und Praxis abgedeckt.

Am Morgen des 2. Kongresstages fand das Symposium der Fachgesellschaften DG-Sucht und DGPPN mit dem Titel „Einblicke in die finale Phase der S3-Leitlinienentwicklung Tabakentwöhnung“ statt. Kay Petersen aus Tübingen beleuchtete den Weg

von der klinischen Fragestellung zur Behandlungsempfehlung. Die Anforderungen für S3-Leitlinien erwarten einen nachvollziehbaren, komplexen wissenschaftlichen Prozess, der von der systematischen Literaturrecherche zu erarbeiteten Fragestellungen bis zu systematischen Konsensprozessen über die Konsequenzen reicht, die aus dem aktuellen Kenntnisstand zu ziehen sind. Aktuell werden die letzten Behandlungsempfehlungen abgestimmt; der gesamte Leitlinienprozess soll Anfang 2014 abgeschlossen werden. Peter Lindinger stellte die Empfehlungen für die Diagnostik und Dokumentation bei behandlungsbereiten Rauchern vor:

- Der Fagerströmtest soll zur weiterführenden Diagnostik eingesetzt werden, um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen.
- Alle Patienten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden.
- Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in einer Patientendokumentation verbessert die Interventionsraten. Tabakkonsum soll in der Patientendokumentation fortlaufend erfasst werden.

Das Kapitel Psychotherapie übernahm Stefan Mühlig. Die wichtigsten Empfehlungen dazu lauten (jeweils mit dem stärksten Empfehlungsgrad A):

- Verhaltenstherapeutische Gruppeninterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung (flächendeckend) angeboten werden.
- Verhaltenstherapeutische Einzelinterventionen zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung flächendeckend angeboten werden.
- Eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung ist nachgewiesen. Einzelne Sitzungen sollen mindestens 10 Minuten dauern, die Zahl der Sitzungen soll mindestens 4 betragen.

Anil Batra schließlich berichtet die Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Pharmakotherapie“. Während zu den Empfehlungen für den Einsatz der Nikotinersatztherapie NET („Die medikamentöse Unterstützung des Rauchers mit Hilfe einer Nikotinersatztherapie ist wirkungsvoll zur Erreichung von Tabakabstinenz. Der Einsatz der Nikotinersatztherapie [...] soll angeboten werden.“ sowie „Bei starken Rauchern ist die Kombination von einem langwirksamen Präparat (Pflaster) und einem kurzwirksamen Präparat (Kaugummi, Spray oder Inhaler) wirkungsvoller als die Gabe eines Nikotinpflasters. Bei starken Rauchern soll eine 2-fach-Kombination von Pflaster und Kaugummi, Spray oder Inhaler angeboten werden [...]“) in den Konsensus-Konferenzen breite Zustimmung fanden, müssen die Abstimmungen zu Bupropion und Vareniclin wiederholt werden. Zuvor wird zusätzliches wissenschaftliches Material zum Nebenwirkungsprofil der Substanzen gesichtet.

Im weiteren Kongressverlauf stellte Anil Batra eine methodisch sehr anspruchsvolle Studie zur Wirksamkeit von Hypnotherapie (HT) versus Verhaltenstherapie (VT) vor: Neben standardisierter Behandlung, angeglichenen Therapiebedingungen hinsichtlich Format und Dauer, einer randomisierten Zuweisung sollte auch eine ausreichend lange Nachbefragung mit biochemischer Validierung der Abstinenzaussagen zu einer objektiven und aktualisierten Bewertung hypnotherapeutischer Tabakentwöhnung beitragen. Hinsichtlich

der Quote regulärer Behandlungsabschlüsse unterscheiden sich die beiden Therapiebedingungen nicht voneinander (VT: 65,0 % HT: 57,7 %), obwohl 70,3 % der Teilnehmer die Hypnotherapie als Behandlungsmethode präferierten. Bei Abschluss der Behandlung waren insgesamt 37 % der Studienteilnehmer abstinent (VT: 39,7 %, HT: 34,4 %); nach 12 Monaten lag die kontinuierliche Abstinenz bei 15,3 %. Die beiden Therapiebedingungen unterschieden sich hinsichtlich der langfristigen Tabakabstinenz nicht (VT: 15,6 %, HT: 15,0 %).

Für den Abend des 2.Kongresstages war das Symposium „Moderne Technologien & ökonomische und politische Aspekte in der Therapie der Tabakabhängigkeit“ angesetzt. Die zunehmende Verwendung der E-Zigarette ist mittlerweile ein breit diskutiertes Thema. Zunächst wurde von Tobias Rütger anhand eines Literaturüberblicks unter Einbeziehung eigener Daten der aktuelle Stand von Verbreitung, Sicherheit sowie Anwendungsmöglichkeiten der E-Zigarette als Entwöhnungshilfe kritisch diskutiert (s. dazu auch die unten vorgestellte Studie von Bullen et al.). Ein weiterer Beitrag widmete sich den neuen niedrigschwelligen Interventionspfaden durch Mobiltelefone und andere internetfähige Mobilgeräte. Solche Interventionen können Nutzer dieser Angebote wirksam unterstützen, wie die aktuelle Cochrane-Metaanalyse zeigt. Aus fünf Studien mit 9100 Teilnehmenden aller Altersstufen wurde 6 Monate nach Behandlungsende eine relative Wirksamkeit RR von 1,71 errechnet. Drei dieser Studien bezogen sich auf reine Text-Messaging-Intervention, die je nach Kontext und Zielpopulation adaptiert worden waren. In einer Studie wurden eine Text-Messaging-Intervention und ein Internet-Ausstiegcoach separat und in Kombination untersucht; die fünfte Studie bezog sich auf über Mobiltelefone übermittelte Videobotschaften. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Reviews lagen noch keine publizierten Studien zu Smartphone-Applikationen vor; allerdings finden sich im Verzeichnis klinischer Studien (clinicaltrials.gov) derzeit mehrere laufende und geplante Studien zu „Apps“. Der dritte Beitrag in diesem Symposium von Martina Pötschke-Langer beschäftigte sich mit einem Entwurf der EU-Kommission für die geplante Revision der europäischen Tabakprodukt-Richtlinie, die vielversprechende Änderungen enthält, welche auch Raucherinnen und Raucher zu Gute kommen: So dienen die geplanten bildlichen Warnhinweise mit dem Hinweis auf Rauchertelefone der Motivation zum Rauchstopp. Das Verbot von Zusatzstoffen vermindert die Attraktivität von Tabakprodukten. Und schließlich verhilft der Vorschlag, nikotinhaltige Produkte wie etwa E-Zigaretten unter die Regulation von Medizinprodukten zu stellen, der Entwicklung von Qualitätsstandards. Im vierten Beitrag von Stefan Mühlig schließlich wurden die Schätzungen aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder zu den direkten, indirekten und intangiblen Kosten des Tabakrauchens in Deutschland dargestellt und die aktuelle internationale Befundlage zur Kosteneffektivität der Tabakentwöhnungstherapie analysiert sowie Schlussfolgerungen für die künftige Versorgungspraxis abgeleitet.

Zwei weitere Beiträge sollen noch kurz erwähnt werden: Christian Meyer aus Greifswald konnte zeigen, dass die Bereitschaft zur Inanspruchnahme einer Kurzintervention mit 78 % sowohl in Haus- als auch in Zahnarztpraxen außerordentlich hoch ist, auch wenn die Befragten mehrheitlich nicht zu einem Rauchstopp innerhalb der nächsten sechs Monate bereit waren.

Kathrin Schuck von der Radboud University Nijmegen, Niederlande, evaluierte die Effektivität eines neuen Ansatzes zur Rauchentwöhnung rauchender Eltern („Promotion der Rauchentwöhnung durch Grundschulen und proaktives telefonisches Coaching rauchender Eltern“) im Vergleich zu postalisch versandten Selbsthilfe-Materialien. Zentrales Ergebnis war, dass die Abstinenzwahrscheinlichkeit telefonisch beratener Eltern im Vergleich zu Eltern, die Selbsthilfe-Material erhalten hatten, nach drei und zwölf Monaten (34,0 % vs. 18,0 %, $p < .001$) signifikant höher war. Zudem war die Wahrscheinlichkeit höher, dass die telefonische Coaching-Gruppe ein komplettes Rauchverbot im Haus einrichtete ($p < .01$).

Neue Publikationen

a) **Bullen C, Howe C, Laugesen M, McRobbie H, Parag V, Williman J & Walker N (2013) Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. Lancet, doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61842-5**

Hintergrund: Die Diskussion, ob elektronische Zigaretten eine Hilfe bei Tabakentwöhnungsmaßnahmen sein können, ist in vollem Gange. Für die nächsten Monate sind auch seitens der Tabakindustrie mehrere Markteinführungen unterschiedlicher E-Zigarettenprodukte geplant. Hinsichtlich des Einsatzes elektronischer Zigaretten zur Tabakentwöhnung gibt es bislang kaum randomisierte Studien. Jetzt wurden hochrangig in „The Lancet“ (der zweitwichtigsten Zeitschrift in der Kategorie allgemeine und innere Medizin weltweit) erstmals Ergebnisse eines dreiarmligen Studiendesigns (nikotinhaltige E-Zigarette versus nikotinfreie E-Zigarette versus Nikotinpflaster) mit einer 6-Monats-Katamnese vorgestellt.

Methode: Die Studie wurde in Auckland, Neuseeland durchgeführt. Aufhörwillige Raucherinnen und Raucher wurden telefonisch rekrutiert, randomisiert und den einzelnen Studienarmen „Nikotin-E-Zigarette“ (16mg pro Kartusche), „Nikotinpflaster“ (21mg) und „Placebo-E-Zigarette“ in einer 4:4:1 Ratio zugeteilt. Einschlusskriterien stellten Volljährigkeit, der erklärte Aufhörwille sowie Rauchen von >10 Zigaretten/Tag im letzten Jahr dar. Ausgeschlossen wurden Probanden mit schwereren somatischen sowie Suchterkrankungen. Probanden, die zu den E-Zigarettenprodukten randomisiert wurden, erhielten die entsprechenden Produkte per Kurier nach Hause geschickt. Die Gruppe der Pflasteranwender erhielt Gutscheine zum Bezug der Nikotinpflaster in der Apotheke gegen eine geringe Gebühr. Sowohl die E-Zigarette als auch die Pflaster sollten jeweils eine Woche vor und 12 Wochen nach einem selbst festgelegten Rauchstoptag verwendet werden. Bezüglich einer Beratung wurden alle Studienteilnehmer an die örtliche Quitline verwiesen. Als primärer Endpunkt wurden die vom Probanden berichtete kontinuierliche und CO-validierte Abstinenz über einen 6 Monats-Zeitraum nach Rauchstoptag festgelegt (Intention-to-treat-Analyse). Sekundäre Endpunkte waren die nach 1, 3 und 6 Monaten telefonisch erfragte kontinuierliche Abstinenz, die jeweilige 7 Tages-Punkt-Abstinenz sowie weitere in Entwöhnungsstudien erhobene Parameter.

Ergebnisse: 657 Probanden wurden randomisiert den Gruppen Nikotin-E-Zigarette (N=289), Nikotin-Pflaster (N=295) sowie Placebo-E-Zigarette (N=89) zugeteilt. Die mittels CO-Messung

verifizierte kontinuierliche 6-Monats-Abstinenz betrug für die Gruppe „Nikotin-E-Zigarette“ 7,3% (21/289), für die Gruppe „Nikotin-Pflaster“ 5,8% (17/295) und für die Gruppe „Placebo-E-Zigarette“ 4,1% (3/73). Bei einem Risk Ratio (RR) von 1,26 (KI: 0,68–2,34) für den Vergleich von Nikotin-E-Zigaretten und Pflastern ($p=0,46$) sowie einem RR von 1,00 (KI: 0,54–5,77) für den Vergleich von Nikotin-E-Zigaretten mit Placebo-E-Zigaretten ($p=0,44$) waren die gefundenen Unterschiede im primären Endpunkt nicht signifikant. Die Abstinenzraten fielen insgesamt deutlich niedriger als erwartet aus. Es fanden sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich unerwünschter Nebenwirkungen bzw. schwerwiegender Nebenwirkungen und auch keine Häufung bestimmter Nebenwirkungen bei einem der untersuchten Produkte. Die Stichprobe sei „unterpowert“, um einen signifikanten Vorteil der Nikotin-E-Zigarette gegenüber Nikotinpflaster oder Placebo-E-Zigarette zeigen zu können. Einzig nach einem Monat zeigte sich – nicht CO-validiert – ein signifikanter Effekt der Nikotin-E-Zigarette gegenüber Nikotinpflaster.

Die meisten Probanden wurden innerhalb von 50 Tagen rückfällig. Bei den rückfälligen Probanden war der Median an Tagen bis zum Rückfall in der Nikotin-E-Zigaretten-Gruppe mit 35 Tagen (KI: 15–56) nahezu doppelt so lange, wie bei der Gruppe der Pflasterverwender (14 Tage, KI: 8–18, $p<0,001$) oder bei der Placebo-E-Zigaretten-Gruppe (12 Tage, KI: 5–34, $p=0,09$). In der Nikotin-E-Zigaretten-Gruppe reduzierten 57% der Probanden ihren Zigarettenkonsum nach 6 Monaten um mindestens die Hälfte (signifikant mehr als in der Pflastergruppe mit 41%, $p=0,002$) jedoch nicht signifikant zur Placebo-E-Zigaretten-Gruppe (45%, $p=0,08$). Es zeigte sich zu jedem Untersuchungszeitpunkt eine signifikant höhere angegebene Therapietreue bei Nikotin-E-Zigarettenverwendern im Vergleich zu den anderen Gruppen. 38% (8/21) der nach 6 Monaten tabakabstinenten Probanden aus der Nikotin-E-Zigaretten-Gruppe gaben an, die E-Zigarette noch weiter zu verwenden. Von den weiter konventionell rauchenden Probanden dieser Gruppe gaben 29% (63/220) an, die E-Zigarette weiter zu verwenden. Probanden der Pflaster-Gruppe wiesen insgesamt höhere Abbruchraten auf.

Diskussion: Die Studie berichtet erhöhte Abstinenzraten nach einer 13-wöchigen Verwendung von nikotinhaltigen E-Zigaretten im Vergleich zu Nikotinpflastern oder Placebo-E-Zigaretten; die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. E-Zigarettenverwender reduzierten signifikant die täglich gerauchte Zigarettenzahl im Vergleich zu Pflasterverwendern. Unterschiede im Nebenwirkungsprofil fanden sich zwischen den Gruppen nicht. Die Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass nikotinhaltige E-Zigaretten in ihrem Effekt zur Tabakentwöhnung zur Erreichung einer 6-Monats-Abstinenz zumindest mit Nikotinpflastern vergleichbar sind. In ähnlichen Studien zu Nikotinersatzpräparaten ohne zusätzliche Beratung oder Unterstützung fanden sich vergleichbare Abstinenzraten. Seitens der Autoren werden u.a. folgende Punkte zur Diskussion gestellt: Für die Studie sprächen eine konservative Datenanalyse sowie eine strenge Durchführung nach Protokoll. Zumindest für die Anwendung der E-Zigaretten sei ein naturalistisches Design verwendet worden, da sie ja aktuell nicht im Rahmen einer Beratung zum Rauchstopp oder einer strukturierten Tabakentwöhnung angewendet werden. Die vom untersuchten E-Zigaretten-Produkt abgegebene Nikotinmenge sei sehr niedrig gewesen, nämlich nur 20% der von einem durchschnittlich von einem

Raucher aufgenommenen täglichen Nikotinmenge. Neuere E-Zigarettenmodelle geben deutlich mehr Nikotin ab. Darüber hinaus muss angemerkt werden, dass die Probanden bis auf die 6-Monatskatamnese ausschließlich in telefonischem oder postalischem Kontakt mit dem Studienzentrum standen und so die Adhärenz bzw. die korrekte Anwendung der untersuchten Produkte nicht überwacht werden konnte.

Kommentar von Tobias Rüter, Tabakambulanz des Universitätsklinikums München:

Es handelt sich bei der Studie von Bullen et al. um die erste größere randomisierte kontrollierte Studie zur E-Zigarette als Entwöhnungshilfe ohne einschlägige Interessenkonflikte, publiziert in einem bedeutenden medizinischen Journal. Leider ist die Studie unterpowert gewesen: Die niedrigen Aufhörtaten – bei minimalem Kontakt und der Übersendung der Studienmedikation per Kurier bzw. per Post – waren zu erwarten, die Überraschung der Autoren darüber ist unverständlich. Weitere Schwächen der Studie sind der fehlende Placebo-Pflaster-Arm, geringe Kontrolle der Adhärenz sowie eine unterschiedliche Verfügbarkeit der untersuchten Entwöhnungshilfen, (E-Zigarette per Kurier, Gutscheine für Nikotinpflaster gegen Gebühr). Auch wurden keine Laboruntersuchungen oder Lungenfunktionstests durchgeführt. Insofern bleibt die E-Zigarette den Nachweis ihrer Unbedenklichkeit bzw. deutlichen Risikoverminderung im Vergleich zum Tabakrauchen weiter schuldig.

Frühere Studien an kleineren Kollektiven gaben bereits Hinweise auf das Potential der E-Zigarette als Entwöhnungshilfe, vor allem wegen einer guten Wirkung auf Suchtdruck (craving) auch bei nikotinfreien Produkten. Sollte sich in Folgestudien zeigen, dass die E-Zigarette mit konventionellen Therapien wie NET vergleichbar ist, hätten wir ein weiteres Mittel zur Behandlung der Tabakabhängigkeit an der Hand z.B. für spezielle Patientengruppen mit hoher psychischer Abhängigkeit, psychiatrische Patienten o.ä. Die hochrangige Publikation – trotz einiger methodischer Schwächen – und das große Interesse, das durch das Erscheinen hervorgerufen wurde zeigt, wie wichtig es ist, die Sicherheit und den Nutzen dieser neuen Produkte in gut geplanten größeren Studien weiter zu untersuchen.

b) Tonstad S, Heggen E, Giljam H, Lagerbäck PA, Tønnesen P, Wikingsson LD, Lindblom N, de Villiers S, Svensson TH & Fagerström KO (2013) Niccine®, a Nicotine Vaccine, for Relapse Prevention: A Phase II, Randomized, Placebo-Controlled, Multicenter Clinical Trial. *Nicotine & Tobacco Research* 15: 1492–1501

Hintergrund: Eine Nikotinvakzinierung könnte präventiv vor einem Rückfall schützen, indem sie verhindert, dass das beim Rauchen aufgenommene Nikotin die Blut-Hirn-Schranke überwindet und in das Gehirn gelangt. Niccine® ist ein partieller Nikotin-Antigen Tetanus-Toxoid-Konjugat-Impfstoff. Hier wurde die Wirksamkeit dieses Impfstoffs bezüglich Rückfallprophylaxe untersucht.

Methode: 355 Raucherinnen und Raucher im Alter zwischen 25 und 50 Jahren wurden einer insgesamt sehr intensiven Behandlung mit

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

16 Visitationen und ebenso vielen Telefonterminen über die Dauer von 12 Monaten unterzogen: Nach Screening und Randomisierung bestand der erste Teil in vier Injektionen (Nicotine 40 µg oder Aluminiumhydroxid als Placebo an Tag 0, 28, 56 und 90) plus Beratung sowie einer open-label Behandlung mit Vareniclin. An Tag 70 sollte der Rauchstopp erfolgen. Lediglich Teilnehmer, die zwischen Tag 90 und 98 abstinent waren, konnten am zweiten Teil der Studie teilnehmen, in dem weitere Beratung plus zwei Auffrisch-Injektionen (Nicotine 40 µg oder Placebo an Tag 150 und 210) angeboten wurden. Als rückfällig gewertet wurden Teilnehmer, die >5 Zigaretten innerhalb von 7 Tagen oder bei mehr als 5 Gelegenheiten seit dem letzten Kontakt geraucht hatten.

Ergebnisse: Nach einem Jahr betragen die Quoten der Teilnehmer ohne Rückfall 43,3 % in der Nicotine-Gruppe versus 51,1% in der Kontrollgruppe (Differenz = -7,9%; 95 % KI: -20,6 % bis 4,9 %). Weder für den Rauchstatus nach 6 und 9 Monaten noch für CO-Werte (cut off bei 4ppm), Dauer bis zum Rückfall, Schwere der Entzugsbeschwerden noch die positiven Verstärkerwirkung beim Rauchen konnte irgendein Vorteil der Nicotine-Vakzinierung gefunden werden. Es gab in der Verum-Gruppe lediglich einen Behandlungsabbruch infolge Nebenwirkungen, wenngleich in beiden Gruppen etwa 90 % der Teilnehmer über unerwünschte Nebenwirkungen berichteten (meist gastrointestinale oder Erkältungs- bzw. Grippe-symptome). Kompensatorisches Rauchen wurde nur bei einem Teilnehmer der Nicotine-Gruppe gemeldet. Der Level von Nikotin-Antikörpern stieg in der Nicotine-Gruppe von 0,03 µg/ml zu Beginn auf 1,34 µg/ml nach 180 Tagen deutlich an, stand aber in keinem Zusammenhang mit dem Rückfall.

Diskussion: Die Nikotinvakzinierung war gut verträglich, zeige jedoch keine rückfallprophylaktische Wirksamkeit, wofür es keine einfache Erklärung gibt. Möglicherweise wurden zu wenig Antikörper produziert. Die Hersteller von Nicotine® werden infolge dieser mangelnden Wirksamkeit nicht an einer Weiterentwicklung arbeiten.

c) West R, May S, West M, Croghan E & McEwen A (2013) Performance of English stop smoking services in first 10 years: analysis of service monitoring data. *BMJ*, doi: 10.1136/bmj.f4921

Hintergrund: In der legendären englischen Publikation „Smoking kills“ aus dem Jahre 1998 wurde die Einrichtung eines landesweiten Netzes von Tabakentwöhnungsdiensten als eine Maßnahme zur Verhinderung tabakassoziierter Morbidität und Frühsterblichkeit empfohlen. Dieses Versorgungsnetz sollte sicherstellen, dass jeder Rauchende, der Unterstützung für den Rauchstopp wünscht, Zugang zu evidenzbasierten behavioralen und pharmakologischen Angeboten erhält. Die Autoren ziehen eine Bilanz der in den letzten 10 Jahren erbrachten Leistungen. Dabei wurde insbesondere darauf geachtet, wie sich Inanspruchnahme, Ausstiegsraten und Impact im Laufe der Zeit verändert haben und inwieweit auch Zielgruppen wie sozial schwache Raucher erreicht wurden.

Methode: Jeder einzelne Dienst innerhalb des Netzes ist verpflichtet, dem Department of Health fortlaufend Quartalszahlen zu vereinbarten Ausstiegsterminen, Abstinenzraten nach vier Wochen, Merkmale der Teilnehmer und Art der geleisteten Unterstützung zu übermitteln. Als zentrales Erfolgsmaß fungiert die CO-validierte (<10ppm) Abstinenz nach 4 Wochen. Teilnehmer, die nicht an der 4-Wochen-Messung teilnehmen, werden als Raucher gewertet. Um eine möglichst akkurate Einschätzung des Effekts der angebotenen verhaltensbezogenen Unterstützung leisten zu können, wurde der Anteil derjenigen erfolgreichen Aussteiger ermittelt, die im Vergleich zu einer reinen Verschreibung pharmakologischer Ausstiegshilfe (und ohne weitere Unterstützung) zusätzlich erzielt wurden. Diese zusätzlichen Aussteiger wurden als „Impact“ der Tabakentwöhnungs-Dienste definiert. Der Effekt einer reinen Verschreibung pharmakologischer Ausstiegshilfen für ausstiegswillige Raucher wurde auf Basis von Cochrane-Metaanalysen auf 25 % Abstinenzquote nach vier Wochen geschätzt.

Ergebnisse: Daten von 151 einzelnen Tabakentwöhnungsdiensten wurden ausgewertet. Der jährliche Gesamtdurchsatz aller Dienste stieg von 227335 vereinbarten Ausstiegsterminen in 2001/02 auf 787527 in 2010/11, während sich die Ausstiegsrate leicht von 35 % auf 34 % reduzierte. Daraus resultierend stieg die absolute Zahl der 4-Wochen-Abstinenten von jährlich 79767 auf 269293. Der Impact (Anzahl erfolgreicher Aussteiger, die im Vergleich zu einer rein pharmakologischer Ausstiegshilfe zusätzlich aufgehört hatten) der Dienste erhöhte sich im Laufe der 10 Jahre von 22933 auf 72411 pro Jahr. In derselben Zeitspanne hat sich auch der Anteil behandelter Männer von 43 % auf 48 % erhöht; der Anteil sozial Schwacher, die von der Rezeptgebühr befreit waren, stieg von 44 % in 2008/2009 auf 54 % in 2010/2011. Die mit Abstand am häufigsten verwendete medikamentöse Hilfe waren die Nikotinersatzpräparate (je nach Erhebungszeitraum zwischen 63 % und 83 %). Bupropion spielte anfänglich auch eine gewisse Rolle (19 % in 2001/2002), wurde aber nach der Einführung von Vareniclin abgelöst (2010/11: 26 %). Lediglich 5 % der betreuten Raucher verwenden keine medikamentöse Therapie. Die Form der behavioralen Unterstützung bestand in den meisten Fällen in Einzelberatung (etwa 80 %). Zwischen den einzelnen Diensten gab es große Unterschiede; manche Dienste konnten keinen positiven Impact nachweisen.

Diskussion: In den 10 Jahren seit ihrer Einführung hat sich die Zahl der erreichten Raucher und der Impact der Maßnahme etwa verdreifacht, so dass die Dienste in 2010/11 – bei Kosten in Höhe von insgesamt 97 Mill. Euro oder € 350/4-Wochen-Abstinenten – etwa 8 % aller Raucher erreichen konnten, darunter ein großer Anteil aus sozial benachteiligten Schichten. Damit konnte innerhalb eines Jahres etwa 20000 Personen zusätzlich zu langfristiger Abstinenz verholfen werden. Die englischen „Stop smoking Services“ stellen ein weltweit einzigartiges Versorgungsnetz für ausstiegswillige Raucher dar.