



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

Nr. 55
April
2014

Editorial

Ein Rauchstopp gilt als wichtigste einzelne Maßnahme zur Verbesserung der gesundheitlichen Gesamtsituation und zur Abwendung von tabakbedingter Morbidität und Frühsterblichkeit. Ein Engagement in der Tabakentwöhnung dient also zweifelsfrei dem Wohle des Patienten. Nicht völlig außer Acht gelassen werden sollte aber, dass eine Tabakentwöhnung auch unerwünschte Effekte haben kann. Kurzfristig sind hier die entzugsbedingten Umstellungsprobleme zu nennen. Mittel- und langfristig kann eine Gewichtszunahme größeren Ausmaßes sowohl das Wohlbefinden eines Betroffenen beeinträchtigen als auch den gesundheitlichen Benefit schmälern. Immer wieder diskutiert wird darüber hinaus, inwieweit die psychische Gesundheit insbesondere bei vorbelasteten Rauchern unter einem Rauchstopp leiden könnte. Englische Wissenschaftler haben im Februar 2014 eine vielbeachtete Metaanalyse vorgelegt, in der Ergebnisse aus 26 Publikationen herangezogen wurden zur Beantwortung der Frage, welchen Einfluss eine Tabakentwöhnung auf die psychische Befindlichkeit hat (1). Angenommen wurde insgesamt ein positiver Effekt des Rauchstopps auf die psychische Gesundheit, da die negativen Affekte wegfallen, die durch den andauernden Nikotinentzug zwischen den einzelnen Zigaretten hervorgerufen werden. Psychische Gesundheit wurde mittels Selbsteinschätzung oder bewährter psychometrischer Verfahren zu Beginn und zwischen sieben Wochen und neun Jahren später erhoben. Angststörungen, Depression, Stress und Angststörungen mit Depression gingen – im Unterschied zu weiter rauchenden Studienteilnehmern – bei denjenigen signifikant zurück, die erfolgreich aufgehört hatten. Die Effektstärken bewegten sich zwischen einem Viertel und der Hälfte einer Standardabweichung und somit im Bereich der Wirksamkeit von Antidepressiva. Im Gegenzug verbesserten sich die Lebensqualität und die positiven Affekte. In vier der inkludierten Studien wurden Raucher mit akuten psychischen Störungen untersucht, und es gab keine Hinweise, dass die Effekte bei diesen Studienteilnehmern geringer ausfielen. Die Publikation hat ein großes Medienecho hervorgerufen, und auch die Diskussion in Fachkreisen wurde lebhaft geführt. So erfreulich es ist, dass von einem Rauchstopp positive Veränderungen der psychischen Befindlichkeit zu erwarten sind, kann auf Grundlage der publizierten Ergebnisse kein kausaler Zusammenhang im Sinne von „Rauchstopp führt zu besserer psychischer Gesundheit“ hergeleitet werden, da die Daten aus Beobachtungsstudien gewonnen wurden. Die Autoren diskutieren drei mögliche Mechanismen für die ermittelten Zusammenhänge:

1. Rauchstopp verbessert die Befindlichkeit, möglicherweise durch neuropsychiatrische Regeneration durch den Wegfall des ständig wechselnden Nikotinlevels

1 Taylor G, McNeill A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N & Aveyard P (2014) Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 348: g1151, doi: 10.1136/bmj.g1151

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
News	2
Neue Publikationen	5

2. bessere Befindlichkeit fördert den Rauchstopp; so gibt es Hinweise, dass Raucher ohne Depression in der Anamnese bessere Erfolgsaussichten haben. Allerdings wurde in mehr als 50 % der Studien die Befindlichkeit initial ermittelt, und der Rauchstoppversuch erfolgte direkt im Anschluss, so dass kaum von einer verbesserten Befindlichkeit ausgegangen werden kann
3. andere Einflussfaktoren (wie körperliches Training, soziale Unterstützung oder medikamentöse Therapien)

Solche Faktoren könnten auch positive Lebensereignisse sein, die nach dem Rauchstopp eintreten. Unklar bleibt jedoch, welche Lebensereignisse die Befindlichkeit über den gesamten Erhebungszeitraum von sieben Wochen bis neun Jahre verbessern könnten. Wenn es an körperlichem Training liegen würde, müssten erfolgreiche Aussteiger damit begonnen haben, weiterrauchende Studienteilnehmer aber nicht.

Um die Frage der Kausalität zu beantworten, bedarf es in jedem Falle weiterer Forschung. Was auch immer dabei herauskommen mag, wird an den Implikationen für Behandler und Patienten wenig ändern: Raucher, die nicht aufhören oder deren Ausstiegsversuch nicht von Erfolg gekrönt ist, berichten bei den Nachbefragungen dieselbe Befindlichkeit wie bei der Erstbefragung, während sich die Befindlichkeit der erfolgreichen Aussteiger verbessert. Auf dieser Grundlage weist Judith Prochaska im Editorial des *BMJ* auf die großen Fortschritte hin, die in den letzten Jahren bei der Einbeziehung von Rauchern mit psychischen Störungen erzielt wurden: Wenn Raucher mit Depression, Schizophrenie oder posttraumatischen Belastungsstörungen an einer Tabakentwöhnungsmaßnahme teilnehmen, stellt dies in aller Regel kein Risiko für ihre Gesundheit dar (2).

Zu einem anderen Thema: Nach der aktuellen Cochrane-Metaanalyse scheint eine Reduktion des Zigarettenkonsums vor dem Ausstiegstermin mit ähnlichen Abstinenzchancen einherzugehen wie ein abruptes Absetzen (s. Newsletter Nr. 40 vom Mai 2010). Unklar geblieben ist, bei welchen Merkmalen Reduktion oder Schlusspunkt am besten geeignet sind. Eine ganz aktuelle Studie

2 Prochaska JJ (2014) Quitting smoking is associated with long term improvements in mood – Reassuring new evidence for all smokers who would rather stop, including those with poor mental health. *BMJ* 348: g1562, doi: 10.1136/bmj.g1562

bei Behandlungssuchenden Rauchern in Frankreich (3) könnte mehr Licht ins Dunkel bringen: Von über 28 000 erfassten Rauchern haben lediglich 4,4 % mit gradueller Reduktion aufgehört, während jeder zweite abrupt abgesetzt hat. Beide Methoden waren bei der 1-Monats-Katamnese etwa gleichermaßen erfolgreich. Eine Reduktion wurde von älteren Rauchern mit höherem Konsum, ohne vorherige Ausstiegsversuche, geringerer Selbstwirksamkeit und stärkerer depressiver Symptomatik präferiert. Die Erfolgsaussichten waren dabei größer, wenn orale Nikotinersatzpräparate (und nicht eine Kombination von Präparaten) verschrieben und intensive Nachbetreuung in Anspruch genommen wurde.

In der ersten Ausgabe 2014 unseres Newsletters beschäftigen wir uns mit der neuen Tabakproduktrichtlinie und berichten ausführlicher von der SRNT-Konferenz in Seattle sowie der WAT-Tagung. Vorgestellt wird schließlich eine aktuelle Metaanalyse der Cochrane-Arbeitsgruppe, die der Frage nachgegangen ist, von welchen Interventionen Raucher im Setting Arbeitsstätte/Betrieb profitieren – und von welchen eher nicht.

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

- **Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das IFT Gesundheitsförderung München**
Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termine verkürzte Schulung: Lübeck, 21.6.2014–22.6.2014; Infos unter www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/36 08 04-91, Fax: 089/36 08 04-98
- **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: 18.7.2014–19.7.2014; Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen; Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen; Tel.: 07071/298 23 13, Fax: 07071/295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

- **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: 27.6.2014–28.6.2014; Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München; weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089/689995 11
- **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.: 030/400456412 oder cme@baek.de
- **Programmschulung „Für immer rauchfrei!“ – Raucherentwöhnung in der Praxis in Kiel (zur Kieler Woche 2014)**
Termin: 21.6.2014, 9⁰⁰–17⁰⁰; Ort: CAU – Institut für Sportwissenschaften, Olshausenstr. 74, 24098 Kiel, Seminarraum 225; von der LÄK Schleswig-Holstein mit 9 CME-Punkten anerkannte Fortbildung; weitere Informationen unter www.dgntf.de

Kongresse/Tagungen

National:

- **8. Fachtagung des Zentrums Patientenschulung Würzburg**
Termin: 15.5.2014–16.5.2014; Themen: Motivierung zur Lebensstiländerung und Tabakentwöhnung; Infos und Anmeldung unter 0931/31-82071 oder kontakt@zentrum-patientenschulung.de
- **Fachtagung der IFT – Gesundheitsförderung München**
Thema: Tabakentwöhnung – Aktuelle Entwicklungen und neue wissenschaftliche Erkenntnisse; Ort: Montsalvatstr. 14, 80804 München; Termin: 23.5.2014–24.5.2014; Programm unter www.rauchfrei-programm.de; Anmeldung per Fax 089/36 08 04 98 oder per E-Mail an braun@ift.de

International:

- **15. Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) Europe in Santiago de Compostela, Spanien**
Termin: 18.9.2014–20.9.2014; Programmübersicht und Anmeldung unter <http://2014srnt.sergas.es>; vergünstigte Teilnahmegebühren bis 1.5.2014

News

Neue Tabakproduktrichtlinie im EU-Parlament verabschiedet

Das Europäische Parlament hat am 26.2.2014 nach jahrelangen Beratungen und Verhandlungen eine neue Tabakproduktrichtlinie verabschiedet. Der Text wird nach der Verabschiedung durch den Ministerrat dann voraussichtlich im Mai 2014 in Kraft treten. Die Mitgliedsstaaten haben danach zwei Jahre Zeit, diese in nationales Recht umzusetzen, so dass die neuen Regelungen in Deutschland ab Mitte 2016 gelten werden.

3 Baha M & Le Faou AL (in Press) Gradual versus abrupt quitting among French treatment-seeking smokers. *Prev Med*, Accepted Manuscript, doi: 10.1016/j.ypmed.2014.03.014

Das Aktionsbündnis Nichtraucher e.V. (ABNR) begrüßt die Änderung der Tabakproduktrichtlinie. Damit ist ein sehr schwieriger Prozess abgeschlossen worden, der durch kontroverse Diskussionen und massives Lobbying der Tabakindustrie (und zuletzt auch der E-Zigaretten-Branche) begleitet war.

Die Neuregelungen zu Tabakprodukten waren längst überfällig und können entscheidend dazu beitragen, Kinder und Jugendliche besser vor einem Raucheinstieg zu schützen, indem das Rauchen unattraktiver gemacht wird.

Aus Sicht des ABNR stellen einige Neuregelungen eine deutliche Verbesserung dar:

- Kombinierte Bild- und Text-Warnhinweise sollen 65 % der Fläche von Vorder- und Rückseite der Verpackung bedecken; textliche Warnhinweise sind zudem auf 50 % der Seitenflächen vorgesehen.
- Zukünftig sind schlanke „Lippenstift-Packungen“ verboten, die vor allem auf junge Frauen abzielen.
- Zusatzstoffe dürfen künftig nicht mehr in Mengen verwendet werden, die Zigaretten und Feinschnitt ein charakteristisches Aroma verleihen, da sie besonders gesundheitsschädlich sind und das Produkt attraktiver machen bzw. das Rauchen erleichtern sollen. Dabei sollen unterschiedliche Übergangsfristen gelten. Der Zusatzstoff Menthol ist ab dem Jahr 2020 verboten.
- Neben Tabakprodukten werden künftig auch elektronische Zigaretten im Rahmen der Tabakproduktrichtlinie reguliert. Allerdings fallen E-Zigaretten, die kein Nikotin enthalten, nicht unter die Tabakproduktrichtlinie. Die Mitgliedsstaaten können nikotinhaltige E-Zigaretten entweder als Tabakerzeugnisse einstufen (sofern der Nikotingehalt 20 mg/ml nicht übersteigt) oder als Arzneimittel (wenn der Nikotingehalt über 20 mg/ml liegt und sie als Entwöhnungshilfen beworben werden). Da Nikotin eine suchterzeugende und toxische Substanz ist, legt die Richtlinie zum Schutz der Konsumenten darüber hinaus Vorschriften für Qualitäts- und Sicherheitsstandards fest. So werden E-Zigaretten künftig unter anderem kindersicherer sein, mit Warnhinweisen versehen werden und den gleichen Werbebeschränkungen wie Tabakprodukte unterliegen.
- Um Tabaksmuggel wirksam zu bekämpfen, beinhaltet die neue Richtlinie ein EU-weites System zur Verfolgung der Handelswege von Tabakprodukten durch sichtbare und unsichtbare Sicherheitsmerkmale auf Zigarettenpackungen.
- Die neue Tabakproduktrichtlinie räumt den Mitgliedsstaaten die Möglichkeit ein, weitergehende Regulierungen vorzunehmen, wie beispielsweise die Einführung standardisierter, neutraler Verpackungen („Plain Packaging“).

Weitere Regelungen sind nach Auffassung des ABNR jedoch kritikwürdig:

- Slim-Zigaretten, die wie „Lipstick-Packungen“ vor allem junge Frauen ansprechen sollen, bleiben weiterhin zulässig.
- Das Verbot charakteristischer Aromastoffe gilt nicht für Zigarren, Zigarillos, Wasserpfeifentabak und rauchfreie Produkte. Die Richtlinie sieht allerdings vor, diese einzubeziehen, falls sich der Konsum dieser Produkte deutlich erhöht oder diese in Zukunft in erheblich stärkerem Maße von Jugendlichen konsumiert werden.
- E-Zigaretten bleiben frei verkäuflich. Neueste Studienergebnisse weisen darauf hin, dass E-Zigaretten durch die Nachahmung des Rauchens als Einstiegsdroge dienen können. Problematisch ist zudem, dass nachfüllbare Kartuschen zulässig bleiben. Nicht geregelt werden außerdem Aromastoffe in E-Zigaretten. Hier sind die Mitgliedsstaaten gefordert, schnell zu handeln, da derzeit eine breite

Palette an Aromastoffen in E-Zigaretten-Liquids eingesetzt wird. Auch diese zielen insbesondere auf junge Menschen ab.

- Da E-Zigaretten, die kein Nikotin enthalten, von der Tabakrichtlinie nicht erfasst werden, fallen auch nikotinfreie E-Shishas, die ebenfalls mit einer Vielzahl von Aromen auf den Markt gebracht werden und derzeit in alarmierendem Maße an Beliebtheit bei Kindern und Jugendlichen gewinnen, nicht unter die Richtlinie.
- Ein Verbot des grenzüberschreitenden Handels ist nicht vorgesehen, die Mitgliedsstaaten haben aber auch hier die Möglichkeit, ein Verbot einzuführen.

Der Vorsitzende des ABNR, Dr. Uwe Prümel-Philippson: „Das ABNR zieht daher eine gemischte Bilanz: Die neue Richtlinie enthält zweifelsfrei wichtige und entscheidende Neuerungen, die dazu beitragen können, den Tabakkonsum in Europa zu verringern und insbesondere junge Menschen davon abzuhalten, in eine lebenslange Raucherkarriere einzusteigen. An einigen Stellen hatte das ABNR allerdings für striktere Regelungen plädiert, z.B. für eine umfassende Regulierung aller Tabakprodukte und die Regulierung der E-Zigarette als Arzneimittel. Das ABNR wird sich nun dafür einsetzen, dass die Bundesregierung die neue Richtlinie zügig umsetzt und die Spielräume für weitergehende Regelungen nutzt.“

Konferenzrückblick: SRNT in Seattle

Das 20. Internationale Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) ging am 8. Februar 2014 in Seattle zu Ende. Die Programmplaner hatten ein ausgesprochen glückliches Händchen bei der Auswahl des Tagungsortes und Zeitpunktes: Die Stadt stand wenige Tage nach dem Superbowl-Finale, bei dem die heimischen „Seahawks“ den Titel errungen hatten, noch ganz im Zeichen dieses weltweit größten Einzelsportereignisses. Die Siegesparade während der Konferenz soll 700 000 Zuschauer angelockt haben; das Verkehrschaos an diesem Tag hatte gigantische Ausmaße und führte dadurch auch zu Verspätungen bei Teilnehmern und Referenten. Das beherrschende Thema war die E-Zigarette. Die Beiträge und Diskussionen dazu waren zwar sehr kontrovers, wurden aber stets respektvoll, ausgewogen und ohne moralisch angehauchte Voreingenommenheit geführt. Es wurde zum Running Gag, dass Referenten immer darauf hinwiesen, wenn sie nicht über die E-Zigarette sprechen würden. Im Folgenden sollen einzelne Highlights aus dem sehr umfangreichen Programm vorgestellt werden.

Sechs Pre-Konferenz-Workshops wurden angeboten; aus Sicht der Tabakentwöhnung war „The Ever Changing Tobacco Treatment Environment: What Clinicians and Researchers Need to Know“ der vielversprechendste. Entwicklungen in der Tabakentwöhnung seien nicht vorsehbar, und es gelte, wachsam zu bleiben in alle Richtungen, so das Credo von Tim McAfee vom CDC. Immerhin sei es in den USA gelungen, durch Maßnahmen zur Steigerung der Ausstiegsversuche und der Ausstiegserfolge in den letzten 50 Jahren etwa 8 Millionen tabakassoziierte vorzeitige Todesfälle zu verhindern. Neal Benowitz, University of California, San Francisco, berichtete von den Herausforderungen, aber auch Chancen, die sich aus der zunehmenden Präsenz von E-Zigaretten für die Tabakentwöhnung ergeben. Unter Abwägung aller Risiken sieht Benowitz einen potentiellen Einsatz von E-Zigaretten, wenn andere Behandlungen nicht erfolgreich waren, kein paralleler Konsum von Tabakzigaretten erfolgt und es einen Stopp-Termin auch für den E-Zigaretten-Gebrauch gebe. Wenn der Nikotingehalt von Tabakzigaretten soweit reduziert werde, dass keine Belohnungseffekte mehr auftreten, könnte sie als Mittel zur Harm Reduction auch in Bezug auf die „Schlussrunde für Tabak“ eine Rolle spielen.

Eine transdisziplinäre Diskussionsrunde, moderiert von Saul Shiffman und Tom Brandon, beschäftigt sich mit der Frage, welche behavioralen Ansätze zur Tabakentwöhnung wirksam sind, welche nicht, warum es dazu so wenig Forschung gibt und ob das die Raucher überhaupt interessiert. Der erste Diskussionsbeitrag überraschte auch die Moderatoren: ein Epidemiologe wollte wissen, was behaviorale Ansätze überhaupt seien. Andere Diskussionsteilnehmer gewährten spannende Einblicke in ihre Projekte, bei denen Acceptance & Commitment Therapie (ACT) und Ansätze der Positiven Psychotherapie im Vordergrund standen. ACT tauchte auch im Symposium „Mobile health for smoking cessation: Ubiquitous technologies with promising impact“ auf. Eine Arbeitsgruppe um Jonathan Bricker aus Seattle randomisierte knapp 200 Teilnehmer entweder zu einer ACT-basierten oder einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen App. Die ACT-App wurde häufiger genutzt, besser bewertet und führte zu klinisch bedeutsamen, wenn auch nicht signifikant höheren Abstinenzraten.

Shu-Hong Zhu referierte in einer Session mit dem vielsagenden Titel „Unsolved mysteries in smoking cessation“ über „When placebo patches work better than active patches: An RCT testing the Quit Attempt theory for smoking cessation“. Die wichtigste Aussage war, dass die Zusendung eines Placebo-Pflasters per Expresspost bei Anrufern einer Quitline zu einer höheren sechsmonatigen Abstinenzrate führt als die Empfehlung, sich selbst Aktivpflaster aus der Apotheke zu besorgen, weil eine zeitnahe Zusendung bei einem größeren Teil der Empfänger zu einem Ausstiegsversuch veranlasst. So hatten über 70 % der Empfänger des Placebos, aber nur 30 % der Anrufer, die an die Apotheke verwiesen wurden, tatsächlich Pflaster verwendet; die entsprechenden Abstinenzraten lagen bei 8,4 % bzw. 5,8 %. Seine Public Health-Konklusion: Nicht alles für die Planung eines möglichst perfekten Ausstiegsversuchs einsetzen, sondern sich auch um die Anregung von Ausstiegsversuchen bemühen.

Konferenzrückblick: WAT-Tagung in Frankfurt

Die 15. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. beschäftigte sich mit dem Thema „Leitlinienkonforme Tabakentwöhnung – Bewährtes und Neues?“. Nach einer Begrüßung ging es im Eröffnungsvortrag des Vorsitzenden Anil Batra um die „Leitlinienkonforme Behandlung der Tabakabhängigkeit – Bewährtes und Neues“. Berichtet wurde über den komplexen Entwicklungs- und Erstellungsprozess; beispielhaft wurden Empfehlungen, deren Empfehlungsgrad sowie „Level of Evidence“ (LoE) vorgestellt („Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in der Patientendokumentation verbessert die Interventionsraten. Tabakkonsum soll in der Patientendokumentation fortlaufend erfasst werden. Empfehlungsgrad: A; LoE: 1a). Die Leitlinien werden voraussichtlich Ende 2014 verfügbar sein; geplant sind eine Lang- und Kurzversion der Leitlinien sowie eine Version für Patienten und Angehörige und schließlich eine „Kitteltaschenversion“ für Behandelnde.

Stephan Andreas von der Lungenfachklinik Immenhausen stellte die wichtigsten Statements und Empfehlungen der jüngst publizierten Leitlinie zur Tabakentwöhnung bei COPD-Patienten vor. Rauchende COPD-Patienten sind meist stark tabakabhängig; nichtsdestotrotz hat bereits eine Besprechung einer eingeschränkten Lungenfunktion einen positiven Einfluss auf den Erfolg der Tabakentwöhnung. Eine Verbesserung der Lungenfunktion ist nicht zu erwarten, wenn der Tabakkonsum lediglich reduziert wird. Behandlungen, die sowohl medikamentöse Unterstützung als auch psychosoziale Unterstützung umfassen, haben sich auch für COPD-Patienten als effektiv

erwiesen: Eine große Metaanalyse errechnete ein Odds Ratio von 5.08 (KI 4.32–5.97). Auch aus Gründen der Kosteneffektivität ist die Tabakentwöhnung geboten; sie ist die wirksamste und kosteneffektivste Einzelmaßnahme, um das Risiko der COPD-Entstehung herabzusetzen und das Voranschreiten der Erkrankung zu stoppen.

Welche Empfehlungen die Leitlinien für die Tabakentwöhnung bei Risikogruppen (hier: Schwangere, Frauen, Jugendliche oder alte Menschen) geben, war Gegenstand des Beitrags von Stephan Mühlig, TU Chemnitz. Nach Sichtung und Bewertung von 24 Reviews und 272 kontrollierten Studien wurden Empfehlungen erarbeitet wie „Tabakentwöhnungsprogramme mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt, Motivational Interviewing und Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung sollen Jugendlichen angeboten werden“. Deutlich wurde jedoch auch ein dringender Bedarf weiterer Forschung. So mangelt es an alters- und subgruppenspezifischen Konzepten der Tabakentwöhnung, insbesondere in Bezug auf niedrigschwellige und psychotherapeutische Ansätze. Die Resultate zu speziellen Interventionen zur Tabakentwöhnung bei der besonders wichtigen Zielgruppe der schwangeren Frauen sind bislang noch unbefriedigend. Hier mangelt es an wirksamen Ansprache- und Motivierungskonzepten sowie effektiven Entwöhnungsprogrammen.

Christoph Kröger, IFT München, stellte die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung zur Nutzung von Aufhörhilfen durch Raucher und Exraucher vor. Nach dieser Befragung im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) sind Aufhörversuche ohne Hilfsmaßnahmen die am häufigsten verwendete und die am häufigsten erfolgreich angewendete Strategie (2/3 aller Versuche, 3/4 der erfolgreichen Ausstiege). Die beliebtesten Hilfsmaßnahmen sind Selbsthilfematerialien, nikotinhalige Arzneimittel und die E-Zigarette. Nutzer von Hilfsmaßnahmen sind älter, rauchen entsprechend schon länger und rauchen stärker, haben eher bereits chronische Atemwegserkrankungen und sind insgesamt körperlich und psychisch stärker belastet. Im Vergleich zum Jahr 2000 wurden 2012 häufiger Hilfsmittel genutzt und Unterstützung in Anspruch genommen. Diese Zunahme ist auch ein Indiz für die Professionalisierung der Tabakentwöhnung und zunehmende Pathologisierung des Rauchens. Peter Lindinger, stv. Vorsitzender des WAT e.V., ging in seinem Beitrag der Frage nach „Was leisten SMS, Apps und Co – Tabakentwöhnung per Smartphone?“. In Anbetracht der weiten Verbreitung von Mobiltelefonen (weltweit etwa 90 %), der einfachen ortsunabhängigen Nutzung zu jeder Zeit sowie der Möglichkeit eines zeitsensitiven Versands sei deren Potenzial immens. Metaanalysen kommen zu dem Ergebnis, dass mobile Interventionen Nutzer dieser Angebote wirksam unterstützen können (Risk Ratio 1.71, KI 1.47–1.99). Zwar liegen noch keine publizierten Studien zu Smartphone-Applikationen vor, das Verzeichnis clinicaltrials.gov listet aber aktuell mehr als 20 Studien zu „smoking“ AND „mobile“ auf. Sebastian Zellmer, Bundesinstitut für Risikobewertung Berlin, referierte über die Risiken der E-Zigarette und vergleichende Bewertung mit der Tabak-Zigarette. Insbesondere auch für die Frage eines möglichen Nutzens für die Tabakentwöhnung ist bedeutsam, dass die Nikotin-Verdampfung geräte-spezifisch ist und die Nikotin-Konzentration/Zug stark variieren kann. Als Risiko zu nennen ist die Carbonyl-Produktion, aber auch der Nachweis von Metallen wie Blei, Nickel und Cadmium im E-Zigaretten-Dampf. Berichtet wurde auch von vereinzelten Erkrankungen bei sensiblen oder vorerkrankten Personen.

Wie mit dem Rauchverhalten der Helfer umzugehen sei, war Gegenstand des Beitrags von Anna Ludwig, Universitätsmedizin Göttingen. Rauchende Helfer erschweren die Umsetzung konsequenter

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 30 10, Fax: +49 (0) 6221 42 30 20
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

Rauchverbote in Kliniken, riechen nach Rauch und rauchen gemeinsam mit Patienten. Dies kann die Versorgung verschlechtern („Helfer“ auf Entzug und weniger bzw. qualitativ schlechtere Entwöhnungsberatungen) und Arbeitsabläufe behindern (mehr Arbeitsausfall durch rauchbedingte Erkrankungen; Benachteiligung durch weniger Pausen von Nichtrauchern). Neben der Schaffung von Entwöhnungseinrichtungen in Kliniken und Nutzung der Aktivitäten des Deutschen Netzes Rauchfreier Krankenhäuser & Gesundheitseinrichtungen könnte auch Artikel 14 der Rahmenkonvention FCTC bei der Problemlösung hilfreich sein. Dort werden explizit die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Programme zur Tabakentwöhnung in Gesundheitseinrichtungen und die Schaffung von Programmen zur Diagnose, Beratung und Behandlung der Tabakabhängigkeit in Gesundheitseinrichtungen gefordert.

Die 16. Frühjahrstagung wird am 11.3.2015 stattfinden.

Neue Publikationen

Cahill K & Lancaster T (2014) Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, Art. No.: CD003440. DOI: 10.1002/14651858.CD003440.pub4

Hintergrund: Da sich die meisten Erwachsenen etwa eine Drittel des Tages in einer Arbeitsplatzumgebung aufhalten, bietet diese Umgebung ein günstiges Setting, um eine Vielzahl von Personen zu einer Tabakentwöhnung zu ermutigen. In dem vorliegenden Review wurden diverse Interventionen am Arbeitsplatz bezüglich ihres Effektes auf den Rauchstopp der Teilnehmenden bewertet. Ein weiteres Anliegen war die Ermittlung der damit verbundenen Kosten bzw. der Kosteneffektivität dieser Interventionen.

Methode: Mit elaborierten Suchstrategien wurden u.a. das Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE, EMBASE und PsycINFO durchforstet. Hinzu kamen Abstracts internationaler Fachkonferenzen sowie die Bibliographien der identifizierten Studien. Die Suche wurde im Juli 2013 abgeschlossen. Inkludiert wurden nur randomisierte und quasirandomisierte kontrollierte Studien, in denen individuelle Raucher, Arbeitsstätten oder ganze Unternehmen einer Interventions- oder Kontrollbedingung zugeteilt wurden. Hierunter fielen sowohl Programme, die ausschließlich eine Tabakentwöhnung, aber auch solche, die noch andere Lebensstiländerungen zum Ziel hatten. Die Spanne der Interventionen reichte von Einzelberatung und Gruppenprogrammen, Selbsthilfe-Materialien, pharmakologische Therapien, soziale Unterstützung bis zu Incentives und komplexen, umfassenden Programmen inklusive Interventionen zur Rückfallprophylaxe.

Ergebnisse: Berücksichtigt werden konnten schließlich 57 Studien mit 61 Vergleichsbedingungen, davon 31 zu Arbeitsstätten-Interventionen, die mittels Gruppenprogramm, Einzelberatung, Selbsthilfeangebote oder Nikotinersatztherapie (NET) den einzelnen Raucher ansprechen sollten und 30, bei den Interventionen untersucht wurden, die die Arbeitsplatzumgebung als Ganzes zum Ziel hatten. Methodisch waren die Untersuchungen meist von mittlerer bis hoher Qualität; die Ergebnisse entsprechen ungefähr dem,

was auch aus anderen Settings berichtet wird. Die nachfolgend genannten Interventionsformen verbesserten alle die Ausstiegsraten im Vergleich zu Kontrollen (keine oder nur minimale Intervention):

- Gruppenprogramme (OR 1.71, KI 1.05–2.80; acht Studien, davon eine aus Tübingen, 1309 Teilnehmende)
- individuelle Beratung (OR 1.96, KI 1.51–2.54; acht Studien, 3516 Teilnehmende)
- Pharmakotherapien (OR 1.98, KI 1.26–3.11; fünf Studien, 1092 Teilnehmende) und
- Mehr-Komponenten-Programme (z.B. Gruppenprogramm in Verbindung mit Selbsthilfeangeboten, massenmedialer Kampagne und Regelungen zur Einschränkung des Rauchens; OR 1.55, KI 1.13–2.13; sechs Studien, 5018 Teilnehmende)

Für Selbsthilfematerialien konnten keine signifikanten Wirkeffekte ermittelt werden (OR 1.16, KI 0.74–1.82; sechs Studien, 1906 Teilnehmende), und auch die beiden Interventionen zur Rückfallprävention mit zusammen 484 Teilnehmenden waren nicht erfolgreich darin, die Langzeitabstinenzrate anzuheben. Gleiches gilt für die Interventionen zur Verbesserung der sozialen Unterstützung, die in kleineren Studien untersucht wurden.

Von den Interventionen, die die Arbeitsplatzumgebung als Ganzes zum Ziel hatte, schienen finanzielle Anreize und Belohnungen einen gewissen positiven Effekt zu haben; dieser war aber alleine auf eine der fünf inkludierten Studien zurückzuführen. Ohne Berücksichtigung der Daten dieser Studie verringerte sich das OR auf 1.16 (KI 0.73–1.83), so dass die Cochrane-Arbeitsgruppe von „limited evidence“ spricht und auf weiteren Forschungsbedarf zur Klärung der für den Erfolg ausschlaggebenden Komponenten hinweist. Für mehrere Risikofaktoren gleichzeitig umspannende Programme konnten ebenfalls keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise erbracht werden.

Schlussfolgerungen und Diskussion: Hohe Evidenz liegt für solche Interventionen im Setting Arbeitsstätte vor, die sich an den einzelnen Rauchenden wenden. Dazu zählen Einzel- und Gruppenberatung, pharmakologische Therapien und Programme, bei denen verschiedene Interventionsformen kombiniert wurden. Diese Interventionen sind also unabhängig davon wirksam, ob sie in einem betrieblichen Umfeld oder andernorts angeboten werden. Selbsthilfe-Interventionen und solche zur Verbesserung der sozialen Unterstützung durch Kollegen, Freunde oder Familie sind weniger wirksam. Ein Nachweis für die Wirksamkeit komplexer Programme, die neben dem Rauchen auch eine Veränderung anderer Risikofaktoren zum Ziel hatten, konnte nicht erbracht werden. Infolge methodischer Einschränkungen war hier die Berechnung eines gepoolten Effektes nicht möglich. Die Evidenz zu finanziellen Anreizen und Belohnungen erscheint unklar. Auch wenn in einzelnen Studien von einer sehr hohen Kosteneffektivität gesprochen wird (so wird beispielsweise berichtet, dass für jeden US-Dollar, der in eine Intervention floss, sechs US-Dollar an Kosten für das Gesundheitswesen eingespart wurden), kommen die Autoren des Cochrane-Reviews zu dem Schluss, dass die Daten zu den ökonomischen Aspekten solcher Interventionen schwach sind. Gefordert werden die systematische Erfassung direkter und indirekter Kosten der Maßnahmen und nach Möglichkeit die Erhebung ökonomisch relevanter Parameter wie Fehlzeiten und Produktivität.