



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

Nr. 56
Oktober
2014

Editorial

Im Mai diesen Jahres wurde WHO-Direktorin Margaret Chan (die auch angesichts der Ebola-Epidemie gegenwärtig eine schwere Aufgabe zu bewältigen hat) von einer erlesenen Gruppe von Public Health und Nikotin-Experten angeschrieben, die den potenziellen Nutzen der E-Zigarette (auch als Electronic nicotine delivery systems, ENDS bezeichnet) zur Harm Reduction in den Vordergrund stellten und die Empfehlung aussprachen, E-Zigaretten nicht wie Tabakprodukte zu regulieren, um deren Zugänglichkeit nicht einzuschränken. Im Juni folgte ein zweiter offener Brief einer anderen erlesenen Expertengruppe, die auf die zunehmende Übernahme des E-Zigaretten-Marktes durch die Tabakindustrie hinwies und im Gegensatz zur ersten Expertengruppe eine strikte Regulierung forderte. Beide Expertengruppen betonten in ihren Schreiben die Notwendigkeit einer objektiven wissenschaftlichen Fundierung des Umgangs mit E-Zigaretten, vertraten aber grundverschiedene Positionen zu diesem Umgang.

Nicht nur in offenen Briefen, sondern auch in Fach-Journalen wird heftig über die E-Zigarette diskutiert. So hat eine europäische Autorengruppe Anfang September 2014 „A critique of a WHO-commissioned report and associated article on electronic cigarettes“ in der Zeitschrift *Addiction* veröffentlicht. Dieses Papier beklagt „wichtige Fehler in der Beschreibung und Interpretation von Studien“ eines „Scientific Review“, der von einer kalifornischen Arbeitsgruppe für die WHO erstellt und in dem angesehenen Journal „Circulation“ (Impactfaktor 15,2) publiziert wurde. Es werden in Fachkreisen derzeit also sehr konträre Standpunkte zur E-Zigarette eingenommen, und es bleibt zu hoffen, dass die in diese Auseinandersetzung fließenden Ressourcen nicht an anderer Stelle – beispielsweise bei der Suche nach verbesserten Behandlungsmöglichkeiten für abhängige Raucherinnen und Raucher – fehlen.

Dieser Newsletter kann nicht alle offenen Fragen zur E-Zigarette beleuchten, sondern muss sich in erster Linie auf die Bedeutung der E-Zigarette als Ausstiegshilfe beschränken. Im Juli publizierte die WHO einen Report, in dem Stellung zu diesen Aspekten bezogen wurde (1). Hier die deutsche Übersetzung der entsprechenden Passagen:

„Die Evidenz für die Wirksamkeit der ENDS als Ausstiegsmethode ist begrenzt und erlaubt nicht, Schlussfolgerungen zu ziehen. Allerdings weisen Ergebnisse einer kontrollierten Studie (s. Newsletter Oktober 2013) darauf hin, dass ENDS mit oder ohne Nikotin eine ähnliche (wenn auch insgesamt geringe) Wirksamkeit zeigen wie Nikotin-pflaster. Eine gewisse begrenzte Wirksamkeit konnte auch unter realen Versorgungsbedingungen festgestellt werden. Der Gebrauch

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
News	2
Neue Publikationen	3



von ENDS hilft manchen Rauchern, vollständig von Zigaretten auf ENDS umzusteigen; allerdings resultiert der Gebrauch von ENDS bei einer beträchtlichen Zahl von Rauchern lediglich in einer Konsumreduktion von Zigaretten und einem dualen Gebrauch. Ein dualer Gebrauch hat einen viel kleineren positiven Effekt auf die Überlebensraten insgesamt als eine vollständige Aufgabe des Rauchens. ENDS Produkte sind bislang von keiner staatlichen Behörde zur Tabakentwöhnung zugelassen; die Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency in UK prüft derzeit einige ENDS Produkte. Wenn ENDS als potenzielle Ausstiegshilfen in Betracht gezogen werden, sollten Raucher zuerst ermutigt werden, das Rauchen mit einer Kombination bereits erprobter Behandlungen einzustellen. Bei einigen Rauchern könnten ENDS jedoch eine Rolle zur Unterstützung von Ausstiegsversuchen spielen, wenn Behandlungen nicht erfolgreich waren, schlecht vertragen wurden oder konventionelle medikamentöse Ausstiegshilfen abgelehnt werden.“

Wie ist es aktuell überhaupt um den E-Zigaretten-Markt bestellt? Etwa 3 Milliarden US\$ wurden in 2013 für ENDS ausgegeben, und es wurden nahezu 500 unterschiedliche Marken identifiziert. Aus dem Eurobarometer 2012 liegen Zahlen vor, wonach etwa jeder 5. Raucher, 5% der Ex-Raucher und 1,2% der Nieraucher Erfahrungen mit einer E-Zigarette haben; das sind knapp 30 Millionen Menschen

(1) http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf

(2). Jüngere Raucher, Raucher mit einem Tageskonsum von > 5 Zigaretten und diejenigen, die im letzten Jahr einen Ausstiegsversuch unternommen hatten, nutzen häufiger E-Zigaretten. An dieser Stelle soll auch auf eine Stellungnahme zur Diskussion um die E-Zigarette hingewiesen werden, die das DKFZ im Juni diesen Jahres herausgegeben hat (3). Und schließlich wird das Thema auf der Dezember-Konferenz im DKFZ wieder eine gewichtige Rolle spielen. Die Veranstalter hoffen, dort auch die Leserinnen und Leser des Newsletters zahlreich begrüßen zu dürfen.

In dieser Ausgabe unseres Newsletters beschäftigen wir uns zunächst mit der Frage, von welchen Faktoren die Nutzung von Ausstiegs-hilfen in Europa beeinflusst wird und berichten über erste Ergebnisse einer Kombinationsbehandlung mit Vareniclin und Bupropion. Die Besprechung einer kontrollierten und bioverifizierten Studie zu einem SMS-Programm sowie die Vorstellung der Ergebnisse einer Metaanalyse zum Einfluss des Rauchverhaltens von Ärzten auf deren Tabakentwöhnungs-Praktiken runden den Newsletter ab.

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: Berlin, 20.10 – 24.10.2014; Frankfurt, 10.11 – 14.11.2014. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/ 360804-98
- **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 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: 17.10 – 18.10.2014.

(2) Vardavas CI, Filippidis FT, Agaku IT (2014) Determinants and prevalence of e-cigarette use throughout the European Union: a secondary analysis of 26 566 youth and adults from 27 Countries. *Tob Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051394

(3) https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/ Publikationen/ Stellungnahmen/DKFZ_Stellungnahme_E-Zigarette_2014.pdf

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-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: 07.11 – 08.11.2014. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089 – 68 999 511.
 - **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
 - **Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 12.11 – 14.11.2014 in Berlin das 20stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“; zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. an (s. auch Punkt 2, Fortbildungen für Fachberufe).**
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. Deutscher Suchtkongress in Berlin**
Thema: Vortsetzung der neuen S3-Leitlinien und diversen Symposien zur Behandlung; Termin: 30.09.2014 – 02.10.2014. Anmeldung und Infos unter www.deutschersuchtkongress.de.
 - **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin**
Termin: 26.11.2014 – 29.11.2014. Anmeldung und Infos unter www.dgppn.de/dgppn-kongress2014
 - **12. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg**
Termin: 03.12. – 04.12.2014. Anmeldung und Programm unter www.tabakkontrolle.de

International:

- **20. Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) in Philadelphia, USA**

Termin: 25.02 – 28.02.2015. Programmübersicht und Anmeldung unter www.srnt.org/conferences/.

■ **16. Weltkonferenz Tobacco or Health (WCTOH) in Abu Dhabi, Vereinigte Arabische Emirate**

Termin: 17.03 – 21.03.2015. Frühbucherrabatt bis 03.12.2014. Programmübersicht und Anmeldung unter www.wctoh.org.

Neue Publikationen

Filippidis, FT et al.(2014) Determinants of use of smoking cessation aids in 27 Euro-pean countries, *Prev.Med.*, doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.05.004

Hintergrund: Die Verwendung evidenzbasierter Hilfen zur Tabakentwöhnung ist eine wirksame Maßnahme zur günstigen Beeinflussung der Rückfallkurven nach einem Rauchstopp. Jedoch ist in vielen Ländern eine geringe Nutzung dieser Ausstiegshilfen zu beobachten. In der vorgelegten Studie wurde untersucht, von welchen Faktoren die Nutzung evidenzbasierter Methoden durch Raucher und Ex-Raucher in der Europäischen Union (EU) abhängt.

Methode: Die Daten für diese Studie stammen aus dem Eurobarometer 2012, einer in 27 Mitgliedstaaten der EU bei Personen über 15 Jahre durchgeführten repräsentativen Querschnittsbefragung (N=26.751). Die Befragungen fanden bei den Teilnehmern zuhause statt. Das Rauchverhalten wurde in drei Kategorien unterteilt (Raucher, Ex-Raucher und Nieraucher). Raucher und Ex-Raucher wurden gefragt, ob sie schon einmal bestimmte Methoden oder Hilfsmittel benutzt haben, um mit dem Rauchen aufzuhören. Folgende Methoden wurden zur Auswahl gestellt:

- (1) Nikotinersatztherapie (NET)
- (2) Beratung (Ärzte, Gesundheitsberufe)
- (3) Telefonberatung
- (4) Internetprogramme
- (5) Alternative Therapien
- (6) Oralen oder nasalen Tabak
- (7) E-Zigaretten
- (8) Andere
- (9) Keine Hilfsmittel

Antworten von (1) bis (8) wurden klassifiziert als „irgendein Hilfsmittel genutzt“, während Antworten von (1) bis (3) als „Hilfsmittel mit erwiesener Wirksamkeit genutzt“ gewertet wurden.

Die einzelnen Länder wurden in Anlehnung an Kategorien der WHO einer von zwei Gruppen zugeteilt: Eine erste Gruppe, die NET und/oder bestimmte Tabakentwöhnungsangebote bereitstellen, von denen zumindest eines der Kostenerstattung unterliegt, und eine zweite Gruppe, die Telefonberatung, NET und Tabakentwöhnungsangebote bereitstellen, die der Kostenerstattung unterliegen, also von den Betroffenen kostenfrei genutzt werden können.

Weiterhin berücksichtigt wurden Daten zu Geschlecht, Alter, städtischer oder ländlicher Wohnort, Ausbildungsjahre und sozioökonomischer Status.

Ergebnisse: 9.921 der Befragungsteilnehmer waren entweder Raucher, die bereits versucht hatten, mit dem Rauchen aufzuhören (N=4.341) oder ehemalige Raucher (N=5.580). Insgesamt gaben 32,2% der Befragten an, irgendeine Ausstiegshilfe genutzt zu haben, bei einer Spanne von 16,4% in Griechenland bis 45,9% in Schweden. Deutschland lag mit 32,4% sehr nahe am Durchschnittswert. Insgesamt 19,9% gaben an, ein Hilfsmittel mit erwiesener Wirksamkeit genutzt zu haben (Spanne von 6,4% in Griechenland bis 41,4% in Irland). Deutschland lag in dieser Kategorie mit 15,9% unter dem europäischen Durchschnittswert.

NET und andere medikamentöse Therapien waren die am häufigsten genutzten Ausstiegshilfsmittel (14.6%), gefolgt von der Beratung durch Ärzte oder andere Gesundheitsberufe.

Multivariate logistische Regressionsmodelle ergaben, dass Teilnehmer aus den Regionen Nordeuropa (adjustierte Odds Ratio [aOR] = 2.40), Westeuropa (aOR = 1.68) und Osteuropa (aOR = 1.38) eher zu Ausstiegshilfen greifen als Teilnehmende aus den südlichen europäischen Ländern. Die genannten Zusammenhänge zwischen Region und Nutzungsverhalten waren noch stärker ausgeprägt, wenn lediglich die Hilfsmittel mit erwiesener Wirksamkeit herangezogen wurden (aOR = 3.21, aOR = 1.90 und aOR = 1.69, alle $p < 0.05$). Wenig überraschend ist, dass gegenwärtige und frühere Raucher, die in Ländern mit umfassenden nationalen Tabakentwöhnungsprogrammen leben (kostenfreie Telefonberatung, Kostenerstattung für Beratung und NET), relativ häufiger Hilfsmittel mit erwiesener Wirksamkeit nutzen (aOR = 1.29; 95% CI: 1.07–1.55). Bezüglich aller Hilfsmittel konnte ein solcher Zusammenhang nicht ermittelt werden (aOR = 1.07; 95% CI: 0.91–1.26). Alter war mit der häufigeren Nutzung beider Kategorien von Hilfsmitteln assoziiert, während es bezüglich Geschlecht, Wohnort, Ausbildungsjahre und sozioökonomischem Status keine solchen Zusammenhänge gab.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse zeigen bezüglich der Nutzung von Ausstiegshilfen große Unterschiede zwischen einzelnen Ländern und Regionen innerhalb der EU, wohingegen auf der individuellen Ebene lediglich das Alter eine signifikante Determinante für das Nutzungsverhalten darstellte. Eine weitgehende Kostenerstattung und Verfügbarkeit hing ebenfalls mit einer verstärkten Nutzung evidenzbasierter Ausstiegshilfen zusammen. Dass in Südeuropa Ausstiegshilfen weniger häufig genutzt werden, könnte an diesbezüglich regional unterschiedlichen Einstellungen und/oder der Erschwierlichkeit liegen. Kosten, mangelndes Vertrauen in die Wirksamkeit und Sicherheitsbedenken sind die häufigsten Gründe, auf den Einsatz von Ausstiegshilfen zu verzichten. Befragte aus Ländern mit einem breiten Angebot an Tabakentwöhnung und Regelungen zur Kostenerstattung (wie Dänemark, Frankreich, Irland, Rumänien oder United Kingdom) zeigten eine stärkere Nutzung wirksamkeitsgeprüfter Hilfen, was darauf hinweist, dass ein einfacher Zugang die Nutzung erleichtert. Auch in Deutschland laufen aktuell Bemühungen, eine verbindliche Regelung zur Kostenerstattung der Tabakentwöhnung zu erreichen: www.wat-ev.de/initiative-zur-erkennung-der-tabakentwoehnung-als-erstattungsfaehige-leistung. Nicht auszuschließen ist, dass die ermittelten Unterschiede im Nutzungsverhalten auch auf unterschiedliche Rauchprävalenzen und –intensität zurückzuführen sind; diese sind in den osteuropäischen Ländern höher als im Süden. Es wurden – im Vergleich zu manch anderen Studien

– keine Geschlechtsunterschiede festgestellt, und auch kein Einfluss des sozioökonomischen Status.

Einschränkend muss erwähnt werden, dass die Studie ausschließlich auf Selbstangaben beruht und ehemalige Raucher viele Jahre vor der Befragung aufgehört haben könnten und somit nicht die aktuellen Verhältnisse wiedergegeben werden.

Rose JE, Behm FM (2014) Combination Treatment with Varenicline and Bupropion in an Adaptive Smoking Cessation Paradigm. Am J Psychiatry 2014;. doi:10.1176/appi.ajp.2014.13050595

Hintergrund: Ausgehend von den unterschiedlichen Wirkmechanismen von Vareniclin (VAR) und Bupropion (BUP) könnte angenommen werden, dass sich die Wirkeffekte addieren und eine Kombinationsbehandlung wirksamer wäre als eine Monotherapie. Diese Hypothese wurde unter Berücksichtigung von Aspekten der Arzneimittelsicherheit und Nebenwirkungen bei Rauchern überprüft, die auf eine Vorbehandlung mit Nikotin-pflastern mit nur geringer Konsumreduktion reagiert hatten.

Methode: In einer kontrollierten Doppelblindstudie wurden 222 Zigarettenkonsumenten, die ihren Konsum mittels einer einwöchigen Vorbehandlung mit Nikotin-pflastern nicht um mind. 50% reduzieren konnten, auf eine von zwei Behandlungsarme randomisiert: 113 Studienteilnehmer erhielten VAR plus BUP, 109 VAR plus Placebo (PLA). Kurze Beratungssequenzen (<15min) sowie CO-Messungen fanden zwei Wochen vor und in Woche 1, 3, 7 und 11 nach dem Ausstiegstermin statt. Die Medikamentendosen wurden nach dem empfohlenen Schema auftrittet. Dosisreduktionen waren im Falle auftretender Nebenwirkungen erlaubt. Primäre Outcome-Größe war die kontinuierliche Abstinenz bei Behandlungsende (entspricht Woche 8 bis 11 nach dem Ausstiegsdatum).

Ergebnisse: Demographische und rauchanamnestische Merkmale der beiden Gruppen waren sehr ähnlich; das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren, 46% waren männlichen Geschlechts, der Tageskonsum betrug im Mittel 20,7 Zigaretten und der Fagerström-Durchschnittswert (FTND) 6,1.

Insgesamt brachen 35,6% der Teilnehmer die Studie nach der Randomisierung ab. Als Gründe genannt wurden am häufigsten persönliche Umstände und Terminkonflikte (10,4%), kein Interesse mehr (5,4%), Medikamentennebenwirkungen (3,2%) und Abstinenzunfähigkeit (1,4%). Von 12,2% konnten keine Angaben zum Abbruchgrund erhoben werden. Nach der Intention-to-Treat-Analyse (Abbrecher = Raucher) waren die Teilnehmer der Kombinationsbehandlung zum Behandlungsende signifikant häufiger abstinent als die Teilnehmer der Kondition VAR + PLA ((39,8% vs. 25,9%; OR=1,89; KI =1,07 - 3,35). Diese Überlegenheit war aber ausschließlich bei männlichen Studienteilnehmern zu beobachten (dort 50,9% vs. 19,6%, OR =4,26; KI=1,73 - 10,49). Bei Frauen waren beide Behandlungsarme gleich effektiv (OR=0,94; KI=0,43 - 2,05). Ebenso war die Überlegenheit der Kombinationsbehandlung nur bei stark abhängigen Teilnehmenden zu finden. Diese Zusammenhänge waren auch beim Sechs-Monats-Follow up zu finden bei insgesamt geringeren Abstinenzquoten (z.B. männliche Studienteilnehmer 29,1% vs. 10,9%, OR =3,36; KI=1,12 - 10,06).

Nebenwirkungen: Sieben Teilnehmer (Vier in der Kombinations- und drei in der VAR+PLA-Gruppe) brachen die Teilnahme aufgrund von Nebenwirkungen (Übelkeit, Schwindel, Schlafstörungen, innere Unruhe und Depression) ab. 11,5% in der VAR+BUP und 24,8% in der VAR+PLA-Gruppe nahmen eine Dosisreduktion in Anspruch, wobei sich die Gesamtinzidenz von Nebenwirkungen zwischen den beiden Gruppen nicht bedeutsam unterschied. Die Adhärenz bezüglich der Medikamenteneinnahme lag bei etwa 77%.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Männliche Nonresponder einer Nikotin-pflasterbehandlung und solche mit hoher Tabakabhängigkeit profitierten von einer Kombinationsbehandlung mit VAR und BUP. Zu ähnlichen Ergebnissen war auch eine bereits im Januar 2014 in JAMA publizierte Studie gekommen, bei der jedoch keine solche Vorauswahl getroffen worden war (4). Die Verträglichkeit der Kombinationstherapie war relativ gut. Es bedarf weiterer Forschung, um die Sicherheit und das Potenzial dieser Kombinationstherapie richtig einschätzen zu können und die zugrundeliegenden biobehavioralen Mechanismen aufzuklären, die für die unterschiedliche Ansprechbarkeit bestimmter Subpopulationen von Rauchern verantwortlich sind.

(4) Ebbert JO et al. (2014) Combination varenicline and bupropion SR for tobacco-dependence treatment in cigarette smokers: a randomized trial. JAMA; 311:155–163

Abroms LC et al. (2014) A Randomized Trial of Text2Quit - A Text Messaging Program for Smoking Cessation. American Journal of Preventive Medicine. doi.org/10.1016/j.amepre.2014.04.010

Hintergrund: Kurze Textnachrichten (SMS) haben sich bereits als vielversprechendes Format in der Tabakentwöhnung erwiesen. Text2Quit ist ein automatisiertes, personalisiertes und interaktives Programm, das Ausstiegstipps, Unterstützung und Erinnerungshilfen auf dem Weg zum Rauchstopp bietet. In dieser Publikation ging es darum, die Effektivität des Programms im Rahmen einer kontrollierten, biochemisch verifizierten Studie zu überprüfen

Methode: Studienteilnehmer wurden via Internet rekrutiert (Nutzer, die via Google nach Informationen über einen Rauchstopp gesucht hatten) und auf das Text2Quit-Programm oder eine Selbsthilfe-Bedingung (Ausstiegsschüre und Internet) randomisiert. Mehrstufige Sicherheitsmaßnahmen sollten dafür sorgen, dass nur reale Personen an der Studie teilnahmen. Von Teilnehmenden, die angaben, in den letzten sieben Tagen nicht geraucht zu haben, wurden auf dem Postwege Speichelproben gesammelt. Nachbefragungen fanden im Monat 1, 3 und 6 nach Aufnahme in die Studie statt. Primärer Outcome war die biochemisch verifizierte Punktprävalenz-Abstinenz, definiert als selbstberichtete 30 Tage-Abstinenz nach drei und sechs Monaten und ein Cotinin-Wert von <15 ng/ml. Die Textbotschaften auf Basis der sozialkognitiven Theorie wurden auf das jeweilige in der Eingangsbefragung ermittelte Profil abgestimmt und enthielten auch Empfehlungen zur Nutzung von Telefonberatung und Pharmakotherapie. Nutzer wurden aufgefordert, Rückmeldungen zum Rauchverhalten und Rauchverlangen zu senden. Nicht abstinenten Teilnehmenden wurden in eine separate Rückfallschleife geroutet. Zum Ausstiegstermin wurden fünf, in der ersten Woche danach zwei SMS täglich verschickt. Das Programm versandte

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

SMS über drei Monate; nach Rücksendung von Schlüsselbegriffen wie CRAVE oder SMOKED wurde bedarfsbezogene Zusatzunterstützung geleistet. Ergänzt wurde das Programm durch ein personalisiertes Web-Portal und E-Mails.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter lag bei 36 Jahren, 66% waren weiblichen Geschlechts, der Tageskonsum betrug im Mittel 17,3 Zigaretten und der Fagerström-Durchschnittswert 5,33. Von 261 Teilnehmern der SMS-Gruppe und 241 der Kontrollgruppe wurden 76% zum sechs-Monats-Follow-Up erreicht. Etwa jede vierte Cotinin-Probe wies einen Wert von mehr als 15 ng/ml auf; diese Teilnehmer wurden als Raucher gewertet.

Bezüglich des primären Endpunkts ergab sich eine mehr als doppelt so hohe Erfolgsquote für die Interventionsgruppe: 11,1% der Teilnehmenden am SMS-Programm erreichten biochemisch verifiziert Abstinenz im Vergleich zu 5,0% in der Kontrollgruppe (Risk Ratio RR=2.22, KI=1.16 - 4.26, $p < 0.05$). Auch in bestimmten demographischen Untergruppen wie „Alter > 35 Jahre“ und Frauen oder Teilnehmer mit einem FTND < 5 ergaben sich signifikante Unterschiede. Unter den biochemisch verifiziert erfolgreichen Teilnehmern war die Nutzung der interaktiven Programmelemente intensiver ($M=35.21$, $SD=26.66$) als bei den nichtabstinenten Teilnehmern ($M=22.87$, $SD=25.51$, $p < 0.05$).

Diskussion und Schlussfolgerungen: Mobiltelefone sind sehr weit verbreitet und werden zunehmend auch zur Tabakentwöhnung genutzt; TEXT2Quit konnte einen eindeutigen Wirksamkeitsnachweis erbringen und führte zu einer Verdoppelung der Ausstiegswahrscheinlichkeit im Vergleich zu einem Selbsthilfeprogramm. Eine Stärke dieser Studie liegt in der biochemischen Verifikation eines niedrigschwelligen Tabakentwöhnungsprogramms. Hier wurden erhebliche Diskrepanzen zwischen Selbstauskunft und Cotininspiegel deutlich; jede vierte Speichelprobe wies Werte auf, die mit der Selbstauskunft nicht übereinstimmten. Es bedarf weiterer Studien, um SMS-Programme mit anderen Ausstiegsformaten zu vergleichen und das Potenzial dieser Programme in den Gesundheitssystemen zu ermitteln.

Duaso MJ et al. (2014) Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. *Addiction* DOI: 10.1111/add.12680

Hintergrund: Die Vermutung liegt nahe, dass der Rauchstatus von Ärzten Einfluss auf die Behandlungspraktiken bei rauchenden Patienten hat; rauchende Ärzte könnten eine weniger positive Einstellung bezüglich Tabakentwöhnung haben. Umfassende Untersuchungen hierzu fehlen bislang jedoch. Ziel dieses Reviews war es deshalb, Studien zu sichten und zusammenfassend auszuwerten, die der Frage nachgingen, inwieweit der Rauchstatus von Ärzten mit den Praktiken der 5 As (Ask, Advice, Assess, Assist, Arrange) assoziiert ist.

Methode: Mit elaborierten Suchstrategien wurden u.a. MEDLINE, EMBASE und PsycINFO sowie sechs spanischsprachige Datenbanken durchforstet. Die Suche wurde im Februar 2013 abgeschlossen. Inkludiert wurden Studien ab 1996, in denen der Rauchstatus der Ärzte und die Anwendung von Tabakentwöhnungspraktiken nach den 5As erhoben worden waren. Je nach Fachgebiet wurden Ärzte einer von zwei Gruppen zugeordnet: Spezialisten (Allgemeinärzte, Pulmologen, Kardiologen etc.) und Nicht-Spezialisten (Krankenhausärzte etc.). Aus Häufigkeiten und Proportionen in den einzelnen Publikationen wurden Risk Ratios (RR) kalkuliert. 20 Studien (davon acht aus Europa) wurden für die Metaanalyse berücksichtigt. Die einzelnen As wurden jeweils nur in einem Teil der Studien erfasst (z.B. Ask in 10 der 20 Studien).

Ergebnisse: Die Rauchprävalenz lag zwischen 3% (US-amerikanische Ärzte) und 38,6% (Griechenland). Das RR für das erste A (Ask) hing nicht signifikant mit dem Rauchstatus der Ärzte zusammen (RR=0.98; KI=0.94 - 1.02; $p=0.378$; 10 Studien). Von aktuell rauchenden Ärzten ging jedoch ein um 17% erhöhtes Risiko aus, dass kein Rauchstopp angeraten wurde (Advice; RR=0.83; KI=0.77 - 0.90; $p < 0.000$; 14 Studien, große Heterogenität). In Bezug auf „Assist“ waren sowohl nierrauchende (RR=0.92; KI=0.85 - 0.99; $p=0.036$) als auch ehemals rauchende Ärzte (RR=0.86, KI=0.79 - 0.94, $p < 0.001$, drei Studien) aktiver als aktuell rauchende.

Rauchende Ärzte verwiesen häufiger zu Tabakentwöhnungsdiensten (RR=1.40; KI=1.09 - 1.79; $p=0.009$; fünf Studien).

Keine bedeutsamen Unterschiede gefunden wurden bezüglich der Aushändigung schriftlicher Materialien, Vereinbarung eines Ausstiegstermins, Verschreibung oder Empfehlung von NET und Vereinbarung eines Folgekontaktes (Arrange). Hierbei gab es jedoch einen Effekt des Fachgebietes: Spezialisten offerierten deutlich häufiger Nachbetreuung als Nicht-Spezialisten, unabhängig vom jeweiligen Rauchstatus (RR=4.89; KI=1.16 - 20.67; $p=0.031$).

Diskussion und Schlussfolgerungen: Insgesamt findet sich eine gewisse Evidenz, dass der Rauchstatus von Ärzten deren Beratungs- und Behandlungsverhalten beeinflusst; Raucher raten seltener zum Rauchstopp und beraten auch seltener, wie ein solcher umgesetzt werden kann. Im Gegenzug verweisen rauchende Ärzte aber auch häufiger an spezielle Entwöhnungseinrichtungen, was möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass sie sich weniger kompetent fühlen, rauchende Patienten wirksam unterstützen zu können. Angemerkt sei auch, dass die 5As insgesamt wenig befolgt werden. Die Gründe hierfür sind vielfältig (hohe Dichte an Patientenkontakten, Aus- und Weiterbildung, Kostenerstattung usw.), und der ärztliche Rauchstatus scheint darauf nur einen begrenzten Einfluss zu haben.