



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

Nr. 69
Dezember
2017

Editorial

Die Protokollierung des eigenen Rauchverhaltens mittels Stift und Papier gehört zu den klassischen Standardmethoden, die in der Vorbereitungsphase – also noch vor dem Rauchstopp – verhaltenstherapeutischer Tabakentwöhnungsprogramme zum Einsatz kommen: Das Monitorieren und Erkennen des eigenen Rauchmusters hat wohl für sich genommen bereits eine gewisse Wirkung. Häufig aber werden einige Eintragungen vergessen, so dass Teilnehmer und Anbieter dieser Programme sich eine Vereinfachung des Protokollierungsprozesses wünschen. Kursteilnehmer oder Anrufer an den Telefonberatungen haben in diesem Zusammenhang schon gefragt, ob es denn dafür keine App gäbe. Sicher gibt es welche – auch solche, die einem die komplette Registrierung abnehmen: Die „SmokeBeat“-App ist in der Lage, durch einen speziellen Sensor, der in einem Armband integriert ist, jedes individuelle Rauchmuster automatisch zu erfassen und an den Teilnehmer zu übermitteln. Der „SmokeBeat“-Algorithmus ist in der Lage, den Rauchakt von ähnlichen Handlungen wie Essen und Trinken oder Zähneputzen zu unterscheiden und erkennt mehr als 80 % der Rauch-Episoden. Über die zunehmend bewusste Wahrnehmung des Rauchaktes in Echtzeit kann möglicherweise die Kontrolle über das Verhalten wiedererlangt werden und eine Konsumreduktion oder ein Rauchstopp erleichtert werden. In den jüngst publizierten Ergebnissen einer Pilotstudie (1) konnten Teilnehmer der Experimental-Gruppe im Vergleich zu Teilnehmern einer Kontrollbedingung innerhalb von 30 Tagen nur mittels Erfassung und Rückmeldung des Konsums eine deutliche Konsumreduktion erzielen ($p < 0.001$). Es wäre doch eine schöne und zur Vorweihnachtszeit durchaus passende Vorstellung, wenn sich bestätigt, dass durch die Teilnahme an einem solch vollkommen automatisierten Monitoring des Rauchens die Tabakentwöhnung von ausstiegsmotivierten Rauchenden erleichtert werden könnte.

Im Vergleich zum Werbebudget der Tabakindustrie sind die finanziellen Spielräume für massenmediale Aufklärungskampagnen oder zur Promotion der Vorteile eines Rauchstopps sehr bescheiden. In den USA müssen sich die Tabakkonzerne nun an den Aufklärungskampagnen beteiligen: Nach einem bereits im Jahre 2006 gefällten Urteil haben die Tabakkonzerne

(1) Dar R (2017) Effect of real-time monitoring and notification of smoking episodes on smoking reduction: a pilot study of a novel smoking cessation app. Nicotine Tob Res, DOI: 10.1093/ntr/ntx223

Inhaltsverzeichnis

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

vor kurzem begonnen, in TV-Spots und Zeitungsanzeigen auf die suchterzeugende Wirkung und die massiven Gesundheitsschäden des Rauchens hinzuweisen. Beispiele für diese TV-Spots finden sich in den einschlägigen Videoportalen im Internet. So wird in den Beiträgen darauf hingewiesen, dass durch das Rauchen jeden Tag durchschnittlich 1 200 Amerikaner getötet werden und dadurch mehr Menschen zu Tode kommen als durch Mord, Selbstmord, Verkehrsunfälle, Alkohol, Drogen und AIDS zusammengenommen. Was auf den ersten Blick wie ein Triumph der Behörden über die Tabakkonzerne erscheint, offenbart bei genauerer Betrachtung die Strategie der Tabakindustrie im Umgang mit „unbequemen“ Urteilen: Neben einer Verschleppung der Umsetzung über 11 Jahre konnten die Konzerne auch erwirken, dass die Botschaften auch weniger drastisch ausfallen als vorgeschlagen: Ursprünglich war vorgesehen, dass die Konzerne in den Anzeigen eingestehen, die amerikanische Öffentlichkeit „belogen und mit falschen Darstellungen betrogen“ zu haben. Gegen diese Entscheidung wurde von der Tabakindustrie geklagt, und sie wurden in der Folge mit der Argumentation abgewiesen, „einzig der Beschämung und Verletzung zu dienen“. Was hat dies alles mit Tabakentwöhnung zu tun? In den Spots findet sich auch der Hinweis, dass die Tabakfirmen absichtlich Zigaretten mit ausreichend Nikotin hergestellt haben, um Abhängigkeit zu erzeugen und aufrechtzuerhalten. Und bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit können wir alle unseren Beitrag leisten!

In der vierten und letzten Ausgabe 2017 unseres Newsletters berichten wir zunächst von einer neuen Cochrane-Metaanalyse zur Tabakentwöhnung bei Jugendlichen. Dann werden zwei neue Arbeiten aus der Schweiz zum Engagement von Jugendlichen im Rahmen eines SMS-Ausstiegsprogrammes und zum Selbstausstieg bei Beschäftigten eines Universitätsspitals vorgestellt. Abschließend finden Sie eine Kurzbesprechung einer spanischen Publikation zu Faktoren, die mit der Implementierung der „5 As“ in Zusammenhang stehen.

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

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2018,

Ihr Redaktionsteam
Ute Mons, 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 Standardschulung: 26.2.–2.3.2018 in München, 19.3.–23.3.2018 in Berlin; verkürzte Schulung: 17.3.–19.3.2018 in Köln/Hürth. Infos unter <https://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 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: 11.4.–13.4.2018 (im Rahmen der 23. Tübinger Suchttherapietage) in der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2 98 23 13, Fax: 07071/29 53 84 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

- 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.: 030/4 00 45 64 12 oder cme@baek.de

Kongresse/Tagungen

National

- 19. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.

Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 21. März 2018, 12–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung demnächst unter <http://www.wat-ev.de>

International

- 24. Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) vom 21. bis 24. Februar 2018 in Baltimore, Maryland, USA

Programm und Anmeldung unter <http://www.srnt.org/?page=2018meeting>

- 17th World Conference on Tobacco or Health vom 7. bis 9. März 2018 in Kapstadt, Südafrika

Programm und Anmeldung unter <http://wctoh.org>

- *Save the date:* 18. Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT-E) vom 6. bis 8. September 2018 in München!

Weitere Infos in den nächsten Newslettern.



News in Kürze

Die Cochrane-Arbeitsgruppe hat kürzlich ein neues Update des Reviews zu „Tobacco cessation interventions for young people“ mit 19 zusätzlich inkludierten Studien publiziert (2). Es wird einleitend betont, dass sich die Mehrzahl der Tabakkontrollprogramme für Jugendliche auf die Verhinderung des Einstiegs beziehen, es angesichts der Verbreitung des jugendlichen Rauchens und einer Zahl von weltweit 80 000 bis 100 000 Jugendlichen, die täglich mit dem Rauchen beginnen, aber notwendig sei, die Wirksamkeit von Ausstiegsstrategien zu evaluieren. Selektionskriterien bestanden in der Altersbeschränkung (unter 20 Jahre alt) und dem Fokus auf psychosozialen, pharmakologischen oder komplexen Interventionen zur Tabakentwöhnung. Als primäre Outcome-Variable fungiert wie gehabt die Abstinenz zum Follow-up (mind. sechs Monate) bei zur Baseline regelmäßig Rauchenden. Inkludiert wurden 41 kontrollierte Studien (26 mit individueller und 15 mit Cluster-Randomisierung) mit mehr als 13 000 Teilnehmenden. Meist wurden die teilnehmenden Jugendlichen in Schulen rekrutiert; 29 Studien wurden in Nordamerika durchgeführt, eine in der Schweiz (siehe auch den Beitrag von Paz Castro et al. unter „Neue Publikationen“).

Die wichtigsten Ergebnisse in Kürze: Die Interventionen waren mehrheitlich komplex, bestehend aus Einzel- oder Gruppenberatung mit oder ohne zusätzlichen Selbsthilfematerialien. Acht Studien untersuchten den Effekt von computerbasierten oder mobiltelefonbasierten Interventionen. Vier kleinere Studien bezogen sich auf pharmakologische Interventionen (Nikotinplaster, -kaugummi oder Bupropion). Evidenz für einen positiven Interventionseffekt wurde lediglich für die Beratung in Gruppen gefunden (9 Studien, RR 1.35, KI 1.03–1.77), nicht hingegen für Einzelberatung (7 Studien, RR 1.07, KI 0.83–1.39) oder Interventionen mittels Computer oder SMS (8 Studien, RR 1.26, KI 0.95–1.66). Es wurde auch keine Evidenz für die Wirksamkeit pharmakologischer Interventionen gefunden, auch wenn die Konfidenzintervalle hierbei recht weit waren (Nikotinersatztherapien 3 Studien, RR 1.11, KI 0.48–2.58; Bupropion eine Studie, RR 1.49, KI 0.55–4.02). In diesen Studien wurden auch unerwünschte Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen oder Übelkeit gefunden, die jedoch meist mild und in keinem Fall schwerwiegend ausfielen.

Auffallend sind die im Vergleich zu Erwachsenen geringeren Effektstärken für Einzel- und Gruppenprogramme: Dem RR für Einzelberatung von 1.07 steht ein RR von 1.57 gegenüber. Auch für die Gruppenprogramme findet sich ein bedeutsamer Unterschied (RR 1.35 vs. 1.88 bei Erwachsenen). Erhebliche methodische Schwächen der berücksichtigten Studien lassen kaum belastbare Schlussfolgerungen zu. So formulieren die Autoren fast schon pessimistisch: „Our certainty in the findings for all comparisons is low or very low, mainly because of the clinical heterogeneity of the interventions, imprecision

(2) Fanshawe TR, Halliwell W, Lindson N, Aveyard P, Livingstone-Banks J & Hartmann-Boyce J (2017) Tobacco cessation interventions for young people. Cochrane Database Sys Rev 11: CD003289, DOI: 10.1002/14651858.CD003289.pub6

in the effect size estimates, and issues with risk of bias.“ In den einzelnen Studien wurden unterschiedliche Standards bezüglich der Definition des Behandlungserfolgs verwendet; diese reichten von Abstinenz für länger als einen Tag über 7-Tage-Punktprävalenz, 30-Tage-Punktprävalenz bis zu kontinuierlicher Abstinenz, jeweils per Selbstangaben ermittelt bei der letzten Nachbefragung. Auch wenn die instabile Natur des Rauchverhaltens von Jugendlichen es nützlich erscheinen lässt, auch kürzere Abstinenzphasen auszuwerten, bleibt die kontinuierliche Abstinenz das robusteste Erfolgsmaß. Häufig waren auch die jeweiligen Stichproben nicht groß genug, um die Ergebnisse verallgemeinern zu können. Obwohl also einige Ansätze (Gruppenprogramme oder komplex angelegte Interventionen) vielversprechend erscheinen, könne auf Basis der berichteten Ergebnisse derzeit kein Ausstiegsprogramm identifiziert werden, das besser oder erfolgreicher sei als der Versuch, ohne professionelle Unterstützung aufzuhören. An Implikationen für künftige Forschung werden u.a. genannt: Stichprobengrößen mit ausreichend Power und möglichst weitgehend reduziertem „risk of bias“; Überprüfung der Annahme, dass zum Follow-up nicht erreichte Teilnehmer nicht erfolgreich sind und prospektive Langzeitstudien bei Jugendlichen, die Rauchstoppversuche unternehmen.

Neue Publikationen

Paz Castro R, Haug S, Filler A, Kowatsch T & Schaub MP (2017)

Engagement within a mobile phone-based smoking cessation intervention for adolescents and its association with participant characteristics and outcomes

J Med Internet Res 19(11): e356, DOI: 10.2196/jmir.7928

Hintergrund

Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist Zigarettenrauchen weit verbreitet, es ist jedoch schwierig, junge Leute für die Teilnahme an Rauchstoppangeboten zu gewinnen. Mobiltelefonbasierte Interventionen sind vielversprechend, um Jugendliche längerfristig mit individualisierten Informationen beim Rauchausstieg zu unterstützen. Solche Interventionen scheinen für Jugendliche nicht nur attraktiver zu sein als herkömmliche Rauchstoppangebote, sie können mit verhältnismäßig wenig Aufwand bei großen Gruppen rauchender Jugendlicher durchgeführt werden. Positive Effekte mobiltelefonbasierter Programme zur Förderung des Rauchausstiegs bei Jugendlichen konnten bereits in mehreren Studien gezeigt werden. Jenseits der Effektivität weiß man jedoch noch relativ wenig darüber, inwieweit sich Jugendliche auf mobiletelefonbasierte Interventionen einlassen und welche Jugendlichen am meisten davon profitieren. Die vorliegende Studie setzte sich zum Ziel, das Teilnahmeverhalten Jugendlicher an einer mobiltelefonbasierten Intervention zur Förderung des Rauchausstiegs zu überprüfen. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen Teilnahmeverhalten und Rauchreduktion oder Rauchstopp untersucht.

Methode

Die Daten stammen aus einer zweiarmigen, clusterrandomisierten Studie, die ein SMS-basiertes Programm zur ausschließlichen Förderung des Rauchausstiegs mit dem Namen MobileCoach Tabak (MCT) mit einer Programmvariante zur kombinierten Förderung des Rauchausstiegs und zur Reduktion problematischen Alkoholkonsums, namens MobileCoach Tabak+ (MCT+), verglich. Insgesamt 1418 täglich oder gelegentlich rauchende Jugendliche aus 360 Schweizer Berufsschul- und Gymnasialklassen nahmen am 3-monatigen SMS-Programm teil. Von diesen waren 863 (60.9 %) weiblich, 740 (52.2 %) gaben einen Migrationshintergrund an und 1075 (75.8 %) rauchten täglich Zigaretten.

Die SMS-Nachrichten beider Programmvarianten waren individualisiert hinsichtlich demografischer und tabakrauchspezifischer Charakteristika. In 10 der 12 Wochen sollte eine Frage beantwortet werden, zum Beispiel zur Anzahl konsumierter Zigaretten, zur Absicht, mit dem Rauchen aufzuhören, zur Einschätzung der Verbreitung des Tabakkonsums unter Gleichaltrigen oder zu den finanziellen oder gesundheitlichen Folgen des Tabakkonsums. In zwei Wochen wurden die Teilnehmenden gebeten, eine Nachricht zu formulieren, die andere Teilnehmende motivieren könnte, das Rauchen zu reduzieren oder ganz damit aufzuhören. Die beste Nachricht aus diesem sogenannten Message Contest wurde in anonymer Form an alle restlichen Teilnehmenden versendet. Das Antwortverhalten der Teilnehmenden wurde längsschnittlich untersucht und Untergruppen mit unterschiedlichem Teilnahmeverhalten identifiziert.

Ergebnisse

Die SMS-Fragen wurden ähnlich häufig beantwortet unabhängig von der Teilnahme an der Programmvariante MCT oder MCT+. Über alle Teilnehmenden hinweg konnten drei Teilnahmeverläufe identifiziert werden:

- 1) eine stabile Teilnahme (n = 646),
- 2) eine abnehmende Teilnahme (n = 501) sowie
- 3) eine stabile Nicht-Teilnahme (n = 271).

Stabil Teilnehmende beantworteten praktisch alle SMS-Fragen. Teilnehmende mit einer abnehmenden Teilnahme zeigten sich mehrheitlich zu Beginn responsiv, während sie bei sich wiederholenden SMS seltener eine Antwort gaben. Stabil Nicht-Teilnehmende beantworteten nie oder sehr selten eine SMS-Frage.

Die folgenden Faktoren waren mit einer stabilen Teilnahme am Programm assoziiert: jüngeres Alter, kein Migrationshintergrund, mehr selbstberichtete Vorteile als Nachteile eines Rauchstopps und risikoreicher Alkoholkonsum vor der Erstbefragung. Jedoch war eine stabile Teilnahme am Programm nicht mit den besten Ergebnissen assoziiert. Der einzige signifikante Unterschied zeigte sich zwischen Teilnehmenden, die im Laufe des Programms weniger häufig antworteten und solchen, die von Beginn an kaum auf die Fragen antworteten. Jugendliche mit einer abnehmenden Teilnahme am Programm zeigten eine höhere Reduktion des Tabakkonsums als nicht-teilnehmende Jugendliche.

Diskussion

Die vorliegende Studie berichtet erstmalig über das unterschiedliche Teilnahmeverhalten von Jugendlichen an mobiltelefonbasierten Programmen. Wider Erwarten zeigten sich die größten Veränderungen im Tabakkonsum nicht bei Jugendlichen mit einer stabilen Teilnahme am Programm. Weiter verdeutlicht die Studie, dass eine abnehmende Teilnahme nicht mit einer Nicht-Teilnahme am Programm zu vergleichen ist. Oder anders gesagt, dass eine im zeitlichen Verlauf reduzierte Nutzung des Programms durchaus mit positiven Verhaltensänderungen einhergehen kann, z.B. dahingehend, dass Jugendliche das Programm weniger nutzen, weil sie mit dem Rauchen aufgehört haben.

Die Ergebnisse dieser Studie sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten, nicht nur weil sie im Rahmen einer sekundären Analyse entstanden sind. So wurden lediglich solche Nachrichten ausgewertet, die im vorgegebenen Zeitfenster oder in der passenden Formulierung eintrafen. Nachrichten, die unerwartet eintrafen, wurden nicht analysiert. Außerdem wurden den Teilnehmenden 50 Schweizer Rappen pro beantwortete Nachricht in Aussicht gestellt. Grund dafür war, dass die Jugendlichen unabhängig von möglichen SMS-Kosten am Programm teilnehmen können sollten. Diese Untersuchung lässt somit keine direkten Rückschlüsse auf die Motivation hinter einer Teilnahme oder Nicht-Teilnahme schließen. Ein Teilnehmender könnte nach dem Rauchstopp weiter aktiv alle SMS-Fragen beantwortet haben, weil er das Programm als integralen Bestandteil seines Rauchstopps verstand, während ein anderer nicht mehr geantwortet haben könnte, weil er das Programm nicht mehr benötigte. Gleichwohl gibt diese Studie Hinweise darauf, dass eine im zeitlichen Verlauf abnehmende Teilnahme an mobiltelefonbasierten Programmen nicht per se negativ zu werten ist. Die Ergebnisse deuten weiter darauf hin, dass Entwickler solcher mobiltelefonbasierter Interventionen vor allem Wege finden sollten, um auch ältere Jugendliche und Jugendliche mit Migrationshintergrund zur aktiveren Teilnahme zu bewegen.

Anmerkung: Das Redaktionsteam bedankt sich bei Raquel Paz Castro, der Erstautorin der Studie, die diesen Text erstellt und freundlicherweise zur Verfügung gestellt hat.

Manis M, Tamm M & Stolz D (2017)

Unaided smoking cessation in healthy employees

Respiration, DOI: 10.1159/000481826

Hintergrund

Viele Raucher schaffen aus eigener Vorsatzbildung und Anstrengung heraus eine Abstinenz. Aus medizinischer und psychologischer Sicht ist eine Beendigung des Rauchens zu einem möglichst frühen Zeitpunkt des Lebens wünschenswert. In dieser am Universitätsspital Basel (Schweiz) durchgeführten Studie wurde der Frage nachgegangen, wie sich langfristig erfolgreiche Selbstausstieger von denjenigen unterscheiden,



die bei Ausstiegsversuchen die Abstinenz nicht erreicht hatten oder weiterrauchten, ohne Ausstiegsversuche unternommen zu haben.

Methode

Zwischen Mai 2005 und Januar 2012 wurden alle am Universitätsspital Basel Beschäftigten (N = 5 218) über die Studie informiert und erhielten einen aus 17 Items bestehenden Fragebogen. Dabei wurden Daten zum aktuellen Rauchverhalten, vorangegangenen Ausstiegsversuchen, rauchfreien Phasen, Motivation und Nutzung zusätzlicher Ausstiegshilfen erfasst. Zusätzlich wurde detailliert nach Barrieren für einen Rauchstopp gefragt: "Was hält Sie davon ab, einen Rauchstoppversuch zu unternehmen? Gar nichts/ich genieße das Rauchen/es gibt keinen Grund aufzuhören/zu viel Stress/Angst zuzunehmen/ich werde unausstehlich/Angst vor Entzugssymptomen". Die aktuelle Ausstiegsbereitschaft wurde zusätzlich mit der Frage erfasst, ob die betreffende Person bereit wäre, an einem Ausstiegsprogramm teilzunehmen.

Als Raucher klassifiziert wurden Teilnehmer, die angegeben hatten, mindestens 100 Zigaretten in ihrem Leben geraucht zu haben und aktuell mindestens eine Zigarette täglich rauchten.

Ergebnisse

2 574 Fragebögen (49,3 %) wurden ausgefüllt und zurückgeschickt. Darunter befanden sich 57,4 % Nie-Raucher und 42,6 % (N = 1.096) Raucher oder Ex-Raucher. 333 Personen rauchten aktuell. Die durchschnittliche Raucherdauer lag bei etwa 20 Jahren, der tägliche Konsum bei 14 Zigaretten; 38 % rauchten weniger als 10 Zigaretten pro Tag. Etwa drei von vier Rauchenden hatten zumindest einmal versucht, das Rauchen aufzugeben. Bei jedem dritten Rauchenden fand der letzte Ausstiegsversuch innerhalb der letzten 12 Monate statt.

45 % der gegenwärtig Rauchenden hatten Pläne für einen sofortigen Rauchstopp, weitere 26 % erwägen aufzuhören, hatten aber noch keinen Rauchstopp geplant. Lediglich 14 % gaben an, keinerlei Ausstiegsabsichten zu haben. Bezüglich der Nutzung zusätzlicher Ausstiegshilfen gab die Mehrzahl (54 %) der derzeit Rauchenden an, keinerlei Unterstützung in Anspruch genommen zu haben. 21 % hatten bereits Nikotinersatztherapien (NET) und 16 % alternative Hilfsmittel (hierunter

fielen hier neben Hypnose und Akupunktur auch Angaben wie Sport, motivierende Literatur oder Schwangerschaft) benutzt. Ärztliche Unterstützung beim Rauchstopp hatten nur 20 von 333 Befragten erhalten. Als Begründung für das anhaltende Rauchen gaben die Betroffenen in den meisten Fällen an, das Rauchen zu genießen (36,3 %); gut 20 % hatten Angst zuzunehmen, 10 % fühlten sich zu gestresst um aufzuhören und 8 % befürchteten Entzugssymptome. Demgegenüber gaben 16 % an, dass es keinen bestimmten Hinderungsgrund gebe. Jeder zweite schließlich (N = 166) bekundete aktuelle Bereitschaft, an einem Ausstiegsprogramm teilzunehmen.

Unter den ehemaligen Rauchenden befanden sich 70 % Frauen. Die durchschnittliche Abstinenzdauer lag bei knapp 12 Jahren (SD 9,7). Mehrheitlich war der Rauchstopp bereits beim ersten Rauchstoppversuch gelungen (53 %), bei 19 % hatte es zwei, bei 13 % drei und bei 15 % mehr als drei Versuche gebraucht. Der Median lag bei zwei Versuchen. Nach zwei oder mehr erfolglosen Versuchen lag das Odds Ratio OR für das Misslingen des Rauchstopps bei 2.58 (KI 1.94–3.45). Mehr als drei von vier Ex-Rauchenden hatten ohne jegliche behaviorale oder pharmakologische Unterstützung aufgehört. Etwa 15 % hatten alternative Ansätze eingesetzt, lediglich 4,5 % gaben an, NET genutzt zu haben. Bupropion (N = 9) oder ärztliche Unterstützung (N = 13) wurden noch seltener genannt.

Diskussion

Die vorliegende Studie an einer großen Stichprobe von in einer Gesundheitseinrichtung Beschäftigten bestätigt die auch in diesem Newsletter bereits mehrfach berichteten Befunde, dass die Mehrzahl aller (erfolgreichen) Ausstiegsversuche ohne Nutzung von pharmakologischer oder behavioraler Unterstützung stattfindet. Die Chancen für einen erfolgreichen Selbstausstieg scheinen beim ersten oder zweiten Versuch besonders gut zu sein. Wer es allerdings bei den ersten beiden Versuchen nicht schafft, dessen Ausstiegschancen sind bei weiteren Selbstausstiegsversuchen deutlich schlechter. Diese Personen könnten Kandidaten für eine intensiviertere professionelle Entwöhnungsmaßnahme sein. Allerdings sollten die hier berichteten Daten zur notwendigen Anzahl der Versuche nicht überinterpretiert werden, insbesondere auch weil andere Studien von erheblich höheren Zahlen berichten (10–14 Versuche). Infolge Erinnerungsverzerrungen (die durchschnittliche Dauer der Abstinenz der ehemaligen Rauchenden lag bei über 10 Jahren) und unterschiedlichen subjektiven Interpretationen, was genau einen Ausstiegsversuch definiert, ist es nur schwerlich möglich, den realen Median von Versuchen auf der Basis von Selbstangaben zu bestimmen. Auch Rückschlüsse über die Effektivität von Unterstützungsmaßnahmen beim Rauchstopp lassen sich aus den retrospektiv erhobenen Angaben nicht ableiten. Weitere Limitierungen der Studie liegen in der Stichprobenauswahl: Rauchende Teilnehmende hatten einen geringeren Tageskonsum und möglicherweise geringere Abhängigkeitswerte als in den meisten kontrollierten Studien zu professionellen Tabakentwöhnungsmethoden. Durch die Beschäftigung im Gesundheitswesen könnten Faktoren wie soziale Erwünschtheit die Selbstangaben verfälscht haben; allerdings dürfte eine solche Verfälschung nur einen begrenzten Einfluss auf die zentralen Ergebnisse der Studie haben.

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:

PD Dr. Ute Mons

Redaktion:

PD Dr. Ute Mons, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Martínez C, Castellano Y, Andres A, Fu M, Anton L, Ballbe M, Fernandez P, Cabrera S, Riccobene A, Gavilan E, Feliu A, Baena A, Margalef M & Fernandez E (2017)

Factors associated with implementation of the 5A's smoking cessation model

Tobacco Induc Dis, DOI 10.1186/s12971-017-0146-7

In nationalen wie internationalen Tabakleitlinien wird die Kurzberatung mit dem höchsten Evidenzgrad und stärksten Empfehlungsgrad bewertet. Die sogenannten 5As umfassen die Elemente Abfragen des Rauchstatus („ask“); Anraten des Rauchverzichts („advise“); Ansprechen der Aufhörmotivation („assess“); Assistieren beim Rauchverzicht („assist“) und schließlich Arrangieren von Folgekontakten („arrange“). In dieser Arbeit wurde untersucht, welche individuellen, kognitiven, behavioralen und organisatorischen Faktoren mit der Implementierung und Anwendung der 5As in Katalonien in Zusammenhang stehen. In einer querschnittlichen Befragung von Gesundheitsberufen, die sich zu einem sechsstündigen online-Trainingsprogramm zur Tabakentwöhnung angemeldet hatten, wurde zum einen die selbstberichtete Performanz bei den einzelnen As auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 10 (so weit wie möglich) erhoben. Zum anderen wurde ein umfangreicher Fragebogen zur Ermittlung von Motivation, Wissensstand zur Tabakentwöhnung, Selbstwirksamkeit, Bedeutung und Effektivität von Tabakentwöhnungsmaßnahmen, eigene Rauchanamnese und Stellenwert der Tabakentwöhnung in der jeweiligen Organisation eingesetzt. Unter den 580 berücksichtigten Befragten befanden sich mehrheitlich Pflegekräfte (N = 345) und Pflegeassistenten (N = 131); auch ein geringer Anteil von Ärzten (N = 43) war vertreten. 84 % waren in einem Akutkrankenhaus beschäftigt. Die selbstberichtete Performanz bei den ersten drei As fiel moderat aus: ask: 6.4 (SD 3.1); advise: 7.1 (SD 2.7); assess: 6.3 (SD 2.8). Bezüglich der letzten beiden 2As war sie schwach: Assist: 4.4 (SD 2.9); arrange: 3.2 (SD 3.3). Weiterhin wurde eine hohe Korrelation zwischen den beiden letzten As „assist“ und „arrange“ ermittelt ($r = 0.704$, $p < 0.001$). Die Performanz der Befragungsteilnehmer insgesamt war dann gut, wenn das Gefühl von Kompetenz und bereits positive Erfahrungen bei der Unterstützung von Ausstiegsversuchen vorhanden waren. Ärzte berichteten höhere Performanzwerte als andere Gesundheitsberufe (außer bei Assist). Weiterhin zeigten nichtrauchende Befragte und solche, die bereits vorher ein Training zur Tabakentwöhnung absolviert hatten, eine bessere Performanz. Tabakentwöhnung als berufliche Aufgabe zu betrachten war der wichtigste kognitive Faktor im Zusammenhang mit guter Performanz insgesamt. Bezüglich der Performanz bei einzelnen As wurden u. a. folgende Zusammenhänge ermittelt:

- Den Berufsgruppen Ärzte oder Pflegekräfte anzugehören, war positiv assoziiert mit dem Abfragen des Rauchstatus.
- Motiviert zu sein, Patienten beim Ausstieg zu unterstützen und an weiterem Training zur Tabakentwöhnung interessiert zu sein, war positiv, selbst Raucher zu sein, war negativ assoziiert mit dem Anraten des Rauchstopps.
- „Assess“ fand vorwiegend dann statt, wenn Tabakentwöhnung einen wichtigen Stellenwert hatte, Kompetenz empfunden wurde und die Aktivitäten zur Tabakentwöhnung von Organisationsseite protokolliert wurden.
- Bereitschaft und Kompetenz zur Unterstützung zu empfinden, Kenntnisse von Leitlinien und bereits erzielte positive Erfahrungen war positiv assoziiert mit „assist“. Hier spielte zusätzlich die organisatorische Unterstützung eine bedeutende Rolle
- Dieselben Faktoren waren mit der Performanz bezüglich „arrange“ assoziiert. Negative Auswirkungen hatte es, selbst Tabak zu konsumieren.

Diese Ergebnisse stimmen weitgehend mit denen früherer Untersuchungen überein; die kompletten 5As werden nur von einer Minderheit der Gesundheitsberufe befolgt. Zum Einsatz kommen eher die 3As „ask, advice, assess“. Möglicherweise ist also ein ABC-Prinzip (ask, brief advice oder intervention und cessation support (qualifizierte Unterstützung bei Aufhörwunsch, Weiterleitung an ein anerkanntes Entwöhnungsangebot) in dem hier untersuchten Setting besser geeignet. Die ermittelten Barrieren oder förderlichen Faktoren erscheinen plausibel: Rauchende Gesundheitsfachkräfte tun sich insgesamt schwerer mit Tabakentwöhnung. Wer aber Kompetenzen besitzt und bereits positive Erfahrungen mit Tabakentwöhnung gesammelt hat, wird häufiger eine leitlinienkonforme Kurzintervention anbieten. Insbesondere für die aufwändigen und anspruchsvolleren „assist“ und „arrange“ scheint aber nicht nur die individuelle Qualifikation eine wichtige Rolle zu spielen. Hier wirkt es sich besonders stark aus, inwieweit zusätzliche Unterstützung auf Organisationsebene wahrgenommen wird oder nicht.

