



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

Nr. 75  
August  
2019

### Editorial

Die Therapie der Tabakabhängigkeit ist eine suchtttherapeutische Aufgabe. Zum Einsatz kommen unter anderem behaviorale, kognitive und pharmakologische Strategien. Bei Erreichen der Therapieziele – initiale Abstinenz, dann mittel- und langfristige Rauchfreiheit – freuen sich Patient und Behandler über diesen Erfolg, weil es gelungen ist, ein eingegängtes Verhaltensmuster abzulegen und dem inneren Zwang zu rauchen einen Strauß von Verhaltensalternativen entgegenzusetzen. Das ist bei weitem nicht alles an positiven Effekten eines Rauchstopps: Zur rechten Zeit aufzuhören kann die zusätzlichen gesundheitlichen Risiken durch den Tabakkonsum (statistisch) nahezu vollständig wieder reduzieren. Das wissen wir schon seit geraumer Zeit, aber dieses Wissen droht immer wieder in Vergessenheit zu geraten, weil andere Tabak-Themen die Schlagzeilen beherrschen. Die Risikoreduktion gilt insbesondere auch für Herzinfarkte, Schlaganfälle und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Wer vor dem 45. Lebensjahr mit dem Rauchen aufhört, profitiert besonders stark von dieser Risikoreduktion. Dies ist eine der Erkenntnisse einer jüngst veröffentlichten australischen prospektiven Studie (1), bei der rund 190 000 Raucher und Nichtraucher im Alter ab 45 Jahren über sieben Jahre lang beobachtet wurden. Insbesondere wurde der Einfluss des Rauchens auf das Herz-Kreislaufsystem untersucht. Dass das Risiko von Rauchern an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu sterben in etwa dreimal so hoch ist wie das von lebenslangen Nichtrauchern, oder doppelt so hoch für Schlaganfall oder Herzinfarkt, ist nicht neu. Dass allerdings bereits ein Konsum von vier bis sechs Zigaretten täglich mit einem fast doppelt so großen Risiko einhergeht, an den Folgen einer Herzkrankheit zu sterben (Risk Ratio, RR 1.92, 95 % CI 1.11–3.32), war bislang nicht so klar und pulverisiert den Irrglauben, dass geringer Konsum auch risikoarmer Konsum sei. Sieben bis neun 9 Zigaretten pro Tag verdreifachen das Risiko sogar (RR 2.70, 95 % CI 1.62–4.50).

(1) Banks E, Joshy G, Korda RJ, Stavreski B, Soga K, Egger S, Day C, Clarke NE, Lewington S & Lopez AD (2019) Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: fatal and non-fatal outcomes in a large prospective Australian study. BMC Med 17:128, DOI: 10.1186/s12916-019-1351-4

### Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	2

Dies stellt die insgesamt 75. Ausgabe dieses Newsletters dar; wir hoffen, mit der Auswahl der vorgestellten Arbeiten diesem Jubiläum gerecht zu werden. Wir berichten zunächst etwas ausführlicher über zwei neue Meta-Analysen der Cochrane-Arbeitsgruppe, zu Telefonberatung und Hypnotherapie. Dann folgen zwei weitere Beiträge, in denen neue Publikationen besprochen werden: Zunächst eine Arbeit, die der interessanten Fragestellung nachgeht, inwieweit eine Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums eine Rauchstopphandlung prospektiv vorhersagen kann. Im zweiten Beitrag untersuchte eine britische und deutsche Arbeitsgruppe die Effektivität von Tabakentwöhnungshilfen abseits klinischer Studien unter realen Bedingungen und prüfte dabei auch, ob die Wirksamkeit durch bestimmte Merkmale auf Seiten der Nutzer beeinflusst wird.

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  
Ute Mons, Peter Lindinger,  
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

*Anmerkung: Ausschließlich wegen der Erleichterung der Lesbarkeit wird an manchen Stellen nur die männliche Form angeführt. Damit sind jeweils weibliche und männliche Personen gemeint. Keinesfalls soll dies eine Wertung in Bezug auf Über- oder Unterlegenheit eines Geschlechts darstellen.*

## 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: Berlin 14.–18.10.2019. Infos unter <https://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei [braun@ift.de](mailto:braun@ift.de); Tel. 089/36 08 04 91, Fax 089/36 08 04 98

- 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 zu Terminen unter Tel. 030/4 00 45 64 22 oder [dezernat2@baek.de](mailto:dezernat2@baek.de)

- 20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“ am 8. und 9.11.2019 in Tübingen, 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. 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](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de)

- Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 09.–11.10.2019 in Berlin das 20-stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. an (siehe oben)

Infos und Anmeldung unter Tel. 030/2 09 16 63 14, Fax 030/2 09 16 63 16, [n.irmmler@psychologenakademie.de](mailto:n.irmmler@psychologenakademie.de) oder <https://www.psychologenakademie.de>

### Kongresse/Tagungen

#### National

- Deutscher Suchtkongress 2019 vom 16.–18.9.2019 in Mainz

Infos unter <http://www.suchtkongress.de>

- 2. Feuerlein-Symposium zur Versorgungsforschung in der Suchttherapie am 17.10.2019 im Internationalen Wissenschaftsforum Heidelberg (IWH)

Programm und Anmeldung unter <https://feuerlein.center/symposium>

- 17. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 4. und 5. Dezember 2019 in Heidelberg

Programm und Anmeldung voraussichtlich ab Ende August unter <http://www.tabakkontrolle.de>

#### International

- 19. SRNT Europe-Konferenz vom 12.–14.9.2019 in Oslo, Norwegen

Infos unter <http://www.srntoslo2019.com>

- 8. European Conference Tobacco or Health (ECToH 2020) vom 19.–22.2.2020

Abstract-Einreichung und Anmeldung unter <https://www.ectoh.org>

### Neue Publikationen

*Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N & Hartmann-Boyce J (2019)*

#### **Hypnotherapy for smoking cessation**

*Cochrane Database Sys Rev 6: CD001008, DOI: 10.1002/14651858.CD001008.pub3*

#### Hintergrund

Hypnotherapie erfreut sich großer Beliebtheit unter rauchenden Personen, so dass Ärzte und Psychologen häufig mit dem Wunsch der Patienten nach einer hypnotherapeutischen Behandlung konfrontiert werden. Die bisherige Datenlage zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Hypnotherapie ist inkonsistent. In der aktuellen Tabak-Leitlinie wird Hypnotherapie mit dem Empfehlungsgrad 0 („kann angeboten werden“) bewertet. Die Cochrane Tobacco Addiction Group hat nun ein aktualisiertes Review vorgelegt. Die Ergebnisse dieses Reviews liefern wichtige Anhaltspunkte, inwieweit die bisherige Einstufung weiter aufrechterhalten oder ggf. modifiziert werden muss.

## Methode

Für das vorliegende Update wurde u.a. das Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register und zwei Register laufender und abgeschlossener wissenschaftlicher Studien (ClinicalTrials.gov und die WHO International Clinical Trials Registry Plattform) nach den Begriffen „smoking cessation“ und „hypnotherapy“ oder „hypnosis“ durchsucht, wobei keine Einschränkungen bezüglich Publikationsdatum oder -sprache bestanden. Die Suche wurde im Juli 2018 durchgeführt. Inkludiert wurden – wie bei Cochrane Reviews üblich – nur randomisiert-kontrollierte Studien, bei denen Raucher in mind. einem Studienarm eine hypnotherapeutische Intervention zur Tabakentwöhnung erhielten und der Nachbefragungszeitraum mindestens sechs Monate betrug.

## Ergebnisse

Berücksichtigt werden konnten schließlich 14 Studien mit 22 Vergleichsbedingungen (darunter auch eine Studie aus Tübingen, die die größte Studienpopulation beisteuerte), wovon drei Arbeiten seit dem letzten Review neu dazugekommen waren. Insgesamt wurden 1926 Teilnehmer untersucht. Aufgrund der großen Diversität der Studien (insbesondere bezüglich Content und Intensität der Kontrollbedingungen) war keine Meta-Analyse aller Studien durchführbar. Lediglich eine der inkludierten Studien wurde mit einem geringen, hingegen 10 Studien mit einem hohen Bias-Risiko bewertet. Bei nur drei der Studien betrug die Stichprobengröße 100 oder mehr Teilnehmende pro Studienarm.

Die berücksichtigten Arbeiten konnten keine zuverlässige Evidenz liefern, dass eine hypnotherapeutische Behandlung von größerem Nutzen sei als andere Formen der Behandlung oder keine Behandlung. In den meisten Studien wurde keine signifikante Überlegenheit bezüglich der Abstinenzquote nach sechs Monaten oder länger ermittelt. Wenn Unterschiede gefunden wurden, lagen meist schwerwiegende methodische Mängel vor. Diese Mängel bezogen sich am häufigsten auf die mangelnde Verblindung bei den Katamnese-Erhebungen. Auch wenn kleinere Gruppen von Studien mit relativer Vergleichbarkeit gebildet wurden, konnte kein Beweis erbracht werden, dass hypnotherapeutische Behandlungen einen spezifischen Effekt haben. Ein Vergleich mit verhaltenstherapeutischen Interventionen, die bezüglich Zeitaufwand und Aufmerksamkeit ähnlich intensiv waren, erbrachte keine signifikanten Unterschiede (RR 1.21, 95 % CI 0.91–1.61; 6 Studien, 957 Teilnehmende). Ähnlich eingeschränkt durch Bias-Risiken und ohne nennenswerte Unterschiede fiel der Vergleich zwischen hypnotherapeutischen Behandlungen und verhaltenstherapeutischen Interventionen aus, wenn Unterschiede bezüglich der Intensität unberücksichtigt blieben: (RR 0.93, 95 % CI 0.47–1.82; 2 Studien, 211 Teilnehmende). Eine einzelne Studie mit lediglich 40 Teilnehmenden fand eine hochsignifikante Überlegenheit für Hypnotherapie (RR 19.00, 95 % CI 1.18– 305.88), war allerdings mit einem hohen Bias-Risiko und Ungenauigkeit wegen der geringen Fallzahl behaftet.

Beim Vergleich Hypnotherapie mit kurzen behavioralen Interventionen wurden ebenso wenig nennenswerten Differenzen festgestellt (RR 0.98, 95 % CI 0.57–1.69; 2 Studien,

269 Teilnehmende) wie beim Vergleich mit aversiven Methoden („rapid smoking“ oder „focused smoking“; RR 1.00, 95 % CI 0.43–2.33; 2 Studien, 54 Teilnehmende) oder Pharmakotherapie (RR 1.68, 95 % CI 0.88–3.20; 2 Studien, 197 Teilnehmende).

Hypnotherapie als adjuvante Methode zu anderen Behandlungsformen wurde in fünf Studien untersucht. Zwar fand sich hierbei ein signifikanter Effekt zugunsten der Hypnotherapie (RR 2.10, 95 % CI 1.31–3.35; 224 Teilnehmende). Infolge hoher Bias-Risiken in vier dieser fünf Studien, unklarer Risiken in der 5. Studie und bedeutsamen, schwer zu erklärenden Unterschieden bei den Ergebnissen ist jedoch große Zurückhaltung bei der Interpretation dieses Ergebnisses angebracht.

Belastbare Aussagen zu Nebenwirkungen sind nicht möglich, da mit einer Ausnahme keine Daten dazu gesammelt wurden. In der einen Studie mit Erfassung von Nebenwirkungen gab es keine Unterschiede zwischen Hypnotherapie und Entspannungstraining.

## Diskussion

Die Evidenzlage zur Beurteilung, ob Hypnotherapie wirksamer als andere Tabakentwöhnungsmaßnahmen oder keine Intervention ist, muss weiterhin als unzureichend bezeichnet werden. Wenn es einen spezifischen Nutzen gibt, kann dieser nur sehr begrenzt sein. Auch lässt sich nicht fundiert beurteilen, inwieweit mit unerwünschten Nebenwirkungen zu rechnen ist. Unspezifische Wirkungen infolge eines intensiven Kontakts zum Therapeuten sind nicht auszuschließen und wären dann aus der Public Health-Perspektive durchaus erwünscht.

In der Diskussion wird von der Cochrane-Gruppe explizit auf die Studie von Batra et al. (2013) hingewiesen, die mit einer Stichprobengröße von N=360 mehr als die Hälfte der neu berücksichtigten Studienpopulation beisteuerte. In dieser Studie wurden bezüglich der kontinuierlichen Abstinenz keine signifikanten Unterschiede zwischen einer intensiven und professionellen Hypnotherapie und dem Tübinger Gruppenprogramm „Nichtraucher in sechs Wochen“ gefunden, wohl aber hinsichtlich der Punktprävalenz der Abstinenz ein Vorteil für die Verhaltenstherapie. Dies könnte als Beweis für die Wirksamkeit von Hypnotherapie herangezogen werden, da kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme – wie das Tübinger Programm – zu den evidenzbasierten Methoden zählen. Die Ergebnisse der anderen hier berücksichtigten Einzelstudien stützen diese Hypothese allerdings nicht, so dass insgesamt von einem ungenügenden Wirksamkeitsnachweis auszugehen ist. Die Konfidenzintervalle umspannen sowohl signifikant positive als auch negative Effekte, was die Vermutung nahelegt, dass weitere methodisch hochwertige Studien die Wirksamkeitsbewertung verändern könnten.

Wenn Behandler also mit dem Wunsch der Patienten nach einer hypnotherapeutischen Behandlung konfrontiert werden, kann sich eine mögliche Empfehlung ausschließlich auf die fachgerecht ausgeführte klinische Hypnotherapie beziehen und nicht auf die Behandlung durch Laienhypnotiseure. Patienten, die eine Hypnosebehandlung wünschen, sollen dahingehend beraten werden, dass sie einen in klinischer Hypnose ausgebildeten ärztlichen oder psychologischen Hypnotherapeuten aufsuchen.

## Telephone counselling for smoking cessation

Cochrane Database Sys Rev 5: CD002850, DOI: 10.1002/14651858.CD002850.pub4

### Hintergrund

Telefonberatung ist eine sehr intensiv genutzte und weltweit erprobte Form der behavioralen Unterstützung der Tabakentwöhnung. Meist werden diese Telefondienste mit öffentlichen Mitteln finanziert. Auch deshalb ist es notwendig, die Wirksamkeit dieser Interventionen insgesamt und den Effekt unterschiedlicher Bedingungen von Telefonberatung auf die Ausstiegsquoten laufend zu evaluieren. Die Cochrane Tobacco Addiction Group hat auch hierzu ein jüngst aktualisiertes Review vorgelegt.

### Methode

Für das vorliegende Update wurde u.a. das Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register und zwei Register laufender und abgeschlossener wissenschaftlicher Studien (ClinicalTrials.gov und die WHO International Clinical Trials Registry Plattform) nach den Begriffen „hotlines“ oder Freitext nach „telephone\* ODER „phone\*“ ODER „quitline\* ODER „helpline“ durchsucht. Die Suche wurde im Mai (Datenbanken) bzw. Juli (laufende Studien) 2018 abgeschlossen. Inkludiert wurden nur Studien, die den bereits o.g. Cochrane-Standards entsprachen. Es wurde unterschieden nach Studien bei Selbst-Anrufern und solchen, in denen Teilnehmer nicht selbst beim Telefonservice anriefen, sondern Telefonberatung als zusätzliche Intervention angeboten wurde. In Abhängigkeit davon, ob Telefonberatung die hauptsächliche Intervention darstellt oder zusätzlich als Teil eines multimodalen Tabakentwöhnungsprogramms angeboten wird, sind Unterschiede bezüglich des relativen Effekts von Telefonberatung zu erwarten. Subgruppenanalysen wurden durchgeführt bei Studien mit Minimalintervention, face-to-face Kurzintervention und pharmakologischen Interventionen.

Weiterhin wurde untersucht, inwieweit die Intensität der Telefonberatung (zwei Kontakte oder weniger, drei bis sechs Kontakte und sieben oder mehr Kontakte), die theoretische Grundlage des Beratungsprotokolls beim Erstanruf oder die Änderungsbereitschaft der Teilnehmer eine Rolle spielt.

### Ergebnisse

Berücksichtigt werden konnten schließlich 104 Trials mit 111653 Studienteilnehmern, wovon 30 neu dazugekommen sind. Der Median der Stichprobengröße lag bei 735; sieben Studien hatten mehr als 3000 Teilnehmer. Bei den Studienteilnehmern handelte es sich überwiegend um rauchende Erwachsene, teilweise aber auch um Jugendliche, Schwangere und Raucher mit somatischer bzw. psychischer Komorbidität.

Die Anzahl (1 bis 12), Dauer und der Content der Telefonkontakte war unterschiedlich. In 100 Trials wurde die Bedingung „proaktiv“ mit nicht proaktiven Bedingungen verglichen.

Trotz in den meisten Fällen eindeutig signifikanter Effekte wurde wegen eines hohen Bias-Risikos bei vielen Trials (insbesondere in Bezug auf die Verblindung bei der Erhebung der Katamnesedaten und wegen fehlender biochemischer Verifizierung bei 52 % der Studien) und der Heterogenität zwischen den einzelnen Studien die Evidenz auf „moderat“ herabgestuft.

Zu den Ergebnissen im Einzelnen:

**Effekt von proaktiver Beratung bei Selbst-Anrufern:** Die Abstinenzrate ist bei mehreren proaktiven Anrufen höher als bei den in Kontrollbedingungen (Selbsthilfematerialien oder einmalige Kurzberatung): RR 1.38, 95 % CI 1.19–1.61; 14 Trials, 32484 Teilnehmende

**Unterschiedliche Beratungsprotokolle beim Erstanruf:** Hier gab es keine eindeutigen Ergebnisse; Beratungsprotokolle auf Grundlage von Acceptance and Commitment-Therapie (ACT), Motivational Interviewing oder stadienbasierte Interventionen waren nicht wirksamer als vergleichbar intensive andere Beratungsprotokolle.

**Effekt von proaktiver Beratung, die nicht durch Selbst-Anrufe initiiert wurde:** Auch bei Rauchenden, die nicht von sich aus bei einer Helpline angerufen haben, verbesserten proaktive Kontakte die Abstinenzrate insgesamt: RR 1.25, 95 % CI 1.15–1.35; 65 Trials, 41233 Teilnehmende. Wenn Telefonberatung adjuvant zu Selbsthilfe oder Minimalintervention angeboten worden war, fiel der Effekt etwas größer aus (RR 1.35, 95 % CI 1.16–1.57; 35 Trials, 22917 Teilnehmende). 12 Studien testeten den Effekt von Telefonberatung zusätzlich zu face-to-face Beratung oder Kurzintervention. Auch in dieser Subgruppe konnte ein signifikanter Effekt nachgewiesen werden: RR 1.30, 95 % CI 1.12–1.50; 4234 Teilnehmende. In 18 Studien wurde Telefonberatung mit pharmakologischen Ausstiegshilfen kombiniert. Hier fiel der Effekt etwas geringer aus: RR 1.14, 95 % CI 1.03–1.26; 12865 Teilnehmende.

**Intensität der Telefonberatung:** In drei Studien wurde eine Intensität von drei bis fünf Kontakten mit einer geringen Intensität verglichen (ein Kontakt). Die Telefonberatung mit drei bis fünf Kontakten war der Telefonberatung mit geringer Intensität überlegen (RR 1.27, 95 % CI 1.12–1.44; 2602 Teilnehmende). Dieses Ergebnis wurde auch in einer Meta-Regression bestätigt.

**Weitere Ergebnisse:** Telefonberatung verbessert die Ausstiegschancen vermutlich unabhängig davon, ob die beratenen Personen zum Rauchstopp motiviert waren oder nicht.

### Diskussion

Die Evidenzlage zur Beurteilung, ob Telefonberatung wirksam ist, ist eigentlich gut, dennoch wird sie infolge der o.g. methodischen Probleme zu einer insgesamt „moderate-certainty evidence“ herabgestuft.

Proaktive Telefonberatung unterstützt Rauchende, die bei einer Telefonberatung anrufen, aber auch solche, die aus anderen Settings rekrutiert werden. Am deutlichsten ausgeprägt ist

der Effekt, wenn sie zusätzlich zu Selbsthilfe oder Minimalintervention eingesetzt wird; adjuvant zu Pharmakotherapie ist der zusätzliche Effekt kleiner. Es lässt sich nicht eindeutig bestimmen, ob sich die Effekte durch eine höhere Anzahl von Kontakten steigern ließe; drei bis sechs Kontakte scheinen aber wirksamer zu sein als eine geringere Intensität.

Die Autoren weisen in der Diskussion explizit darauf hin, dass die durchschnittliche Anzahl der tatsächlich absolvierten Anrufe typischerweise deutlich kleiner war als die Anzahl maximal möglicher Anrufe. Dies deckt sich mit den Beobachtungen der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung und der Telefondienste in der Schweiz und Österreich.

Zitiert werden auch Erfahrungen aus einer Studie, dass Anrufe mit kürzerer Dauer wirksamer sein könnten als solche von längerer Dauer. Bei Beratungsprotokollen mit fünf oder mehr Kontakten läge die Anzahl kompletierter Kontakte nahe beieinander. Wenn nur eine Minderheit von Teilnehmern bereit ist, alle vorgesehenen Kontakte wahrzunehmen, haben Beratungsprotokolle mit unterschiedlicher Intensität nur einen geringen Impact.

In Studien, wo die Intervention eine Zuweisung zu einer proaktiven Beratung beinhaltet (z.B. Fax-to-Quit-Ansätze), war der Anteil der Teilnehmer, die erreicht werden konnten und Beratung in Anspruch nahmen, meist klein. Diese Teilnehmer erhielten dann aber aus mehreren Kontakten bestehende Unterstützung.

Trotz der Vielzahl der berücksichtigten Studien und den großen Fallzahlen könnte sich anlässlich der methodischen Probleme und Heterogenität zwischen den Studien die Gesamtbewertung durch weitere Forschung in diesem Bereich ändern.

*Klemperer EM, Hughes JR & Naud S (2019)*

### **Reduction in cigarettes per day prospectively predicts making a quit attempt: a fine-grained secondary analysis of a natural history study**

*Nicotine Tob Res 21: 648–654, DOI: 10.1093/ntr/nty056*

#### **Hintergrund**

Eine durch medikamentöse Unterstützung erzielte Konsumreduktion führt verstärkt zu Rauchstopphandlungen („quit attempts“) bei rauchenden Personen, die ursprünglich nicht mit dem Rauchen aufhören wollten. Wenn dieser Effekt auf die Reduktion des Tageskonsums per se zurückzuführen ist, sollte sich ein Zusammenhang zwischen einer signifikanten Konsumreduktion und einer nachfolgenden Rauchstopphandlung ermitteln lassen.

#### **Methode**

Präsentiert werden die Ergebnisse einer Sekundäranalyse einer Langzeitstudie zum natürlichen Verlauf des Rauchens, bei der erwachsene Rauchende mit einem Rauchstoppvorhaben innerhalb der nächsten 12 Wochen allabendlich

telefonisch mittels IVR („interactive voice response system“) befragt worden waren. Ein Behandlungsangebot war bei der Studie nicht inkludiert. Gefragt wurde jeweils nach der Anzahl gerauchter Zigaretten pro Tag (CPD), Ausstiegsintention für den nächsten Tag und Rauchstopphandlungen (ernsthafte Ausstiegsversuche). Episoden mit reduziertem Konsum wurden identifiziert und bezüglich vier Kriterien eingeteilt:

- prozentuale Reduktion von CPD
- absolute Reduktion an CPD
- die Dauer der Reduktionsphase
- CPD am letzten Tag der Reduktionsphase.

Es wurde in einem weiteren Schritt ermittelt, inwieweit diese Kriterien mit einer Rauchstopphandlung unmittelbar im Anschluss an die Reduktionsphase einhergingen. Dabei wurde danach unterschieden, ob diese Episoden von reduziertem Konsum mit oder ohne Rauchstoppintention gestartet wurden, da vorherige Befunde vermuten ließen, dass diese Episoden nur bei Rauchern ohne Rauchstoppintention mit höheren Abstinenzchancen zusammenhängen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob bei jedem einzelnen Teilnehmer eine stärkere Reduktion mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für eine Rauchstopphandlung einherging als eine geringere Reduktion.

#### **Ergebnisse**

Die Befragten berichteten durchschnittlich von neun Episoden, die ohne Rauchstoppintention gestartet wurden; 11 % dieser Episoden führten zu einer Rauchstopphandlung. Der Median der absoluten Reduktion betrug 3,4 CPD (bei einem Ausgangskonsum von 20 CPD). Der Median der Dauer betrug einen Tag, und die CPD am letzten Tag der Reduktionsphase lagen bei 12. Wie zu erwarten hingen absolute und prozentuale Reduktion eng zusammen ( $r=0.67$ ,  $p < 0.001$ ).

Unter den 1179 Episoden, die ohne Rauchstoppintention gestartet wurden, konnten alle vier Maße von Reduktion eine Rauchstopphandlung prädictieren. In einem multivariaten Modell verblieben die prozentuale Reduktion von CPD, eine längere Dauer der Reduktionsphase und die CPD am letzten Tag der Reduktionsphase (jeweils  $p < 0.05$ ) als signifikante Prädiktoren.

Zu den 85 Episoden, die mit Rauchstopp-Intention gestartet wurden, trugen die einzelnen Teilnehmer mit durchschnittlich zwei Episoden bei; 47 % dieser Episoden führten zu einer Rauchstopphandlung. Der Median der absoluten Reduktion betrug 4,5 CPD. Der Median der Dauer lag bei zwei Tagen, und die CPD am letzten Tag der Reduktionsphase bei 7. Auch hier hingen absolute und prozentuale Reduktion eng zusammen ( $r=0.63$ ,  $p < 0.001$ ). Bei den Episoden, die mit Rauchstoppintention gestartet wurden, konnten nur eine prozentuale Reduktion von CPD und die absolute Reduktion an CPD eine Rauchstopphandlung vorhersagen. Im multivariaten Modell fungierte lediglich die prozentuale Reduktion von CPD als signifikanter Prädiktor ( $p < 0.001$ ).

#### **Diskussion**

Die Ergebnisse dieser feinkörnigen Sekundäranalyse zeigen, dass eine größere Konsumreduktion als Prädiktor für eine

## 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

Rauchstopphandlung fungiert. Es erscheint also plausibel, dass eine Reduktion des Tageskonsums per se zu verstärkten Rauchstopphandlungen führt. Dieser Effekt könnte darauf zurückzuführen sein, dass Raucher näher an die Vorteile des Nichtrauchens herangeführt werden (geringere Ausgaben, weniger Stigmatisierung, gesundheitliche Verbesserung) und die Selbstwirksamkeit gestärkt wird, indem mehr Kontrolle über das Rauchen erlebt wird. Weiterhin werden die konditionierten Nikotineffekte abgeschwächt, indem die rauchfreien Phasen auch in Anwesenheit von Auslösereizen aufrechterhalten werden.

Ob jetzt die Reduktion an sich oder die Entscheidung zu reduzieren dabei die entscheidende Rolle spielt, lässt sich aus dieser Untersuchung nicht ableiten. Dazu bedarf es eines kontrollierten Studiendesigns. Jedoch liegt die Vermutung nahe, dass klinische Interventionen und verhältnispräventive Maßnahmen, die eine Konsumreduktion promoten, zusätzliche Rauchstopphandlungen bei Rauchenden anstoßen können, die nicht vorhaben aufzuhören. Insbesondere könnten damit auch Raucher erreicht werden, die nicht empfänglich sind für die Empfehlung, abrupt mit dem Rauchen aufzuhören.

Jackson S, Kotz D, West R & Brown J (2019)

### **Moderators of real-world effectiveness of smoking cessation aids: a population study**

*Addiction*, online veröffentlicht am 22. Mai 2019, DOI: 10.1111/add.14656

## Hintergrund

Ob und inwieweit die Wirksamkeit von Behandlungsmaßnahmen und Ausstiegshilfen durch bestimmte Merkmale von rauchenden Personen beeinflusst werden, ist von großer Bedeutung, weil dadurch Empfehlungen zur Verwendung unterschiedlicher Ausstiegshilfen an diese Merkmale angepasst werden könnten, um die bestmögliche Wirksamkeit zu erzielen. Die hier vorgestellte Studie hatte zum Ziel, die Wirksamkeit diverser in England gebräuchlicher Ausstiegshilfen unter realen Bedingungen einzuschätzen und zu überprüfen, ob deren Wirksamkeit sich je nach Tabakabhängigkeit, sozioökonomischem Status, Alter oder Geschlecht unterscheidet.

## Methode

Es wurden akkumulierte Daten der „Smoking Toolkit Study“ analysiert, um folgende Forschungsfragen zu beantworten:

- 1) Ist bei Rauchern in England, die einen Ausstieg unternehmen, die Nutzung von NET (Verschreibung und „over the counter“, OTC), Vareniclin, Bupropion, E-Zigaretten, persönlicher behavioraler Unterstützung, Telefonberatung, schriftlichen Selbsthilfematerialien, Webseiten, oder Hypnotherapie mit größeren Erfolgchancen assoziiert als

die Nicht-Nutzung dieser Ausstiegshilfen, insbesondere nach Adjustierung für potentielle Confounder?

- 2) Wenn ja, unterscheiden sich diese Zusammenhänge nach Grad der Abhängigkeit, sozioökonomischem Status, Alter oder Geschlecht?

Untersucht wurden diese Fragestellungen mit einem Korrelations-Design von Querschnittsbefragungen bei monatlich erhobenen Daten zwischen 2006 und 2018. Berücksichtigt wurden Daten von 18 929 erwachsenen Rauchenden (52 % Frauen), die innerhalb der letzten 12 Monate geraucht und zumindest einen ernsthaften Rauchstoppversuch in dieser Zeit unternommen hatten. Die konkrete Frage dazu lautete: „Wie viele ernsthafte Versuche haben Sie in den letzten 12 Monaten unternommen, um mit dem Rauchen aufzuhören? Ernsthaft bedeutet, dass Sie entschlossen waren, nicht wieder anzufangen.“

Die primäre Outcome-Variable war die selbstberichtete kontinuierliche Abstinenz seit Beginn des letzten Ausstiegsversuchs. Unabhängige Variable war die selbstberichtete Nutzung der oben genannten Ausstiegshilfen; Mehrfachnennungen waren dabei möglich.

Als Kovariaten fungierten das Maß der Abhängigkeit (ermittelt als Stärke des Rauchverlangens), der zeitliche Abstand zum Rauchstopp, die Anzahl der Versuche und ob die Befragten in einem Schritt aufgehört oder zunächst reduziert hatten.

## Ergebnisse

2980 der knapp 19 000 Befragten, die einen Rauchstopp versucht hatten, waren zum Zeitpunkt der Befragung rauchfrei. Insgesamt hatten 10 581 Befragte (55,9 %) bei ihrem letzten Versuch eine oder mehrere Ausstiegshilfen genutzt. Am häufigsten genannt wurden NET OTC (27,5 %), E-Zigaretten (12,7 %), NET Verschreibung, (8,5 %), Vareniclin (5,5 %) und persönliche behaviorale Unterstützung (4,6 %). In der Mehrzahl wurde beim letzten Versuch nur eine einzelne Ausstiegshilfe genutzt.

Zur Einordnung der Effekte insgesamt hier die jeweiligen Abstinenzraten vor der Adjustierung:

▪ keine Ausstiegshilfe genutzt	16,8 %
▪ NET (Verschreibung)	14,1 %
▪ NET (OTC)	11,6 %
▪ Vareniclin	20,4 %
▪ Bupropion	11,4 %
▪ E-Zigarette	21,2 %
▪ Face to face Beratung	15,4 %
▪ Telefon	11,1 %
▪ Selbsthilfematerialien	16,8 %
▪ Webseiten	18,6 %
▪ Hypnotherapie	17,3 %

Nach einer Adjustierung nach Kovariaten und der Nutzung anderer Ausstiegshilfen waren Nutzer von E-Zigaretten (OR 1.95, 95 % CI 1.69–2.24) und Nutzer von Vareniclin (OR 1.82, 95 % CI 1.51–2.21) signifikant häufiger von Tabak abstinenter geblieben als diejenigen, die diese Ausstiegshilfen nicht genutzt hatten. Die Nutzung von NET nach Verschreibung war bei älteren Rauchern über 45 Jahren mit höheren Abstinenzchancen assoziiert (OR 1.58, 95 % CI 1.25–2.00), aber nicht bei unter 45-Jährigen. Die Nutzung von internetbasierten Angeboten hing mit höheren Abstinenzchancen bei Rauchern mit niedrigem sozioökonomischen Status zusammen (OR 2.20, 95 % CI 1.22–3.98), jedoch nicht bei solchen mit höherem sozioökonomischen Status. Für NET als OTC-Produkt, Bupropion, persönliche behaviorale Unterstützung, schriftliche Selbsthilfematerialien sowie Hypnotherapie wurden keine signifikanten Ergebnisse gefunden. Telefonberatung sowie Webseiten waren signifikant wirksamer bei Rauchern mit stärkerer Abhängigkeit, schriftliche Selbsthilfematerialien bei diesen Personen hingegen weniger wirksam. Die Adhärenz oder fortgesetzte Nutzung von medikamentösen Hilfen oder E-Zigaretten wurde nicht erfasst.

## Diskussion

Für die Mehrzahl der Ausstiegshilfen war die hier berichtete relative Wirksamkeit etwas niedriger als die in Meta-Analysen von randomisierten Studien berichtete relative Wirksamkeit. Auffällig ist das Ergebnis bezüglich persönlicher behavioraler Unterstützung, Telefonberatung, schriftlichen

Selbsthilfematerialien und internetbasierten Hilfen, für die es Wirksamkeitsnachweise aus kontrollierten Studien gibt, die hier aber nach Adjustierung nach Kovariaten und der Nutzung anderer Ausstiegshilfen nicht bestätigt werden konnten. Dies könnte an den besonderen englischen Verhältnissen liegen, wo die diversen Formen behavioraler Unterstützung meist in Kombination mit pharmakologischen Hilfen in Anspruch genommen werden.

Überhaupt ist eine solche Studie auf der Populations-Ebene derzeit wohl nur in England mit seiner intensiven Nutzung aller Formen von Ausstiegshilfen durchführbar; in Ländern mit geringer Nutzung von Ausstiegshilfen wäre die Aussagekraft deutlich eingeschränkt.

Die überwiegende Mehrzahl der weit verbreiteten Ausstiegshilfen scheint unabhängig vom sozioökonomischen Status wirksam zu sein, was unter dem Aspekt sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ein wichtiges und erfreuliches Ergebnis darstellt. Allem Anschein nach hat die breite Verfügbarkeit von individuellen Ausstiegshilfen in England die gesundheitliche Ungleichheit nicht verstärkt, sondern über das gesamte soziale Spektrum Tausende von Menschenleben gerettet.

Dass die Nutzung internetbasierter Angebote bei Rauchern mit niedrigem sozioökonomischen Status mit höheren Abstinenzchancen zusammenhing, sollte bei der künftigen Gestaltung und Promotion dieser Unterstützungsangebote berücksichtigt werden.