



Newsletter Tabakentwöhnung

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

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

Nr. 85
Dezember
2021

Editorial

Die Weltbevölkerung steigt stetig, aber global ist die absolute Zahl der Tabaknutzer trotz der steigenden Weltbevölkerung rückläufig. Diese ermutigende Entwicklung ist einem kürzlich von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichten etwa 150-seitigen Bericht zu entnehmen (1). Während noch im Jahr 2000 fast jeder zweite Mann im Alter von mindestens 15 Jahren irgendeine Art von Tabak konsumiert hat, waren es in 2020 noch 36,7 %. Bis zum Jahr 2025 ist von einem weiteren leichten Rückgang auf dann 34,3 % auszugehen. Bei den Frauen waren es in 2000 16,2 % Tabakkonsumentinnen, in 2020 noch 7,8 % und für das Jahr 2025 werden 6,6 % prognostiziert. Aus diesen Zahlen lässt sich somit auch ablesen, dass das Verhältnis tabakkonsumierender Männer zu tabakkonsumierenden Frauen in den letzten 20 Jahren sich zuungunsten der Männer verändert hat und weiter verändern wird: War der Raucheranteil in 2000 bei den Männern noch dreimal höher als bei den Frauen, wird dieser in 2025 fünfmal höher sein.

In der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen sei der Anteil der Tabaknutzer zwischen 2000 und 2020 von 20,8 % auf 14,2 % gesunken. Bei den 45- bis 54-Jährigen sind die Prävalenzen am höchsten; hier war im selben Zeitraum ein Rückgang von 41,2 % auf 28,5 % zu beobachten. Die WHO prognostiziert auch in dieser Hochprävalenz-Kohorte einen weiter rückläufigen Trend; bis 2025 soll die Rauchprävalenz auf 26,1 % sinken.

Schaut man sich die Veränderungen zwischen 2000 und 2020 in Europa genauer an, ist insgesamt ein Rückgang von 34,6 %

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	3

auf 23,7 % zu beobachten. Spannend ist dabei der Blick auf die Entwicklung in einzelnen Ländern (Abb. 1):

- Dänemark: Rückgang von 37,8 % auf 17,5 %
- Deutschland: Rückgang von 34,5 % auf 19,6 %
- Frankreich: Rückgang von 31,6 % auf 28,7 %
- Irland: Rückgang von 35,5 % auf 19,8 %
- Norwegen: Rückgang von 43,6 % auf 16,0 %
- Österreich: Rückgang von 49,6 % auf 23,7 %
- Vereinigtes Königreich: Rückgang von 36,1 % auf 14,3 %
- Da weiter unten eine Arbeit aus Kanada vorgestellt wird, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass es dort einen Rückgang von 28,0 % auf 12,5 % gab.

Es ist wenig überraschend, dass das Vereinigte Königreich (UK) wie auf der Tobacco Control Scale auch hier führend ist. Im „WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013–2020 (NCD GAP)“ wurde als Ziel eine 30-prozentige Verringerung der Prävalenz des Tabakkonsums bis 2025 im Vergleich zu 2010 benannt. Dazu hat die WHO auch kalkuliert, mit welchem Rückgang von 2010 bis 2025 zu rechnen sein wird unter der Annahme, dass die Tabakkontrollmaßnahmen in den einzelnen Ländern wie bisher weitergeführt werden.

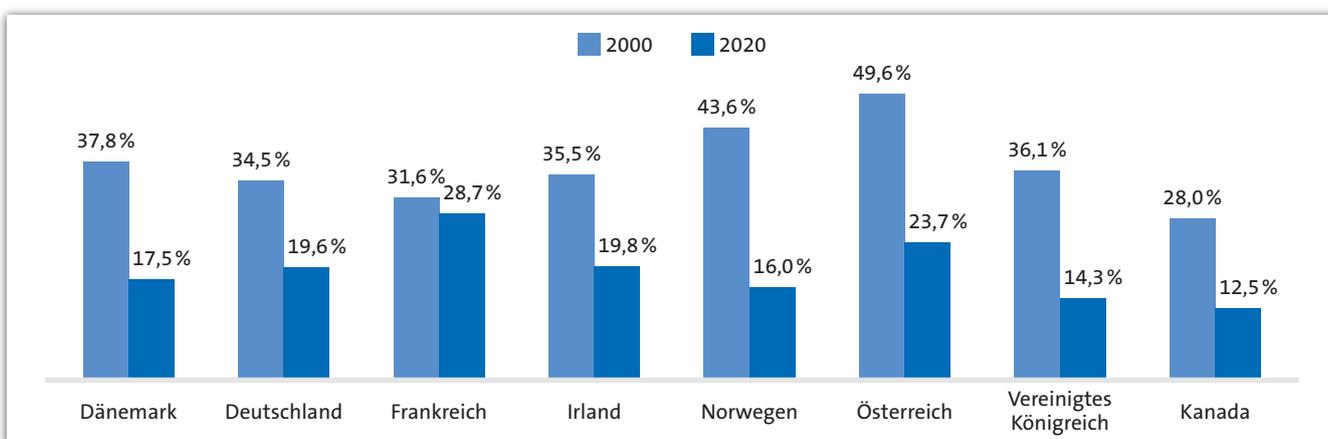


Abbildung 1: Anteile von Rauchenden in ausgewählten Ländern in den Jahren 2000 und 2020 (1)

(1) World Health Organization (2021) WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. Fourth edition, Geneva

Deutschland schneidet diesbezüglich recht gut ab und wird das Ziel wie die meisten der hier aufgeführten Länder wohl erreichen. Hier die Zahlen im Einzelnen:

- Dänemark: Verringerung um 44%
- Deutschland: Verringerung um 34%
- Frankreich: Verringerung um 6%
- Irland: Verringerung um 36%
- Norwegen: Verringerung um 53%
- Österreich: Verringerung um 43%
- UK: Verringerung um 50%
- Kanada: Verringerung um 46%

Bleiben wir noch bei der WHO und erinnern wir an dieser Stelle noch einmal an deren Guidelines zum Rahmenabkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (Framework Convention on Tobacco Control, FCTC). Dort wird unter vielen anderen Punkten auch gefordert, dass auf den Zigarettenpackungen Informationen zu Quitlines, also Telefonberatungen zur Unterstützung des Rauchstopps abgedruckt sind. In einer Studie wurde nun geprüft, welche Veränderungen diesbezüglich in Ländern, die diese FCTC unterzeichnet haben, von 2007 bis 2018 zu beobachten waren (2). Zum einen hat sich die Zahl der Länder, die eine kostenfreie Telefonberatung bereitstellen, deutlich erhöht. Zum anderen haben auch deutlich mehr Länder neben den Warnhinweisen eine Information zur Telefonberatung auf den Zigarettenpackungen platziert. Zudem haben alle Länder, die Informationen zu Telefonberatung auf den Packungen aufgedruckt haben, diese mit bildlichen Warnhinweisen kombiniert. In 79 % der Länder mit hohem Einkommen wird Telefonberatung auf den Zigarettenpackungen promotet, während es in den Ländern mit mittlerem Einkommen lediglich 45 % sind. Trotz einer gestiegenen Adhärenz bezüglich der WHO FCTC Guidelines gibt es diesbezüglich also noch Luft nach oben, insbesondere in Ländern mit mittlerem Einkommen.

In der vierten Ausgabe unseres Newsletters für 2021 werden wieder vier neue Publikationen besprochen. Zunächst eine Arbeit zur Repräsentanz bzw. Exklusion von psychisch komorbiden Patienten in klinischen Studien zu pharmakologischen Therapien, dann werden Ergebnisse einer großen Repräsentativbefragung aus UK herangezogen, um neues Licht auf die widersprüchliche Evidenz zur Wirksamkeit der zwei Ansätze „Schlusspunkt“ und „graduelle Reduktion“ zu werfen. Die dritte Publikation aus Kanada ging der Frage nach, ob und wie sich ein Behandlungsprogramm unterschiedlich auf die Erfolge von Rauchenden mit einem Tageskonsum von höchstens 10 Zigaretten und Rauchende mit höherem Konsum auswirkt. Den Abschluss bildet eine irische Untersuchung über die Auswirkungen einer Multikomponenten-Intervention in einer Justizvollzugsanstalt.

Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate. In Anbetracht der dynamischen Corona-Lage bitten wir Sie,

(2) Seitz CM, Ward KD & Kabir Z (2021) Quitline information included on cigarette packaging: an assessment of country adherence to WHO FCTC Guidelines, 2007 to 2018. Int J Environ Res Public Health 18: 12193, DOI: 10.3390/ijerph182212193

aktuelle Entwicklungen in Bezug auf die Durchführung der unten genannten Veranstaltungen jeweils selbst noch einmal zu prüfen.

Wir haben uns auch sehr gefreut, dass viele von Ihnen an der 19. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle am 15. und 16. Dezember 2021 teilgenommen haben.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2022,

Ihr Redaktionsteam

Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra



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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

IFT

Das Rauchfrei Programm

DAS RAUCHFREI PROGRAMM

BZgA
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

- 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 München 21.–25.2.2022, Berlin 28.3.–1.4.2022; verkürzte Schulung Frankfurt 21.–23.3.2022. 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

■ Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte und Ärztinnen 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.: 030/40045 64 22 oder dezernat2@baek.de



■ 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 Rauchenden mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmende haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termine: 30.3.–1.4.2022 im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage. 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

Kongresse/Tagungen

National

■ 23. Frühjahrs-Tagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.

„Stationär, ambulant und online – was geht?“ in Kooperation mit der Sektion Suchtforschung Universitätsklinikum Tübingen am Mittwoch, 23.3.2022 von 14 bis 17 Uhr als Hybrid-Veranstaltung. Programm und Anmeldung in Kürze unter <https://www.wat-ev.de>

■ 25. Tübinger Suchttherapietage mit Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung: 30.3.–1.4.2022

Infos und Programm unter www.tuebingen-suchttherapietage.de

International

■ 28. SRNT-Konferenz vom 15.–18.3.2022 in Abhängigkeit von der weiteren Entwicklung als Hybrid-Veranstaltung (virtuell und als Präsenzveranstaltung) oder vollständig virtuell

Die Einreichung von Abstracts und Symposien ist schon geschlossen; die Registrierung ist bereits möglich. Updates unter https://www.srnt.org/page/2022_Meeting

Neue Publikationen

Talukder SR, Lappin JM, Boland V, McRobbie H & Courtney RJ (2021)

Inequity in smoking cessation clinical trials testing pharmacotherapies: exclusion of smokers with mental health disorders

Tob Control, DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056843

Hintergrund

Patienten mit psychischer Komorbidität weisen eine höhere Rauchprävalenz und stärkere Tabakabhängigkeit auf, sind aber in klinischen Studien oft unterrepräsentiert. Dabei werden die Gründe für ihren Ausschluss oft nicht dokumentiert. Es wäre aber infolge ihrer höheren Prävalenz und Tabakabhängigkeit umso wichtiger, dass diese Patienten in klinischen Studien zu pharmakologischen Therapien angemessen repräsentiert sind. Möglicherweise schrecken manche Behandelnde und verschreibende Ärzte auch davor zurück, Rauchenden mit psychischer Komorbidität medikamentöse Therapien anzubieten, weil sie bezüglich Sicherheit, Kontraindikationen, geringer Adhärenz oder ethischer Gründe Bedenken haben. In diesem Review wurden die Praktiken zur Exklusion von Rauchenden mit psychischer Komorbidität („mental health disorder“, MHD) oder schwerer psychischer Erkrankung („severe mental illness, SMI) in pharmakologischen Studien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit und die jeweiligen Gründe für die Exklusion untersucht.

Methode

Die Cochrane-Datenbank wurde zum Stichtag 30. September 2020 nach allen Reviews durchsucht, die die Schlüsselbegriffe „quit smoking“, „smoking cessation“, „smoking cessation treatment“, „smoking abstinence“, „cigarette smoking“ oder „tobacco use cessation“ enthielten. Inkludiert wurden ausschließlich randomisierte, kontrollierte Studien (RCT), die die Wirksamkeit und/oder Sicherheit pharmakologischer Behandlungen untersuchten.

MHDs wurden definiert als diverse psychische Störungen wie Depression, Angst- oder Persönlichkeitsstörung, Substanzmittelgebrauch, Essstörungen oder psychotische Störung. Als SMI definiert wurde eine Untergruppe der MHDs wie Schizophrenie, bipolare Störung oder schwere Depression.

Die Studien wurden kategorisiert in „explizit exkludierend“ (generelle Exklusion wird spezifisch angezeigt und die MHDs bzw. Störungen werden aufgelistet), „bedingt exkludierend“ (exakte MHDs bzw. Störungen werden aufgelistet, die exkludiert wurden; aus der Beschreibung geht zusätzlich hervor, dass andere MHDs inkludiert waren), „inkludierend“ (eindeutige Erwähnung, dass MHDs nicht exkludiert wurden) und „unklar“. Alle MHD-Exklusionskriterien wurden in sechs Gruppen klassifiziert: (1) SMIs, (2) Drogen- und Alkoholabhängigkeit, (3) psychoaktive Medikation, (4) milde bis moderate MHDs, (5) instabile Symptome und (6) medikamentöse Kontraindikation.

Ergebnisse

Inkludiert wurden 279 RCTs aus 13 Cochrane-Reviews. 51 Studien (18,3 %) fielen in die Kategorie „explizit exkludierend“, 152 (54,5 %) in die Kategorie „bedingt exkludierend“ und in 76 Studien blieb unklar, inwieweit Teilnehmende mit MHD exkludiert worden waren. Die Exklusion von Rauchenden mit MHDs fiel je nach Art der pharmakologischen Behandlung sehr unterschiedlich aus: RCTs mit Antidepressiva oder partiellen Nikotinrezeptor-Agonisten wiesen eine deutliche höhere bedingte Exklusionsrate auf (81,3 % bzw. 69,2 %, Tab. 1) als eine explizite Exklusion (14,3 % bzw. 26,3 %). Studien mit Nikotinersatztherapie (NET) wiesen in der Hälfte der Fälle unklare Exklusionsbedingungen auf. Dies korrelierte teilweise mit dem Erscheinungsjahr der Studien: Vor 1994 waren unklare Exklusionsbedingungen weit verbreitet, und es wurden in dieser Phase überwiegend Studien zu NET publiziert.

In Studien mit Antidepressiva als medikamentöse Ausstiegshilfe wurden Patienten mit MHD 3,33-mal häufiger bedingt exkludiert als in Studien mit NET (KI 1,38–8,01, $p=0,007$; adjustiert nach Publikationszeitpunkt).

Tabelle 1: Exklusion von Teilnehmenden mit MHDs nach Art der pharmakologischen Behandlung

	Explizit	Bedingt	Unklar
	N = 51	N = 152	N = 76
Antidepressiva	13 (14,3 %)	74 (81,3 %)	4 (4,4 %)
partielle NR-Agonisten	10 (25,6 %)	27 (69,2 %)	2 (5,1 %)
NET	18 (15,0 %)	42 (35,0 %)	60 (50 %)
andere	10 (34,5 %)	9 (31,0 %)	10 (34,5 %)

Teilnehmende mit Drogen- und Alkoholabhängigkeit oder schwerer psychischer Erkrankung SMI wurden insgesamt häufiger ausgeschlossen als andere Gruppen von MHDs. In den Studien mit bedingter Exklusion fiel auf, dass Patienten mit Drogen- und Alkoholabhängigkeit am häufigsten in solchen zu partiellen Nikotinrezeptor-Agonisten inkludiert wurden, wohingegen Patienten mit SMI am wenigsten häufig inkludiert wurden.

In NET-Studien waren Teilnehmende mit Drogen- und Alkoholabhängigkeit am häufigsten ausgeschlossen. Dafür gab es keinerlei Exklusionen wegen medikamentöser Kontraindikationen oder milder bis moderater MHDs.

Diskussion

In den meisten hier berücksichtigten Studien wurden Personen mit MHDs in irgendeiner Form von der Teilnahme ausgeschlossen, so dass man von einer (zu) geringen Repräsentanz dieser besonders betroffenen Zielgruppe mit hoher Priorität sprechen kann. Einerseits ist es verständlich, dass Studienleiter (u.a. wegen Bedenken bezüglich geringerer Retention durch vermehrte Studienabbrüche), Behörden und/oder Ethik-Kommissionen exkludieren, andererseits bedeutet das Fehlen von Evidenz infolge einer Unterrepräsentation

dieser Zielgruppe eine Ungleichheit bezüglich deren Versorgung. Wenn die Bedarfe von Personen mit MHD weiter nicht adressiert werden, ist davon auszugehen, dass die Prävalenzunterschiede zwischen der Allgemeinbevölkerung und Personen mit MHD weiter zunehmen werden. Zumindest sollte die Ungleichheit in der Forschungspraxis auch dadurch adressiert werden, dass Forscher transparent machen, wie hoch der Anteil von inkludierten Studienteilnehmern mit MHDs war und welche Teilnehmer mit welcher Begründung ausgeschlossen wurden.

Garnett C, Brown J, Shahab L, Raupach T & Lindson N (2021)

Potential explanations for conflicting findings on abrupt versus gradual smoking cessation: a population study in England

Nicotine Tob Res, DOI: 10.1093/ntr/ntab239

Hintergrund

Aus Beobachtungsstudien und kontrollierten klinischen Studien gibt es widersprüchliche Evidenz zur Wirksamkeit der beiden unterschiedlichen Ansätze „Schlusspunkt“ und „gradueller Reduktion“. Daten aus Beobachtungsstudien legen nahe, dass Aufhören in einem Schritt – Schlusspunkt – dem graduellen Reduktionsansatz überlegen wäre, wohingegen klinische Studien keinen Unterschied ausmachen konnten. Ein Cochrane Review auf der Basis von 22 Studien und N=9219 Untersuchungspersonen kommt zum Beispiel zu dem Ergebnis, dass beide Vorgehensweisen zu vergleichbaren Abstinenzergebnissen führen. Eine von mehreren denkbaren Erklärungen dafür wäre die Selbst-Selektion in Beobachtungsstudien, wobei diejenigen, die es schwerer finden aufzuhören, den Ausstieg schrittweise zunächst mit einer Reduktionsphase versuchen. In dieser Arbeit wurde versucht, den widersprüchlichen Befunden auf den Grund zu gehen und weitere mögliche Erklärungen zu liefern.

Methode

Auf Basis von Beobachtungsdaten einer fortlaufenden Repräsentativbefragung (Smoking Toolkit Study, STS, erhoben von November 2006 bis Februar 2020) von erwachsenen Rauchenden in England, die zumindest einen Ausstiegsversuch in den letzten 12 Monaten unternommen hatten (N=21 542), wurden logistische Regressionsmodelle berechnet, um den Zusammenhang zwischen abrupten und graduellen Rauchstoppversuchen und dem Erfolg dieser Versuche zu ergründen. Adjustiert wurde dabei nach soziodemographischen und relevanten rauchanamnestischen Merkmalen.

Forschungsfragen waren unter anderem, ob diejenigen, die mind. zwei Ausstiegsversuche unternommen haben, zwischen abrupten und graduellen Versuchen wechseln, oder konsistent nur einen Ansatz (abrupt oder graduell) verfolgen und wie sich dies auf die Erfolgsaussichten auswirkt. Auch wurde untersucht, ob abrupte (im Vergleich zu graduellen) Ausstiegsversuchen unabhängig, also nach Adjustierung soziodemographischer und rauchanamnestischer Merkmale mit höheren Erfolgsquoten einhergehen.

An soziodemographischen Charakteristika wurden erfasst: Geschlecht und Alter, sozialer Status, Haushaltseinkommen, Ethnie, höchster Bildungsabschluss, Beschäftigungsverhältnis, Ehe- und Familienstand, Haus- und Grundbesitz, sexuelle Orientierung, Behinderung und psychische Komorbidität.

Im Falle mehrerer Ausstiegsversuche wurden neben dem letzten auch die zwei vorangegangenen erfasst und Befragte entweder den Gruppen „immer abrupt“ oder „auch graduell“ zugeordnet.

Ergebnisse

Von den N=21 542 inkludierten Personen hatten 54,9 % (N=11 826) ihren letzten Ausstiegsversuch abrupt unternommen; zwei von drei Befragten (65,2 %; N=14 054) hatten lediglich einmal versucht aufzuhören.

Abrupte Ausstiegsversuche waren im Vergleich zu graduellen Versuchen mit einer deutlich höheren Erfolgsquote assoziiert (18,8 % vs. 10,3 %; OR=2,02, KI=1,86–2,19, $p < 0,001$). Unter knapp 7 500 Befragten, die mehrere Ausstiegsversuche unternommen hatten, waren 70 % (N=5 247) konsistent bezüglich der Art der Versuche; 53 % haben immer abrupt und 47 % immer graduell versucht, rauchfrei zu werden. Unter den Befragten mit mehreren Versuchen waren diejenigen, die stets abrupt versucht hatten aufzuhören, erfolgreicher als solche, die es auch einmal graduell versucht hatten (10,6 % vs. 7,9 %; OR=1,39, KI=1,19–1,63, $p < 0,001$).

Folgende Zusammenhänge mit soziodemographischen Charakteristika wurden gefunden: Abrupte Ausstiegsversuche traten häufiger auf bei jüngeren Befragten, solchen mit höherem Sozialstatus, höherem Haushaltseinkommen, höherer Bildung und Vollzeitarbeit. Diejenigen, die irgendeine Art von Nikotinersatztherapie genutzt hatten, berichteten häufiger von abrupten Ausstiegsversuchen, wohingegen Nutzer von Varenicline und Bupropion weniger häufig abrupte Ausstiegsversuche unternommen hatten.

Auch nach Adjustierung soziodemographischer und rauchanamnestischer Merkmale waren die Erfolgsaussichten abrupter Ausstiegsversuche besser als die Erfolgsaussichten gradueller Ausstiegsversuche (OR=1,75, KI=1,59–1,93).

Diskussion

In dieser Beobachtungsstudie war das Aufhören in einem Schritt – Schlusspunkt – dem graduellen Reduktionsansatz überlegen, wodurch ältere Befunde der Smoking Toolkit Study

bestätigt wurden. Auch wenn innerhalb des letzten Jahres mehrere Versuche unternommen worden waren, ist die deutliche Mehrheit (70 %) dem ursprünglich gewählten Ansatz treu geblieben. Diejenigen, die bei mehreren Anläufen stets abrupt aufgehört hatten (dabei logischerweise teilweise auch erfolglos geblieben sind), waren insgesamt erfolgreicher als solche, die es auch einmal graduell versucht hatten.

Dieses Ergebnis lässt vermuten, dass Selbstselektion und die Nutzung evidenzbasierter medikamentöser Hilfen zwar eine Rolle spielen können, die unterschiedlichen Erfolgsaussichten dadurch aber nicht vollständig zu erklären sind.

Einen genaueren Blick lohnt es sich darauf zu werfen, wie abrupte versus graduelle Ausstiegsversuche in klinischen Studien operationalisiert werden und – im Gegensatz dazu – abrupter Ausstieg in Beobachtungsstudien verstanden wird: In klinischen Studien wird gradueller Ausstieg meist klar spezifiziert, zum Beispiel Reduktion über zwei Wochen vor dem Rauchstopp, in der ersten Woche um 50 %, in der zweiten Woche auf 25 % des Ausgangskonsums. In Beobachtungsstudien wird gradueller Ausstieg wahrscheinlich viel weiter interpretiert. In der vorgelegten Studie wurde zum Beispiel danach gefragt, ob die Betroffenen die Menge an Zigaretten verringert haben, bevor sie komplett aufgehört haben. Diese Art der Fragestellung deckt einen weiten Bereich bezüglich Dauer und Umfang einer Reduktion ab. Es bleibt unklar, ob Befragte eine irgendwie geartete Form von „weniger rauchen“ in allen Fällen als Bestandteil des Ausstiegsversuchs betrachten. Es ist durchaus denkbar, dass Raucherinnen und Raucher ihren Konsum in der Vorbereitung eines Rauchstopps bereits reduzieren, dies aber dennoch als abrupten Rauchstopp nach der „Schlusspunktmethode“ betrachten. Es bedarf zusätzlicher Forschung, auch mit anderer Methodik, um einschätzen zu können, in welchem Maße korrelierte Variablen eigenständig mit dem Outcome assoziiert sind.

Rahmani N, Veldhuizen S, Wong B, Selby P & Zawertailo L (2021)

The effectiveness of nicotine replacement therapy in light versus heavier smokers

Nicotine Tob Res 23: 2028–2036, DOI: 10.1093/ntr/ntab096

Hintergrund

In Nordamerika hat unter den Rauchenden der Anteil derjenigen mit einem Tageskonsum von höchstens 10 Zigaretten in den letzten Jahren zugenommen; jedoch ist die Forschung bezüglich der Wirksamkeit von gebräuchlichen Behandlungsmaßnahmen für diese Population der Rauchenden nach wie vor begrenzt. Ein Cochrane Review kommt zum Beispiel zu dem Ergebnis, dass wenig Evidenz dafür vorliegt, dass eine Nikotinersatztherapie auch bei Raucherinnen und Rauchern wirkt, die weniger als 10–15 Zigaretten am Tag konsumieren. In dieser Studie wurde untersucht, ob sich ein bewährtes Behandlungsprogramm unterschiedlich auf die Erfolge von Rauchenden mit einem Tageskonsum von höchstens 10 Zigaretten und Rauchenden mit höherem Konsum auswirkt.



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. Katrin Schaller

Redaktion:

Dr. Katrin Schaller, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra

Methode

Es handelt sich hier um eine Sekundäranalyse von mehr als 45.000 untersuchten Personen, darunter 9 861 (22 %) „leichte“ Raucherinnen und Raucher (Tageskonsum von höchstens 10 Zigaretten) und gut 35 000 stark Rauchenden (> 10 Zigaretten täglich), die zwischen April 2016 und März 2020 am „Smoking Treatment for Ontario Patients (STOP)“-Programm teilgenommen hatten (Details siehe Newsletter Nr. 84 von Oktober 2021). STOP bietet bis zu 26 Wochen auf den individuellen Bedarf angepasste Nikotinersatztherapie (NET) plus Beratung an, ohne dass den Teilnehmenden dabei irgendwelche Kosten entstehen. Als primäres Outcome wurde mittels online- oder Telefonbefragung die 7-Tage-Punktprävalenz sechs Monate nach Eintritt in das Programm ermittelt. Analysen wurden mittels logistischer Regression durchgeführt.

Ergebnisse

„Leichte“ Raucherinnen und Raucher gaben im Durchschnitt einen Tageskonsum von 7,8 Zigaretten an, bei stark Rauchenden lag dieser bei 23,4 Zigaretten. Zudem hatten leicht Rauchende häufiger versucht aufzuhören, gaben eine größere Wichtigkeit für den Rauchstopp an und waren zuversichtlicher, es zu schaffen. Die 7-Tage-Punktprävalenz-Abstinenz nach sechs Monaten lag bei den Teilnehmenden mit einem Konsum von höchstens 10 Zigaretten signifikant höher als bei den Teilnehmenden mit einem höheren Konsum (30,6 % versus 26,0 %; OR=1,25, KI=1,18–1,33, $p < 0,001$). Diese Überlegenheit blieb auch nach der Adjustierung für Kovariaten erhalten. Teilnehmende mit höherem Konsum erhielten eine signifikant höhere NET-Dosis ($34,8 \pm 14,7$ mg vs. $27,7 \pm 12,9$ mg; $p < 0,001$) und diese medikamentöse Unterstützung auch über einen längeren Zeitraum.

Aus den Regressionsmodellen konnten keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen den Gruppen und der Menge von NET auf den Outcome nach sechs Monaten abgelesen werden. Allerdings gab es eine solche Interaktion bezüglich der Gruppe und der Anzahl klinischer Visiten auf den Outcome: stark Rauchende, die rauchfrei geworden waren, hatten mehr Behandlungskontakte in Anspruch genommen ($p < 0,001$).

Diskussion

Leicht Rauchende waren im Vergleich zu den Anteilen in der kanadischen Gesamtbevölkerung hier etwas unterrepräsentiert, möglicherweise weil sie von sich aus seltener Behandlung in Anspruch nehmen oder seltener von Behandlern einem Programm zugewiesen werden

Es wurde gezeigt, dass auch sie von NET profitieren, auch wenn sie weniger Behandlungstermine und eine geringere NET-Menge (Dosis und Dauer) erhalten hatten. Im Vergleich

zu den Empfehlungen der Hersteller lagen die hier abgegebenen NET-Dosen allerdings auch sehr hoch.

Auch Rauchende mit geringem Tabakkonsum sind nahezu denselben Gesundheitsrisiken ausgesetzt und scheinen dieselben evidenzbasierten und individualisierten Rauchstoppbehandlungen zu benötigen wie stärker konsumierende Raucherinnen und Raucher.

Bowe A, Marron L, Devlin J & Kavanagh P (2021)

An evaluation of the impact of a multicomponent stop smoking intervention in an Irish prison

Int J Environ Res Public Health 18: 11981, DOI: 10.3390/ijerph182211981

Hintergrund

Überproportional hohe Rauchprävalenzen unter Gefängnisinsassen stellen aus Public Health-Perspektive ein bedeutsames Handlungsfeld dar. Während in Irland weitreichende gesetzliche Regelungen in Kraft sind, die das Rauchen in öffentlichen Einrichtungen einschränken oder verbieten (auch in Hinblick auf das Ziel, bis 2025 rauchfrei zu werden), gelten diese Regelungen nicht für den Justizvollzug. In der unten vorgestellten Studie wurden die Auswirkungen einer Multikomponenten-Intervention bei Insassen und Beschäftigten einer Justizvollzugsanstalt mittlerer Sicherheitsstufe evaluiert.

Methode

Die Zielpopulation in dieser Studie bestand aus überwiegend männlichen Insassen und Mitarbeitern einer bestimmten geschlossenen Abteilung („Progression Unit“) eines der größten Gefängnisse in Irland. Insassen dieser Einheit müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen (keine Drogenkonsum, keine Disziplinarmaßnahmen, regelkonformes Verhalten). Rauchen ist nicht generell untersagt, aber nur in ausgewählten Bereichen möglich (Zelle, bestimmte Außenbereiche). Die Teilnehmer (Freiwillige, die sich auf einen Einladungsbrief gemeldet hatten) setzten sich zusammen aus 87 Insassen und 48 Beschäftigten, die während der Implementierung der Maßnahme in der genannten Abteilung präsent waren und einen Prä- und Postfragebogen ausgefüllt hatten. Bei den Insassen wurden die Fragen von einem Interviewer gestellt, der dann auch die Bögen ausgefüllt hat.

Die Intervention folgte dem Setting-Ansatz und zielte auf drei Bereiche:

- (1) Leadership unter Beteiligung der Gefängnis-Leitung und Etablierung eines multidisziplinären Interventionsteams

- (2) Aufbau individueller Skills durch Edukation und Bereitstellung eines verhaltenstherapeutischen Ausstiegsprogramms sowie NET, zusätzlich Peer-Unterstützung nach Bedarf
- (3) Schaffung eines rauchfreien, supportiven Umfelds mit Erholungszonen und einem „Quitters Day“, um rauchfrei gewordene Insassen zu würdigen.

An Daten wurde erhoben: Rauchstatus vor Beginn der Intervention, Abstinenzraten nach Ende, Fagerströmtest, Belastung durch Passivrauchen, Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands und CO-Messung auf freiwilliger Basis. Die Nachbefragung fand vier Monate nach Implementierung der Maßnahme statt.

Ergebnisse

Das Durchschnittsalter lag bei 41 Jahren, und 87,8 % (N=115) waren männlichen Geschlechts. 44 % (N=58) der Befragten, die an beiden Befragungen teilgenommen hatten, rauchten zum ersten Messzeitpunkt, davon 61 % der Insassen und 16 % der Beschäftigten. Der durchschnittliche Tageskonsum lag bei gut 12 Zigaretten, wobei alle Insassen ihre Zigaretten selbst drehten und alle Beschäftigten maschinell hergestellte Zigaretten rauchten.

Zum Zeitpunkt der Nachbefragung lag der Anteil rauchender Teilnehmender noch bei 22,0 % (N=29). Es wurden zwei Abstinenzraten kalkuliert, eine auf Basis der Baseline-Stichprobe und eine auf Basis derjenigen Teilnehmenden, die an der Prä- und Post-Befragung teilgenommen hatten.

Wenn alle Teilnehmenden der Erstbefragung als Denominator herangezogen wurden (N=229, darunter 108 Rauchende), lag die Abstinenzrate unter der Annahme, dass alle, die nicht an der Nachbefragung teilgenommen hatten nach wie vor rauchen, bei 27,8 %. Von den 58 rauchenden Teilnehmenden, die beide Befragungen absolviert hatten, gaben 30 (51,7 %) an, rauchfrei zu sein. Unter den Insassen lag die Abstinenzrate bei 45,1 % bzw. 25,6 % (alle Teilnehmenden der Erstbefragung), unter den Beschäftigten bei 100 % bzw. 38,9 %.

Unter den 23 abstinent gewordenen Insassen hatte alle das komplette Programm absolviert und irgendeine Form von NET genutzt. Die selbst eingeschätzte Belastung durch Passivrauchen sank nach der Intervention (69,2 % vs. 35,4 %, $p < 0,001$); ebenso verbesserte sich die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Nichtraucher und derjenigen, die im

Rahmen des Programms aufgehört hatten. Allerdings lehnt die Mehrheit der Befragten auch bei Programmende die Einführung eines Rauchverbots in den Zellen ab (87,8 % der Insassen und 56,8 % der Beschäftigten).

Diskussion

Die Rauchprävalenz bei den Insassen lag etwa um den Faktor 3,5 höher als in der irischen Gesamtbevölkerung, was die Dringlichkeit für Behandlungsangebote in diesem Setting noch einmal verdeutlicht. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass diese komplexe Intervention auf eine gute Akzeptanz unter Insassen und Beschäftigten gestoßen ist, gute Erfolge bezüglich Rauchabstinenz erzielt hat und mit gesundheitlichem Nutzen für die Beteiligten assoziiert war. Die erzielten Abstinenzraten sind vergleichbar mit ähnlichen klinischen Interventionen in anderen Settings. Ein ganzheitlicher Ansatz, der die besonderen Bedingungen in diesem Setting berücksichtigt und sowohl Insassen als auch Beschäftigte gleichermaßen anspricht, scheint von Vorteil zu sein. Einschränkend gilt es zu bedenken, dass die Eingangsvoraussetzungen für diese spezielle Abteilung innerhalb des Gefängnisses dazu geführt haben könnten, dass die Studienteilnehmenden eine hoch motivierte Kohorte repräsentieren und die Effekte dadurch überschätzt werden.

