



Newsletter Tabakentwöhnung

des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle
am Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg

dkfz.

DEUTSCHES
KREBSFORSCHUNGSZENTRUM
IN DER HELMHOLTZ-GEMEINSCHAFT



Forschen für ein Leben ohne Krebs



WHO-Kollaborationszentrum
für Tabakkontrolle

in Zusammenarbeit mit dem
Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung
(WAT) e. V.

Nr. 92
Oktober
2023

Editorial

Auch wenn die Behandlung der Tabakabhängigkeit bereits im Programm früherer Deutschen Suchtkongresse eine gewisse Rolle gespielt hat, war die Resonanz in den entsprechenden Symposien nicht immer so wie erhofft. Teilweise waren dort mehr Mitglieder aus den Arbeitsgruppen der Vortragenden als „externe“ Zuhörer anwesend. Bei einem solch geringen Interesse stellt sich trotz des Privilegs, einen Vortrag bei einem nationalen Kongress halten zu dürfen, die Frage, ob der Aufwand im Vorfeld in einer guten Relation zum Effekt steht. Auf dem diesjährigen Deutschen Suchtkongress, der vom 18.–20. September 2023 mit dem Titel „Vielfalt in Forschung, Prävention und Therapie von Suchterkrankungen“ in Berlin ausgerichtet wurde, hat sich diese Frage den vortragenden Kolleginnen und Kollegen sicher nicht gestellt. So gab es erstens eine Vielzahl von Postern und Vorträgen zum Thema Tabak, zweitens waren die Symposien zum Thema Tabak gut besucht und drittens zeugten die Fragen und Diskussionen nach den Beiträgen von einem hohen Interesse und Sachverstand.

In einem Posterbeitrag des Robert Koch Instituts wurden individuelle Daten der europäischen Gesundheitsumfrage EHIS (2019/2020) und Daten der Tabakkontroll-Skala (TKS) von 2019 auf Länderebene analysiert. Es gab große Unterschiede in der Rauchprävalenz, die zwischen 12,6 % in Schweden und 36,2 % in Bulgarien liegt; für Deutschland wurde von einer Prävalenz von 28,3% ausgegangen. Neben individuellen Faktoren waren insbesondere die TKS-Komponenten Preis und Unterstützung beim Rauchstopp signifikant ($p < 0,001$) mit einer niedrigeren Rauchprävalenz auf Länderebene assoziiert. Für die Komponenten Werbeverbote und Bekämpfung des illegalen Tabakhandels wiesen die Assoziationen in die gleiche Richtung, waren jedoch nicht signifikant. Keine Assoziation wurde für Gesundheitswarnungen mit Rauchprävalenzen gefunden.

Drei Symposien trugen die Begriffe „Tabak“ oder „Rauchen“ bereits im Titel: In dem ersten ging es um „Tabak- und alkoholbezogene Kurzinterventionen in der medizinischen Versorgung“, in dem unter anderem Ergebnisse der systematischen Ansprache von Krankenhauspatientinnen und -patienten für die Überweisung in ein telefonisches Rauchstoppangebot aus der Universitätsmedizin Greifswald vorgestellt wurden. Seit Juni 2020 wurden dort 2 391 Patienten angesprochen, worunter sich 499 Rauchende befanden. Von diesen wurden 208, also etwa 42 % in die Telefonberatung überwiesen. Im Mittel waren Rauchende, die der Überweisung zustimmten, jünger als jene,

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	2

die dies ablehnten. Genderunterschiede hinsichtlich der Teilnahmequote am Angebot wurden nicht beobachtet.

In einem weiteren Symposium „Make it happen – make it work“ wurden Implementierungsstrategien zur systematischen Behandlung des Tabakkonsums in Gesundheitseinrichtungen aufgezeigt, in dem die bereits erwähnte Überweisung aus den Einrichtungen in ein telefonisches Rauchstoppangebot im Detail vorgestellt wurde.

Im Symposium „Update Rauchen“ schließlich wurde das Thema „Rauchen und Organtransplantation“ beleuchtet. Eine Befragung deutscher Transplantationszentren (30 Personen für 20 Zentren und 47 Organprogramme) ergab, dass Raucherinnen und Raucher in den meisten Zentren „immer“ eine Empfehlung für einen Rauchstopp erhalten würden. Zur Unterstützung wurden am häufigsten nikotinhaltige Präparate und eine ärztliche Beratung empfohlen. Der Unterstützungsbedarf rauchender Patientinnen und Patienten wird aktuell in einer separaten Befragung erhoben. Ein zweiter Beitrag untersuchte die kurzfristige Effektivität der BZgA-Telefonberatung zur Rauchentwöhnung. Es wurde eine zweiarmige randomisiert, kontrollierte Studie durchgeführt, in der insgesamt 905 Zigaretten-Rauchende zufällig der Interventionsgruppe (maximal sechs telefonische Beratungsgespräche) oder der Kontrollgruppe (Rauchfrei-Selbsthilfematerialien) zugewiesen wurden. Nach dem Intention-to-treat-Prinzip zeigten Studienteilnehmende der Interventionsgruppe nach drei Monaten signifikant höhere Abstinenzraten als Versuchspersonen der Kontrollgruppe (41,1 % vs. 23,1 %, OR=2,4; KI 1,8–3,2).

Wir hatten schon in einigen vorangegangenen Newslettern auf die unbefriedigende Entwicklung der Rauchprävalenz in Deutschland hingewiesen. Die Zahlen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ (DEBRA, <https://www.debra-study.info>) aus der letzten Erhebungsweile weisen mit 34,3 % Prävalenz bei der letzten Welle einen nahezu unverändert hohen Wert auf. Besorgniserregend ist zudem die außerordentlich geringe Quote von 8,6 % derjenigen Rauchenden, die mindestens einen ernsthaften Rauchstoppversuch in den letzten 12 Monaten unternommen haben. Es braucht also – neben der Berücksichtigung

der Problematik des Tabakkonsums auf wissenschaftlichen Konferenzen – verstärktes Engagement bei der Motivierung und Behandlung der betroffenen Zielgruppe. Rauchenden Personen müsste auch besser bekannt gemacht werden, dass ein Rauchstopp mit Unterstützung größere Erfolgchancen hat!

In der dritten Ausgabe unseres Newsletters für 2023 werden drei neue Publikationen detaillierter besprochen. Zunächst wird ein aktualisiertes Cochrane-Review zur Wirksamkeit von pharmakologischen Interventionen und elektronischen Zigaretten ausführlich besprochen. Dann folgt ein weiteres Review zur aktuellen Evidenz bezüglich der Wirksamkeit der Allen Carr-Methode. Die dritte vorgestellte Publikation schließlich hatte zum Ziel, der Frage nachzugehen, inwieweit mittelfristige Abstinenzchancen durch ein zusätzlich zu einem Standardprogramm angebotenes SMS-Programm verbessert werden können.

Wir weisen Sie nochmals auf die 21. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 6. und 7. Dezember 2023 in Heidelberg hin und freuen uns darauf, Sie dort persönlich begrüßen zu dürfen.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine erfolgreiche Tabakentwöhnung,

Ihr Redaktionsteam
Katrin Schaller, Peter Lindinger, Anil Batra

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 München: 13.–17.11.2023. Verkürzte Schulung München: 6.–8.11.2023. Infos unter <http://rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/36 08 04 91, Fax: 089/36 08 04 98

■ Curriculum „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer

Die Qualifikationsmaßnahme für Ärztinnen und Ärzte besteht aus 6 Modulen und hat einen Umfang von 20 Stunden. Das fakultative Modul VI „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Gruppenprogramm gemäß § 20 SGB V“ umfasst weitere 8 Stunden. Das Curriculum kann als Blended-Learning-Maßnahme durchgeführt werden. Auskünfte zum Curriculum unter Tel.: 030/4 00 45 64 22 oder dezernat2@baek.de. Termine unter <https://www.baek-fortbildungssuche.de/fbsuche>

Kongresse/Tagungen

National

■ 21. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle am 6. und 7. Dezember 2023 in Heidelberg

Programm und Anmeldung auf www.tabakkontrolle.de

International

■ Die nächste SRNT-Gesamtkonferenz vom 20.–23.3.2024 wird in Edinburgh, UK, stattfinden

Updates unter https://www.srnt.org/page/2024_Meeting

Neue Publikationen

Lindson N, Theodoulou A, Ordóñez-Mena JM, Fanshawe TR, Sutton AJ, Livingstone-Banks J, Hajizadeh A, Zhu S, Aveyard P, Freeman SC, Agrawal S & Hartmann-Boyce J (2023)

Pharmacological and electronic cigarette interventions for smoking cessation in adults: Component network meta-analyses

Cochrane Database Syst Rev 9: CD015226, DOI: 10.1002/14651858.CD015226.pub2

Hintergrund

Es gibt eine Reihe von Arzneimitteln, die weltweit zur Unterstützung der Tabakentwöhnung zugelassen sind, und E-Zigaretten werden von vielen rauchenden Menschen zu diesem Zweck verwendet. In der Regel wirken diese Therapien, indem sie Entzugssymptome und das Verlangen nach dem Rauchen verringern, so die anfängliche Abstinenz unterstützen und Rückfälle verhindern. In diesem Review sollten der Nutzen, mögliche Schäden sowie die Verträglichkeit verschiedener Pharmakotherapien und E-Zigaretten untersucht und verglichen werden, wenn diese zur Tabakentwöhnung eingesetzt werden. Dazu wurden Studien aus den jüngsten Aktualisierungen von Cochrane Reviews identifiziert, in denen die oben genannten Interventionen untersucht und ihre Effektivität miteinander verglichen wurden. Berücksichtigt wurden Publikationen bis zum 29. April 2022.

Methode

Eingeschlossen wurden randomisierte kontrollierte Studien mit erwachsenen Rauchenden (RCTs), Cluster-RCTs und faktorielle RCTs, in denen der Rauchstatus sechs Monate oder länger nach der Intervention berichtet wurde. Die in Frage kommenden pharmakologischen Interventionen umfassten Vareniclin, Cytisin, Nortriptylin, Bupropion, Nikotinersatztherapie (NET) und E-Zigaretten. Studien mit Verhaltensunterstützung wurden aufgenommen, wenn diese Verhaltensunterstützung in beiden Studienarmen gleichermaßen angeboten wurde.

Zur Begründung, warum auch E-Zigaretten in dem Review aufgenommen wurden, führen die Autoren aus, dass E-Zigaretten zwar in einigen Ländern gänzlich verboten sind, im Vereinigten Königreich, der EU, den USA, Kanada und Neuseeland und anderen Ländern hingegen legal. Da E-Zigaretten meist Nikotin enthalten, könnten sie als eine Form der Nikotinersatztherapie fungieren. Zudem gebe es Hinweise darauf, dass sie wirksame Entwöhnungshilfen seien. In einigen Ländern werden E-Zigaretten als Tabakprodukt eingestuft. Die Autoren betonen, dass sie E-Zigaretten nicht als Tabakerzeugnis einstufen, da sie außer Nikotin keine Tabakbestandteile enthalten.

In den einzelnen Studienarmen wurden die folgenden Pharmakotherapien untersucht: Bupropion (70 Arme); Cytisin (8 Arme); Wahl eines NET-Produkts (24 Arme); schnell wirkende Formen der Nikotinersatztherapie (107 Arme); Nikotinpflaster (122 Arme); Nortriptylin (8 Arme); Vareniclin (80 Arme) und schließlich nikotinhaltige E-Zigaretten (16 Arme). Die Ausführungen zur Methodik des Reviews sollen an dieser Stelle nicht weiter dargestellt werden; sie sind sehr komplex und erstrecken sich über mehr als drei Textseiten.

Ergebnisse

Von den 332 in Frage kommenden RCTs lieferten 319 (835 Studienarme, 157 179 Teilnehmende) die erforderlichen Daten, um in diese Metaanalyse aufgenommen zu werden. In 51 Studien wurde ein geringes Risiko für Verzerrungen, in 104 ein hohes Risiko und für 164 ein unklares Risiko ermittelt. Bei 118 Studien wurden Interessenkonflikte berichtet (Finanzierung durch die Pharma- oder E-Zigaretten-/Tabakindustrie). Das Entfernen von Studien mit hohem Verzerrungsrisiko änderte nichts an den zentralen Ergebnissen.

Effekte bezüglich Abstinenz

Es wurden Hinweise mit hoher Sicherheit gefunden dafür, dass Vareniclin (OR 2,33, Glaubwürdigkeitsintervall GI 2,02 bis 2,68; 67 RCTs, 16 430 Teilnehmende), Cytisin (OR 2,21, GI 1,66 bis 2,97; 7 RCTs, 3 848 Teilnehmende) und nikotinhaltige E-Zigaretten (OR 2,37, 95% GI 1,73 bis 3,24; 16 RCTs, 3 828 Teilnehmende) zu höheren Aufhörquoten führten als die jeweiligen Kontrollbedingungen. In absoluten Zahlen könnte dies bei Vareniclin zu zusätzlich acht (GI 4 bis 13), bei Cytisin zusätzlich sieben (GI 4 bis 12) und bei E-Zigaretten zu zusätzlich acht (GI 6 bis 10) abstinent gewordenen Personen pro 100 Teilnehmenden führen. Diese Interventionen schienen wirksamer zu sein als die anderen, unten ausgeführten Interventionen mit Ausnahme der kombinierten Nikotinersatztherapie (Pflaster und eine schnell wirkende Form der Nikotinersatztherapie), die einen niedrigeren Effektschätzer (OR 1,93), aber überlappende Glaubwürdigkeitsintervalle (1,61 bis 2,34) aufwies. Es gab auch Hinweise mit hoher Sicherheit darauf, dass Nikotinpflaster allein (OR 1,37, GI 1,20 bis 1,56; 105 RCTs, 37 319 Teilnehmende), schnell wirkende NET allein (OR 1,41, CI 1,29 bis 1,55; 120 RCTs, 31 756 Teilnehmende) und Bupropion (OR 1,43, GI 1,26 bis 1,62; 71 RCTs, 14 759 Teilnehmende) wirksamer sind als die Kontrollbedingungen was zu zwei bis drei abstinent gewordenen Personen pro 100 Teilnehmenden führt.

Nortriptylin ist wahrscheinlich (moderate Sicherheit) ebenfalls mit höheren Aufhörquoten assoziiert als die Kontrollbedingung (OR 1,35, GI 1,02 bis 1,81; 10 RCTs, 1 290 Teilnehmende). Für E-Zigaretten ohne Nikotin wurden keine Wirksamkeitsnachweise ermittelt (OR 1,16, GI 0,74 bis 1,80; 8 RCTs, 1 094 Teilnehmende). Es gab Belege mit geringer Sicherheit, dass bei NET ein Ausschleichen der Dosis vor dem Absetzen der Behandlung die Wirksamkeit verbessern könnte; allerdings schloss das Glaubwürdigkeitsintervall auch die 1,00 mit ein (OR 1,14, GI 1,00 bis 1,29; 111 RCTs, 33 156 Teilnehmende).

Bei zwei Kovariaten muss von Moderationseffekten ausgegangen werden: die Auswahl der Teilnehmer aufgrund vorbestehender Komorbiditäten oder Krankenhausaufenthalten und die Abstinenzrate im Kontrollarm. Die Effekte der pharmakologischen Interventionen waren im Durchschnitt etwas ausgeprägter (12 % größer) in Populationen, die nach Komorbiditäten und Krankenhausaufenthalten ausgewählt wurden. Für die Abstinenzrate im Kontrollarm betrug die OR 1,05, was bedeutet, dass für jede Erhöhung der Wahrscheinlichkeit des Aufhörens um ein Prozent der Interventionseffekt um 5 % größer war. In Populationen, denen es leichter fällt, mit dem Rauchen aufzuhören, haben Interventionen einen größeren Effekt; in Bevölkerungsgruppen, in denen es schwieriger ist, aufzuhören, sind Effekte geringer.

Ernsthafte Nebenwirkungen

Die Belege für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse waren eher begrenzt, auch weil bei mehr als der Hälfte der Studien dazu keine Angaben gemacht wurden. Für diese Analyse konnten entsprechend noch 85 Studien und 193 Studienarme mit insgesamt 56 178 Teilnehmenden herangezogen werden.

Bei allen untersuchten Interventionen schloss das Glaubwürdigkeitsintervall auch die 1,00 mit ein. Für Bupropion, Vareniclin und schnell wirkende NET favorisierten die Effektschätzer (ORs) die Kontrollbedingung (keine Intervention/Placebo; d. h. die Raten ernsthafter Nebenwirkungen waren in den Kontrollarmen niedriger), im Falle von Cytisin, Nikotinpflaster und nikotinhaltigen E-Zigaretten begünstigten die Effektschätzer die Intervention (d. h. die Raten ernsthafter Nebenwirkungen waren in den Interventionsarmen niedriger); allerdings schlossen die Glaubwürdigkeitsintervalle auch potenzielle Schäden mit ein. Für alle Komponenten waren die Vorhersageintervalle (PIs) recht weit und schlossen weder Nutzen, Schaden oder das Potenzial für keinen Unterschied aus.

Es lagen nicht ausreichend viele Daten vor, um Nortriptylin und nikotinfreie E-Zigaretten bezüglich der ernsthaften Nebenwirkungen zu bewerten. Die Gesamtrate der ernsthaften Nebenwirkungen war niedrig (durchschnittlich 3 %).

Abbruch der Behandlung (Verträglichkeit)

Bei allen Interventionsarten mit Ausnahme von Cytisin und Nikotinpflaster, wurde eine größere Anzahl von Abbrüchen in den Interventionsarmen im Vergleich zu den Kontroll- und Placebogruppen berichtet (Glaubwürdigkeitsintervall 1,00). Die Glaubwürdigkeitsintervalle für Cytisin und Nikotinpflaster

schlossen auch die 1,00 mit ein. Nikotinhaltige E-Zigaretten konnten für diese Analyse nicht aufgenommen werden, da nur wenigen Studien dazu Daten berichteten. Bei direkten Vergleichen gab es außer in zwei Fällen keine eindeutigen Hinweise darauf, dass eine Komponente zu höheren Abbruchraten führte als andere. Beim Vergleich von Nortriptylin mit Nikotinpflaster und einer Kombination aus zwei NET-Präparaten mit Nikotinpflaster alleine gab es Hinweise auf höhere Abbruchraten bei den Nortriptylin- bzw. NET- Kombinations-Studienarmen.

Schlussfolgerungen der Autoren und Diskussion

Diese Übersichtsarbeit ist eines der bislang umfangreichsten Reviews über Pharmakotherapien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit, und es wurden die hohen Cochrane-Standards herangezogen, um geeignete Studien zu identifizieren. Zwar sind einige der Autoren dieses Reviews gleichzeitig Autoren der eingeschlossenen Studien; diese waren aber nicht am Screening, der Datenextraktion oder der Bewertung des Verzerrungsrisikos für ihre eigenen Studien beteiligt.

Die wirksamsten Interventionen waren nikotinhaltige E-Zigaretten, Vareniclin und Cytisin (alle mit hoher Sicherheit der Evidenz) sowie die Kombination von NET-Präparaten. Auf 100 Personen kommen 10 bis 19, die mit einer E-Zigarette aufhören, 12 bis 16 mit Vareniclin und 10 bis 18 mit Cytisin. Im Vergleich dazu hören 6 von 100 Personen auf, wenn sie keine entsprechende Unterstützung oder Placebo erhalten. Auch für die Wirksamkeit von Nikotinplastern, schnell wirkenden Nikotinersatztherapien und Bupropion gab es eindeutige Wirksamkeitsbelege.

Personen, die eine Kombination aus zwei Nikotinersatzpräparaten anwenden (wie Nikotinpflaster und Nikotinkaugummi), schienen ähnliche Aufhörquoten zu haben wie Personen, die E-Zigaretten, Vareniclin und Cytisin verwendeten. Nortriptylin (für diese Indikation in Deutschland nicht zugelassen) scheint die geringste Zahl von erfolgreichen Teilnehmenden zu bewirken; von 100 Personen, die Nortriptylin einnehmen, geben wahrscheinlich 6 bis 11 das Rauchen auf.

Es gab mäßig sichere Hinweise darauf, dass Bupropion die Häufigkeit ernsthafter Nebenwirkungen leicht erhöhen könnte, obwohl auch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen werden kann, dass kein erhöhtes Risiko besteht. Insgesamt war die Datenlage zu Nebenwirkungen etwas dünn und die Anzahl von Studien dazu sehr gering, so dass weitere Forschungsergebnisse die Bewertung hierzu verändern könnten.

Folgende Implikationen für künftige Forschung wurden von den Autoren genannt:

- eine gründliche Erfassung und Meldung von Daten über schwerwiegende unerwünschte Ereignisse für alle Interventionstypen, um Sicherheit der hier vorgelegten Ergebnisse zu erhöhen.
- direkte Vergleiche zwischen Vareniclin, Cytisin, nikotinhaltigen E-Zigaretten und Kombinations-NRT, insbesondere auch im Hinblick auf Schäden und Verträglichkeit

- weitere Studien dazu, wie diese Behandlungen im Vergleich zueinander bei Menschen mit geringem Einkommen wirken. Die Erhebung des sozioökonomischen Status als Moderator von Behandlungseffekten könnte auch dazu beitragen, die sozioökonomische Ungleichheit zu reduzieren.

Anmerkungen des Redaktionsteams:

Im Wesentlichen wird in diesem Review die Studienlage zum Zeitpunkt der Verabschiedung der S3-Leitlinie bestätigt. Die Wirksamkeit von Cytisin ist zwischenzeitlich gut belegt, so dass dadurch eine zur NET zusätzliche Behandlungsoption verfügbar ist. Aktuell ist Vareniclin in Deutschland immer noch nicht wieder verfügbar.

Auf der Basis der wachsenden Evidenz für eine Wirksamkeit der E-Zigarette zur Unterstützung des Rauchstopps wird möglicherweise in der Neuauflage der Leitlinie eine Neubewertung von kurz- und langfristigem möglichem Nutzen und Schaden erfolgen müssen. Auch wenn in dem hier vorgestellten Review die Wirksamkeit von E-Zigaretten belegt wird, bleiben weiterhin viele Bedenken und Vorbehalte bezüglich des Einsatzes dieser Produkte bestehen, auf die das Review noch keine Antwort gibt: Wie hoch ist der Anteil derjenigen, die E-Zigaretten nicht als passagere Ausstiegshilfe, sondern dauerhaft weiter nutzen? Welche langfristigen Gesundheitsrisiken gehen mit einer solchen Langzeitnutzung einher? Kann ein Lifestyle-Produkt, das keine Prüfverfahren durchlaufen hat und nicht als Medizinprodukt zur Tabakentwöhnung zugelassen ist, überhaupt zu diesem Zweck empfohlen werden, bevor eine solche Zulassung besteht, und wer übernimmt die Haftung für Risiken im Rahmen einer therapeutischen Empfehlung? Inwieweit gefährdet eine Anerkennung der E-Zigaretten als Ausstiegshilfe die Denormalisierung des Konsums von Tabakprodukten (siehe Editorial zur hohen Prävalenz in Deutschland)? Und schließlich ist es für viele Gesundheitsberufe problematisch, Produkte, die auch von der Tabakindustrie entwickelt oder vertrieben werden, zur Behandlung der Abhängigkeit von anderen von der Tabakindustrie produzierten Produkte einzusetzen. Dieses Dilemma – zunehmende Evidenz für eine Wirksamkeit in der Unterstützung des Rauchstopps, aber viele Bedenken – führt zu Diskrepanzen und Uneinigkeiten in der wissenschaftlichen Diskussion über E-Zigaretten insgesamt und wird bei einer Konsentierung von Empfehlungen bei einer Neuauflage der S3-Leitlinie zu bedenken sein.

Possenti I, Scala M, Lugo A, Clancy L, Keogan S & Gallus S (2023)

The effectiveness of Allen Carr's method for smoking cessation: A systematic review

Tob Prev Cessat 9: 29, DOI: 10.18332/tpc/172314

Hintergrund

Ein populärer Ansatz, um mit dem Rauchen aufzuhören, stellt die „Easy Way“-Methode von Allen Carr (AC) dar. Grundlage

des Ansatzes ist das Buch mit dem Original-Titel „The Easy Way to Stop Smoking“ (deutscher Titel: „Endlich Nichtraucher“). Über 15 Millionen Exemplare dieses Buches sind weltweit verkauft worden. Der Allen Carr-Ansatz gründet auf der Idee, dass für die Aufrechterhaltung des Rauchens nicht die Wirkung des Nikotins, sondern das durch Zigaretten vermittelte Gefühl der Erleichterung entscheidend ist. Durch diese Neubewertung der psychischen Abhängigkeit vom Rauchen lässt sie sich einfacher überwinden und ohne Entzugserscheinungen oder Gewichtszunahme aufhören. Die AC-Methode wird in verschiedenen Formaten umgesetzt. Ein bekanntes Format sind Gruppenseminare, bei denen geschulte Moderatoren die Teilnehmenden durch ein strukturiertes Programm führen. In der Regel dauern diese Seminare mit bis zu 20 Teilnehmenden vier bis sechs Stunden. Im Falle eines Misserfolgs nach dem ersten Seminar wird oft die Möglichkeit angeboten, an zwei kostenlosen Folgesitzungen teilzunehmen. Darüber hinaus werden online-Kurse, Webinare und Selbsthilfematerialien angeboten.

Trotz der hohen Popularität ist die Wirksamkeit dieses Ansatzes aufgrund fehlender wissenschaftlicher Beweise umstritten. Diese systematische Übersicht soll einen aktualisierten Überblick über die aktuelle Evidenz zur Wirksamkeit der Allen Carr-Methode geben.

Methode

Es wurde eine systematische Literaturübersicht über alle Studien zur Wirksamkeit der AC-Methode erstellt, die bis März 2023 in PubMed/MEDLINE und Embase veröffentlicht wurden.

Ergebnisse

Von 34 identifizierten Artikeln erfüllten sechs die methodischen Zulassungskriterien und wurden in die vorliegende systematische Überprüfung einbezogen. Vier davon waren Beobachtungsstudien und zwei RCTs. Fünf Studien untersuchten die Wirksamkeit von AC-Gruppenseminaren, während eine Studie sich auf den Einsatz des AC-Buches als Selbsthilfematerial bezog.

Zwei Beobachtungsstudien waren in Österreich durchgeführt worden und untersuchten die Wirksamkeit von Seminaren am Arbeitsplatz. Dabei wurde einmal eine Abstinenzrate von 40 % nach einem Jahr bei einer Stichprobe von 223 Befragten ermittelt; in der zweiten Studie lag die Drei-Jahres-Ausstiegsrate bei einer Stichprobe von 510 Befragten bei 51 %. Die dritte Beobachtungsstudie wurde in den Niederlanden durchgeführt und verglich den Rauchstatus von 124 Rauchenden mit Rauchstoppwunsch, die an einem Seminar teilgenommen hatten, mit einer Kontrollgruppe von 161 Rauchenden mit Rauchstoppwunsch aus der allgemeinen Bevölkerung ohne Behandlung. Die 13-monatige Abstinenzrate für die AC-Gruppe betrug 41,1 %, die der Kontrollgruppe lag bei 9,6 %. Die entsprechende multivariate bereinigte Odds Ratio (AOR) betrug 6,52 (KI 3,10–13,72).

Die erste AC-RCT-Studie wurde in Irland durchgeführt (siehe auch [Newsletter Nr. 73](#)). Sie wies 300 Studienteilnehmende

nach dem Zufallsprinzip entweder einer 5-stündigen AC-Sitzung oder dem nationalen online-Tabakentwöhnungsdienst „Quit.ie“ zu. Das AC-Seminar zeigte zu allen Messzeitpunkten höhere Aufhörquoten im Vergleich zu „Quit.ie“. In der AC-Gruppe nahm die Abstinenzquote von 37,7 % nach einem Monat ab auf 21,9 % nach 12 Monaten, ($p=0,001$), während die Abstinenzquote in der Kontrollgruppe von 20,1 % nach einem Monat auf 11,4 % nach 12 Monaten fiel ($p=0,02$).

Die jüngste kontrollierte Studie zur AC-Methode wurde im Vereinigten Königreich durchgeführt (siehe auch [Newsletter Nr. 78](#)). Dort wurden 620 Personen nach dem Zufallsprinzip entweder einem AC-Seminar oder einer spezialisierten Behandlung der Tabakentwöhnungsdienste (Stop Smoking Services) zugewiesen. Es wurden dabei keine signifikanten Unterschiede in den 26-Wochen-Abstinenzraten zwischen den beiden Bedingungen ermittelt (19,4 % vs. 14,8%, $p=0,165$). Eine in den USA durchgeführte Studie basierte auf 92 Patienten mit Kopf-Hals-Erkrankungen, die randomisiert wurden und entweder das AC-Buch kostenlos erhielten oder denen es zum Kauf empfohlen wurde. Die Ergebnisse zeigten, dass diejenigen die das Buch kostenlos erhielten, eher bereit waren, das Buch zu lesen als diejenigen, denen es zum Kauf empfohlen wurde. Allerdings hatte das Lesen des Buches keinen signifikanten Einfluss auf die Tabakabstinenz nach sechs bis 12 Monaten (bei allerdings kleinen Fallzahlen); 29,4 % der Teilnehmenden, die das Buch gelesen hatten, gaben das Rauchen auf, verglichen mit 33,3 % der Teilnehmenden, die das Buch nicht gelesen hatten.

Diskussion

Insgesamt deuten die Ergebnisse dieser systematischen Überprüfung darauf hin, dass AC-Seminare eine wirksame Intervention sein könnten. Aus den berücksichtigten Studien wurden teilweise hohe Abstinenzraten berichtet. Beim Vergleich des AC-Seminars mit einer spezifischen und evidenzbasierten Behandlung, die die Verwendung von NRT beinhaltet, wurden keine Unterschiede bezüglich der Wirksamkeit zwischen den beiden Methoden festgestellt. Möglicherweise sind AC-Seminare eine attraktive Option für diejenigen, die ohne den Einsatz von Medikamenten aufhören wollen. Die der „AC-Methode“ zugrundeliegenden Wirkmechanismen sind aber nach wie vor unklar. Denkbar sind Erwartungsherausforderungen (wenn sich die Erwartung, dass Rauchen guttut, verändert und stattdessen negative Erwartungen mit Rauchen assoziiert werden, wird sich das Verhalten eher verändern) oder die große Identifikation der Kursleitung mit der Methode, die selbst mit der „AC-Methode“ aufgehört haben.

In Anbetracht der Popularität des AC-Buches als Bestseller fällt auf, dass die Studienlage zu dessen Wirksamkeit äußerst dürftig ist.

Zudem sind einige potenzielle Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Stichprobengrößen waren insgesamt relativ klein, und Selbstangaben war die am häufigste verwendete Methode zur Ermittlung des Rauchstatus. Bei face-to-face Kontakten, wie sie in Gruppenprogrammen stattfinden, unterliegen Selbstangaben häufig Verzerrungen und spiegeln nicht immer das tatsächliche Rauchverhalten wider.

Blomqvist J, Ulfssdotter Gunnarsson K, Bendtsen P & Bendtsen M (2023)

Effects of a text messaging smoking cessation intervention amongst online help-seekers and primary health care visitors: Findings from a randomised controlled trial

BMC Medicine 21: 382, DOI: 10.1186/s12916-023-03073-5

Hintergrund

Digitale Interventionen können einen bedeutenden Beitrag zur Verringerung der Prävalenz des Rauchens leisten. Diese Interventionen umfassen Textnachrichten, E-Mails und Apps für Mobiltelefone. Auf Textnachrichten basierende Interventionen haben den Vorteil, dass sie sich auf Standardtechnologie stützen, die weltweit verbreitet ist und zu relativ geringen Kosten bereitgestellt werden können.

Es ist nicht eindeutig nachgewiesen, ob diese Art von Intervention auch älteren Menschen helfen kann, die schon länger rauchen und mehrfach – auch mit professioneller Unterstützung – versucht haben, damit aufzuhören. Daher sollte in dieser Studie untersucht werden, ob Personen in der schwedischen Allgemeinbevölkerung durch eine adjuvante SMS-Intervention besser in der Lage sind, mit dem Rauchen aufzuhören.

Methode

Die Rekrutierung fand auf zwei unterschiedlichen Wegen statt. Zum einen wurde Online-Werbung (Google, Bing und Facebook) geschaltet, um Personen zu rekrutieren, die Hilfe bei der Tabakentwöhnung suchten. Wenn Interessenten auf die Anzeige klickten, wurden sie auf die Website der Studie weitergeleitet. Zum anderen rekrutierten Fachkräfte des Gesundheitswesens in teilnehmenden Einrichtungen in Südschweden Patienten für die Studie mittels Flyer, Broschüren, Visitenkarten oder Poster.

Potentiell Teilnehmende wurden angewiesen, sich für die Studie anzumelden, indem sie eine Textnachricht an eine spezielle Telefonnummer schickten, woraufhin sie sehr zeitnah eine Antwort-SMS mit einem Hyperlink zu Studieninformationen, einer Einverständniserklärung und dem Eingangsfragebogen erhielten.

Es wurde eine zweiarmige, parallele, randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt. Beide Gruppen erhielten eine Standardbehandlung, wobei die Interventionsgruppe zusätzlich eine 12-wöchige SMS-Intervention erhielt. In den ersten Wochen wurden zwei bis vier Nachrichten pro Tag verschickt, in der mittleren Interventionsphase noch zwei Nachrichten

pro Tag und in der letzten Phase noch eine Nachricht. Der Inhalt der Nachrichten war in erster Linie informativ und ermutigend; einige Nachrichten forderten die Teilnehmenden auf, bestimmte Aufgaben zu erledigen, wie z.B. „reinen Tisch zu machen und Aschenbecher wegzuworfen“. Es erging keine Aufforderung zu antworten, aber es gab die Möglichkeit, zusätzliche unterstützende Nachrichten zu den Themen Gewicht, Rückfall oder Rauchverlangen anzufordern.

Die Standardbehandlung umfasste die Überweisung an eine landesweit verfügbare Telefonberatung und eine Website mit allgemeinen Informationen zum Thema Rauchen und Gesundheit. Teilnehmende, die über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung rekrutiert wurden, erhielten vor Ort zusätzlich eine Beratung durch eine Pflegekraft.

Primäre Endpunkte waren die anhaltende Abstinenz und die Punktprävalenz der Abstinenz nach drei und sechs Monaten nach der Randomisierung.

Anhaltende Abstinenz wurde nach der Russell-Standard definiert, also nicht mehr als 5 Zigaretten in den letzten 8 Wochen. Drei potenzielle Mediatorvariablen wurden zudem erhoben: Wichtigkeit, Selbstwirksamkeit und Wissen darüber, wie man mit dem Rauchen aufhört. Alle Nachuntersuchungen wurden per SMS angekündigt; falls erforderlich wurden zwei Erinnerungsschreiben verschickt. Wenn bei den Nachbefragungen keine Rückmeldungen eingegangen waren, wurde versucht, die Teilnehmenden anzurufen (maximal fünf Versuche), um die primären Ergebnisse zu erheben. Alle randomisierten Teilnehmenden wurden in die Analysen einbezogen.

Ergebnisse

Zwischen dem 18. September 2020 und dem 16. Juni 2022 wurden 1012 Teilnehmende randomisiert (Intervention: 505, Kontrolle: 507). Fast alle Teilnehmenden wurden über Online-Anzeigen rekrutiert, und 6,2 % der Teilnehmer (63/1012) gaben zu Beginn der Studie an, dass eine Operation innerhalb von 3 Monaten geplant war. 23 % (116/505) der Teilnehmenden der Interventionsgruppe beendeten das eigentlich 12-wöchige Programm vorzeitig, im Durchschnitt 25 Tage nach Beginn. Nachbefragungsdaten waren für 67 % (N=682) der Teilnehmenden nach 3 Monaten und für 64 % (N=643) nach 6 Monaten verfügbar.

Insgesamt war die Rauchabstinenz in der Interventionsgruppe deutlich höher, sowohl drei als auch sechs 6 Monate nach der Randomisierung: Nach drei Monaten betrug die Odds Ratio (OR) für anhaltende Abstinenz 2,15 (KI 1,51–3,06, $p < 0,0001$) zugunsten der Textnachrichten-Intervention (32,9 % vs. 18,9 %). Nach sechs Monaten lag die OR für anhaltende Abstinenz bei 2,38 (KI 1,62–3,57, $p < 0,0001$) zugunsten der Textnachrichten-Intervention (29,3 % vs. 14,6 %). Die Analysen

mit imputierten Daten wiesen keine nennenswerten Unterschiede zu den oben berichteten Zahlen auf.

Bei denjenigen Teilnehmenden, die keine Abstinenz erreichten, lag die Anzahl der pro Woche gerauchten Zigaretten in der Interventionsgruppe bei beiden Follow-up-Intervallen niedriger, und die Anzahl der Aufhörversuche nach drei Monaten war in der Interventionsgruppe größer. Es wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen bei der Inanspruchnahme anderer Hilfen ermittelt.

Interaktionsmodelle zeigten, dass das Alter ein Moderator für beide primären Ergebnisse nach drei und sechs Monaten war: ältere Teilnehmende profitierten eher von der Intervention als jüngere. Es gab auch etwas schwächere Hinweise darauf, dass die Intervention bei denjenigen effektiver war, die eine höhere Zuversicht angeben hatten, mit dem Rauchen aufhören zu können. Männer profitierten tendenziell etwas weniger von der Intervention als Frauen.

Diskussion

Die Teilnahme an einer 12-wöchigen SMS-basierten Intervention führte zu einer höheren selbstberichteten Rauchabstinenz im Vergleich zu einer Standardbehandlung ohne SMS-Botschaften. Weiterrrauchende Teilnehmende gaben einen geringeren Konsum an, wenn sie an der SMS-Intervention teilgenommen hatten. Dies ist die erste Wirksamkeitsstudie zu einer SMS-Tabakentwöhnungsmaßnahme in der schwedischen Allgemeinbevölkerung. Es handelte sich um langjährige Rauchende (durchschnittlich 25,3 Jahre), die im Vorfeld schon mehrere Aufhörversuche (durchschnittlich 7) unternommen hatten. Etwa ein Viertel der Interventionsgruppe entschied sich, das Programm vorzeitig zu beenden. Das könnte daran liegen, dass das Programm nicht den Bedürfnissen dieser Teilnehmenden entsprach, so dass sie beschlossen, ihren Aufhörversuch abubrechen, oder dass sie der Meinung waren, keine weitere Unterstützung mehr zu benötigen, da sie erfolgreich aufgehört hatten.