



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

Nr. 59
Juli
2015

Editorial

Die aktuelle S3-Leitlinie (s.u.) bietet eine klare Orientierung und fundierte Empfehlungen zur Behandlung. Allerdings sind längst nicht alle Fragen beantwortet oder alle Probleme gelöst. Ein Bereich, in dem nach wie vor Unsicherheit herrscht, sind die Ursachen für die genderspezifischen Unterschiede in den Ausstiegchancen und mögliche geschlechtsspezifische Vorgehensweisen zur Tabakentwöhnung. So gibt es Hinweise, dass negative Verstärkung bei Raucherinnen eine bedeutendere Rolle bei der Aufrechterhaltung des Rauchens spielt als bei ihren männlichen Pendanten. Wenig untersucht ist bislang, inwieweit auch Geschlechtsunterschiede bestehen in der sog. Ausgangserwartung für negative Verstärkung. Damit ist die Überzeugung gemeint, dass Rauchen negative Affekte mildert bzw. verbessert (Beispiel: „Wenn ich nervös bin, beruhigt mich das Rauchen“). In einer jüngst veröffentlichten Arbeit (1) wurde die Beziehung zwischen Gender und Ausgangserwartung für negative Verstärkung an zwei Stichproben untersucht. Die erste bestand aus 279 täglich Rauchenden ohne, die zweite aus knapp 500 Rauchenden mit einem Wunsch nach formaler Behandlung. In beiden Stichproben wurden unter den weiblichen Rauchenden stärkere Ausgangserwartung für negative Verstärkung gefunden (mit p s zwischen .06 und .001) als bei männlichen Rauchenden, auch nach statistischer Kontrolle von Tabakabhängigkeit, anderer Ausgangserwartungen des Rauchens, Depression oder Ängstlichkeit. Daraus lässt sich folgern, dass Überzeugungen, mittels Rauchen schlechte Stimmung verbessern zu können, zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt sind. Für eine genderspezifische Tabakentwöhnung könnte – neben der Bearbeitung von Gewichtszunahmeängsten – das Erlernen eines alternativen Umgangs mit unangenehmen Stimmungen oder die Infragestellung entsprechender Überzeugungen von besonderer Bedeutung sein.

Die sog. „Hardening“-These besagt, dass in Populationen mit abnehmender Rauchprävalenz unter den verbleibenden Raucherinnen und Rauchern der Anteil derjenigen zunimmt, die nicht aufhören wollen oder können. Als Maßnahmen zum Umgang mit diesen Rauchenden werden auch Harm Reduction-Strategien wie E-Zigarette oder rauchlose Tabakprodukte mitunter sehr kontrovers diskutiert. Wenn Hardening tatsächlich passiert, müsste ein positiver Zusammenhang zwischen Prävalenz und Ausstiegsrate bestehen, also bei geringeren Raucheranteilen auch weniger Ausstiege zu beobachten sein. Zu erwarten wäre außerdem

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Tabakleitlinie	2

kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Prävalenz und dem durchschnittlichen Konsum. Diesen Fragen ging ganz aktuell eine Forschergruppe aus San Francisco nach (2). Daten seit 1992 aus USA und dem Eurobarometer von 2006, 2009 und 2012 wurden auf entsprechende Assoziationen hin untersucht. Die Ergebnisse widersprechen der „Hardening“-These: In den USA erhöhte sich für jedes Prozent Rückgang der Prävalenz die Rate der Ausstiegsversuche um 0,55 %; zudem stieg die Ausstiegsrate. In Europa blieb die Quote der Ausstiegsversuche stabil. Gleichzeitig ging mit sinkender Prävalenz der Tageskonsum zurück (um 0,32 Zig/Tag in den USA und um 0,22 Zig/Tag in der EU). Diese Zusammenhänge blieben über den beobachteten Zeitraum hinweg stabil. Auf Populationsebene müsse in den Augen der Autoren die „Hardening“-These damit als widerlegt gelten und eher von einer „Softening“-These ausgegangen werden: Der Anteil rauchender Personen in den untersuchten Populationen geht zurück, und unter den verbleibenden Raucherinnen und Rauchern nehmen Ausstiegsversuche und Ausstiegsquote zu. Gleichzeitig geht der durchschnittliche Tageskonsum zurück. Eine Notwendigkeit für die o.g. umstrittenen Produkte zur Harm Reduction lasse sich bei den berichteten Zusammenhängen jedenfalls nicht ableiten.

Diese zweite Ausgabe des Jahres 2015 steht ganz im Zeichen der aktuellen Tabakleitlinie mit dem ersten Part der wichtigsten darin enthaltenen Empfehlungen für die Praxis. Der zweite Teil folgt im Newsletter 3/2015.

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

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

Ihr Redaktionsteam
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

1 Pang RD, Zvolensky MJ, Schmidt NB & Leventhal AM (2015) Gender Differences in Negative Reinforcement Smoking Expectancies. *Nicotine Tob Research* 17: 750–754

2 Kulik MC & Glantz S (2015) The smoking population in the USA and EU is softening not hardening. *Tob Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2015-052329 (online veröffentlicht 24. Juni 2015)

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. Standardschulungen: Berlin 05.10.–9.10.2015, München 23.11.–27.11.2015. Termine verkürzte Schulung: München 13.7.–14.7.2015, Freiburg 19.9.–20.9.2015. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91, Fax: 089/360804-98

- **20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.**
Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmer haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termin: 16.10.–17.10.2015. Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/298 23 13, Fax: 07071/29 53 84 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

- **Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer**
Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem „Blended Learning“-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden) sowie einem Aufbaumodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“. Auskünfte zum Curriculum und Terminen unter Tel.: 030/400 45 64 12 oder cme@baek.de

- **Die Deutsche Psychologen Akademie bietet vom 11.11.–13.11.2015 in Berlin das 20-stündige „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. an (s. auch Punkt 2, Fortbildungen für Fachberufe)**
Infos und Anmeldung unter Tel. 030/209166-314, Fax 030/209166-316, E-Mail: s.baumgarten@psychologenakademie.de oder <http://www.psychologenakademie.de>

Kongresse/Tagungen

National:

- **8. Deutscher Suchtkongress in Hamburg vom 16.9.–18.9.2015 mit vielen tabakspezifischen Beiträgen und Symposien**
Programm und Anmeldung unter <http://www.deutscher-suchtkongress2015.de>. Frühbucherrabatt bis 15.7.2015

- **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in Berlin vom 25.11.2015–28.11.2015**
Anmeldung und Infos unter <http://www.dgppn.de/kongress.html>

- **13. Deutsche Konferenz für Tabakkontrolle vom 2.12.–3.12.2015 im Deutschen Krebsforschungszentrum Heidelberg**
Anmeldung und Programm demnächst unter <http://www.tabakkontrolle.de>

International:

- **SRNT-Europe Konferenz vom 10.9.–12.9.2015 in Maastricht, Niederlande. Frühbucherrabatt bis 01.06. 2015. Infos und Anmeldung unter <http://www.srnt-e2015.com>**

S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“

Vorbemerkungen

Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) initiierte „Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zum Screening, der Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ (kurz: Tabakleitlinie) wurde von 18 Autoren und insgesamt mehr als 50 am Entstehungsprozess des Textes beteiligten Personen innerhalb von vier Jahren entwickelt und am 30. Januar 2015 unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-006.html> der Öffentlichkeit zugänglich gemacht (weitere Quelle: Batra A, Petersen KU, Hoch E & Mann K (Hrsg.) (2016) S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums. Springer, Berlin).

In der Einleitung wird betont, dass zwar viele Raucher im Lauf ihres Lebens aus eigener Vorsatzbildung und Anstrengung wieder aufhören, es aus medizinischer und psychologischer Sicht aber wichtig wäre, das Rauchen zu einem sehr viel früheren Zeitpunkt des Lebens zu beenden. Insbesondere auch für diejenigen, die es trotz ernsthafter Rauchstoppversuche aus eigener Kraft schaffen, ist eine möglichst optimale therapeutische Unterstützung indiziert.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat strenge methodische Kriterien entwickelt, damit eine nach diesen Qualitätskriterien entwickelte Behandlungsleitlinie den aktuellen Wissensstand maximal objektiv und nicht interessengeleitet wiedergibt. Den höchsten Qualitätsstandard der AWMF stellt die S3-Leitlinie dar, so auch die vorliegende Tabakleitlinie. Die Empfehlungen einer S3-Leitlinie werden in einem komplexen methodischen Prozess erarbeitet: In einem Konsensverfahren wurden klinische Fragestellungen festgelegt und hierfür relevante Informationen wurden systematisch recherchierten Quelleitlinien sowie systematischen Reviews der Cochrane Tobacco Addiction Group (die hier im Newsletter schon

vielfach vorgestellt wurden) entnommen. Zur Beantwortung der Fragestellungen, die zusätzlich einer systematischen Literaturrecherche bedurften, wurden eigene systematische Reviews durchgeführt.

Das Ziel dieser Arbeit war die Formulierung von Behandlungsempfehlungen: Was soll, sollte oder kann Raucherinnen und Rauchern im Allgemeinen oder in speziellen Konstellationen zur Motivation oder zur Unterstützung der Tabakentwöhnung angeboten werden? Auch Fragen zum Screening, zur Diagnostik und Dokumentation und zum adäquaten Setting wurden beantwortet. Empfehlungen können darüber hinaus auch problematische Angebote thematisieren, die nicht angeboten werden sollten oder sollen.

Den Empfehlungen zugeordnete Evidenzgrade (Level of Evidence, LoE) informieren darüber hinaus, in welcher Qualität und damit wie zuverlässig die wissenschaftliche Information zu dieser Empfehlung vorliegt. Abbildung 1 veranschaulicht den Abwägungsprozess zwischen Evidenzstärke und Graduierung der Empfehlung.

Die Empfehlungsgrade (A: starke Empfehlung, formuliert mit „soll“, B: „sollte“, O: „kann“) ergeben sich aus einer komplexen Abwägung des LoE im Hinblick auf die klinische Relevanz, das Nutzen-Risiko-Verhältnis, Patientenpräferenzen, Umsetzbarkeit in der Versorgung und ggf. weitere Einflussgrößen. Wurde keine systematische Literaturrecherche durchgeführt, konnten als notwendig erachtete Empfehlungen auch als „Klinische Konsenspunkte“ (KKP) formuliert werden.

Sämtliche durch Hintergrundtexte begründete Empfehlungen, Empfehlungsgrade und Einschätzungen der Evidenzlevel wurden in den „Konsensuskonferenzen“ den anwesenden

Experten vorgelegt und dort in einer moderierten Diskussion abgestimmt. Die repräsentativen Gruppen von bis zu 35 Delegierten von Fachgesellschaften, Berufsverbänden sowie Patienten- und Angehörigenvertretern wägen die Vorschläge für Empfehlungen so lange ab und modifizierten diese, bis sie angenommen werden konnten oder andernfalls abgelehnt wurden. Mögliche Interessenkonflikte wurden bei allen Abstimmungen beachtet: Von allen Delegierten vorliegende Erklärungen zu potenziellen oder tatsächlichen Interessenkonflikten dienten als Grundlage, um von dritter Seite zu entscheiden, ob Delegierte an Abstimmungen in Bereichen, wo potenzielle Interessenkonflikte deklariert worden waren, teilnehmen durften.

Alle Leitlinienempfehlungen sowie drei klinische Algorithmen, die den Behandlungsprozess nach den Empfehlungen der Leitlinie visualisieren sollen, sind durch die Zustimmung von mindestens im Mittel 95,2 % der Delegierten einer Konsensuskonferenz gestützt. Eine Beschreibung der Methodik kann dem Leitlinienreport entnommen werden (http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006m_S3_Tabak_2015-02.pdf).

Bei den oben genannten klinischen Algorithmen handelt es sich zum einen um Empfehlungen niederschwelliger Verfahren in Verbindung mit Harm Reduction-Empfehlungen für Rauchende ohne manifeste Ausstiegsbereitschaft. Ein zweiter klinischer Algorithmus skizziert den Pfad für intensivere, psychotherapeutisch fundierte Behandlung, und ein dritter den Entscheidungsprozess für die Einnahme von Psychopharmaka zur Unterstützung der Beratung oder Behandlung. Die drei klinischen Algorithmen verweisen aufeinander und ergänzen sich zu einem Gesamtbild der evidenzbasierten Unterstützung zur Erlangung der Tabakabstinenz nach aktuellem Forschungsstand.

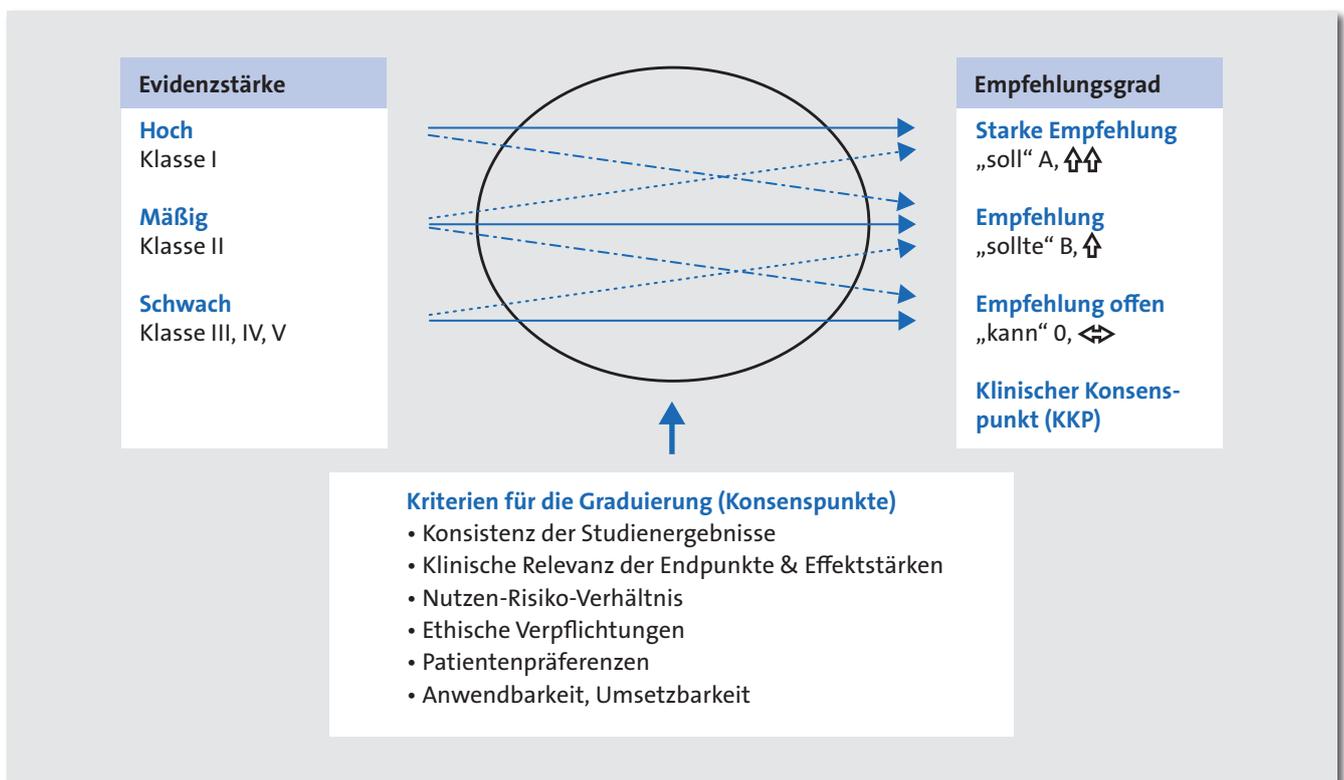


Abb. 1: Stufenklassifikation der AWMF (Kopp, 2012)

Nachfolgend werden die wichtigsten Schlüsselempfehlungen (mit Grad der Empfehlung und Evidenzgraden, jeweils in einem Kasten) und ergänzenden Auszüge der jeweiligen Hintergrundtexte vorgestellt.

Diagnostik und Dokumentation

Fagerströmtest für Zigarettenabhängigkeit (FTCD):

Der Fagerströmtest soll zur weiterführenden Diagnostik eingesetzt werden, um die Stärke der Zigarettenabhängigkeit einzuschätzen.

Empfehlungsgrad: KKP
LoE: –

Der Fagerströmtest ist das am besten bewährte und untersuchte Instrument weltweit; aufgrund seiner großen Verbreitung in Deutschland, seiner psychometrischen Qualitäten und des klinischen Urteils wird eine starke Empfehlung ausgesprochen (KKP).

Systematisches Screening:

Alle Patienten sollen nach ihrem Tabakkonsum gefragt werden.

Empfehlungsgrad: A
LoE: 1a (aus systematischer Recherche)

Die Bedeutung eines Screening für die Interventions- und Ausstiegsrate und der Dokumentation wurde im Rahmen älterer Metaanalysen untersucht; Evidenzlevel und Empfehlungsgrad wurden der Quellleitlinie von Fiore et al. (2008) entnommen.

Erfassung in einem Dokumentationssystem:

Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in der Patientendokumentation verbessert die Interventionsraten. Tabakkonsum soll in der Patientendokumentation fortlaufend erfasst werden.

Empfehlungsgrad: A
LoE: 1a

Eine systematische Erfassung des Tabakkonsums in einem Dokumentationssystem verbessert die Interventionsraten; ein eindeutiger Effekt auf die Abstinenzraten ist jedoch nicht belegt.

Motivationsbehandlung und Kurzinterventionen

Kurzberatung:

In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll Kurzberatung für Raucher zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A
LoE: 1a

Kurzberatung (Inhalte):

Die Kurzberatung für aufhörbereite Raucher sollte einen Verweis auf weiterführende Hilfsangebote wie Einzel- oder Gruppenbehandlung oder Telefonberatung beinhalten.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 1b

Motivierende Gesprächsführung:

Motivierende Gesprächsführung sollte bei Rauchern, die eine geringe Motivationslage haben, zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 1a

Mehrere Metaanalysen zur Motivierenden Gesprächsführung kommen zum selben (positiven) Ergebnis, die Effektstärken sind jedoch gering. Aufgrund der Konfundierung mit anderen Verfahren lässt sich das Spezifische der Intervention nur schwer identifizieren. Ein zusätzlicher Nutzen gegenüber anderen Verfahren ist gering. Die Zielgruppe unmotivierter Raucher profitiert vermutlich am besten. Der Zeitaufwand zum Erlernen dieser Methode ist relativ hoch und somit die Umsetzbarkeit in der Versorgung aufwändig.

Telefonische Beratung:

In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung soll telefonische Beratung zur Erreichung des Rauchstopps angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A
LoE: 1a

Die Ergebnisse mehrerer Metaanalysen stimmen überein, Endpunkte und Effektstärken sind klinisch relevant, das Nutzen-Risikoverhältnis ist positiv, die Erreichbarkeit einfach und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Auf dieser Grundlage wird die starke („Soll“-) Empfehlung abgeleitet. Für die Versorgung in Deutschland steht die BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung Mo bis Do von 10 bis 22 Uhr und Fr bis So von 10 bis 18 Uhr zur Verfügung.

Internetbasierte Selbsthilfeprogramme:

Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten internetbasierte Selbsthilfeprogramme angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 1b

Mobile Selbsthilfeprogramme:

Zur Unterstützung der Erreichung des Rauchstopps sollten mobile Selbsthilfeprogramme angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 1b

Das Ergebnis einer Metaanalyse mit lediglich fünf inkludierten Studien, darunter drei zu demselben SMS-Programm, ist für die mobilen Programme ebenso wie das Nutzen-Risikoverhältnis positiv, die Erreichbarkeit besonders einfach und die Umsetzbarkeit in der Versorgung möglich. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Reviews lagen noch keine publizierten Studien zu Smartphone-Applikationen vor; allerdings finden sich im Verzeichnis klinischer Studien (<https://www.clinicaltrials.gov>) mehrere laufende und geplante Studien zu solchen Applikationen. Es ist davon auszugehen, dass auch diese Vermittlungsformen einen vielversprechenden Zugangsweg für Tabakentwöhnungsangebote darstellen.

Selbsthilfematerialien:

In der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung sollten klassische Selbsthilfematerialien zur Erreichung des Rauchstopps verfügbar gemacht werden.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 1a

Harm Reduction

E-Zigaretten sollen nicht empfohlen werden, bevor sie nicht unter den Bedingungen der Arzneimittelprüfung auf ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit bei der Harm Reduktion und Tabakentwöhnung untersucht worden sind.

Empfehlungsgrad: KKP
LoE: –

Die Evidenz zu dieser Empfehlung wurde im Wesentlichen durch neueste Literatur erbracht, die erst nach dem Systematischen Review (Recherche Mitte 2012) erschienen ist. Daher war nur ein klinischer Konsensentscheid möglich.

Die Eignung bzw. Nichteignung der E-Zigarette zur Tabakentwöhnung wurde hiervon unabhängig und separat unter den „Somatischen Therapieverfahren“ begutachtet. In Anbetracht des noch vorläufigen Forschungsstandes und bestehenden Hinweisen auf Risiken, die ebenfalls noch unzureichend geprüft sind, wird von einem Einsatz der E-Zigarette abgeraten:

Elektrische Zigarette:

Die Datenlage zur Sicherheit und Effektivität der elektrischen Zigarette in der Tabakentwöhnung ist unzureichend. Die elektrische Zigarette sollte zur Tabakentwöhnung nicht angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 4 (aus systematischer Recherche)

Programme zur Reduktion des Tabakkonsums:

Rauchern, die ihren Tabakkonsum nicht aufgeben können oder reduzieren wollen, sollten Hilfestellungen zur Reduktion des Tabakkonsums (NET, Beratung, Verhaltenstherapie) angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B
LoE: 1a

Die Interventionen zur Reduktion des Tabakkonsums wurden daraufhin bewertet, ob langfristig ein vollständiger Rauchstopp erreicht wird. Auch ein dauerhaft reduzierter Zigarettenkonsum kann aufgrund des umstrittenen gesundheitlichen Nutzens nicht als erfolgreiche „Harm Reduktion“ gelten.

Psychotherapeutische Interventionen

Verhaltenstherapeutische **Gruppeninterventionen** zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A
LoE: 1a

Für deutsche Verhältnisse wird festgehalten, dass verhaltenstherapeutische Behandlungen effektiv sind, für die Allen Carr-Methode allerdings unzureichende Wirksamkeitsbelege vorliegen. Allerdings liegen nur für wenige der bestehenden Entwöhnungsprogramme in Deutschland (IFT München: Rauchfrei, Universitätsklinikum Tübingen: Nichtraucher in 6 Wochen) kontrollierte Wirksamkeitsstudien vor.

Verhaltenstherapeutische **Einzelinterventionen** zur Erreichung der Tabakabstinenz sind wirksam. Sie sollen in der medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung angeboten werden.

Empfehlungsgrad: A
LoE: 1a

Wirksamkeitsbelege für eine **psychodynamische Therapie** zur Erreichung der Tabakabstinenz konnten nicht identifiziert werden. Daher kann keine Empfehlung für oder gegen psychodynamische Therapieverfahren gegeben werden.

Empfehlungsgrad: 0
LoE: V

Impressum:

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum

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

Im Neuenheimer Feld 280, D-69120 Heidelberg
Tel.: +49 (0) 6221 42 30 10, Fax: +49 (0) 6221 42 30 20
E-Mail: who-cc@dkfz.de, Internet: www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:

Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Hypnotherapie:

Die Datenlage zur Beurteilung der Wirksamkeit einer Hypnotherapie zur Erreichung der Tabakabstinenz ist inkonsistent und bedarf der Ergänzung. Hypnotherapie kann angeboten werden.

Empfehlungsgrad: 0

LoE: 1a

Ärzte und Psychologen werden häufig mit dem Wunsch der Patienten nach einer hypnotherapeutischen Behandlung konfrontiert. Wichtig für eine mögliche Empfehlung ist, dass positive Ergebnisse bzgl. der Wirksamkeit von Hypnotherapie sich ausschließlich auf die fachgerecht ausgeführte klinische Hypnose 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.

Aversionstherapie:

Die Studien zur Wirksamkeit von Aversionstherapien als Monotherapie sind veraltet, die Wirksamkeit ist fraglich, es bestehen potenzielle Risiken. Aversionstherapien sollten nicht angeboten werden.

Empfehlungsgrad: B

LoE: 1a

Zur **Bedeutung einzelner Komponenten** für die Effektivität verhaltenstherapeutischer Behandlungen liegen keine ausreichenden Daten vor. Verhaltenstherapeutische Behandlungen sollten mehrere Komponenten enthalten.

Empfehlenswert sind insbesondere:

- Psychoedukation
- Motivationsstärkung
- Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe
- Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit
- alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitstraining, Stressmanagement).

Empfehlungsgrad: KKP

LoE: –

Die Frage der Wirkkomponenten und deren differenzieller Effektivität in der Tabakentwöhnungs- und Abhängigkeitsbehandlung ist derzeit nur sehr eingeschränkt empirisch fundiert zu beantworten, da kaum systematische Komponentenanalysen vorliegen. In Bezug auf die Rückfallprophylaxe kommen aktuelle Studien und mehrere Metaanalysen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass spezielle verhaltenstherapeutische Interventionen zur Prävention von Rückfällen kurzfristig erfolgreich sind bzw. die Abstinenzrate bei Personen erhöhen, die ohne vorherige professionelle Entwöhnungsbehandlung abstinent geworden waren. Spezielle verhaltenstherapeutische Interventionen zur Rückfallprophylaxe haben aber keinen zusätzlichen Effekt auf den langfristigen Abstinenzserfolg, wenn nach einem kognitiv-behavioralen Entwöhnungsprogramm bereits eine kurzfristige Abstinenz erreicht worden ist.

Minimale und optimale Dauer der psychosozialen Behandlungen:

Für eine starke Dosis-Wirkungs-Beziehung psychotherapeutischer Interventionen wurden keine Hinweise identifiziert. Aufgrund fehlender Datenlage kann keine Empfehlung zur Dauer und Frequenz der Sitzungen ausgesprochen werden.

Empfehlungsgrad: 0

LoE: 1a

Eine spezielle Analyse der Dosis-Wirkungs-Beziehung für psychotherapeutische Interventionen (insbesondere Gruppeninterventionen) fehlt, so dass unklar bleibt, ob hier ein Zusammenhang besteht. Eine minimale Dauer der Therapie scheint derzeit nicht festlegbar. Ebenso bleibt unklar, ob eine Erhöhung der Anzahl von Sitzungen in verhaltenstherapeutischen Gruppeninterventionen eine höhere langfristige Abstinenzquote zur Folge hat. Nicht unberücksichtigt bleiben sollte bei der Planung und Bewerbung von Interventionen, dass mit zunehmender Intensität einer Intervention die Akzeptanz bei der Zielgruppe und somit deren Erreichbarkeit sinkt.

Die Empfehlungen zu medikamentösen und somatischen Therapien, Gender- und Altersaspekten sowie Besonderheiten bei somatischer oder psychischer Komorbidität werden im nächsten Newsletter vorgestellt.