



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

Nr. 65  
Dezember  
2016

### Editorial

Der Versuch, die Wechselbeziehung von Tabakkonsum und Depression zu beleuchten, wurde in diesem Newsletter schon mehrfach unternommen. Etwas mehr Licht ins Dunkel könnten Erkenntnisse über den Zusammenhang des Einstiegsalters in das Rauchen und den Risiken für die Ausbildung einer schweren Depression bringen, wie sie kürzlich in einem im American Journal of Preventive Medicine publizierten Paper nachzulesen waren (1). Aus einer Repräsentativbefragung wurden knapp 24.000 Personen je nach dem Zeitpunkt ihrer ersten Raucherfahrung in vier Gruppen unterteilt: Erste Erfahrung bis zum 12. Lebensjahr, mit 13 oder 14, 15 bis 18 oder später. Etwa die Hälfte der Befragten gab an, zwischen 15 und 18 mit dem Rauchen angefangen zu haben. Im Vergleich zu denjenigen mit einer sehr frühen ersten Raucherfahrung (bis zum 12. Lebensjahr) war bei den anderen Gruppen die Wahrscheinlichkeit für eine schwere depressive Episode um 25 bis 50 % geringer; etwa jeder Fünfte mit sehr früher Raucherfahrung berichtete von einer schweren depressiven Episode. Der Verdacht liegt nahe, dass eine Tabak- bzw. Nikotinexposition bei einem sich noch entwickelnden Gehirn stärkere negative Auswirkungen hat. Um die zugrundeliegenden Mechanismen besser verstehen zu können, bedarf es aber weiterer Forschung.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben neben den besonderen Herausforderungen, die mit einer solchen Erkrankung einhergehen, auch eine deutlich geringere Lebenserwartung. Dies lässt sich teilweise auch mit der höheren Rauchprävalenz in dieser Gruppe erklären (2). Aus einer Kohorte mit 328.000 US-Amerikanern wurde das relative Sterberisiko errechnet. Danach ist bei Personen mit „serious psychological distress (SPD)“ das Sterberisiko von aktuell Rauchenden doppelt so hoch. Sie verlieren durchschnittlich 14,9 Lebensjahre im Vergleich zu Nierauchenden ohne SPD. Unter Nierauchenden liegt die Lebenserwartung bei Personen mit SPD um 5,3 Jahre niedriger, so dass das Rauchen für zwei Drittel der unterschiedlichen Lebenserwartung von Rauchern mit und Nierauchenden ohne SPD verantwortlich gemacht werden kann.

1 Devkota B, Salas J & Garfield L (2016) Increased Risk of Major Depression with Early Age of Exposure to Cigarettes. Am J Prev Med 51(6): 933–938

2 Tam J, Warner KE & Meza R (2016) Smoking and the Reduced Life Expectancy of Individuals with Serious Mental Illness. Am J Prev Med 51(6): 958–966

### Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
Neue Publikationen	3

Jeder dritte frühzeitige Todesfall bei Personen mit SPD kann dem Rauchen angelastet werden. Menschen mit hohen psychischen Belastungen zu unterstützen, baldmöglichst mit dem Rauchen aufzuhören, dürfte sich also in einer deutlich höheren Lebenserwartung niederschlagen.

Die Mode- und Kosmetikbranche hat sich schon geraume Zeit vom Jugendwahn verabschiedet und die reifere Generation als Kunden ins Visier genommen. Hinkt die Tabakentwöhnung dabei noch hinterher? Auch wenn die epidemiologischen Untersuchungen von Doll & Peto nahelegen, dass ein Rauchstopp in jedem Lebensalter einen gesundheitlichen Nutzen bringt, hat man nicht den Eindruck, es bestünde ein großes Forschungsinteresse an der Altersgruppe der über 60-Jährigen. Und auch in der praktischen Arbeit hören wir von älteren Patienten immer wieder, dass ein Rauchstopp sich für sie doch nicht mehr lohnen würde, da der Schaden doch längst angerichtet sei. Neuen Schwung in diese Diskussion bringen könnten die Ergebnisse (3) einer Forschergruppe des National Cancer Institute in Maryland, USA: Ältere Erwachsene über 70, die erst in ihren 60er Jahren mit dem Rauchen aufhören, senken ihr Sterberisiko in den darauffolgenden Jahren im Vergleich zu denjenigen, die weiterrauchen. Die Befragung zum Rauchverhalten bei mehr als 160.000 über 70-Jährigen fand in 2004 und 2005 statt; Sterblichkeit wurde bis zum Jahre 2011 erfasst. Im Vergleich zu Nierauchern war das Sterberisiko unter den fortgesetzt Rauchenden etwa 3mal so hoch (33 % vs. 12 %; Hazard Ratio 3.18; KI 3.04–3.31). Darüber hinaus hatten ehemals Rauchende ein geringeres Sterberisiko als fortgesetzt Rauchende: bei einem Ausstieg zwischen dem 50. und 59. Lebensjahr lag das Risiko bei 0.64 (KI 0.61–0.67; Sterblichkeit 24 %), bei einem Ausstieg zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr bei 0.77 (KI 0.73–0.81; Sterblichkeit 28 %). Bei den Rauchern stand das Einstiegsalter in einem inversen Zusammenhang, während der Tageskonsum in einem direkten Zusammenhang mit dem Sterberisiko stand. Wie bei jungen

3 Nash SH, Liao LM, Harris TB & Freedman ND (2016) Cigarette Smoking and Mortality in Adults Aged 70 Years and Older: Results from the NIH-AARP. Am J Prev Med, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.036> (online veröffentlicht am 29. November 2016)

Menschen ist also der lebenslange Zigarettenkonsum eine Kerndeterminante für Sterblichkeit nach dem 70. Lebensjahr. Und so wird die Erstautorin der Publikation auch mit den Worten zitiert „It's never too late“. Tatsächlich konnte schon in anderen großen Studien, die auch Daten aus Deutschland beinhalten, gezeigt werden, dass ein Rauchstopp auch bei Älteren einen Nutzen bringt, und zwar für Gesamtsterblichkeit, kardiovaskuläre Ereignisse und Krebs. Und wer sich jetzt unsicher ist, was bei der Tabakentwöhnung von älteren Patientinnen und Patienten besonders zu beachten ist, sei auf die Seiten 168 bis 170 der Tabakleitlinie ([http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/076-006l\\_S3\\_Tabak\\_2015-02.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-006l_S3_Tabak_2015-02.pdf)) verwiesen.

In der vierten und letzten Ausgabe 2016 unseres Newsletters berichten wir über einen methodisch anspruchsvollen Review zur Wirksamkeit von Kombinationsbehandlungen sowie den Auswirkungen eines strukturierten Trainings zur Tabakentwöhnung bei Medizinstudenten in Deutschland. Zum Dritten wird eine Arbeit vorgestellt, die die Adhärenz eines webbasierten Tabakentwöhnungsangebots durch Zusatzangebote zu verbessern versuchte.

Wie gewohnt informieren wir Sie auch über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate. Besonders hingewiesen sei auf die 18. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) am 15. März 2017 (siehe unten).

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2017,

Ihr Redaktionsteam  
Ute Mons, Peter Lindinger, Anil Batra, Wilfried Kunstmann

## Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

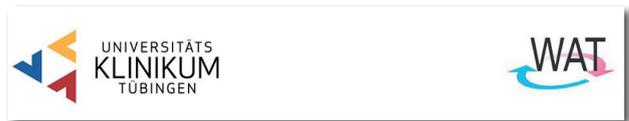
### Fortbildungen für Fachberufe

- Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das IFT Gesundheitsförderung München



Die Kursleiterschulungen sind nur für staatlich anerkannte Berufe aus dem Gesundheits- und Sozialbereich zugänglich. Termine Standardschulung: München 27.2.–3.3.2017, Berlin 20.3.–24.3.2017. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine.html>; Anmeldung bei [braun@ift.de](mailto:braun@ift.de); Tel.: 089/36 08 04-91, Fax: 089/36 08 04-98

- 20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß



§ 20 SGB V anerkanntes 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: Im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage vom 5.4.–7.4.2017. 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](mailto: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](mailto:cme@baek.de)

### Kongresse/Tagungen

#### National:

- **18. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e. V.**  
Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Beiträge u.a. zu Bildgebung, E-Zigaretten und Rauchfrei-App. Termin: 15.3.2017, 12–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung demnächst unter <http://www.wat-ev.de>

- **22. Tübinger Suchttherapietage vom 5.4.–7.4.2017**  
Programm per E-Mail an [sucht@med.uni-tuebingen.de](mailto:sucht@med.uni-tuebingen.de) oder unter [http://www.mezizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Allgemeine+Psychiatrie/22\\_+T%C3%BCbinger+Suchttherapietage.html](http://www.mezizin.uni-tuebingen.de/Patienten/Kliniken/Psychiatrie+und+Psychotherapie/Allgemeine+Psychiatrie/22_+T%C3%BCbinger+Suchttherapietage.html)

- **Erste internationale Konferenz zur neuen DEBRA Studie – der kontinuierlichen Befragung zum Konsum von Tabak und E-Zigaretten in Deutschland**  
Termin: 30.6.2017. Tagungsort: Haus der Universität Düsseldorf, Keynote: Robert West (University College London). Kostenlose Anmeldung und Programm unter <https://debrastudy.wordpress.com>

#### International:

- **23. Annual Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) in Florenz, Italien vom 8.3.–11.3.2017, Fiera Congress & Exhibition Center**  
Website: <http://www.srnt.org/page/2017meeting>. Dies ist das jährliche Meeting der gesamten SRNT. Frühbucher-rabatte bis zum 10.2.2017



## Neue Publikationen

a) Windle SB, Filion KB, Mancini JG, Adye-White L, Joseph L, Gore GC, Habib B, Grad R, Pilote L & Eisenberg MJ (2016) **Combination Therapies for Smoking Cessation: A Hierarchical Bayesian Meta-Analysis.** *Am J Prev Med* 51(6): 1060–1071, doi: 10.1016/j.amepre.2016.07.011

### Hintergrund

In nationalen und internationalen Leitlinien wird einheitlich empfohlen, Raucherinnen und Rauchern eine Kombination von Beratung und Medikation anzubieten. In der deutschen Tabakleitlinie findet sich dazu mit dem stärksten Empfehlungsgrad und höchsten Evidenzlevel die Empfehlung 4.4.3.7 Kombination von Beratung und Medikation: Raucher, die den Tabakkonsum beenden wollen und denen eine Medikation zur Tabakentzugsbehandlung angeboten wird, sollen eine begleitende Beratung zur Unterstützung des Rauchstopps erhalten. In dem Review von Windle et al. wurde die Wirksamkeit von Kombinationsbehandlungen ausschließlich aus Studien mit langen Follow-ups und konservativen Erfolgsmaßen überprüft.

### Methode

Es wurde ein systematisches Review und Meta-Analyse von kontrollierten Studien zu pharmakologischen und verhaltenstherapeutischen oder einer Kombination beider Ansätze durchgeführt. Die einschlägigen Datenbanken Embase, PsycINFO, und PubMed sowie die Cochrane-Datensammlung wurden bis einschließlich Juli 2015 systematisch durchsucht. Eingeschlossen wurden ausschließlich randomisierte, englisch- oder französischsprachig publizierte Studien bei ausstiegsbereiten Rauchenden mit biochemisch verifizierter 7-Tage-Punktprävalenz oder kontinuierlicher Abstinenz nach 12 Monaten. In den inkludierten Studien musste mind. eine First-Line Behandlung (Nikotinersatztherapie NET, Bupropion BUP, Vareniclin VAR oder behaviorale Therapie BT) mit einer anderen First-Line Behandlung oder Placebo bzw. „Usual care“ in BT-Studien verglichen worden sein. NET wurde noch einmal unterteilt in Pflaster (N-Pf) und „short-acting“ NET (N-SA). BT war definiert als „verbale Instruktion mit der Intention einer Verhaltensänderung“. Darunter fielen Kurzinterventionen, Einzelberatung, Gruppenberatung und Telefonberatung. Direkte und indirekte Vergleiche

wurden mittels „Hierarchischer Bayes’scher Modelle“ durchgeführt. Trotz der strengen Selektionskriterien wurden 123 Arbeiten identifiziert, von denen insgesamt 115 in die Meta-Analyse aufgenommen wurden (N=57.851).

### Ergebnisse

14 direkte Vergleiche zwischen Monotherapien und einer Kombination von Pharmakotherapie und BT wurden durchgeführt. Alle Arten von Pharmakotherapie in Kombination mit BT verbesserten die Abstinenzquoten nach 12 Monaten im Vergleich zu BT alleine:

**Tabelle 1: Odds ratios (OR) und Glaubwürdigkeitsintervalle (GI)**

	OR	GI
BT + N-Pf	1.81	1.47–2.37
BT + N-SA	1.73	1.47–2.04
BT + BUP	1.83	1.56–2.18
BT + VAR	2.96	2.04–4.44

Direkte Vergleiche wurden ergänzt durch indirekte Vergleiche, die zu dem Ergebnis kamen, dass VAR mit BT wirksamer war als alle anderen Kombinationen von Pharmakotherapie mit BT:

**Tabelle 2: Odds ratios (OR) und Glaubwürdigkeitsintervalle (GI)**

	OR	GI
VAR+BT vs. BUP+BT	1.56	1.07–2.34
VAR+BT vs. NPf+BT	1.65	1.10–2.51
VAR+BT vs. N-SA+BT	1.68	1.15–2.53

Die anderen Kombinationen ohne VAR-Komponente waren alle ähnlich wirksam. Beim Vergleich von Pharmakotherapie alleine versus Pharmakotherapie mit BT wurden keine

entsprechenden Unterschiede ermittelt; die Abstinenzquoten waren vergleichbar hoch. Die Glaubwürdigkeitsintervalle (GI, werden in der Bayes'schen Statistik anstelle der Konfidenzintervalle verwendet) waren allerdings recht weit (OR 1.17, GI 0.60–2.12), was an der kleinen Zahl in diesem Vergleich inkludierter Studien (N=7) liegen könnte. Selbst intensivere BT (Einzelberatung, Gruppenberatung und Telefonberatung) verbesserte die Abstinenzquoten im Vergleich zu reiner Pharmakotherapie nicht. Eine Sensitivitätsanalyse, bei der intensivere BT mit Minimalinterventionen und unabhängig von der pharmakologischen Begleittherapie verglichen wurden, fand ebenfalls keine Überlegenheit der intensiveren BT. Bezüglich der Kombination von zwei pharmakologischen Komponenten wurde der bereits bekannte Zusammenhang bestätigt, dass die Kombination von N-Pf + N-SA die Abstinenzsichten im Vergleich zu N-Pf alleine verbessert (OR 1.63, GI 1.06–3.03).

## Diskussion

In dieser Meta-Analyse, in der strenge Erfolgsmaße herangezogen worden waren, wurde keine starke Evidenz dafür gefunden, dass BT eine notwendige Ergänzung für Pharmakotherapie darstellt. Hingegen erwies sich die Kombination VAR mit BT wirksamer als andere Kombinationen von Pharmakotherapie mit BT. Andere Meta-Analysen – wie z.B. die der Cochrane-Gruppe – kamen bezüglich der inkrementellen Wirksamkeit von BT zu anderen Ergebnissen: Dort fand sich eine höhere Abstinenzquote bei Pharmakotherapie mit BT als bei Pharmakotherapie alleine (Risk Ratio RR 1.25, KI 1.08–1.45), und intensivere BT war wirksamer als BT geringerer Intensität (RR 1.16, KI 1.09–1.24). Auf Basis dieser Cochrane Reviews wurden auch die Empfehlungen in nationalen und internationalen Leitlinien formuliert. Die Autoren des vorliegenden Reviews führen diese unterschiedlichen Ergebnisse in erster Linie auf die unterschiedliche Studienselektion zurück, insbesondere auf die Berücksichtigung von Studien mit Follow-ups kürzer als 12 Monate in den Cochrane-Reviews: Die Effekte von Tabakentwöhnungsmaßnahmen nehmen mit zunehmendem Abstand zur Maßnahme ab. Bei Inklusion von Studien mit kürzerer Nachuntersuchung werden deren Langzeiteffekte überschätzt. Ein weiterer Unterschied bestand in der hier zwingend erforderlichen biochemischen Verifikation.

Die hier berichteten Ergebnisse bezüglich BT sind etwas überraschend und widersprechen den klinischen Erfahrungen in der Praxis, wo wir beobachten, dass die alleinige Verwendung einer pharmakologischen Komponente mittel- und längerfristig seltener zum gewünschten Ergebnis führt. Nicht ausgeschlossen werden kann, dass in den neueren hier zusammengefassten klinischen Studien in den eigentlich rein pharmakologischen Armen eine gewisse behaviorale Unterstützung beispielsweise durch die studienbegleitenden Kontakte und Nachfragen zum Rauchstatus geleistet wurde: Die Prinzipien einer Kurzintervention aus behavioraler Unterstützung sind in vielen Ländern mit einem hohen Standard an Tabakentwöhnungsdiensten heutzutage allgemein bekannt und integraler Bestandteil der Standardversorgung, so dass möglicherweise keine klare Abgrenzung „keine BT“ vs. BT als Kurzintervention“ vorgenommen werden kann. Hier muss

auch das Problem der Verblindung angesprochen werden, die in Bezug auf BT nicht möglich ist.

Keinesfalls bedeuten die hier berichteten Ergebnisse, dass wir von der vielfach bewährten Praxis abrücken sollten, ausstiegswilligen Rauchern, denen eine Medikation zur Tabakentzugsbehandlung angeboten wird, auch eine begleitende Beratung zur Unterstützung des Rauchstopps zu empfehlen und diese anzubieten. Auf der Basis von lediglich sieben Studien ist eine solche Schlussfolgerung keinesfalls gerechtfertigt.

**b) Herold R, Schiekirka S, Brown J, Bobak A, McEwen A & Raupach T (2016) Structured Smoking Cessation Training for Medical Students: A Prospective Study. *Nicotine Tob Res* 18: 2209–2215, doi: 10.1093/ntr/ntw191**

## Hintergrund

Die Umsetzung von leitlinienkonformen Empfehlungen für ausstiegswillige Rauchende durch Ärztinnen und Ärzte ist noch verbesserungswürdig. Die geringe Adhärenz ist neben der fehlenden Regelung in Bezug auf die Honorierung wahrscheinlich auch dadurch mitbegründet, dass Medizinstudenten in der Ausbildung nicht adäquat vorbereitet werden, um später Patienten bei einer Verhaltensänderung wie der Tabakentwöhnung zu unterstützen. In dieser prospektiven Interventionsstudie sollte ein neuartiges und multimodales Lehrmodul untersucht und ausgewertet werden.

## Methode

Als Teil eines sechswöchigen Kurses zu kardiovaskulären und respiratorischen Erkrankungen erhielten 125 Medizinstudenten an der Universitätsmedizin Göttingen zu Beginn des 2. Jahres ihrer klinischen Ausbildungsphase ein multimodales, interaktives Trainingsmodul über 240 Minuten. Dieses beinhaltete online bereitgestellte Lernmaterialien als Podcast, Vorlesungen, Seminare und Training zur praktischen Umsetzung inkl. Rollenspiel. Behandelte Themen waren dabei u.a. die Lebenserwartung von Rauchern und Nichtrauchern, Mechanismen der Tabakabhängigkeit, Rauchprävalenz und Häufigkeit von Ausstiegsversuchen, Wirkungsweise von NET und deren Nebenwirkungen und Entzugssymptome. Absolventen des Trainings sollten danach in der Lage sein, eine Kurzintervention auf Basis der 5 As (ask, advise, assess, assist & arrange) anbieten zu können. Als Kontrollgruppe fungierten Studenten, die lediglich eine Standardausbildung, bestehend in einer 45-minütigen Vorlesung erhalten hatten. Die Performanz der Studenten wurde mittels einer tabakspezifischen Prüfung an standardisierten Patienten („objective structured clinical examination“, OSCE) am Ende des 4. Ausbildungsjahres gemessen. OSCE stellt mittlerweile eine Standardmethode zur Ermittlung von praxisnahen Leistungen dar. Weiterhin wurden im Rahmen schriftlicher Prüfungen Effekte in Bezug auf Kenntnisse, Fähigkeiten, Einstellungen und selbstbeobachtete praktische Vorgehensweisen getestet.



## Ergebnisse

Insgesamt 125 Medizinstudenten (davon 12,8 % Raucher) in der Interventionsgruppe und 70 in der Kontrollgruppe (davon 8,7 % Raucher) konnten für die Studienteilnahme rekrutiert werden. Zum Zeitpunkt des Sechs-Monats Follow-up lagen die Werte im Wissenstest innerhalb der Interventionsgruppe signifikant höher als in der Kontrollgruppe (61,1 % vs. 51,7 %;  $p < .001$ ). Allerdings gaben in der Interventionsgruppe weniger Studenten an, regelmäßig den Rauchstatus von Patienten zu erfassen (87,7 % vs. 95,7 %,  $p = .018$ ), und es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Quote, mit der Studenten rauchenden Patienten einen Rauchstopp anraten (68,3 % vs. 56,1 %,  $p = .154$ ).

Ein ähnliches Muster wurde in der tabakspezifischen praktischen Prüfung beobachtet, bei der Teilnehmer der Interventionsgruppe insgesamt besser abschnitten (71,5 % vs. 60,5 %;  $p < .001$ ). Besonders deutlich war der Unterschied bezüglich des 4. und anspruchsvollsten As „Assist“ (77,6 % vs. 51,5 %,  $p < .001$ ). Wenn man 60 % der Höchstpunktzahl als Cutoff für bestanden vs. nicht bestanden anlegt, hätten 84 % der Interventionsgruppe und 55 % der Kontrollgruppe die Prüfung bestanden ( $p = .001$ ). Über mehrere Messzeitpunkte erhobene Längsschnittdaten bei Teilnehmern der Interventionsgruppe ergaben, dass der Rauchstatus der Teilnehmenden keinen Einfluss auf die Behaltensleistung hatte.

## Diskussion

Diese Interventionsstudie an der Universitätsmedizin Göttingen konnte einen bedeutungsvollen und signifikanten Zuwachs an Wissen und praktischen Fertigkeiten bei denjenigen Studenten nachweisen, die ein modernes Ausbildungsmodul zur Tabakentwöhnung erhalten hatten. Allerdings gab es keine signifikanten Unterschiede zur Kontrollbedingung bezüglich der Quote, mit der Studenten rauchenden Patienten einen Rauchstopp anraten.

Die einmal erworbenen praktischen Fähigkeiten blieben insgesamt recht gut erhalten. Es ist bekannt, dass die Patientenzufriedenheit umso größer ist, je mehr der 5 As im Rahmen einer Konsultation vermittelt werden. Deshalb sollte eruiert werden, wie das Ausbildungsmodul so modifiziert werden kann, um die schwache Performanz bezüglich des 2. As („advice“) zu verbessern. Das Anraten des Rauchstopps ist

insbesondere bei Patienten mit kardiovaskulären und respiratorischen Erkrankungen essentiell.

c) **Graham AL, Papandonatos GD, Cha S, Erar B, Amato MS, Cobb NK, Niaura RS & Abrams DB (2016) Improving Adherence to Smoking Cessation Treatment: Intervention Effects in a Web-Based Randomized Trial. Nicotine Tob Res, doi: 10.1093/ntr/ntw282 (online veröffentlicht am 11. November 2016)**

## Hintergrund

Web-basierte Interventionen zur Tabakentwöhnung sind in der Lage, einen großen Teil der Bevölkerung mit einem evidenzbasierten Angebot zu erreichen. Die Effektivität dieser Interventionen wird allerdings oft durch eine geringe Adhärenz eingeschränkt. In dieser Arbeit wurde untersucht, inwieweit sich die Adhärenz durch zusätzliche Komponenten wie kostenfreie NET und die Nutzung eines angegliederten sozialen Netzwerks verbessern lässt.

## Methode

5.290 erwachsene Raucherinnen und Raucher wurden via „BecomeAnEX“, einer kostenfreien Website zur Tabakentwöhnung der Truth Initiative (früher American Legacy Foundation) rekrutiert und auf einen von vier Studienarme randomisiert:

- (1) interaktive, evidenzbasierte Website zur Tabakentwöhnung alleine (WEB); dieser Arm bildete die Kontrollbedingung
- (2) WEB in Verbindung mit einer Intervention zur Generierung von Aktivität in den angeschlossenen sozialen Netzwerken (SN), (WEB+SN)
- (3) WEB plus kostenfreie NET (WEB+NRT)
- (4) eine Kombination aller Angebote (WEB+SN+NET)

Die Website „BecomeAnEX“ beinhaltet neben einschlägigen psychoedukativen Komponenten auch ein Skills-Training mit interaktiven Tools wie Unterstützung bei der Auswahl eines Stopptages, Inanspruchnahme sozialer Unterstützung, Craving-Tracker zum Monitoring des Rauchverlangens und Übungen zur Entkoppelung des Rauchens von Auslösereizen. In der SN-Bedingung erhielten Nutzer von drei etablierten und besonders aktiven Nutzern proaktive Einladungen zur Teilnahme an dem zugehörigen sozialen Netzwerk. In der NET-Bedingung wurde Teilnehmenden innerhalb von drei Tagen

## 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. Ute Mons

## Redaktion:

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

nach der Randomisierung eine 4-Wochen-Packung eines NET-Produkts ihrer Wahl per Expresspost zugestellt. Die Sendung enthielt zusätzlich einen Kalender zur Erfassung der Nutzung des NET-Produkts.

Als primärer Outcome fungierte die Behandlungs-Adhärenz nach drei Monaten, die definiert und gemessen wurde als (a) generelle Nutzungsintensität der Website, (b) Nutzung der Komponenten, in denen Fertigkeiten vermittelt wurden, (c) Nutzung sozialer Unterstützung innerhalb des Angebots (Engagement in der online-Community) und (d) Nutzung von NET und anderer Pharmakotherapien.

## Ergebnisse

Die Stichprobe bestand mehrheitlich aus weiblichen Teilnehmerinnen (60,8 %); das Durchschnittsalter lag bei etwa 42 Jahren, der durchschnittliche Konsum bei 16,6 Zigaretten pro Tag. 83 % gaben an, innerhalb der nächsten 30 Tage aufhören zu wollen. Signifikante Unterschiede zwischen den Teilnehmenden der vier Studienarme vor Beginn der Intervention wurden nicht ermittelt. Die Follow-up Rate nach drei Monaten lag bei insgesamt 62,3 % und war in den beiden NET-Armen etwas höher (67,3 % vs. 57,4 %,  $p < .001$ ).

Die drei Interventionsarme waren der Kontrollgruppe in Bezug auf alle Maße der generellen Nutzungsintensität deutlich überlegen ( $p < .01$ ), und die Kombination WEB+SN+NET den beiden anderen Interventionsarmen noch einmal klar überlegen ( $p < .001$ ). Die WEB+SN+NET-Kombination schnitt auch in Bezug auf die Nutzung aller Komponenten, in denen Fertigkeiten vermittelt wurden, deutlich besser ab als die Kontrollbedingung. Die beiden anderen Interventionsarme waren hier nur teilweise überlegen. Das Engagement in der online-Community war ebenfalls deutlich stärker unter den Teilnehmenden der WEB+SN+NET-Gruppe. Insbesondere förderte diese Bedingung als einzige die Versendung privater Nachrichten und die Page Views der Community-Seiten.

WEB+SN und WEB+NET verbesserten die Quote von Nutzern, die der Community einen Besuch abstatteten und einen Beitrag auf die Pinnwand stellten. Die Nutzung von NET oder anderen Pharmakotherapien war wie zu erwarten in beiden NET-Armen deutlich häufiger (84 % vs. 30 %), wohingegen WEB+SN im Vergleich zu WEB+SN+NET zu einer häufigeren Verwendung selbst beschaffter Pharmakotherapie führte.

## Diskussion

Die hier erprobte Erweiterung eines webbasierten Ausstiegsangebots um zwei zusätzliche Komponenten zur Verbesserung der Adhärenz scheint gelungen: Die SN-Komponente war sehr effektiv, wo es um die Steigerung der Nutzung der Website insgesamt und das aktive und passive Engagement in der angegliederten Community ging. Allerdings konnte sie die Nutzung des Skills-Trainings oder medikamentöser Hilfen nicht verstärken. Die NET-Komponente entfaltete Wirkung in allen Adhärenz-Maßen, und die Kombination beider Erweiterungen erbrachte die besten Effekte. Eine genauere Betrachtung verdient das Ergebnis, dass die Zusendung kostenfreier NET das Engagement bezüglich des Skills-Trainings wie z. B. des Tools zur Auswahl eines Stopptages verbesserte. Es ist zu vermuten, dass die NET-Lieferung Ausstiegsversuche bei den Teilnehmern ausgelöst haben, die dann verstärkt nach Unterstützung zur Vorbereitung des Ausstiegs gesuch haben. Dieser Zusammenhang wurde bereits in anderen Studien festgestellt (siehe Newsletter Nr. 55, Seite 4: Selbst die Zusendung eines Placebo-Pflasters per Expresspost führte bei Anrufern einer Quitline zu einer höheren sechsmonatigen Abstinenzrate als die Empfehlung, sich selbst Aktivpflaster aus der Apotheke zu besorgen, weil eine zeitnahe Zusendung bei einem größeren Teil der Empfänger zu einem Ausstiegsversuch veranlasst).

Auch wenn die vorgestellte Arbeit einen Beitrag zur Optimierung webbasierter Tabakentwöhnungsangebote leistet, muss sich die hier ermittelte bessere Adhärenz letztlich auch in besseren Erfolgsquoten (Ausstiegsversuche, Abstinenz) niederschlagen.

