



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

Nr. 54
Dezember
2013

Editorial

Am 11. Januar 1964 wurde vom damaligen US-Gesundheitsminister Luther L. Terry ein Bericht zu „Smoking and Health“ vorgestellt; dieser „Terry-Report“ war das Ergebnis eines intensiven und aufwendigen Prozesses, in dem eine 10köpfige Expertengruppe den wissenschaftlichen Kenntnisstand zu den Auswirkungen des Tabakrauchens auf den Menschen sichtete und bewertete. Die Expertengruppe kam zu dem Schluss, dass Rauchen sowohl Lungenkrebs als auch Kehlkopfkrebs verursacht (1). Weiterhin lägen starke Verdachtsmomente vor, dass Rauchen auch eine kausale Rolle bei der Entstehung weiterer Gesundheitsschäden wie kardiovaskulären Erkrankungen, Lungenemphysem und weiteren Krebserkrankungen spielt. Die Schlussfolgerungen aus dem Terry-Report können als die wichtigsten und weitreichendsten in der Public-Health-Geschichte gelten und sind ein klassisches Beispiel dafür, wie wissenschaftliche Erkenntnisse die öffentliche Ordnung verändert hat.

Ausgangspunkt für die Erstellung des legendären Berichts sei ein Brief diverser Gesundheitsorganisationen an den damaligen US-Präsidenten John F. Kennedy gewesen (2). Eine Journalistenanfrage auf der 23. Pressekonferenz des Präsidenten, was Kennedy in Hinblick auf das Tabakproblem zu tun gedenke, habe dieser damit beantwortet, dass man zu wenig gesichertes Wissen bezüglich des Tabakproblems besitze, er aber seinen Gesundheitsminister beauftragen werde, sich des Themas anzunehmen. Zu der Zeit betrug der Raucheranteil in den USA bei den Männern 52 %, bei den Frauen 35 %. Die Zigarette gehörte zur amerikanischen Kultur, die Tabakindustrie war ein bedeutender Teil der amerikanischen Wirtschaftskraft. Bezüglich Anbau, Verarbeitung und Export waren die USA weltweit führend. Im Jahre 1960 beschäftigte die tabakverarbeitende Industrie 660 000 Amerikaner und entlohnte diese mit 15 Mrd. Dollar jährlich. Mit möglichen Interessenskonflikten der Experten wurde vor 50 Jahren anders verfahren als heute: Ausgeschlossen wurden alle Experten, die bereits öffentlich Position bezogen hatten. Aus heutiger Sicht bemerkenswert ist, dass sich lediglich ein Epidemiologe unter den 10 Experten befand – und noch bemerkenswerter: Es waren zumeist Raucher!

1 United States Public Health Service. Smoking and Health (1964) Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare

2 Brawley OW, Glynn TJ, Khuri FR, Wender RC & Seffrin JR (2013) The First Surgeon General's Report on Smoking and Health: The 50th Anniversary. doi: 10.3322/caac.21210

Inhaltsverzeichnis

Editorial	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	2
News	3
Neue Publikationen	3

Es lässt sich kaum ermessen, welche vielfältigen und enormen Impulse für die Tabakkontrolle vom Terry-Report ausgingen, die zu einer nachhaltigen Veränderung der öffentlichen Meinung zum Rauchen und in der Folge auch zu einem Rückgang der Rauchprävalenz geführt haben.

Zurück zur Gegenwart: Bei der 11. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle im Deutschen Krebsforschungszentrum Anfang Dezember interessierte sich die Mehrzahl der Teilnehmer für Themen rund um die Tabakentwöhnung – bei den parallel stattfindenden Symposien „mussten“ die entsprechenden Referenten immer im großen Hörsaal vortragen. Norma Cronin aus Irland konnte von ambitionierten Zielen ihres Gesundheitsministers berichten: bis zum Jahre 2025 soll der Raucheranteil der Bevölkerung auf unter 5 % gesenkt werden! In Deutschland bewegen sich die Raucheranteile derzeit noch in anderen Dimensionen, auch wenn nach Angaben von Thomas Lampert vom Robert-Koch-Institut Berlin seit 2003 ein Rückgang der Prävalenzzahlen von 38,8 % auf 32,6 % bei den Männern und von 29,8 % auf 26,9 % bei den Frauen zu vermelden ist. Mit Sorge betrachtet werden muss aber der deutliche soziale Gradient: Frauen und Männer mit niedrigem Sozialstatus rauchen etwa zweimal häufiger als Frauen und Männer mit hohem Sozialstatus. Noch deutlicher fallen die statusspezifischen Unterschiede in Bezug auf das starke Rauchen aus, insbesondere bei Männern. Christoph Kröger vom IFT Gesundheitsförderung München stellte Ergebnisse aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey (ESA) 2012 vor. Danach sind etwas mehr als 1/3 der Rauchenden ausstiegswillig. Aufhörversuche ohne Hilfsmaßnahme seien die am häufigsten verwendete Strategie. Die beliebtesten Hilfsmaßnahmen sind Selbsthilfe-Materialien, nikotinhaltige Präparate und – als neue Strategie – die E-Zigarette. Nutzer von Hilfsmaßnahmen sind älter, rauchen entsprechend länger und rauchen mehr. Sie sind insgesamt körperlich und psychisch stärker belastet. Bei einem Vergleich zwischen den Jahren 2000 und 2012 blieb die Aufhörmotivation unter Rauchenden nahezu unverändert, wobei im Jahr 2012 häufiger Hilfsmaßnahmen genutzt wurden. Die deutlichste Änderung gegenüber 2000 sei der Einsatz der E-Zigarette bei Aufhörversuchen. Zum

Abschluss stellte er mit Blick auf die nachfolgende Podiumsdiskussion die Frage, ob E-Zigaretten als Ausstiegsmethode empfohlen oder verteufelt werden sollten. In dieser im Anschluss meist diszipliniert geführten und immer professionell moderierten Podiumsdiskussion zur E-Zigarette wurde die Aspekte Produktsicherheit, Entzugspotenzial, Regulationsanfordernisse und Life-style-Potenzial diskutiert. Dabei kamen neben Experten des Bundesinstituts für Risikobewertung, Deutschen Krebsforschungszentrums und des Universitätsklinikums München auch Vertreter des E-Zigarettenhandels und der Interessengemeinschaft E-Dampfen zu Wort. Dabei zeigte sich einmal mehr, dass ein sachlich geführter Diskurs weiter führt als ein ideologisch geführter Schlagabtausch.

In der letzten Ausgabe 2013 unseres Newsletters wollen wir kurz auf eine aktualisierte Metaanalyse der Cochrane-Gruppe zu pharmakologischen Therapien eingehen sowie drei aktuelle Publikationen vorstellen. Dabei geht es um die Leitlinienkonformität von Smartphone-Applikationen, die Erfolgsaussichten sozial benachteiligter Raucher bei verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und schließlich um den Merkmalsvergleich zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern einer Studie zu telefonischer Ausstiegsberatung.

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

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2014,



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

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe

1. 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: München, 17.2.2014–21.2.2014, Berlin, 31.3.2014–4.4.2014. Verkürzte Schulung: Mainz, 29.3.2014–30.3.2014. Infos unter www.rauchfrei-programm.de/schulungstermine; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/36 08 04-91, Fax: 089/36 08 04-98

2. 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: Im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage, 2.4.2014–4.4.2014. 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

3. 2-tägiges, durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. zertifiziertes Kursleiter-Seminar zur Durchführung von Tabakentwöhnungen in Gruppentherapie des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern)

Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern. Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 21.2.2014–22.2.2014. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089/68999511

4. 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 Aufbauomodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“. Auskünfte zum Curriculum und Terminen unter Tel.: 030/400456412 oder cme@baek.de

Kongresse/Tagungen

National:

■ 15. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.

Titel: „Leitlinienkonforme Tabakentwöhnung – Bewährtes und Neues“. Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 12.3.2014, 13–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung demnächst unter www.wat-ev.de

■ 19. Tübinger Suchttherapietage

Termin: 2.4.2013–4.4.2014, Programm per E-Mail unter sucht@med.uni-tuebingen.de oder telefonisch bei Herrn Pforr (07071/2983666)

International:

■ 20. Internationales Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT)

Termin: 5.2.2014–8.2.2014 in Seattle, USA. Programmübersicht und Anmeldung unter www.srnt.org

News

Cahill K, Stevens S, Perera R & Lancaster T (2013) Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5, Art.No.: CD009329, doi: 10.1002/14651858.CD009329.pub2.

Analysiert wurden die jeweilige Effektivität von Nikotinersatzpräparaten (NET), Bupropion (BUP) und Vareniclin (VAR) im Vergleich zu Placebo oder anderen Präparaten und die mit der Anwendung einhergehenden Nebenwirkungsrisiken. 12 Reviews, die 267 Studien mit über 100 000 Teilnehmern berücksichtigen, wurden identifiziert. Sowohl NET als auch BUP waren wirksamer als Placebo (Odds Ratio OR 1.84; 95% KI 1.71–1.99 bzw. OR 1.82; KI 1.60–2.06). VAR war ebenfalls wirksam (OR 2.88; KI 2.40–3.47). Im direkten Vergleich zwischen NET und BUP ergab sich eine fast identische Wirksamkeit (OR 0.99; KI 0.86–1.13). VAR war einer NET-Monotherapie (OR 1.57; KI 1.29–1.91) und BUP (OR 1.59; KI 1.29–1.96) überlegen und ähnlich effektiv wie eine NET-Kombinationsbehandlung (OR 1.06; KI 0.75–1.48), die ebenso den NET-Monotherapien überlegen war. Die einzelnen NET-Präparate sind in ihrer Wirksamkeit vergleichbar. Ein positiver Wirksamkeitsnachweis konnte auch für Cytisine erbracht werden (Risk Ratio RR 3.98; KI 2.01–7.87), ohne dass auffällige Nebenwirkungen zu beobachten waren. Aus 82 BUP-Studien wurde ein Krampfanfall-Risiko von etwa 1:1500 errechnet; Nachweise für neuropsychiatrische oder kardiovaskuläre Nebenwirkungen wurden in den Studien nicht ermittelt. Eine Meta-Analyse von 14 VAR-Studien erbrachte im Vergleich zu den Placebo-Armen keine erhöhten Nebenwirkungsrisiken (RR 1.06; KI 0.72–1.55), auch nicht für neuropsychiatrische oder kardiale Ereignisse. Daneben verbesserte auch Nortriptylin die Ausstiegchancen (RR 2.03; KI 1.48–2.78); ebenso zeigte Clonidin eine signifikante Wirksamkeit (RR 1.63; KI 1.22–2.18), wobei hier dosisabhängig verstärkte Nebenwirkungen auftraten. Die Wirksamkeit der drei in Deutschland zugelassenen pharmakologischen Ausstiegshilfen kann als gesichert gelten, wobei eine Kombination von NET-Präparaten oder eine VAR-Monotherapie am wirksamsten zu sein scheinen. Die Autoren betonen, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt zwar keine Inzidenz an Nebenwirkungen festgestellt wird, die die Verwendung dieser Präparate einschränken würde, es aber weitere Untersuchungen zur Sicherheit von VAR und des Potentials von Cytisin als wirksames und kostengünstiges Medikament bedarf. Weitere Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit von NET seien hingegen nicht notwendig.



Neue Publikationen

a) Hiscock R, Murray S, Brose LS, McEwen A, Bee JL, Dobbie F & Bauld L (2013) Behavioural therapy for smoking cessation: The effectiveness of different intervention types for disadvantaged and affluent smokers. Addictive Behaviors 38(11): 2787-2796, doi: 10.1016/j.addbeh.2013.07.010

Hintergrund: Im Vereinigten Königreich steht allen Ausstiegswilligen ein landesweites Netz von Tabakentwöhnungsdiensten für behaviorale und pharmakologische Unterstützung zur Verfügung (s. Newsletter Nr. 53 von Oktober 2013). Sozial schwache, benachteiligte Raucher haben aber auch dort geringere Abstinenzaussichten als wohlhabende Raucher. Inwieweit die Art der Unterstützung unterschiedliche Effekte bei benachteiligten im Vergleich zu wohlhabenden Rauchern bewirkt, sollte in einer groß angelegten Auswertung routinemäßig erhobener Daten ermittelt werden. Von besonderem Interesse war die Frage, ob die geringeren Abstinenzquoten benachteiligter Raucher auf die Nutzung weniger effektiver verhaltensbezogener Unterstützung beruht oder ob Unterstützung für diese Raucher von weniger effektiv arbeitenden Berater-Typen bereitgestellt wird.

Methode: Ausgewertet wurden Aufzeichnungen aus 49 Tabakentwöhnungsdiensten von über 130 000 Ausstiegsversuchen. Als Erfolgsmaß fungierte die CO-validierte (<10ppm) Abstinenz nach 4 Wochen. Zur Bestimmung des sozioökonomischen Status wurden diverse Merkmale herangezogen (Art der Beschäftigung bzw. Grund für Nichtbeschäftigung, Befreiung von Rezeptgebühr und Deprivationsindex des Wohnbezirks). Zusätzlich wurde der Einfluss bestimmter Kontrollvariablen auf den Ausstiegserfolg erhoben: auf Seiten der Raucher (Alter, Geschlecht und vergangene Inanspruchnahme der Dienste bei Ausstiegsversuchen) sowie auf Seiten der Tabakentwöhnungsdienste diverse Interventionsvariablen (Art bzw. Format der verhaltensbezogenen Unterstützung und Ausbildung der Behandler).

Ergebnisse: Unter allen ausgewerteten Klienten betrug die Abstinenzquote 34,4%. An Haupteffekten wurde ermittelt, dass Personen, die berentet, dauerhaft krank, behindert oder seit langer Zeit arbeitslos sind bzw. nie in einem Beschäftigungsverhältnis standen, schlechtere Abstinenzchancen hatten, während auf der anderen Seite Teilnehmer, die die Rezepte selbst bezahlten, bessere Abstinenzchancen hatten (OR 1.38, KI 1.35–1.42) als solche, die keine Rezeptgebühr entrichten mussten. Klienten, die an Gruppen teilgenommen hatten, waren insgesamt erfolgreicher als solche, die eine Einzelberatung erhalten hatten. Auf Behandlerseite waren Allgemeinärzte und Pflegekräfte weniger erfolgreich als sog. Tabakentwöhnungsspezialisten.

Die überwiegende Mehrheit (etwa 80%) erhielt eine Behandlung in einem Eins-zu-Eins-Setting. Geschlossene Gruppen waren die am wenigsten verbreitete Interventionsform und kamen nur bei 2% der Fälle zum Einsatz; lediglich bei Inhaftierten waren geschlossene Gruppen mit 14% gebräuchlicher. Dauerhaft kranke Klienten nutzten die erfolgreichste Interventionsform – offene Gruppen – relativ häufiger als Langzeitarbeitslose ($p < .001$), und auch Selbstzahler fanden

sich in den offenen Gruppen häufiger als von der Gebühr Befreite ($p = .003$). Klienten aller gesellschaftlichen Gruppen wurden am häufigsten von Spezialisten (56 %) und nur selten (3 %) von Allgemeinärzten behandelt; hierbei gab es keine Interaktionen mit dem jeweiligen sozioökonomischen Status. Nicht bestätigt werden konnte, dass sozial Benachteiligte weniger wirksame Angebote erhalten würden; sie waren unter den Teilnehmern der offenen Gruppe nicht weniger repräsentiert als andere Klienten, und sie wurden nicht häufiger von Pflegekräften (der am wenigsten erfolgreiche Behandlungstyp) beraten als andere Klienten.

Diskussion: Insgesamt betrachtet war die Wirksamkeit der diversen Interventionen nicht signifikant von der Zugehörigkeit zu einer mehr oder weniger wohlhabenden Gruppe beeinflusst. Für die meisten Klienten waren offene, rollierende Gruppen die effektivste verhaltensbezogene Unterstützung und Pflegekräfte bildeten den am wenigsten effektiven Behandlungstyp. Die Untersuchung brachte neue Einblicke in die Art behavioraler Unterstützung und Merkmale von Tabakentwöhnungsdiensten, die im Zusammenhang stehen mit validierten Abstinenzquoten von Rauchern aus den unterschiedlichsten sozioökonomischen Gruppen. In Übereinstimmung mit anderen Studienergebnissen fand sich auch hier, dass stärker benachteiligte Gruppen geringere Erfolgschancen haben als privilegierte Bevölkerungsgruppen; dies scheint aber nicht daran zu liegen, dass sie weniger wirksame Dienste nutzen. Mit Ausnahme der am stärksten Benachteiligten (Langzeit-Arbeitslose und Gefängnisinsassen) waren Raucher, die an einem offenen Gruppenprogramm teilgenommen hatten, erfolgreicher als solche, die eine Individualberatung erhalten hatten. Solche Angebote sollten besonders beworben werden. Künftige Forschung sollte sich auch der Fragen annehmen, wie der berufliche Background und die Ausbildung der Personen, die Tabakentwöhnung durchführen, mit sozioökonomischen Merkmalen der Klienten interagieren und Einfluss auf deren Erfolgsaussichten nehmen.

b) Abroms LC, Westmaas JL, Bontemps-Jones J, Ramani R & Mellerson J (2013) A Content Analysis of Popular Smartphone Apps for Smoking Cessation. American Journal of Preventive Medicine 45(6): 732–736, doi: 10.1016/j.amepre.2013.07.008

Hintergrund: Mit über sechs Milliarden Subskriptionen für Mobilfunkgeräte weltweit und einer wachsenden Zahl gesundheitsbezogener Smartphone-Applikationen wächst auch das Angebot an „Rauchstopp-Apps“. Es gibt Hinweise auf die Wirksamkeit mobiler Anwendungen, insbesondere für Textbotschaften. Besonderheiten solcher Angebote bestehen in der orts- und zeitunabhängigen, einfachen Nutzung, der kosteffektiven Bereitstellung für große Nutzerzahlen, der Möglichkeit einer zeitsensitiven Versendung an ein stets empfangsbereites Endgerät und vielfältiger Anpassungsmöglichkeiten von Inhalten an Schlüsselmerkmale wie Alter, Geschlecht, Ethnie und rauchanamnestische Faktoren. In Ermangelung publizierter Studien zur Wirksamkeit von Smartphone-Applikationen wurden populäre Apps für iPhone und Android-Smartphones daraufhin überprüft, inwieweit sie etablierten besten Praktiken folgen.

Methode: Auf iTunes und Google Play wurden im Februar 2012 insgesamt 414 Rauchstopp-Apps identifiziert, von denen die 47 populärsten iPhone- und 51 populärsten englischsprachigen Apps für Android für eine detaillierte Analyse ausgewählt wurden. Die untersuchten 51 Android-Apps repräsentieren 98 % der Downloads aller identifizierten Android Rauchstopp-Apps. Die Auswahl der iPhone-Apps wurde über die Anordnung auf iTunes getroffen (aus den 50 Erstgenannten wurden 47 inkludiert). Die Nutzerbewertungen wurden als weiteres Popularitätsmaß berücksichtigt. Die Bewertung der Apps erfolgte mittels eines „Adherence Index“ mit 21 Items; Kriterien für diesen Index wurden hauptsächlich aus den US-Guidelines abgeleitet. So wurde beispielsweise geprüft, inwieweit eine App die Kriterien „Erfassen der Ausstiegsbereitschaft“ oder „Unterstützung zur Verhaltensänderung: Praktikable Ausstiegsempfehlungen“ gar nicht, teilweise oder vollumfänglich erfüllte. Die Kodierung wurde unabhängig voneinander durch zwei Experten vorgenommen.

Ergebnisse: Der durchschnittliche „Adherence Index“-Wert für alle Apps lag bei 12,9 (+/- 6,8) von 42 möglichen Punkten. Bereiche, in denen die Apps gut bewertet wurden, waren die Spezifität bezüglich Rauchen (94,9 %) und interaktive Elemente (71,4 %). Auf der anderen Seite konnte weniger als jede fünfte App mit „praktikablen Ausstiegsempfehlungen“ aufwarten und dazu beraten, wie der Ausstieg umgesetzt werden kann (19,4 %). Die Inanspruchnahme sozialer Unterstützung oder der Umgang mit Hindernissen während des Ausstiegsprozesses wurden noch seltener propagiert (17,3 % bzw. 15,3 %). Lediglich vier Apps gaben Empfehlungen zur Verwendung geprüfter medikamentöser Entwöhnungshilfen, und in keinem einzigen Fall wurde auf die Möglichkeit telefonischer Ausstiegsberatung hingewiesen.

Sowohl für iPhone- als auch Android-Apps konnte ein Zusammenhang zwischen dem „Adherence Index“ und den Nutzerbewertungen ermittelt werden: Apps mit einem höheren Index wurden von den Nutzern besser bewertet (Android: $r = 0.32$, $p < 0.05$; iPhone $r = 0.29$, $p < 0.10$). Bei den iPhone-Apps war der Index auch mit der Rangreihe korreliert ($r = 0.39$, $p < 0.01$): die bei iTunes erstgenannten Apps hatten höhere Adherence-Werte. Für Android-Apps wurde kein Zusammenhang zwischen Anzahl der Downloads und den Adherence-Werte festgestellt.

Diskussion: Die hier ermittelten „Adherence Index“-Werte waren niedrig, auch wenn einige Basiskriterien wie Spezifität und Interaktivität erfüllt waren. Defizite gibt es v.a. bezüglich des Hinweises auf Quitlines und medikamentöse Hilfen. In diesen Bereichen erscheinen Nachbesserungen erforderlich. Ebenso erwähnt werden muss die Tatsache, dass gegenwärtige verfügbare Apps keine Textbotschaften nutzen, obwohl dieses Format nachgewiesen wirksam ist. Mehrere Apps verfügen inzwischen über die Möglichkeit, zu Sozialen Netzwerken zu verlinken und darüber verstärkt soziale Unterstützung zu nutzen. Die Autoren sehen darin eine positive Entwicklung, wenn es auch noch künftiger Forschung bedarf, die Bedeutung solcher Netzwerke für die Tabakentwöhnung richtig einschätzen zu können.

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

c) Tzelepis F, Paul CL, Walsh RA, Knight J & Wiggers J (2013) Who Enrolled in a Randomized Controlled Trial of Quitline Support? Comparison of Participants Versus Nonpartici- pants. *Nicotine & Tobacco Research* 15(12): 2107–2113, doi: 10.1093/ntr/ntt114

Hintergrund: Ein besseres Verständnis dafür, wer mit welchen Merkmalen eher an einer Studie mit telefonischer Unterstützung teilnimmt, könnte die Rekrutierung von Rauchern für solche Angebote erleichtern, die Inanspruchnahme erhöhen und letztlich Ausstiegserfolge verbessern. Allerdings ist nicht bekannt, inwieweit Faktoren wie die wahrgenommene Wirksamkeit von Ausstiegshilfen oder bestimmte andere Einstellungen mit der Nutzung von Telefonberatung einhergehen. In der vorliegenden Studie wurden soziodemographische Merkmale, Rauchverhalten, die wahrgenommene Wirksamkeit von Ausstiegshilfen und Rationalisierungen bezüglich der Risiken des Rauchens bei Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern verglichen.

Methode: Die Studie wurde bei erwachsenen Rauchern in New South Wales (Australien) durchgeführt. Über 48 000 Telefonnummern wurden zufällig ausgewählt, schriftlich informiert und telefonisch interviewt. Raucher wurden zu einer randomisiert-kontrollierten Studie eingeladen (s. auch Newsletter 42 von Dezember 2010). Bei Einverständnis wurde eine computerunterstützte Basiserhebung durchgeführt und per Zufallsauswahl einer Selbsthilfe- oder Telefongruppe zugewiesen. Ausstiegswillige konnten bis zu sechs proaktive Anrufe, nicht Ausstiegswillige bis zu vier proaktive Anrufe erhalten. Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten ein Startpaket mit Infomaterialien zugeschickt. Von Nicht-Teilnehmenden wurden lediglich Baseline-Daten erhoben. Diese beinhalteten demographische und rauchanamnestische Fragen sowie eine subjektive Einschätzung, wie wirksam bestimmte Ausstiegshilfen wie Nikotinersatztherapie oder Telefonberatung seien. Weiterhin wurden sog. „Self-Exempting Beliefs“ gemessen, also die Überzeugungen, dass einem die Risiken des Rauchens schon nicht treffen würden oder man diese in Anbetracht der positiven Verstärker des Rauchens in Kauf nehme („das ist es mir wert“). Beispiele für solche Überzeugungen drücken sich in Statements aus wie: „Lieber ein kürzeres Leben als auf das Rauchen verzichten müssen“ oder „An irgendetwas muss man sterben, warum also nicht genießen und rauchen?“ Die Zustimmung zu diesen Statements wurde mit einer 5-Punkt Likert-Skala gemessen.

Ergebnisse: Aus 48 014 Telefonnummern wurden schließlich 1562 Teilnehmer an der Studie und 500 Baseline-Erhebungen von Nicht-Teilnehmenden gewonnen. Univariate Vergleiche zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern ergaben folgende Auffälligkeiten: Teilnehmer konsumierten mehr Zigaretten, hatten mehr Erfahrung mit Ausstiegsversuchen und eher die Absicht, innerhalb der nächsten 30 Tage oder sechs Monate aufzuhören. Sie schätzten vorgegebene

Ausstiegshilfen eher als wirksam ($p < .0001$) und Willenskraft alleine als nicht wirksam ein ($p < .0001$). Den o.g. „Self-Exempting Beliefs“ stimmten sie häufiger gar nicht oder nicht zu ($p < .0001$). Multivariate Analysen der Merkmale der Teilnehmenden ergaben, dass der Konsum von 21 Zigaretten oder mehr ($OR = 1.45$) und die Bereitschaft, innerhalb der nächsten 30 Tage ($OR = 4.45$) oder sechs Monate ($OR = 3.22$) aufzuhören, mit einer größeren Teilnahmewahrscheinlichkeit einherging. Raucher, die der Ansicht waren, dass ein Anruf bei der Telefonberatung definitiv ($OR = 2.34$) oder teilweise ($OR = 2.15$) wirksam sei oder angaben, es nicht zu wissen ($OR = 2.41$) nahmen eher teil. Wenn Willenskraft alleine als „nicht wirksam“ ($OR = 2.60$) oder „etwas wirksam“ ($OR = 1.99$) eingestuft wurde, war eine Teilnahme auch eher wahrscheinlich.

Diskussion: Betreiber von Telefonberatung und Medienkampagnen sollten verstärkt über die Wirksamkeit dieser Angebote aufklären, um zur Inanspruchnahme zu ermutigen. Künftige Forschung sollte sich auch der Frage annehmen, mit welcher Art von Medienkampagnen Einstellungen a la „das ist es mir wert“ besser entkräftet werden können. Telefonberatungen sollten innovative Rekrutierungsstrategien entwickeln, um ein breiteres Spektrum von Rauchern anzusprechen und die Barrieren, einen Anruf zu tätigen, so weit wie möglich abzusenken.

